

GAZETA LEKARSKA

T R E S C. I. MICHAŁ PIETKIEWICZ. 10 przypadków gruźlicy narządów moczowych u kobiet. Str. 103. II. ADAM WIZEL. Uwag kilka o istocie niemocy płciowej pochodzenia nerwowego. Str. 108. *Notatki lekarskie.* LEON JAN ZIELIŃSKI. Przyczynę do kazuistyki gruźlicy nerek. Str. 111. *Dział sprawozdawczy.* 13. GOLDSCHIEDER. O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy metodami fizykalnemi. Str. 113.—14. BURVILL HOLMES. O znajdowaniu laseczników gruźliczych we krwi. Str. 114. *Wiadomości drobne.* 3) J. VEIT. Zasady postępowania w łożysku przodującem. Str. 114.—4. DAWID B. LEES. Leczenie gruźlicy płuc przez długotrwałe wzięwanie przeciwnilne. Str. 115. *Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.* XXXI, XXXII, XXXIII, posiedzenia naukowe dnia 12-go, 19-go, 26-go listopada 1909 r. Str. 115, 116. XXXIV, XXXV, XXXVI posiedzenia naukowe dnia 3-go, 10-go, 14-go grudnia 1909 r. Str. 116, 117. *Wiadomości bieżące.* Nekrologia. S. p Prof. dr ADAM CZYŻEWICZ. *Ogłoszenia.*

I. 10 przypadków gruźlicy narządów moczowych u kobiet.

Podał

Michał Pietkiewicz.

Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego polskiego w Kijowie w dniu 7. października 1909 r.

Gruźlica narządów moczowych nie jest chorobą rzadką. Wobec tego jednak, że rozpoznanie jej nie jest łatwe, wymaga bowiem zastosowania ścisłych metod badania, chorzy na gruźlicę narządów moczowych kursują nieraz długo od jednego lekarza do drugiego, nim rzeczywisty stan rzeczy zostanie wyjaśniony.

W dziedzinie metodyki badania tej choroby zajmuje, obok bakterjologii, główne miejsce—cystoskopia, która nie tylko jest w stanie określić umiejscowienie choroby, ale umożliwi nieraz tam, gdzie inne sposoby zawodzą, rozpoznanie samej istoty sprawy chorobnej. Zmiany w śluzówce pęcherza moczowego, spowodowane przez zakażenie gruźlicze, są nieraz tak charakterystyczne, że dosyć jednorazowego badania zapomocą cystoskopu, by przy pewnem doświadczeniu rozpoznać na pewno sprawę gruźliczą.

Materyał kliniczny, którym rozporządzam, pochodzi po części z mojej praktyki prywatnej, po części zaś ze szpitala miejskiego w Kijowie w ciągu ostatnich 4 $\frac{1}{2}$ lat [od stycznia 1905 r., do sierpnia 1909 r.].

W obec tego, że do mnie, jako do ginekologa, zgłaszały się wyłącznie kobiety, mój materiał jest nieco jednostronny, dotyczy bowiem jednej płci, która pod względem patogenezy choroby ma właściwe sobie cechy. Co się zaś tyczy mężczyzn, chorych na gruźlicę narządów moczowych, zdarzało mi się dosyć często badać ich w charakterze konsultanta. Ponieważ jednak badania te były robione dorywczo i o chorych tych nie posiadam szczegółowych notatek, to ograniczam się w swej pracy tylko do tej liczby przypadków, które obserwowałem osobiście przez czas dłuższy.

We wszystkich 10-u przypadkach, o których mowa, badałem chore przy pomocy cystoskopii i katetyzacji moczowodów dwa razy lub kilkakrotnie. Badania sprawności nerek również sam dokonywałem. Badania zaś moczu chemiczne, drobnowidzowe i bakteryologiczne były dokonywane przez prosektora szpitala miejskiego dra I. KWIATKOWSKIEGO, lub w instytutach bakteryologicznych dra W. LUBIŃSKIEGO i dra A. MODRZEWSKIEGO.

W 8-u przypadkach znaleziono w moczu chorych laseczniki gruźlicze. W 2-u przypadkach laseczników nie wykryto pomimo kilkakrotnych badań [przyp. 1-y i 10-ty]. Wobec jednak charakterystycznych zmian w pęcherzu moczowym [typowe gruzełki gruźlicze w okolicy ujścia moczowodu] i innych objawów, właściwych gruźlicy nerek, operacja wycięcia chorej nerki została w tych dwu przypadkach dokonana. Badanie preparatów wyciętych nerek potwierdziło rozpoznanie gruźlicy.

Pod względem umiejscowienia choroby stwierdziłem:

- 1) w trzech przypadkach gruźlicę lewej nerki i wyraźne zmiany chorobne w moczowodzie lewym, a w dwu przypadkach także i w pęcherzu moczowym;
- 2) w 4-ch przypadkach gruźlicę prawej nerki i wyraźne zmiany chorobne po części w moczowodzie prawym, po części w moczowodzie i w pęcherzu moczowym;
- 3) w 1-m przypadku gruźlicę obudwu nerek, prawego moczowodu i gruźlicze zapalenie pęcherza moczowego;
- 4) w 1-m przypadku gruźlicę prawego moczowodu [obok gruźlicy przydatków macicznych] i
- 5) w 1-m przypadku gruźlicze zapalenie pęcherza moczowego [obydwie nerki i oba moczowody były zdrowe].

Czas trwania choroby przed obserwacją moją wynosił: w 1-m przypadku—2 miesiące, w 1-m—3, w 1-m—4, w 1-m—10, w 3-ch przypadkach—12 miesięcy, w 1-m przypadku—14, w 1-m—18, w 1-m—24 miesiące.

Przeciąg czasu, w którym chore pozostawały pod moją obserwacją, wynosił od 1-go do 27-u miesięcy.

Wiek chorych wynosił w poszczególnych przypadkach: 10, 18, 22, 28, 30, 32, 34, 36, 41, 45 lat.

Przebieg choroby. Wszystkie chore prawie bez wyjątku uskarżały się na częste oddawanie moczu, połączone z uczuciem większego lub mniejszego bólu i parcia na mocz; na bole krzyża, czasami umiejscowione

w okolicy chorej nerki; ogólne osłabienie, brak łaknienia i brak snu, spowodowany potrzebą częstego oddawania moczu. W zaawansowanym okresie choroby mocz oddawano bardzo często, co pół godziny i częściej, w bardzo małej ilości. Mocz bywał zwykle mętny i często zabarwiony z lekka krwią, nieraz z małymi skrzepami krwi. Na ogół krwawienia z narządu moczowego nie były obfite; w 3-ch tylko przypadkach utrata krwi była dosyć znaczna, a w 1-ym przypadku, u 10-letniej dziewczynki, obserwowałem w początkowym okresie choroby bardzo obfite krwotoki z narządu moczowego, które zjawiały się peryodycznie w ciągu roku, a później ustały zupełnie [przyp. 10-y]. Ciepłota ciała była często podwyższona o pół do 1°C; u 3-ch chorych było bardzo znaczne podwyższenie ciepłoty.

Pojemność pęcherza moczowego w początkowym okresie gruźlicy nerek była prawidłowa [200—300 ctm. sz]. Przy zmianach chorobnych błony śluzowej pęcherza pojemność jego zmniejszała się bardzo znacznie, niekiedy do 60-u—70-u ctm. sz. i nawet mniej.

Wyniki badania moczu, otrzymanego z pęcherza moczowego:

Ciężar gatunkowy: w zależności od zmian chorobnych wahał się między 1010 a 1024.

Odczyn: najczęściej kwaśny; rzadko dwoisty.

Białko: ilość niewielka; najczęściej od 0,1‰ do 0,3‰.

W osadzie znajdowano:

Komórki nabłonkowe dróg moczowych: w wielkiej ilości.

Leukocyty: zawsze w bardzo wielkiej ilości: 100—200—300—400 w polu widzenia.

Erytrocyty: zwykle w niezbyt wielkiej ilości, po kilka krwinek w polu widzenia; czasami w dużej ilości.

Wąleczki: nie często; w niektórych przypadkach znajdowano wąleczki szkliste i ziarniste.

Kryształ soli moczowych: bardzo rzadko.

Drobnoustroje: najczęściej prątki gruźlicze; rzadko inne drobnoustroje: paciorkowce, gronkowce, prątki okrężnicy (*bact. coli comm.*): mastkowe (*b. smegmae*) i w 1-ym przypadku prątki grypowe.

Sposoby badania narządów moczowych.

Podejrzewając sprawę gruźliczą w narządach moczowych, nie ograniczałem się nigdy do zwykłej cystoskopii, t. j. do badania tylko wnętrza pęcherza moczowego, ale w każdym poszczególnym przypadku starałem się przeprowadzić, jeśli ze względów technicznych to było możebne, katetyzacyę obu moczowodów, w celu otrzymania moczu z każdej nerki z osobna.

Zgadzałem się najzupełniej z autorami, którzy twierdzą, że zapomocą zwykłej cystoskopii można w niektórych przypadkach na pewno rozpoznać sprawę gruźliczą w pęcherzu moczowym i na pewno określić, która nerka jest chora, a która zdrowa, jestem jednak zdania, że dla uniknięcia możliwej omyłki niezbędną jest katetyzacya moczowodów.

Niektórzy autorowie uważają ten rękoczyn za bardzo niebezpieczny ze względu na możliwość zanieśienia zarazka gruźliczego z pęcherza do zdrowe-

go moczowodu. Z pewnością dużo zależy od tego, jak się wykonywa katetyzacja. Przy zabiegu niezręcznym, brutalnym, jeśli cewnik, przy wprowadzaniu go do moczowodu dotykać będzie ściany pęcherza, raniąc ją lub brzegi ujścia moczowodu, to, naturalnie, możemy narazić chorych na niebezpieczeństwo.

Jeśli jednak po dokładnem przemyciu pęcherza roztworem dezynfekcyjnym, ostrożnie i nie dotykając wcale ściany pęcherza, wprowadzamy cewnik niezbyt głęboko do zdrowego moczowodu, to nie sędzę, żeby taki rękoczym mógł spowodować jakieś niepożądane następstwa. Badając w ten sposób swoje chore, w niektórych przypadkach kilkakrotnie, nie zauważyłem ani razu zakażenia zdrowego moczowodu lub zdrowej nerki, ani w ogóle pogorszenia sprawy chorobnej. Jeslibyśmy zaniechali katetyzacji moczowodów, to jakież mielibyśmy inny sposób dokładnego zbadania każdej nerki z osobna? Zalecane przez niektórych autorów segregatory pęcherza moczowego nie dają nigdy pewności, iż cel ich został osiągnięty. A tymczasem powinna być rozstrzygniętą sprawa pierwszorzędnej wagi i najmniejsza niedokładność w badaniu pociągnąć może za sobą najfatalniejsze skutki.

Po otrzymaniu moczu z każdej nerki z osobna, posyłałem obydwie porcje do badania drobnowidzowego i bakteriologicznego. Jeśli w moczu nerki t. zw. zdrowej, t. j. nie wydzielającej prątków gruźliczych, znajdowano znaczną ilość białka i pierwiastków morfologicznych, w takim razie wstrzykiwano mocz świnie morskiej, w celu przekonania się, czy można na pewno wykluczyć gruźlicę.

Przekonawszy się, iż mamy do czynienia z gruźlicą jednej tylko nerki, rozpoczynałem badanie sprawności drugiej nerki, t. zw. zdrowej. W tym celu stosowałem zwykle 2 następujące sposoby:

1) Doświadczenie z floryzyną (*Phloridzin*). Po zastrzyknięciu roztworu floryzyny [0,01] w mięśnie pośladków, przemywałem pęcherz moczowy i po dokonaniu katetyzacji moczowodu [zdrowego], wyjmowałem cystoskop, pozostawiwszy cewnik w moczowodzie. Mocz, wydzielający się przez cewnik, zbierałem w próbówce i badałem co kwadrans odczyn na cukier, używając przytem zwykle odczynnika NYLANDER'a. Jeśli katetyzacja moczowodu chorego była możliwą i niezbyt bolesną, przeprowadzałem jednocześnie także badanie moczu nerki chorej.

2) Częściej znacznie robiłem doświadczenia z chromocystoskopią, polegającą na tem, iż, po zastrzyknięciu śródmięśniowem roztworu karminu indygowego [0,08], śledziłem po wstawieniu do pęcherza cystoskopu, w jakim czasie po zastrzyknięciu rozpoczynało się zabarwienie moczu, wydzielającego się z moczowodów, jako też natężenie barwy. Po wyjęciu cystoskopu polecałem akuszerce lub samej chorej obserwować, jak długo trwa zabarwienie moczu, który chora oddawała w pewnych odstępach czasu do całej seryi probówek.

Jeśli doświadczenia z floryzyną i karminem indygowym dawały wyniki zadowalające, uznawałem sprawność nerki, podlegającej badaniu, za wy-

starczającą i w tym przypadku chora była uważana za kwalifikującą się do operacji wycięcia nerki chorej, wydzielającej prątki gruźlicze.

Szczególniejszą uwagę zwracam na wielce praktyczny sposób badania zdolności funkcjonalnej nerek zapomocą karminu indygowego. Sposób ten jest mniej uciążliwym dla chorej i dla lekarza, niż badanie zapomocą floryzyny, ponieważ nie wymaga katetyryzacji moczowodów. Karmin indygowy został wybróbowany w klinice prof. CZERNY'ego w Heidelbergu (VOELCKER. *Diagnose d. chir. Nierenkrankh. etc.*) i jest obecnie zalecany przez wielu autorów. Ja stosowałem go od wielu lat nie tylko w gruźlicy narządów moczowych, ale i w innych chirurgicznych chorobach nerek [nowotwory, kamica nerkowa, ropne zapalenie miedniczek i nerek] i dotychczas nie doznałem zawodu. W przypadkach gruźlicy nerek, o których mowa, nie obserwowałem ani razu, by mocz z nerki chorej dawał odczyn wyraźny na cukier po zastrzyknięciu floryzyny, jak również, by barwił się dostatecznie po zastosowaniu karminu indygowego. Były to więc przypadki zaawansowane i po większej części ciężkie. Po operacji znajdowaliśmy w mięszu nerki wyciętej jamy wielkich rozmiarów, napelnione ropą lub miazgą zserowaciałą; zdrowa tkanka nerkowa była zachowana na niewielkiej przestrzeni, przeważnie tylko na górnym lub dolnym biegunie nerki.

Co się tyczy prób wyżej opisanych w zastosowaniu do t. zw. zdrowej nerki, otrzymywałem zwykle odczyn bardzo wyraźny. Zdumiony byłem nieraz, otrzymując odczyn dodatni w takich przypadkach, w których, zdawałoby się, sprawność nerki nie może być wystarczająca, ponieważ mocz zawierał białko, leukocyty, erytrocyty i wałeczki szkliste i ziarniste. Nie wiedziałem na razie jak wytlómaczyć taki stan rzeczy i czy należy ufać bezwzględnie wynikom prób stosowanych. W pierwszym przypadku tego rodzaju, jaki napotkałem kilka lat temu, wahałem się długi czas, jak postąpić w obec tak sprzeczných ze sobą wyników badania i czy mam prawo radzić chorej, by poddała się operacji wycięcia nerki, zajętej sprawą gruźliczą. Zważywszy jednak, iż zawartość w moczu białka i pierwiastków morfologicznych nie dowodzi jeszcze, iż mamy do czynienia z zapaleniem nerki (*nephritis*), ale może być objawem zatrucia [intoksykacji], spowodowanego wchłanianiem miazgi ropawej, zawartej w nerce chorej, zdecydowałem się po naradzie z ordynatorem oddziału chirurgicznego, drem I. BONDAREWEM, zaproponować chorej operację. Chora zgodziła się na to, pragnąc pozbyć się ciężkich męczarni. Na szczęście, wynik operacji, z wielkim niepokojem oczekiwany, był nadspodziewanie dobry [przyp. 1-y].

Od tego czasu miałem niejednokrotnie możność przekonania się, iż obecność białka i pierwiastków morfologicznych w moczu nerki t. zw. zdrowej, nie stanowi bezwarunkowego przeciwwskazania do operacji. W tym samym sensie wypowiada się szereg współczesnych autorów [IMBERT, MASINI, ALBARRAN, FIODOROW i inni]. Badając coraz więcej chorych, przekonałem się, iż w znacznej stosunkowo liczbie przypadków gruźlicy nerek, mocz, wydzielający się z nerki t. zw. zdrowej, nie jest zupełnie prawidłowy. Dlatego też, referując sposoby bada-

nia nerek, nie nazywam nerki, nie wydzielającej prątków gruźliczych, wprost „nerką zdrową“, ale mówię o „tak zwanej zdrowej nerce“. Ta nerka bowiem, jest w wielkiej liczbie przypadków także do pewnego stopnia chorą, wskutek zatrucia ustroju. Im dłużej trwa sprawa gruźlicza w jednej nerce, tem więcej cierpi nerka druga. Należy więc jak najspieszniej usunąć ognisko gruźlicze, zanim nerka druga nie utraci odporności przeciwko czynnikom trującym, lub nie ulegnie sama zakażeniu gruźliczemu.

Wyniki leczenia ogólnego i miejscowego.

W obec tego, że chore moje należały do klasy niezamożnej, nie mogło być mowy o leczeniu klimatycznym; musiałem więc ograniczać się do środków dla nich przystępnych jak: wypoczynek, możliwie obfite żywienie, kąpiele i t. d. Oprócz narkotyków, bezwarunkowo niezbędnych dla uśmierzenia niezwykle ciężkich nieraz męczarni, przepisywałem do użycia wewnętrznego *Thiocolum* lub *Ichthyol*. Jako leczenie miejscowe stosowałem przemywanie pęcherza moczowego roztworem sublimatu, *Hydrargyri oxycyanati* lub kwasu karbolowego; wlewanie emulsji jodoformowej; wkraplanie zawiesiny gwajakolowej i inne środki, przez różnych autorów zalecane. Najlepsze stosukowo wyniki dawały przemywanie pęcherza roztworem sublimatu 1 : 20000—10000—5000, stosownie do wrażliwości danego osobnika.

W niektórych przypadkach objawy miejscowe w pęcherzu ulegały wyraźnemu polepszeniu: chore mogły zatrzymywać mocz w ciągu dłuższego czasu i bole przy oddawaniu moczu zmniejszały się znacznie. Nie długo jednak trwało polepszenie; po zaprzestaniu kuracji, a nieraz i w czasie leczenia objawy chorobne wracały z siłą zdwojoną. Trwałej poprawy nie obserwowałem przy stosowaniu środków leczniczych wewnętrznych lub miejscowych.

Wyniki operacji wycięcia chorej nerki.

Z ogólnej liczby 10-u chorych 1 nie nadawała się do operacji radykalnej z powodu gruźlicy obudwu nerek [przypadek 3-ci], 1 nie chciała wogóle poddać się zabiegowi chirurgicznemu [przyp. 8-y] i 1 opuściła szpital z zamiarem wyjechania na operację za granicę [przyp. 2-gi]. Operowanych więc było 7.

Wyniki bezpośrednie po operacji były dobre; przebieg okresu pooperacyjnego najczęściej bezgorączkowy; rany goiły się bez powikłań; w jednym tylko przypadku, operowanym 1½ miesiąca temu, utworzyła się na 4-y dzień po operacji przetoka kałowa [przyp. 10-y]. — Zejścia śmiertelnego nie było.

Wszystkie chore zaznaczały wkrótce po operacji znaczne zmniejszenie się dokuczliwych objawów ze strony pęcherza moczowego: oddawanie moczu było nie tak częste i mniej bolesne niż poprzednio. Gojenie się rany trwało nieraz bardzo długo—kilka miesięcy; u jednej chorej [przyp. 5-y] rana zagoiła się dopiero po upływie roku i wtedy ustały także bole przy oddawaniu moczu.

Co się tyczy trwałych wyników operacji, to nie mogłem, niestety, zasięgnąć wiadomości o wszystkich chorych. Dwie chore [przyp. 1-y i 7-y], z których jedna była operowana 4½ lat temu, a druga 2 lata temu, opuściły szpital ze znaczną poprawą i wyjechały na wieś; o dalszym ich losie nie dowie-

dzieć się nie mogłem. Dwie chore, mieszkanki Kijowa [przyp. 5-y i 6-y], operowane dwa lata temu, są do dnia dzisiejszego zupełnie zdrowe; zmiany chorobne w pęcherzu moczowym znikły zupełnie, pozostawiając nieznaczne blizny na śluzówce; brodawka i ujście moczowodu, zajętego poprzednio sprawą gruźliczą, uległy zanikowi; czynność pęcherza moczowego wróciła do stanu normalnego; mocz nie zawiera ani prątków gruźliczych, ani innych składników patologicznych. Jedna chora [przyp. 4-y], operowana 2 lata temu, cieszy się również doskonałym zdrowiem i nie uskarża się na żadne dolegliwości, a jednak u niej znaleziono niedawno [we wrześniu 1909 roku] prątki gruźlicze w moczu; badając chorą zapomocą cystoskopu, nie wykryłem w pęcherzu ani w okolicy ujścia moczowodów żadnych zmian chorobnych, z wyjątkiem rozszerzenia naczyń krwionośnych na dnie pęcherza. Wreszcie dwie chore, operowane niezbyt dawno, poprawiły się znacznie i są, jak się zdaje, na drodze do zupełnego wyzdrowienia. Jedna z nich, operowana 7 miesięcy temu [przyp. 9-y], chodzi jeszcze do szpitala na opatrunek; uskarża się na częste oddawanie moczu, połączone z nieznaczną bolesnością. Druga zaś, operowana 1½ miesiąca temu [przyp. 10-y], ma ranę nie zagojoną; czuje się zupełnie dobrze i nie uskarża się na żadne dolegliwości. Mocz u obu operowanych zlekka mętnawy, zawiera niewielką liczbę leukocytów i dużo kryształów soli moczowych; prątków gruźliczych w ich moczu nie znaleziono.

Z przypadków wyżej wyszczególnionych cztery były operowane w szpitalu miejskim w Kijowie [operował ordynator oddziału chirurgicznego, dr I. BONDAREW i jego asystenci: drowie FUDAKOWSKI i MEREZYŃSKI], 1 w Berlinie [operował prof. ISRAEL], 1 w lecznicy dra KACZKOWSKIEGO w Kijowie [operował dr P. KACZKOWSKI] i 1 w szpitalu ziemskim w Rokitnej guberni Kijowskiej [operował dr J. PIWOWOŃSKI].

[D. c. n.].

II. Uwag kilka o istocie i leczeniu niemocy płciowej pochodzenia nerwowego.

Napisał

Adam Wizel,

starszy ordynator szpitala na Czystem w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 4].

Autorowie, piszący o tej sprawie, podają dla każdego z dwu cierpień odrębny obraz kliniczny. Według ogólnie przyjętego mniemania, chorzy z niemocą psychiczną odczuwają prawidłowy popęd i miewają doskonale erekcje, ilekroć jednak probują aktu spółkowania, tracą natychmiastowo erekcję. Je-

den z chorych FINGERA doskonale określił to zjawisko: „miewam silne naprężenie wtedy, gdy nie jest mi ono potrzebne, a nie miewam go wtedy, gdy go potrzebuję“. Chorzy zaś z impotencją nerwową również odczuwają normalny popęd, ale wskutek pobudliwej słabości ośrodków rdzeniowych cierpią na dwojakiego rodzaju zaburzenia: 1) zbyt łatwo pojawia się u nich naprężenie prącia i zbyt szybko następuje wytrysk nasienia [w pierwszym okresie choroby], i 2) zbyt słabą jest erekcyja i również zbyt szybko następuje wytrysk nasienia [w drugim okresie choroby].

Otóż zauważyć muszę, że, jak pojmowanie istoty niemocy nerwowej i psychicznej u licznych autorów grzeszy wielką niedokładnością, tak samo i opisy kliniczne obu tych cierpień pozostawiają wiele do życzenia.

Mówiliśmy tylko co, iż impotencya nerwowa niezmiernie często zabarwia się w większym albo mniejszym stopniu elementem psychicznym, tak, iż postaci czysto neurastenicznej prawie nigdy niema. Otóż okoliczność ta powoduje, iż impotencya neurasteniczna przejawia się klinicznie niekiedy zupełnie tak samo, jak impotencya psychiczna. Z drugiej znów strony impotencya czysto psychiczna przejawia się czasami, i to bynajmniej nie rzadko, pod postacią kliniczną niemocy nerwowej, na co ze wszystkich autorów zwraca uwagę, zdaje się, jedynie tylko FINGER. Autor ten utrzymuje, iż bywają przypadki, w których mózg wywiera współcześnie na ośrodek erekcyi wpływ hamujący, a na ośrodek ejakulacji wpływ pobudzający. W następstwie tego rodzaju działań zjawia się zespół objawów, właściwych impotencyi neurastenicznej: słabe naprężenie prącia + przedwczesny wytrysk nasienia. Jeden z podobnych przypadków FINGER opisuje: mężczyzna zupełnie zdrowy, bez samogwałtu, nadużyć płciowych i rzeźączki w anamnezie, bez jakichkolwiek objawów neurastenii, doznaje pewnego razu niepowodzenia pod wpływem nadmiernej ilości spożytego piwa. Fakt ten podziałał nań wstrząsająco i w myśl jego powstało autosuggestywnie wyobrażenie nieudolności płciowej. Odtąd wszelkie próby kończą się bezowocnie: naprężenie żadne, natomiast skutkiem silnego pobudzenia płciowego szybko następuje wytrysk.

FINGER mówi o podobnych przypadkach, jako o niezmiernie rzadkich i powołuje się w tym względzie na kilka zaledwie własnych spostrzeżeń; ja sądzę jednak, iż przypadki takie bynajmniej do rzadkości nie należą, to też ilekroć mamy do czynienia z impotencją, występującą pod postacią kliniczną niemocy neurastenicznej, zawsze w takich razach należy dobrze zastanowić się nad tem, czy nie wchodzi tu czasem w grę patogeneza czysto psychiczna.

Z rozważań powyższych widzimy, że odróżnienie nerwowej i psychicznej impotencyi na zasadzie li-tylko objawów klinicznych jest niezmiernie trudne, a niekiedy zupełnie niemożliwe. Aby rozpoznanie należyte postawić, należy, prócz obrazu klinicznego, mieć na uwadze całą masę innych momentów. Należy zbadać dokładnie anamnezę każdego przypadku, należy poznać bliżej ogólny stan nerwowy i psychiczny chorego, należy wreszcie zanalizować ściśle patogenezę niemocy. Tylko na mocy tych wszystkich danych można z dużym prawdopodobieństwem orzec, z jaką postacią niemocy mamy na razie do czynienia: z nerwową, psychiczną, czy też mieszaną.

Zaznaczone trudności w rozpoznawaniu oddzielnych postaci klinicznych impotencji zmuszają nas oczywiście do stosowania wielkich ostrożności przy leczeniu chorych, dotkniętych impotencją.

Przedewszystkiem nadzwyczajnie ważnym czynnikiem jest liczenie się ze stanem psychicznym chorego. Zapoznawanie psychiki nie tylko tam, gdzie wypełnia ona całą treść choroby, ale i tam, gdzie tylko w pewnym, ułamkowym stopniu stanowi ona współczynnik cierpienia, odbija się zawsze szkodliwie na sprawie leczenia. To też w każdym poszczególnym przypadku obowiązkiem lekarza jest ujawnić w całej rozciągłości stopień zaangażowania sfery psychicznej w patogenezie choroby.

Samo się przez się rozumie, iż w tych razach, gdy patogeneza cierpienia jest natury wyłącznie psychicznej, terapia również winna być prowadzona w kierunku psychicznym. W tych zaś razach, gdy patogeneza choroby jest mieszana, lekarz winien na dwa fronty zmagać się z chorobą i, zwalczając moment neurasteniczny, winien jednocześnie mieć pilnie zwróconą uwagę na psychikę chorego, prostując w ten lub inny sposób błędne jego wyobrażenia oraz oddziałując w ten lub inny sposób na jego afekt chorobliwy. Zasada ta, zdaniem mojem, jest nadzwyczaj ważna.

Przy leczeniu impotencji neurastenicznej lekarze częstokroć stosują wyłącznie terapię fizyczną, nie uwzględniając zgoła psychiki chorego, to też nie dziwnego, iż w wielu przypadkach nie otrzymują ani żadnego efektu, albo otrzymują efekt bardzo nieznaczny. Skutkiem częstej bezowocności terapii w podobnych przypadkach utrwalił się nawet pogląd wśród klinicystów, iż niemoc płciowa neurasteniczna jest trudnem do wyleczenia cierpieniem. FÜRBRINGER utrzymuje, iż rokowanie impotencji nerwowej jest wątpliwe, że połowa przypadków nie daje żadnej poprawy i że w jednej czwartej otrzymuje się częściową poprawę, tak, iż wyleczenie zupełne przypada zaledwie na 25%, a GUIRKOVESCHKY posuwa się w swoim pesymizmie jeszcze dalej i twierdzi, że impotencya nerwowa „bardzo trudno się leczy i tylko w nader rzadkich przypadkach następuje wyzdrowienie“.

Szkodliwość jednostronnego kierunku terapii wtedy, gdy cierpienie z powodu swej złożoności wymaga różnostronnego postępowania leczniczego, potęguje się jeszcze przez to, że owa jednostronna terapia zawiera w sobie, obok czynników właściwych i pożytecznych, częstokroć i takie, których niewłaściwe lub przesadne stosowanie prowadzi wprost do zgubnych wyników. Mam tu na myśli t. zw. leczenie miejscowe.

Wszyscy poważni autorowie zwracają uwagę, iż leczenie miejscowe winno być stosowane tylko wtedy, gdy istnieje wyraźne po temu wskazanie. Wiadomo, iż w bardzo wielu przypadkach impotencji neurastenicznej mamy do czynienia z cierpieniem miejscowem, podrażnieniem lub zapaleniem kataralnym części krokowej cewki i *colliculi seminalis*. Otóż w tych razach leczenie miejscowe jest całkowicie uzasadnione. Ale, zanim lekarz przystąpi do leczenia miejscowego, winien dokładnie zbadać chorego i przekonać się, czy istnieją w rzeczywistości owe zmiany, o których mowa, w przeciwnym bowiem razie leczenie miejscowe może wyrządzić choremu tylko szkodę,

FINGER utrzymuje: „o ile bogatą jest w wyniki terapia miejscowa tam, gdzie jest ona wskazana, o tyle jest ona szkodliwą tam, gdzie niema dla niej żadnych wskazań, gdzie niema cierpienia tylnej części cewki, gdzie istnieje tylko czysta neurastenia“. To samo mówi **EULENBURG**: „energiczne leczenie miejscowe jest przede wszystkim wskazane tam, gdzie chodzi o usunięcie zmian organicznych anatomo - patologicznych w męskim aparacie moczowo-płciowym, a zatem przy przedłużającej się rzeżączce albo przy porzeżączkowych zmianach w cewce, pęcherzu i gruczołe krokowym, stanowiących najczęstszą przyczynę stanów płciowo-neurastenicznych“. W tych przypadkach, w których zmian anatomicznych niema, leczenie miejscowe należy, według **EULENBURG**'a, stosować z wielką ostrożnością. „Przewlekłe leczenie miejscowe zaburzeń płciowych czynnościowych, jak pollucya, nasieniotok, impotencya i t. d., działa zazwyczaj z przyczyn niżej wyluszczonej szkodliwie i dlatego ze szczególnym naciskiem muszą tu napiętnować bezmyślne, a jednak tak często stosowane elektryzowanie miejscowe pod postacią faradyzacji i galwanizacji wewnątrzcewkowej i wewnątrzodbytnicowej“. „Leczenie takie podtrzymuje tylko i na nowo wywołuje podrażnienie miejscowe, nadto skierowuje nieustannie uwagę chorego na *locus affectus* i tym sposobem utrudnia, a nawet wprost uniemożliwia wpływ psychiczny, któryby zdążył do uspokojenia chorego i odwrócenia jego uwagi“.

Jeszcze ostrzej wyraża się o tej kwestyi **FÜRBRINGER**. Twierdzi on, że „leczenie środkami żrącymi i narzędziami drażniącymi ma niewiele sensu tam, gdzie brak objawów zapalnych“, „że lekarz winien z nadzwyczajną skrupulatnością rozważyć wszelkie korzyści i szkody miejscowej terapii drażniącej nawet przy jasno wyrażonej *urethritis posterior*, o ile wywołuje ona wtórnie ogólne objawy nerwowe“. Niekiedy terapia taka daje doskonałe wyniki, częściej jednak następuje wybitne pogorszenie wszystkich objawów, i poprawa zjawia się dopiero wtedy, gdy „biedna cewka moczowa przestaje być maltretowaną przez specjalistów i gdy zalecaną zostaje kuracya przeciw ogólnemu stanowi nerwowemu“. „Nie chce się wprost wierzyć, jak smutne spotykamy w praktyce ofiary niezdarnych i brutalnych fanatyków terapii lokalnej, którzy rzucają się łakomie z narzędziami na niewinne cewki i, nie poprawiając zgoła impotencyi, wywołują tylko niezbyt cewki i pęcherza i doprowadzają do okropnych objawów miejscowych i ogólnych, nieraz wprost do rozpaczliwego stanu“.

Słuszność powyższych uwag mógłbym potwierdzić szeregiem własnych spostrzeżeń. Dla ilustracyi tezy o bezowocności i szkodliwości zawziętej terapii miejscowej, nie uwzględniającej ani ogólnego stanu neurastenicznego, ani psychiki chorego, przytoczę dwa jaskrawe przypadki:

X. X., w wieku lat 30, zwrócił się do mnie przed 8-u laty ze skargą na niemoc, trwającą od 8 u lat. W 21-m roku życia zaraził się rzeżączką. Przedtem funkcye płciowe odbywały się u niego bez zarzutu. Rzeżączka ciągnęła się prawie pół roku, zajęła tylną część cewki. Dzięki usilnemu leczeniu nastąpiła znaczna poprawa, wzgl. wyleczenie. Gdy jednak chory z czasem wznowił życie płciowe, okazało się, iż jest on dotknięty niemocą. Po-

czątkowo erekcje były słabe, wytrysk przedwczesny, wkrótce doszło do zupełnego porażenia erekcji *ante coitum*, gdy we śnie lub nad ranem występowała samodzielnie zupełnie prawidłowa erekcja. Chory począł się leczyć u specjalistów moczowo-płciowych, którzy, upatrując przyczynę niemocy w stanie chorobnym krokowej części cewki, począli leczyć go różnymi środkami miejscowymi. Leczenie z przerwami ciągnęło się bez mała 8 lat. Chory przechodził z rąk jednego do rąk drugiego specjalisty, poprawy wszakże nie było żadnej. Przeciwnie, prócz niemocy płciowej rozwinęła się ogólna, bardzo ciężka neurastenja.

Chory był w najwyższym stopniu zrozpaczony i myślał tylko o samobójstwie.

Zbadawszy dokładnie chorego, przyszedłem do przekonania, iż niemoc jego jest prawie wyłącznie psychiczna, i dlatego też postanowiłem leczyć go li tylko psychicznie. Zadanie oczywiście nie było łatwe, należało bowiem unicestwić w umyśle jego sugestye, które w ciągu długiego szeregu lat były mu wszczepiane przez dziesiątki lekarzy. Trzeba było puścić w ruch całą masę kontrsuggestyi, aby sparaliżować wpływ różnych błędnych wyobrażeń. Działalem na chorego nie tylko suggestyą, ale i perswazyą, dowodzeniem, wyjaśnianiem i t. p. [zgodnie z zasadami psychoterapii Dubois'a]. I oto wynik był taki, iż chory po upływie 6-u tygodni od chwili rozpoczęcia kuracji u mnie odzyskał w zupełności dawną potencję.

Na zakończenie niniejszej obserwacji muszę przytoczyć pewien ciekawy fakt.

Pomimo wyleczenia się z niemocy, chory cierpiał jeszcze na bardzo nieznaczną prostatoreę. Skutkiem tego poprosiłem na poradę jednego z poważniejszych specjalistów moczowo-płciowych. Ten, zbadawszy chorego, orzekł, iż chory ma bolesny i powiększony gruczoł krokowy, skutkiem czego uznał za konieczne dłuższe systematyczne mięsienie gruczołu. Na osobności lekarz ten oświadczył mi, iż otrzymany przeze mnie efekt leczniczy uważa za efemeryczny i że, o ile chory nie będzie w dalszym ciągu leczony metodami lokalnymi, niemoc jego szybko powróci.

Na usilne naleganie moje, chory rozpoczął masaż gruczołu krokowego, lecz już po trzech dniach sprzykrzyła mu się ta przykra manipulacya, i kuracyę zarzucił. Nie bacząc na to, potencya w dalszym ciągu utrzymywała się i nawet z biegiem czasu jeszcze bardziej się wzmogła. Chory w rok po odzyskaniu zdrowia ożenił się i w pożyciu małżeńskim wykazywał doskonałą sprawność. Chorego do tej pory widuję i za każdym razem dowiaduję się odeń, że jest zdrow całkowicie.

A oto drugi przypadek.

F. oficer, lat 24, wysoki i silnie zbudowany młodzieniec. W 21-m roku życia przechodził ciężką rzeżączkę; po wyleczeniu się przez dwa lata żył w zupełnej abstynencyi, obawiając się powtórnego zakażenia. Przed rokiem ożenił się. Odczuwa silny popęd, miewa silne erekcje, ale *ante coitum* erekcja bardzo słaba albo żadna. Chory leczył się w przeciągu całego roku u jednego ze specjalistów moczowo-płciowych, który zastosował cały arsenał środków miejscowych. Efektu nie było żadnego. Po roku, straciwszy zupełnie zaufanie do lekarza, przestał się u niego leczyć. Gdy zwrócił się bezpośrednio potem do mnie, od razu przyszedłem do przekonania, iż mam do czynienia z postacią niemal wyłącznie psychiczną i zaraz zacząłem na chorego w odpowiedni sposób oddziaływać. Skutek był zdumiewający. Chory już po kilku dniach dokonał pomyślnie aktu spółkowania [w rok po ślubie!] i odtąd powodzenie stałe mu już dopisywało. Lekarz, który go przedtem był leczył, dowiedziawszy się o wyniku mojej psychoterapii, nie posiadał się ze zdziwienia.

Nie przeczę, iż w wielu przypadkach leczenie miejscowe jest konieczne, stosując je jednak, należy kierować się zasadami następującymi: 1) musi być stwierdzony pozytywnie stan chorobny cewki, 2) leczenie miejscowe należy stosować umiarkowanie i niezbyt długo, 3) o ile kuracya ta odbija się ujemnie na ogólnym stanie nerwowym chorego, należy ją w porę przerwać, 4) leczenie miejscowe należy prowadzić współcześnie z terapią ogólną, kojącą i tonizującą układ nerwowy, 5) należy ciągle pamiętać o stanie psychicznym chorego i nieustannie sugestyonować go w kierunku uleczalności jego choroby.

Wielu lekarzy tak przywykło wiązać impotencyę z astenią ośrodków płciowo-rdzeniowych, tę zaś ostatnią ze zmianami w cewce, że, jak tylko dowiedzą się, iż niemoc poprzedza długotrwały samogwałt, natychmiast przystępują do leczenia miejscowego, ani na chwilę nie przypuszczając, że i w tych razach pierwiastek psychiczny może odgrywać wybitną rolę. Nie będę tu rozważał kwestyi, czy samogwałt powoduje tylko nerwowe podrażnienie części krokowej cewki i *colliculus seminalis* [jak utrzymują EULENBURG i FÜRBRINGER], czy też wywołuje on niekiedy i stan kataralny tych narządów [jak utrzymują PEYER, GARDNER i FINGER], dla mnie jest niewątpliwem, że impotencya, rozwijająca się na tle uporczywego samogwałtu, posiada niekiedy cechy impotencyi czysto psychicznej lub przeważnie psychicznej. Przypadków takich spostrzegałem wiele, podam z nich kilka ciekawszych.

[D. n.]

NOTATKI LEKARSKIE.

PRZYCZYNEK DO KAZUISTYKI GRUŻLI- CY NEREK.

Podał

Dr. med. Leon Jan Zieliński,

b. asystent sanatorium dra DEUSKIEGO w Zakopanem.

Przypadek niżej opisany dotyczy mężczyzny lat 30-u, który się zgłosił do sanatorium dra DEUSKIEGO w końcu czerwca r. b. Chory w kierunku *tbc.* dziedzicznie nie obciążony; zaświadcza natomiast o obciążeniu w kierunku chorób wątroby [oboje rodzice i jedna z sióstr chorują na kamice żółciową]. Zupełnie zdrowy w dzieciństwie, miewał przed 5-u laty bole napadowe w okolicy żołądka, powtarzające się dość często [1—2 razy tygodniowo] i trwające po kilka godzin. Lekarz wspominał wtedy choremu o chorobie wątroby. Zimą 1903 r. bole powyższe ponowiły się, tym razem jednak umiejscowione wyraźniej w podżebrzu prawem. Towarzyszył im stan podgorączkowy do 37,5°.

Odtąd bole te powtarzały się częściej, stan podgorączkowy trwał ciągle. W połowie marca r. b. wysłano chorego z powodu zmian szczytowych do Ab-bacyi, gdzie leczyl się do końca maja i zyskał na wadze.

W końcu maja r. b. zjawił się napad bardzo silnego bólu w podżebrzu prawem, trwający z przerwami dni kilka. Odtąd podniesienia ciepłoty do 38,5°; szybkie chudnienie.

Przy badaniu stwierdzono: Wygląd mizerny, cera z lekko żółtym odcie-niem na twarzy. Budowa wątlą, odżywienie liche. Wzrost 169 ctm. Waga 52½ kilgr. Klatka piersiowa długa, przy oddychaniu po obu stronach ruchoma. Gruczoły limfatyczne wymacalne, miernie powiększone po obu stronach szyi. Drżenie głosowe wzmożone w prawym szczycie. Granice płuc prawid-łowe, ruchome. Stłumienie wypuku nad obojczykiem i nad prawym grzebie-niem łopatki, oddech w szczycie szorstko zaostrozony z wydłużonym wydechem, bez rżeń. Pod kątem prawej łopatki stłumienie wypuku i oddech przyci-szony, ale słyszalny; rozrzucone dyskretne tarcie opłucne, aż do linii pa-chowej tylnej. Lewe płuco bez zmian widocznych. Granice serca prawid-łowe, 1-szy ton u wierzchołka akcentowany, tętno 108. W okolicy wątroby—guz, wywołany, jak się pozornie zdawało, powiększeniem płatu prawego.

Guz był twardy, przy ucisku bolesny, przy oddychaniu wyraźnie rucho-my, sięgał na 3—4 palce poniżej łuku żebrowego.

Śledziona miernie powiększona. Nerka prawa z powodu guza w podże-brzu i bolesności przy ucisku w tem miejscu, badaniu niedostępna; lewa nerka nie dająca się wymacać. Okolica lędźwiowa przy wstrząsaniu niebolesna.

Mocz w ilości dobowej 1100 ctm. sz., jasny, przezroczysty, o oddziały-waniu słabo kwaśnem, ciężarze właściwym 1018. Białka, cukru, diazore-akcyi brak. Plwociny chory nie odkrztuszał wcale przez cały czas pobytu w sanatorium. Badanie krwi okazało: hemoglobiny 64%, czerwonych ciałek 4300000, białych 13000. W barwionych preparatach krwi nie nienormalnego nie znaleziono.

Nie znajdując w zmianach szczytowych dostatecznego wyjaśnienia wy-sokiej gorączki, dochodzącej niemal codziennie do 38,5°, podejrzewaliśmy ra-czej, że przyczyną jej jest sprawa chorobna, tocząca się w jamie brzusznej. Badając często mocz [2—3-ch razy tygodniowo] w 3-im tygodniu pobytu cho-rego w sanatorium, znaleźliśmy na jednym z preparatów, bardzo zresztą skąpego osadu moczowego, 3—4 prątki do gruźliczych podobne. Szczepień na świnkach morskich na razie nie mieliśmy możności przeprowadzić.

W dalszym przebiegu choroby zbierana codziennie ilość dobowa moczu wahała się od 1100 do 1600 ctm. sz.

Mocz zawsze był przezroczysty, o oddziaływaniu i ciężarze właściwym prawidłowym, nie zawierał nigdy śladów białka, nie dawał diazoreakcyi.

Nie zauważyliśmy nigdy bolesności przy ucisku w okolicy nerek, zmian w częstości oddawania moczu, domieszki krwi w moczu i t. d. W trudno wy-twarzającym się i stale bardzo skąpym osadzie moczowym, zbieranym z całej doby i centryfugowanym, nie udało nam się nigdy znaleźć po raz drugi la-sieczników kwasoodpornych, liczba zaś leukocytów stale nie przekraczała normy.

Stan chorego po miesięcznym pobycie w sanatorium nie uległ wyraźniej-szej zmianie. Guz w podżebrzu prawem powiększył się nawet nieco, chory jednak utrzymywał stanowczo, że odczuwa tam ból znacznie mniej. Waga bez zmiany, ciepłota wyraźnie mniejsza: z rana 37,0°, dochodziła wieczorem do 37,8°, [pod językiem].

Ponieważ jednorazowe znalezienie kilku laseczników kwasoodpornych, bez żadnych innych zmian w moczu, pomijając już *bacillum smegmae*, dowo-dzić jedynie mogło, jak to wykazał JOESSET, istnienia gruźlicy czynnej w ustro-

ju, samo zaś przez się rozpoznania gruźlicy nerek nie rozstrzygało, skierowaliśmy chorego dla dalszych badań i leczenia do Krakowa. Tu prześwietlenie zapomocą promieni ROENTGEN'a dało wynik ujemny.

W narkozie, zastosowanej w celu cewnikowania dyagnostycznego moczowodów, udało się chirurgowi wymacać prawą nerkę znacznie powiększoną. W moczu, z tej nerki otrzymanym, znaleziono obfite prątki gruźlicze. Mocz z lewej nerki okazał się prawidłowym. Wobec tego w dniu 1-ym października dokonano operacji i znaleziono nerkę prawą w czwórnasób, co najmniej, powiększoną, pozrastaną tak z otoczeniem, że wyłuszczenie jej natrafiało na znaczne trudności. Niezawodnie te właśnie zrosty dawały przy badaniu jamy brzusznej wrażenie guza prawego płatu wątroby. Przy bliższych oględzinach u bieguna górnego nerki i na jej przedniej powierzchni znaleziono nieco ropy, na przekroju zaś kilka, wielkości srebrnego rubla, ognisk serowatych w istocie rdzeniowej nerki. Miedniczka i moczowód okazały się prawidłowe.

Chory zmarł następnego dnia po operacji. Badania pośmiertnego nie było.

Przypadek ten zaliczyć musimy do niezwykłych z punktu widzenia klinicznego:

Wszyscy niemal autorzy twierdzą zgodnie, że pierwszym następstwem czynności prątka gruźliczego w tkance nerkowej, jest znaczne przekrwienie w kłębkach MALPIGHI'ego, którego wyrazem jest początkowo rzadsze, później coraz częstsze pęknięcie naczyń i krwawienia nerkowe.

Drugim, niemal stale towarzyszącym tej sprawie objawem—jest ból w okolicy lędźwiowej, promieniujący niekiedy do worka mosznowego u mężczyzn i warg sromnych u kobiet, potęgujący się przy chodzeniu i symulujący nawet czasem kolkę nerkową. Trzecim wreszcie—występującym już w początkowym okresie—są zmiany w częstości i ilości oddawanego moczu. [Pomijam już tutaj obecność ropy w moczu, świadczącej zawsze o sprawie dalej posuniętej].

Żadnego z wyżej wymienionych objawów, ani w wywiadach, ani w czasie naszej dość długotrwałej obserwacji u wspomnianego chorego nie było.

Badania ostatnich lat w sprawie gruźlicy nerek zmuszają do oględnego oceniania nawet takich danych rozpoznawczych, jakie do niedawna uchodziły za decydujące. Traci część wartości nawet znalezienie laseczników gruźliczych w moczu od czasu, kiedy FOULERTON i HILIER stwierdzali je drogą szczepienia osadu moczowego świnkom w takich przypadkach gruźlicy przewlekłej, w których badanie pośmiertne okazywało zdrowe nerki.

Podniesienia ciepłoty nie są w gruźlicy nerek obowiązuje. Powiększenie nerki jest też objawem złudnym, gdyż według CASPER'a, nieraz przerostowi ulega właśnie nerka zdrowa, a chora pozostaje niepowiększoną i niemacalną. Wreszcie zamknięcie moczowodu z chorej strony może być powodem, że mocz, nie zbierany osobno z każdej nerki, nie okaże żadnych zmian chorobnych.

W takich warunkach, zdaniem niektórych autorów, objawy wyżej wymienione [krwawienia, bole, polliakuria] zyskują wiele na wartości rozpoznawczej.

Przypadki, jak wyżej opisany, świadczyłyby, że nawet w daleko posuniętej gruźlicy nerek i tych objawów może czasami zbraknąć.

Tem bardziej słuszne wyda się zdanie TUFFIER'a o gruźlicy nerek, że „aucune affection rénale ne donne lieu à des accidents plus variés et n'est plus fertile en erreurs”.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

13. Goldscheider. O wczesnem rozpoznawaniu gruźlicy metodami fizykalnemi.

1. Uwagi ogólne o sposobach opukiwania płuc.

Dotąd w nauce o perkusji utrzymywał się pogląd, że słabej perkusji należy używać w celu wykrycia ognisk powierzchownych, gdy tymczasem zmiany głębiej leżące dadzą się wykazać jedynie przez zastosowanie silnego opukiwania. To „głębiej“ ograniczono mniej więcej do 6-u ctm. wgłęb klatki piersiowej. Autor z całą stanowczością występuje przeciw temu pogładowi, który pozyskał niejako siłę dogmatu naukowego. Doświadczenia autora [opukiwanie wyjętego z trupa płuca u wierzchołka i jednocześnie wysłuchiwanie u podstawy], oraz badania MORITZ'a i RÖHL'a [podobnie opukiwania cylindra z masy żelatynowej zbitej uprzednio na pianę; drżenie płomienia, stykającego się z balonem gumowym wprowadzonym do rozciętej tchawicy, przy słabej perkusji klatki piersiowej] dowodzą, że wpływ słabego uderzenia opukowego sięga już znacznie dalej, niż dotąd sądzono [od 16.5 do 35 u ctm.]. Zastanawiając się następnie nad wartością rozpoznawczą silnej i słabej perkusji, autor dochodzi do wprost przeciwnego wniosku: właśnie dla wykrycia ognisk głębokich należy posługiwać się słabem opukiwaniem. Przy zmianach powierzchownych można opukiwać silniej, jakkolwiek i w tych wypadkach najlepszą jest słaba perkusya. Tam, gdzie chodzi o drobne i głębokie ogniska, mocna perkusya zupełnie w błąd wprowadza. Wypływa to stąd, że przebiegające w kierunku uderzenia opukowego fale dźwiękowe wyróżniają się z pośród innych (*divergenten Wellen*) przez swoją doniosłość (*Lautheit*). Przy zmniejszeniu siły uderzeń opukowych przewaga tych fal osiowych występuje wciąż więcej. Przy najcięższej perkusji (*Schwellenwerthspercussion*) ucho nasze chwytą wyłącznie, lub prawie wyłącznie fale osiowe. Pochłanianie więc fal dźwiękowych przez ciała pozbawione powietrza występuje wyraźniej przy słabem opukiwaniu. Możemy wyobrazić sobie działanie silnego i słabego uderzenia, jako szeroki i wązki pęk promieni. Rozbieżność tych promieni będzie zwiększać się wraz ze zwiększeniem odległości. Jeżeli ognisko leży głęboko, to wpływ silnego uderzenia obejmie znacznie większą przestrzeń okołogniskową, niż słabego, czyli, że stłumienie, pochodzące z ogniska, przy mocnem uderzeniu zostanie zatuszowane lub całkiem zniesione przez głośny odgłos środowiska o zawartości powietrznej. W bliskości powierzchni opukiwanej rozbieżność fal dźwiękowych *ceteris paribus* odegrywa mniejszą rolę. Zawsze jednak i tu najlepsze wyniki daje słaba perkusya. W przypadkach znacznej otyłości i dla określenia siły napięcia (*Intensität*) otrzymanych tępości posługujemy się silnemi uderzeniami. W każdym razie młotek i plesymetr jest zbyteczny. Ten ostatni oddaje tylko usługi przy wykazywaniu dźwięków metalicznych. Zresztą więcej jest szkodliwy, niż pożyteczny. Dla zmierzenia napięcia stłumienia należy stosować opukiwanie stopniowane. Otrzymujemy tu skalę: wszystkie wogóle stłumienia występują przy tak zwanej *Schwellenwerthspercussion* autora; przy zwiększaniu siły opukowej znikają one stopniowo, od najsłabszych poczynając, w końcu pozostają tylko najsilniejsze. Jednocześnie zachodzą zmiany dźwięku opukowego: stłumienie znika, dźwięk staje się wyższy i krótszy. Te różnice występują najjaskrawiej, jeżeli trzymać palce podług metody PLESCHÉ'go lub używać pałeczki szklanej autora. Prawidło ogólne: zaczynać

od słabych uderzeń; gdy się stłumienie ujawni, przez stopniowe zwiększanie siły opukowej określić napięcie stłumienia; gdy się rodzi podejrzenie stłumienia, siłę uderzenia zmniejszyć, dochodząc aż do *Schwellenwerthsp Perkussion* autora.

2. Technika opukiwania wierzchołków.

Najlepsze usługi oddaje b. słaba i stopniowana perkusya, umożliwiając wykrycie minimalnych zmian gruźliczych. Niewłaściwością jest szukać wierzchołka w całej jamie nadobojczykowej: tu przechodzi pierwsze żebro, część przestrzeni pierwszego międzyżebra. Tylko część tej powierzchni, zawarta pomiędzy nóżkami mięśnia *stern. cleid. mastoid.*, odpowiada właściwemu wierzchołkowi płuc, przyczem znajduje się on w tem dogodnym położeniu, że nie jest przykryty warstwą mięśniową. Przy badaniu wierzchołków z tyłu, chory powinien usiąść, ramiona wysunąć w bok i ku przodowi, wzgl. objąć poręcz krzesła. I tu często popełnia się ten błąd, że się opukuje wierzchołek w *fossa supraspinata*, z którą on nie ma nic wspólnego. Wierzchołek przylega do kręgosłupa, najwyższy punkt jego odpowiada wyrostkowi ciernistemu pierwszego kręgu grzbietowego, a brzegi wewnętrzne zbiegają się ku sobie u drugiego kręgu i idą ku dołowi, ściśle trzymając się ciał kręgowych. Najważniejsze więc wyniki opukowe, które pozwalają nam sądzić o stanie wierzchołków, otrzymujemy z przodu nad obojczykiem w przestrzeni między nóżkami *m. ster. cleid. mast.*, dalej na i pod obojczykiem w kierunku dośrodkowym. z tyłu tuż przy kręgosłupie na wysokości pierwszych kręgów grzbietowych. Badanie wykonywamy w sposób następujący: za pomocą pośredniej perkusyi (*mittelstarke*) należy zorientować się ogólnie. Następnie zniżyć siłę uderzenia do stopni najcichszych, porównując miejsca symetryczne stron obu. Porównawcze badanie uzupełniamy badaniem strony jednej, aby przy zmianach w obu szczytach słuszną wyciągnąć wnioski. Fizjologicznie dźwięk na wierzchołkach jest słabszy, niż pod nimi. Opukując zupełnie cicho i posuwając się z dołu ku górze, możemy zauważyć, że dźwięk na jaki centymetr niżej górnej granicy płuc znika. Dość jednak odrobinę wzmocnić siłę uderzeń, aby otrzymać dźwięk jasny, równy. Stąd nauka: opukiwać, posuwając się ku górze słabo, jednak silniej, niż tego wymaga *Schwellenwerthsp Perkussion*. Jako punkt wyjścia z przodu należy wybrać mniej więcej 3-e międzyżebro, z tyłu miejsce na wysokości 4—5-go kręgu grzbietowego, tuż przy kręgosłupie. Ta metoda z dobrym skutkiem da się zastosować u ludzi krępych i otyłych. Badanie wymaga zupełnej ciszy i nie powinno być uskuteczniane na sali szpitalnej. Nie należy, zwłaszcza w wypadkach wątpliwych, zaniedbywać badania jamy pachowej. Chory powinien bark silnie w górę ująć i rękę na głowę założyć. Opukujemy punkt najwyższy, odpowiadający bocznej części drugiego międzyżebra. Dźwięk tem silniej w głąb przenika, im silniej naciskamy palcem, plesy metrem lub pałeczką. Należy się wystrzeżać, aby przez zbyt słaby nacisk nie wywołać sztucznych tępości.

3. Wyniki opukiwania płuc metodą autora.

a) Porównanie wyników otrzymanych metodą autora i zapomocą zwykłej metody opukiwania palcem po palcu. Badania były sprawdzone zapomocą promieni RÖNTGEN'a i dały zupełną przewagę metodzie autora. Tam, gdzie zwykłymi sposobami (*Finger-Finger-Perkussion*) nie otrzymywano nic lub tylko zmiany jednostronne, sposób autora (*die leiseste Perkussion*) wykrywał zmiany jedno- lub obustronne, co się potwierdzało badaniami fotograficznymi.

b) Umiejscowienia stwardnień płucnych, wykryte metodą autora i wyrażone w cyfrach, zgadzają się najwięcej z danymi faktycznymi.

c) Stosunek objawów wysłuchowych do opukowych: przyznając duże znaczenie danym osłuchowym, zwłaszcza w połączeniu ze słabą perkusją, autor

jednak zaznacza, że więcej one są zależne od wpływów ubocznych [subiektywizmu, sposobu oddychania chorego], trudniej się dają ovladnąć, szczególnie w praktyce ogólnej i ustępują słabej perkusji, gdy idzie o początki zmian gruźliczych. Gruźlica, zdaniem autora, zaczyna od nacieczenia, a przeto klinicznie od stłumień.

d) Ruchomość oddechowa wierzchołków płucnych: zgodnie z paru innymi badaczami [EWALD, HENKE] autor twierdzi, że właściwy szczyt wierzchołkowy nie ulega ruchowi przy oddychaniu. Przesuwanie się to można zauważyć w bocznych częściach wierzchołków. *Maximum* podczas największego wdechu i wydechu na 1.5 ctm. Określenie tych ruchów nieraz przedstawia znaczne trudności i nie ma szczególnego znaczenia przy rozpoznawaniu początków gruźlicy.

e) Uwagi o objawach wysłuchowych: autor na zasadzie własnych obserwacji doszedł do przekonania, że nie jest słuszne objaśnianie powstawania zaostrzonego oddechu i wydłużonego wydechu przez zjawiska kataralne w płucach. W swoich przypadkach wszędzie, gdzie był oddech zaostrzony, autor wykrywał stłumienie [co odpowiada nacieczeniu], względnie rzadko objawy kataru. Oddech szorstki (*rauhes Athmungsgeräusch*), jako objaw wczesny gruźlicy nie jest, zdaniem autora, pewnym objawem wobec dowolności w pojmowaniu tego zjawiska. Oddech przerywany (*sakkadiertes Athmen*) zbyt rzadko się spotyka, aby mu przypisywać praktyczne znaczenie. Trzeba być również ostrożnym w ocenianiu drobno-pęcherzykowych szwerców szczytowych, które mogą być tylko następstwem niedodmy.

f) Źródła pomyłek: najczęściej napięcie mięśniowe, które da się z łatwością przez odpowiednie ułożenie chorego usunąć, i skolioza, która szczególnie utrudnia opukiwanie tylnej powierzchni i może dawać cienie na fotografii. Znaczne różnice w wysokościach wierzchołków, znajduwane u zdrowych ludzi przez SEUFFERHELD'a, które się nie potwierdziły przez rentgenoskopię, autor kładzie na karb samej metody badania (*Finger-Finger Perkussion*). Sam autor takich różnic nie widział.

g) O znaczeniu znalezionych stłumień: Wykryte zapomocą perkusji tępości wskazują na stwardnienia w płucach, nie stanowiąc jeszcze o charakterze tych zmian. Autor jednak wypowiada zdanie, że objawy te w wierzchołkach prawie zawsze należą do gruźlicy.

W końcu artykułu podano 88 spostrzeżeń klinicznych i kilka tablic fotograficznych, uzasadniających twierdzenia autora.

(*Zeitschr. für klin. Med.*, t. 69, z. 3 i 4).

M. Gliński.

14. Burvill Holmes [Filadelfia]. O znajdowaniu laseczników gruźliczych we krwi.

Przed rokiem w filadelfijskim Towarzystwie Patologicznym ROSENBERGER¹⁾ przedstawił wyniki swych badań nad poszukiwaniem laseczników gruźliczych we krwi. Wyniki te były zdumiewające, gdyż na 125 zbadanych przypadków w różnych okresach gruźlicy [nawet wtedy, gdy zmian gruźliczych w płucach nie było, tylko laseczniki w kale] R. znajdował z a w s z e mniejszą lub większą liczbę laseczników we krwi. Do chwili obecnej liczba jego spostrzeżeń wzrosła do 300 u [w tem jeden przypadek wilka]. Wobec znanej powszechnie trudności i rzadkości znajdowania laseczników gruźliczych we krwi, wiadomość ta zainteresowała liczne koła badaczy w Ameryce i we Fran-

1) Patrz streszczenie w Gazecie Lekarskiej 1909, Nr 23.

cyi. Stosowano się ściśle do przepisów podanych przez ROSENBERGER'a, dość zresztą prostych. [Krew wziętą z żyły miesza się z równą ilością 2%-go roztworu cytrynianu sodu, osadza w ciągu 24-ch godzin, osad bierze się na szkiełko, wysusza na płytce miedzianej na wolnym ogniu, przemywa strumieniem wody, przeprowadza przez płomień i barwi zwykłym sposobem]. Wyniki otrzymywano różne, ale wogóle rzadko dodatnie. Tylko FORSYTH na 12 przypadków znalazł laseczniki w 10-u, a PATTY i MENDENHALL — w 7-u. BARNHAM-LYONS w 10-u przyp., a SCHROEDER i COTTON w 48-u przyp. mieli wyniki ujemne, tak samo MOHLER, RAVENEL i SMITH i inni. Autor strzeżonej pracy zbadał 56 przypadków, otrzymując dodatnie wyniki tylko w pięciu, z których trzy nie zależały od gruźlicy [jeden przypadek *pneumoniae senilis*, dwa — *meningitidis cerebro-spin. epidemicae*]. Co do jednego z tych trzech przypadków może być wątpliwość, gdyż nie wykonano sekcji, w przyp. *meningitidis* sekcya nie wykazała gruźlicy, a szczepienie krwi świnkom morskim dało wynik ujemny. Badacze, sprawdzający spostrzeżenia ROSENBERGER'a [BURNHAM i LYMS, a zwłaszcza BREM], doszli do przekonania, że przyczyną omyłki mogło być zanieczyszczenie wody, używanej do rozpuszczania barwików i do przepłukiwania preparatów. Przynajmniej BREM, który w swoich badaniach także znajdował łatwo laseczniki we krwi, jak ROSENBERGER, uderzony wynikami ujemnymi, jakie otrzymywał przez szczepienie tej samej krwi świnkom morskim, doszedł po długich poszukiwaniach, że przyczyną było zanieczyszczenie w pracowni wody, która zawierała laseczniki. W ten sposób, wbrew spostrzeżeniom ROSENBERGER'a, powracamy do dawnych poglądów, że laseczniki gruźlicze we krwi krążą w małej liczbie i nie są łatwe do znalezienia.

(The amer. Journal of med. sciences 1910, styczeń).

A. Puławski.

Wiadomości drobne.

3. J. VEIT podaje następujące zasady postępowania w łożysku przodującym:

Aby lekarz mógł udzielać pomocy w łożysku przodującym, powinien posiadać pewną wprawę, mianowicie wszelkie manipulacje tak wykonywać, aby nie odkleić łożyska i umieć nałożyć szew na rozdartą szyjkę maciczną.

Postępowanie, jeśli dziecko jest martwe albo niedonoszone: Obrót według BRAXTON-HICKS'a i wyczekiwanie.

Postępowanie wobec łożyska przodującego bocznego, brzeżnego: a) jeśli przoduje główka — rozdarcie pęcherza płodowego; b) we wszystkich innych położeniach — metreuzyza na 8 godzin, następnie obrót i wydobycie płodu, przyczem trzeba być jednak przygotowany do zeszyca szyjki macicznej.

Postępowanie wobec łożyska przodującego środkowego: albo *accouchement forcé* z przygotowaniem do szwu i ewentualnie z uprzednią kilkogodzinną kolpeuryzą, albo hysterotomia przednia z natychmiastowym rozwiązaniem.

Kto nie potrafi lub już nie zdąży wypełnić przepisów tu podanych, temu

pozostanie postępowanie bardzo proste: zatamponuje pochwę gazą albo kol-peurynterem i odesła rodzącą możliwie prędko do zakładu położniczego.

(*Berlin. klin. Woch.* 1909, Nr. 47).

Z.

4. DAWID B. LEES. Leczenie gruźlicy płuc przez długotrwałe wzięwania przeciwnilne.

Chorzy noszą stale maskę, w której znajduje się gąbka albo kawałek filcu, nasyconego następującą mieszaniną: *Acid. carb.* 8, *Kreosot.* 6, *Trac. jodi* 4, *Spir. aeth.* 4, *Spir. chloroph.* 8. Mieszaninę tę wkrapla się co godzina we dnie i kilka razy w ciągu nocy. Maskę cynkową zdejmuje się tylko podczas jedzenia. W razie krwiopłucia dodaje się terpentyny. W ten sposób autor leczył 30-u chorych, z których 22-u wyzdrowiało [u 15-u stan dobry trwa już rok cały], 5-u poprawiło się, u 3-ch wynik był wątpliwy.

(*Brit. med. jour.* 1909, 11. XII).

P.

Towarzystwo Lekarskie Lwowskie.

XXXI posiedzenie naukowe dnia 12-go listopada 1909 r.

I. MARS przedstawia 1) chorą w 1½ roku po bardzo ciężkiej operacji metodą WERTHEIM'a, wskutek rozpadającego się raka macicy. Osoba ta dziś jest zupełnie zdrowa. Prelegent mówi o 48-u własnych, w ten sposób operowanych przypadkach.

W dyskusji występował SKAŁKOWSKI, jako przeciwnik tej metody, RYDYGIER [senior], jako zwolennik. 2) *Adenomyoma*, która rozwinęła się z ciążki WOLFA.

W dyskusji KUČERA wyjaśnia, iż nowotwór wychodzi z *paraoophoron*.

II. ORZECZOWSKI przedstawia: 1) chorą z objawami guza *corporum quadrigeminum*, możliwie i *epiphyseos*; 2) chorą z guzem *hypophyseos*.

W dyskusji W. ZIEMBICKI mówi o eozynofilii krwi przy guzach *hypophyseos*; ZAŁEWSKI uzasadnia, dlaczego w jednym z tych przypadków mógł zapomocą badania kamertonami rozpoznać zajęcie centralnych dróg *n. cochlearis*.

III. M. SELZER mówi: „O odczynie CAMMIDGE'a“. Znajdował on ten odczyn i u zupełnie zdrowych ludzi.

W dyskusji MORACZEWSKI mówił o możliwości chwilowych zaburzeń wydzielania i u ludzi zdrowych, HORNOWSKI o zmianach, które znajdował sekcyjnie w trzustce przy dodatnim CAMMIDGE'u za życia.

XXXII posiedzenie naukowe dnia 19-go listopada 1909 r.

I. O. LITWINOWICZ przedstawia: 1) chorego po wyjęciu ezofagoskopem kości z przelyku, 2) preparat pierwotnego raka tchawicy.

W dyskusji zabierali głos: ZIEMBICKI [junior], JURASZ, mówiąc o komplikacjach spowodowanych przez ciało obce w przelyku i HORNOWSKI, mówiąc o budowie mikroskopowej raka tchawicy (*adenocarcinoma* z gruczołów słuzowych).

II. Nowicki przedstawia: 1) preparaty przerzutów pierwotnego mięsaka jąder do różnych narządów; 2) torbiel dermoidalną klatki piersiowej.

W dyskusji REICHENSTEIN omawia przebieg kliniczny przypadku torbieli, HERMAN mówi o stosowaniu toksyn COLLEY'a przy mięsakach, ZIEMBICKI [senior] przytacza własne przypadki i obserwacje, HORNOWSKI mówi o powstawaniu torbieli dermoidalnych w śródpiersiu, PISEK zastanawia się, jak mogło działać serce, pomimo zajęcia jego mięśnia przez przerzuty mięsaka.

III. W. ZIEMBICKI mówi o praktycznej wartości urorojeiny i nefrorojeiny w moczu

W dyskusji przemawiali CZARNIK i RACZYŃSKI, omawiając kliniczny przypadek z dużą ilością nefrorojeiny.

XXXIII posiedzenie naukowe dnia 26-go listopada 1909 r.

KUČERA wygłosił odczyt: „Pogląd na fakty i teorie w nauce o odporności“, w którym omawiał zjawiska aglutynacji, precypitacji, oraz mówił o opsoninach.

XXXIV posiedzenie naukowe dnia 3-go grudnia 1909 r.

I. ŁUKASIEWICZ przedstawia chore: 1) z *pemphigus exfoliatus*, przechodzący w *p. vulgaris*; 2) z *lupus erythematosus disseminatus seu agregatus*.

W dyskusji zabierali głos: A GLUZIŃSKI i prelegent.

II. F. UERSTEIN przedstawia chorą z *acne bromata*.

W dyskusji zabierali głos: BIERNACKI, ŁUKASIEWICZ, prelegent.

III. A. RYDYGIER [jun.] przedstawia chorych: 1) po operacji olbrzymiego mięsaka czaszki; 2) po wycięciu odźwiernika z powodu podejrzenia na raka.

W dyskusji zabierali głos: RYDYGIER [senior], zwolennik wycinania w takich razach odźwiernika, GLUZIŃSKI, zwolennik *gastroenterostomiae*; obydwaj omawiali częstość rozwijania się raka na tle wrzodu okrągłego żołądka. HORNOWSKI nie znalazł mikroskopowo raka w danym przypadku, lecz tylko liczne komórki olbrzymie w błonie śluzowej, które uważa za *Fremdkörperriesenzellen*, uważając za obce ciało komórki gruczołowe jeszcze bez zmian histologicznych, ale już prawdopodobnie o chemizmie zmienionym.

HERMAN mówi o znaczeniu rozpoznawczem dla raka metody badania GLUZIŃSKIEGO.

SCHRAM opisuje przypadek mięsaka czaszki u dziecka, bez nawrotu już 4-y rok po operacji.

REIS wygłasza: „O przewlekłym nieżycie spojówek, wywołanym dwuprątkiem MORAX AXENFELD'a“; przedstawia chorych, preparaty mikroskopowe oraz rezultaty badań bakteryologicznych w 300 przypadkach, z których w 85-u znalazł dwuprątkę, którego cechy charakterystyczne podaje, jako że obraz kliniczny przez niego wywołany.

W dyskusji zabierał głos MACHEK.

XXXV posiedzenie naukowe dnia 10-go grudnia 1909 r.

I. WALLACH przedstawia 20-letniego chorego z chorobą RAYNAUD'a.

W dyskusyi zabierali głos: STANBER, BIERNACKI, HALBAN i prelegent.

II. SŁĘK omawia i przedstawia: 1) przypadek *cholecystostomiae*; 2) przypadek *cholecystectomy*; 3) przypadek brodawczaka języka; 4) cztery wyrostki robaczkowe w różnych przypadkach wycięte i z różnymi zmianami.

W dyskusyi zabierali głos: L. RYDYGIER [senior], ZIEMBICKI [senior], RENCKI, A. GŁUZIŃSKI, NOWICKI i prelegent.

XXXVI posiedzenie naukowe dnia 14-go grudnia 1909 r.

I. O. LITWINOWICZ przedstawia chorego z *mucocoele* zatok klinowych i komórek sitowych i obszernie omawia przypadek.

W dyskusyi ORZECHOWSKI wyjaśnia, iż dopiero dokładne badanie rynologiczne pozwoliło wykluczyć guz mózgu; STACHIEWICZ nie wyklucza jego możliwości.

II. BLAIM przedstawia olbrzymi chrząstniak dłoni, a ZIEMBICKI [senior] mówi o zadaniach konserwatywnej chirurgii w takich przypadkach.

III. HERMAN wygłasza: „O krwotokach z sutki“. Omawia ich etyologię, związek z nowotworami złośliwymi i opisuje dwa obserwowane przez siebie przypadki, w których nowotworów złośliwych nie było, a krwawienie można objaśnić przez zmiany miażdżycowe w naczyniach.

W dyskusyi zabierali głos: ZIEMBICKI [senior], SZULISŁAWKI, HERMELIN, HORNOWSKI, L. FEUERSTEIN i prelegent.

J. Hornowski.

Wiadomości bieżące.

— Liczba porad udzielanych w ambulatoryum, istniejącem przy szpitalu Dzieciątka Jezus, stale wzrasta i wyniosła w roku ubiegłym 46600, w tem 16000 operacji chirurgicznych. Lekarstw bezpłatnych wydano 33500 z apteczki obsługiwanej przez jedną siostrę miłosierdzia, mającą do obsługi całego ambulatoryum dwie służby.

W ambulatoryum pracowało 19-u lekarzy, z nich tylko jeden jest mianowanym ordynatorem ambulatoryjnym [nadetatowym, bez pensyi]. Pozostali pełnią swe obowiązki bez żadnego tytułu i bez wynagrodzenia; trzech za swoją pracę dostaje bilet tramwajowy.

Trudno o skromniejsze wynagrodzenie za zmuśną pracę, która nie daje żadnych korzyści naukowych, materyalnych ani nawet służbowych. A jednak ta bezimienna praca jest oczywiście potrzebną dla najbiedniejszej ludności, która płacąc podatek szpitalny, tak często nie znajduje miejsca w szpitalu i musi się zadowalać poradą w ambulansie, jako surogatem leczenia.

Praca ta, jak to bywa w poliklinikach zagranicznych, mogłaby być pożyteczną dla chorych i dla lekarzy, gdyby sfery, od których to zależy, raz sobie powiedziały, że nie godzi się wyzyskiwać pracy i ofiarności lekarzy, że należy pomyśleć serjo o zadosyćuczynieniu tak różnorodnym, a tak zaniedbanym potrzebom naszego szpitalnictwa.

— W potocznem życiu naszych szpitali przypomina się od czasu do czasu nieregulowana dotąd w sposób stanowczy sprawa leczenia służby szpitalnej. Przed niewiele jeszcze laty panował zwyczaj, że leczenie to leżało w obowiązku lekarzy miejscowych. Nie był to jednak obowiązek pisany. W okresie rewolucyjnym sprawę leczenia służby wysuwano w sposób ostry tuż niemal za sprawą podniesienia skali zarobkowej i żywienia służby. Czy nie należałoby raz wreszcie ustalić wnioski w sprawie tak prostej do rozstrzygnięcia?

— W szpitalu Św. Ducha otwarto dla chorych dwa świeżo wyrestaurowane oddziały chorób wewnętrznych. Pomimo usilnych zabiegów kuratora i zarządu szpitala, remont, zresztą istotnie gruntowny, trwał o siem miesięcy!

— Nagrody im. dra MAJKOWSKIEGO za najlepsze prace, drukowane w r. z. w „Medycynie“ przyznano kol. KOPYTOWSKIEMU za pracę oryginalną, kol. GAŚCOWI i kol. RZĘTKOWSKIEMU za najlepsze streszczenia zbiorowe. Kol. RZĘTKOWSKI nagrodę swą przeznaczył na ponowny konkurs na najlepszą pracę z dziedziny pogranicza medycyny wewnętrznej i chirurgii, drukowaną w Medycynie w r. 1910.

— Choroby zakaźne w Warszawie.

W ciągu pierwszego tygodnia r. b. od dnia 2-go do 8-go stycznia do szpitali warszawskich przybyło 133 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 38, odrą 6, płonicą 8, błonicą 12, różą 11, tyfusem płamistym 6, tyfusem brzuszny 14, zapaleniem płuc 34 i grypą 4.

W tymże czasie zmarło osób 21, mianowicie: na ospę 7, płonicę 1, błonicę 3, tyfus brzuszny 1 i na palenie płuc 9.

W następnym tygodniu od 9-go do 15-go stycznia z chorobami zakaźnymi przybyło do szpitali warszawskich osób 145, mianowicie: chorych na ospę 31, odrę 6, płonicę 7, błonicę 7, różę 6, tyfus płamisty 19, tyfus brzuszny 24, zapalenie płuc 39 i grypę 6.

W tymże tygodniu zmarło 24-ch chorych, mianowicie: na ospę 11, płonicę 2, błonicę 1, tyfus płamisty 1, tyfus brzuszny 3 i zapalenie płuc 6.

Ogólna liczba chorych we wszystkich szpitalach w dniu 2-m stycznia wynosiła 3066, a w dniu 15-m stycznia 3029 osób.

— Przy Izbie Lekarskiej wschodnio-galicyskiej, dzięki niestrudżonym zabiegom kol. FĚSTENBURGA, zaczęła funkcjonować od Nowego Roku Kasa wsparć dla wdów i sierot po lekarzach i dla podupadłych lekarzy. Kasa rozpoczyna działalność z kapitałem 50000 koron.

— „Komitet uczonych słowiańskich“ rozesłał do uczonych polskich odezwę w języku polskim i pismo z wylómaczeniem pomyłki, wskutek której rozesłane były poprzednio odezwy czesko-rosyjskie. [Patrz Wiad. bież. w Nrze 4-ym Gazety].

— Naczelnik Akademii wojskowo-lekarskiej w Petersburgu, prof. DANILEWSKI, zwracając ministeryum wojny projekt nowej ustawy Akademii, podał się jednocześnie do dymisji.

— W Petersburgu odbył się III Zjazd psychiatrów rosyjskich pod przewodnictwem prof. BECHTEREWA, który rozpoczął Zjazd od podniesienia zasług dwu polaków, prof. BALIŃSKIEGO i prof. MIERZEJEWSKIEGO, jako twórców psychiatrii rosyjskiej. Podczas Zjazdu w dniu 15-m b. m. odbyło się uroczyste posiedzenie celem uczczenia pamięci tych dwu uczonych, na którym stosowne mowy wygłosili prof. BECHTEREW, prof. CZECZOTT i prof. FORMANEK z Pragi.

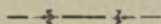
— W Berlinie założono międzynarodowy Instytut bibliografii medycyny i pokrewnych gałęzi. Członkowie Instytutu, którego prezesem jest ABBERHALDEN, płacą

15 marek rocznej składki i otrzymują zato dokładne streszczenia wszelkich prac z danej specjalności. Streszczenia z innych specjalności mogą otrzymywać członkowie za połowę ceny księgarskiej. Adres instytutu—Berlin, Spielernstrasse Nr. 17].

— W Milhuzie dwaj fabrykanci ustanowili dwie nagrody [1000 i 500 marek] dla dwu wsi, które odpowiednia komisya uzna za najczystsze i utrzymane najbardziej higienicznie.

— ZMARLI: Dr HENRYK SOKOŁOWSKI, lekarz Kasy chorych, jeden z założycieli, i członek wydziału „Samopomocy lekarzy“, lekarz szpitala Św. Łazarza w Krakowie; żył lat 56.

NEKROLOGIA



Ś. p. Prof. dr Adam Czyżewicz,

prymaryusz szpitala powszechnego i długoletni profesor położnictwa w szkole dla położnych we Lwowie, zmarł tamże, w d. 23-go b. m. od udaru mózgowego. Prof. A. Czyżewicz spędził pół wieku na pracy lekarskiej, społecznej i pedagogicznej. Był znanym i wysoce cenionym lekarzem praktykiem, był przez lata długie członkiem Rady Zdrowia, posłem na Sejm Krajowy [w r. 1892] z miasta Sambora. Układ między rządem a krajem, co do otworzenia wydziału lekarskiego we Lwowie, stanął na posiedzeniu sejmu w d. 24. III. 1892 na podstawie referatu prof. Czyżewicza; był członkiem zarządów różnych instytucji społecznych i filantropijnych, wreszcie, od r. 1871 profesorem położnictwa szkoły medyczno-chirurgicznej we Lwowie, a z chwilą otwarcia wydziału lekarskiego w r. 1898 w tem mieście, po dzień śmierci, profesorem położnictwa w szkole akuszerki i kierownikiem naczelnym oddziału ginekologicznego szpitalnego. Dr A. Czyżewicz, nasamprzód uczeń, a później współpracownik kliniki położniczo-ginekologicznej krakowskiej i jej zasłużonego dla nauki ojczystej prof. MADUROWICZA, wszedł na pole działalności praktyczno-lekarskiej, a następnie pedagogicznej, przygotowany dobrze i dokładnie. Wiadomości swoje i wiedzę zawodową stale i metodycznie uzupełniał przez studia sumienne. Praca, nasamprzód, w klinice krakowskiej [1864—1867], jako adjunkta, następnie we Lwowie na stanowisku profesora położnictwa w szkole położnych i kierownika oddziału ginekologicznego szpitalnego, pozwoliły Mu zdobyć bardzo duże doświadczenie lekarskie, które, wobec daru obserwacyjnego, łatwego i jasnego wysławiania się, obok wrodzonego krytycyzmu, sprawiły, że dr A. Czyżewicz był również dobrym pedagogiem.

Przeglądając chociażby pobieżnie Jego prace i wogóle pisma lekarskie, jego wystąpienia, dawniej na posiedzeniu Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich, w sekcji lwowskiej, a później w Tow. Lek. Lwowskiem,

zawsze i stale spostrzegać się daje, że przykładami z praktyki własnej popiera swoje poglądy teoretyczne, przytem rozpatrując dane wskazanie lecznicze i sposób postępowania, wyczerpująco przedstawia korzyści, uzasadniając szczegół każdy i wskazując jednocześnie możliwe usterki. Bardzo często w wykładach swych, w artykułach podnosi, wskazuje, jak trudno, a często wręcz niemożliwymi bywają w praktyce do wykonania t. zw. przepisy książkowe.

Prof. Czrżewicz we wskazaniach do operacji położniczych był niejako wynawcą t. zw. metody fizyologicznej, zapoczątkowanej przez słynnego profesora wiedeńskiego Boër'a, a polegającej, jak wiadomo, na pozostawieniu procesu porodowego, o ile możności, siłom natury. W czasopiśmie: Służba Zdrowia Publicznego z r. 1872, wydawanem przez dra Z. DOBIESZEWSKIEGO, Czrżewicz między innymi pisze—„celem sztuki ma być, o ile możności, zmniejszyć liczbę przypadków, w których ciężkie dla życia matki lub dziecka, nader niebezpieczne, a nawet wprost niszczące rękoćzyny, sprowadzić należy do wyjątków, i użycie tychże ograniczyć tylko w razach ostatecznych“. Ustęp ten zgasłego profesora stanowi niejako Jego *credo* w działalności klinicznej i nauczycielskiej. A działalność ta jest zarazem historią Jego życia. W Jego, skromnie zatytułowanych „wiadomościach“ o ruchu chorych w klinice prof. MABUROWICZA, drukowanych w Przeg. Lek., znajdujemy bardzo bogaty, a nader ciekawy, co ważniejsza, niesłychanie sumiennie i pouczająco opracowany materiał kliniczny, który stanowić może nieraz cenną wskazówkę praktyczną. Z drugiej strony nawet w tak bezpretensjonalnie zatytułowanym artykule, jak np. „Kazuistyka Położnicza“ i w wielu innych [Służba Zdrowia Publicznego] drukowanych głównie w Przegl. Lek., znać, że autor obok sumiennego spostrzegania i spokojnego sądu krytycznego, odznacza się dobrą wiadomością kądorazowego stanu wiedzy.

Największą jednak zasługą ś. p. prof. A. Czrżewicza jest i pozostanie na zawsze Jego praca, bezmała 40-letnia, nauczycielska w szkole położniczej. Jako członek Rady Zdrowia, wiedział On najlepiej o brakach pomocy położniczej w tej części kraju, oraz o skutkach stąd wynikających. Prawidłowo zorganizowana i sprawnie działająca w kraju pomoc położnicza potrzebuje oprócz wykształconych w specjalności tej lekarzy, całych zastępów akuserek, jużto jako siły roboczej do spełniania zadania zawodowego, już też do pośredniczenia w zamierzonym posłannictwie, t. j. w uświadamianiu kobiet. Otóż przez długie lata, nim w r. 1899 otwarto klinikę położniczo-ginekologiczną uniwersytecką we Lwowie, na której cele stanął znakomity jej kierownik po dziś dzień, prof. A. MARS, oddział położniczo-ginekologiczny i szkoła położnych pod kierunkiem prof. A. Czrżewicza spełniała rolę jedynej uczelni w tej części kraju, zarówno dla akuserek, jak i lekarzy, pragnących się wyszkolić w położnictwie. Z chwilą otwarcia kliniki położniczej uniwersyteckiej, położenie jej co do pomieszczenia i uposażenia znacznie się poprawiło, a rola urosła. Od lat kilku żywy udział w pracy bierze tam syn zmarłego, znany w literaturze ginekolog, dr A. Czrżewicz junior. Poziom naukowy w szkole podniósł się w porównaniu z przeszłością. Mieliśmy możność naocznie przekonać się o tem przed paru laty, podczas X Zjazdu Lekarzy i Przyrodników Polskich we Lwowie. Zresztą ludzie bliżsi stosunków tych i dokładniej je znający zwykli byli podnosić zasługi, dziś, niestety, już zgasłego lekarza i nauczyciela.

Myślą i pracą prof. Czrżewicza—rzekł przy otwarciu kliniki prof. MARS—wzniósł się gmach wspaniały...

Gmachkolwiek i myśl ta i praca ta na wieki zamarzyły, lecz owoc ich—to chluba Tego, co Go dziś żegnamy, niestety, na zawsze.

J. Jaworski.

Redaktorzy: Dr A. Puławski i Dr W. Starkiewicz. Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.