

KRONIKA LEKARSKA,

PISMO POŚWIĘCONE

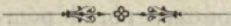
PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. O śródmacicznym stosowaniu balonu kauczukowego w położnictwie. (Metreuryza, hystereuryza).

PODAŁ

Dr. Antoni Hołowko.

•



Coraz częściej spotykamy w ostatnich latach prace o śródmacicznym stosowaniu balonów kauczukowych w położnictwie dla wywołania lub przyśpieszenia porodu, szczególnie wobec zwężeń miednicy, wobec drgawek porodowych, wobec łożyska przoduującego.

Rzeczywiście wyniki tej metody są bezporównania lepsze, niż przy użyciu dawniejszych sposobów np.: Macaulay-Scheela, Krausego i innych.

Pewność działania i łatwość stosowania metreuryzy czynią ją niezbędną nie tylko w klinice, lecz i w praktyce prywatnej. Wobec doniosłości praktycznej danej kwestyi nieco dłużej zatrzymam się nad tą metodą, poprzedzając własne spostrzeżenia krótkim zarysem historycznym.

W r. 1851 K. Braun¹⁾ zalecił swój kolpeurynter jako środek, wywołujący skurcze maciczne: kolpeurynter włożony do pochwy i napełniony wodą, wskutek ucisku na pochwę i szyjkę macicy, miał wywoływać skurcze porodowe; sposób ten, jednakże, z powodu nie-

pewnej działalności, aczkolwiek szeroko rozpowszechniony, używał się zwykle tylko jako środek pomocniczy przy innych metodach przedwczesnego porodu. Inny obrót rzecz ta przyjęła, gdy poczęto wkładać balon kauczukowy zamiast do pochwy do szyjki macicznej lub samej macicy. Chociaż już i dawniej robiono próby wywołania skurczów macicy przez rozszerzenie szyjki, bądź zapomocą osobnych instrumentów (według Schröder'a ²⁾, Osiander'a, Busch'a, Mendego i Krause'go), bądź też zapomocą włożonych do szyjki macicznej pęcherzy zwierzęcych, napełnionych wodą — przyrząd podobny pod nazwą *Sphenosiphonu* zalecał Schnackenburg — to jednak metody te wyników dobrych nie dawały i szerzej stosowane nie były.

Pierwszym, który zastosował kolpeurynter wewnątrz macicy, był Madurowicz. W przypadku łożyska przoduującego, przy otwarciu ujścia zewnętrznego macicy na szerokość półtora palca, Madurowicz, dla powstrzymania krwotoku, wprowadził kolpeurynter do pochwy i napełnił go wodą; gdy zbadał rodzącą, znalazł, że kolpeurynter całkowicie leżał w szyjce macicznej.

Otworzywszy nieco kurek kolpeuryntera, aby woda z balonu powoli odpływać mogła, Madurowicz równocześnie pociągał za szyjkę kolpeuryntera podczas skurczów macicy i bez trudu usunął zupełnie balon, ujście zaś maciczne było o tyle rozszerzone, że mógł zrobić obrót na nóżki i skończyć poród pomyślnie dla matki i dziecka. Lękając się jednak, że, przy zbyt szybkim rozszerzaniu szyjki macicznej, może nastąpić pęknięcie jej ścian, Madurowicz nie powtarzał więcej tego zabiegu i dopiero Stanisław Braun ³⁾ ogłosił w r. 1888 jego przypadek jednocześnie ze swoim.

Tarnier ⁴⁾ w latach 60-tych we Francyi, a Barnes ⁵⁾ w Anglii zaczęli, prawie jednocześnie, stosować balony kauczukowe wewnątrz macicy. Przyrząd zalecany przez Tarnier'a, tak zwany *dilateur intrautérine*, przyrząd dość skomplikowany, polega głównie na wprowadzeniu zapomocą kateteru rurki kauczukowej powyżej wewnętrznego ujścia macicy i napełnieniu jej (rurki) płynem, skutkiem czego rurka przybiera formę balonu.

Przyrząd Tarnier'a, zmodyfikowany przez licznych autorów, jak to: Winklera ⁶⁾, Stehbergera ⁷⁾, Gredera ⁸⁾ i innych, okazał się nie dość pewnym; balonik zawierający mało płynu działa zbyt powoli i często pęka, tak, że metoda ta coraz mniej stosowana bywa.

Metoda Barnes'a polega na wprowadzeniu balonu kauczukowego, daleko mniejszego od kolpeuryntera Brauna, z formy podobnego

do klepsydry, do szyjki macicznej. W Niemczech balon ten został trochę zmodyfikowany przez Fehlinga ⁹⁾.

Gdy we Francji i Anglii metody te coraz częściej były stosowane, w Niemczech hołdowano jeszcze metodzie Krause'go. Dopiero w r. 1883 zalecił Schauta ¹⁰⁾ stosowanie kolpeuryntera wewnątrz macicy: 1) przy przedwczesnem odejściu wód w położeniu poprzecznem płodu, lub położeniu czaszkowem przy wąskiej miednicy; 2) po odprowadzeniu wypadniętej pępowiny lub rączki w położeniach czaszkowych dla zapobieżenia dalszemu wypadaniu; 3) przy przodującym łożysku. Dla wywołania porodu przedwczesnego Schauta oddaje pierwszeństwo metodzie Krause'go.

Nowy sposób zastosowania balonu kauczukowego zawdzięczamy Maurer'owi ¹¹⁾, który pierwszy polecił, po włożeniu balonu do macicy, pociągać, dla prędszego rozszerzenia macicy, za koniec kolpeuryntera.

Podobny sposób zastosował, niezależnie od Maurera, S. Braun ³⁾, któremu był znany przypadek Madurowicza, wyżej opisany.

Braun zastosował sposób Madurowicza, po bezskutecznem wypróbowaniu rozmaitych innych metod, dla wywołania porodu przedwczesnego u ciężarnej z objawami ostrego obrzęku płuc w przebiegu przewlekłego zapalenia nerek, z dobrem zejściem dla matki i dziecka.

Zamianę elastycznego balonu na nieelastyczny zalecił Champetier de Ribes ¹²⁾, który jednocześnie nadał swemu balonowi formę stożka.

Balon Champetiera, zrobiony z materyi jedwabnej, powleczonej z zewnętrznej i wewnętrznej strony gumą, jest po napełnieniu wodą tak twardy, jak główka dziecięca i wskutek tego ma lepiej rozszerzać szyjkę maciczną, niż balon elastyczny.

Wyniki, otrzymane przez Champetiera, były bardzo dobre: w pierwszych 18 przypadkach stosowania tego balonu poród trwał przeciętnie 10—12-tu godzin.

Pinard ¹³⁾ zaleca kombinację metody Tarniera z metodą Champetiera u pierwiastek, u wieloródek zaś stosuje odrazu balon Champetiera.

W Niemczech pierwszy Dührssen ¹⁴⁾, ¹⁷⁾ zaczął stosować kolpeurynter na szerszą skalę. Jako zwolennik szybkiego ukończenia porodu w eklampsyi, poleca u pierwiastek rozcięcie ujścia zewnętrznego, u wieloródek zaś, u których część szyjki nadpochwowa jeszcze nie została wygładzona, stosowanie balonu kauczukowego według metody Maurera, zmodyfikowanej przez Dührssena w ten

sposób, że zamiast pociągania ręką końca kolpeuryntera, przytwierdza się go pod pewnym napięciem, do poręczy łóżka, przez co wytwarza się stałe pociąganie elastyczne. Sześć przypadków łożyska przodującego, w których Dührssen¹⁶⁾ metodę tę stosował, skończyło się pomyślnie dla matek i dzieci; tylko jedno dziecko zmarło przed włożeniem kolpeuryntera, urodziło się nieżywe.

Metoda Maurera — Dührssena ma jednakże i swą słabą stronę, tak np. w 22 przypadkach stosowania tej metody przez Dührssena¹⁷⁾ znajdujemy, oprócz nieznacznych pęknięć uabłonka szyjki 5 rozdarć szyjki aż do sklepienia pochwy.

Metodę swoją zaleca Dührssen: 1) dla wywołania porodu w eklampsji i innych stanach grożących życiu matki; 2) w łożysku przodującym; 3) w wązkiej miednicy; 4) w położeniach nieprawidłowych; 5) we wszystkich stanach grożących życiu matki lub dziecka, gdzie szyjka nie jest wygładzona; 6) wobec słabych kureczów macicy przy przedwczesnem pęknięciu pęcherza.

Odtąd śródmaciczne użycie balonu zyskuje w Niemczech coraz szersze rozpowszechnienie. Z drezdeńskiej kliniki poleca Buschbeck¹⁸⁾ stosowanie balonów kauczukowych według Barneisa i Tarniera dla wywołania porodu przedwczesnego; R. Braun¹⁹⁾ w Wiedniu w drgawkach porodowych, przodującym łożysku i porodzie przedwczesnym; we Wrocławiu Pfanenstiel²⁰⁾, potępiając wywoływanie porodu zapomocą metody Pelcera, zaleca metreuryzę. Zweifel²¹⁾, przytaczając kazuistykę swych przypadków drgawek porodowych, zaznacza częste stosowanie śródmaciczne balonów.

Z kliniki Rosthorna w Pradze polecają stosowanie kolpeuryntera Knapp i Klemhaus²²⁾; z kliniki w Halli — Schulz²³⁾. Interesujące szczegóły, dotyczące leczenia łożyska przodującego w praktyce wiejskiej znajdujemy u Füttha²⁴⁾, który zestawił 50 przypadków placentae praeviae z praktyki rozmaitych lekarzy. Aczkolwiek używano tamponadę i wykonywano rozmaite operacye, wyniki ostateczne były złe: w 19 przypadkach nastąpiła śmierć matki (38% śmiertelności!), w 32 przypadkach śmierć dziecka. Przyczynę tych złych wyników widzi Führt w przeciągłem krwawieniu i dlatego zaleca, po rozpoznaniu łożyska przodującego przystąpić natychmiast do rozwiązania chorej metodą Maurera — Dührssena, przytacza swój własny przypadek, gdzie z dobrym skutkiem użył tej metody.

A. Müller²⁵⁾ z Monachium używa też balonów śródmacicznie, lecz stosuje tylko balon Champetiera ze stałym pociąganiem zapomocą przyrządu ciężarowyciągowego, przyczem dla obciążenia uży-

wano ciężarków do 3 kilo (11 przypadków). Zalety tego balonu polegają na tem, że nie jest elastyczny, więc stałe pociąganie daleko lepiej daje się zastosować, niż przy kolpeurynterze Brauna, który często przytem wyciąga się na długość, rozciąga się po za macięą i wydobywa się z szyjki macicznej, rozszerzywszy ją niedostatecznie.

We Włoszech zaleca balon Champetiera przy łożysku przodującym Baronne ²⁶⁾, w Anglii Blacker ²⁷⁾, w Ameryce Cunningham ²⁸⁾, w Helsingforsie Neuner ²⁹⁾.

Hofmeier ³⁰⁾ i Schatz ³¹⁾ polecają również stosowanie balonów.

W roku 1897 metoda śródmacieznego stosowania balonów jest już tak rozpowszechniona, że Käfer ³²⁾, referując dział przedwczesnego porodu w rocznikach Frommela, mówi o „epoce“ rozszerzania szyjki balonami.

W obszerniejszej pracy poleca Stieda ³³⁾ metreuryzę, którą stosował w klinice Löhleina 12 razy dla wywołania przedwczesnego porodu. Autor używał balonu Barnesesa, zmodyfikowanego przez Fehlinga, lub kolpeuryntera Brauna. Poród trwał przecięciowo 15 godzin. Pociągania za koniec balonu Stieda zwykle nie stosował, ponieważ po włożeniu balonu następowały prawidłowe kurcze. Pociąganie zaleca się wtedy tylko, gdy balon założony skurczów nie wywołuje. Oprócz tego przy pociąganiu balon prędzej wypada z szyjki, nie rozszerzając jej dostatecznie. Graefe ³⁴⁾ zaleca bardzo szeroko stosowanie balonu ze stałym pociąganiem, szczególnie w prywatnej praktyce (5 przypadków).

Również dobre wyniki miał Pobiedinski ³⁵⁾, stosując śródmaciecznie balon Champetiera lub Brauna w klinice moskiewskiej prof. Makiejewa w 20 przypadkach, mianowicie: wyniki były bardzo dobre, zmarła tylko 1 chora z niewyrównaną wadą serca. Balony używano z zastosowaniem stałego pociągania.

C. Inge ³⁶⁾, porównywając metody używane przy łożysku przodującym, oświadcza się przeciw tamponadzie, zaleca przerwanie pęcherza i, jeżeli jeszcze krwawi, włożenie balonu Champetiera do szyjki.

Gerich ³⁷⁾ w Rydze stosował metreuryzę 5 razy według metody Dührssena, pociągając bardzo silnie za koniec kolpeuryntera, tak, że w 2-ch przypadkach ujście maciczne rozszerzone zostało w przeciągu 4—7 minut.

Jeżeli Dührssen, jak to wyżej wykazaliśmy, przy stosowaniu tej metody w 22 przypadkach miał 5 razy rozdarcie szyjki, to rezultaty Gericha są jeszcze gorsze: w 5-ciu jego przypadkach

nastąpiła 2 razy ciężka atonia; — w 3-ch przypadkach kolpeurynter nie zdołał rozszerzyć zupełnie ujścia, lecz wypadł zawczasie z szyjki, wskutek czego trzeba było operować przy niezupełnie rozwartem ujściu, wynikiem było zaciśnięcie macicy około szyjki dziecka i rozdarcie szyjki aż do pochwy. Te przypadki uczą właściwie, jak metreuryzy stosować nie należy.

Obszerniejszą pracę o metreuryzie ogłosił Keilmann³⁸⁾, uwzględniając i teoretyczną stronę działania balonów. W klinice Küstnera, we Wrocławiu stosował Keilmann metreuryzę w 45 przypadkach: 22 razy przy zwężeniu miednicy dla wywołania przedwczesnego porodu, 3 razy przy poronieniu, 10 razy przy łożysku przodującym, 10 razy dla studyowania metody. Zastosowywano przytem lekkie pociąganie. Wyniki były dobre.

Również gorąco zaleca hystereuryzę Deckart³⁹⁾ na mocy 42 przypadków obserwowanych w poliklinice prof. Küstnera we Wrocławiu.

Fritsch i Biermer⁴⁰⁾ zalecają stosowanie metreuryzy nie tylko w klinice, lecz i w praktyce prywatnej. Biermer ogłasza wyniki tej metody z kliniki w Bonnii (16 razy stosowano metreuryzę dla wzniesienia przedwczesnego porodu przy zwężonej miednicy — stałe pociąganie zastosowano tylko 5 razy, — poród ukończył się dla matki zawsze dobrze; co się tyczy dzieci, to 4-ro tylko przyszło na świat martwe, a jedno zmarło w klinice). Oprócz tego stosowano kolpeurynter 2 razy w zapaleniu nerek u ciężarnej, 2 razy w zapaleniu płuc, 2 razy przez wzgląd na dziecko i 1 raz w czasie krwotoku przed porodem.

Nowy sposób stosowania metreuryzy poleca Sobiestianski⁴¹⁾: po wprowadzeniu balonu do macicy, łączy się szyjkę balonu z irygatorem, napełnionym rozezysem kwasu bornego. Balon napełnia się płynem, który przy skurezach odpływa do naczynia, a po przejściu skurezu wraca do balonu i rozdyma go. W ten sposób szyjkę macicy drażni się stale, co sprowadza skureze silniejsze.

W piśmiennictwie polskiem, oprócz wzmiankowanej pracy Stanisława Brauna, posiadamy obszerniejszą pracę Świtalskiego⁴²⁾ z kliniki prof. Jordana w Krakowie. Stosowano śródmaciecznie baloniki Barnes'a, rzadziej Brauna. 3 razy użyto baloników do przerwania ciąży w pierwszej połowie z powodu przedwczesnego odklejenia łożyska i krwotoku wewnątrzmacicznego, z dobrym skutkiem.

Najeczęściej stosowano baloniki w przypadkach przedwczesnego pęknięcia pęcherza płodowego: 2 razy przy pośladkowym położeniu płodu, gdzie po rozszerzeniu ujścia balonikiem sprowadzono nóżkę

dla uniknięcia możliwej potrzeby ukończenia porodu przy ustalonych pośladkach, co nieraz połączone bywa z wielkimi trudnościami. Dwa razy stosowano balonik w położeniach poprzecznych i odejściu wód przy ujściu drożnem zaledwie dla palca, — działanie baloników jest tu nieocenione, zapobiegają one obniżaniu się przodującego barku; w obu przypadkach ujście w przeciągu pół godziny było tak dalece rozszerzone, że można było wykonać obrót całą ręką. Raz stosowano balonik po urodzeniu się 5-miesięcznego płodu, przyczem szyjka tak się zacisnęła, że nie można było wyjąć łożyska — w kilka godzin po włożeniu balonu dało się to z łatwością uczynić. Na ogół autor gorąco zaleca zastosowanie śródmaciczne baloników.

Jeżeli jeszcze w r. 1897 A. Müller skarżył się, że nowa metoda wywołania porodu nie jest uwzględniona w podręcznikach akuszeryi, to i w tym względzie zaszła zmiana: w najnowszym wydaniu najbardziej rozpowszechnionego podręcznika Schroedera, wydanego przez Olshausena — Veita, jako najlepszą metodę wywoływania przedwczesnego porodu zaleca się metreuryzę.

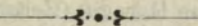
(C. d. n.).

II. NOWOCZESNE POGLĄDY na symptomatologię i terapię padaczki.

(Odczyt, wygłoszony w sekcji neuro-patologicznej IX-go zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie).

NAPISAL

Dr. Kazimierz Wisłocki.



(Dokończenie).

Ponieważ wspominałem przed chwilą o toksyczności moczu i potu, winienem słów kilka wyjaśnienia w tej sprawie.

Jedno z najogólniejszych praw biologii, jak wiadomo, głosi: „jeżeli w środowisku, otaczającym dany ustrój, nagromadzi się pewna ilość produktów jego działalności życiowej, pod postacią wydzielin,

dalsze istnienie owego osobnika w temże środowisku staje z czasem niemożliwym“.

Za pomocą wydzielin ustroj pozbywa się:

1) Nieużytecznych lecz jednocześnie i nieszkodliwych produktów przemiany materji.

2) Substancji choć użytecznych, lecz znajdujących się w danej chwili w zbytnej ilości.

3) Ciał szkodliwych dla ustroju, trujących, które bądźto wytworzyły się przy procesach wewnątrzkomórkowej przemiany materji, bądź też dostały się do ustroju już jako trujące.

Sama więc logika wskazuje, że w moczu i pocie znajdują się ciała trujące, tembardziej że stwierdza to doświadczenie—i próżne były usiłowania Briegera i Dawidsohna, którzy toksyczność tych wydzielin stawili w zależności od zanieczyszczenia drobnoustrojami. Zastrzegłem się jednak na początku, że nie będę się wdawał w teoryje. Bez względu bowiem na to, czy toksyczność moczu i potu zależy od ptomainów (Armand Gautier³⁷) czy soli potasowych (Stadhagen³⁸) czy od ich nieizotoniczności, naruszającej normalne osmotyczne ciśnienie krwi, jak chce Beck³⁹), choć ostatnie, ogłoszone już w tym roku prace: Claude i Balthazard'a⁴⁰) Bernard'a⁴¹), Lesne et Bousquet⁴²) i Charrina⁴³), dowodzą, że nie tu trzeba szukać przyczyn toksyczności wydzielin—w każdym razie fakt pozostaje faktem, że na jakiś czas przed wystąpieniem napadu padaczkowego widzimy wstrzymywanie wydzielin, zmniejszenie ich toksyczności wraz ze zwiększeniem toksyczności krwi, po napadzie zaś rozpoczyna się jakby eliminacja powstrzymywanych substancyj. Ustrój za pomocą napadu uwalnia się od nagromadzonych w nim ciał trujących.

Kończąc na tem przegląd najnowszych, jak to zastrzegłem się na początku, zdobywszy na polu symptomatologii, przechodzę do drugiej części naszego sprawozdania, do nowoczesnej terapii padaczki.

³⁷) Armand Gautier „Les toxines microoïennes et animales.

³⁸) Stadhagen „Über das Harngift (Zeitschr. für Klin. Med, 1889—15.

³⁹) Beck „Über die Giftwirkung des Harns, (Pflügers Arch. 1898).

⁴⁰) Claude et Balthazard „Toxicité de l'urine dans ses rapports avec isotomie“ (Journal de Physiologie et de Pathologie générale, Mai 1899.

⁴¹) Bernard „Etude critique de méthode de détermination de la toxicité du serum et de l'urine“. (Rev de med, II. 1900).

⁴²) Lesne et Bousquet — Toxicité urinaire et isotomie (Press medic. 1900 26/V.

⁴³) Charrin—Réalité de l'auto-intoxication Soc. de Biologie 16/VII 1900.

Znacznie wcześniej, zanim odpowiedni stan naszej wiedzy pozwolił na wytworzenie prawdopodobnej naukowo teorii padaczki i wysnucie z niej przyczynowych wskazań dla terapii, już gruba empirya całych stuleci stwierdziła szkodliwość w padaczce wszystkich momentów podniecających układ nerwowy, a dodatnie działanie czynników łagodzących, przytępiających jego wrażliwość. Spokój, unikanie wszelkich wysiłków czy to umysłowych, czy fizycznych, a także wzruszeń; wystrzeganie się pokarmów i pożywek podniecających (mięso, alkohol, kawa, herbata) i dyeta mleczno-roślinna, stanowiły z dawien dawna podstawę leczenia padaczki.—Nie kresząc tu monografii padaczki, pominię milczeniem cały arsenał metod i środków, używanych dotychczas w leczeniu tej choroby, a zatrzymam się jedynie na terapii czasów ostatnich. Rozpocznę od chirurgii, którą dodatnie wyniki, otrzymane w niektórych chorobach wewnętrznych, ośmieliły do spróbowania swej mocy w padaczce.

Robiono więc w celu leczenia tej choroby: podwiązywanie Art. Vertebralis (Alexander Barger) wycięcie zwoju szyjowego górnego N. współczulnego z jednej strony (Aleksander), a nawet z obu stron rezekowano Sympathicus (Gannesco, Laborde), robiono również trepanacye, wypuszczano płyn mózgo-rdzeniowy (punctio ventriculorum, punctio lumbalis,) stosowano nadecięcie durae matris i t. d. przy zestawieniu jednakże przez Laborde' (1898 r.) wyników wszystkich dotychczasowych usiłowań leczenia operacyjnego padaczki samoistnej okazuje się, że jeżeli bywają czasami wyniki dodatnie, to zazwyczaj nietrwałe, choroba po pewnym czasie powraca z poprzednią gwałtownością.

Nawet w przypadku obserwowanym przez kol. Bregmana, gdzie aura była pochodzenia współczulnego (ślinotok) i gdzie zdawało się, że właśnie rezekeya sympatici ma wyraźniejszym wskazanie, operacya zrobiona przez prof. Wasiljewa nie dała pożądanego wyniku (przypadek ten obserwował współsprawozdawca mój kol. Bregman).

Sprawę chirurgicznego leczenia padaczki rozbierano na zeszlórocznym zjeździe niemieckich chirurgów w Berlinie (kwiecień 1879). Kocher z Berna, zajmujący się przez czas pewien specjalnie tą kwestyą, zachęcał do interwencyi chirurgicznej w tych tylko przypadkach padaczki, gdzie można przypuszczać istnienie ograniczonej mechanicznie drażniącej i dostępnej dla noża chirurga przyczyny np. exostosis, corpus alienum, guz, wgniecenie czaszki i t. p. czyli tylko w tak zwanej padaczce odruchowej, do której zaliczyć jeszcze trzeba przypadki, gdzie przyczyna drażniąca tkwi nie w mózgowiu lecz na peryferyi (blizna, neuromat i t. d.)

Jednakże i w takich przypadkach, po usunięciu owej mechanicznie jakoby drażniącej przyczyny, w wielu bardzo razach napad padaczki nie ustaje. Na bezskuteczność zabiegu chirurgicznego w takich razach wpływają następujące względy:

1) Obecność jednych i tych samych zmian organicznych (uraz, guz i t. d.) w tych samych okolicach mózgowia u jednych chorych daje początek padaczce, u innych zaś nie.

2) Do powstania padaczki zdaniem Feré, Jolly, Unverichta i innych, koniecznym jest istnienie pewnego wrodzonego lub nabytego usposobienia do drgawek t. nazw. „*alteration spasmophyle*“— „*spasmophylia*“.)

Jeżeli przeto w danych przypadkach owa spasmophylia nie zależy od przyczyny mechanicznej, to rzecz jasna, że i po usunięciu tej przyczyny napady padaczkowe powtarzać się będą.

Również nie zachęcające do stosowania w padaczce wyniki, dała najmłodsza w tej chwili córa terapii t. j. organoterapia.

Stosowano wyciągi jader, *gl. thymus gl. pituitaria* bez żadnego rezultatu, wyciąg zaś z nerek okazał się nawet jakoby szkodliwym i zwiększał częstość napadów (Mairet). Przechodząc do środków farmaceutycznych, zatrzymam się wyłącznie na preparatach bromowych, które w tej chwili królują niepodzielnie w terapii padaczki, pominię zaś w zupełności używane jeszcze przez niektórych klinicystów: atropinę, cynk i natrum biboricum, gdyż nawet zwolennicy tych leków nie przeczą, że najdzielniejszym środkiem farmaceutycznym w padaczce jest brom wprowadzony do leczenia tej choroby przez Lococka w 1851 roku.

Liczba preparatów bromowych przedstawia się dość pokaźnie; do najczęściej jednak używanych należą: kali bromatum, natr. brom, amonium bromatum, strontium bromatum, a w ostatnich czasach bromipina i bromalina.

Czy działanie związków bromowych polega na wyciśnieniu w ustroju chloru przez brom i tworzeniu tam połączeń stałych (jak chce Nencki) czy zachowuje się on w inny jeszcze sposób, dość że jest to niezaprzeczenie najpewniejszy według Séé ze środków, zmniejszających pobudliwość odruchową układu nerwowego i tem się tłumaczy jego skuteczność w padaczce. Są rozmaite sposoby stosowania bromu.

Najszerszem uznaniem cieszy się sposób Charcota, polegający na stopniowym zwiększeniu dawki aż do pewnego maximum, ażeby znów powoli obniżyć ją, póki nie dojdziemy do ilości, od której rozpoczęliśmy. Wtedy znów powtarzać to samo, dając brom całemi latami, chyba że objawy zatrucia zmuszą nas do robienia dłuższych lub

krótszych przerw. Charcot zaczyna od 4,0 g. dziennie i co tydzień zwiększając o gram dochodzi w 4 tygodniach do 7 gramów, potem tak samo zmniejsza do 4 gramów (w 7 tygodni). Rosyjscy lekarze stosują brom według sposobu Bechterewa, dając go jednocześnie z kodeiną i adonis vernalis. U nas sposób ten ma również zwolenników i w ostatnich czasach jeden z naszych kolegów ogłosił w „Medycynie“ szereg przypadków leczonych tą metodą z bardzo dobrymi wynikami.

W ostatnich czasach Flechsig (w 1893) zaproponował kombinowanie kuracyi bromowej z makowcową—gdyż podawanie przez pewien czas opium wywołuje ten skutek, że przy następnem zastosowaniu bromu, znacznie już mniejsze stosunkowo dawki preparatów bromowych dają pożądane wyniki.

Metodę tą opracowali między innemi Salzburg⁴⁴⁾ (uczeń Flechsig'a), a w ostatnich czasach Leubuscher⁴⁵⁾. I na obecnym zjeździe mamy zapowiedziany odczyt w kwestyi metody Flechsig'a. Nie zatrzymując się w obec tego nad sprawą, która zapewne przez kogo innego wyczerpująco traktowaną zostanie, dodam tylko, że metoda Flechsig'a przedstawia pewne trudności, a nawet niebezpieczeństwa i nie może być stosowana ambulatoryjnie, lecz tylko u chorych będących pod ścisłą i stałą kontrolą lekarza (Bautz przypadek śmierci wskutek kuracyi). Bardzo dobre wyniki daje również sposób Voisina podawania bromu razem z pilokarpiną. Na mocy własnego kilkunastoletniego doświadczenia najgoręcej polecić mogę kombinowanie bromu z ściśle mleczną dyetą.

Chorzy na padaczkę winni być na przemian trzymani to na ściśle mlecznej dyecie, to na bromie. Czas trwania ściśle mlecznej diety winien być w zależności od ogólnego stanu pacyenta. Metoda ta pozwala w zupełności zapobiedz występowaniu objawów zatrucia i przez większość chorych bywa znoszona bardzo dobrze.

W pracy mej, poświęconej tej sprawie, a wygłoszonej w Warsz. Tow. Lekarskiem w roku 1899, przytoczyłem szereg przypadków, gdzie sama dyeta ściśle mleczna, była w stanie usuwać w zupełności napady. Bonnet⁴⁶⁾ który obszernie opracowywał ten sam temat do-

⁴⁴⁾ Salzburg „Neurologisches Centrabl.—1897.

⁴⁵⁾ Leubusché Neurolog. Centrabl. 1897 № 12.

⁴⁶⁾ Bonnet „Traitement des epilepsies („La Dauphiné medical.“
Juin 1898.)

szedł do podobnych wyników i twierdzi stanowczo, iż kuracja *ściśle mleczna* jest jednym z najdzielniejszych środków przy leczeniu padaczki.

Najwięksi nawet zwolennicy preparatów bromowych nie mogą zaprzeczyć, iż dłuższe i stałe użycie bromu daje zazwyczaj cały szereg pobocznych bardzo przykrych objawów, znanych pod nazwą „zatrucia bromowego“, nie będą tu wyliczał owych zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego, skóry i psychiki chorego, znanych każdemu lekarzowi praktykowi i niejednokrotnie już opisywanych—wspomnieć jednak muszę o sposobach, używanych dla zapobieżenia i leczenia zatrucia.

Dbanie o prawidłowe czynności przewodu pokarmowego i skóry (a więc leki opróżniające i kąpiele letnie) postawić należy na pierwszym miejscu. W ostatnich czasach Richet et Toulouse⁴⁷⁾ zalecają przy kuracji bromowej podawać w pokarmach jak najmniej soli kuchennej i chlorków wogóle, co pozwala na otrzymanie tych samych rezultatów przy znacznie mniejszych dawkach bromu, nie wywołujących jeszcze zatrucia. Skoro objawy zatrucia już wystąpiły, trzeba przede wszystkim przerwać stosowanie bromu, wziąć chorego na mleczną dyetę i podawać mu wówczas jaknajwiększe ilości soli kuchennej, co według Laudenheimera⁴⁸⁾ najbardziej ułatwia eliminację. Są jednak osobniki, u których następuje tak łatwo zatrucie bromowe, iż stosowanie tego leku staje się wprost niemożliwe. Dlatego też, pomimo wielkiej skuteczności bromu, szukano wciąż innych środków leczenia padaczki.

Na zasadzie licznych doświadczeń okazało się, że skutecznie walczyć również możemy z padaczką przy pomocy: diety ściśle mlecznej, seroterapii, hydroterapii, środków moczopędnych, napotnych i opróżniających kiszk.

Seroterapia pod postacią wlewań fizyologicznego roztworu soli kuchennej, cieszy się we Francji (Fleury⁴⁹⁾ wielkiem powodzeniem i winna i u nas zająć miejsce pomiędzy pomocniczymi metodami przy

47) C. Richet et Toulouse } Effets d'une alimentation pauvre en
chlorure sur le traitement de l'épilepsie par le bromure de sodium C. R. d. l'acad. de science 20/XII. 1899.

48) Laudenheimer. Neurolg. Centralbl. № 12, 1897.

49) Fleury. Recherches cliniques sur l'épilepsie et sur son traitem. Paris, 1900.

leczeniu padaczki — (oddaje ona nieocenione usługi w t. zw. status epilepticus).

Wszystcy badacze, mający sposobność systematycznej obserwacji epileptyków w specjalnych zakładach dla tego rodzaju chorych zauważyli, że przy zaburzeniach gastrycznych u chorych padaczkowych, bywa największa skłonność do zjawienia się napadów. Dlatego też zastosowane odpowiednio środki czyszczące, zapobiegają nieraz i są w stanie oddalić napad. U takich więc chorych, gdzie zaburzenia w trawieniu poprzedzają napady, metoda ta jest bardzo wskazana. Napotne i moczące środki dają u wszystkich chorych dodatnie wyniki i zachwalane są bardzo przez autorów francuskich, skuteczność ich zależy od pobudzenia przemiany materii, co również powiedzieć można o hydroterapii (pod postacią chłodnych nacierań lub ciepłej wanny), która, odpowiednio użyta, oddaje w leczeniu padaczki usługi bardzo ważne i szersze znaleźć winna zastosowanie. Uderzyć musi każdego, że wszystkie poza bromem skuteczne metody i środki należą do rzędu bądźto ułatwiających i wzmagających przemianę materii, bądź też zapobiegających nagromadzeniu się w ustroju zużytych produktów przemiany materii. A teraz abstrahując od wszelkich teorii o istocie padaczki jedynie na zasadzie klinicznego doświadczenia, pozwólmy sobie nakreślić plan objawowego leczenia tej choroby.

Widzieliśmy wyżej, iż objawy padaczki z punktu widzenia klinicznego rozpadają się na 2 grupy:

- a) Zaburzenia zależne od podrażnienia układu nerwowego.
- b) Zaburzenia w przemianie materii.

Stosownie do tego i terapia objawowa, ma dwa zadania:

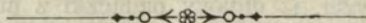
- a) Uspokoić objawy podrażnienia.
 - 1) Zmniejszając nadpobudliwość układu nerw. zapomocą bromu.
 - 2) Usuając lub osłabiając bodźce drażniące (zatrucia, choroby trzewiów (Herzpilepsie), cierpienia n. obwodowych i t. d.).
- b) Usuwać zaburzenia w przemianie materii:
 - 1) za pomoca pobudzeń wydzielin;
 - 2) odpowiedniej diety;
 - 3) pobudzenia ogólnej przemiany materii.

I taka właśnie terapia, jak dowodzi doświadczenie, daje najlepsze rezultaty. Jednocześnie zaś taka ściśle objawowa terapia zadostycyżni i obecnym wskazaniom przyczynowym, gdyż z panującej w tej chwili teorii o istocie padaczki, również te same tylko wskazania wysnuć się dadzą. Doświadczenie i teoria są więc w danym razie w zgodzie zupełnej.

Zdarzają się jednak przypadki, w których pomoc nasza okazuje się prawie bezskuteczną. Ma to miejsce tam, gdzie mamy do czynienia albo z tak wielką pobudliwością układu nerwowego, iż największe nawet dawki bromu znieść jej nie mogą, albo tam gdzie kuracja bromowa na skutek specjalnej idyosynkrazji w odpowiedni sposób stosowaną być nie może, wreszcie wówczas, kiedy nie jesteśmy w stanie usunąć bodźców, wpływających drażniąco na układ nerwowy.

Nie jest to jednakże dowodem bezsilności terapii wobec padaczki wogóle i nie upoważnia do tak częstych obecnie narzekań, że „terapia nasza nie jest warta, że w tej dziedzinie nic nie możemy”. Medycyna nie różni się pod tym względem od innych nauk: działa jedynie w pewnych granicach—w granicach możliwości. Cudów czynić nie może.

A jeśli, nie będąc często w stanie usunąć zmian organicznych, będących punktem wyjścia choroby, zdobyła moc usuwania choćby tylko objawów, powstrzymywania ciężkich, zohydżających nieraz życie przypadłości, już się jej wdzięczność należy od cierpiącej ludzkości, już spełniła swe zadanie.



II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

24. Prof. Dr. Albert Riva (Parma). O podnoszeniu się ciepłoty ciała w czasie potyfusowym.

Po okresie spadku ciepłoty ciała w tyfusie brzuszny często spotykamy nieprawidłowe podnoszenie się ciepłoty, które zjawia się nie wskutek nowego zatrucia organizmu pierwiastkami tyfusowymi t. j. nie jest nasileniem choroby, lecz następstwem niedostateczności (insuffiscentia) ośrodka regulującego ciepłotę ciała. Ośrodek ten podczas długotrwałej choroby wycieńcza się i w początkach zdrowienia jeszcze nie jest w stanie utrzymać ciepłoty ciała w granicach normy. Dlatego też najmniejsze bodźce, które w warunkach normalnych przeszłyby niepostrzeżenie, w danym razie mogą wywołać podniesienie się ciepłoty do cyfr dosyć wysokich.

Autor przytacza parę przypadków, w których podniesienie ciepłoty ciała zależało od przekroczenia diety, obciążenia włosów, podniecenia psychicznych, dłuższej rozmowy z odwiedzającymi; nieznacznego naprężenia fizycznego, dłuższego siedzenia na łóżku, ropnia na dziąsłach (alveolitis dentaria) i t. p.

Nieznaczne powody, które spowodują podniesienie się ciepłoty, brak wszelkich objawów przedmiotowych, normalny mocz, łatwość, z jaką znika gorączka, są dostatecznymi wskazówkami, że zdrowienie postępuje naprzód, pomimo tych chwilowych zaburzeń.

Duże wahania temperatury w okresie spadku ciepłoty przy tyfusie brzuszny tak samo wskazują na wycieńczenie ośrodka regulującego ciepłotę ciała.

Stanisław Zawadzki.

25. **D r. B. F u s z c z y w y. Sok kartoflany jako znakomite podłoże dla kultury laseczników gruźliczych. (M. P. № 7, 1900).**

Autor gorąco poleca swą metodę otrzymywania czystych kultur gruźliczych laseczników a to ze względu, że nie wymaga ona specjalnej bakteriologicznej techniki, ani też osobliwych aparatów. To też każdy lekarz może się nią posilkować w celach rozpoznawczych, gdyż może zawsze u siebie w domu przygotować powyższe podłoże. A mianowicie: surowy, obrany ze skóry kartofel przeciera się przez tarkę i z otrzymanego w ten sposób puré, wyciska się sok przez kawałek merli w jakiegokolwiek naczyniu (szkłankę). Sok taki jest żółto-burego koloru i kwaśnej reakcyi; filtruje się go potem przez bibułę i rozlewa w wyjałowione próbki, dodając nieco sody dla zalkalizowania płynu, poczem w celu wyjałowienia gotuje go się w próbkach dotąd, dopóki nie zmieni koloru na jasno-żółty, wtedy, po ostudzeniu F. przenosi do tego soku kawałeczki płwociny gruźliczej za pomocą pętli platynowej, korkuje próbki wacikami i stawia obowiązkowo w ciemnym i ciepłym miejscu (18°—20° R.). Po upływie 3 dni sok ten staje się ciemno-burym, a na wewnętrznej stronie próbki zjawia się od kartoflanego płynu nalocik. Na rozwój kultur należy czekać 5 dni.

Po upływie tego czasu można już przygotowywać preparaty i w tym celu autor przenosi za pomocą pętli platynowej kroplę cieczy na szkiełko i pozostawia ją dla wyschnięcia na powietrzu, poczem preparat barwi metodą Fraenkl'a i Gablet'a.

(1° Fuchsini 1,00 Spir. 10,00 Ac. Carbol. 5,00 Aq. dest. 100,0
i 2° Methylenblau 2,00 — Acid. Sulfur. 25,000 Aq. dest. 100,0).

F. twierdzi, iż zawsze laseczniki gruźlicze różniczkowały się bardzo wyraźnie, i wogóle ze swego postępowania jest bardzo zadowolony. Aby się przekonać, iż w swych doświadczeniach miał do czynienia z lasecznikami Koeha, autor zastrzyknął 14 dniową kulturę myszom, które po 3 dniach padły, a badanie mikroskopowe śledziona wykazało obfitą ilość laseczników gruźliczych.

W. Cennère.

26. Paul Edel. **Wpływ sztucznego pocenia na wydzielanie soku żołądkowego.** (Zeitschr. f. Klin. Med. XLII H. I u. II).

W roku zeszłym Simon na tem samem miejscu zajmował się kwestyą, poruszoną przez autora; na zasadzie licznych obserwacji S. doszedł do wniosku, że pocenie wpływa na wydzielanie soku żołądkowego upośledzając, wywołując zmniejszenie się ilości HCl i kwasności ogólnej. Stan taki trwał kilka godzin i poprzedzany był przez chwilowe wzmoczenie siły wydzielniczej żołądka. Ztąd Simon wypowiedział zdanie, że środki napotne dałyby się stosować zarówno w nadmiernej kwasności żołądka jak i w sokotoku, a wyniki swych doświadczeń tłómaczył zubożeniem krwi w chlorki pod wpływem obfitego wydzielania potu.

Już jednak przed Simonem Zasedzki i Gruzdew doszli do wyników podobnych, przeciwnie zaś Riegel, Aldor i Schiff po pilokarpinie widzieli sokotok żołądkowy, co łatwo wytłómaczyć się daje, biorąc pod uwagę okres, w którym pierwsza i druga grupa autorów badali sok żołądkowy.

Autor zajął się bliższem zbadaniem kwestyi i nie mógł stwierdzić faktów przez poprzedników podanych: wpływ pocenia zarówno w najbliższym czasie jak i po upływie 20—68 godzin był bardzo nieznaczny, nie zgadza się również E. na wnioski Simona co do zubożenia krwi na czas dłuższy w chlorki, które z napojów i pokarmów w dostatecznej ilości pokryć mogą nieznaczne straty przez pocenie powstałe.

J. Zawadzki.

27. M. Einhorn. **Pleśniowce jako przyczyna choroby żołądka.** (Med. Rec. 16/VI, 1900).

Einhorn w wielu przypadkach w wypłuczynach żołądka czczego wykrywał małe, szarawo-czarne lub brunatne kłaczkę, w których przy badaniu mikroskopowem wykrywał mycelium i zarodniki pleśniowca; bliżej określić gatunku tego grzybka Einhorn nie umiał.

Pleśniowca tego spotykał autor zarówno w przypadkach nadmiernej kwasności jak i w nerwobólach żołądka z prawidłowem wydzielaniem soku, a nawet przy upośledzonym wydzielaniu i przypuszcza, że jest on możliwą przyczyną tych cierpień, gdyż po przepłukaniu żołądka i spray'u z roztworu lapisu — grzybek zniknął, a wraz z nim ustępowały objawy chorobowe.

Naturalnie, wywody autora nie są przekonywujące, warto jednak zwrócić uwagę na ten rodzaj grzybka i dalsze nad nim przeprowadzić badania.

J. Zawadzki.

28. Browicz. **Patogeneza żółtaczki.** (Wien. Klin. Woch. 1900).
„Dz. Zjazdu“ str. 141.

Aczkolwiek autor wypowiedział swe poglądy na zjeździe przyrodników w Krakowie na istotę i pochodzenie żółtaczki i znane są one w zarysach głównych czytelnikom naszym, powtarzamy je według artykułu, w którym autor usystematyzował je bardziej: 1) przyczyną żółtaczki jest nieprawidłowa czynność komórek wątroby, które skutkiem podrażnienia wchłaniają więcej pokarmu resp. hemoglobiny, którą przerabiają żółć i jej barwniki; 2) komórka normalna wątroby może wchłonąć więcej hemoglobiny i wytworzyć więcej żółci, wydalanej przez siebie do przewodu żółciowego międzykomórkowego, z kądem jak również przez komórki ścian naczyń śródzrazikowych żółć dostaje się do krwi; 3) przeszkody mechaniczne, tamujące odpływ żółci, wywołują przez ucisk przekrwienie, a ztąd większą ilość hemoglobiny; 4) żółć dostaje się do obiegu ogólnego przez naczynia włosowate śródzrazikowe, w części małej przez naczynia limfatyczne około przewodów żółciowych.

J. Zawadzki.

29. Rostoski. **Położenie żołądka u chorych na blednicę.** (Münch. Med. Woch. № 40, 1900).

Jak wiadomo, wielu autorów a między innymi i Meynert w przypadkach blednicy stwierdzali w wielu razach zwiśnięcie trzewiów brzusznych i upatrywali związek przyczynowy między temi cierpieniami. Rostoski przeprowadził szereg badań na klinice w Würzburgu (prof. Leube'go) i na 50 przypadków blednicy zaledwie w 26% mógł stwierdzić zwiśnięcie żołądka. Gorset wywoływał zwiśnięcie tylko w tych przypadkach, gdy był noszony przed 14 rokiem życia, w wieku późniejszym nie.

J. Zawadzki.

II. Choroby dzieci.

30. Prof. H. Leo (Bonn). **O gazach w zawartości żołądka niemowląt.** (Zeitschr. f. Klin. Med. T. 41, str. 108—121, 1900).

Dotychczasowe, stosunkowo nieliczne, poszukiwania nad gazami, napotykanymi w zawartości żołądka, dokonywane były tylko na osobnikach dorosłych, dotkniętych chorobami żołądka. Autorowie tych poszukiwań badali gazy w żołądku już to bezpośrednio, dobywając je zapomocą zgłębnika żołądkowego i przeprowadzając je zapomocą odpowiedniego urządzenia do naczynia, napełnionego uprzednio wodą (Hoppe-Seyler, Wissel), już to pośrednio, izolując drobnoustroje

wytwarzające gazy (Miller, de Bary, J. Kaufmann i inn.), już to zwracając uwagę na zdolność gazotwórczą (Gährungsfähigkeit) płynnej treści żołądka (Kuhn, H. Strauss i inni).

Autor posługiwał się metodą, zbliżoną do metody Hoppe-Seyler'a (opis tych metod podany jest w oryginale).

Doświadczenia jego w prowadzonej przezeń w poliklinice uniwersyteckiej miały na celu zbadanie gazów w żołądku niemowląt. Rozpoczął je Leo przedewszystkiem od zbadania *5-ciorga niemowląt zdrowych* (w wieku od 4—14 miesięcy), z których jedno karmione było mlekiem matczynem, dwoje mlekiem krowim, dwoje zaś mlekiem krowim z dodatkiem płynów kleistych.

Doświadczenia te wykazały w prawidłowym stanie żołądka obecność trzech gazów: azotu, tlenu i kwasu węglanego. Dwa pierwsze pochodzą od połykania powietrza atmosferycznego, stanowiącego przeważną część gazowej zawartości zdrowego żołądka niemowląt.

Co się tyczy CO₂, to zdaniem L., przeważająca ilość tegoż przedostaje się do żołądka także przez połykanie powietrza atmosferycznego (z domieszką powietrza wydechanego), jednak być może, iż pewna część przenika drogą dyfuzji przez błonę śluzową żołądka a także przez wyzwolenie się kwasu węglanego z węglanów pod wpływem kwasu solnego w żołądku.

Tworzenia się CO₂ przez fermentacją nie uważa autor za prawdopodobne na mocy dawniejszych swoich badań; również nie przypuszcza, aby część tegoż przedostawała się przez regurgitację z kiszek.

Spostrzeżenia autora nad *dziesięmi dyspeptycznemi* obejmowały 25 przypadków, zestawionych przezeń w tablicach, zawierających następujące rubryki: wiek, rodzaj choroby, trwanie jej, pożywienie, ilość godzin po ostatniem przyjęciu pokarmu, stan żołądka (normalny, nieco lub silnie wzdęty, zapadły), skład chemiczny gazów w odsetkach, wywiady, stan ogólny i uwagi.

Na mocy danych, tą drogą zebranych, autor odróżnia 3 grupy mieszanin gazów u dzieci z niestrawnością.

Skład gazów *pierwszej* grupy odpowiada stanowi napotykanemu u dzieci zdrowych. Nie ma H i CH₄. Ingesta nie podlegają długotrwałemu zastojowi (stagnacyi). Przypadki tej grupy nie dały jednolitego obrazu klinicznego; zwykle przebiegały z biegunką, czasem z wymiotami; brzuch mało bywał wzdęty, raz nawet zapadły.

W *drugiej* grupie znaleziono także tylko N, O, CO₂, ale ilość tego ostatniego znacznie przewyższała normalną. Nadwyżkę tę L. skłonny jest przypisać raczej fermentacji drożdżowej niż powrotowi z kiszek (regurgitacyi) i widzi w niej dowód stagnacyi zawartości żołądka, co stwierdzają i objawy kliniczne (brak łaknienia, przepełnienie żołądka, atonia i t. p.).

Do *trzeciej* grupy autor zalicza przypadki, w których znalazł w żołądku oprócz N, O, CO₂ także H i CH₄, albo oba te gazy jednocześnie. Gazy w tych przypadkach są produktem rozkładu bakteryi. I tu nie sądzi L., aby były to produkty regurgitacyi z jelit, również nie rozstrzyga pytania: jakie odmiany bakteryi wytwarzają

gazy w żołądku dzieci dyspeptycznych, gdyż wymaga to dalszych prób bakteryologicznych, choć fermentacyi w probówce nie należy utożsamiać z fermentacją w żołądku. Przypadki tej grupy były przeważnie chroniczne. W 5-ciu cierpienie trwało 1—2 miesiące, w 4-ch 3—14 dni. Prym trzymały, zwłaszcza w przewlekłych, objawy ze strony kiszek (silne biegunki, cuchnące wypróżnienia). Wymiotów nie było albo bardzo nieznaczne.

Nieprawidłowy skład gazów żołądka, który najczęściej był wzdęty, pozwalał wnioskować, że i ten narząd dotknięty był cierpieniem. Toż samo można rzec o przypadkach o więcej ostrym przebiegu.

Ze spostrzeżeń autora wynika, że na mocy objawów fizykalnych ze strony żołądka nie można wyprowadzać żadnych wniosków o gazach w żołądku, tembardziej skoro u dzieci zdrowych napotykamy bardzo często żołądek silnie wzdęty.

Autor skłania się do zdania Henschel'a, Pfaundlera i in., że znaczne wypełnienie żołądka gazami spostrzega się tylko u dzieci sztucznie karmionych, nawet zdrowych. Stan ten zależy, według L. od połykania powietrza, a więc od sposobu żywienia, a nie od jakości pokarmu.

B. Polikier.

31. Rolleston. **Wymioty w błonicy.** („Les vomissements dans la Diphthérie“. Ann. de Méd. et Chir. Infantiles, № 7. 1900).

Porównywając błonicę z płonicą, znajdujemy wielką różnicę pod względem wymiotów. W początkach płonicy wymioty są objawem znamionym, podczas gdy w błonicy wymioty, jeżeli występują, są powikłaniem, nie objawem choroby. Gdy wymioty w błonicy są bardzo uporeczywe, to uważać je należy za znak niedobry, gdyż oznaczają osłabienie serca (n. pneumogastricus).

1) Wymioty przypadkowe zdarzają się często w chwili zjawienia się wysypki, spowodowanej przez antytoksynę, i podskoczenia ciepłoty, mającego to samo źródło. Również do rzędu przypadkowych zaliczyć należy wymioty przy porażeniu błoniczem, wymioty są powodowane przez szczątki pokarmów, przedostające się do krtani. Może powodować także wymioty odrywająca się błona, która łaskocze ściany gardzieli, jak piórko.

Należy zapamiętać różnicę między wymiotami rzeczywistymi, podczas których zawartość żołądka jest wyrzucana przez usta lub przez nos, i wychodzeniem pokarmów przez nos podczas jedzenia z powodu porażenia podniebienia miękkiego.

2) Wymioty ciężkie, uporeczywe mogą wystąpić w różnych okresach błonicy. Starano się tłumaczyć je jako objaw podrażnienia nerwu błędnego, wynik stanu żołądka, objaw mocznicy.

Najstarsza jest teoria mocznicowa. Dzisiaj za pomocą mocznicy nie możemy objaśniać wymiotów w błonicy, chociażby dlatego, że przy leczeniu surowicą nie widzimy przypadków ciężkiego zapalenia

nerek z bezmoczem. Zwolennicy teorii nerwowej dowodzą, że, gdy w nerwach błędnych zaczynają występować objawy zwyrodnienia, istnieje okres podrażnienia, który się wyraża zwolnieniem uderzeń serca i wymiotami.

Czasami występują w błonicy objawy, które można porównać z napadami żołądkowymi (crises gastriques). Tacy chorzy uskarżają się na silny ból brzucha. Gdy choroba kończy się pomyślnie, po ustaniu wymiotów pozostaje pewne osłabienie (parese) kiszki, uporczywe zaparcie. Zwyrodnienie nerwowe zatem wyraża się z początku przez wymioty, następnie przez zaparcie.

Przeciwko powyższej teorii przemawia okoliczność, że objawy ze strony żołądka czyli wymioty nie idą zwykle w parze ze zwolnieniem tętna, następnie, przy porażeniu n. błędnego tętno nie zawsze bywa przyspieszone. Na to odpowiadają zwolennicy teorii nerwowej, że w omawianych przypadkach istnieje tylko zapalenie żołądkowej części nerwu błędnego.

Przeciwko teorii nerwowej przemawia okoliczność, że wielu chorych na błonicę z wymiotami uporeczywmi umiera w pierwszym tygodniu choroby.

Istnieje trzecia teoria, według której sprawa błonicza rozwija się także w błonie śluzowej żołądka, wskutek rozszerzenia się choroby przez przelyk, co bywa rzadko, lub wskutek połknięcia błon błoniczych i przeniesienia zarazka wprost do żołądka. Vily u chorych na błonicę, znajdował objawy anatomo-patologiczne nieżytu żołądka. W ten sposób możnaby objaśniać wymioty w pierwszym tygodniu choroby, podczas gdy późniejsze należy tłumaczyć zapaleniem nerwu błędnego. Autor zwraca uwagę i popiera dowodzenie liczbami, że im wcześniej występują wymioty w błonicy, tem rokowanie jest mniej pomyślnie; wymioty, występujące w pierwszym tygodniu, są objawem bardzo poważnym, bo zapowiadają osłabienie serca.

Przy leczeniu takich chorych przedewszystkiem powinniśmy zwrócić uwagę na odżywianie ich. Chcąc uniknąć wymiotów, musimy wprowadzać pokarm przez odbytnicę, jednakże po kilku dniach może nastąpić podrażnienie kiszki prostej tak silne, że pokarm bywa wyrzucony, zanim zostanie wchłonięty. Znowu więc należy zacząć karmić przez usta, przyczem wiele pomocne bywają wstrzykiwania morfiny.

Autor przeciwny jest dawaniu wysokoku w większych ilościach takim chorym ze względu, że wyskok, będąc jadem dla nerwów, przysparza ich zwyrodnienie, natomiast radzi wstrzykiwać pod skórę strychninę, która podtrzymuje działanie serca. W razie, gdy oddychanie jest osłabione, co ma miejsce przy porażeniu przepony brzusznej, można wstrzykiwać atropinę.

St. Muszyński.

III. Choroby nerwowe.

32. Bruce, Dana, Homen. **Zmiany nietabetyczne tylnych pęczków rdzenia.** (Lésions non tabétiques des cordons postérieurs de la moelle). Odczytane w dniu 6 sierpnia 1900 roku w sekcji neurologicznej XIII kongresu lekarskiego międzynarodowego w Paryżu).

Bruce (z Edynburga) rozebrał sprawę tak pod względem anatomicznym jak patologicznym.

Budowę tylnych pęczków wykazują zwyrodnienia rozwijające się w następstwie: 1) zmian w korzeniach tylnych; 2) zmian w samym rdzeniu przerywających ciągłość pęczków; 3) zmian w istocie szarej.

Odróżnianie pęczków Golla i Burdacha opiera się na zakończeniach ich długich włókien w nucleus gracilis i w nucleus cuneatus. Pęczki Burdacha poczynają się w 5-tym odcinku grzbietowym. Pęczki Golla odznaczają się charakterystyczną formą w każdym odcinku, tak, że każde zбочenie od tej formy odpowiada częściowemu zwyrodnieniu ich włókien. Prawo Kahlera co do względnej pozycji włókien zewnątrzpochodnych (exogenes) w pęczkach jest wogóle prawdziwym, lecz wymaga pewnych sprostowań odnośnie do okolic grzbietowej i szyjowej. Prawo to daje się zastosować i do gałęzi zstępujących korzeni. Włókna zewnątrzpochodne zstępujące okolicy szyjowo-grzbietowej zajmują pozycję pęczka przecinkowatego Schultzego w pewnej części swego przebiegu. Włókna zewnątrzpochodne zstępujące okolicy grzbietowej dolnej, lędźwiowej i krzyżowej otaczają pęczek septo-marginalis (centrum ovale Flechsig'a) i trójkąt środkowy (triangle médian Gombault'a i Philippe'a).

Zarówno pęczek przecinkowaty Schultzego, centrum ovale Flechsig'a, zstępujący pęczek Hoche'go, zona cornu-commissuralis Mariégo. Zona radicularis postero-interna Flechsig'a zawiera też i włókna zewnątrz-pochodne (exogènes). Włókna wewnętrznego pochodzenia zonae cornu-commissuralis są krótkie i ulegają zwyrodnieniu wstępującemu; włókna pęczka przecinkowatego zwyrodniają zstępująco poprzez kilka odcinków; włókna pęczka septo-marginalis pochodzą z odcinków rdzeniowych aż do wysokości 8-go szyjowego i ulegają zwyrodnieniu zstępującemu. Zona radicularis postero-interna składa się z włókien korzeniowych długości średniej, które w okolicy krzyżowej i grzbietowej wstępują w kierunku poziomym, a w okolicy lędźwiowej i szyjowej w kierunku ukośnym. Zmiany patologiczne tylnych pęczków spotykają się w następujących cierpieniach:

1) *Atrophia muscularis progressiva* (typu Charcot-Marie). Skleroza pęczków tylnych (z wyjątkiem okolicy krzyżowej), obejmując pęczki Burdacha i w mniejszym stopniu pęczki Golla, pozostawia

wia nietkniętą okolicę cornu-commissuralem, a w części zonam postero-internam, która zresztą zwykle jest sklerotyczna jak również i tylne korzenie.

2. *Guzy mózgu* powodują często zmiany w pęczkach tylnych czyli zwyrodnienia poczytywane za zstępujące od jąder tych pęczków. Lecz prawdopodobnie są to zwyrodnienia wstępujące od korzeni, które są uszkodzone w miejscu wejścia do rdzenia bądź z powodu napięcia przez płyn zebrany w leptomeningitis, bądź z powodu działania toksyn na punkt mniej odporny Obersteinerja i Redlicha.

3. *Syryngomyelia*. Zajęte okazują się okolice: 1) po za commissura posterior; 2) wzdłuż septum medianum; 3) wązkie pasmo między pęczkami Burdach'a i Golla. Zmiany w tych okolicach zależą od rozprzestrzenienia się sprawy bezpośrednio z istoty szarej—i dopiero destrukcja tych okolic pociąga za sobą z kolei zwyrodnienia wtórne.

4. *Ataxia Friedreich'a*. Skleroza pęczków tylnych i przednio-bocznych. W pęczkach tylnych najwięcej jest rozwiniętą w dolnej okolicy grzbietowej i zmniejsza się w kierunku wstępującym i zstępującym. Zaledwie są jej ślady w okolicy krzyżowej, a nie można jej wykryć na wysokości jąder pęczków tylnych. Skleroza zajmuje największą część pęczków, oszczędzając częściowo włókna wewnątrz-pochodne (endogènes). Neuroglia rozrasta się. Opona miękka zwykle normalna, naczynia nie mają wcale lub w nieznacznym stopniu zgrubienie ścianek.

Korzenie tylne przedstawiają podobną sklerozę z zeszcupieniem i zmniejszeniem myeliny w różnym stopniu (czyli stan zarodkowy). Podobne zmiany w nerwach czuciowych, obwodowych i w zwojach tylnych korzeni każą przypuszczać, że sprawa polega na niedorozwoju nerwów czuciowych, za którym idzie ich zwyrodnienie i wtórna proliferacja neuroglii.

5. *Sclerosis combinata funiculos, poster. et anter lateral*. Pod tą nazwą rozumieją liczne postaci chorobowe, które polegają na współczesnem zwyrodnieniu w pęczkach wymienionych ze sklerozą nie ograniczającą się do układów określonych. Postaci tu należące różnią się między sobą przebiegiem i etyologią. Należą do nich: *pellagra*, *paraplegia atactica* Gowensa czyli *tabes ataxo-paraplegica Déjerine'a*, *Combinirte System-Erkrankung* Niemców, *degeneratio combinata* jako powikłanie *anaemiae gravis*, „*subacute Spinalataxia*“ autorów angielskich.

Wzmiankowane postaci nie stanowią właściwie chorób odrębnych pod względem istoty swej.

W pellagrze sklerozie ulegają głównie pęczki Golla i zona centralis radicularis, a pozostają względnie oszczędzone zona cornu-commissuralis i septo-marginalis. Korzenie rdzeniowe według Tuczeka są normalne, według Babès'a ulegają zwyrodnieniu. Według tych autorów skleroza jest następstwem bezpośredniego działania jadu na włókna nerwowe. Tylko Marie uważa ją za następstwo pierwotnego cierpienia istoty szarej.

W paraplegia atactica Gowersa zmiany są podobne jak w „subacute Spinalataxia“, różnią się tylko powolniejszym rozwojem.

Zwyrodnienia w anaemia gravis mają te same cechy, co combinirte System-Erkrankung Rothmana i subacute Spinalataxia. Najczęściej zajęta jest zona centralis okolicy lędźwiowej, a w okolicy szyjowej głównie pęczki Golla. Okolice cornucommissuralis, a w części lędźwiowej okolice septi są nietknięte. Faktem jest, że zwyrodnienie rozprzestrzenia się na obwodzie rdzenia, nie ograniczając się do septa, i odpowiada rozprzestrzenieniu się naczyń piae matris; korzenie tylne są normalne, a opony wskazują, że choroba jest pochodzenia naczyniowego, a co do swej istoty, prawdopodobnie, toksyczna, niezapalna.

Dana (z Nowego-Yorku):

Odnosnie do chorób tylne pęczki rdzenia i tylne korzenie, autor zbadał z 3-ch punktów widzenia:

- 1) Choroby w stosunku do siedliska zarodkowego (embryologicznego).
- 2) Choroby w stosunku do włókien zewnątrz i wewnątrz pochodnych (exo- i endogènes).
- 3). Choroby w stosunku do układu naczyniowego.

Autor robi ogólny przegląd zmian nie tabetycznych i rozbiera szczególnie *acute Spinalataxia*, zależną od dwojakiego rodzaju zmian rdzeniowych.

Przytacza spostrzeżenia Leydena i innych autorów odnośnie do ostrej ataxii, zależnej od zmian w bulbus i opisuje jako oddzielną postać przypadki zależne od zmian ostrych w tylnych pęczkach rdzenia. Te ostatnie spotykane bywają u osób dojrziałych lub starych, które w anamnezie mają przymiot. Przytacza też własne przypadki i swe poglądy na patologią choroby.

Następnie zaś rozbiera choroby tylnych pęczków zależne od stanów charłacznych, anemii i zakażenia, które obejmuje nazwą *subacute Spinalataxia* lub paraplegia atactica subacuta*).

Homen (z Helsingforsu):

Choroby, którym towarzyszą zmiany w tylnych pęczkach, jeśli nie wyłączone, to przeważnie, są bardzo liczne. Autor ogranicza się zatem do prac własnego instytutu patologicznego, z których nie wszystkie są jeszcze skończone, te więc mogą w przyszłości zmodyfikować jeszcze wnioski autora.

Co się tyczy *porażenia postępowego*:

- 1) Autor oddziela na podstawie szczegółowych wywiadów, badania pośmiertnego każdego odcinka rdzenia, korzeni i zwojów rdzeniowych wszelkie zmiany, mogące zależeć wprost od przymiotu, lub jego następstw, od zatrucia wyskokowego i t. d.

- 2) Zwraca uwagę, że okolice wewnątrzpochodne (zones endo-

*) Patrz referat odnośny umieszczony w № 23 „Kron. Lek.“ r. z. (przyp. ref.).

gènes) zwykle społecznie są zajęte z zewnątrzpochodnemi (exogènes).

3) Pierwotne zmiany korzeni a zwłaszcza zwojów, które występują społecznie ze zmianami wyraźnemi, choć lekkimi, samego rdzenia trudno dają się rozpoznawać.

4) W przypadkach znowu bardzo rozwiniętych daje się wykazać pewną proporcjonalność między zmianami w rdzeniu, w korzeniach i zwojach rdzeniowych.

Z powyższemi zastrzeżeniami autor, opierając się na 16 przypadkach asystenta instytutu Sibelinga, uznaje zmiany tylnych pęczków, spotykane w porażeniu postępowem, za podobne do zmian wiądowych, różniące się tylko ilościowo udziałem różnych układów włókien oraz różnych pięter rdzenia. Udział części wewnątrzpochodnych wydaje się autorowi wtórnym, idącym w ślad za pierwotnem cierpieniem części zewnątrzpochodnych (exogènes).

W 2-eh przypadkach trądu zmiany rdzenia były widocznie zewnątrzpochodne (exogènes) jak w wiądzie, lecz ponieważ chorzy byli syfilytykami, przypadki te nie są stanowczo decydujące.

Guzy wewnątrz-czaszkowe i przypadki powiększenia ciśnienia wewnątrz-czaszkowego zależnego od innych przyczyn. Materiał autora: 5 przypad. gliomatów i sarkomatów mózgu i móżdżku, (2 chorych zmarło z objawami bardzo silnego ucisku mózgowego) oraz 5 przyp. ciśnienia, z których 3 zależne od wodogłównia w bardzo znacznym stopniu (2 małych dzieci), 1 zależny od exostozy rozlanej na podstawie czaszki i 2 od wodogłównia w mniejszym stopniu.

Badanie obu przyp. (za pomocą metody Marchi'ego i innych) wykazało, że cierpienie odbija się pierwotnie na korzeniach tylnych i ich częściach wewnątrzrdzeniowych, rzadziej zewnątrzrdzeniowych, często też na ich bocznicach.

Nadto w przypadkach bardzo znacznego ciśnienia wewnątrz-czaszkowego spotykano często włókna zmienione dokoła przestrzeni koło-naczyniowych, często rozszerzonych.

Autor za przyczynę tych zjawisk uważa wzmożenie ciśnienia płynu mózgodzeniowego i powodowane przezeń zmiany w krążeniu i odżywianiu, a to dlatego, że natężenie zmian jest wprost proporcjonalne do stopnia ciśnienia.

W stosunku do swego pochodzenia zmiany tylnych pęczków w grupach przypadków, w których, zwykle neuryty obwodowe są, mogą być rozdzielone na 3 kategorie:

1) Spowodowane wprost przez neuryty i zależne bądź od zmian anatomicznych w nerwach, dających się porównać ze zmianami po amputacjach lub rezekecyach nerwów, bądź zależne od tego, że czynniki szkodliwe: mikroby, toksyny i t. d. z nerwów przeniesione zostają przeważnie przez korzenie tylne do rdzenia i tam wywołują zmiany mniej lub więcej ograniczone.

2) Zmiany jednoczesne w nerwach i rdzeniu t. j. że bodziec szkodliwy, toksyna, zmęczenie i t. p. może atakować tenże sam neuron w różnych punktach, t. j. albo na przebiegu obwodowym, albo na przebiegu wewnątrz-rdzeniowym lub i tu i tam jednocześnie.

3) Zmiany niezależne od neuronów, lecz w ścisłej zależności od naczyń.

W 2-giej i 3-ciej kategorii brak proporcjonalności między zmianami rdzeniowymi i obwodowymi. Tych ostatnich może nawet nie być.

W *alcoholismus chronicus* (4 przyp. w wieku 30, 32, 36, 39 lat), w 2-ch przyp. zmiany we włóknach czuciowych zewnątrzpochodnych, szczególnie w zgrubieniu lędźwiowym, mniej w szyjowym i w górnej części rdzenia zmiany wyraźne w pęczkach Golla. We wszystkich przyp. zgrubienie przegród i naczyń. Miejscami zmiana i zanik włókien dokoła nich.

W jednym z tych przypadków bardzo znacznie rozwinięte neurty obwodowe, zwłaszcza w kończynach, w równym stopniu, jak zmiany w rdzeniu.

W raku (*cancer*) — (11 przyp., z których 7 raka żołądka), rzadko zmiany w korzeniach tylnych w części zewnątrzrdzeniowej, a często, choć w nieznaczym stopniu, w części wewnątrzrdzeniowej. W 6 przyp. małe ogniska zwyrodnienia i zgrubienia neuroglii ograniczone w tylnych pęczkach. Stosunki tych ognisk i sklerozy z przegródami (*septa*) i naczyniami są często widoczne. Zmiany te w ogólnych zarysach są analogiczne ze zmianami, opisanymi przez Lubarsch'a, tylko mniej intensywne.

W *anaemia gravis* największe zmiany w tylnych pęczkach i w stosunku z *septa* i naczyniami, których zmiany często dają się wykazać. Zmiany te zaczynają się często pod postacią plam lub prążków wewnątrz tylnych pęczków w pewnej odległości od obwodu i zazwyczaj około naczyń. Z powodu, że te ogniska rozprzestrzeniają się, zlewają i wywołują zwyrodnienia wtórne, przebieg zwykle mają podostrawy, tworzą często bardzo charakterystyczny wzorzysty wygląd.

W *sclerosis t. zw. combinata systematica* zmiany (z wyjątkiem choroby Friedreicha) zależą pierwotnie od ognisk zwyrodnienia lub myelitów. Te ogniska często skombinowane ze zmianami naczyń rozpoczynają się i rozprzestrzeniają przynajmniej w początkach wzdłuż przegród (*septa*) i naczyń. Ich zlewanie się, pewna symetria i wtórne zwyrodnienia, do których dają powód, robią wrażenie *sclerosis combinatae systematicae*, tem więcej, że i tu istnieje, jak i w przypadkach poprzedzających, zwyrodnienie pierwotne, choć lekkiego stopnia, włókien zewnątrzpochodnych (*exogènes*).

W *marasmus senilis* (4 przyp.: 75, 77, 80 i 81 lat) jest także zgrubienie mniej lub więcej rozlane, w postaci plam lub pręg, neuroglii z zanikiem i zniszczeniem włókien nerwowych około naczyń zgrubiałych i zawsze przeważnie w tylnych pęczkach. Tylnie korzenie nie są zmienione albo w małym stopniu (w przebiegu wewnątrzrdzeniowym).

Zmiany myelityczne w zakażeniach ostrych nie osiedlają się specjalnie w tylnych pęczkach.

Zmiany *syfilityczne* rdzenia (20 przyp.) zależne od zmian w oponach lub *naczyniach*, lub niezależne od nich, niemają żadnej szczególnej predylekcyi do osiedlania się w tylnych pęczkach.

Zwyrodnienia wtórne. Autor w r. 1884 wykazał doświadczalnie, że w skutku przecięcia rdzenia nie tylko różne włókna tegoż samego pęczka, lecz i różne pęczki nie ulegają zmianom w jednym czasie, lecz w pewnym porządku i że zwyrodnienie wtórne tylnych pęczków po przecięciu daje się stwierdzić na 2—3 dni wcześniej, niż zwyrodnienie innych pęczków w 4 dni po przecięciu.

Aby wytlómaczyć fakt, że w znacznej liczbie różnych chorób pęczki tylne albo są wyłączone zajęte, albo zajęte więcej, niż inne i to w sposób szczególnie zasługujący na uwagę, przyczyny trzeba szukać w znacznej mierze w układzie anatomicznym, bądź to w przebiegu wewnątrzrdzeniowym korzeni z ich znacznym zakrzywieniem, w stosunkach ich do włókien sąsiednich, bądź w stosunkach między tymi pęczkami a nerwami obwodowymi. Z tych przyczyn pęczki te są mniej odporne i wystawione w większym stopniu na wpływ podrażnień nerwów obwodowych.

Rzeczniowski.

IV. WIADOMOŚCI POMNIEJSZE.

33. Kobler podaje 2 przypadki **gorączki histerycznej**; w jednym występowała gorączka z ciepłotą do 42° C. w czasie napadu histerycznego, w drugim u 11-letniego chłopca codziennie występowało podniesienie ciepłoty do 39° — 41° C. z bólami w okolicy biodrowej prawej i trwało przez 4 godziny. Leczenie przeciwhisteryczne usunęło gorączkę.

(„Wien. med. Woch.“ 1900).

J. Z.

34. Stekel stwierdził u **chorych na migrenę** wybitną różnicę między ciepłotą w kiszce odbytowej i pod pachą, w odbycie była ona wyższa od normy, pod pachą współcześnie niższa; po podaniu Antypiryny (1,0 grm.) ciepłota podnosiła się pod pachą i w odbycie, a napad ustawał. S. uważa migrenę za zaburzenie w odżywianiu, które ustąpić może samoistnie lub pod wpływem ruchu, kąpieli i t. p. środków, które zresztą działają tylko symptomatycznie.

(„Wien. med. Woch.“ 1900).

J. Z.

35. Posselt podaje przypadek, który za życia rozpoznano jako **wątrowa bąblowica**, przy oględzinach znaleziono **przewlekłe stwardnienie trzustki** ze zwyrodnieniem torbielowatym, żółtaczka zależała od ucisku 80 grm. trzustki na przewodź żółciowy wspólny. W moczu za życia cukru nie wykryto.

(„Prag. med. Woch.“ 1900).

J. Z.

36. Na zasadzie starannych badań klinicznych Krönig i Feuchtwanger przyszli do wniosku, że w większości przypadków tyłozgięcia macicy przypadłości nerwowe zależą nie

od nieprawidłowego położenia macicy, lecz od istniejącej u tych chorych **histero-neurastenii**—i że po odprowadzeniu macicy objawy nerwowe nie znikają. Objawy nerwowe, rzekomo właściwe tyłozgięciu macicy, zdarzają się u kobiet z prawidłowem ułożeniem macicy i bez cierpień w sferze płciowej. Z tego wynika, iż objawy nerwowe u chorych z tyłozgięciem macicy powinny być [wskazaniem do leczenia podstawowego cierpienia: histeryi, neurastenii i t. d

(Monatschr. f. Geb. und Gyn. Bd. X).

St.

O D C I N E K.

Kilka słów o ambulatoriach szpitalnych dla dzieci.

Odczyt wygłoszony dnia 2-go i 16-go czerwca r. 1900 na posiedzeniach sekcji szpitali i przytułków w Towarzystwie Hygienicznym.

Przez

D-ra B. Polikiera.



Są u nas sprawy, o których niechętnie się pisze, niechętnie się mówi, a nawet niechętnie się słucha jedynie dlatego, iż z biegiem lat wyrobiliśmy sobie przekonanie, że wszystko, co o nich powiedzieć można, jest tylko głosem wołającego na puszczy, że badanie ich nie prowadzi do żadnego celu, słowem, że są to choroby nieuleczalne, wobec których pozostać musimy niemymi i biernymi świadkami.

Do takiej kategorii spraw należy kwestya ambulatoryów szpitalnych. Wchodziła ona 2-krotnie na porządek dzienny tej sekcji, nie wywołała jednakże żywszego zainteresowania wśród większości członków. Zgodzono się wprawdzie w zasadzie na zdanie d-ra Zygmunta Kramsztyka o potrzebie oddzielenia ambulatoryum od szpitala, przyjęto też pobłażliwie słuszne dezyderaty d-ra Żurawkowskiego (w sprawie ambulatoryów w ogólności) co do zastąpienia bezpłatnych posad lekarzy ambulatoryjnych posadami etatowymi. Pomimo to, sprawa w mowie będąca, o ile mi wiadomo, nie posunęła się ani o krok naprzód. Byłoby zrozumiałością z mej strony ludzić się choć przez chwilę, że kilka uwag moich wiele więcej zdziałać zdoła. Sądę wszelako, że obec wielkiej doniosłości, jaką sprawa ta posiada dla warstw szerszych, zwłaszcza uboższej ludności naszego miasta, obowiązkiem lekarzy, którzy z chorobą, nędzą i niehygienicznymi warunkami ludności tej z natury zawodu swego częściej stykać się muszą, jest nieustanne nawoływanie do poprawy istniejących stosunków, do zbadania tego, co do zbadania jest przy-

stępnie, do zaradzenia temu, czemu zaradzić można przy dobrych chęciach i wyteżonej pracy, no i... gdy nie może być inaczej... przy pomocy ofiarności prywatnej lub publicznej.

Że stan ambulatoryów szpitalnych pozostawia bardzo wiele do życzenia i domaga się nieodzownie pewnych reform, o tem niema chyba dwóch zdań zarówno wśród lekarzy ambulatoryjnych jak wśród tych wszystkich, którzy zwiedzali kiedykolwiek niektóre nasze szpitale w godzinach przyjęć ambulatoryjnych. Wprawdzie i zagranicą niektóre ambulatorya i polikliniki stanowią poniekąd piętę achillesową wielu większych miast, ale zbyt marna to dla nas pociecha, tembardziej, że wiele okoliczności składa się na to, iż pod tym względem stan rzeczy u nas jest bez porównania gorszy.

Przedewszystkiem w wielu krajach zagranicą, obok rozmaitych stowarzyszeń, opartych na samopomocy, istnieje odrębna organizacya opieki nad uboższymi warstwami ludności, zapewniająca im bezpłatną pomoc lekarską w razie choroby i dbająca o to, ażeby z tej pomocy korzystali w miarę możliwości najwięcej potrzebujący. U nas zaś, pomimo olbrzymich wydatków, jakie społeczeństwo ponosi corocznie na rozmaite cele dobroczynne, to, co się robi dla dobra i zdrowia szerokich warstw niezamożnych, jest kroplą w morzu nędzy i potrzeb, a potrzeb tych jest tak dużo, a wszystkie tak wielkie i tak pilne, że z konieczności niektóre (w rodzaju szpitali, ambulatoryów) pozostają w znacznej części niezaspokojone.

W dodatku niedostateczna ilość szpitali i niedostateczna ilość miejsc w istniejących zarówno w Warszawie jak i na prowincyi, sprawia do ambulatoryów szpitalnych mniej lub więcej znaczną ilość chorych, kwalifikujących się do leczenia w szpitalu. Odnosi się to szczególnie do chorych dzieci, dla których Warszawa właściwie nie posiada własnego szpitala, zadawalniając się dwoma prywatnymi, będącymi wprawdzie wielkiem dobrodziejstwem dla tutejszej dziatwy uboższej, ale na potrzeby naszego miasta bynajmniej nie wystarczającymi.

Do wzmiankowanych przyczyn, utrudniających reformę istniejących stosunków, zaliczyłbym jeszcze poniekąd luźny i nieokreślony stosunek ambulatoryum i lekarza ambulatoryjnego do szpitala. Obecnie lekarz ambulatoryum jest w szpitalu czemś dodatkowem, nie pobiera żadnej płacy, nie ma żadnych praw ani atrybucyi, ale też żadnych wyraźnych obowiązków prócz załatwiania w ciągu oznaczonego czasu zgłaszających się do niego chorych i wypełniania pewnych szematów dla sprawozdań rocznych lub miesięcznych. Nie posiada on głosu w żadnej sprawie ogólnoszpitalnej, nawet w sprawie samego ambulatoryum; w zakresie zaś potrzeb tego ostatniego zawieszony jest między dobrą wolą naczelnego lekarza i kolegi zarządzającego ambulatoryum *). Cierpi na tem wszystkim nie tyle ambicya leka-

*) Nie mówię już o pomocniczych środkach naukowych, gdyż istnieje ambulatorya w Warszawie, które pod tym względem absolutnie pozabawione są wszelkich udogodnień.

rza ambulatoryjnego, ile dobro samej instytucji, która, niewątpliwie, zyskałaby na tem, gdyby właśnie ci lekarze, którzy potrzeby jej najlepiej znają, mogli dać wyraz swoim dezyderatom i dobijać się u sfer miarodajnych tych lub owych reform lub innowacyi, których postęp lecznictwa i dobro chorych wymaga.

Na tę okoliczność zwracam szczególną uwagę, rzucając nawiasem myśl: czy nie byłoby właściwie, ażeby sekcya nasza zajęła się opracowaniem odnośnego memoriału, w którym między innymi uwzględnionoby nietylko kwestyę wynagradzania lekarzy ambulatoryjnych, ale określono też stosunek ich do szpitala i wyjaśniono jakie dezyderaty ich w zakresie reform obecnego stanu rzeczy są nieodzownie konieczne dla dobra chorych.

Mówiliśmy dotychczas o warunkach, utrudniających poprawę obecnego stanu ambulatoryów, zastanówmy się przez chwilę nad pytaniem: na czem ma polegać owa poprawa i co właściwie poprawy, czy też reformy wymaga? Rzecz naturalna, że nie wszystkie ambulatorya posiadają też same wady lub w tym samym stopniu. Zaznaczymy przeto w krótkości, czego od ambulatoryum wymagamy t. j. jakie ono być powinno pod względem urządzenia, a już odpowiedź sama przez się wypłynie. W zaznaczeniu tem ograniczymy się tylko do ambulatoryum dla dzieci, pozostawiając innym specjalistom przedstawienie ich dezyderatów. Zacznę od poczekalni dla chorych dzieci.

Wiadomo, że wszelkie tłumne zbieranie się dzieci może stać się źródłem chorób zakaźnych. Wielu pediatrów zagranicą zrobiło spostrzeżenie, że niejednokrotnie początek epidemii wypadł w krótkim czasie po tej lub owej uroczystości publicznej, podczas której rozdawano dzieciom odzież lub zabawki. Tembardziej możliwe są przypadki przeniesienia się chorób zakaźnych przy skupianiu się w ograniczonej przestrzeni mnóstwa dzieci, dotkniętych najrozmaitszemi cierpieniami, zwłaszcza, że, jak wiadomo, niektóre choroby mogą udzielać się w tym okresie, kiedy zmian wyraźnych na ciele lub twarzy nie widać. Niektóre wysypki (szkarlatynę, ospę i t. p.), albo obrzmienia gruczołów przyuszných (świnę), łatwo dostrzedz można i usunąć się od dziecka dotkniętego tem cierpieniem, ale początek np. krztusca (koklusz), którego napady charakterystyczne zjawiają się dopiero po jakimś czasie, początek odry, błonicy i t. p. może być przeoczony; tak samo niektóre zaraźliwe choroby głowy. Z tego powodu poczekalnie powinny być obszerne i tak urządzone, ażeby w miarę możności dzieci dotknięte temi chorobami nie stykały się bezpośrednio z pozostałymi. Proponowano nawet w tym celu izolowanie każdego dziecka, zgłaszającego się po poradę do ambulatoryum. Jest to może zawiele; poczekalnia wszelako powinna zawierać miejsca, przeznaczone specjalnie dla tej kategorii pacjentów. Niejednokrotnie słyszeć się dawały głosy, domagając się, ażeby każde dziecko, zanim dopuszczone zostanie do ogólnej poczekalni, podlegało oglądzi-
nom gardła, skóry i głowy.

W niektórych szpitalach nowoczesnych, jak np. w Berlinie w szpitalu imienia cesarza i cesarzowej Fryderyków i w starszych

szpitalach paryżkich, zwracają uwagę przeważnie na skórę i gardło. Tam dbałość o zapobieganie chorobom zakaźnym dochodzi do tego stopnia, że dla każdej niemal choroby zakaźnej przeznaczono oddzielny pokój, dokąd skierowują dzieci chore i gdzie odbywa się wizyta lekarska. Rozumie się, że na tego rodzaju reformy mogą sobie pozwolić tylko szpitale sowsie uposażone. Gdzieindziej wystarczyć musi i może też jedna obszerna sala, często przewietrzana i dezynfekowana. Szef polikliniki w Paryżu, Gillet, biorąc asumpt z urzędzeń w klinice Granchera (w Paryżu) i Rauchfuss'a (w Petersburgu), proponuje urządzenie wzdłuż ścian poczekalni przegródek drewnianych już to stałych, już to ruchomych, zawierających przestrzeń, dostateczną dla pomieszczenia matki z jednym lub dwojgiem dzieci.

Przegródki takie łatwo dają się myć i dezynfekować już to roztworem sublimatu (1:1000) już to formaliną. Nie wyłącza to i oddzielnego pomieszczenia dla zakaźnych. Konsultacya, zdaniem G., ma się odbywać na sali, a nie w gabinecie lekarza. Po każdym badaniu lekarz myje sobie ręce *) i zmienia fartuch.

Przy urządzaniu więc ambulatorium dla dzieci domagać się należy conajmniej obszernej, widnej, należyście przewietrzanej, w zimie dobrze ogrzewanej poczekalni, jeśli można, z przedziałkami dla chorych podejrzanych, w miarę możliwości z oddzielnym pokojem dla dotkniętych chorobami zakaźnymi. Poczekalnia winna być zaopatrzoną w ławki, spluwaczki i t. d. Obok poczekalni powinno znajdować się miejsce ustępowe oraz stosowne miejsce do wysadzania małych dzieci, wodociąg, kuchenka dla zagrzania mleka i t. p.

Pożądaną też rzeczą byłoby klasyfikowanie dzieci przy wejściu, niemniej pożądaną rzeczą jest oddzielne wyjście dla dzieci dotkniętych chorobami zaraźliwymi. (D. n.)

Z prasy zagranicznej.

Zeszyt jubileuszowy „Wiener. Med. Woch.“.

—(O. H.)— W roku bieżącym upłynęło lat 50 od założenia jednego z lepszych tygodników lekarskich wiedeńskich „Wiener Medicinische Wochenschrift“. Na uczczenie tego jubileuszu współpracownicy pisma, dawniejsi i obecni, przyjaciele i życzliwi nadesłali rękodzieła bądź życzenia, bądź też aforyzmy, w których dotyczą najrozmaitszych kwestyi medycyny w jej przeszłości, teraźniejszości i przyszłości. Zdania te (wydane w osobnym ozdobnym zeszycie),

*) W tym celu posługacz posuwa za nim stolik na kółkach z umywalką i przyborami niezbędnymi.

wypowiedziane luźno przez najwybitniejsze jednostki ze świata lekarskiego niemieckiego, a po części i innych narodowości, dają odbicie panujących poglądów na niektóre otwarte pytania zarówno z medycyny teoretycznej jak i praktycznej i ze stosunków życiowych lekarzy.

Większość przeważna piszących posiłkowała się językiem niemieckim, jest jednak i dosyć zdań francuzkich, kilka polskich, jedno rosyjskie, niemało łacińskich. Wśród 200 przeszło mężczyzn spotykamy jedną tylko kobietę.

Wiele głosów omawia bujny rozwój specjalności w ostatnim czasie i uważa go za objaw ujemny, szkodliwy pośrednio zarówno dla lekarzy jak i dla chorych, ponieważ ogranicza z konieczności pole myślenia lekarza i sprowadza go do leczenia chorego narządu ale widzenia nie chorego człowieka (Schmidt, Rimpler). Jest odłączaniem konarów od pnia, co musi prowadzić do uschnięcia obu (Roth). Właściwie przyszłość sztuki lekarskiej, jaką w gruncie zawsze będzie medycyna, pomimo naukowej podstawy, leży w tem, aby lekarz był specjalistą — w każdej jej gałęzi (Pagel).

Skupiać się a nie rozpraszać się („concentrieren statt zu specialisieren“), rzuca jako hasło w końcu swego energicznego przemówienia prof. W. Jaworski, a wtóruje mu Oser zaznaczając, że żaden narząd tak źle nie znosi ograniczenie pojętej specjalności, jak żołądek. Prof. O. Chiari zaś zaznacza z ironią, że istnieją w medycynie praktycznej dwa rodzaje specjalistów: specjaliści od sposobów leczenia i specjaliści od narządów. Jedni stosują jeden sposób do wszystkich chorób, drudzy wszystkie sposoby do jednego narządu.

Stanowisko chirurgii oraz jej stosunek do medycyny wewnętrznej stawał się też często przedmiotem orzeczeń.

Dzięki metodzie przeciwnilnej chirurgia zdobyła sobie tereny, które uprzednio należały do medycyny wewnętrznej.

W przyszłości rozpocznie się kierunek odwrotny—a to w miarę urzeczywistnienia się ideału medycyny—zdobycia środków swoistych (Mannaberg). Pomimo swych tryumfów obecnych, chirurgia jest dla medycyny tylko kulą („Krücke“), która będzie natychmiast odrzuconą, skoro tylko zostanie wynaleziony odpowiedni sposób leczenia wewnętrznego (R. Frank). W każdym razie na zbliżeniu się z medycyną wewnętrzną chirurgia może się zawsze tylko zyskać i pogłębić się (Kovács).

Wielkie i błogosławione wyniki, jakie dała chirurgii metoda antyseptyczna, ma jednak w praktyce tę smutną stronę, że wpływa na pożałowania godne zaniedbywanie techniki (Chrobak), a prof. Frisch — mówi wprost, że ten tryumf chirurgii nowoczesnej stał się ruiną dawnej sztuki, ponieważ pod osłoną metody operują dziś bezkarnie dzieci i błazny.

Stanowiska, zadań i celów prasy lekarskiej dotyka kilka głosów. Prof. Babes omawiając, jakie stanowisko powinna zająć higiena (medycyna zapobiegająca) w państwie, żąda, aby prasa lekarska otworzyła rządowi oczy i rozwiła ich złudzenia, jakoby dobro-

czynność publiczna mogła zastąpić działalność rządów; przyczynia się ona tylko do ukrywania niedbalstwa rządów, ale nie może zupełnie podołać zadaniu.

Dalej, prasa powinna dążyć do obalenia dogmatu o nietykalności osobistej wolności, dzięki której obecnie każdy może wśród swych bliźnich roznosić chorobę, nędzę i śmierć. Jest to wysokie zadanie humanitarne, o którym nie powinna nigdy zapominać prasa lekarska, obok swych dążeń naukowych.

Prof. Bechterew wyraża przekonanie, że postępy swe nowożytna medycyna zawdzięcza nietylko bogatym i dobrze urządzonej klinice i pracownikom, ale w równym prawie stopniu i organom peryodycznej prasy lekarskiej, dającym odbicie współczesnego stanu wiedzy lekarskiej.

Prof. Pick sądzi, że postęp nauki polega na stopniowym podnoszeniu się wykształcenia lekarzy praktycznych. Do tego zadania przyczyniają się zaś jedynie pisma lekarskie peryodyczne, które niejako przekuwają grube sztaby złota nauki, gromadzone w niedostępnych dla praktyków archiwach, na monetę zdolną do codziennego użytku.

Można zaś dodać tu zdanie prof. Saegena, że prasa wyrobiła i urabia dalej język naukowy lekarski, który w dawnych ciężko uczonych foliatach odznaczał się swoistą ciężkością i niezrozumiałością. Prasa lekarska przetworzyła piszących na pisarzy.

Nieprzychylnie dla prasy lekarskiej odzywają się polacy. Tak prof. Klecki jest zdania, że „rozwój piśmiennictwa lekarskiego w ostatnich czasach nie odpowiada ostatniemu (*J.R.*) postępowi medycyny. Ograniczając produkcję literacką, zyskalibyśmy dużo sił i czasu na naukowe pogłębianie naszej umiejętności“. Prof. zaś A. Mars głosi: „*Quum multi nimium scribunt, singuli parum legunt*“.

Zakończymy ten szereg cytatai zdaniem osiwiatego w boju redaktora prof. Eulenburga: uważa on życie redaktora tygodnika lekarskiego, dającego zarazem wszystkie przyjemności zawodu lekarskiego i dziennikarskiego, za czyściec ziemski, którego przebycie dawać musi prawo na używanie wszelkich rozkoszy w raj.

O stanowisku kobiety lekarki E. Kraus wyraża się tak: Medycyna jest nauką doświadczalną, zbudowaną przez studia i próby. Taką próbą jest i dopuszczenie kobiety do studyów lekarskich i praktyki. Przyszłość pokaże pożyteczność tej nowości w medycynie!

Ullmann zaś rzUCA uwagę humorystyczną, że lekarze powinni mniej obawiać się konkurencji młodych dam, studyujących medycynę, jak starych kobiet, które nie uczyły się medycyny. Sądzi przytem, że zamięlowanie kobiet do studyów lekarskich jest po większej części — platoniezną.

Nie możemy oczywiście pominąć tu, mówiąc o kobietach lekarkach, i głosu jedynej kobiety dopuszczonej do konkursu: dr. Teodora Krajewska z Serajewa pisze pod wielu względami charakterystyczny aforyzm: „*C'est la paresse qui me fatigue*“.

Pierwszorzędność znaczenia badań klinicznych, a nawet wyższość ich niemal nad badaniem czysto teoretycznym, jest nicią przewodnią

wielu zdań, wygłoszonych nawet przez uczonych nie stykających się z praktyką.

Z żalem mówi S. Federn: Posiadamy naukę lekarską, ale nie posiadamy leczenia naukowego. Naukę lekarską wspierają wszystkie inne gałęzie wiedzy przyrodniczej, nawet postępy techniczne, ale leczenie naukowe może się rozszerzać tylko dzięki zmuudnej pracy lekarza przy łożu chorego.

Prof. Goldzieher mówi: medycyna nie jest ani biologią, ani fizyką, ani chemią — jest nauką leczenia. To też każda praca lekarska tem większe ma znaczenie, im w bliższym stoi stosunku do terapii. Ciekawem jest, że największe zdobycze tej ostatniej powstały po za szkołą. Nie znaczy to jednak, aby lekarz zrywał ze szkołą i rzucał się w objęcia empiryi, ale aby, stojąc na gruncie nauki, schylał się pokornie ku kwiatom, jakie wyrastają na polu doświadczenia, pomnąc, że dla zbolełej piersi ludzkiej więcej znaczy kropla pociechy, niż morze nauki.

Prof. M. Kaposi: Ścisłe badanie kliniczne jest pod względem przyrodoznawczym równoznaczne z podmiotowemi wynikami t. zw.: ścisłych przyrodniczych nauk pomocniczych medycyny praktycznej i stanowi wskaźnik dla prawdziwości ich orzeczeń. We wzajemnym sporze pierwsze daje zwykle pierwiastek stały i pozytywny, drugie — zmienne i hypotetyczne. Dążyć przeto należy ku pierwszemu.

Doc. A. Albu: Kto w medycynie oczekuje wyjaśnień od eksperymentu, nie pojmuje wielostronnej działalności twórczej żywego ustroju.

Zapatrywania na obecne stanowisko społeczne lekarzy brzmią minorowo; niektórzy przewidują polepszenie w postaci upaństwowienia lekarzy, które w części wchodzi już w okres urzeczywistnienia. Jako taki fakt notuje Posner stanowisko, jakie nadaje lekarzowi nowe socjalno-polityczne prawodawstwo niemieckie. Staje się on tu urzędowym doradcą państwa w kwestjach ubezpieczenia obywateli, którzy ucierpieli w życiowej walce o byt.

Wobec tego, mówi Kobler, że jednym z głównych zadań medycyny jest zapobieganie chorobom, upaństwowienie lekarzy staje się koniecznym postulatem — jako odszkodowanie za ich starania, które dążą do poderwania sobie samym sposobu istnienia.

Obecnie (H. Adler) państwo nowożytne postępuje względem lekarzy nie ekonomicznie: wydaje miliony na przygotowanie dobrych lekarzy — i to jest jego obowiązkiem, lekarze bowiem spełniając bezpłatnie całe szeregi usług w interesie ludności i rządu stają się instytucją państwową, w następstwie jednak państwo nie czyni się, aby zabezpieczyć egzystencyę lekarzy. Wyzyskując ich, jednocześnie traci samo na tem.

Zakończamy nasz przegląd paru wykrzyknikami z dziedziny wykonawstwa lekarskiego. „*La médecine est la plus noble des professions et le plus triste des métiers*“ (Gusserow).

„*Die Medicin ist die erhabenste Wissenschaft, solange man sie nicht als Melkkuh betrachtet*“ (Heitzmann).

M. Herz: Dopóki medycyna leżała w powijakach, powodziło się lekarzom dobrze; szanowano ich, płacono dobrze. Im więcej nasza sztuka staje się nauką — tem mniej nam wierzą. Tak samo działo się dawniej astrologom, a obecnie astronomom. Wynika ztąd: potęgą nie jest wiedza ale wiara.

Prof. Lothor v. Frankl-Hochwart: Pomników z kamienia nie wznosi społeczeństwo neurologom, za to pacycenci tyle im rzucają kamieni, że każdy z nich samby mógł sobie wystawić piramidę.

M. Vacek: Sifilidolog nie może liczyć na stateczne uznanie klientów; unikają oni go jako świadka faktu, o którymby chcieli sami zapomnieć.

Pareński: Zaufanie pacjentów każe pamiętać o znikomości wszystkiego, co ziemskie.

KRONIKA BIEŻĄCA.

Dnia 1-go lutego 1901 r.

— (J. Z.) — Nadesłano nam ustawę Towarzystwa pomocy lekarskiej i opieki nad umysłowo i nerwowo chorymi. Nie pisaliśmy dotąd o tej nowej a pożytecznej instytucji, ponieważ informacje czerpać byśmy musieli z drugiej ręki. Dziś, po wydaniu ustawy, zastanowić się należy nad tą instytucją nową, której zakres działania w naszym społeczeństwie jest bardzo wielki.

„Towarzystwo ma na celu zapewnienie bezpłatnej pomocy lekarskiej ubogim chorym umysłowym i nerwowym, którzy dla różnych przyczyn nie znaleźli pomieszczenia w zakładach dla umysłowo i nerwowo chorych, rozciąganie opieki i nadzór nad chronicznie chorymi umysłowo i nerwowo, pozbawionymi możności, skutkiem niezdolności umysłowej lub fizycznej, zapewnienia sobie utrzymania; udzielanie wsparć i pomocy osobom nie wyleczonym zupełnie, lecz wypisanym ze szpitala i niezdolnym jeszcze do pracy samodzielnej, zapewnienie pomocy materyjalnej rodzinom ubogim chorych nerwowych lub umysłowych, przygotowanie służby do odpowiedniego obchodzenia się z chorymi oraz dostarczanie jej do domów, dopomaganie w umieszczaniu chorych w zakładach, wyszukiwanie rodzin dla patronage familiale“.

W tym celu Towarzystwo ma prawo urządzać ambulatorya, przytułki, kolonie, ogrody, warsztaty, szwalnie i t. p. dla chorych nerwowych i umysłowych pod nadzorem specjalistów zarówno w Warszawie jak i po za jej obrębem.

Członkami Towarzystwa mogą być wszyscy, opłata dla członków rzeczywistych 5 rb. rocznie, dla zwyczajnych mniej niż 5. Zarząd składa się z 12 osób, prócz zarządu mogą funkcyonować specyjalni opiekuni.

Oto w zarysach głównych ustawa niedawno zawiązanego Towarzystwa, sporo ma ono do czynienia w społeczeństwie, które o chorych swych mało się troszczy; którekolwiek z praw swych zechce użytkować nowa instytucja, znajdzie obszerne pole działania. Na razie najpilniejszą sprawą jest sprawa przytułków dla chorych chronicznie, gdyż umożliwi to usunięcie ze szpitali balastu, który latami całymi zalega oddziały i nie pozwala na umieszczenie chorych z ostreimi formami obłędu.

W tym kierunku należałoby zwrócić pierwsze usiłowania.

Pilną również sprawą jest utworzenie przytułku dla chwilowego pobytu chorych z postaciami ostrymi, co pozwoliłoby z otoczenia szkodliwego usunąć chorych natychmiast, nim otworzy się miejsce w szpitalu. O takim przytułku przed 2-ma laty mówiono dużo, gdy Pogotowie ratunkowe zaczęło kołatać o to do Rady miejskiej, wybrano nawet podobno jakąś komisją w tym celu — sprawa jednak szczęśliwie utknęła i nic o tem nie słyhać, a potrzeba wzrasta stale.

Zadań wogóle Towarzystwu nie zbraknie, bo gdzież są przytułki dla epileptyków, idiotów i kretynów, gdzie kolonie dla hysteryczek? brak ich dotąd zupełny, a o pożytku ich nikt chyba dziś już nie wątpi.

Jeżeli więc Towarzystwo znajdzie energicznych kierowników, przez długie lata nie wyczerpie swych zadań, przez długie lata ma możność rozwoju ku pożytkowi społeczeństwa. Ale energia jest tu niezbędna wielka, szczególnie w kierunku uzyskania funduszków, o co wobec rozstrzelonych zadań filantropii warszawskiej coraz trudniej. Musi więc instytucja oprzeć się na jakichś nowych niewyzyskanych źródłach dochodu, aby jaknajprędzej ze sfery teoretycznych rozpraw przejść w życie praktyczne — wtedy dopiero może się spodziewać większych ofiar i zapomóg.

W każdym razie życzymy jej rozwoju szybkiego ku pożytkowi społeczeństwa.

— (j. z.) — Jeden z tygodników tutejszych w odpowiedziach redakcyi pisze, co następuje: „Sprawozdań z posiedzeń Tow. higienicznego nie zamieszczamy, gdyż omawia się taki wiele bardzo kwestyi istotnie ważnych, ale traktuje w taki sposób, że żadnego rezultatu praktycznego z tego niema. Jest to tylko dyskusya akademicka o brakach, które doskonale są wiadome, ale na zaradzenie którym potrzeba czegoś więcej, niż wprawności języka“.

Przytoczyliśmy w całości tę odpowiedź, która, niestety, coraz częściej słyszeć się daje i jest przyczyną zniechęcenia wielu do udziału w pracach tej niezmiernie pożytecznej instytucyi; jak widzimy, dostało się to już na szpalty jednego z popularnych tygodników. Sąd to, niewątpliwie, ostry i niezupełnie słuszny, nie zawsze bowiem zależy działalność od Towarzystwa, na wykonanie bowiem projektów wpływa wiele czynników najrozmaitszych, dowodzi jednak, że... w państwie Duńskiem coś się psuje i że Towarzystwo, życzliwie witane

przez wszystkich, zamiast utrwalenia sympatii w społeczeństwie, zaczyna ją tracić.

Zwracaliśmy uwagę na przyczyny tego objawu niejednokrotnie, zaznaczając, że z jednej strony wpływa na to brak energii przewodniczących obradom, z drugiej zaś bezczynność lub raczej bierność pewnej liczby członków Rady, która w swem łonie liczy zbyt mało ludzi czynu, a zbyt wiele pojedynczych ambicji i ambicylek.

Nie sądzimy, aby te słowa wpłynęły na poprawę stosunków odrazu, ale zbliżające się wybory dają członkom Towarzystwa możność wypowiedzenia się, o ile wistocie leży im na sercu dobro Towarzystwa, któremu dać trzeba kierowników energicznych, dbałych o dobro i rozwój instytucji. Nie wdajemy się w agitację przedwyborczą, ponieważ żadnego z kandydatów nie chcemy wskazywać bezpośrednio, wśród jednak kilkuset członków znajdują się ludzie zdolni pokierować nawiązaną Towarzystwa z większą, niż dotąd, korzyścią dla społeczeństwa.

— z. — **Z prasy.** W ostatnich czasach *Głos* i *Prawda* poruszyły znów kwestję lekarską.

Głos słusznie protestował przeciw wyzyskiwaniu przez filantropów i filantropki lekarzy, szczególnie młodych w najrozmaitszy sposób, a przedewszystkiem przez zasypywanie ich różnymi biletami na bale, rauty, koncerty. W istocie czas wielki, aby ta plaga przestała nas trapić.

Prawda sięgnęła dalej w artykuliku „Medycyna a reklama“, słusznie potępiając rozwielnianie się reklamy jako środka walki o... byt.

Przytaczane przykłady, a między innymi i ostatni zwróciły już dawno i naszą uwagę i wskazywaliśmy niejednokrotnie na ich niestosowność. Nie dostrzegła jednak *Prawda* jednego: ponieważ lekarzowie ogłaszają się niewypada i większość do potępia, reklamisci uciekają się do innej metody: ogłaszają swoje zakłady; pisze się więc: „Zakład (małemi literami) D-ra X X (wielkiemi)“. Jest to niby zalecanie zakładu, w istocie reklama osobista. Jeżeli jednak zgodzić się można na te wywody autora, natomiast niepodobna na pogląd, czemu lekarze nie wyjeżdżają na prowincję. Kwestję tę rozpatrywaliśmy i omawialiśmy niezbyt dawno obszerniej, wracać więc do niej nie będziemy, zaznaczyć jednak musimy, że dla nabycia wiadomości potrzebnych lekarz młody ma dość czasu, jeżeli po skończeniu uniwersytetu popracuje w szpitalach rok jeden, uważając się przez ten czas za studenta — po tym roku wyjechać może i powinien, na kwestję bowiem wyjazdu na prowincję „proletaryatu“ lekarskiego zapatrywać się należy więcej z punktu widzenia ogólnego, niż lekarzy.

Warszawa ma zbyt wielu lekarzy, na prowincyi w niektórych miejscowościach brak ich zupełny, innemi słowy Warszawa choruje na zbytke lekarzy, więcej dla niej szkodliwy niż pożyteczny, 9-cio milionowa zaś ludność prowincjonalna ma jej zamało. Pamiętać należy, że nie „prima charitas ab ego“ winna być zasadą człowieka, ale „salus populi suprema lex“, nawoływać więc prasy w tym kie-

runku nie tylko potępiać nie można, ale przeciwnie podwoić je, bo i kropla kamień żłobi.

— z. — W Warszawie, jak donosi *Gazeta Polska*, mają być otwarte nowe apteki w liczbie 6-ciu, pismo to nie oznacza bliżej dzielnic, w których projektuje się urządzenie nowych odczyn zdrowia.

— z. — Według *Przełg. lek.* w Galicji jest obecnie 1,313 lekarzy.

— z. — W n-rze 1-szym *Nowin lekarskich*, które znów stały się miesięcznikiem, znajdujemy wzmiankę o odczytach z higieny wieku dziecięcego. We wzmiance tej razi nas pewna nieścisłość. Odczytów było kilka, natomiast cała nieomal wzmianka poświęconą została tylko jednemu. Dla czego? Czyżby inne odczyty nie zwróciły na siebie uwagi szan. redakcyi?

— z. — Dr. J. W s z e b o r z powodu stanu zdrowia opuścił stanowisko lekarza naczelnego szpitala Dz.-Jezus, zastępczo pełni te obowiązki dr. K a r w o w s k i, pom. lek. nacz.

— z. — W Jalcie zostało otwarte Sanatorium dla suchotników ku uczczeniu pamięci Cesarza Aleksandra III, donoszą o tem telegramy pism codziennych.

— z. — Kasa pożyczkowo-oszczędnościowa lekarzy, przeniesioną została do domu Tow. lek. (Niecała, № 7, m. 15).

— h. — Pruski minister oświaty i wyznań wydał 29-go grudnia 1900 r. następujące rozporządzenie, odnośnie stosowania pewnych zabiegów lekarskich w klinikach, lecznicach i t. d.

I. Podaje się do wiadomości kierujących klinikami, poliklinikami i innymi zakładami dla chorych, że zabiegi lekarskie w innych celach jak rozpoznawcze, lecznicze, uodporniające, mają być zaniechane bezwzględnie (nawet gdyby zkadinał były dopuszczalne ze względów prawnych i moralnych), jeżeli: 1) chodzi o osobę niepełnoletnią albo z innych powodów nieodpowiedzialną; 2) jeżeli dana osoba nie oświadczyła swej zgody w sposób nie pozostawiający wątpliwości; 3) jeżeli objaśniając daną osobę o przedsiębranym zabiegu nie powiedziano jej o możliwych jego szkodliwych następstwach.

II. Zabiegi podobne mogą być przedsiębrane jedynie przez samych kierowników albo na mocy ich osobnego pozwolenia.

W każdym pojedynczym przypadku przedsiębrania w mowie będących zabiegów, powinny być zanotowane w historii choroby uwagi odnośnie punktów 2) i 3), jakoteż szczegóły dotyczące zabiegu.

III. Nowe rozporządzenie nie dotyczy już istniejących przepisów o zabiegach w celach rozpoznawczych leczniczych i uodporniających.

W związku z powyższem stoi wiadomość, że śledztwo dyscyplinarne przeciw prof. Neisserowi zakończone zostało udzieleniem mu nagany i skaraniem na zapłaceniu grzywny w wysokości 300 marek.

(„Deutsch. Med. Woch.“ № 2, 1900).

NEKROLOGIA.

Ś. p. Władysław Tyrchowski.

W d. 15 stycznia r. b. rozstał się ze światem, w Warszawie, nestor tutejszego ciała lekarskiego, ś. p. dr. Władysław Tyrchowski, były profesor Cesarsko-Królewskiej Akademii medyko-chirurgicznej, były dziekan Szkoły Głównej i były profesor Uniwersytetu warszawskiego.

Urodzony z ojca Mikołaja, profesora liceum Św. Anny w Krakowie, i Anny z Drachnow, w d. 3-cim września 1820 r. Ś. p. Władysław Tyrchowski odebrał tam wykształcenie gimnazjalne i uniwersyteckie na wydziałach lekarskim i filozoficznym wszechniczy Jagiellońskiej, którą w r. 1844 ukończył ze stopniem doktora medycyny i chirurgii oraz magistra akuszeryi.

Od r. 1845 do 1847 był adjunktem przy klinice terapeutycznej, a następnie położniczej uniwersytetu Jagiellońskiego, poczem wyjechał na studia lekarskie do klinik zagranicznych, w grudniu zaś 1850 r. zamianowany lekarzem szpitala Św. Trójcy, oraz szpitala więziennego w Płocku, w dwa lata po tem powołany został na członka honorowego urzędu lekarskiego w tem mieście. W r. 1862 ś. p. dr. Tyrchowski wybrany został na członka komitetu do reorganizacji służby zdrowia w Królestwie Polskiem, tudzież na członka Rady głównej opiekuńczej zakładów dobroczynnych w Królestwie Polskiem. Głównym jednak tytułem do wdzięcznej pamięci potomnych jest zawód profesorski, któremu ś. p. Tyrchowski się poświęcił.

Prof. Tyrchowskiemu sądzonem było być świadkiem powołania do życia Cesarsko-Królewskiej Akademii medyko-chirurgicznej; — patrzeć następnie na powstanie najwyższej uczelni krajowej — warszawskiej Szkoły Głównej i na przeobrażenie jej w Uniwersytet. Przeżył on tem samem trzy fazy, jakim z biegiem czasu ulegał wydział lekarski najwyższego zakładu naukowego w kraju. Lecz prof. Tyrchowski był nie tylko świadkiem tych przekształceń i przeobrażeń wydziału lekarskiego pod względem ustrojowym, w ciągu Jego życia i działania lekarskiego odbyły się także przeobrażenia w nauce, nastąpiły zmiany w poglądach na sprawy chorobowe w położu, a postępowanie i obsługa rodzących i położnic uległy zasadniczym reformom.

Żył i działał za tem prof. Tyrchowski i w podwójnie ciekawej epoce...

Wracam jednak do porządkowego, co do czasu, zaznaczania główniejszych wydarzeń w życiu i działalności zgasłego profesora.

W d. 4 czerwca r. 1857 zatwierdzono ustawę Akademii medyko-chirurgicznej, a w d. 1 października, uczelnia uroczyście otwartą została. Kierunek Akademii pod względem naukowym należał do

t. zw. konferencyi, którą składali profesorowie zwyczajni pod przewodnictwem prezydenta. Prezydent Cycuryn postanowił obsadzić kilka wakujących katedr drogą konkursu, a w liczbie tej była także katedra akuszerki. W d. 14 grudnia r. 1860 stanęli przed konferencyą akademii trzej kandydaci na katedrę akuszerki, a w osiem dni potem, złożyli na temat losem wyciągnięty rozprawę: *De Metrophlebitide puerperali* w języku polskim do oceniaenia. Dnia 17 stycznia 1861 współubiegający się mieli próbną lekcya, na temat — *Ruptura uteri*, zaś w 19 stycznia, stosownie do przepisów, powierzono konkurującym do obserwacyi i postawienia rozpoznania kobietę brzośnienną, oraz polecono im wykonać na fantomie operacyę obrotu na nóżki przy wypadnięciu sznurka pępkowego. Po dopełnieniu wszystkich warunków konkursu, w liczbie których było także przedstawienie rozprawy doktorskiej i wogóle drukowanych prac naukowych, na posiedzeniu konferencyi w dniu 31-yim stycznia roku 1861-go większością głosów wybrany został na profesora zwyczajnego akuszerki, ginekologii, pedyatrii i kliniki akuszerki p. prof. Tyrc h o w s k i.

Pierwszą lekcję w auli Instytutu położniczego nowowybrany profesor odbył w d. 4 marca r. 1861 — w obecności członków konferencyi i zgromadzonych studentów kursu IV-go.

Od chwili tej zaczyna się działalność nauczycielska prof. Tyrc h o w s k i e g o. A trwała ona lat dwadzieścia i dwa.

Zrazu zajęcia podzielone zostały pomiędzy profesora i adjunkta kliniki, którym został dr. Gliszczyński. Prof. Tyrc h o w s k i jeszcze przed rozpoczęciem kursu przedstawił konferencyi plan wykładów, według którego do kursu praktycznego w klinice obowiązani byli tylko studenci kursu V-go ze względu na szczupłość materiału — 10 łózek etatowych. Wykład zaś akuszerki teoretycznej pozostawiono dla studentów kursu III-go. Za czasów Akademii klinika położnicza nie posiadała asystenta, co zwiększało znacznie pracę profesora. Honorowe obowiązki asystenta pełnił przez czas pewien dr. A. Sikorski, obecny lekarz naczelny Warsz.-Szpitala dla Dzieci. W r. 1863 utworzono etat dla asystenta. W pierwszym zaraz roku nowomianowany profesor spostrzegł braki tak w samem pomieszczeniu, jak i w etacie kliniki mu powierzonej.

To też, gdy dyrektor komisji spraw wewnętrznych, książę Cz e r k a w s k i, podjął sprawę przeniesienia szpitala Dzieciątka-Jezus na Folwark S-to Krzyski, prof. Tyrc h o w s k i pośpieszył przedstawić (r. 1864) prezesowi M i a n o w s k i e m u memoryał, w którym bardzo szczegółowo wykazywał braki budynku, co do położenia, rozkładu i urządzenia zajmowanego pod klinikę położniczą. Cała ta sprawa — jak wiadomo — skończyła się na projektach. „A w ciągu długich lat“ — mówi w swych wspomnieniach prof. T. — „musieliśmy się borykać z przeciwnościami, łamać z trudnościami, niedostatkiem i niechęcią osób, którym ezuwanie nad dobrem zakładów było powierzono. Dopiero w kilkanaście lat później udało się uzyskać pewne ulepszenia, które jednak nie były tak zupełne, aby stan Instytutu mogły doprowadzić do pożądanego celu“.

W prowadzeniu kliniki i nauczaniu prof. Tyrchowski miał na widoku przede wszystkim przyszłą działalność praktyczną lekarza. Uczniowie kolejno mieli wyznaczone dyżury. Codziennie bywało dwóch dyżurnych, a trzeci oczekiwał kolei porodu, który obowiązany był obsłużyć i kartę porodową zapełnić, a następnego dnia przy wycie zdać sprawozdanie.

Każdy z obsługujących uczeni miał obowiązek śledzić rozpoczęty poród, nie odstępować rodzającej aż do końca, notować obserwacje; podtrzymywać krocze, oddzielić dziecko od matki przez podwiązanie i przecięcie pępowiny, dopilnować wydalania łożyska i błon płodowych. W razie zaszelej nieprawidłowości, razem z asystentem, lub dyrektorem, oznaczał rodzaj udzielić się mającej pomocy, przygotowywał narzędzia, a niekiedy nawet wykonywał operację, gdy przypadek nie przedstawiał trudności, a uczeń był dostatecznie do tego na fantomie przygotowany. Widzimy z tego, że w ówczesnej warszawskiej klinice położniczej sposób nauczania *mutatis mutandis* odpowiadał temu, co dziś praktykuje się w berlińskiej klinice Gusserrowa, a także w klinikach praskich. Ćwiczenia praktyczne prowadzono na fantomach, przyczem z początku używano nawet trupów dzieci, odpowiednio zachowanych w spirytusie. Nadto, prof. Tyrchowski wprowadził tyle dziś w użyciu przy praktycznych kursach dla lekarzy w Niemczech będący zwyczaj sprowadzania do kliniki za zapłatą kobiet, w celu badania ich przez uczących się i nabywania w tem wprawy. Zamyślał także dla podniesienia poziomu wykształcenia ginekologiczno-akuszerskiego, o zaprowadzeniu na wzór zagranicy polikliniki akuszerskiej, co wymagało jednak zwiększenia liczby płatnych asystentów. W teoretycznych wykładach patologii i terapii porodu i położu, posługiwał się głównie dziełami: Buscha, Scanzoniego, Crédégo, Schrödera, Kiliansa i innych. Lecz i tutaj wykład Jego był wolny od nadmiaru szczegółów, nie mających praktycznego znaczenia.

W ogóle w sposobie nauczania, przygotowywania przyszłych lekarzy do praktyki, prof. Tyrchowski — rzeć można — trzymał się zasady: *non multa, sed multum*. Dlatego też — mówi prof. T., przy egzaminach ostatecznych wymagania od kandydatów ograniczaliśmy do ogólnego poznania głównych zasad nauki, zabezpieczającego od omyłek i niedostatecznego oceniania niebezpieczeństwa w danym przypadku. Oprócz wykładów dla studentów, prof. Tyrchowski po opuszczeniu stanowiska (r. 1870) przez d-ra A. Gliszczyńskiego, prowadził także wykłady dla akuszerki i babek położniczych wiejskich. Nauka tych ostatnich odbywała się bez książki, na pamięć, przez zapytania i odpowiedzi. O metodzie tej zmarły profesor wyrażał się nader pochlebnie i uważał ją za najskuteczniejszą w przyswajaniu wiadomości przez proste, bez odpowiednich przygotowań — kobiety.

Pogląd ten odpowiada zdaniu Wintera, który niedawno domagał się, aby akuszerki zamiast teoretycznych wywodów nauczyły się ściśle „powtarzać“ prawidła, podawane przez nauczyciela. Jeżeli w wykładach swych prof. Tyrchowski trzymał się kierunku

praktycznego, to we wskazaniach do operacji akuszeryjnych był niejako wyznawcą t. zw. metody fizyologicznej, zapoczątkowanej przez słynnego prof. wiedeńskiego Boëra, a polegającej — jak wiadomo — na pozostawianiu procesu porodowego o ile możności, siłom natury. Wogóle, bliższym byłam — sam mówi — kunktatorstwa, aniżeli zbyt porywczego działania, które zwykle niebezpieczeństwem grozi i dla uczących się niebezpiecznym staje się przykładem. Zestawiając ogólną liczbę rodzących *) ze znaczną liczbą dokonanych w klinice operacji, możnaby przyjść do wprost przeciwnego wniosku, że ówczesny dyrektor operował „dla statystyki“, t. j. częściej niż po temu było istotne wskazanie.

Nie trzeba jednak zapominać, że do r. 1884, t. j. do powstania przytułków położniczych, Warszawa, obok oddziału w szpitalu żydowskim, posiadała tylko jedno miejsce przytułku dla rodzących t. j. Instytut Położniczy. Tutaj więc gromadziła się znaczna liczba rodzących różnej kategorii, a w tem i rodzące, które przybywały wśród długiej i ciężkiej pracy porodowej, często już uprzednio poddawane próbom operacji i narażone przy badaniu na zakażenie. Rozpatrując następnie stan zdrowotności, liczbę przypadków śmiertelnych w klinice za czasów prof. Tyrchowskiego, zaznaczyć trzeba, że z punktu widzenia obecnej chwili, te zachorowania, owa % śmiertelności (przeciętnie 7%) były znaczne. W Instytucie panowały eundemie gorączki porodowej, czasami bardzo złośliwe. Składały się na to i uboczne okoliczności, jako to: charakter zakładu, który będąc kliniką stał otworem dla studentów; ograniczony etat kliniki, dowolnie przez kuratora szpitala układany; brak odpowiedniej obsługi i rozkład budynku. Najważniejszym jednak powodem tego smutnego, a w owe czasy omal powszechnego zła, jakie stanowi ciemną kartę w ówczesnej historii klinik akuszeryjnych, była nieświadomość, co do istoty i sposobu zapobiegania gorączce połogowej. Nie zapominajmy, że, wprawdzie, Semmelweiss wydał znane swe dzieło r. 1861, lecz przez czas dłuższy ten głos proroczy, zwiastujący nową erę w położnictwie był, jako *vox clamantis in deserto*. Wszak nastąpiły polemiki, wzajemne rekryminacye, które miasto sprawę doniosłą, a gwałtowną naprzód posunąć, zatamowały ją i wytworzyły zamieszanie w zapatrywaniach. Wprawdzie, po stronie Semmelweissa stanęli ówcześni koryfeusze nauki — Rokitansky, Skoda, lecz i w przeciwnym obozie widzimy tej miary ginekologów i akuszerów, co Kiwisch, Simpson, Scanzoni, Seifert, Spiegelberg, a nawet i Virchow r. 1864 wypowiedział się wbrew poglądom Semmelweissa. Nareszcie środki odkażające znane podówczas

*) W latach 1861 — 1883 — ogólna liczba rodzących w klinice wyniosła przeszło 6,000. Kleszcze w ciągu tego czasu nakładano — 308 razy; robiono obrót na nóżki — 256 razy; wydobyte płodu ręczne — 381; wymóżdżenie 49; rozkawalenie 22; wydobyte łożyska przyrośniętego i zatrzymanego — 184.

zawodzić mogły, gdyż nie umiano właściwie ich używać. Genialne odkrycia Pasteura i praktyczne ich zastosowanie do chirurgii przez Listera, tempem powolniejszym i nie bez trudności i przeszkód stopniowo wprowadzono do akuszerii.

Fakt to powszechnie znany, że na proste, na pozór, prawdy, czekać niekiedy trzeba wieki, a na rozpowszechnienie ich lat dziesiątki.

To też nim prawdy te powszechnie się przyjęły i weszły w życie, gorączka porodowa, na nieszczęście macierzyństwa, a ku wstydowi geniuszu ludzkiego, stałym gościem bywała w najpierwszych klinikach akuszerijnych. Miał ją w klinice w Würtzburgu (25% zachorowań), wiele w akuszerii zasłużony Kiwisch, nie mogli jej uniknąć światli i rutynowani, akuszerowie z berlińskiej Charité**).

Wprawdzie, według pewnych zestawień leczbowych, w Warszawie robionych, w Domu Porodowym w Wołogdzie śmiertelności z gorączki nie notowano, gdy w tym czasie w warszawskim Instytucie położniczym wynosiła ona 10%, lecz nie możemy nie wiedzieć, iż zjawisko to znalazło aż nadto dokładne wyjaśnienie już przed laty kilkudziesięciu, że kliniki akuszerijne, jako stojące otworem dla uczących się, porównywane być nie mogą pod tym względem z zamkniętymi domami porodowymi.

W statystyce nie wolno tego prawa pomijać, że liczebna wartość matematycznego wyrazu, mierzy się jego wykładnikiem.

Prof. Tyrchowski starał się zapobiegać złemu, jak mógł i potrafił. Przedewszystkiem ograniczał — o ile się to dało — samo badanie, powtórę, przestrzegał czystości. A sprawa była to niełatwa. Kiedyś, sam opowiadał mi, że nieraz, chcąc wykapać ciężarną, bywało, — musiał pisać odezwę, aby wyznaczono ludzi do nanoszenia wody na kapiel, no i do mycia rąk...

W staraniach Jego o czystość, w dążeniu o uchronienie ciężarnych i położnic od zakażenia, zaznaczyć muszę ważne i niezwykle, jak na owe czasy, postanowienie usunięcia gąbek, używanych do obmywania i podmywania rodzących i położnic. Następnie, z polecenia Jego usunięto przy opatrywaniu położnic skubanę, otrzymaną ze starej bielizny i zastąpiono ją watą karbolizowaną. Wprowadzono zwyczaj, aby każda położnica miała swój cewnik, który później niszczone. W następstwie dla lepszej kontroli czystości zastąpiono gumowe cewniki i kauczukowe kanki — szklannymi. Z środków odkażających, stosowane były w ciągu tego czasu — różne, w miarę wprowadzania ich w użycie, a więc: woda chlorowa, sol. calc. chl., nadmanganian potasu, wreszcie kwas karbolowy.

Pomimo szczepułego materiału klinicznego, lecz dzięki trafnemu podziałowi pracy i różnorodności przypadków, studenci, szczególnie ci, co specjalnie przykładali się do zajęć nad akuszerią, odnosili korzyść dużą. Za czasów istnienia Akademii, jak twierdzi prof. T.,

***) Vide: Dr. Velde. Geschichte des Kindbettfiebers im Charité — Krankenhaus zu Berlin. — Archiv. f. Gynaekologie № 55 Bd. I. H. 1898.

zapal śród uczących się, do akuszeryi był wielki, w ciągu istnienia Szkoły Głównej — nieco ostygnał, a w pewnych latach, z powodu ogólnego położenia, nastąpiło jakby zaniedbanie w obserwowaniu porodów, w prowadzeniu historii chorób; w miarę jak stosunki stawały się więcej prawidłowe, zajęcia wracały tem samem do zwykłego porządku. Za czasów Uniwersytetu, w miarę powstawania pracowni do zajęć praktycznych, już szersze grono studentów oddawało się praktycznym studjom nad akuszeryą, wymagającym, jak wiemy, tak wielkiej zatraty czasu i wyjątkowej gorliwości. W pracy kierowania zajęciami w klinice pomocni byli dyrektorowi— asystenci. Niektórzy z nich pilnie zasilali piśmiennictwo lekarskie przez ogłaszanie drukiem ciekawszych spostrzeżeń. Chwalebny przykład pod tym względem znajdowali w swym zwierzeźniku. Prof. Tyrchowski, pomimo swych uciążliwych zajęć zawodowych, wydrukował szereg prac i podał opis licznych spostrzeżeń klinicznych. Spis ich podaje „Słownik lekarzy polskich“ St. Kościńskiego.

Wymienimy tutaj tylko te, co posiadają znaczenie ogólniejsze, społeczne: „Rys położnictwa praktycznego“ (1864); „Obmyślenie środków w celu zebrania statystyki dojrzałości płciowej w różnych częściach Królestwa Polskiego“ (1875); oraz „Przeciętne oznaczenie dojrzałości płciowej u kobiet w Królestwie Polskiem“ (1876).

Opis spostrzeżeń klinicznych znajdujemy na kartach „Pamiętnika Warsz. Tow. Lekarskiego“.

O pracach tych ogólnie powiem, że odznaczają się one dużą sumiennością spostrzegania, dobrą wiadomością każdorazowego stanu wiedzy i spokojnym sądem krytycznym.

Zamiłowanie prof. Tyrchowskiego w pracy umysłowej i interesowanie się kwestyami naukowymi i społecznymi nie stygło bynajmniej z latami. Dowodem tego już na schyłku życia napisana „Historja Instytutu Położniczego“ od r. 1804—1884 (r. 1897), z kartek której znać także, że prof. Tyrchowski z chwilą usunięcia się w zacisze domowe, bynajmniej nie stracił czucia z odbywającym się postępem medycyny, szczególnie zaś, z nauką akuszeryi. O ostatniej książce zdanie moje już wypowiedziałem przy ukazaniu się jej w druku, nie chcąc się powtarzać, dodam tutaj, że uważam ją poniekąd za *confesion* z działalności klinicznej i nauczycielskiej, jaką zgasił profesor za właściwe uważał publicznie uczynić. Szkoda, że fakt ten, godzien szczególnego uznania, nie ma sobie podobnego w przeszłości, ani dotychczas nie znalazł naśladowców śród byłych kolegów-profesorów zmarłego.

Prof. Tyrchowski doznawał za życia dowodów uznania i wdzięczności. Wydział powołał Go na dziekana swego. Był On ostatnim dziekanem Szkoły Głównej. Warszawskie Towarzystwo Lekarskie wybrało Go swym prezesem. Toż samo Towarzystwo i Towarzystwo Krakowskie zaszczyliły Go godnością swego członka honorowego. Wdzięczni uczniowie uczcili Go (1884 r.) uroczystym obchodem jubileuszowym i ofiarowali Mu na pamiątkę bogate album.

W ten to sposób ś. p. Wł. Tyrchowski przez lat szereg długi, gdyż przez więcej niż pół wieku był lekarzem, a przez ćwierć

prawie wieku nauczał, sumiennie i gorliwie pracował w naukowo-praktycznym i społeczno-lekarskim zakresie. Sam skromny i cichy, był też nasz zmarły nestor dla młodszych wyrozumiały i życzliwy. Jego poparcie wielu lekarzy-akuszerów obecne swe powodzenie zawdzięcza.

Wprawdzie, ś. p. prof. Wł. Tyrehowski zstąpił do grobu syty lat i pracy, a pełen dla bliźnich zasługi, lecz śmierć zawsze zbyt wczesnie nachodzi... To też poświęcając przed paru miesiącami dostojnemu nestorowi akuszerów, skreślona przez siebie na łamach „Kroniki Lekarskiej“, „Historyczną kartkę z dziejów położnictwa w dawnej Polsce“, nie przypuszczałem, że tu, na tem samem miejscu, tak wkrótce wypadnie mi Go na zawsze żegnać!

Nie łzy wylewać — jednak, nie zawodzić żale nad otwartą stanęliśmy wszyscy w d. 18 z. m. mogiłą, lecz — oddać hołd ostatni Temu, co życie swoje długie przepracował dzielnie, sztandar zawodu niósł uczciwie i zacie, obowiązków sumienia dochowywał wiernie, i usunął się cicho w lepsze dążąc światy...

Józef Jaworski.

Z M A R L I

— z. — W Poznaniu zmarł w d. 12 z. m. ś. p. dr. Klemens Koehler, zasłużony lekarz poznański, jeden z założycieli *Nowin lekarskich*. Zmarły urodził się w r. 1840 w Bydgoszczy, uniwersytet skończył w Berlinie.

— z. — W połowie zeszłego miesiąca zmarł ś. p. Kazimierz Kraków po dłuższej chorobie. Zmarły zajmował się akuszerją i chorobami kobiecemi i był asystentem kol. F. Neugebauera w szpitalu Ewangelickim. W czasie kilkuletniej swej praktyki zajmował się szczerze umiłowaną specjalnością i pozostawił parę prac z tej dziedziny. Od lat 2-eh z powodu choroby zmuszony był usunąć się od zajęć.

— (j. w.) — Dr. Maurycy Bernstein, okulista z Łodzi, zmarł w Petersburgu.

Nadesłano do Redakcyi.

Dr. S. Cetnarowicz. **Leczenie jaglicy.** (Odb. z Postępu okulistycznego). Kraków, 1900 r.

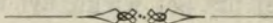
(z) Autor w pracy tej, czytanej na ostatnim zjeździe żąda zapobiegania tej groźnej chorobie zapomocą szerzenia o niej wiadomości, oraz dla leczenia czystość, przyżeganie siarczanem miedzi i saletranem srebra, zimną wodą oraz wyciskanie woreczków.

Dr. V. Żukowski. **Rachitisme en Russie.** St. Peterb. 1900 r.

(z) Autor w broszurce tej streszcza w krótkich zarysach pojęcia o rhachitis i podaje liczne ilustracye przypadków tej choroby.

Dr. J. Sędziak. **Laryngeale störungen.** Jena, 1901 r.

(z) Rzecz ta streszczona będzie w dziale referatów.



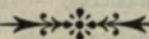
Od wydawców.



„Kronika Lekarska“ wychodzić będzie w r. 1901-ym w tej samej objętości, z tym samym programem i na tych samych warunkach.

Dla uniknięcia zwłoki w odbiorze pisma upraszamy Pp. prenumeratorów o wczesne przesyłanie przedpłaty, oraz zawiadamianie o zmianie adresu. Pp. prenumeratorów, za legających w opłaceniu przedpłaty, upraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Z d. 1 stycznia biuro redakcyi „Kroniki Lekarskiej“ zostało przeniesione na ul. Orlą № 5 |A m. 3 (Telefonu 1264), upraszamy o nadsyłanie rękopisów, pism i książek pod tym adresem.



SPIS RZECZY.

Prace oryginalne.

- I. O śródmacicznym stosowaniu balonu kauczukowego w położnictwie — Dr. Antoni Hołowko — str. 105.
- II. Nowoczesne poglądy na symptomatologię i terapię padaczki — Dr. Kazimierz Wiślocki — str. 111.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

24. Prof. Dr. Albert Riva — O podnoszeniu się ciepłoty ciała w czasie potyfusowym — str. 118. 25. Dr. B. Fuszczywy — Sok kartoflany jako znakomite podłoże dla kultury laseczników gruźliczych — str. 119. 26. Paul Edel — Wpływ sztucznego pocenia na wydzielanie soku żołądkowego — str. 120. 27. M. Einhorn — Pleśniowce jako przyczyna choroby żołądka — str. 120. 28. Browicz — Patogeneza żółtaczki — str. 121. 29. Rostowski — Położenie żołądka u chorych na blednicę — str. 121.

II. Choroby dzieci.

30. Prof. H. Leo — O gazach w zawartości żołądka niemowląt — str. 121. 31. Rolleston — Wymioty w błonicy — str. 123.

III. Choroby nerwowe.

32. Bruce, Dana, Homea — Zmiany nietabetyczne tylnych pęczków rdzenia — str. 125.

IV. Wiadomości pomniejsze (33—36) str. 130.

Odcinek — Kilka słów o ambulatoriach szpitalnych dla dzieci — str. 131.

Z prasy zagranicznej — str. 134.

Kronika bieżąca — str. 138.

Nekrologia — str. 142.

Zmarli — str. 148.

Nadesłano do Redakcyi — str. 149.

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

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

Дозволено Цензурою. Варшава, 18 Января 1901 года.