

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

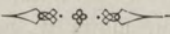
Z e s z p i t a l a W o l s k i e g o .

I. PRZYPADEK niedorozwoju przewodu rodniego

OPISAŁ

Józef Jaworski.

Lekarz ambulatoryum chorób kobiecych tegoż szpitala.



Już *A. Kussmaul* ¹⁾ w swem znakomitem dziele stwierdza mnogość opisów braku macicy przez dawnych i nowszych lekarzy, — jednocześnie jednak ostrzega, że te liczne spostrzeżenia mają tylko względną wartość, a owa obszerna literatura (*Hochangeschwillene Literatur*) tego przedmiotu winna być z wielkim krytycyzmem pod uwagę brana. Twierdzi nawet, że wszystkie spostrzeżenia, czynione na osobach żyjących, powinny być uważane za nieudowodnione. Dalej *Kussmaul* mówi, że właściwie nie posiadamy ani jednej pewnej wskazówki braku macicy u kobiety żyjącej, że nieznaczone ślady macicy w postaci t. zw. *uterus bipartitus* rozpoznane być mogą tylko na

¹⁾ *A. Kussmaul. Von dem Mangel, der Verkümmerng und Verdopplung der Gebärmutter erect. Würzburg. 1859.*

trupie, że w wielu dawniejszych i nowszych wypadkach — braku macicy — znajdować się mogły jej ślady w postaci słabych włókien. Na dowód zaś jak trudno nawet na trupie w wątpliwych przypadkach zbadać jakie części rodzajne mamy przed sobą i, czy w ogóle rzeczywiście można mówić o braku macicy — dowodzi doskonałe zdaniem *Kussmaula* spostrzeżenie *Steglehnera*:

Pewna arystokratka 23-letnia posiadała dobrze rozwinięty trzon maciczny, ale bardzo wąską pochwę. Zmarła na gruźlicę. Matka jej zażądała badania zwłok. *Steglehner* był zdumiony, nie znalazł bowiem ani macicy, ani jajników, ani jajowodów. Już zdawało się, że literatura stanie się bogatszą o jedno spostrzeżenie więcej — „Virgo sine utero“, *Steglehner* tem bardziej był pewnym rozpoznania swego, że kobiecość tej „damy“ stwierdzała obecność prawidłowo i dobrze rozwiniętego trzonu, pochwy, wreszcie pojawianie się w pewnych odstępach czasu molimina menstrualia. Lecz, gdy te dowody na potwierdzenie swego spostrzeżenia gromadził, spostrzegł z lewej strony miednicy jakby ductus deferens, który przebiegał do canalis inguinalis. Gdy przystąpił do badania dokładniejszego znalazł wśród tkanki ukryte jądro i przyjądrze. Osobnik ten okazał się zatem obojniakiem.

Pouczający z innego względu jest przypadek *Langenbeck'a* (z r. 1827). Stwierdził on przy badaniu pośmiertnem u pewnej dziewczynki brak macicy. Preparat ów anatomiczny został zakonserwowany przez sławnego chirurga berlińskiego. Nieco później prof. *Foerster* podjął badanie mikroskopowe preparatu tego i znalazł niewątpliwie obecność elementów anatomicznych, właściwych macicy. Fakt powyższy pozwolił nam, mówi w swem dziele *Le Fort* ²⁾, ustalić i bronić tego zdania, że zupełny brak macicy nie może być dowiedziony i, że ten brak pochodzi z pewnego zatrzymania się w rozwoju, a nie z braku przewodów *Müllera*, które już w pierwszych tygodniach życia płodu się tworzą.

Zbliżone, lub analogiczne spostrzeżenia, podają *L. Fürst* ³⁾, *Ch. Debierre* ⁴⁾.

Do zdania *Kussmaul'a* ⁵⁾ o wielkiej rzadkości braku macicy u kobiety przychyła się w swem dziele i *Scanzoni* ⁶⁾, który mówi,

²⁾ Le Fort, De vices de conformation de l'utérus et du vagin. Paris. 1863.

³⁾ Ueber Bildungshemmungen des Utero-vaginal-kanales. Berlin. 1868.

⁴⁾ Ch. Debierre. Les vices de conformation des organes genitaux et urinaires de la femme. Paris. 1892.

⁵⁾ ⁶⁾ l. c.

że gdyby nie wiarygodność pewnych autorów, sądziłby, iż nie wydarza się taka nieprawidłowość, gdyż dotychczas pomimo wielkiego materiału, jakim rozporządza i dużego doświadczenia, nie spostrzegął podobnych przypadków.

Badania zaś *Winckel'a* i *Schroeder'a* potwierdzają pogląd co do rzadkości tego zjawiska poprzednich pisarzy. *Winckel* ⁷⁾ na 110 noworodków dwa razy widział zupełny brak macicy i jeden raz uterus simplex rudimentarius cum defectu cornu utriusque, ligamentorum rotundorum, tubarum et ovariorum. *Schroeder* ⁸⁾ zaś, który rozporządzał kolosalnym materiałem klinicznym w okresie lat 10-ciu, spostrzegł raz tylko zupełny brak macicy, dziesięć zaś przypadków uteri rudimentarii.

Tak stanowczo wypowiedziany pogląd przez wyżej powołanych autorów, podzielam, wobec spostrzeganego przezemnie przypadku, który nawet przy szczegółowym bardzo badaniu nastroczał jednak pewne wątpliwości. Spostrzeżenie to jest ciekawe pod względem rozpoznawczym, a także z powodu pewnych osobliwości funkcji płciowej u danego indywiduum.

Nadmieniam, że osobę tę przedstawiłem w Warsz. Tow. Lek. na posiedzeniu klinicznym w d. 1 marca r. b.

W d. 29 stycznia r. b. zgłosiła się o poradę do mego ambulatoryum w szpitalu Wolskim Stasiower Ryfka 33 lat licząca, od 12 lat zamężna. Przybyła przedstawia się jako kobieta o typie semickim, przyjemnej powierzchowności, kształtnie i prawidłowo zbudowana, odżywiana dobrze. Opowiada ona, że dotychczas, czyli właściwie nigdy, nie miała miesiączki, natomiast w okresach miesięczkowych występowały stale co 4 lub 6 tygodni krwawienia zastępcze, mianowicie, z nosa. Będąc od lat 12-tu mężatką żyje płciowo: libido et voluptas sexuales adsunt. Ból sub immisione penis.

Przy badaniu wraz z paru kolegami w szpitalu pracującymi, a następnie pod chloroformem z kol. *F. Neugebauerem*, znalazłem, co następuje: sutki wydatne, okrągłe, jędrne, brodawki wystające, obwódka różowa. Miednica wielka i mała prawidłowej budowy i odpowiedniej wielkości. Wzgórek łonowy ciemnym włosem bujnie porośły. Brzuch zwykłej objętości i postaci, powłoki brzuszne gładkie, sprężyste, niezupełnie podatne, tkanki tłuszczowej na brzuchu pokład dość

⁷⁾ Winckel. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. 1886.

⁸⁾ Schroeder. Handbuch der wiebl. Geschlech. tsorgane.

znaczny. Lechtaczka zwykłej postaci i wielkości; wargi sromne mniejsze z pomiędzy większych — mięsistych i jędrnych nieco wystają. Na wewnętrznej powierzchni warg sromnych mniejszych, ku dołowi widać grube, obfite błoniaste fałdy, jako części błony dziewiczej wystające. Fałdy te zasłaniają zupełnie ujście cewki moczowej, właściwej wielkości i znajdujące się w odpowiednim miejscu. Na wysokości otworu cewki moczowej jedną z takich fałd błoniastych unieść się daje cewnikiem metalowym w kierunku ośrodkowym, a wówczas okazuje się, że ma ona dwa boczne przyczepy, a pośrodku jest wolna. Miałem za tem przed sobą to, co określić by można terminem: hymen biforis; — atresia retro hymenalis. Otwór sromny obszerny. Wprowadzony palec do pochwy z łatwością dosięga jej sklepienia, kopułowato od góry zakończonego, na którym nawet śladów części pochwowej, ani też jakich bądź nierówności wysledzić nie udaje się. Ściany pochwy okazują się dość grube i jędrne. Odległość sklepienia pochwy od jej ujścia nie wynosi nad 4—5 cent. Duża wrażliwość przy wprowadzaniu palca przez przedsionek. Badanie oburęczne przez powłoki brzuszne i pochwę, a także przez odbytnicę — wobec znacznej wrażliwości chorej — nie wykazuje obecności macicy, jej więzów i jajników, również nie udaje się palcem stwierdzić jakiejś nierówności lub twardości.

Wprowadzony męzki cewnik metalowy — za radą *Engel'a* i *Kiwisch'a* — do pęcherza wyczuć było można palcem, pozostającym w odbytnicy; pęcherz moczowy bezpośrednio przylegał do odbytnicy. Dopiero po zachloroformowaniu chorej przy badaniu przez powłoki brzuszne i odbytnicę, udało się wyczuć wysoko po środku górnej części małej miednicy ruchome ciało około 2 cent. długości, a $1\frac{1}{2}$ szerokości dosięgające; również przez odbytnicę powyżej zwieraczy wyczuć się udało niby powięź w poprzek miednicy z lewej strony naprężoną. Wątpliwości nie ulega, że wyczuwaliliśmy tym razem zaczątek macicy i więzu szerokiego, które cewnik metalowy, jako wysoko leżące najwidoczniej przy badaniu omijał.

W przypadku moim zasługuje na pewną uwagę: istnienie moli-mina menstrualia, stałe zastępcze krwawienie z nosa (epistaxis uterina, według określenia *Dubois'a*) wreszcie, względnie dobrze ukształtowana pochwa, co zgodnie z poglądem *Kiwisch'a* gotów uważać jestem za wynik stałego i długoletniego spółkowania. Nie stwierdziłem w przypadku moim, aby sub coitu wydarzały się errores loci, co odnosi się szczególnie do cewki moczowej i w opisach znacznego niedorozwoju pochwy, bardzo często przez autorów odznaczaniem bywa.

Debiere ⁹⁾ wprost twierdzi, że, tam gdzie pochwa jest wstanie zaczątkowym, cewka wskutek kopulacji rozszerzoną bywa i spełnia rolę pochwy (fait office de vagin). Godną uwagi w moim przypadku jest owa pozornie zupełnie normalna libido sexualis przy tak poważnym zaburzeniu w rozwoju.

Wprawdzie różni autorzy podają prawie chorobliwe pobudzenie płciowe w podobnych przypadkach, tak dalece, że jest opisane spostrzeże *Schloesinger'a* ¹⁰⁾ nymfomanii przy zupełnym nawet zaniku organów rodzajnych, jednak *F. Neugebauer* ¹¹⁾, opierając się na bogatej literaturze, przytacza wprost przeciwne spostrzeżenia, mianowicie, że pobudzenie płciowe nie istniało przy zupełnie prawidłowych zewnętrznych częściach rodnych, a wewnętrznych — w stanie niedorozwoiu będących. Co się tyczy w moim przypadku owej hyperestesia hymenaica, warunkowanej tutaj nadwrażliwością w części już tylko carunculae myrtiformes, a tak wyraźnie występującej, to zależną chyba uczynić potrzeba — jak to przypuszcza *Winckel* — od przerostu z charakterem włóknikowym błony dziewiczej, resp. jej resztek.

Przypadek ten — rzecz naturalna — nie nadawał się do leczenia, (chorej ze względu na dotkliwe bóle podałem ooforinę *Landau'a*), zasługiwał natomiast na uwagę pod względem rozpoznawczym, a — i z punktu widzenia sądowo-lekarskiego mógłby być przedmiotem roztrząsania. Dokładne rozpoznanie takich przypadków nawet przy obecnych metodach badania, zdaniem wielu autorów, za życia prawie jest niepodobnem. Z pewnem zaś prawdopodobieństwem twierdzić o braku macicy, a właściwiej, o jej niedorozwoju, a nawet całego przewodu rodnego — możemy, gdy pomimo nader szczegółowego i złożonego badania odnaleźć jej się nie udaje.

Dla tego uważać trzeba za błędne w określeniu dość nawet liczne, a często nie dokładne, opisy t. zw.: „wrodzonego braku macicy“, spotykane często w naszej literaturze, a niekiedy i zagranicznej.

⁹⁾ l. c.

¹⁰⁾ Cyt. u Abraham'a. Ueber Missbildungen der inner. weibl. Genit. Monatsschrift f. Geb. u Gyn. Nr. V. 1897.

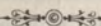
¹¹⁾ Neugebauer. Zur Lehre von den angeborenen underworfenen Verwachtungen und Verengungen der Scheide, sowie desangeborenen Scheiden mangels selbst.

II. ODCINEK.

PROJEKT USTAWY

służby zdrowia w gminach i miastach gub. Lubelskiej

(wedle uchwały Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego z dn. 4-go lutego 1898).



(Dokończenie).

E) Zarząd służby zdrowia gminnej stanowi: 1) Rada opiekuńcza powiatowa.

2) Rada opiekuńcza gubernialna.

3) Inspektor lekarski.

ad 1) Do składu obecnie istniejących Rad opiekuńczych powiatowych wchodzi opiekunowie gminni, po jednym z każdego okręgu lekarskiego, lekarze gminni, oraz lekarze i opiekunowie szpitali.

W ten sposób utworzona Rada opiekuńcza powiatowa: 1) wybiera lekarza miejskiego i gminnych; 2) sprawdza rachunki apteczne; 3) zarządza funduszem leczniczym powiatu; 4) rozstrzyga w drugiej instancji zażalenia na opiekuna o nieumieszczenie na listę niezamożnych, i 5) kontroluje czynności lekarzy i opiekunów gminnych.

ad a) Rada opiekuńcza gubernialna składa się, oprócz dotychczasowych członków z *ad b)* płatnych ordynatorów szpitali m. Lublina; *ad c)* z jednego opiekuna i lekarza okręgowego m. Lublina i *ad d)* raz jeden do roku zjeżdżają do m. Lublina na zebranie ogólne Rady opiekuńczej gubernialnej po 1-ym opiekunie i 1-ym lekarzu z każdego powiatu.

Obowiązki i prawa Rady opiekuńczej gubernialnej co do służby zdrowia są następujące: 1) Rada opiekuńcza gubernialna wybiera lekarzy miejskich okręgowych. 2) Sprawdza rachunki apteczne. 3) Zarządza funduszem leczniczym ogólnym. 4) Rozstrzyga w 2-giej instancji zażalenia na Radę opiekuńczą powiatową. 5) Kontroluje całe urządzenie służby zdrowia gubernialne.

C) Inspektor lekarski ma nadzór nad czynnością lekarsko-sanitarną służby zdrowia w gubernii i zwołuje po porozumieniu się z Gubernatorem corocznie zjazd lekarzy gminnych z całej gubernii do Lublina.

Odbiera sprawozdania miesięczne i roczne od lekarzy gminnych i wiejskich i układa sprawozdania z czynności służby zdrowia w całej gubernii.

M o t y w a.

Przedstawiając powyżej przytoczony projekt bezpłatnej pomocy lekarskiej dla niezamożnej ludności w gubernii Lubelskiej, należy wyjaśnić motywa, które nami kierowały.

Organizacya takiej służby zdrowia, któraby niosła pomoc wszystkim bez wyjątku mieszkańcom, zbyt wielką opłatą zaciążyłaby na ludności gubernii, wymagałaby bowiem wielkiej ilości lekarzy i dość wysokiego ich wynagrodzenia.

Lekarz bowiem gminny nie mógłby wtedy obsłużyć nad jedną gminę, zaś licząc koszt jego utrzymania, co najmniej, rs. 2,000, jakie dziś przeciętnie lekarz zarabia, podatek na utrzymanie lekarzy gminnych wyniosłby rs. 282,000.

Dołączając do tego ludność miejską, która jako w gorszych postawiona warunkach, jeszcze większej stosunkowo liczby lekarzy wymagałaby do obsługi, należałoby liczbę lekarzy okręgowych w miastach co najmniej w trójnasób powiększyć i dać im również po rs. 2,000, co uczyniłoby rs. 96,000.

Gdybyśmy wzięli w rachubę kosztu dzisiejszego leczenia w szpitalach rs. 130,000 wynoszące rocznie, do tego dodali wydatki na lekarstwa, całkowite utrzymanie odpowiedniej ilości felczerów i akuszerok, niewątpliwie koszt całej służby zdrowia musiałby dojść do rubla od osoby t. j. z górą miliona rubli na gubernię, co jest wprost niemożliwe.

Pozostawiając sprawę sanitarną naturalnemu biegowi rozwoju miejscowej cywilizacyi, dotychczasowa pomoc lekarska, doskonaląc się i rozwijając drogą wolną konkurencyi, uczyniłaby żądaniami i zapotrzebowaniami zadosyć.

Inna jest rzecz sprawy dobroczynne. Opieka nad biednym, organizowana niedostatecznie i pozostawiona tylko inicjatywie prywatnej, zwróciła uwagę władzy, ażeby sprawa ta ujęta została w prawną i państwową formę.

Idąc w myśl tendencyi władzy, w projekcie naszym zajęliśmy się li-tylko sprawą pomocy dla niezamożnej ludności, pozostawiając ludność bogatszą jej własnym siłom.

Z drugiej zaś strony nie myśleliśmy, aby można było za pomocą felczerystwu iść za postępek racjonalnej medycyny i rzecz tak wielkiej wagi jak życie i zdrowie oddawać w ręce niepoświęcone.

Chcielibyśmy, aby biedni mieli pomoc lekarską biegłą i dobrą t. j. taką samą, jaką posiada ludność zamożna.

Mógłby nam ktoś zrobić zarzut, że obciążając podatkiem całą ludność, pewnej tylko jej części pozwalamy z dobrodziejstw tego podatku korzystać. Na to posiadamy tłumaczenie w dziś istniejącym porządku rzeczy: dziś za niezamożną ludność gminy, gmina kosztuje szpitalne płaci, zaś za ludność miejską płaci miasto. Nowy podatek będzie więc opłatą stokroć racjonalniejszą, rozłożoną na większą ilość jednostek, równomiernie, a tem samem sprawiedliwie.

Zresztą wszędzie tak jest w Europie w myśl słusznej zasady, że bogaci muszą się przyczyniać do opieki nad zdrowiem i życiem biednych.

Kapitałną kwestyą jest połączenie służby zdrowia z opłatą szpitalną dla biednych, gdyż ta pierwsza bez opłaty szpitalnej za biednych, nie może mieć dużego znaczenia. Ograniczenie się nasze tylko do biednych umożliwiło nam ustawienie takiego budżetu, który niewielkim obciąża podatkiem, bo tylko 12 kopiejek od osoby wynoszącym, wobec 18 w ziemstwach, a nadto dała nam możność oznaczenia względnie dużej sumy na przytulki.

Wprowadzenie do składu zarządu Rad opiekuńczych nowych elementów ma na celu źródłową informację o sprawie biegu pomocy lekarskiej tak w gminach, jak w miastach. Daje ono możność uzupełnienia tych braków, jakie dotkliwie odczuwamy dzisiaj, przez zupełną niemożność zebrania danych statystycznych, odnoszących się zwłaszcza co do potrzeb miejscowej ludności, tak pod względem leczniczym jak i majątkowym. Czynność zaś opiekuna w każdej gminie, jako przedstawiciela wybranego przez mieszkańców, dla których powstać ma cała służba zdrowia, jest konieczną dla normalnego biegu i pomyślnego rozwoju służby zdrowia w danym okręgu. Opiekun bowiem wybrany z pośród miejscowej ludności najlepiej zna potrzeby tego okręgu i najlepiej pokierować może wykonaniem poleconych mu czynności w zakresie pomocy lekarskiej w gminie.

Pozostawiliśmy gminom prawo rekursu, w przeciągu 3 lat, do Rady opiekuńczej względem osoby lekarza dlatego, że one stanowią jedyną stronę zainteresowaną w zawarciu umowy; one bowiem korzystając mają z pomocy lekarskiej i pomoc tę pieniężnie wynagradzać.

Wprowadziliśmy dużą stosunkowo ilość lekarzy, 41 na gubernię, dla tego, że, według jednogłośniego zdania praktykujących na prowincyi kolegów, jeden zaledwie na 3 gminy da sobie radę, i to pod warunkiem, żeby tylko rzeczywiście biedni byli darmo leczeni.

Gdyby wszyscy mieli się darmo leczyć, to według zdania kompetentnego, jeden lekarz zaledwie na jedną gminę by wystarczył. Nie wprowadziliśmy większej ilości felezerów, niż lekarzy, dla uniknięcia rozwoju felezerystwu, w miastach, przypuszczamy, możemy się obejść całkowicie bez nich.

Wielka ilość babek 141, jest potrzebną, gdyż statystyka nas poucza, iż w każdej gminie jest w naszej gubernii codziennie jeden poród. Wobec tego jedna akuszerka na powiat lub nawet na okręg sądowy byłaby iluzją.

Postawiliśmy niższy personel lekarski w zupełnej zależności od lekarza, gdyż w ten tylko sposób może go trzymać w korbach posłuszeństwa.

Co do lekarstw, to po wsiach urządzamy podręczne apteczki, dla doraźnej pomocy, wszelkie inne lekarstwa bierzemy z apteki miejscowej, dla uniknięcia nieodpowiedniego i nieumiejętnego przygotowania lekarstw przez felezerów i ewentualnych nadużyć. Ludność w ten sposób będzie miała daleko większe zaufanie do otrzymywanych lekarstw, o czem doświadczenie w ambulatoryach szpitalnych dostatecznie nas poucza.

Szpitalnictwo nasze prowincjonalne, jak widać z wykazów urzędowych, pozostawia dużo do życzenia.

Pomijając, że koszt utrzymania chorego w szpitalach prowincjonalnych, jest o wiele większy niż w Lublinie, zwraca naszą uwagę niezmiernie powolny ich rozwój, co do frekwencji szpitalnej. Przyczyną tego objawu nie jest bynajmniej niechęć naszego chłopca do szpitala, lecz to, że w szpitalach na prowincyi chory nie znajduje często tego, co mu szpitale miasta gubernialnego z łatwością dostarczyć mogą. Według informacji kolegów prowincjonalnych widać, że niedość liczny personel lekarski w szpitalach prowincjonalnych i brak udziału w administracji szpitali, uniemożliwia szerszą jego działalność (np. chirurgiczną). Ta okoliczność powoduje znowu niepotrzebne wydatki na przewożenie chorych, i jest poważną przeszkodą dla decentralizacji pomocy lekarskiej, która w zastosowaniu praktycznym jest nieodzowną.

Nareszcie uzupełnieniem koniecznym całego projektu jest suma wstawiona na rozwój domów przytułku, gdyż w ten tylko sposób będziemy mogli zrobić ze szpitali to, czem one być powinny, t. j. domy dla leczenia, a nie tak jak teraz, gdy one są równocześnie składami starców i niedołęgów. Za tym względem przemawia ekonomiczna strona, uzasadniona w projekcie. Można by jeszcze część tych przytułków urządzić na zasadach domów zarobkowych, a koszt wtenczas zmniejszyłby się jeszcze znakomicie.

Kończymy ze stroną finansową. Jeżeli, opierając się na zasadach projektu Płockiego, ustanowić tylko równomierny dodatek 10-procentowy, od 3-ech podstawowych podatków t. j. gruntowego, podymnego i patentów handlowych, to wyniesie to około 75 tysięcy rubli w naszej gubernii. Widzimy więc, że ta suma jest w stanie urzeczywistnić tylko część naszego projektu, t. j. służbę zdrowia gminną.

Na urzeczywistnienie drugich części naszego projektu egzystują nawet dzisiaj potrzebne fundusze a mianowicie: 1) sumy idące na szpitale warszawskie; 2) sumy dzisiaj przez gminy płacone szpitalom. Fundusz ten wynosi około 90 tysięcy rubli rocznie, jest więc aż nadto dostateczny, do urzeczywistnienia reszty projektu. Co do 1-ej pozycyi jest ona rażącą anomalią, gdyż faktycznie biedni z gubernii Lubelskiej nie leczą się w szpitalach warszawskich; — Warszawa z drugiej strony jest aż nazbyt bogatym miastem, może sama utrzymać swoje szpitale. Opłaty zaś za biednych po gminach są tak nierównomierne, że i tutaj pewne uporządkowanie w sensie podanym przez projekt, samo się przez się nasuwa. Jeżeliby rząd zechciał uporządkować te dziś istniejące opłaty, to i reszta projektu mogłaby łatwo być wprowadzona w życie. Nie chodzi nam o to, aby to stało się odrazu, przeciwnie, pojedyncze instytucje i reformy mogłyby się odbywać stopniowo, ale zawsze według planu z góry nakreślonego i obejmującego całość.

Przy opracowaniu powyższego elaboratu Towarzystwo Lekarskie Lubelskie korzystało z materiałów dostarczonych przez:

- 1) sprawozdania z posiedzeń francuskiej Izby Deputowanych.
- 2) Ustawy służby zdrowia w Czechach i Galicyi.
- 3) Ustawy służby zdrowia lekarzy ziemskich i sielskich.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia i Medycyna Wewnętrzna.

152. S. A s k a n a z y. O zawartości wody we krwi i surowicy w zaburzeniach krwioobrotu, chorobach nerek, anemiach i gorączce, oraz uwagi o metodach badania i o danych fizjologicznych. (Ueber den Wassergehalt des Blutes und Blutserums bei Kreislaufstörungen, Nephritiden, Anämien und Fieber nebst Vorbemerkungen über die Untersuchungsmethoden und über den Befund unter physiologischen Verhältnissen. Arch. f. Klin. Med. T. 59, str. 385—443).

W niniejszym traktacie autor opracował historyczny przebieg i obecny stan kwestyi zaburzeń w ekonomii wodnej ustroju, co również własnymi badaniami uzupełnił. Do oznaczenia wody we krwi służą 2 metody: 1) ciężar właściwy, 2) wysuszenie krwi. Liczenie erytrocytów i hemoglobinometrya, którą się wielu posługiwało, służą ubocznie temuż celowi.

Ciężar właściwy oznaczono: a) areometrycznie i b) pyknometrycznie.

ad a) Oznaczanie areometryczne bezpośrednio jest niedogodne najprzód z tego względu, że do tego potrzeba dużo krwi, a powtórnie, że krew, nie będąc płynem jednorodnym, lecz raczej zawiesiną, po wypuszczeniu z żyły już nie przedstawia się w różnych płaszczyznach ściśle jednakowo. Ref. również wątpi o dogodności oznaczania pośredniego za pomocą roztworu (gumy arabskiej, gliceryny, chloroformu-benzolu), w którym kropla krwi ani podnosi się, ani opada (Fano, Hammerschlag etc.).

ad b) Metoda pyknometryczna jest pewniejsza, lecz przy obywaniu się minimalną ilością krwi (t. zw. „Kapillar-pyknometer“ Schmaltz'a) uciążliwa i nie wolna od omyłek. Z każdą jednak przy pewnej wprawie można otrzymać dane porównawcze, lecz wprzód każdy powinien sam oznaczyć normę. Autor oznaczył ją za pomocą metody Hamerschlag'a, oraz za pomocą wysuszenia krwi w piecyku, ogrzany do 90°--100° C. Stosowanie tej ostatniej metody również w szczegółach bywa różne; i tu badacz jest narażony na omyłki w absolutnych cyfrach, ma ona jednak podwójną wyższość nad pierwszymi (a i b), raz że jest dokładniejsza, a po drugie bezpośrednio, ponieważ okazało się, że ciężar właściwy krwi resp. surowicy nie idzie równoległe z zawartością w nich ciał stałych i przeto nie może być bezwzględny miernikiem zawartości wody we krwi. Autor otrzymał jako przeciętną następujące dane:

	Ciężar właściwy		Części stałe	
	krwi	surowicy	krwi	surowicy
Mężczyźni	1060,1	1029,7	21,92%	9,56%
Kobiety	1056,4	1030,2	20,53%	10,01%

Uderzają tu, wbrew większości autorów, wyższe cyfry, otrzymane przy badaniu surowicy kobiet. Kwestya zachowania się wody w gospodarstwie ustroju, przy zaburzeniach krwiobiegu, wywołała rozmaite zapatrywania i żywą dyskusyę zwłaszcza od czasu hipotezy Oertel'a, podług którego przy zaburzeniach kompensacyi krew ulega rozcieńczeniu wskutek oliguryi i albuminuryi przy wzmószonym dowozie płynów. Wskutek tego stara się on terapeutycznie pozbawić ustrój tego nadmiaru wody przez zmniejszenie dowozu, a wzmószenie wydzielania, oraz dostarczenie w nadmiarze pożywienia białkowego. Okazało się, że w ten sposób ma objętość krwi (plethora hydraemica) prawie nie wpływać; wbrew przypuszczeniu Oertel'a i innych, że to się tylko wydaje wskutek zastojów krwi obwodowego (stasis), Grawitz dowiódł, że krew przy zastojach żylnych i obrzękach jest raczej bardziej wodnista w żyłach, niż w skórze. W ogóle zatem widzimy tu dwa przeciwne poglądy na istnienie, a jeszcze więcej na istotę zmian krwi w sprawach zastoinowych.

Na zasadzie licznych badań autor przyszedł do wniosku zgodnie z niżej podpisanym (Gaz. lek. 1896 № 27—8), że w stanach zastoinowych możemy znaleźć bądź zgęszczenie bądź rozcieńczenie krwi i niezależność zawartości wody we krwi od ilości obrzęków. Natomiast w surowicy znalazł tem wyższe rozcieńczenie, im większe obrzęki. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, dowiedziony przez autora, który prawie jednocześnie brał krew z żyły i z prawego serca (w chwili zgonu), że istotna różnica między niemi nie istnieje. Jak sobie objaśnić znalezione rozcieńczenie surowicy? Bezwątpienia bierze ona udział w nagromadzeniu wody w ustroju w ten sposób, jak to Oertel dla całej krwi przyjmował; ta ostatnia jednak bywa to rozcieńczona, to zgęszczona (szczególnie w sinicy).

Zarówno tu, jak i tam ważny udział należy przypisać wahaniom w ciśnieniu krwi. Do istniejących objaśnień policytemii przy zaburzeniach krwiobiegu autor dodaje swoje przypuszczenie, że przeładowanie krwi dwutlenkiem węgla (CO_2) może powoduje nadmierną przepuszczalność naczyń wskutek ich porażenia (samozatrucie), co przy podniesionem ciśnieniu żylnem byłoby w stanie sprowadzić zgęszczenie krwi przez utratę wody.

W chorobach nerek zawartość wody we krwi i surowicy zależy nie od białkomoczu, lecz od obrzęków; równoległość istnieje tylko między wodnością surowicy a obrzękami i to u każdego osobnika inaczej. Zapewne i oligocytemia tych chorych wpływa niemało na różnice w składzie krwi. Widzimy, że sama hydremia nie stanowi wyłącznego czynnika w powstawaniu obrzęków (tak samo i białkomocz) lecz dopiero w związku z nią lub z samem zapaleniem nerek występująca alteracya ściany naczyń (Cohnheim i Lichtheim). Co do zawartości wody w surowicy, to ta zależy głównie od wydzielania białka, następnie i wody w moczu. Wiadomo, iż w stanach anemicznych w ogóle ilość wody we krwi powiększa się; tak samo w surowicy, z wyjątkiem jednej błednicy. Autor i w lekemii znalazł małe uchylenia od normy. Przyczyny hydremii anemicznej doszukiwać się należy głównie w ilościowym składzie morfotycznych składników

krwi, a następnie, być może, w nadmiernym rozpadzie białka (Limbeck), lub w „limfopędnym“ działaniu pewnych produktów rozkładu (Grawitz), szczególnie w sprawach nowotworowych i zakaźnych.

W chorobach gorączkowych zatrzymanie wody w ustroju musi grać główną rolę. Autor w każdym stanie gorączkowym stwierdził rozcieńczenie krwi, a głównie surowicy.

J. Piotrowski.

153. A. Salter. **Wydalanie jądów bakteryjnych przez skórę.** (The elimination of bacterial toxins by means of the skin). The Lancet, 15 I. 1898.

Wiadomo, iż skóra, jako narząd, wydalający z ustroju związki jadowite, gra niepoślednią rolę w ekonomii ustroju. Czynność ta jednak skóry wskutek trudności technicznych, dotychczas nie mogła być dokładnie zbadana. Otrzymanie potu, w którym przedewszystkiem poszukiwać musimy owych związków jadowitych, w ilości wystarczającej do celów naukowych, połączone jest z nieprzewycięzonymi prawie trudnościami. Arloing w celu zbadania fizyologicznych własności potu, odziewał zdrowego człowieka w kaftan wełniany i kazał mu wykonywać usilną pracę fizyczną przy wysokiej temperaturze, poczem starannie wyzynał kaftan, zmoczony w dodatku określoną ilością wody dystylowanej i otrzymany w ten sposób płyn wyparowywał na kąpieli wodnej. Rzecz prosta, iż procedura taka prowadzić musi do błędnych wniosków. Toż samo powiedzieć można o zbieraniu potu gąbką lub o kaftanie gutaperkowym, zaopatrzonym w rurkę z kranem do odprowadzania zbierającego się potu. Przytem metody te nie dają się zastosować do chorych, leżących w łóżku, z niezuczną ilością wydzielającego się potu.

By uniknąć tych niedogodności, autor obmyślił rurkę szklaną zaopatrzoną w dwa rozszerzenia, mające po 3 cm. sz. objętości, i wyciągniętą z jednej strony w zakończenie włosowate. Przeprowadzając zakończenie włosowate po skórze, przez drugi koniec aspirujemy ustami oddzielne krople potu. Nawet przy bardzo umiarkowanym poceniu się, szybko możemy napęścić pierwsze rozszerzenie, drugie zaś służy do tego, by zapobiedz przedostawaniu się potu do prostej części rurki. Przy pomocy aparatu tego autor zbadał przedewszystkiem własności potu nocnego suchotników. Pot, zebrany u 14 chorych, zastrzyknięto świnkom morskim, *uprzednio zarażonym żywą hodowlą laseczników gruźliczych*. Okazało się, iż pot wzięty u 12 chorych, wywoływał u zwierząt zarażonych zupełnie taki sam odczyn, jak tuberkulina. Wystarczało do tego 3 — 7 cm. sz. potu.

Pot, wzięty od dwóch chorych niewątpliwie gruźliczych, nie okazywał podobnego działania. Doświadczenia kontrolujące, polegające na zastrzykiwaniu potu normalnego zwierzętom gruźliczym oraz potu gruźliczego zwierzętom zdrowym, potwierdziły podobieństwo potu gruźliczego do tuberkuliny. Należy ztąd wnioskować, iż pocenie

się suchotników jest wyrazem dążenia tkanek do pozbycia się jadu i że leczenie środkami ograniczającymi pocenie się, szkodzi chorym. Z podaną powyżej małą ilością potu gruźliczego, wystarczającą do wywołania charakterystycznego odczynu, godzi się zestawić fakt, iż autor mógł zastrzykiwać pod skórę ogromne ilości potu normalnego (60 — 100) bez żadnego widocznego efektu. Nawet w miejscu zastrzyknięcia nie zauważono żadnych zmian, pomimo iż płyn zastrzykiwany nie był aseptyczny. Po zastrzyknięciu 40 — 50 cm. sz. potu normalnego wprost do żył, spostrzegano niaznaczone podniesienie ciepłoty, przygnębienie lub lekki niedowład tylnych kończyn. Mniejsze jednak ilości potu nie wywoływały żadnych złych następstw. Śmierć spowodzić możemy wtedy tylko, gdy wprost do żył zastrzykniami ilość potu normalnego = 6 — 10% wagi zwierzęcia. Pod skórę zastrzyknięty pot jest nieszkodliwy nawet w największych ilościach.

Pot, wzięty od chorych na zapalenie płuc włóknikowe, w ciągu kilku pierwszych godzin po spadku temperatury okazał się bardzo jadowitym. Zastrzyknięty myszom w ilości $\frac{1}{2}$ — 1 cm. sz., wywoływał typowy obraz posocznicy pneumokokowej, podczas gdy pot normalny, zastrzykiwany myszom w tej samej ilości, pozostawał bez efektu. Podobnie pot, pochodzący od dwóch chorych na błonicę, wywołał u świnek morskich objawy, analogiczne ze spostrzeganiami po zastrzyknięciu jadu błonicowego.

U jednej świnki, zabitej po 48 godzinach, stwierdzono charakterystyczne nacieczenie w miejscu zastrzyknięcia. Druga traciła na wadze w ciągu 10 dni, poczem powoli zaczęła wracać do zdrowia. W miejscu zastrzyknięcia skóra uległa zgorzeli. Tak samo działał pot, zebrany u konia, któremu zastrzyknięto jad błonicowy w celu uodpornienia go. Wyniki powyższych badań dają nową racjonalną podstawę dawnej empirycznej metodzie leczenia chorób gorączkowych środkami napotnymi, uwalniającymi ustrój od toksyn, któremi jest przeładowany.

F. S.

154. Dr. Gustaw Singer. **Nietypowe postaci ostrego gośćca stawowego.** („Zur Klinik der atypischen Formen des acuten Gelenkrheumatismus“. Wiener Medizinische Presse. № 7. 1898).

Autor na zasadzie obserwacji klinicznych dochodzi do wniosku, że zwykła postać ostrego gośćca stawowego jest tylko prototypem ogólnej sprawy zakaźnej, która może przybierać różne postaci kliniczne, począwszy od najmniej powikłanych, pierwotnych, aż do najbardziej rozwiniętych, tworzących złożony obraz kliniczny. Istoty tedy gośćca stawowego nie należy upatrywać w zajęciu stawów, które jest raczej zewnętrznym najbardziej dominującym, najwięcej pod zmysły podpadającym objawem, dzięki czemu też objaw ten nadał miano sprawie, bezwątpienia, ogólniejszej natury. Jedynie stałym i klinicznie najtrwalszym objawem, wspólnym wszystkim postaciom zaka-

żenia goścowego, jest gorączka, która nietylko poprzedza objawy stawowe, lecz trwa i po ustąpieniu ich, jakoteż i innych niestałych objawów, co dowodzi, że istotą i przyczyną wszystkich zmian jest trwające nadal goścowe zakażenie krwi. Takowe, zdaniem autora, opierające się na badaniach bakteriologicznych, powodują koki ropne, co przemawia za pokrewieństwem zakażenia goścowego z takimi sprawami, jak ropnica, zapalenie szpiku kostnego i t. p.

Istnieje cały szereg nietypowych postaci zakażenia goścowego (*formes frustes*), w których piętno prototypu jest zatarte: toć zawsze jednak ów prototyp daje się spostrzegać uważnemu badaczowi. Jedne z tych postaci, jak nerwobóle, przeważnie nerwu trójdzielnego, płasawica, wieloogniskowe zapalenie nerwów, zdradzają charakter goścowy już to ostrym gorączkowym przebiegiem i powikłaniami z zapaleniem wsierdza i osierdza, z obrzmieniem lub bolesnością stawów, już to reakcją na preparaty salicylowe; inne zaś, jak zapalenie gardła, influenza, tryprowe zapalenie stawów, oprócz objawów, właściwych ostremu goścowi stawowemu, dają wyniki bakteriologiczne, identyczne z takimiż wynikami przy goścoci stawowym. Zdaniem autora, zapalenie gardła, poprzedzające sobą objawy ostrego goścoci stawowego, lub przebiegające z nim wspólnie, wynika z pierwotnego umiejscowienia sprawców zakażenia w gardle; tego rodzaju zapalenie gardła nosi u lekarzy francuskich miano goścowego zapalenia gardła (*angine rhumatismale*). Również do nietypowych postaci goścoci zalicza autor niektóre przypadki ostrego goścoci mięśniowego, herpes zoster, przebiegający z gorączką i nerwobólem nerwów międzybrowowych, i erythema nodosum.

Wszystkie wspomniane wyżej nietypowe postaci zdradzają wspólne pochodzenie między innymi i przez to, że mogą występować jedna zamiast drugiej. Tak w przebiegu goścoci stawowego, którego charakterystyczną cechą jest skłonność do nawrotów, pomiędzy dwie typowe postaci z obrzmieniem i bolesnością stawów wkrada się postać nietypowa, pierwotna, jako to: zapalenie wsierdza, róża lub erythema. Nawroty, odbiegające od typu goścoci stawowego, nazywa autor równoważnikami goścowymi, zaś postaci występujące samoistnie, jak zapalenie wsierdza, lub zapalenie opłucnej, o ile by ich charakter goścowy nie ulegał wątpliwości, oznacza autor mianem: „*Rheumatismus sine arthritide*“.

W. Hanicki.

155. L. Feilchenfeld. **O wyczerpaniu serca.** (Ueber die Erschlaffung des Herzens. Berl. Kl. Woch. № 9. 1898).

Zmęczenie serca nie jest uważane za oddzielną formę chorobową. Choroby serca, powstałe wskutek nadmiernych wysiłków, są już znakomicie opracowane, jednakże pozostaje jeszcze wiele do zrobienia wskutek nieuwzględnienia przez autorów przypadków lżejszych, które tak często się rozwijają na tle fizyologicznego zmęczenia i później ewentualnie przechodzą w formy cięższe. A potrzebne nam one są

do całokształtu naszych pojęć o chorobach wskutek znużenia, jak i o chorobach mięśnia sercowego w ogóle, albowiem zmęczenie i rozszerzenie serca, to przyczyna i skutek. Jak wiadomo, serce pracuje nie całą siłą, lecz posiada na wypadek zapotrzebowania energię zapasową. Jeśli wysiłki jego trwają do zmęczenia i dalej, to mamy dwie możliwości.

1) Serce może nadmiernej pracy poddać przy pomyślnych warunkach odżywiania i konstytucji; mięsień jego, o ile granica elastyczności nie bywa przekroczona, stopniowo staje się tęższy, jak przy ćwiczeniach. Jeżeli jednak te warunki działają stale, a wzmożona jego dzielność służy raczej ostrogą do dalszych wysiłków, w takim razie powstaje przerost, czyli zamiast zysku — niebezpieczeństwo (robotnicy, piwosze etc.).

2) Serce nie jest w stanie poddać nadmiernej pracy, w złych warunkach odżywiania wskutek obecnych lub przeszłych chorób, lub wreszcie czynników psychicznych, a także przy zbyt nagłym wzmożeniu ilości pracy. W takich razach przychodzi zmęczenie powodujące większą rozciągliwość, a za nią zwiotczenie mięśnia sercowego, które jednak wkrótce przemija, o ile dalsza wzmożona praca nie jest na nim wymuszana; to ostatnie sprowadza patologiczne stany zwiotczenia mięśnia sercowego wraz z ich skutkami.

Najważniejszą metodą rozpoznawczą jest tu palpacya, powtarzana niejednokrotnie w różnych położeniach chorego, szczególnie przy pochylając tego ostatniego ku przodowi (Gumprecht), dalej bacząc na liczbę oddechów przy leżeniu na prawym i lewym boku. Objawy, wspólne omawianym stanom serca, pojawiające się czy to nagle, czy powoli są: bóle w okolicy serca, uczucie trwogi, trudność oddechania, bezsenność, zawroty głowy, omdlenia, brak łaknienia, a przedewszystkiem poczucie niemocy, w ogóle zatem objawy t. zw. „neurasthenia cordis“ i takie też na ogół stawia się w tych razach rozpoznanie.

Autor na zasadzie własnego doświadczenia rozróżnia trzy okresy znużenia mięśnia sercowego (wraz z ewentualnymi następczymi zmianami w samymże mięśniu).

1. *Okres wstępny*: Klucie w sercu, pobudliwość etc. To nie są nowrozy, lecz łączą się genetycznie z całym cyklem chorób mięśnia sercowego, a jako przyczyny trzeba uważać (Leyden): 1) szybkie rośnięcie (w latach dojrzewania); 2) nadużycia płciowe (samogwałt); 3) wysiłki cielesne i duchowe; 4) wpływy psychiczne (zawody i nie-szczęścia); 5) niedokrwistość i blednica; 6) wysokok i nikotyna; 7) otłuszczenie serca; 8) przebyte choroby; 9) podeszły wiek.

2. *Okres pierwszy* a) forma ostra, znana jako lekkie rozciągnięcie serca (Lichtheim, Leyden). Często jednak to ostatnie pojawia się z poprzedniego okresu, w b) formie podostrej, dającej również zupełnie dobre rokowanie. Nie tak dobre daje c) forma przerywana, bądź *ad a*) ostra (tachycardia), bądź *ad b*) przewlekła (neurasthenia).

3. *Okres drugi* a) forma ostra (ciężkie rozciągnięcie) daje bardzo złe rokowanie, podczas gdy b) forma przewlekła, właściwe rozszerzenie, choć nie może być usunięte, może się poprawić. Przypadki tego okresu, powstające przeważnie na tle sklerozy tętniczej, są ogół-

nie znane. Autorowi chodzi głównie o zwrócenie uwagi na przejściowe i wstępne stany wyczerpania serca, których leczenie i profilaktyka powinny by mieć tak samo ważne znaczenie, jak np. zapobieganie suchotom, gdyż równie czynią człowieka niezdolnym do pracy, ani do życia.

J. Piotrowski.

156. F. Hirschfeld. **O stosunku między otyłością a cukromoczem.** („Ueber Beziehungen zwischen Fettleibigkeit und Diabetes“. Berl. Klin. Woch. № 10. 1898).

Z różnych rodzajów cukromoczu przyjęto tylko taki uważać za diabetes, gdzie wydzielanie cukru z moczem trwa stale już po spożywaniu pokarmów, zawierających krochmal. Ostatniemi czasy wielokrotnie badano sprawność osobników, podległych różnym cierpieniom, względem cukru, szczególnie gronowego. Zdrowi, nie wydzielają tego ostatniego nawet po spożyciu ani śladu, natomiast okazało się dość stale, że taż ilość, albo nawet obfitujące w krochmal jedzenie są w stanie wywołać u osób otyłych, używających mało ruchu (przemijający) cukromocz, stosunkowo znaczny. Autor na 3-ch przypadkach powtórzył także doświadczenia. Faktem więc jest, że przy braku pracy mięśniowej i bardzo obfitem odżywianiu znaczny dowóz wodanów węgla bezpośrednio jest w stanie wywołać cukromocz. Naodwrot, przy leczeniu odtłuszczającym tego niema, a cukromocz już wywołany szybko znika. Powyższa próba cukrowa wyprowadza jakoby na jaw ukryty diabetes. Autor jednak nie hołduje dzisiejszemu pogładowi, przyjmującemu diabetes, jako drugi stopień i dalszą konsekwencyę otyłości. Właściwa przyczyna pierwszego jest nam nieznaną, a związek z ostatnią możnaby wytłómaczyć poprostu: brak ruchu przy nadmiernym dowozie pokarmów przyczynia się tylko do powstawania cukromoczu.

Dowodem może być i to, że u ludzi mniej jedzących, a więcej pracujących, lekkie formy cukromoczu zdarzają się stosunkowo rzadko. Z tego powodu należy wystąpić przeciwko modnemu przekarmianiu diabetyków bez dostatecznych ku temu wskazań, jak upadek sił, chudnięcie, powikłania i t. d., a zatem przeważnie tylko w przypadkach ciężkich.

J. Piotrowski.

157. Glax. **O wpływie rozmaitych zabiegów wodolecznicznych na wydzielanie moczu.** (Klin. Ther. Woch. № 12. 1898).

Liczne badania rozmaitych lekarzy doprowadziły do wniosku, że obfite picie chłodnej wody powiększa znacznie ilość wydzielanego moczu, czyli, że picie chłodnej wody ma wpływ moczopędny; działanie to ma być tak silne, że wydziela się więcej moczu, niż zostało wypite płynów. Gorąca woda wpływa tylko chwilowo na pobudzenie

wydzielania moczu wskutek wzmożenia działalności serca; potem jednak następuje szybko upośledzenie tej czynności. Na tej zasadzie zalecano chłodną wodę do picia w celu przepłukania układu naczyniowego przy otruciach i samozatruciach. Okazuje się jednak, że wpływ moczopędny ma miejsce tylko w zdrowym ustroju: w chorobach gorączkowych ilość oddawanego moczu dorównywa ilości wypijanych płynów; toż samo spostrzegamy przy wszelkich zaburzeniach krwioobiegu: ilości płynu zastoinowego w tkankach powiększają się pod wpływem obfitszego picia i tylko wręcz przeciwny zabieg — ograniczenie ilości wypijanych płynów zmniejsza zastoinę. W chorobliwie zwiększonej diurezie picie gorącej wody działa podobnie, jak u zdrowych ludzi t. j. zmniejsza ilość mocza; sprawdził to autor przy cukromoczu. Wpływ ciepłoty wypijanych płynów na ilość wydzielnego moczu zależy od pobudliwości nerwów naczynioruchowych w stanie zdrowia i różnych stanach chorobowych.

Prócz ciepłoty wody na szybkość wydzielania moczu ma wpływ zawartość w wodzie kwasu węglowego oraz soli mineralnych, które wydzielają się z moczem. W tej myśli stosowano rozmaite wody mineralne w wysiękach opłucny, ósierzcia i t. d., w chorobach serca i nerek. Węhlanianie wysięku ma odbywać się skutkiem przesylenia krwi solami: jest to jednak możliwe tam tylko, gdzie działalność serca jest jeszcze dość silna. Toż samo ma miejsce w katarach oskrzeli, gdzie krew przesycona solami, węhlania wysięk z oskrzeli i wydziela obficie płyny przez nerki.

W sprawie szybkiego wydzielania przez nerki odgrywa ważną rolę woda stosowana w postaci kąpieeli; chłodne kąpiele działają w tym kierunku o wiele lepiej, niż chłodna woda do wewnątrz. Uwydatnia się to zwłaszcza w chorobach gorączkowych. Pewne pobudzające znaczenie ma tu i zawartość kwasu węglanego w wodzie.

Nakoniec, na wydzielenie moczu ma wielki wpływ klimat: w gorącym i suchym powietrzu diureza zmniejsza się bardzo znacznie, w chłodniejszym zaś i wilgotniejszym powiększa się. W pierwszym przypadku płuca i skóra działają zastępczo zamiast nerek, co może być bardzo pożyteczne przy ich cierpieniu; w drugim przypadku nerki są przedewszystkiem czynne. Zauważono stałe wahanie diurezy w tej samej miejscowości zależnie od chwilowych zmian wilgotności powietrza.

W. Miklaszewski.

158. Prof. Ribbert. **O pasorzytnictwie.** (Deutsch. Med. Woch. № 11. 1898).

Określiwszy chorobę pasorzytniczą jako nawiedzenia ustroju przez inne ustroje, nie mające z danym nic wspólnego, i żywiące się kosztem jego, autor powiada, że każdą chorobę w ogóle, jako pewną zmianę korzystnych normalnych warunków na niekorzystne, można przyrównać do choroby pasorzytniczej. Jeżeli w ustroju, gdzie każda jego cząsteczka pełni pewną czynność, która nie może być wykonana przez

inne cząsteczki, któraś z nich przestanie pracować, to cały ustroj cierpi na tem podwójnie: wskutek niewypełnienia pewnej czynności oraz wskutek utraty sił na wyżywienie tego narządu, który przestał działać, a jednak żyje i oddziałuje szkodliwie na ustroj. W tym duchu patrzy na chorobę w ogóle Virchow: przedstawia on ją sobie w postaci żyjącej istoty w narządach ustroju. Z tego samego punktu widzenia patrzy autor na nowotwory. Przyjmuje on bez zastrzeżeń teorię, że nowotwory powstają z zarodków, istniejących w ustroju, z zarodków, które żyją kosztem całego ustroju i nie mu za to nie dają, w stosownych zaś dla siebie warunkach zaczynają rosnać. Nowotwory złośliwe, z niesłusznie podnoszoną przez wielu badaczy nieokreśloną zdolnością rozrodczą, nie różnią się w istocie niczem od nowotworów niewinnych: w jednym i drugim przypadku nowotwór rozwija się tylko z zarodkowych komórek, a tkanki normalnego narządu nie przemieniają się w tkanki powstającego guza, podobnie jak to ma miejsce z pasorzytami, które mogą wypełnić i zniszczyć tkankę, lecz nie powstają z jej składników. Zwłaszcza przerzuty nowotworów bardzo przypominają szerzenie się ognisk choroby pasorzytniczej, pojedyncze komórki nowotworu dostają się zapomocą naczyń do innych narządów i tworzą w nich nowe ognisko, które rozwija się niezależnie od swej metropolii dzięki siłom rozrodczym, jakie posiada i kosztem tkanek, w których się rozwija. To wielkie podobieństwo do chorób pasorzytniczych dało bodziec wielu badaczom do poszukiwania ustrojów, które wywołują guzy, zwłaszcza złośliwe. Te poszukiwania nie zostały uwieńczone dotychczas pomyslnymi wynikami i w myśl autora nie mają szans powodzenia na przyszłość. Bo nowotwór sam przez się jest czymś w rodzaju pasorzyta: powstaje on z komórek zarodkowych, które nie biorą udziału w pracy ustroju i żywią się jego sokami, a w przyjaznych dla siebie warunkach, zaczynają rozmnażać się, drażą w głąb tkanek ustroju, sprowadzają ich zanik i same sadowią się na ich miejsce oraz szukają po za granicami danego ogniska nowych tkanek, w których mogłyby rozrastać się z zupełnem powodzeniem na szkodę ustroju.

W. Miklaszewski.

159. Kolisch. **O wadliwej przemianie materji w zaburzeniach czynności wątroby.** (Wien. Med. Woch. № 5, 6, 7 i 8. 1898).

Wadliwa przemiana materji zależy od zmienionej działalności pewnych narządów, w których prawidłowo ma miejsce utlenianie i rozkład soków pokarmowych. Nie możemy, niestety, rozpatrywać zaburzeń z tego punktu widzenia, bo nieznamy dostatecznie czynności poszczególnych narządów w dziele przemiany materji, podobnie jak i stopniowych przetworów tej przemiany. Pewne dane tego rodzaju mamy tylko co do niektórych narządów, przedewszystkiem co do wątroby. Jako gruczoł prawdziwy, wątroba pełni dwie czynności wy-

dzielnicze: zewnętrzną i wewnętrzną. Zaburzenia wydzielania zewnętrznego sprowadzają się: 1) do zmniejszenia lub braku wydzielania żółci i 2) do zatrzymania wydalania żółci do dwunastnicy. Pierwsze zaburzenie niema istotnego znaczenia dla przemiany materii i następstwem jego jest jedynie upośledzenie wchłaniania tłuszczów, które w znacznej mierze zostają wydalone z kałem, nadając mu gliniastego wyglądu, który zależy nie od braku barwników żółciowych, lecz od nadmiaru tłuszczu. Pogląd, że brak żółci sprowadza fermentacye w kiszkiach, ponieważ żółć ma działać przeciwnie, nie jest słuszny; żółć sama łatwo ulega gnicciu, a fermentacya prawdopodobnie, podług Bungego, powstaje skutkiem nadmiaru tłuszczu, który oblega cząstki białka i sprowadza jego gnicie. Co się tyczy drugiego zaburzenia wydzielania żółci — zatrzymania jej, to zaburzenie prowadzi do żółtaczki, która wbrew dawnym poglądom jest zawsze pochodzenia wątrobowego. Komórki wątrobowe mają określone wgłębienie (które w szeregach komórek tworzą przewody), przez które jedynie wydzielają się składniki żółci tylko w stanach chorobowych tych komórek (np. przy otruciu fosforem) komórka może wydzielać do naczyń krwionośnych i chłonnych. Chorzy żółtaczekowi zwykle chudną; zależy to od niedostatecznego wchłaniania tłuszczów i utrudnionego przyswajania białka, a nie od zatrucia barwnikami żółciowemi. Ciężkie objawy ogólne, mające cechy samozatrucia, jakie niekiedy spotykamy przy silnej żółtaczce, są współrzędne z tym objawem, a nie zależne od niego, wbrew dawniejszym poglądom, i są wszystkie razem wyrazem upośledzenia lub też zawieszenia czynności wątroby, przedewszystkiem zaś zdolności jej do zubożniania ciał trujących w układzie krążenia. Żółć tedy nie ma prawdopodobnie tego znaczenia, jakie jej po dziś dzień przypisują, lecz powinna być raczej uważana, jako wydzielina (excret), nie jako sok trawieńczy (secret).

Czynność wydzielnicza wewnętrzna wątroby wyraża się: w wytwarzaniu mocznika, w przemianie węglowodanów i w zubożnianiu ciał trujących. Mocznik, jako wytwór ostateczny przemiany białka, powstaje z amoniaku i kwasu węglanego, czyli stanowi związek dwóch ciał, z których każde oddziaływa trująco na ustroj. Gdyby to zubożnianie tych trujących wytworów odbywało się kosztem zasad i kwasów innych, to równowaga przemiany materii byłaby naruszona. Dla tego też zmniejszenie wydzielania mocznika przez nerki idzie zawsze w parze z powiększeniem wydzielania amoniaku i wskazuje na zatrucie ustroju, podobnie jak to ma miejsce np. przy całkowitem wycięciu wątroby u zwierząt, lub przy ostrym zaniku wątroby. Nawet cząstki wątroby po usunięciu całych płatów tego narządu, pełnią jeszcze dostatecznie czynność wytwarzania mocznika, o ile dowóz ciał białkowych jest niezbyt znaczny; prawdopodobnie w sprawie wytwarzania mocznika biorą po części udział i inne narządy prócz wątroby. Co się tyczy przejściowych przetworów przemiany materii (kwas moczowy, alantoina, kwas karbaminowy i t. d.), to udział wątroby w ich powstawaniu jest niedowiedziany. Związki podwójne objętne np. eterosiarczany powstają w czę-

ści w wątrobie; jednak i po zupełnem usunięciu tego narządu znajdujemy je w moczu, co dowodzi, że i inne narządy biorą udział w ich powstawaniu. Trucizny, wprowadzone z zewnątrz np. metale, alkaloidy i t. d., zostają również zatrzymywane i zobojętniane w wątrobie. Wreszcie trzeci przejaw działalności wydzielniczej wewnętrznej wątroby polega na wytwarzaniu z węglowodanów glikogenu. Zaburzenia tej czynności prowadzą do przejściowego cukromoczu; co się jednak tyczy cukrzycy, to nie ma dowodów na to, by była zależna od zaburzeń w czynności wątroby.

Objawy chorobowe cierpień wątroby wklajają się zazwyczaj z objawami innych chorób; pomimo to jednak niektóre objawy mają w klinice duże znaczenie przy rokowaniu. Zmniejszenie ilości wydzielanego mocznika i powiększenie natomiast ilości amoniaku jest złą wskazówką. Obfite moczenie z podniesioną ilością mocznika wskazuje na poprawę (np. usunięcie kamienia żółciowego, zniknięcie żółtaczki i t. d.). Niezgodne poglądy, co do znaczenia urobilinurii i bilirubinurii można objaśnić w ten sposób: urobilina powstaje z bilirubiny w kiszkaach i ztąd dostaje się z powrotem do wątroby; jako łatwo dyfundująca, może ona przy stanie chorobowym komórek wątroby, przedostać się do układu krążenia i moczu, bilirubina zaś, jako trudno dyfundująca, przedostaje się do moczu tylko w ciężkich cierpieniach wątroby. Zaburzenia czynności zobojętniania trucizn w wątrobie chciał użytkować Boucharde, określając jadowitość moczu; ta jednak metoda może mieć znaczenie tylko w normalnym stanie nerek, bo w przeciwnym razie przy małej jadowitości moczu, występują objawy ogólne zatrucia.

Z tych danych wynikają pewne wskazówki lecznicze. W chorobach wątroby ze zniszczeniem jej miąższu, należy ograniczyć ilość pokarmów białkowych. W ciężkich chorobach wątroby wskazane są środki moczopędne, najlepiej kalomel i dyeta mleczna. Przy zmniejszeniu ilości mocznika podawanie do wewnątrz dużych jego dawek jako środka moczopędnego jest wskazane. Alkaloidy, silnie działające środki, przyspieszające rozpad białka, np. kwas salicylowy, powinny być zupełnie zaniechane u chorych na wątrobę.

W. Miklaszewski.

160. Dr. C. Lemoine. **Leczenie duszności mocznicowej dużemi dawkami eteru.** (Traitement de la dyspnœe uremique par l'ether à haute dose). (La Presse medicale 13 Octobre, 1897).

Każdy z lekarzy praktyków miał nieraz sposobność przekonać się, jak ciężkie jest nasze zadanie wobec napadu duszności mocznicowej. Cały arsenał środków, używanych w takich razach, jak pilokarpina, upust krwi, koce, naparstnica, kofeina, morfina, chloral, nitrogliceryna i t. p. najmniejszej często choremu nie przynoszą ulgi. Eter siarczany stosowany bywa w tych przypadkach już oddawna, ograniczano się jednak zwykle kilkoma iniekcjami lub nie wielką

ilością do wewnątrz (3jj—3jjj pro die). Pierwszy dopiero Lemoine począł stosować ten środek w bardzo dużych ilościach i otrzymywał we wszystkich przypadkach znakomite wyniki.

W jednym, z opisanych przez autora przypadków, chory w przeciągu pierwszego dnia użył 96 kub. cent. eteru, przez następne 2 dni z górą po 70 centymetrów. Wyniki podaje autor wprost zdumiewające.

Duszność szybko przechodzi, sinica znika, tętno staje się prawidłowem, występuje obfite wydzielanie moczu a co za tem idzie obrzęki nadwyczej szybko się zmniejszają.

Lemoine stosuje eter drogą podskórną. Ponieważ jednak zastrzykiwania eteru nadwyczej są bolesne, radzi więc robić je głęboko, co zmniejsza ból, a jednocześnie zapobiega następczemu zmartwieńniu skóry.

Na pierwszych kilka zastrzyknięć chorzy zwykle niezbyt się skarżą, już to z powodu pół śpiączki, w jakiej niektórzy z nich się znajdują, już z powodu silnego uczucia strachu podczas napadu i skierowania całej swej uwagi w kierunku uwolnienia się od rozpaczliwego w samej rzeczy stanu.

Z chwilą jednak ustępowania męczących objawów, ból przy każdym zastrzyknięciu potęguje się i podawanie środka tą drogą staje się wprost niemożliwym.

W takich razach lub wogóle, jeśli chory nieznosi zastrzykiwań, trzeba podawać eter drogą przewodu pokarmowego. Autor daje z początku co godzina lub pół po łyżce deserowej (!) eteru, później rzadziej, stosownie do natężenia objawów. Po zupełnem ustąpieniu duszności, radzi podawać stale eter przez dni kilka w mniejszych już ilościach, dla zapobieżenia nawrotom.

Przy stosowaniu tak znacznych ilości eteru, nie spostrzegął autor nigdy żadnych niepokojących objawów pobocznych. Zdarzające się u niektórych chorych pewne podniecenie ogólne lub senność szybko przechodzą i nie powinny nas wstrzymywać od dalszego stosowania leku.

Tę nieszkodliwość wysokich dawek eteru przypisuje autor jego nadwyczej szybkiemu wydalaniu się z ustroju *).

K. Wisłocki.

*) Zdarzające się przypadki zatrucia w narkozie eterowej, powstają na skutek podania dużej ilości eteru w bardzo krótkim czasie, kiedy Lemoine podaje wprawdzie bardzo znaczną ilość, lecz rozkłada ją na całą dobę. Przy narkozie eterowej szybkość podawania tego środka przewyższa możliwość jego wydalania, stąd warunki do nagromadzenia się i zatrucia.

Przyp. sprawozdawcy.

II. Choroby nerwowe.

161. J. Rosenthal (z Erlangen) i M. Mendelsohn (z Petersburga). **O torach odruchowych w rdzeniu kręgowym oraz miejscu powstawania odruchów.** (Ueber die Leitungsbahnen der Reflexe im Rückenmark und den Ort der Reflexübertragung). Neurologisches Centralblatt № 21. 1897.

Na podstawie badań fizyologicznych nad przebiegiem odruchów, autorzy wypowiadają nowy zupełnie pogląd na umiejscowienie ich w rdzeniu, różniący się bardzo od panującego obecnie w nauce. Zdaniem ich, bodziec czuciowy nie przynosi się w zwykłych warunkach na nerw ruchowy na najkrótszej drodze, t. j. na przekroju poprzecznym rdzenia, lecz dopiero w najwyższych odcinkach rdzenia, na granicy rdzenia przedłużonego, w okolicy, której nadają miano *Regio bulbo-cervicalis*. Dlatego, przy stosowaniu bodźców możliwie najslabszych, otrzymuje się wprawdzie skurez odruchowy „maksymalny“, ale dopiero po dłuższym czasie. W miarę powiększania bodźca czas ten (między bodźcem i odruchem — Reflexzeit) staje się coraz krótszy, stopień skurezu jednakże pozostaje ten sam. W pierwszym przypadku odruch odbywa się na drodze najdłuższej, w drugim zaś bodziec przechodzi na pierwiastki ruchowe w odcinkach niższych. Zgodnie z powyższem, doświadczenia na zwierzętach dowiodły, że po przecięciu rdzenia, t. j. po oddzieleniu swych najwyższych odcinków, bodźce, które przedtem wystarczały dla wywołania odruchów, okazywały się zbyt słabemi.

Powiększając siłę bodźca czuciowego, otrzymujemy, jak wiadomo, odruch nie tylko w kończynie bezpośrednio drażnionej, ale i w innych kończynach. Przy rdzeniu nienaruszonym, drażniąc prawą nogę, spostrzegamy odruch najpierw w prawej kończynie dolnej, później w prawej górnej, w lewej górnej, wreszcie w lewej dolnej. Po odcięciu regionis bulbo-cervicalis kolej się zmienia: po prawej kończynie dolnej następuje lewa dolna, później prawa górna, a w końcu dopiero lewa górna.

W dziedzinie patologii również sprawdzono w ostatnich czasach szereg faktów, które świadczą mają za słusnością poglądu autorów. Są to liczne już teraz spostrzeżenia, w których cały przekrój poprzeczny rdzenia w części szyjowej lub górnej grzbietowej uległ zniszczeniu, a pomimo to odruchy skórne, ściągiste, trzewiowe — były całkowicie zniesione. (Bastian, Rorburn, Babiński i inni). W niektórych przypadkach badaniem drobnowidzowem stwierdzono nawet, że dolna część rdzenia pozostała nienaruszoną, że zatem zniesienie odruchów mogło być następstwem li tylko uszkodzenia wyższych odcinków. Fakty te, zdaniem autorów, znacznie łatwiej dają się wytłómaczyć, przyjmując ich pogląd na umiejscowienia odruchów, aniżeli przy pomocy teorii Bastiana, który zniesienie odruchów objaśnia ustaniem wpływów od strony mózdzka, lub teorii *van Schachten'a*, według której „tonus“ komórki rogów przednich, wy-

magany dla skutecznienia odruchu, pozostaje w pewnej zależności od ośrodków wyższych.

Szereg innych faktów dowodzi znowuż, że inkryminowana przez autorów — regio cervico-bulbaris jest najbardziej pobudliwą częścią rdzenia. Ośrodek drgawek padaczkowych wskazany przez *Kussmaula* i *Tennera*, również jak t. zw. „Krampfcentrum“ *Nothnagla*, odpowiadają im w tej samej okolicy. *Zichen* i *Verworn* opisują toniczne skurcze otrzymane przez podrażnienie rdzenia przedłużonego. Wszystkie postaci tęcza rozpoczynają się od szczykościsku i skurczu mięśni szyjowych i karku; sztywność karku spostrzegamy stale w zapaleniu opon mózgowo-rdzeniowych, w pachymeningitis cervicalis hypertrophica, w cierpieniach umiejscowionych w jamach potylicowych (ropniach i nowotworach mózdzku).

Najnowsze badania nad budową ośrodków nerwowych również doskonale się zgadzają z poglądem autorów. Pierwszy czuciowy nerw kończy się bowiem, jak wiadomo, na początku rdzenia przedłużonego, a chociaż włókna tylnych pęczków oddają po drodze gałązki, mogące pośredniczyć w powstawaniu odruchów, to jednak tamte, służące stale do przeprowadzania pobudek czuciowych do mózgu, są zapewne lepszymi przewodnikami dla odruchów aniżeli tory krótsze.

Poglądy i argumenty wypowiedziane przez autorów, są bezwątpienia bardzo ciekawe i zarówno pod względem teoretycznym jak i praktycznym zasługują na uwagę. Co się tyczy tego ostatniego punktu zresztą zaznaczyć należy, że badania fizyologiczne autorów dotyczyły li tylko odruchów skórnych; pomimo to przenoszą oni wyniki swe w dziedzinę odruchów ścięgnistych; nie bacząc wcale na to, iż w klinice dość często spostrzegamy odmienne zupełnie zachowanie jednych i drugich. Bądź co bądź, jednak badanie odruchów jest najeżone tyloma trudnościami i cały ten rozdział neuropatologii dotychczas tak jeszcze zawikłany, że każdą na tem polu pracę, obfitującą jak referowana przez nas w nowe fakta, z prawdziwą witamy wdzięcznością.

Bregman.

162. Prof. Darkszewicz. **Przyczynek do kwestyi porażień przy szczepieniu wściekliczny.** (Zur Frage von den Lähmungs-erscheinungen bei Pasteur'schen Impfungen). Neurologisches Centralblatt № 3. 1898.

Autor opisuje następujące nader ciekawe przypadki:

I. 32-letni mężczyzna pokąsany został przez wściekłego psa. W kilka dni później poddał się leczeniu sposobem Pasteura, które trwało dni 12. Po dalszych 5-ciu dniach, w ciągu których chory czuł się znakomicie, wystąpiły objawy rozsianego zapalenia nerwów (Polyneuritis), niedowład kończyn, parestezye, bóle, ataksya, bolesność nerwów i mięśni.

Po upływie 10-ciu miesięcy — znaczna poprawa, pozostały tylko pewna niezręczność w palcach lewej ręki oraz lekkie parestezye i zmniejszenie uczucia bólowego w kończynach górnych.

II. 28-letni mężczyzna również pokąsany został przez psa.

Pomimo, że pies ten, jak się okazało, nie był wściekłym, choremu zrobiono 16 szczepień wścieklizny. W tydzień po ostatnim szczepieniu, chory dotknięty został porażeniem prawego nerwu twarzowego a w 2 dni później lewy nerw twarzowy również porażonym został. Porażenie należało do lekkich, reakcyi zwyrodnienia nie było.

Wobec tego, że wywiady nie wykazały żadnej innej przyczyny, mogącej spowodować opisane porażenia, D. mniema, że winę przypisać należy szczepieniom ochronnym. Drugi przypadek, w którym pies nie był wcale wściekłym, ma znaczenie tem większe, gdyż wyklucza działanie jadu wścieklizny (nabytej przez pokąsanie). Jaką drogą szczepienia wywołują porażenia, nie jest dotąd wyjaśnione. Zaznaczyć należy, że w pierwszym przypadku pokąsane zostały jeszcze 2 inne osoby, które równocześnie z chorym poddano leczeniu ochronnemu i u nich jednakże porażenia nie było. W przypadku tym przeoczony został przez autora szczegół, który zdaniem ref. mógł mieć pewne znaczenie etyologiczne: mianowicie przed wystąpieniem polyneuritis chory 2 razy kapkał się w rzece, a zatem uleżał mógł przeziębieniu.

Bregman.

163. **Jakobsohn.** **Przypadek migreny, porażenia jednostronnego szyjowego nerwu sympatycznego i choroby Basedow'a.** (Deutsch. Med. Woch. № 7. 1898).

Trzydziestoosmioletnia kobieta cierpiała od kilkunastu lat na bóle głowy połowiczne lewostronne napadowe, zjawiające się mniej więcej w przerwach miesięcznych i trwające do 2 dni; zaczynały się one od bladeści i kończyły się na mdłościach i wymiotach. U tej samej chorej wystąpiły objawy, które skłaniają do przypuszczenia porażenia lewego nerwu współczulnego szyjowego; mianowicie zauważono u niej: zwężenie lewej źrenicy dość znaczne, chociaż odruch jej był dobrze zachowany, zwężenie szpary ocznej, zapadnięcie galki ocznej w głąb oczodołu, suchość lewej połowy twarzy i nieznaczny zanik jej. Przeciwno temu przypuszczeniu przemawia jedynie bladeść twarzy, która zwykła występować przy podrażnieniach nerwu współczulnego; ten objaw, spotykamy i w innych przypadkach autor objaśnia sobie w ten sposób, że, prawdopodobnie, w nerwie szyjowym współczulnym przebiegają obok włókien, których podrażnienie spowoduje skurcz naczyń, i takie, które w tych samych warunkach prowadzą do rozszerzenia naczyń. To przypuszczenie jest prawdopodobniejsze, niż pogląd innych autorów, że ten sam nerw może być współcześnie podrażniony i porażony. Wreszcie u tej samej chorej spostrzeżono szereg objawów właściwych chorob Basedow'a: przyspieszenie tętna i bicia serca, wole i drzenie rąk wyciągniętych. Brak było wypuklenia gałek ocznych oraz objawów Graefego i Moebiusa; jest to jednak pospolitem zjawiskiem zwłaszcza w początkowym stadium rozwoju tej choroby, w jakim, prawdopodobnie, znajduje się

omawiana chora. Czy ta choroba Basedow'a jest u naszej chorej idiopatyczna, czy też tylko objawowa na wskutek ucisku nerwu współczulnego i błędnego przez wole? Ostatnie przypuszczenie jest mało prawdopodobne, choćby ze względu na to, że wole jest niewielkie i większe po stronie prawej, po której mniej jest objawów uciskowych, oraz, że to wole zjawilo się dopiero w ostatnich czasach, kiedy inne objawy już dawno istniały.

Ze względu na zbieg tych trzech nerwów nerwu współczulnego, które rozwinęły się stopniowo w ciągu 18 lat choroby, autor uważa swój przypadek za unikat. Tłómaczy on sobie rozwój całej choroby bodźcem, który wywołał wszystkie powikłania, ponieważ nerw współczulny, unerwiający naczynia głowy był w częstem pobudzeniu i doszedł wreszcie do wyczerpania i porażenia. Gdy w dalszym ciągu zjawily się prawostronne bóle głowy i też często zaczęły powtarzać się, to powstały warunki do rozwoju choroby Basedow'a. W ten sposób cierpienie, które zajmowało początkowo niewielką przestrzeń układu naczyniowego (w związku z nerwem współczulnym) rozszerzyło się stopniowo aż na serce. To umiejscowienie cierpienia w układzie naczyniowo-nerwowym i w jego ośrodkowych narządach tłómaczy autorowi całokształt choroby.

W. Miklaszewski.

164. **Khané. O chorobach układu nerwowego przy rzeżączce.** (Klin. Therap. Woch. № 1, 2, 3, 4, 5 i 6. 1898).

Od najdawniejszych czasów niemal do ostatnich dziesięcioleci naszego wieku lekarze nieodróżniali należycie rzeżączki od przymiotu. Dopiero po odkryciu swoistego drobnoustroju przez Neisser'a zmieniły się poglądy na te sprawy chorobowe i wiele ogólnych objawów, zależnych jakoby od rzeżączki znalazły tłómaczenie jako objawy przymiotu. Od tego też czasu zaczęto uważać rzeżączkę za cierpienia miejscowe, nie wpływające na zdrowie innych narządów ustroju. Przeciwnie temu krańcowemu pogładowi przemawiały ścisłe obserwacje ostatnich czasów, z których wynika, że niepowikłana rzeżączka może być jedynie miejscowem cierpieniem; w przeciwnym razie rozszerza się na zdrowe odcinki narządów moczopłciowych, na gruczoły i naczynia chłonne, na błony śluzowe rozmaitych narządów (odbytnicy, łącznicy, ust, nosa i t. d.) przez bezpośrednie przeniesienie na nią ropy; wreszcie rzeżączka może dawać przerzuty najczęściej w postaci zapaleń stawów, dalej— zapaleń wsierdza, tężówki, ropni skórnych i t. d. We wszystkich tych przypadkach wykrycie swoistych drobnoustrojów przy pomocy drobnowidza i hodowli czyni rozpoznanie niewątpliwem. Drobnoustroje te w przypadkach przerzutów cierpienia przechodzą do daleko leżących narządów przez krew. Pierwsze sprostżenia, co do powikłania rzeżączki przez cierpienia nerwowe były zrobione w początku bieżącego stulecia; są one wogóle bardzo nieliczne. Przypadki do r. 1891 zebrał Paul Raymond; autor dopełnia tę statystykę przez kazuistykę ostatniego dziesięciolecia.

Przytacza on szereg przypadków, z których wynika, że zdarzają się cierpienia ogniskowe mózgu i jego komór i opon istoty rzeźączkowej, porażenia nerwów czaszkowych, oraz choroby psychiczne na tem samym tle, chociaż te ostatnie nasuwają jeszcze wiele wątpliwości. O wiele częstszymi są cierpienia rdzenia i jego opon; choroba rdzenia ma w takich przypadkach najrozmaitszy przebieg i charakter i przebiega z rozmaitemi objawami: bólami, znieczuleniami, omamami czucia, porażeniami i niedowładem kończyn, zwłaszcza dolnych, porażeniami pęcherza i odbytnicy i t. d. Jednym z częstych i ważnych objawów są zaniki mięśni; co do przyczyny tego zaburzenia zdania są podzielone: w jednych przypadkach zanik występuje przy zapaleniu stawów w ich okolicach lub też i poza niemi; w innych przypadkach zanik mięśni jest ogólny i rozciąga się na całe grupy mięśniowe, towarzyszy mu zaś przytem wzmoczenie odruchów ścięgniętych jak to ma miejsce przy sclerosis lateralis amyotrophica. Udział obwodowego układu nerwowego w przebiegu rzeźączki należy do najczęstszych; pod tym względem pierwszeństwo należy się nerwom kulszowemu i biodrowemu. Powikłanie tego rodzaju występuje zwykle w 2—3 tygodniu choroby. Należy odróżniać nerwobóle od zapaleń nerwów: te ostatnie wyróżniają się przez obecność zaburzeń odżywczych. Powikłania takie zdarzają się przedewszystkiem u ludzi, którzy muszą dużo stać i chodzić, oraz u brzemiennych. Leczenie polega na leżeniu w łóżku, salicylu, potem masażu, kąpielach siarczanych i t. d. Znane są i przypadki polyneuritis, które podług Levy zaczynają się od zajęcia stawów. Niemniej znane są zaburzenia odżywece (troficzne); z pośród nich autor podkreśla najbardziej przerost warstwy rogowej skóry przeważnie na podszwie i dłoni przy współczesnych zaburzeniach czucia, wzmoczeniu odruchów, zanikach mięśni i t. d. Nakoniec dobrze są znane jedynie czynnościowe zaburzenia nerwowe w przebiegu rzeźączki: nie mówimy tu, rozumie się, o ogólnych nerwicach, które występują w rozmaitych cierpieniach narządów płciowych. Z pośród nerwic czuciowych zasługują na uwagę po wyleczeniu rzeźączki: bóle w cewce i kroczu, omamy czucia w tych miejscach i t. d.; z pośród ruchowych: skurez (spasmus) cewki, pęcherza, skurez lub porażenie zwieracza pęcherza i t. d. Nerwica i histeria, neurastenia i hipochondrya na tle rzeźączki są albo pochodzenia wprost psychicznego, albo są wyrazem zakażenia ustroju przez gonokoki i ich ptomainy, lub wreszcie są czysto odruchowe, np. przy zwężeniach cewki. Nerwice te występują głównie u osobników obarczonych dziedzicznie cierpieniami nerwowymi i mało odpornych.

Jaką jest istota cierpień układu nerwowego wskutek rzeźączki? Na to pytanie mogłyby dać odpowiedź dokładne badania mikroskopowe i drobnoustrojowe, które, niestety, są nieliczne. Co się tyczy częstości powikłań, to cierpienia czynnościowe należą do najczęstszych; organiczne zaś zdarzają się wogóle rzadko i co do częstości następują w takim porządku: cierpienia układu obwodowego, rdzenia i jego opon, wreszcie najrzadsze — mózgu. Stosunek pomiędzy częstością rzeźączki i przymiotu do powikłań tych chorób przez cierpienia układu nerwowego jest odwrotny. Z trzech podanych przypadków

cierpień mózgowych w dwóch znaleziono zatór w tętnicy bruzdy Sylwiusza, zator pochodzący z wsierdzia, zajętego przez sprawę rzeżączkową; w trzecim przypadku (Pitres'a) przyczyna rozmięczenia mózgu została niewyjaśniona, bo naczynia były niezmięnione. Podobnież w kilku znanych przypadkach rozmięczenia rdzenia i zapalenia jego opon nie znajdujemy nic, co byłoby właściwe jedynie rzeżączce. Nie ulega jednak wątpliwości, że we wspomnianych przypadkach gonococcus był sprawcą powikłań i od czasów prac Wertheima wiemy, że ten drobnoustrój niezawsze gości tylko na powierzchni błon śluzowych, lecz niekiedy draży wgląd ich, przechodzi do tkanki łącznej, przedostaje się na błony surowicze i do krwi, wywołuje w naczyniach zatory. Z tej racji możemy uważać za zupełnie możliwe, choć nie jest to jeszcze udowodnione, że mogą istnieć zapalenia opon mózgo-rdzeniowych i zatory natury rzeżączkowej z ich następstwami, podobnie jak istnieją zapalenia otrzewny, opłucny, wsierdzia, stawów i t. d. gonokokkowe. Przyjmują wogóle, że powikłania rzeżączkowe powstają albo wskutek działania gonokokków, albo wskutek zakażenia mieszanego, albo pod wpływem toksyn. Zakażenie szerzy się albo per continuitatem, lub zapomocą przerzutów drogą naczyń.

Początek choroby bywa rozmaity: ostry, jeśli zajęte są opony, podostrawy z usposobieniem do przewlekłego przebiegu w przypadkach zajęcia istoty nerwowej. Leczenie jest przeważnie objawowe.

W. Miklaszewski.

165. Dr. Le villain. **Cierpienia nerwowe wyrostka robaczkowego.** (Appendicites nerveuses ou syndromes appendiculaires neuropathiques). (L'indépendance med. № 3. 1898).

W przeciągu ostatnich lat kilku mieliśmy istną powódź prac, poświęconych cierpieniom wyrostka robaczkowego. Gwałtowne spory toczą się jeszcze na posiedzeniach towarzystw lekarskich całego świata, co do istoty tych cierpień i odpowiednich dla nich wskazań leczniczych. Prawdziwy „furor appendicularis“ jak się wyraził Talamon, oświadczył umysłami lekarzy. Zainteresowanie się tą sprawą przedostało się nawet po za szranki nauki do szerokich mas publiczności, rodząc przesadzoną obawę przed częstotnością tych cierpień. Zjawily się propozycye, robione całkiem poważnie, ażeby u osobników zdrowych, w wieku wczesnym robić wprost rezekeję wyrostka robaczkowego celem zabezpieczenia się od możliwych jego zachorowań.

Autor, który już w pracy swej p. t. „Neuropathologie viscerale“ (Paris 1898) poświęcił cały rozdział zaburzeniom nerwowym ze strony kiszek, obecnie podaje kilka uwag nad cierpieniami wyrostka robaczkowego.

Uwagi te dobrze jest mieć w pamięci, ażeby być mniej nieco pohopnym do tak częstego rozpoznawania zapaleń i przedziurawień wyrostka robaczkowego i do zbyt energicznej terapii. Z pracy Le-

villain'a przekonywamy się, że taki zbiór objawów, jaki spotykamy zwykle przy cierpieniach wyrostka robaczkowatego, nie zawsze ma za podkład zmiany anatomiczne. Objawy takie bywają nieraz poważnie lub czysto nerwowego pochodzenia. Stosownie więc do tego autor rozpatruje 2 grupy postaci chorobowych.

Do pierwszej zalicza on tak zwane „pseudo appendicites neuropathiques“ z zupełnym brakiem wszelkich zmian organicznych w wyrostku robaczkowatym.

W drugiej pomieszcza te lekkie stany zapalne wyrostka, którym wskutek neuropatycznego gruntu danego osobnika towarzyszy tak silny, nieodpowiedni do natężenia zmian organicznych, odczyn miejscowy i ogólny, że często dać może powód do fałszywego rozpoznania.

Zaliczone przez autora do pierwszej grupy postaci chorobowe w przejawach swych zbliżają się bardzo do obostrzeń chronicznego zapalenia wyrostka robaczkowatego. Występują one podobnie jak te ostatnie napadami i bywają powodem częstych pomyłek, jak to było z przypadkiem znanego chirurga Chaput'a, gdzie dopiero operacja wyjaśniła rozpoznanie.

Wyborną ilustracją tego rodzaju postaci chorobowej mogą służyć przypadki, opisane przez Talamona. U obu chorych Talamona (chłopiec lat 11 i mężczyzna dorosły) zjawiały się w odstępach 10--15 dniowych napady gwałtownych bólów w brzuchu, umiejscowionych przeważnie w okolicy prawego dołu biodrowego. Bólom tym towarzyszyły nudności, uparte wymioty, nadzwyczajna bolesność brzucha na dotyk. Słowem mieliśmy większość objawów, spotykanych przy zapaleniach wyrostka robaczkowatego.

Prócz tego jednak w obu przypadkach można było spostrzegać objawy nie mające nie wspólnego z cierpieniami wyrostka. Chorzy Talamona zdradzali niezwykłe podrażnienie ogólne; wydawali dzikie krzyki, przybierali najdziwaczniejsze pozy, rzucali się na łóżku lub zrywali na równe nogi. Wszystko to nasuwało podejrzenie, co do nerwowego charakteru cierpienia. Dalszy przebieg choroby wyjaśnił sprawę. Pierwszy chory wyleczony został z pomocą sugestyi, drugiemu, po 3-tygodniowym bezskutecznem leczeniu w szpitalu, zrobiono laparotomię i nie znaleziono w jamie brzusznej żadnych zmian chorobowych.

Prócz tego rodzaju przypadków oznaczanych zwykle nazwą „Colica appendicularis neuropathica (Talamon) lub „appendicalgia“ (Gaillard) zdarzają się postaci, w których mamy jeszcze obecność guza, co tem bardziej zaciemnia rozpoznanie.

Do takich należy przypadek opisany przez Brissaud'a pod nazwą „Syndrome iliaque neuropathique“, a który tu w krótkości przytaczamy. Chory od 3-miesięcy cierpi na napady w brzuchu (przeważnie po stronie prawej) wraz z wymiotami i zaparciem stolca. Przy badaniu stwierdzić można istnienie guza w okolicy dołu biodrowego—miejsce to przy perkusyi daje odgłos wypukowy wyraźnie stępiony. Wszystkie te jednak nadzwyczaj uparte objawy nikną nagle po wystąpieniu typowego napadu histerycznego.

Po pewnym czasie choroba wraca na nowo. Zastosowane leczenie psychiczne dało jaknajlepsze wyniki. Mija jednak 3 miesiące i zjawia się nowy nawrót cierpienia. Ponieważ jednak chory dostał się w ręce innych lekarzy nie obznajmionych z poprzednim przebiegiem choroby, rozpoznano zapalenie wyrostka robaczkowego, zrobiono laparotomię i znaleziono zarówno kiszkę ślepą jak i wyrostek w stanie zupełnie prawidłowym.

Do drugiej grupy zalicza autor lekkie stany zapalne wyrostka robaczkowego z nieproporcjonalnym do natężenia sprawy chorobowej odczynem ogólnym i miejscowym (appendicite legere et perithonisme hysterique. Appendicite legere á réaction neuropathique exagérée). W przypadkach tych zmiany organiczne istnieją, podkład anatomiczny jest, lecz przejawy choroby, na skutek gruntu neuropatycznego pacjenta, występują niezwykle wybuchające, burzliwe, dając nam obraz tak groźny, jaki u przeciętnego osobnika spotkać można jedynie przy ciężkiem zajęciu otrzewnej lub przedziurawieniu kiszki.

Mamy więc wysoką bolesność i nadwrażliwość brzucha, nudności, uporczywe wymioty, kończyny zimne, tętno małe, nieraz nawet pewne podniesienie ciepłoty ciała. Cała ta jednak sprawa, tak burzliwie przebiegająca, kończy się pomyślnie w niespodziewanie krótkim czasie, nieraz w 24—48 godzin. Zespół objawów rażąco przypomina owe pseudo-otrzewnowe zaburzenie (perithonisme), występujące tak często u histeryczek przy zaburzeniach w miesiączkowaniu — a nie będące w związku z żadną sprawą zapalną w otrzewnej.

A jednak pomyłka w rozpoznaniu, a co zatem idzie i w rokowaniu, prowadzi często do operacji, która, nie będąc w danym razie konieczną, naraża jednak chorego bądź co bądź na poważne niebezpieczeństwo.

Dokładne więc rozpoznanie takich przypadków niewątpliwie wielkie ma znaczenie. W tym celu trzeba troskliwie badać ogólny stan chorych; podczas przerw w napadach szukać uważnie znamion neuropatycznych, wyosabiać w obrazie chorobowym przejawy nerwowe i oceniać dokładnie ich siłę.

Trzeba przedewszystkiem poznać zasadnicze tło chorego osobnika, wówczas bowiem dopiero potrafimy odpowiednio zrozumieć natężenie objawów. Wywiady szczegółowe i badanie pod chloroformem wielkie mają pod tym względem znaczenie.

Określenie również pasów hystero rodnych u danego osobnika gra niepoślednią rolę. Często bowiem pas taki lub punkt znajduje się w okolicy biodrowej prawej i jego podrażnienie daje nam obraz uderzająco przypominający ciężkie sprawy zapalne wyrostka robaczkowego.

Wszystko to trzeba dobrze rozważyć zanim postanowimy oddać chorego w ręce chirurga.

K. Wisłocki.

III. Choroby dzieci.

166. Prof. Vergely. **Nieżył żołądka i kiszek z acetonurią u dzieci.**
(La gastro-entérite avec acétonurie chez les enfants. Revue mensuelle des mal. de l'enf. N° 1. 1898).

Stany chorobowe, w których spotykamy acetonurę, Jaksch dzieli na 3 grupy. W pierwszej normalna ilość acetonu jest powiększona; należą tu choroby gorączkowe. Do drugiej zalicza choroby z acetonurią przepuszczającą, jak cukrzyca, rak, zapalenie płuc, dur, dna, psychozy z ostremi napadami manii. Do trzeciej wreszcie grupy zaliczyć należy acetonurę wskutek zakażeń, będących następstwem spraw, rozwijających się w ustroju. Do tej ostatniej grupy zaliczyć należy 6 spostrzeganych przez autora przypadków, w których acetonuria towarzyszyła objawom nieżytu żołądka i kiszek oraz mniej lub więcej wyraźnym zaburzeniom ze strony układu nerwowego. Obraz kliniczny we wszystkich przypadkach był prawie jednakowy: brak apetytu, wymioty, zaparcie stolca, pragnienie, język obłożony, podniesiona ciepłota, przyspieszone tętno, wątroba wyczuwalna (śledziona u żadnego chorego nie była powiększona), zły humor, bezsenność, niepokój, a nawet bredzenie. Powietrze wydechane miało zapach acetonu. Dość znaczną ilość acetonu wykrywano i w moczu, który nie zawierał ani cukru, ani białka, ani indykanu, ani urobiliny. Jakkolwiek dotychczas nie dostarczono dowodów niezbitych, iż aceton, będący wytworem fermentacji w kiszkach, jest w stanie przez zakażenie ustroju wywołać w nim zaburzenia wtórne, wszelako w opisanych przez autora przypadkach zależność objawów chorobowych od acetonu zdaje się nie ulegać wątpliwości. Przemawia za tem współczesne wystąpienie acetonurii i zaburzeń w trawieniu oraz pewna równoległość między natężeniem tych zaburzeń a ilością wydzielanego acetonu.

Zależność taką stwierdzili zresztą liczni badacze. Badania kliniczne oraz doświadczalne każą przypuszczać, że nie aceton, jako taki, lub inne pokrewne mu związki, lecz wywołaną przez nie kwasność krwi uważać należy za przyczynę objawów chorobowych. Zachodzi jednak pytanie, dlaczego owo zakażenie kwaśne, wywołujące tak groźne objawy u dyabetyków, przebiega u dzieci w sposób niewinny. Odpowiedź nie trudno znaleźć. U ludzi dotkniętych nowotworami lub wogóle chorobami wycieńczającymi, podobnie jak u dyabetyków, acetonemia stać się może śmiertelną. Natomiast u zwierząt, użytych do doświadczeń, u dzieci, dotkniętych ostremi zaburzeniami żołądkowymi, znajdujemy warunki całkiem odmienne. Krew u osobników tych posiada dosyć zasad do zubożenia kwasów i acetonu.

Wątroba, nerki, płuca, kiszki, skóra działają u nich prawidłowo. Zaledwie aceton wytworzył się, natychmiast zostaje on wydalony temi drogami. Krąży on zatem tylko w niewielkiej ilości i dlatego nie może wywołać poważniejszych zaburzeń. Postać rzeczy zmienia się, gdy czynność narządów wydalających jest upośledzona. Wtedy acetonemia powodować może śmierć (przypadek Pawińskiego). Co do

pochodzenia acetonu przeważa zdanie, iż jest on wytworem przemiany ciał białkowych i tłuszczów. Według Lorenz'a przemiana ta ma miejsce w przewodzie pokarmowym. Z drugiej strony jednak nie ulega wątpliwości, iż aceton tworzyć się może we krwi ze związków azotowych samego ustroju. Taki sposób wytwarzania się acetonu przyjąć musimy u obłąkanych, żyjących z własnych mięśni i własnego tłuszczu, u wycieńczonych długotrwałymi chorobami.

Co się tyczy leczenia, to, zgodnie z wypowiedzianem powyżej zdaniem, iż aceton tworzy się z ciał białkowych i tłuszczów, związki te powinny być bezwarunkowo wyłączone z diety. Za napój zalecić można wody alkaliczne. Ze środków farmaceutycznych kalomel, czyszczące, a w razie młodości środki wymiotne zupełnie wystarczają do zwalczenia tego dość częstego u dzieci cierpienia. Ważną jest rzeczą, aby dieta ścisła była zachowywana jeszcze przez pewien czas nawet po ustąpieniu objawów chorobowych, gdyż pozostaje po nich znaczna skłonność do nawrotów.

F. S.

167. Dr. J. Renault. **O ropniach rozsianych skóry.** (Absès multiples de la peau). Archives de médecine des enfants. N° 2 i 3. 1898.

Ropnie skóry u dzieci najczęściej rozwijają się wtórnie, gdy skóra uległa zmianom pod wpływem przedniego cierpienia. U ssawców rumień na poślądkach, będący następstwem biegunki, często bywa przyczyną pojawienia się pierwszych ropni podskórnych, toż samo powiedzieć można o pryszczycy, parchu i wszach, które przez swędzenie i spowodowane tem ostatniem drapanie dają początek tak licznym i różnorodnym co od formy ropniom, iż niekiedy trudno dojść prawdziwej ich przyczyny. Strupień, wietrzna ospa, szkarlatyna, a częściej jeszcze odra, wywołując zaburzenia w czynności skóry i łuszczenie, ułatwiające przenikanie drobnoustrojów, prowadzą do tych samych następstw. Wszelako fakt, iż zdarza się to w szpitalach częściej, niż w domach prywatnych, dowodzi, że mamy tu do czynienia nie tylko z przenikaniem drobnoustrojów ropotwórczych, normalnie znajdujących się na powierzchni skóry, lecz również z przenoszeniem zarazków od innych chorych, dotkniętych jakimkolwiek ropieniem. Zdarza się jednak, iż spotykamy ropnie na skórze, która uprzednio żadnym zmianom nie podlegała, u dzieci utrzymywanych bardzo czysto („ropnie pierwotne“). Zazwyczaj bywa to udzieci wycieńczonych. Oczywiście samo wycieńczenie nie wywołuje ropni. Zmniejsza ono tylko odporność organizmu wobec czynników szkodliwych.

Jedną z najczęstszych przyczyn wycieńczenia jest gruźlica. W jakiej jednak mierze można jej przypisać ropnie skórne? Niewątpliwie istnieją ropnie gruźliczego pochodzenia. Są one zazwyczaj nieliczne, dość duże, przebieg mają przewlekły; wykrywano w nich laseczniki Kocha. Podobne jednak ropnie należą do rzadkości. Nierównie częściej u dzieci gruźliczych spotykamy ropnie, w których nie można wykazać laseczników Kocha, natomiast bardzo łatwo wykryć gron-

kowce. Przebieg ich jest bądź ostry, bądź przewlekły. Powstają one w sposób dwojaki. Albo dziecko dochodzi do takiego wycieńczenia, że najmniejsze uszkodzenie skóry wystarcza, by osiedliły się na niej gronkowce. Albo na otwartem owrzodzeniu gruzliczem do lasecznika gruzliczego przyłącza się gronkowiec (zakażenie mieszane). Ponieważ u dzieci trudno utrzymywać opatrunki w czystości, przeto wydzielina bardzo szybko zakaża miejsca skóry, najbardziej nawet oddalone od źródła pierwotnego. Podobnie zachowują się ropnie przymiotowe. Zawierają one bądź ropę jałową i w takim razie skutecznem okazuje się leczenie swoiste, bądź ropę, w której wykryć można gronkowca. Krzywica również usposabia do ropni, podkopując odżywianie ogólne i powodując pewne zmiany w skórze (poty).

Drobnoustrojem, prawie wyłącznie wywołującym ropnie skóry, jest gronkowiec. W pojedynczych tylko przypadkach znajdowano paciorkowce, pneumokoki, laseczniki Kocha, laseczniki okrężnicy. Gronkowce przenikają w głąb skóry przez owrzodzenie, ranę lub zadrażnienie, chociaż możliwem jest przenikanie ich przez skórę zupełnie nieuszkodzoną, jak tego dowiedli doświadczalnie Socin, Garré, Bockhardt, wcierając sobie w skórę hodowle gronkowców. U ssawców bardzo częstem źródłem zakażenia jest ropień sutki. Dość powszechnem jest mniemanie, iż przy sprawach zapalnych w sutce, dziecko wraz z mlekiem wysysa drobnoustroje, które następnie z przewodu pokarmowego dostają się do krwi i w różnych miejscach skóry wywołują ogniska ropne. Można byłoby zgodzić się na takie objaśnienie, gdyby się udało wykryć we krwi ssawców obecność gronkowców. Otóż dotychczas tylko Karliński wykazał gronkowce we krwi i wypróżnieniach dziecka, które ssało mleko z domieszką ropy, pochodzącej z ropnia sutki. Dziecko to zmarło na posocznicę, nie miało jednak ropni ani pod skórą, ani w żadnym innym narządzie. Podobnie doświadczalnie zastrzykując samicom hodowle gronkowców, mógł wywoływać u młodych krolików tylko niezbyt żołądka i kiszek z posocznicą, ni gdy zaś ropnie podskórne. Powstawanie więc ropni skórnych drogą hematogenną bez jednoczesnego istnienia posocznicy i ropni w innych narządach, jest wątpliwe. Spostzegamy ropnie bądź w formie pęcherzyków i krost, rozwijających się w warstwie Malpighiego, bądź w formie większych ropni powierzchniowych lub głębokich, zajmujących jednocześnie głębokie warstwy skóry i tkankę podskórną. Pęcherzyki wielkości główki od szpilki, z początku przezroczyste w ciągu 3 dni, po zmętnieniu ich zawartości przechodzą w krosty, które otwierają się, pozostawiając małe owrzodzenie, pokryte strupem. Z każdym dniem ilość ich powiększa się, tak iż w każdej danej chwili możemy je widzieć w rozmaitych stadiach rozwoju. Spotykają się we wszystkich okolicach, ale ulubionem ich miejscem jest włosioną część głowy oraz okolice pośladkowa i udowa, ulegające drażnieniu wpływowi kału i moczu. W tych ostatnich miejscach znajdujemy małe pęcherzyki, a gdy te pękają, erozje na tle zaczerwienionem i moknącem. Przypominają one wtedy lepże płaskie, co dało dowód do mylnego przypisywania im pochodzenia przymiotowego. Ropnie powierzchowne wielkości grochu lub orzeszka zajmują całą grubość

skóry. Rozwijają się one bądź w ciągu kilku dni, bądź w ciągu 2 do 3 tygodni, poczem pękają. Zbliżnienie odbywa się szybko, jeżeli je dość weześnie przetniemy, długo zaś, gdy otworzyły się same. Ropnie głębokie bywają różnej wielkości, od grochu do jaja kurzego. W ciągu pierwszych kilku dni, gdy rozmiary ich jeszcze są nieznaczne, a skóra nad nimi nie zmieniona, są one dostępne tylko dla dotyku. Z biegiem czasu skóra podlega całemu szeregowi zwykłych w takich razach zmian, aż wreszcie ropień pęka, to zbliżniając się szybko, to znów pozostawiając mniej lub więcej głębokie owrzodzenie bez tendencji do gojenia się. Oczywiście wszystkie postaci powyższe spostrzegać możemy jednocześnie u jednego dziecka. Stan ogólny chorego zależy od sposobu powstawania i szerzenia się ropni, t. j. od tego, czy zakażenie drobnoustrojami miało miejsce na powierzchni czy też przedostały się one do krwiobiegu. W tym ostatnim przypadku mamy przed sobą obraz ropnicy. U dzieci wycieńczonych ciepłota bywa zazwyczaj normalna, u innych to podnosi się przy pojawieniu się każdej nowej seryi ropni, to przedstawia typ zwalnający. Gorączka może zależeć także od powikłań ze strony płuc lub kiszek.

Co się tyczy klasyfikacji ropni skórnych, to najwłaściwszym jest podział ich na 3 grupy: 1) ropnicową, 2) flegmonową i 3) dętą. Postać ropnicowa charakteryzuje się mnogością ropni, ich małymi rozmiarami, głębokiem położeniem, ciężkimi objawami ogólnymi i szybko następującem zejściem śmiertelnem. Punktem wyjścia może tu być bądź ropienie głębokie, bądź ropnie skóry. W pierwszym przypadku choroba przebiega w formie ropnicy bez określonego umiejscowienia, dopóki nie pojawią się w skórze lub pod skórą drobne guziki. W drugim przypadku ropnica i, jako następstwo jej, ropnie skórne występują w charakterze powikłania postaci flegmonowej. Ta ostatnia bywa zlewna (confluens) lub rozsiana (discreta). Postać zlewna może być taką od początku, jeżeli zakażenie nastąpiło jednocześnie w wielu miejscach ciała, jak to bywa np. przy parchu lub udzieci nieczysto utrzymywanych, albo też wywiązać się może z postaci rozsianej gdy ropa z pojedynczych ropni zakaża skórę. Wreszcie postać dęta również występować może bądź jako rozsiana, bądź jako zlewna (rzadziej). Charakteryzuje ją brak odczynu zapalnego, długie trwanie, stan bezgorączkowy.

Bardzo częstem powikłaniem ropni skórnych jest zapalenie płuc nieżytowe. Na seceyi w ropie, napełniającej oskrzela, znajdujemy gronkowce; związek więc z cierpieniem podstawowem nie ulega wątpliwości. Zakażenie płuc nastąpić może przez krew, i wtedy zapalenie płuc wraz z wieloma innymi powikłaniami jest jednym z objawów ropnicy, albo przez oskrzela, gdy dziecko wdycha zarazki, które w wielkiej liczbie pokrywają jego ciało, lub gdy palcami wnosi je do ust. Obecność gronkowców we krwi nie koniecznie dowodzi, iż zakażenie płuc nastąpiło przez krew. Mogło ono nastąpić przez oskrzela, poczem z płuc zarazki przedostały się do krwiobiegu. Niemniej częstem powikłaniem jest nieżyt żołądka i kiszek, kończący się śmiertelnie w ciągu 2 — 3 dni. We krwi i wewnątrznościach znajduje-

my wtedy lasecznika okrężnicy, a nie gronkowca. Cierpienie zatem skóry grało tylko rolę przyczyny usposabiającej, bądź zmniejszając odporność organizmu, bądź naruszając prawidłowe funkcjonowanie narządów trawienia i podnosząc w ten sposób jadowitość lasecznika okrężnicy.

Rozpoznawanie nie przedstawia trudności. Niekiedy ropnie mają podobieństwo do ospy wietrznej, zwłaszcza jej form nieprawidłowych tem bardziej, że, jak wiadomo, może im ona służyć za punkt wyjści. Ale przy ospie wietrznej nowe wykwity nie powtarzają się dłużej, niż 12 — 15 dni. Gdy mamy przed sobą postać zlewną, bardzo ważną jest rzeczą ze względu na rokowanie określić, czy jest ona pochodzenia ropnicowego, czy też nie. W ropnicy ropnie są małe, jednakowej wielkości, rozwijają się jakby z głębi ku powierzchni, wcześniej stają się dostępnymi dla dotyku, niż dla wzroku; jednocześnie istnieją inne objawy ropnicy. Przy postaci zlewnej nieropnicowej ropnie są niejednakowych, nieraz znacznych rozmiarów, rozwijają się jakby z powierzchni w głąb, przytem stan ogólny jest względnie dobry, wyzdrowienie częste. Mieraz trudno bywa odróżnić ropnie drętwe zwykłe od gruźliczych i przymiotowych. Wyniki badania bakteriologicznego i szczepień próbnych na zwierzętach, zmiany w innych narządach, ewentualnie leczenie swoiste ułatwiają nam rozpoznanie.

Leczenie zapobiegawcze wymaga przestrzegania czystości i trzymania dzieci zdala od wszystkiego, co tylko może być źródłem zakażenia. W razie pojawienia się ropni należy je jaknajwcześniej otworzyć, nie czekając na chelbotanie. Nacięcie nie powinno być duże. Wystarczy proste wkłucie noża w trzymany między dwoma palcami lewej ręki ropień i wyciśnięcie jego zawartości. Rana zabliznia w ciągu 1 — 2 dni. Na jednym posiedzeniu należy przeciąć wszystkie ropnie wyczuwalne, choćby ich było 60 — 80. Nieznaczna utrata krwi niczem nie jest w porównaniu z niebezpieczeństwem, jakim grozi pozostawienie choćby jednego ogniska ropnego. Opatrunek nakładamy suchy. W ciągu następnych dni macaniem należy się przekonać, czy nie pojawiły się nowe ropnie. Dla oczyszczenia skóry i zapobieżenia nowym ropniom, niezbędne są codzienne kąpiele

F. S.

III. KORESPONDENCYA.

Kilka słów z powodu artykułu E. Biernackiego w „Krytyce lekarskiej“ p. t.:

„NASZ OGÓŁ LEKARSKI I NASZA PRASA LEKARSKA Etc.“

Spostrzeżenia kolegi Biernackiego, dotyczące naszego ogółu lekarskiego i naszej prasy lekarskiej posiadają wiele swoistości, nie sądzę przeto, aby pozostały bez dyskusji.

Co do mnie, to w kilku słowach zaznaczyć pragnę pewne dane, które nie wydają mi się zgodne z rzeczywistością. Dane te dotyczą przede wszystkim wykształcenia „młodszych lekarzy“. Kolega Biernacki w tak czarnych kolorach, tak ponuro odmalował sposób kształcenia się „młodszych lekarzy“, że obraz ten zmusza mnie do dodania kilku jaśniejszych promieni w celu wydobycia efektu zbliżonego do rzeczywistości.

Podług kolegi Biernackiego byliśmy w tak opłakanym położeniu, że zdobywać wiedzę musieliśmy aż po „kątach“.

Na powyższe twierdzenie pod żadnym pozorem zgodzić się nie mogę. Uniwersytet warszawski kończyłem równocześnie z kolegą B. i mniemam, że jak na nasz ubogi kraj, mieliśmy na owe czasy dostateczną ilość miejsc do zdobycia wiedzy lekarskiej.

Czyż koledze B. nie wystarczały takie laboratoria, jak histologiczne, fizyologiczne, farmakologiczne, patologiczne i t. d., kliniki: chirurgiczna wydziałowa, terapeutyczna, ginekologiczna i t. d. Zdaje mi się, że wobec tego rodzaju instytucji, uczęszczanie do „kątów“ w celu kształcenia się, byłoby conajmniej niepojmowaniem swego naukowego interesu, o co nigdy nie ośmieliłbym się posądzać naszych wspólnych kolegów.

W rzeczywistości też nikt do owych „kątów“ nie chodził, przeciwnie studywaliśmy w laboratoriach i klinikach. A byliśmy w epoce Warszawskiego uniwersytetu bardzo do studyów lekarskich podatnej. Na wielu katedrach posiadaliśmy ludzi miłujących naukę, posiadających prawdziwą wiedzę, ludzi, którzy nie zamykali się w swych pracowniach, lecz chętnie otwierali je dla każdego, kto światła szukał.

W tej to właśnie epoce ucząca się młodzież zagrzana do nauki słowem jej miłośników, zaczęła pracować więcej, niż od niej wymagał program.

A więc, gdy otworzono nowe pracownie, na co właśnie wówczas wyjednano fundusz i miejsce, ogólnopatologiczną, farmakologiczną i t. d., wielu z naszych kolegów poszło tam szukać wiedzy, nie pomijając, rozumie się, zaszczytnie już znanych pracowni histologicznej i anatomopatologicznej. Kto te czasy dobrze pamięta, to wie, że tłumno wtedy było w pracowniach. Tłum ten przeważnie stanowili studenci.

To samo działo się w klinikach, które za naszych czasów znacznie się ulepszyły.

Ta dążność ówczesnej młodzieży do zgłębiania wiedzy, to piękny jej rys, wywołany przykładem jej kierowników. Po zapoznaniu się z ogólnymi metodami badania, wielu z naszych kolegów zaczęło specjalnie pracować nad zagadnieniami, będącymi na czasie. Następnie rezultaty badań ogłaszano drukiem. Prac tedy wyszła ilość pokaźna, z których wiele miało poważne znaczenie. Wskutek tego wątplie, czy który inny uniwersytet w danym czasie prześcignął nas w tym kierunku.

Fakty te dowodzą, że w czasie, gdy zdobywaliśmy wiedzę, uniwersytet nasz dał nam ku temu środki i nie potrzebowaliśmy się błą-

kać. Wiedza programowa głoszona była z katedr i dopełniana przez asystentów. Jeżeli więc komu katedra nie wystarczała, to miał możliwość uzupełnienia jej dzięki pomocy asystentów, którzy chętnie pomagali. Trzeba przyznać, że w tych czasach mieliśmy właśnie wielu dzielnych asystentów, w klinikach i przy pracowniach. Dlaczego kolega B. o tem wszystkim zapomniał i co skłoniło go do takich mylnych i ponurych reminiscencyi, pozostaje dla mnie zagadką.

Co się tyczy wrzekomego „adogmatyzmu“ naszych rówieśników, to powiedziałbym, że ta obserwacja nie była również robiona z rzeczywistego punktu widzenia. Większość towarzyszy naszych nie mogła być „adogmatykami“ dlatego chociażby, że w medycynie dogmatów niema, ponieważ to nie teologia i żadna z poszczególnych nauk lekarskich na dogmatach nie jest zbudowana. Wobec tego, jak może powstać w medycynie adogmatyzm, kiedy dogmatyzmu niema.

W kwestyi uznania dla powag naukowych czyli autorytetów, wątpię, czy w większości byliśmy abnegatami.

Dalej nadmienię, że ślepa adoracja autorytetów jest tam możliwa, gdzie omega została wypowiedziana, w medycynie zaś i w ogóle w naukach postępujących, byłaby ona kamieniem, przygniatającym umysły i tamującym rozwój nauki.

Zarzuty kolegi Biernackiego, które dotyczą braku kierunku i programu wśród młodzi lekarskiej, są również bez podstaw, czyli gołostowne. Kierownicy nasi wskazywali ścieżki, po których dążyć mamy jako przyszli lekarze, a nie pchali nas na bezdroża.

Jako dowód powyższego twierdzenia posłużyć mogą czyny naszych towarzyszy, którzy są dziś pożytecznymi lekarzami.

Specjalizacja młodych lekarzy, która jakoby wśród naszego ogółu w przesadę wpada, o tyle jest objawem złym, o ile szkodzi komu. Według mego zdania, uniwersyteckie wykształcenie lekarskie daje tylko ogólne poglądy, które w zupełności wystarczają, aby następnie mózgi rozpocząć studia specjalne. A więc, jeżeli młody lekarz po ukończeniu studiów lekarskich zacznie szczegółowo zajmować się dajmy na to okulistyką, to trzeba przypuszczać, że jego usiłowania odniosą skutek w tym sensie, że lepiej posiadać będzie tę gałąź wiedzy niż lekarz, który tego nie czynił, a więc zyska na tem sam lekarz a następnie jego chory. Rezultat jak widzimy dodatni, a nie ujemny.

Współczesna medycyna to obszar wiedzy b. duży, specjalizacja w tej wiedzy jest konieczna i wszędzie przyjęta. Lepiej jest umieć nie wiele lecz gruntownie, niż posiadać ogólne poglądy, a nie szczegółowo.

Co się tyczy faktu, że u nas jest niewielu lekarzy, którzy wywierają wybitny wpływ na naukę i że liczba ich mało wzrasta, zaznaczyć muszę, że pod tym względem nie różnimy się od reszty społeczeństw. Ludzi, których zdobycze naukowe zaliczyć można do szeregu kapitalnych, jest wogóle na świecie mało, przeto nie należy się temu dziwić odnośnie do naszego ogółu lekarskiego. Fakt ten nie wypływa z braku wykształcenia wśród lekarzy, lecz wskutek tego, e być słońcem w nauce dość trudno.

Wielu bardzo światłych lekarzy, pojmujących zadania medycyny, nie pozostawia po sobie dla nauki nic kapitalnego.

W życiu często tak bywa, że człowiek ma możliwość dokonania posiewu, lecz plon zebrać nie zawsze mu дано.

Następnie nie widzę winy, którą kolega B. spostrzegł w sprawozdaniach z prasy zagranicznej, drukowanych w pismach lekarskich.

Pisma te służą lekarzom praktykom, którzy, czytając owe sprawozdania czyli streszczenia, z łatwością śledzą za ogólnym biegiem postępów medycyny w wybitnych zarysach. Jest to więc rzecz nie tylko nikomu nie szkodząca, lecz przeciwnie bardzo pożyteczna. Wielu lekarzy nie posiada obcych języków, nie posiada środków na czytanie wybitnych prac w oryginale, jeżeli więc prasa lekarska podaje te sprawozdania, czyni tem ogółowi lekarskiemu wielką przysługę i wskutek tego pracy lekarzy, drukujących streszczenia ignorować nie można.

Dalej kolega B. twierdzi, że „pisanie“ w nauce jest rzeczą pod rządą, formą. Zgoda na to, że treść naukowej pracy jest jej podstawą, ale każdy przyzna, że bez odpowiedniego piśmiennego ogłoszenia rezultatów badań praca naukowa egzystować nie może. Następnie nie można pominąć prac, gdzie literackie opracowanie ma doniosłe, wyjątkowe znaczenie. Podręcznik naukowy, w którym autor literacką stronę pominął, będzie zawsze miernotą. Oprócz naukowych badań ogół nasz szanuje swój język naukowy, którego ignorować nie wolno nikomu, kto zaliczać się do naszego ogółu pragnie. Wobec tego „pisanie“ nie jest taką drobnostką, jak się to koledze B. wydaje i trzeba go się uczyć podobnie jak i metod naukowego badania.

Gawędziarstwo wśród pracujących kolegów po oddziałach nie jest faktem tak dziwnym, jak by się to na pierwszy rzut oka wydawało. Na obczyźnie jest inaczej, w godzinach pracy lekarze nic nie mówią. To prawda, ale tam są inne warunki życia. W Niemczech podstawą towarzyskiego życia jest knajpa, chodzi do niej kto żyw. U nas zaś obyczaj inny, lekarze unikają knajpy, coź więc dziwnego, że gdy się zbiorą w pracowni, to mają sobie wiele do powiedzenia. Wymiana myśli jest cechą życia towarzyskiego.

Nie przeszkadza to jednak zajętemu w tym czasie pracą, która wymaga skupienia ducha, zrobić odpowiedniej uwagi gawędzącym kolegom.

Opisując dalej nasz ogół lekarski, kolega B. twierdzi, że ogół ten mało rozumie działalność ściśle naukową pojedynczych jednostek. Bywa to może w tych przypadkach, gdy owa pojedyncza jednostka pracuje nad kwestyami wyjątkowo specjalnymi, które nie mają związku bezpośredniego z praktyczną medycyną. Ale ogólnego zarzutu w tym względzie zrobić nie podobna.

Przechodząc do reakcji naszego ogółu lekarskiego na prace wartościowe, kolega B. twierdzi, że jest ona chorem potępienia. Doprawdy, że ktoś, nie znający naszego ogółu lekarskiego, a w dodatku dogmatyk, gotów temu uwierzyć i wtedy nasz ogół lekarski przedstawiłby mu się jako zbiór bezmyślnych obskurantów, czychających na pojawienie się naukowego światła, aby je w zarodku zgasić.

Byłoby to bardzo smutne, gdyby tak było, tak jednakże nie jest. Nasi lekarze umieją cenić wartościowe prace i umieją oddać sprawiedliwość należną ich autorom.

Ze kogoś spotka czasem mniej lub więcej ostra krytyka, niekiedy nawet zjadliwa, za pracę naukową, to jeszcze nie potępienie i obrażać go to nie powinno... Przeciwnie, krytyka wyświecić mu może jego błędy, od których jako człowiek, wolny nie jest. Najdzielniejsi badacze wielokrotnie się mylili. Jeżeli zaś krytyka jest oparta na błędnych podstawach, to trzeba dowieść błędu.

Nowe poglądy naukowe nie odrazu przechodzą do skarbców nauki. Fakt ten obserwowano od wieków i wszędzie. Dziwne były by doprawdy wymagania autora, któryby po ogłoszeniu swej pracy, a więc dzieła indywidualnego, chciał, aby wszyscy uwierzyli w to, co napisał. Gdyby tak było, to wtedy byłby ów prawdziwy brak krytycyzmu. W nauce przyjmuje się tylko dane, potwierdzone przez ogół badaczy, dane, które każdy badacz sprawdzić może, reszta zaś jako balast niepotrzebny idzie do kosza. Dla nauki nie wystarcza, że badacz, mający choćby największą naukową powagę, orzekł coś, jej potrzeba aby to, co orzekł, było prawdą.

Z drugiej zaś strony, w nauce panuje swoboda słowa i myśli. Jeżeli bowiem wolno jest drukować pracę, nikt nie broni jej krytykować, często wszak w jednej kwestyi bywa kilka zdań, a prawda leży pośrodku.

Wobec tego należy przypisać hiperestezję nie ogółowi lekarzy, lecz tym, którzy są nadmiernie czuli na krytykę swych prac.

Przechodząc dalej do charakterystyki prasy lekarskiej, kolega B. twierdzi, że materialne pobudki, a nie inne zmuszają lekarzy do literackiej i naukowej pracy, gdyż „naiwnem byłoby przypuszczenie, że z górą stu ludzi li tylko dla celów idealnych rzeszy się w korporacje redakcyjne“.

Dlatego kolega B. odmawia kategorycznie celów idealnych ogółowi lekarskiemu, trudno dociec.

Wiemy jednakże, że wielu bardzo lekarzy nie tylko ugania się za groszem za cel sobie postawiło. Wiemy również, że na nauce i literaturze mało kto się dorabia, istnieją daleko pewniejsze drogi.

Wielu lekarzy i pracujących naukowo doszło do dużej praktyki i pieniędzy, ale to jeszcze kwestya, czy dla tego tylko właśnie, że pisali.

Zapewne byli to ludzie zdolni jako praktycy, którzy posiadliby względy publiczności i bez pisania prac naukowych, a więc non propter hoc, sed post hoc.

Zgodzę się z kolegą B., że są może tacy, którym się zdaje, że wyrobiją sobie dochody przez piśmiennictwo, ale wszystkim odmówić pierwiastku idealnego, to zbyt ryzykowne. Przeciętny lekarz wielkomięjski, jeżeli nie z zamiłowania, to z obowiązku stara się pracować naukowo, ma bowiem dostęp do klinik, pracowni, bibliotek i t. d. Któż będzie nauce służył, jeżeli nie ten, któremu nawet okoliczności sprzyjają.

Czy nasze pisma upadają, to pytanie, które rozstrzyga sama nasza prasa obecnie istniejąca.

Forma zewnętrzna naszych pism lekarskich, treść oraz jej opracowanie zmienia się wybitnie na korzyść, czyli dodatnio. Wobec tego faktu trudno mi objaśnić sobie dla czego kolega B. widzi upadek naszej prasy i to w związku przyczynowym z nadmierną ilością redaktorów. Zdawałoby się, że podział pracy, wreszcie wspólna praca sprzyja sumiennemu jej wykonaniu. Trudno wymagać od jednego lekarza, który musi zdobywać warunki materialnego istnienia, aby wziął na swe barki całą odpowiedzialność redakcyi.

Prawdopodobnie, że nie mógłby pojedynczy lekarz temu zadaniu sprostać. Dla czego rzesza redaktorów ma posiadać większą dozę skromności niż jeden, to chyba tylko przez zsumowanie skromności pojedynczych jednostek.

W rzeczywistości jednak tak nie jest. Przedyskutowane zdanie rzeszy inteligentnych ludzi posiada większe szanse bezstronności, ponieważ osobiste poglądy jednostek, często mylne lub krańcowe, ulegają odpowiednim modyfikacjom. Zbiorowemi siłami można bardzo wiele zrobić, byle one działały pod wpływem ogólnej idei.

W naszym społeczeństwie tak mało daje się widzieć czynów zbiorowych, a tak wiele bezowocnych wysiłków jednostek, że naprzekór koledze B., gotów jestem przyklasnąć wszelkim usiłowaniom wspólnym, byle one miały cel szlachetny. Sam kolega B. twierdzi, że nasze społeczeństwo niewątpliwie cierpi na nadmierny rozwój indywidualizmu, a tymczasem chciałby sprawy nasze oddać w ręce jednostki, wprowadzie „rycerza sans peur ni reproche“ ale zawsze tylko jednostki. Cóż to za lekarstwo? Wszak to nie innego, jak popchnięcie ogółu lekarskiego o nadmiernym indywidualizmie po prostu w otchłań indywidualizmu. „Similia similibus“ powiadają, ale wątpię, czy w danym wypadku pomogło by to sprawie, ponieważ mam słabe zaufanie do jednostkowego kierownictwa sprawami wielkiej doniosłości.

Co się tyczy aspiracyi naukowych, tak nadmiernie jakoby rozpowszechnionych wśród naszych lekarzy, to co tu w tem złego?

Nauka jest dobytkiem ogólnie ludzkim; schować jej pod klucz, zmonopolizować nie można, tak samo jak powietrza, którem oddychamy. Im więcej w danym społeczeństwie jednostek dąży do nauki tem lepiej, świadczy to bowiem o inteligencji danego społeczeństwa. Dlatego też byłoby wielce pożądanem, aby wszyscy lekarze mieli naukowe aspiracye, które napewno tylko pożytek im przyniosą.

Lepsze są aspiracye naukowe niż dążenia innego gatunku, często rozbudzające wstrętne namiętności i nalogi. Tymczasem dotąd nikt nie słyszał, aby naukowe aspiracye komuś źle się przysłużyły.

Obawa braku twórczości nie powinna lekarzom tamować drogi do nauki. Dobre zmysły, rozwinięty dar obserwacyjny, czyli spostrzegawczość, logika, zupełna miłość prawdy wystarczają do zajmowania się naukami lekarskimi z pożytkiem.

Dawno przestano mniemać, że święci garnki lepia. W medy-

cynie człowiek skromnego twórczego polotu, ale miłujący prawdę, wiele faktów przysporzyć może.

Bez kwestyi, że dzielny, wybitny umysł dla nauki wiele zrobić może i na nowe tory ją popchnąć, ale z drugiej strony, nie można odmówić zasług skromnym, cichym naukowym pracownikom, którzy rozgłosu nie zdobyli. Wreszcie co do samych rezultatów owych naukowych usiłowań, aspiracyi, to wątpię czy miłujący prawdziwie naukę doznaje rozgoryczenia wskutek swej naukowej niepłodności, małego rozgłosu i t. p. Mojem zdaniem dla tego, kto kocha naukę, samo obcowanie z nią rozkosz mu sprawia, a co z tego wyniknie, to rzecz drugorzędna; dążenia zaś odmienne, liczące na efekt, reklamę i t. p. do pseudonaukowych zaliczyć wypada.

Wszyscy, jak możemy, służmy nauce, potomność zaś niech sądzi nasze czyny, wszak „tamen est laudanda voluntas“.

August Kosiński.

IV. BIBLIOGRAFIA.

A. Mackenrodt. *Das Studium der Frauenheilkunde, ihre Begrenzung innerhalb der allgemeinen Medicin* — str. 35. — Berlin 1898, Verlag von S. Karger.

Autor na wstępie wykazuje wogóle braki, jakie posiada przygotowanie uniwersyteckie lekarzy, a polegające głównie na niedostatecznym wykształceniu praktycznem, wskutek czego młody lekarz, chociażby umiejący dosyć—teoretycznie, nie jest w możności zastosować swych wiadomości przy wykonywaniu swego powołania. Niestety, pomimo że przekonanie takie dawno się stało ogólnem, dotąd nie widać ze strony państw żadnych dążeń ku poprawie.

Taki stan przygotowania lekarzy odbija się naturalnie i w wykonawstwie pewnych specjalności. Obecnie tak zwani specjaliści są, można powiedzieć, samoukami, często w najlepszem tego wyrazu znaczeniu, i sami też sobie nadają odpowiednie dyplomy. Dla urzędowego przygotowania ich państwo nie robi. Proponowane specjalne egzaminy i tytuły uważa autor za absurd, bez możności zastosowania w rzeczywistości. Więcej znaczenia miały by kursa seminaryjne.

Wreszcie dużo by już pomogło odpowiednie zreformowanie wykładów uniwersyteckich. Tak np. pod nazwą ginekologii nie wykłada się prawie nic więcej po nad wiadomości o narządach płciowych i ich cierpieniach, podczas gdy należało by tu stworzyć całość, która by objęła cały ustrój kobiecy z jego swoistościami, z uwzględnieniem medycyny wewnętrznej, chirurgii, neurologii, z odpowiednią podstawą z anatomii i fizjologii kobiety, tak mało zresztą naukowo opracowanej.

Douczenie się na tak zw. kursach prywatnych uważa autor za mało pożyteczne w stosunku do strat czasu i pieniędzy. Niezaprze-

czoną za to wartość w wyrabianiu specjalistów przypisuje autor poliklinikom prywatnym, dzięki ich obfitemu materiałowi.

Pojmując bardzo szeroko zakres ginekologii i stawiając bardzo wysokie wymagania od przygotowujących się na ginekologów specjalistów (po za ogólnym kursem nauk — specjalne badania anatomii kobiecej, fizjologii, anat. patol. etc. et.) autor zakresła im za to bardzo szerokie pole działalności, wkraczające z jednej strony w dziedzinę terapii, a — chirurgii z drugiej. Tem ostatniem zaogni niezawodnie trwający zawsze jeszcze spór „o granicę“ pomiędzy chirurgami i ginekologami.

Zdawałoby się, że autor staje na trafnym stanowisku, żądając, aby ginekolog operujący — był skończonym chirurgiem, który w praktyce zajmuje się jednak specjalnie operacjami ginekologicznymi. Na co jednak tytuł specjalny ginekologa, jeżeli autor do zakresu jego działalności zalicza operacje na narządach płciowych zewnętrznych i wewnętrznych (naturalnie), chirurgię nerek, przepuklin, kiszek, nawet żołądka. Lekki uśmiech budzi wstęp, w którym autor zastanawia się, komu oddać pęcherzyk żółciowy, a wreszcie godzi się uważać go za dziedzinę neutralną między chirurgią i ginekologią, której chory według swych skłonności (?), sympatyj (?) sam może rozstrzygać, kto go ma operować!

Za to gruczoł sutkowy jest terenem, który z czasem przejdzie całkowicie w ręce ginekologów... Wyjrzał więc w końcu przez autora „specjalista“.

Słabostkę tę można mu jednak wybaczyć za dobry pogląd ogólny na przygotowanie ginekologów, jak również za nawoływanie na terapeutów do głębszego zaznajamiania się z ginekologią. H.

KRONIKA BIEŻĄCA.

— h. — P. Bolesław Ździarski, omawiając w № 6 „Ech Płockich i Łomżyńskich“ w artykuliku „Lekarze gminni“ kwestję lecznictwa ludu, wygłasza przekonanie, że lud nasz jest na tyle oświecony i inteligentny, że uznaje zupełnie znaczenie fachowej pomocy lekarskiej i ucieka się do niej, o ile mu na to pozwalają środki. Lekarz, umiejący zdobyć sobie jego zaufanie, może być pewnym dobrej praktyki i utrzymania.

Dotykając się zamierzonej organizacji lecznictwa ludowego, szanowny autor wygłasza zdanie, aby mianowanie lekarzy gminnych odbywało się na podobieństwo sędziów gminnych, t. j. aby lud miał udział w wyborze lekarza nowego przez swych pełnomocników łącznie z wójtami i sędziami, a przy balotowaniu lekarza po trzechleciu — przez udział pogłówny, bez różnicy majątku i płci. Podobno nawet znalazła się jedna taka gmina, która z tego rodzaju żądaniem w kwestyi wyboru lekarza gminnego zwróciła się do władzy.

Szanowna Redakcyo „Ech“ w dopisku swym do artykułu p. B. Ź. sądzi, żeśmy nie dorosli jeszcze do tego rodzaju instytucyi, i uwa-

za, że autor projektu traktuje lekarzy zbyt urzędniczo, podług ogólnego szematu biurokratycznego. Zresztą Sz. Red. oczekuje krytyki projektu przez lekarzy. I my sami bylibyśmy bardzo ciekawi usłyszeć zdanie ogółu lekarzy w tej kwestyi, bo przesądzić ją niełatwo. Zdaje się nam jednak, że lekarze są przyzwyczajeni do wyborów pogłównych. Każde wezwanie do chorego jest wszakże poszczególnym tylko ich przypadkiem. Sława i powodzenie lekarza to zdanie, to wybór ludności pewnego pomyślanego okręgu. Powtóre, mianowanie z wyboru jest zawsze zaszczytniejsze niż z urzędu i ta droga mianowania funkcyjaryuszów chyba właśnie oddala się, a nie zbliża do szablonu biurokratycznego.

Postawienie wyboru lekarza na równi z wyborem najwyższych dygnitarzy gminnych, jak sędziego i wójta, może mu chyba tylko dodać powagi w oczach ludności.

Wreszcie sądzimy, że jest rzeczą prostej sprawiedliwości, aby ci, co mają korzystać z usług lekarza i co go będą opłacać, mieli wyraźny głos w jego obiorze. Że myśl ta nie jest zbyt odległą od zdania lekarzy, świadczy drukowany przez nas właśnie projekt lekarzy Lubelskich, pragnący dać gminom głos w wyborach lekarzy, chociażby w ograniczony bardzo sposób (z powodów nie od nich zależnych) — przez usta opiekunów i pełnomocników gminnych.

— h. — „Echa Płockie i Łomżyńskie“ w № z 19 kwietnia zwracają uwagę na rozpowszechniony wśród ludu zwyczaj tak zwanych „Pustych noc“⁴. Polega on na przesiadywaniu przy nieboszczyku całemi nocami i śpiewaniu pieśni nabożnych. Niebezpieczeństwo ztąd wynikające, zwłaszcza w przypadkach chorób zaraźliwych, jest widoczne i wymaga przeciwdziałania.

Niełatwe to zadanie przypadnie świeżo zatwierdzonemu Towarzystwu higienicznemu, zupełnie za to zgadzamy się z szanowną Redakcją „Ech“, że zbieranie wszelkiego materiału, mogącego być w ten lub inny sposób pożytecznym dla przyszłej działalności Towarzystwa higienicznego, powinno leżeć na sercu każdemu, komu drogiem jest dobro i zdrowie ludu. Za podniesienie tej myśli i za zamiar Szan. Redakcyi gromadzenia takiego materiału, należy się jej szczerze uznanie.

Wspomnienie pośmiertne.

Dnia 7-go kwietnia r. b. zmarł w Grodzisku po długich i nadmiernie ciężkich cierpieniach Dr. med. **Dawid Wassercug**, lekarz fabryczny Towarzystwa Akeyjnego „Zawiercie“, przeżywszy zaledwie lat 40. Naszemu piśmiennictwu ubył znów jeden z najzdolniejszych i najświetlejszych pracowników. Prace, które ogłosił drukiem, a z których wymienię tylko najwydatniejsze, mianowicie: „Objawy oczne przy zaburzeniach układu nerwowego“ i „O bólu i jego wartości rozpoznawczej“ odznaczają się samodzielnością sądu, obfitością myśli, niezmiernie pracowitem zebraniem odnośnego materiału i, na co szczególną zwrócić należy uwagę, napisane są czystym, nieskażo-

nym żadnymi obcymi przymieszkami językiem i łatwym, a czasem nawet pięknym stylem.

Ocenę naukowej działalności b. p. Wassercuga zostawiam innemu, godniejszemu pióru. Mnie zaś, jako pracującemu w jednej ze zmarłym instytucji i dobrze znającemu tę bogatą umysłowość i wysoko nad przeciętny poziom sięgającego ducha, pozostaje tylko uwypatnić niektóre cechy charakteru zmarłego, cechy, które zbyt wyraźnie odskakują od ogółu naszych lekarzy prowincjonalnych.

Kto zna to życie prowincjonalne, tę praktykę mozolną i wyczerpującą najsilniejszych, kto widział, jak się kradnie chwile należnemu spoczynkowi i rozrywkom dla przeczytania książki lub gazety, kto ma pojęcie, ile się traci najlepszych sił i energii w zwalczaniu przesądów i bronienu się przed wycieczkami konkurencyi, ten nie może nie podziwiać tych, co, pomimo to wszystko, nie tylko utrzymali się przy wyniesionych ze szkoły aspiracjach naukowych, lecz nawet, choć zupełnie osamotnieni w swych dążeniach, z iście Robinsonowską twórczością zdołali sobie wytworzyć jakie takie warunki dla pracy nad postępem naszej wiedzy. Łatwo zrozumieć, że aby nie ustąpić z takiej, raz wytkniętej drogi, potrzeba mieć wielką moc charakteru, zupełną świadomość celu i przede wszystkim zamiłowanie pracy — enoty, tak rzadko dziś spotykane w naszym społeczeństwie.

I te właśnie enoty w wysokim stopniu posiadał b. p. Dr. Wassereug. Poczynając od ławy szkolnej, gdzie za pracę o pęcherzu moczowym otrzymał medal złoty i należał do redakcji rocznika prac naukowych. aż do chwili, kiedy choroba zabrała go w niewolę, człowiek ten pracował prawie bez wytchnienia, nie znając słodkich chwil bezczynności, ani przyjemności towarzyskich rozrywek. Cóż go jednak pchało do nieustannej pracy, co trzymało jego nerwy w stanie ciągłego napięcia? Nie omylę się, mówiąc, że była to nienasycona żądza wiedzy i wygórowana ambicya, lecz ambicya najszlachetniejsza, która każe dążyć do zaszczytów przez pracę nad samodoskonaleniem.

Przez pracę iść do zaspokojenia żądzy wiedzy i zadowolenia ambicyi — było treścią życia b. p. Wassercuga i jego działalności nadało charakter gorączkowego przerzucania się z jednego przedmiotu na drugi, śpiesznego zabierania się do rozstrzygnięcia kilku naraz nasuwających się zagadnień.

Dodać tu jeszcze muszę, że b. p. Wassereug posiadał umysł wszechstronnie wykształcony i umiał się wysłowić pięknie i jasno, że przeto mógłby wywierać na otoczenie lekarskie bardzo dodatni wpływ i przynieść tem większą korzyść naszemu społeczeństwu, gdyby się znajdował w innych warunkach lokalnych.

Jako praktyk odznaczał się wielką sumiennością i trafnością sądu; cieszył się też niezwykle uznaniem i wziętością w szerokich kołach okolicznej ludności. Żal powszechny prowadzi go do mogiły, która zawczasie się nad nim zamknęła. Cześć Jego pamięci!

J. B.

SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. Przypadek niedorozwoju przewodu rodnegó — Józef Jaworski — str. 383.
II. Odcinek. — Projekt ustawy służby zdrowia w gminach i miastach gub. Lubelskiej — str. 388.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Patologia i Medycyna Wewnętrzna.

152. S. Askanazy. — O zawartości wody we krwi i surowicy przy zaburzeniach krwiobiegu, chorobach nerek, anemiach i gorączce, oraz uwagi o metodach badania i o danych fizyologicznych — str. 392. 153. A. Salter. — Wydalanie jadów bakteryjnych przez skórę — str. 394. 154. Dr. Gustaw Singer. — Nietypowe postacie ostrego goścca stawowego — str. 395. 155. L. Feilchenfeld. — O wyczerpaniu serca — str. 396. 156. F. Hirschfeld. — O stosunku między otyłością a cukromoczem — str. 398. 157. Glax. — O wpływie rozmaitych zabiegów wodoleczniczych na wydzielanie moczu — str. 398. 158. Prof. Ribbert. — O pasorzytnictwie — str. 399. 159. Kolisch. — O wadliwej przemianie materji przy zaburzeniach czynności wątroby — str. 400. 160. Dr. C. Lemoine. — Leczenie duszności mocznicowej dużemi dawkami eteru — str. 402.

II. Choroby nerwowe.

161. J. Rosenthal i M. Mendelssohn. — O torach odruchowych w rdzeniu oraz miejscu powstawania odruchów — str. 404. 162. Prof. Darkszewicz. — Przyczynek do kwestji porażen przy szczepieniu wściekliczny — str. 405. 163. Jakobsohn. — Przypadek migreny, porażenia jednostronnego szyjowego nerwu sympatycznego i choroby Basedow'a — str. 406. 164. Khane. — O chorobach układu nerwowego przy rzęzączce — str. 407. 165. Dr. Levillain. — Cierpienia nerwowe wyrostka robaczkowego — str. —409.

III. Choroby dzieci.

166. Prof. Vergely. — Nieżyt żołądka i kiszek z acetonurią u dzieci — str. 412. 167. Dr. J. Renault. — O ropniach rozsianych skóry — str. 413.

III. Korespondeneya. „Nasz ogół lekarski i nasza praca lekarska“ — str. 416.

IV. Bibliografia — str. 422.

Kronika bieżąca — str. 423.

Wspomnienie pośmiertne — str. 424.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою, Варшава 15 Апрѣля 1898 года.

Apteka H. Wendy

Istniejąca od czasów

ELEKTORÓW SASKICH

Krakowskie-Przedmieście 45.



Przetwory chemiczne, czyste do celów naukowych.
Barwniki do robót mikroskopowych.
Wszelkie nowe środki do użycia wchodzące.
Wody mineralne, Wina lecznicze.
Wszelkie rodzaje surowie leczniczych,
i szpryce do ich wstrzykiwania.

Mam zaszczyt donieść W. W. P. P. Doktorom., że będąc w stosunkach z pierwszorzędnymi fabrykami zagranicznymi, mogę dostarczać W. W. P. P. nawet **pojedyncze sztuki** wszelkich wyrobów chirurgicznych najwyższej dobroci po **cenach hurtowych**, a mianowicie: Bindcajgi lekarskie (od rs. 4,50). Stetoskopy (od kop. 50.) Młotki perkusyjne (od rs. 1) Plesymetry (od kop. 25). Kleszcze angielskie do zębów (od rs. 3). Specula (od kop. 30), Katetery brązowe (od kop. 15), Nelatona (od kop. 30) jedwabne Vergne'go (od kop. 50), Szpryczki Prawaca (od kop. 75), do surowicy (od rs. 2,25) Anela (od rs. 2, 50), Oftalmoskopy (od rs. 3), Aparaty Pacqueline'a (od rs. 9), Tonsylotomy (od rs. 8), również Aparaty indukcyjne, wszelkie inne narzędzia chirurgiczne, nosowe, oczne, zębowe do jamy ustnej i nosogardzielowej, do badania krtani, do gardzieli i przełyku, moczopłciowego, ginekologiczne, akuszeryjne etc., różne przybory lecznicze i środki opatrunkowe Oprócz tego sprzedaje po cenach, uniemożliwiających wszelką konkurencyę: Aparaty Soxleta, Pasy rupturowe i brzuszne, Pończochy gumowe, Suspensoria, Irygatory, Binokle, Okulary, Lornetki, Barometry, Lupy, Mikroskopy etc. etc. oraz przyjmuje reperacye.

J. Dreher, Szpitalna Nr. 6, filia: Marszałkowska 114, Telefon Nr. 704. Wysyłka pocztą za zaliczeniem.

NAJSTRAWNIEJSZA

ze wszystkich wód mineralnych zawierających arsen.

Natürliches arsen-
und
Guber Quelle
eisenhaltiges
Mineralwasser
SREBRENICA IN BOSNIEN.

Według chemicznego rozbioru
uskutecznionego przez c. k. Profe-
sora Chemii Lekarskiej, Rady
Dworu Ernesta Ludwiga woda
ta w 10.000 części zawiera
na wagę:

Kwasu arsenawego 0,061
Siarczanu tlenu żel. 3,734.

wyłączne prawo wysyłki posiada firma

Heinrich Mattoni

Francensbad, Wiedeń, Karlsbad.

S O L E C

Zakład Wód Mineralnych
siarczano-słonych

(w gub. Kieleckiej, pow. Stopnickim, w 14-tu wiorstach od Buska).

Sezon od 20-go Maja do 20-go Września.

Bliższe szczegóły u Dyrektora Zakładu D-ra Daniewskiego w Solcu, poczta
Stopnica, lub z broszury tegoż o Solcu (do nabycia we wszystkich księgarniach).

Dr. Med. Czesław Stiche

ordynuje

w *Karlsbadzie*

KREUZGASSE INSEL RÜGEN