

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

## I. Przenoszenie składowych części kosmówki do krwiobiegu matki oraz znaczenie tej sprawy.

Skreślił

Józef Jaworski.

W r. 1893 Schmorl ogłosił wyniki swych badań anatomicznych nad drgawkami porodowymi.

W pracy tej autor podaje bardzo interesujący, wykryty przez siebie fakt, a mianowicie, przenoszenie komórek olbrzymich kosmówki do płuc matki. Schmorl stwierdził wówczas liczne zatory naczyń włosowatych płucnych przez olbrzymie łożyskowe. Na 40-tej stronnicy pracy swej Schmorl mówi, że prawdopodobnie, łożysko jest miejscem pochodzenia ciała, wywołującego krwi krzepnięcie i powodującego drgawki. Autor ten uważał wtedy przenoszenie takich komórek do ogólnego krwiobiegu matki za zjawisko patognomoniczne dla drgawek porodowych.

W ostatecznym swym wniosku Schmorl twierdzi, że opisane przez niego twory komórkowe w płucach pochodzą z łożyska, a rozumuje w taki sposób: osiadłe na kosmkach komórki wielojądrowe, będąc uniesione prądem krwi do płuc, osadzają się tam, jakby na filtry, ponieważ wskutek wymiarów swoich przedostać się nie mogą przez naczynia włosowate płuc. Ostatnie przypuszczenie to autor uzasadnia w następujący sposób: Naprzód, komórki nabłonka kosmków, jako

zupełnie swobodnie wystające do napełnionych krwią przestrzeni międzykosmkowych, z łatwością mogą być oderwane, a następnie zmyte, a tem samem znaleźć się w krwiobiegu ogólnym.

Powtórę, znajduwane w płucach komórki wielojądrowe zupełnie są podobne do komórek łożyskowych.

Po trzecie, w tych przypadkach, gdy śmierć nastąpiła przed porodem, Schmorl znajdował komórki łożyskowe nietylko swobodnie leżące w przestrzeni międzykosmkowej, lecz i w żyłach ścian macicy.

Nakoniec, mówi tenże autor, że, lubo w płucach zwykle znajdują się stosukowo niewielkie komórki łożyskowe, zawarte w świetle małych naczyń, lecz, w jednym przypadku, autor miał możność spostrzegania w wielkiem naczyniu tętniczym płuc, komórki olbrzymiej wielkich rozmiarów, której wygląd nie pozostawiał wątpliwości co do jej pochodzenia łożyskowego.

W dwa lata później Pels-Leusden na podstawie badania płuc w dwu przypadkach drgawek porodowych potwierdził spostrzeżenia Schmorla.

Opis przez niego tych komórek wielojądrowych prawie się nie różni od tego, co podał Schmorl.

W kwestyi pochodzenia komórek tych Pels-Leusden, podziela zdanie Schmorla, gdyż mówi on bez zastrzeżeń:

Wypada zgodzić się z tem, że znalezione w naczyniach włosowatych płuc wielojądrowe twory, zgodnie ze zdaniem Schmorla i Lubarscha, są bezwątpienia olbrzymiemi komórkami, pochodzącemi z łożyska nie zaś, jak to utrzymuje Aschoff, iż pochodzą one ze szpiku kostnego.

Badaniami temi ustalono fakt, że pewne części składowe kosmówki mogą być [przenoszone do naczyń krwionośnych matki, jak np. komórki olbrzymie łożyska, a także komórki sencytyum i warstwy Langhansa, a nawet całe kosmki.

To przenoszenie komórek do ogólnego krwiobiegu matki uznano za zjawisko patognomoniczne dla drgawek porodowych, za ich przyczynę.

Co do rozmiarów przenoszenia i warunków powstawania, a także samej istoty tego procesu, zdania wkrótce się podzieliły.

Lubarsch uważa, że zator płuc olbrzymimi komórkami łożyskowemi jest nie przyczyną, lecz skutkiem drgawek, a powstawanie zatoru czyni zależnem wogóle od napadów epileptycznych, bez względu na pochodzenie.

Wówczas, gdy Schmorl nie zaprzecza możliwości powstawania zatoru przez komórki nietylko łożyskowe, ale i doczesnej, lecz warunki tej możliwości bardzo ogranicza, to znów przeciwnie Pels-Leusden, opierając się na badaniach Friedländera i Leopolda, że pod koniec ciąży w naczyniach macicy często znajdować można komórki doczesnej, warunki te rozszerza. Komórki doczesnej, zdaniem jego, mogą zarówno łatwo przedostać się do krwiobiegu matki, jak i komórki łożyskowe.

Zupełnie odrębne, a znamienne światło na sprawę przenoszenia tych komórek do krwiobiegu matki, rzuciły badania Kasyanoffa, ogłoszone w r. 1876.

Autor ten na podstawie samodzielnych poszukiwań doszedł pod tym względem do następujących ważnych wniosków:

We wszystkich, badanych przez siebie 11-tu przypadkach, tak u położnic jak i ciężarnych — stwierdził zator naczyń płucnych, komórkami olbrzymimi, mającemi cechy olbrzymów łożyskowych.

Powtóre, zator płuc olbrzymami łożyskowemi, jak się okazuje, nie ma wyłącznej łączności z samym aktem porodowym, jak przypuszczali pewni autorzy, ponieważ zator ów wydarzał się i w przypadkach takich, gdy akt porodowy jeszcze nie nastąpił, a nawet w 5-em miesiącu ciąży; a nadto, co do liczby znajdujących w płucach, olbrzymich komórek łożyskowych, nie udawało się wykryć różnicy pomiędzy przypadkami ciąży, a przypadkami zachorowań położowych.

Następnie, mówi Kasyanoff, że wszystkie jego 11-cie przypadków miały obraz jednaki, a wobec tego, że w przy-

padkach ciąży prawidłowej, olbrzymy łożyskowe nieraz leżą swobodnie w zatokach części mięśniowej macicy, t. j. systemie krwiobiegu matki, to na podstawie tego, rodzi się słuszne przypuszczenie, że zator płuc komórkami łożyskowymi, jest zjawiskiem fizyologicznym, związanem w pewnej mierze ze zmianami właściwymi macicy ciężarnej.

Olbrzymy łożyskowe, przeniesione do naczyń płucnych, ulegają tam zmianom wstecznym i rozpadają się, nie powodując obecnością swą widocznego odczynu w tkankach otaczających.

Z pracy więc Kasyanoffa wypływa, że zator płuc olbrzymami łożyskowymi można poniekąd powiązać ze stanem ciąży w rozumieniu stałego zjawiska fizyologicznego.

Następnie Kasyanoff, na podstawie badania szeregu preparatów, przychodzi do wniosku, że elementy, sąsiadujące w płucach z olbrzymami łożyskowymi, nawet zbliżonymi do stanu rozpadu, nie ulegają działaniu drażniącemu ze strony tych komórek.

Dla tego na podstawie pracy swej Kasyanoff twierdzi (str. 29), że obecność w płucach olbrzymów jest nieszkodliwą i wypada się na nią zapatrywać, jako na zjawisko fizyologiczne.

Nareszcie, słuszną czyni uwagę autor ten, twierdząc, że jeżeli mówić o szkodliwości olbrzymów w płucach w znaczeniu Schmorla, to w takim razie, logicznie rozumując, wypadłoby to samo powiedzieć o tych wielkich zapasach olbrzymów, które się zawsze znajdują w przestrzeni międzycosmkowej, a których większość ulega na tem samem miejscu rozpadowi, nie posuwając się dalej od miejsca swego pochodzenia.

W r. 1900 J. Veit na nowo poruszył kwestyę znaczenia i skutków przenoszenia się składowych części kosmówki do naczyń matki.

J. Veit pierwotne wywody swoje oparł na 1 przypadku ciąży pozamacicznej, wnioski jego są bardzo daleko sięgające i ważne, a w świeżo ogłoszonej w r. b. pracy, autor wnioski te nietylko utrzymuje, lecz je poniekąd rozszerza i wypowiada

parę trafnych uwag, co do znaczenia praktycznego procesu przenoszenia części składowych kosmówki. J. Veit twierdzi, że kosmki stale przenoszone są prądem do żył błony doczesnej spóźnionej, pozostają one jednak w łączności z kosmówką, w danym razie zaś mogą one odrywać się i przenosić się dalej. Autor przypuszcza, że ostatnie zjawisko w prawidłowych warunkach wydarza się nieczęsto. Proces ten autor nazwał *Deportation von Chorionxotten*. Nazwą tą określa zarówno przypadki, gdy kosmki przeniesione pozostają w łączności z kosmówką, jak i wówczas, gdy się odrywają.

Ta deportation, nazywana także »Verschleppung«, według autora, posiada ważne znaczenie tak fizjologiczne, jak i patologiczne i wywołuje doniosłe skutki.

W ostatniej swej pracy J. Veit tak szereguje te skutki Zakrzepcy żył, przebiegających w błonie doczesnej spóźnionej. Żyły te bywają wypełnione komórkami zupełnie podobnymi do komórek kosmków. Drugim następstwem deportacji kosmków w warunkach prawidłowych bywa rozszerzenie przestrzeni międzykosmkowej. W tym razie kosmki, wstępujące do żył, zmieniają ostatnie do tego stopnia, że tworzą jamę międzykosmkową.

Tym samym procesem J. Veit tłumaczy pewne stany i objawy patologiczne, jako to: powstawanie polipa łożyskowego, przyrośnięcie łożyska (przynajmniej w pewnych przypadkach), oraz tworzenie się łożyska rozsianego (placenta disseminata); odklejanie przedwczesne łożyska; ostudę ciężarnych. Powstawanie powyższych spraw patologicznych drogą przenoszenia (deportacji) składowych części kosmówki, autor uważa za dowiedzione.

Do spraw, które tylko według prawdopodobieństwa, są zależne od przenoszenia kosmków, czy też ich części, autor zalicza: samoistne pęknięcia macicy, zaśniad złośliwy i nabłoniak kosmówki, zaburzenia ogólne w postaci gorączki, gdy wraz z kosmkami prąd krwi unosi drobnoustroje z pochwy, lub ręki badającej.

W końcu autor zastanawia się nad skutkami tej deportacji, które, zdają się zależeć od sposobu wtargnięcia kosmków. Nie ulega wątpliwości, że komórki małe syncytii, pochodzące z przestrzeni międzykosmkowej, przedostają się do krwi matczynej. Wskutek tego występują szczególne zmiany i sprawy w ciąży. Jeżeli kosmki żywe w okresie wczesnym przedostały się do żył błony doczesnej spóźnionej, które przebiegają w sąsiedztwie jamy międzykosmkowej, służą one do powiększenia łona jajowego. Jeżeli tracą związek z obwodem jaja, powstaje polip łożyskowy, lub też w okresie późniejszym, tworzy się przyrośnięcie łożyska. Jeżeli w końcu ciąży prąd krwi unosi nabłonek kosmków, do żył, przebiegających w błonie doczesnej, wtedy tworzą się zakrzepy. Jeżeli cała masa kosmków zatyka żyłę zraza łożyskowego, lub zatokę kolistą (*sinus circularis*), powstaje wówczas odklejenie przedwczesne łożyska. Gdy żywe kosmki płodu martwego zostaną prądem uniesione, dadzą podkład do zaśnięcia złośliwego i do nabłoniaka kosmówki.

Gdy nagle wstępują do żył większe ilości kosmków, powstaje nerka ciężarnych, a także, prawdopodobnie i drgawki.

Dziś zatem nie ulega wątpliwości, że pewne składowe części kosmówki, jako to: komórki olbrzymie łożyska, komórki syncytii, komórki warstwy *Langhans'a*, wreszcie, same kosmki, mogą być prądem krwi przenoszone do krwiobiegu matki.

Warunki, w jakich to przenoszenie się odbywa i rozmiar, w jakim — następuje dotychczas jeszcze nastroczają pewne wątpliwości.

J. Veit wypowiada zdanie, że według niego, oddzielanie się kosmków zdarza się wogóle, częściej w warunkach patologicznych, niż w normalnych. Zdaniem *Kossmann'a* komórki syncytii, zawierające w sobie kawałki kosmków, przenoszą się do krwiobiegu matki nawet podczas ciąży prawidłowej, a także przy zaśniedzie, bądź łagodnym, bądź złośliwym.

Opierając się na patogenezie zaśniadu graniastego już à priori przypuszczać można, że ten stan patologiczny jaja płodowego nadzwyczaj sprzyja powstawaniu t. zw. deportacyi składowych części kosmówki.

Wiemy, że według klasycznej pracy Marchand'a zaśniad graniasty jest wynikiem nieprawidłowego bujania nabłonka kosmków z równoczesną przemianą wsteczną w podścielisku, mianowicie, nacieczeniem wodnistym i następną zgorzelą tkanki. Bujanie to polega na wytwarzaniu się dużej liczby komórek nabłonkowych, które wielkością jąder i obfitością protoplazmy znacznie się odróżniają od prawidłowych. Proces bujania, rozrostu, jak wiemy, obejmuje głównie nabłonek kosmków, tak syncytium, jak i warstwę komórek Langhansa. Podczas tego wytwarza się wielka liczba komórek nabłonkowych, miejscami zupełnie izolowanych, które przedostają się głęboko w błonę doczesną późniejszą, a nawet do warstwy mięsnej macicy.

Rozrost taki zaśniadu jest podobnym do bujania nowotworu złośliwego.

W przypadkach zaśniadu graniastego liczba i wielkość komórek kosmówki, a zarazem i zdolność ich do bujania, jest znacznie większą, niż w ciąży prawidłowej. Wiemy, że komórki jedno i wielojądrowe sięgają aż do warstwy mięsnej, a zwłaszcza wnikają do naczyń, a drogą tych naczyń dają przerzuty, innymi słowy, prądem krwi, przenoszone są do krwiobiegu matki.

Obecnie, dzięki pracom wymienionych autorów, a głównie dzięki Veit'owi, pogląd, na t. zw. przerzuty, odnośnie do zaśniadu, ulegnie zmianie.

Wogóle, dotychczas przyjmowano, że tylko t. zw. zaśniad złośliwy, ewentualnie nabłoniak kosmówki, mogą dać przerzuty do innych narządów. Tymczasem wobec odkryć J. Veit'a o deportacyi składowych części kosmówki, która się odbywa w znacznie szerszych rozmiarach, niż to pierwotnie sądzono, mamy pewną zasadę przypuszczać, że, wogóle w ciąży, a szcze-

gólniej w ciąży zaśniadowej; nawet, gdy zaśniad jest niewinny, istnieją warunki wyjątkowo sprzyjające powstawaniu tej deportacji komórek kosmówki.

Potwierdzenie tego znajduję w moim przypadku ciąży zaśniadowej, który roztrząsany był pod względem anatomicznym i klinicznym w odczycie, na posiedzeniu klinicznym, w dniu 1 października, 1903 r. Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, wspólnym prof. H. Hoyer'a i moim p. n. »Uwagi nad ciążą zaśniadową ze stanowiska embryologicznego, oraz przyczynek kliniczny do przebiegu tejże ciąży«.

Podąłem tam w opisie, że u chorej z zaśniadem graniastym, którego budowa histologiczna wskazywała, iż jest on niewinny, wystąpiły objawy zawału krwotocznego w płucu.

Przypuszczenie moje, że rolę czopka zatorowego w tym przypadku prawdopodobnie odegrały tam części zaśniadu, lub wogóle części składowe kosmówki, znalazło potwierdzenie w dalszym przebiegu i zejściu spostrzeganego przypadku.

Mianowicie, kobieta ta, w ciągu roku całego po ciąży zaśniadowej, oprócz znacznej niedokrwistości i braku miesiączki, wogóle, była zdrową. W dniu 10 września 1903 roku dostała dużego krwotoku macicznego, który, jak się okazało, był następstwem poronienia 2 $\frac{1}{2}$  miesięcznego płodu.

W dniu 27 września 1903 r. t. j. tegoż miesiąca, wstąpiła do szpitala z powodu znacznego osłabienia ogólnego, bólu w piersiach i duszności. W szpitalu przy stanie podgorączkowym, nader szybkim, chwilami nierównem tętnie, i bardzo wybitnej duszności, przeleżała prawie przez cały październik, a w d. 25 t. m. 1903 r. zmarła. Rozpoznanie wahało się pomiędzy endocarditis, a septicemia cryptogenetica.

Badanie zwłok, dokonane w Instytucie Anatomii Patologicznej, według wyciągu z protokołu sekcji zwłok, uprzejmie mi udzielonego przez kol. Z. Dmochowskiego, prosektora przy katedrze anatomii patologicznej, między innymi wykryło, co następuje:

*Atrophia fusca cordis et dilatatio ventriculi sinistri. In-*



*farctus multiplicès pulmonum et pneumonia hypostatica sinistra. Nephritis interstitialis.*

Najbardziej charakterystyczne zmiany przedstawiały płuca. Prawe płuco było o  $\frac{1}{3}$  cz. zmniejszone; oba płuca na powierzchni nierówne; nierówność ta ujawniała się przez wielką ilość zagłębień rozmaitej wielkości i rozmaitych kształtów; niektóre z zagłębień były bardzo drobne i okrągłe, inne zaś przedstawiały się, jako bruzdki podłużne, przebiegające w najrozmaitszych kierunkach. Nierówności te były głównie na zrazach dolnym i średnim. Zabarwienie powierzchni płuca było niejednolite: wszędzie na miejscu zagłębień powierzchnia była białawo-żółta; miejsca wystające zabarwione były na kolor żółto-szary. Płuco wydawało się stwardniałem i trzeszczało bardzo słabo. Stwardnienia tam wyczuć można, gdzie powierzchnia płuca była nierówną; stwardnienia były guzowate różnej wielkości, od drobnutkich do 5 ctm. w średnicy; stwardnienia te znajdowały się wyłącznie u obwodu płuc. Powierzchnia przekroju była sucha. Przekrój stwardnień był rozmaity; przeważnie były to stożkowate ogniska, zwrócone wierzchołkiem do wnętrza płuca, a podstawą do obwodu; każdy z tych stożków był otoczony pasmem jednolitej twardej, prawie czarnej tkanki; w miejscach, gdzie podstawa stożków zbliżała się do opłucnej, powierzchnia płuca była wciągniętą przez wyżej opisane zagłębienia. Inne ogniska nie miały tak typowej budowy: kształt ich był okrągły, kulisty. Wspólne ich cechy polegały na tem, że wszystkie leżały u obwodu, że były jednolite i otoczone pasmem twardej, mocno pigmentowanej tkanki.

Ilość ognisk tych była bardzo wielką, gdyż dosięgała dwudziestu i kilku.

Badanie drobnowidzowe, przeprowadzone w Pracowni Instytutu Anatomo-patologicznej i w Pracowni Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, potwierdziło rozpoznanie na sekcji, t. j. bardzo liczne zawały krwotoczne w płucach. Środkowe części ognisk, które przy badaniu makroskopowem wydawały

się jednolitemi, okazały się zmartwiałym mięszem płucnym, którego pęcherzyki są wypełnione odbarwionymi i rozpadającymi się krążkami krwi.

Miejscami na preparatach widać wielkie komórki najrozmaitszego kształtu, zawierające bardzo często po kilka jąder. Na innych preparatach widać tylko tkankę bliznowatą.

Rozpatrując przypadek ten, stwierdzamy: nasamprzód, brak zakrzepów ściennych w prawem sercu, które zazwyczaj powodują zatory w płucu, powtórę, brak jakiegokolwiek wady lewego serca, któraby utrudniała odpływ krwi z płuc. Tak wielka liczba zawałów w płucach nie mogła powstać wskutek uszczuplenia pracy sercowej, warunkowanego zmianami w samym mięśniu, z drugiej strony badanie nie wykazało także warunków (wady lewego serca) powstawania w żyłach płucnych wielkich oporów — dla tego mamy pewną słuszność przypuszczać, że zawały te wytworzyły się drogą tych licznych zatorów, których źródłem była przebyta przez chorą cięża zaśniadowa, a nawet może ostatnie poronienie.

Rolę czopków zatorowych najprawdopodobniej w tym razie odegrały składowe części kosmówki, przeniesione do krwiobiegu matki.

Badanie mikroskopowe w tym razie nie mogło naocznie rozstrzygnąć wątpliwości ponieważ właściwe obrazy mikroskopowe otrzymać można, gdy materiał do badania (płuca, macica) pochodzi ze świeżych przypadków, t. j. mniej więcej, najpóźniej w kilkanaście dni po porodzie. Materiał, wzięty ze zmarłych po porodzie w późniejszym czasie, zawsze dać musi wyniki niezupełnie pewne, ponieważ nawet całe kosmki, a tembardziej oddzielne łożyskowe komórki, jak i syncytium i komórki warstwy Langhans'a o tyle są delikatne, że już po pewnym, względnie krótkim, czasie, ulegają zmianom wstecznym, lub zupełnie z miejsca, gdzie się znajdowały, znikają, co, rzecz naturalna, utrudnia rozpoznanie.

Przypadek taki, jak powyższy, lub do niego przebiegiem i zejściem zbliżony, przy wszechstronnej analizie nastęrcza

dużo wątpliwości, które tylko na drodze współczesnych poglądów, o t. zw. deportacyi kosmków kosmówki, rozwiązać się dają.

Lubo dziś nie posiadamy jeszcze pewnych dowodów, że np. wymioty ciężarnych, lub drgawki porodowe, bywają skutkiem biochemicznym gromadnego, a nieraz nagłego, wtargnięcia kosmków do krwiobiegu matki, jednakże przypuszczenie takie jest bardzo prawdopodobne i zdaje się, iż wkrótce skutecznie współzawodniczyć będzie z innemi pod tym względem teoryami.

W każdym razie, już obecnie mamy po temu usprawiedliwione dane, że sprawa, zwana deportacją kosmków, a nie inna, wywołuje np. ostudę ciężarnych (chloasma gravidarum), zatory, a w następstwie i zawały w płucach u ciężarnych i rodzących, a także i cały szereg innych zmian i objawów patologicznych, dla których istotnie racjonalnego wytłomaczenia dotychczas nie mieliśmy.

---

## Piśmiennictwo.

---

J. Cohnheim. Odczyty z Patologii ogólnej. T. I, 1884.

Z. Dmochowski. Dyagnostyka Anatomo - Patologiczna. Cz. I, Warszawa, 1903.

H. Hoyer i J. Jaworski. Uwagi nad ciążą zaśniadową ze stanowiska embryologicznego, oraz przyczynek do przebiegu tejże ciąży. »Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego«, T. XCIX, Z. III, 1903 i »Gazeta Lekarska«, 1904.

N. E. Kasyanoff. K woprosu ob embolii legkich placentarnymi gigantami. S. Petersburg, 1896.

F. Marchand. Ueber den Bau der Blasenmole. Zeit. f. Geb. u. Gyn. XXX, Z. 3.

Mars i Nowak. O budowie i rozwoju łożyska ludzkiego. Rozprawy Akademii Umiejętności. Serya II, Tom X. Ogólnego zbioru tom XXX.

J. Nowak. Dalsze badania nad budową i rozwojem łożyska ludzkiego. Tamże.

Pels-Leusden. Beitrag zur pathologischen anatomie der Puerperal-Eclampsie. Virchow's Arciv. Bd., 142, 1895.

Schmorl. Pathologisch-anatomische Untersuchungen über Puerperal Eclampsie. Leipzig, 1893.

J. Veit. Ueber Deportation von Placentargewebe. Centralbl. für Gynäkologie, 1900, p. 1044.

J. Veit. Ueber Deportation von Chorionzotten. Verschleppung von Zotten in mütterliche Blattbahnen. Zeitschr. f. Geburtsh. u Gynäk. Bd. XLIV, p. 466.

J. Veit. Discussion über Eclampsie. Centralblatt f. Gynäkol., 1901, p. 799.

J. Veit. Ueber Albuminurie u. Schwangerschaft. Centralblatt f. Gynäkologie, 1902, p. 561.

J. Veit. Verschleppung von Zotten und ihre Folgen, Centralblatt f. Gynäkologie, 1904, p. 1.

---

## II. O wpływie fizyologicznym zabiegów gorących na ustrój.

Podał

**Dr W. MIKLASZEWSKI.**

(Rzecz wygłoszona na posiedzeniu Tow. Lek. Warsz. w dniu 20 Października 1903 r).

### W S T Ę P.

Praca niniejsza stanowi część pierwszą pracy, napisanej na konkurs imienia D-ra Koczorowskiego w 1903 roku p. t.: »O wpływie łaźni suchej na ustrój, w szczególności na krew«. Część druga doświadczalna, będzie drukowana niebawem w »Polskiem Archiwum nauk biologicznych i lekarskich« pod redakcją Prof. H. Kadyi'ego we Lwowie ze względu na liczne tablice, które nie mogą wzbudzić szerszego zajęcia w ogóle czytelników.

Ponieważ przy zbieraniu odnośnej literatury przekonałem się, że w piśmiennictwie polskim niema dzieła, które dawałoby treściwe sprawozdanie z tego, co wiemy obecnie o wpływie zabiegów gorących na ustrój, przeto materiał ze stu z górą prac odnośnych zbieram w najkrótszej postaci w kartkach niniejszych.

Jest to, zapewne, nie wszystko, co było pisane w tej sprawie; jednak wystarczy w zupełności do uświadomienia, że te pytania są opracowane naogół bardzo słabo, że wyniki, otrzymywane przez rozmaitych badaczy, są zbyt często wprost sprzeczne, a stosowanie rozmaitych zabiegów gorących ma za podstawę więcej empiryę, niż ścisłe badanie naukowe.

Nie chcąc zrobić czytelnikowi zawodu, zastrzegam się we wstępie, że będę rozpatrywał sprawę z ogólnofizyologicznego punktu widzenia, czyli będę miał na uwadze przede wszystkim wpływ ciepłoty wysokiej na czynności ustroju, a nie opis i różniczkowanie rozmaitych rodzajów zabiegów gorących, co można znaleźć w podręcznikach termoterapeutycznych.

Niewątpliwie istnieje wielka różnica np. pomiędzy kąpielą gorącą, łaźnią parową, łaźnią suchą, kocem, natryskiem gorącym, kąpielą piaskową i t. p.; każdy z tych zabiegów ma swoje specjalne działanie, uwarunkowane choćby przez rozmaitą możliwość pocenia się i wydychania pary, ochładzania ustroju i t. d., jednak wspólnem dla nich wszystkich pozostaje czynnik najważniejszy — mianowicie wysoka ciepłota.

Może różnice, zachodzące pomiędzy rozmaitymi zabiegami gorącymi, są między innymi przyczyną sprzeczności wyników, zaznaczanych przez różnych badaczy; jednak w te rzeczy nie będziemy wchodzić w pracy niniejszej, poprzestając na wskazaniu rodzaju stosowanego zabiegu. W tym kierunku pozwolę sobie tylko na jeden wyjątek, mianowicie będę mówił w odnośnych miejscach o wynikach, otrzymanych przezemnie przy badaniach nad łaźnią suchą, a to dla tego, że wprowadzają one trochę nowych faktów, w których oświetleniu część sprzecznych wyników, otrzymanych przez innych badaczy, staje się zrozumiałą.

Jako wspólny brak tych różnorodnych badań, uważam przede wszystkim to, że większość autorów zadowalniała się bardzo skromną ilością doświadczeń, choć wyniki ich były niejednostajne. Drugim, niemniej doniosłym, brakiem było uwzględnianie tylko pewnej czynności ustroju i pomijanie innych, chociaż zrozumienie istoty zmian znalezionych możliwem jest tylko przy zbadaniu całości.

Dwóm tym brakom starałem się uczynić zadość w moich badaniach nad wpływem łaźni suchej na układ krążenia; bo przede wszystkim ilość badań poszczególnych wynosi w każdej dziedzinie kilkadziesiąt do kilkuset, a zakres ich, pomimo, że chodziło mi głównie o krążenie, wkracza w działalność różnych narządów ustroju. Uważałem za rzecz konieczną przeprowadzić różnorodne badania u tych samych osobników dla tego, że określanie różnych stosunków tylko w naczyniach obwodowych, jak to czynili prawie wszyscy

badacze, nie daje żadnego pojęcia o zachowaniu się naczyń narządów wewnętrznych.

Niech uwagi powyższe wytłomaczają mnie przed czytelnikami, że niejednokrotnie będę zajmował ich uwagę badaniami i wnioskami własnymi, choć z góry można powiedzieć, że nie wszystko, co tyczy się łaźni suchej, da się zastosować do innych zabiegów gorących.

Dla uniknięcia rozmaitych powtarzań i odwoływań się, rozpatrzę cały materiał piśmienniczy podług układów ustroju. Jeżeli w tej pracy układ krążenia będzie opracowany najobszerniej, to zależy to głównie od największej ilości badań, jakie w tym kierunku były przeprowadzone, a nie jedynie od tego, że był przedmiotem moich dociekań.

Jeszcze jedna uwaga: nieraz przy omawianiu wpływu ciepłoty wysokiej będziemy musieli uciekać się do zestawień z działaniem zimna, a to dla tem jaskrawszego uwydatnienia cech swoistych gorąca; zastrzegamy się więc, że w tych krótkich porównaniach nie mamy zamiaru roztrząsania podstaw hydroterapii.

---

### A. Układ krążenia.

Wpływ ciepłoty nieobojętnej na ukrwienie skóry jest objawem tak dalece rzucającym się w oczy, że już w starożytności, gdzie nie miano pojęcia o układzie krążenia, mówiono o »przekrwieniach i niedokrwistościach«, o »kurczeniu się porów pod działaniem zimna i zgęszczeniu krwi i rozrzedzeniu krwi pod wpływem gorąca«. Jednak dopiero nowsze czasy, właściwie odkrycie przez Claud-Bernard'a nerwów naczynioruchowych stworzyły podwalinę do badań ściślejszych. Wyniki tych badań można obecnie streścić w następujących punktach:

1) Ukrwienie skóry pod wpływem czynników o ciepłocie nieobojętnej zależy od pobudzenia nerwów czuciowych

podrażnionej okolicy i działania odruchowego na zwężacze i rozszerzacze naczyń.

2) Przy każdym podrażnieniu nerwów czuciowych pobudzenie odruchowe nerwów naczynioruchowych udziela się naprzód zwężaczom; dla tego też przy działaniu ciepłoty wysokiej, również jak i niskiej, w pierwszym okresie występuje skurcz naczyń skóry, a potem dopiero szybciej, czy powolniej, ich rozszerzenie.

3) Słabe podrażnienia skóry wywołują zwężenie naczyń skórnych, silne — rozszerzenie. Następstwa długotrwałych podrażnień skóry trwają pewien czas po ustaniu podrażnienia.

4) Po każdym skurczu naczyń następuje prędzej lub później rozszerzenie ich i to tem znaczniejsze i szybsze, im skurcz był silniejszy.

5) Przy działaniu bodźca cieplotnego na określoną część skóry odruch naczynioruchowy może zostać przeniesionym na odpowiednią część ciała strony przeciwległej (Brown-Sequard), lub na narządy odległe.

6) Naczynia w okolicy rozgałęzień nerwu trzewiowego kurczą się bardzo łatwo przy pobudzeniu różnych nerwów czuciowych. Podobne stosunki mają zachodzić w naczyniach narządów klatki piersiowej i mózgu. (François-Franck <sup>1)</sup>.

Z tego pobieżnego uogólnienia podstaw działania fizjologicznego ciepłoty widać już wyraźnie, że mechanizm niedokrwiistości lub przekrwienia skóry pod wpływem gorąca lub zimna jest nader złożony. O wiele jednak bardziej powikłane są te stosunki tam, gdzie chodzi o naczynia narządów głęboko położonych; to też w tej dziedzinie, mało zresztą badanej, niema zgody pomiędzy badaczami.

Miejscowe zastosowanie gorąca wywołuje w pierwszej chwili miejscowy skurcz naczyń (zależny od podrażnienia czuciowego, a nie od ciepła) danej okolicy i niedokrwiistość jej

---

<sup>1)</sup> Ü. d. wichtigsten örtlichen u. Allgemeinwirkungen d. kutanen Revulsionen a. d. Circulat. (Blätt. f. kl. Hydroth., 1892, Nr. 11.)



oraz oboczne (kollateralne) rozszerzenie naczyń i przekrwienie. Po chwili w zakresie działania gorąca następuje rozszerzenie naczyń z przekrwieniem, a na oboczu — zwężenie z niedokrwistością.

Zastosowanie gorąca na całą powierzchnię skóry wywołuje również chwilowy skurcz naczyń skórnych i niedokrwistość skóry. Obocznego rozszerzenia i przekrwienia nie może być w danym razie: zachodzi tu jednak co innego, co ma pomieścić krew, wypchniętą z naczyń skóry — rozszerzenie i przekrwienie naczyń narządów, głębiej położonych. Po chwili i tu zmieniają się stosunki: naczynia skóry rozszerzają się i napędniają krwią, narządy zaś głębiej położone stają się niedokrwistymi.

Pomijając krótką chwilę skurczu naczyń pod wpływem gorąca (która ma jednak ważne znaczenie, jako przeciwskazanie do zabiegów przy miażdżycy tętnic), zwrócimy główną uwagę na okres przekrwienia skóry, który trwa długo, czasem parę i kilka godzin po zabiegu, niekiedy nawet nie ustępuje po zastosowaniu zimna na skórę (Leichtenstern). *To przekrwienie jest zastoinowe; naczynia tracą swe napięcie (tonus), a przy długim działaniu bodźca mogą dojść do zupełnego porażenia.*

Różnica zatem pomiędzy przekrwieniem biernem pod wpływem wysokiej ciepłoty i następczem czynnem po działaniu zimna jest zasadnicza: polega głównie *na utracie napięcia naczyń w pierwszym i zachowaniu go, nawet w możeniu, w drugim przypadku.* Zmniejszenie napięcia tętnic zaznacza się bardzo wyraźnie *na zdjęciach sfigmograficznych*; widać na nich wygładzenie drżeń sprężystych i wyraźne uwydatnienie fali odbitej, dykrotycznej. To właśnie tłumaczy, dla czego tętnica, doprowadzona przez gorąco do zupełnego rozciągnięcia, powraca powoli do stanu pierwotnego po ustaniu bodźca ciepłotnego, nawet po zastosowaniu bodźca wręcz przeciwnego — zimna. To zjawisko ma pierwowzór w stanach chorobowych, zwłaszcza gorączkowych (np. w tyfusie), gdzie dykrotyzm tętna występuje i w okresie spadnięcia ciepłoty. Rozumie się, że w stanie chorobowym nie można kłaść tego jedynie na

karb podwyższonej ciepłoty, bo ważną rolę odgrywa tu zatrucie ustroju; lecz przykład ten dowodzi, że naczynia, po utracie z tej lub innej przyczyny normalnego napięcia, powracają z trudnością do stanu pierwotnego.

Z moich badań nad łaźnią wypada, że napięcie naczyń obwodowych zmniejsza się najznaczniej pod koniec zabiegu, jednak potem powraca dość szybko (15'—30'—45') do stanu pierwotnego.

Współcześnie z utratą napięcia naczyń maleje pod wpływem gorąca energia serca: skurcze jego i rozkurcze, pomimo wzmózonej częstości, stają się mniej wytwórcze, krążenie — powolniejsze. Ilość skurczów serca dochodzi do 120 na minutę i stan taki, podług Wicka <sup>1)</sup> może trwać koło trzech godzin. Pod koniec łaźni widziałem przyspieszenie tętna o 20—40%. W ciągu godziny wracało tętno do normy lub nawet spadało poniżej.

Dwa te czynniki (osłabienie napięcia tętnic i zmniejszenie pracy serca) powodują *zniżenie ciśnienia ościennego krwi*, które niekiedy może być bardzo znaczne. Chorzy przy dłuższem trwaniu zabiegu gorącego uczuwają osłabienie, zawroty głowy, szum w uszach i t. p.; niekiedy dochodzi do omdlenia. Colombo <sup>2)</sup> podaje przypadek, gdzie ciśnienie krwi spadło do 30mm. Przy łaźni suchej notowałem spadek ciśnienia (tonometr Gärtner'a) przeciętnie o 20%, najwyżej o 52%. Trwał on naogółkrótko (kilka do kilkunastu minut). To też u chorych wyczerpanych i niedokrewnych należy być bardzo ostrożnym ze stosowaniem zabiegów gorących.

Wszystko powyższe dotyczy przeważnie naczyń obwodowych. *Jak zachowują się naczynia narządów wewnętrznych* pod wpływem podniesienia ciepłoty, nie wiemy właściwie. Zdania badaczy, oparte przedewszystkiem na domniemaniach, a nie doświadczeniach, różnią się bardzo. Za rzecz prawdopodobną

<sup>1)</sup> Wien. Klin. Woch., Nr. 36 i 37, 1894.

<sup>2)</sup> Kongres międzynarodowy w Rzymie 1894 r.

możemy uważać, że *miejscowe zastosowanie gorąca* wpływa na dany narząd podobnie, jak na skórę, czyli, że działanie ciepła rozprzestrzenia się w głąb tkanek (patrz niżej); co jednak dzieje się z ukrwieniem narządów *pod wpływem ciepła działającego na całą powierzchnię ciała*, pozostaje dotąd tajemnicą. Jeżeli odwołać się do doświadczeń François-Franck'a, który dowiódł, że bodźce czuciowe, działające na skórę, sprządzają rozszerzenie naczyń skórnych i skurcz trzewiowych, a ciśnienie u jednych opada, u drugich podnosi się, to przekonamy się, że wbrew domniemaniom i przypuszczeniom w głębokich naczyniach ustroju pod wpływem ciepła muszą zachodzić o wiele bardziej złożone zmiany, niż to się naogół przyjmuje. François-Franck <sup>1)</sup> otrzymywał przy podrażnieniu nerwu kulszowego i współczesnem mierzeniu ciśnienia w naczyniach: podniesienie ciśnienia w aorcie i w tętnicy łapy i obniżenie go w tętnicach nerki i jądra; przy dalszych badaniach okazało się, że nie tylko w zakresie trzewiów brzusznych, lecz i w narządach klatki piersiowej oraz mózgu światło naczyń i ciśnienie w nich ma się wprost odwrotnie do stanu naczyń obwodowych i skórnych.

W tym samym duchu wypadają badania Schüller'a <sup>2)</sup>, który stwierdził u zwierząt po wydłutowaniu czaszki rozszerzenie naczyń powłoki miękiej przy zwężeniu naczyń obwodowych (pierwszy okres działania wysokiej ciepłoty w kąpieli) i zwężenie naczyń mózgowych w okresie rozszerzenia naczyń obwodowych (drugi okres działania kąpieli gorącej).

W badaniach nad łaźnią suchą, nie mając możności mierzyć bezpośrednio ciśnienia w naczyniach narządów wewnętrznych, uciekłem się do drogi pośredniej. Wychodząc z założenia, że wydzielanie soku żołądkowego i przesiąkanie moczu w nerce zależą od ukrwienia tych narządów i ciśnienia krwi

<sup>1)</sup> Op. cit.

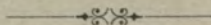
<sup>2)</sup> Experimentstudien ü. d. Veränderungen d. Gehirngefäße unter d. Einflusse äusserer Wärmeapplic. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. T. 14).

w ich tętnicach, zrobiłem szereg badań (patrz poniżej), które, wbrew panującym poglądom, wskazały, że, przynajmniej w stosunku do nerki, wydzielanie moczu powiększa się w pierwszym okresie działania łaźni, zatem ciśnienie krwi w nerce powiększa się początkowo. W drugiej połowie działania łaźni wzmożone wydzielanie moczu zależy od innych czynników (rozcieńczenie krwi; p. n.). Jest rzeczą prawdopodobną, że i w żółątku mogą zachodzić podobne wahania ciśnienia krwi (początkowo podniesienie, potem zmniejszenie); a osłabienie wydzielania HCl występuje dla tego, że okres wysokości trawienia wypada w okresie spadku ciśnienia i rozcieńczenia krwi.

Za tem przypuszczeniem przemawia między innymi i podniesienie ciepłoty narządów wewnętrznych w drugiej połowie łaźni, które musi spowodować utratę napięcia naczyń wewnętrznych.

Te i inne dane zdają się przemawiać za przypuszczeniem, że *naczynia trzewiów i naczynia obwodowe* (skóry i mięśni) zachowują się wręcz odwrotnie pod wpływem bodźców ciepłotnych, działających na całe ciało, mianowicie: gdy jedne rozszerzają się, gdy przepelniają się zastoinowo krwią, gdy tracą sprężystość i napięcie, gdy ciśnienie krwi zmniejsza się w nich, — w drugich spostrzegamy zwężenie światła, podniesienie sprężystości i napięcia oraz ciśnienia krwi. Tylko pod wpływem długotrwałego działania wysokiej ciepłoty w naczyniach narządów wewnętrznych mogą zajść podobne zmiany, jak w naczyniach powierzchownych.

Takie przeciwieństwo naczyń obwodowych w porównaniu z naczyniami narządów wewnętrznych należy uważać za urządzenie ochronne ustroju dla zapobieżenia nadmiernemu wzmożeniu lub zmniejszeniu ciśnienia krwi w pewnych odcinkach krążenia.



(D. c. n.).

# DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

## I. Chirurgia i Akuszerya.

104. Auvray Maurice. **Promienica wątroby.** (Revue de chirurgie. VII, Jouillet, 1903). Umiejscowienie grzybka promieniczego w wątrobie jest zjawiskiem rzadkiem i w piśmiennictwie wszechświatowym ogłoszono spostrzeżeń takich zaledwie 31. Cierpienie powstaje w narządzie tym pierwotnie lub przedostaje się doń wtórnie, per continuitatem, z kiszek lub z płuca. Patogeneza promienicy pierwotnej bywa podwójną, t. j. 1) grzybek swoisty przez ranę skóry lub śluzówki przechodzi do krwi lub naczyń chłonnych, ztąd do prawej połowy serca, płuc i drogą krwiobiegu do wątroby; 2) częściej jeszcze — przez żyłę wrotną i jelita. Ropień bywa wyłączną promienicy wątrobowej postacią.

Pod względem klinicznym autor rozróżnia trzy rodzaje sprawy chorobowej. W typie pierwszym przeważają objawy ze strony wątroby (postać czysta); w drugim — objawy ze strony żołądka i kiszek, w trzecim — widzimy powstawanie ropni w narządach różnych, czemu towarzyszy zajęcie stanu ogólnego, odpowiednio do infekcyi ciężkiej (odmiana ropniowa). Wszystkie przypadki miały zejście niepomysłne. Rozpoznanie staje się najczęściej niemożliwym, zwłaszcza odmiany pierwotnej.

I leczenie za pomocą jodku potasu i podejmowanie rękoczynów chirurgicznych nie dały, jak dotąd, wyników pomyslnych. W każdym bądź razie, sądzi autor, należy operować tam zwłaszcza, gdzie cierpienie, rozpoznane wcześniej, sprowadza się do widocznego, względnie łatwego do usunięcia guza. Wobec ropnia wskazanem być musi cięcie rozległe, wyskrobanie, użycie żegadła i drenu. W końcu pracy swej dr. Auvray podaje przebieg sześciu własnych operowanych przypadków odnośnych.

*K. Niedzielski.*

105. Malard. **Zastrzał promieniczny i promienica palców.** (Thèse de Lyon, 1903). Na 1500 znanych przypadków promienicy, umiejscowienie sprawy tej na palcu zaznaczono 4 razy tylko; z tej też przyczyny panaritium acti-

nomycoticum nie jest prawie brane w rachubę. Ognisko chorobowe, w mowie będące, stwierdzano u rolników, przeważnie na rękę prawem na skutek nieznacznego zazwyczaj uszkodzenia powłok zewnętrznych i przedostania się przez ranę grzybka promienistego. Zarazek zaszczepić sobie można podczas koszenia lub przewozu zboża, w następstwie zakłucia się lodygą lub ostem, od zetknięcia się z zarażonym mięsem lub skórą, zdartą z chorego na promienicę bydłęcia. Guziczek swoisty, zrazu twardy, mięknie stopniowo; pasorzyt posuwa się naprzód per contiguitatem, wytwarzając coraz nowe nacieki ropne; w wydzielającej się z przetok cieczy surowiczko-krwawej znajdujemy stale ziarenka barwy żółtej, które po rozczłonkowaniu dają obraz grzybni włóknistej pod postacią głoski Y. Z biegiem czasu ulegają zwyrodnieniu i głębsze warstwy, powięź, mięśnie, kość nawet.

W omawianem cierpieniu rozróżnić należy postać ostrą i przewlekłą. Pierwsza z nich jest niesłychanie rzadką. Postać przewlekła daje dwie odmiany: guziczkową oraz wrzodziejącą. Guzik posiada wymiary różne — od ziarna grochu do orzecha laskowego i więcej, bywa ruchomy i przesuwany pod palcem; najczęściej zauważa się kilka ognisk od razu, o powierzchni nierównej, nie przyrośniętych do skóry z początku. Z biegiem czasu ta ostatnia zrasta się z guzikiem, stając się cienką, błyszczącą, napiętą i zaczerwienioną, przy czem istnieją bóle dość umiarkowane, zresztą. Sprawa nie zdradza żadnej skłonności ku zagojeniu i wlecze się miesiącami całymi, prowadząc do owrzodzeń. Rozpoznanie różniczkowe może wahać się między zastrzałem, węglikiem, zapaleniem szpiku kostnego, wilkiem, wiewiorem zanogcicowym i t. p. cierpieniami, podobnemi z pozoru. Leczenie coraz większymi dawkami jodku potasu może być, prędko nawet, nader skuteczne, najczęściej jednak wypadnie dokonać doszczętnego wycięcia ogniska, po uprzednim, w razie potrzeby, dokonaniu zastrzyknięcia sublimatu w roztworze 1:1000 do 1:100.

*K. Niedzielski.*

106. Graessner. **Leczenie fracturae humeri supracondylicae za pomocą wyciągu Bardenheuer'a.** (Centralblatt f. Chirurgie, Nr. 43 i 44, 1903 r.). Autor uważa za niestosowny szew kostny przy złamaniach śródstawowych ramienia, łokcia i ręki, i jest tego zdania, że i fracturae supracon-

dylicae humeri ze zbroczeniem dolnego odłamka za górny odłamek dają świetne wyniki, gdy się je leczy za pomocą wyciągu Bardenheuer'a w szynie albo przy najmniejszym zbroczeniu przez wyciąg za pomocą wagi; o tem mógł się autor przekonać, lecząc takim sposobem przez pięć lat złamania dolnej części kości ramieniowej. Tylko w jednym przypadku zwykły sposób wyciągu nie doprowadził do dobrego wyniku, o czem się autor przekonał za pomocą rentgenografii po 8 dniach. Aby osiągnąć i w tym przypadku dobre ułożenie końców zmienił autor zwykły sposób wyciągu i otrzymał dobry wynik. Chory leży w łóżku uśpiony. Przedramię zgięto pod kątem ostrym, końce złamania dobrze ułożono i nałożono następujące plastry: jeden z przodu i z tyłu przedramienia, dochodzący aż za palce, drugi z wewnętrznej i zewnętrznej strony ramienia, dochodzący za barki ku górze, a ku dołowi pod łokciem rozdziela się deszczułką, do której przykłada się do wyciągu wałek—wagi około 4 kg.; trzeci plaster, przymocowany do wyciągu ku zewnątrz, nakłada się na dolną część ramienia powyżej stawu łokciowego — waga 2 kilo; czwarty plaster nakłada się naokoło klatki piersiowej, aby zapobiedz przesuwniu się ciała w kierunku do złamanej kończyny—waga 4 kilo. Jeżeli się ma do czynienia oprócz tego ze złamaniem śródstawowem, to zamiast deszczułki przy wyciągu wzdłuż, nakłada się duży guzik, aby tym sposobem wywierać ucisk na kłykcie, jak to zwykle czyni Bardenheuer przy złamaniu kostek. Na 12 dzień zaczyna autor powoli i ostrożnie robić ruchy w stawie. Leczenie późniejsze polega na masażu, gimnastyce. Ujemne strony leżenia w łóżku wynagradzają dobre wyniki wyciągu.

*W. Biehler.*

107. Curtis. **Wycięcie gruczołu tarczowego i nerwu współczulnego w przebiegu choroby Basedow'a.** («Thyroidectomy and sympathectomy for exophthalmic goitre». *Annals of surgery*. Nr. 8, 1903). Dr. C. zestawiał 18 przypadków operacyjnego leczenia wola w przebiegu cierpienia Basedow'a. W 11 przypadkach wycięto gruczoł tarczowy, w 7—szyjową część nerwu współczulnego. Gruczoł usuwano zawsze cięciem poprzecznym przy jednoczesnem tętnic tarczowych podwiązaniu. Z przesmyku operujący pozostawiał tyle tylko, by zachowany odcinek mógł pokryć nerwy krtaniowe, samo zaś wole oddzielano po uprzedniem podwiązaniu prze-

smyku en masse lub odwaleniu żegadłem. Operowano stale pod eterem. Unaczynienia guzów nadto obfitego nie zauważono nigdy.

Wycinania części szyjowych nerwu sympatycznego dokonywano zazwyczaj po stronach obu i na posiedzeniu jednym. Cięcie operujący prowadził zawsze od przodu na wysokości przyczepu mięśnia zginacza głowy do mostka. Po odciągnięciu pęczka naczynio-nerwowego wraz z wolem ku wewnątrz i utworzeniu sobie drogi do spłotu górnego, ten ostatni ujmowano w pincetę i pień nerwowy ściągano ku dołowi; spłot drugi (środkowy) przebiegał niekiedy tuż koło dolnej tętnicy tarczowej, którą też trzeba było podwiązać. Wyosobnienie spłotu trzeciego (dolnego) było najmoźolniejszym i wogóle wycinanie nerwu współczulnego w szyjowej jego części nie jest bynajmniej operacją łatwą. Wyniki zabiegów były różne: w 3-ch spostrzeżeniach, dotyczących operacji na nerwie (sympathectomia), otrzymano zejście niepomyślne; 6 osobników, którym wycięto wole, wyzdrowiało, w jednym przypadku osiągnięto polepszenie, w jednym wynik był niewyraźny, 3-ch wreszcie operowanych zmarło wśród objawów ostrego tyrodyzmu. Do tychże zaliczyć wypadnie: nagłe podwyższenie ciepłoty bez żadnej, na pozór, przyczyny, przyśpieszenie tętna do 130, 150 i 200 nawet uderzeń, wybitne zaburzenia natury nerwowej przy zachowanej mniej lub więcej przytomności, rzadziej — śpiączkę. W moczu wykrywano w tych razach białko oraz wałeczki i wczesne zbadanie może ostrzedz przed zbliżającym się niebezpieczeństwem zatrucia. Bądź co bądź, pozostaje faktem niezbitym, że zabiegi, o których mowa, dały w 60% ogólnej cyfry spostrzeżeń rezultat pomyślny.

*K. Niedzielski.*

108. W. Willard. **Przypadek ciąży u karliczki; wycięcie macicy drogą brzuszna.** (Amer. Journ. of Obstetrics. IX, 1903). Przypadek ten, unikat prawdziwy, dotyczy 40-letniej karliczki, ważącej 14,5 kilo, ciężarnej w piątym miesiącu. Z wywiadów dowiedziano się wielu rzeczy ciekawych. Niebawem po urodzeniu osoba ta ważyła 3 kilo. W siódmym tygodniu życia nabawiła się pierwszego podczas kąpieli złamania kości; odtąd miewała dwa lub cztery złamania, razem 54. Oprócz różnych wysypek i błonicy, klientka d-ra W. cierpiała oddawna na nieżyt oskrzeli i napady duszenia się,



skutkiem czego sypiała zwykle w położeniu siedzącym. W 16 roku życia miała pierwszą miesiączkę; peryody przebiegały nieprawidłowo. Po wyjściu za mąż za 35-letniego ślepcą wkrótce zaszła w ciążę. Trzymana podczas badania w pozycji stojącej, gdyż sama nie mogła ustać na nogach, miała długości 71 cm. Kończyny nadzwyczaj liche, o szkielecie nędznym, uwydatniały cały szereg nader różnorodnych i nieprawidłowych wykrzywień. Chora ma np. podudzie tak zgięte, że pięta dotyka niemal rzepki; mostek tworzy kąt pod  $75^{\circ}$ . W brzuchu, względnie dużym, wyczuwano guz, zlekka pochylony na prawo, przebiegający w odległości jednakiej pomiędzy pępkiem i wyrostkiem mieczykowatym. Ruchy płodu były wyraźne, szmerów sercowych nie słyszano. Od strony szyi macicznej—zwyczajne objawy ciąży.

Z uwagi na duszność stale wzmagającą się skutkiem powiększania macicy i wątpliwą zdolność życiową płodu, jak również—bardzo szczupłe wymiary miednicy, wykonano u chorej operację według metody Porro. Wbrew oczekiwaniu, operacja miała przebieg bardzo składny i wynik otrzymano wyborny. Po zbadaniu wyciągniętego na zewnątrz preparatu znaleziono łożysko poprzedzające z przyczepem bocznym.

*K. Niedzielski.*

109. Heinz. **O przechodzeniu na płód jądów, działających na ciążka krwi.** (Virchow's Archiv. Bd. CLXVIII. Heft 3). Autor na podstawie swych badań przychodzi do wniosku, że krew prawie donoszonego płodu wykazuje pod wpływem jądów te same zmiany morfologiczne (marszczenie się i występowanie ziarenek bazofilnychwczew w onych ciążkach), co i krew matki. Natomiast u zarodków kotów, z wczesnych okresów ciąży, nie spostrzegano żadnych zmian we krwi, chociaż matka uległa silnemu działaniu jadu. Dalsze badania tegoż autora wykazały, że jady, działające na krew, przechodzą z matki na płód, przyczem krew płodu podlega tymże samym zmianom patologicznym, jednakże dopiero w drugiej połowie ciąży. Dopóki erytrocyty mają jądro, dotąd wpływu jądów na te komórki ustalić nie można. Zjawisko to da się w ten sposób objaśnić, że pod koniec ciąży wymiana materii pomiędzy naczyniami matki i płodu jest o wiele łatwiejszą, ponieważ zapotrzebowanie płodu w przemianie materii znacznie wzrasta. U ludzi stosunki muszą być zapewne te same,

być nawet może, że płód ludzki w późniejszych okresach ciąży jest nawet mniej zabezpieczony od przejścia jądów krwi, aniżeli zwierzęcy, za czem przemawia budowa płacenty u ludzi.

*H. Kucharzewski.*

## II. WIADOMOSCI TERAPEUTYCZNE.

110. Dr. Buch i Wolf otrzymywali dodatnie wyniki po stosowaniu **mezotanu** w przypadkach ostrego gościca stawowego, gdzie po ustąpieniu gorączkowego okresu występowały znowu lekkie, bolesne obrzmienia stawów i przez czas pewien w stanie tym pozostawały. Wreszcie autorzy stosowali mezotan w tych przypadkach, gdzie wskutek nietolerancji żołądka wewnętrzne podawanie środków przeciwgościcowych musiało być zaniechane. W nerwobólach, lumbago, zapaleniach opłucny i t. d., gdzie inni autorowie spostrzegali skuteczne działanie tego preparatu, B. i W. dodatniego wpływu mezotanu nie widzieli.

*H. K.*

111. Dr. E. Klaveness zaleca **arystochinę** (preparat chininy, pozbawiony smaku) w nerwobólach, zapaleniu migdałów i grypie. W 0.5 dawkach kilka razy dziennie arystochinina okazała się znakomitym środkiem przeciwgorączkowym i nawet w większych dawkach nie sprowadzała najmniejszego upośledzenia działalności serca. (Northwestern Lancet, 1903).

*H. K.*

112. Dr. A. Dresler stosował **arystochinę** (Bayer) w kilku przypadkach astmy i w jednym z nich otrzymał wprost zdumiewający wynik. Prócz zmniejszenia napadów kaszlu i duszności, środek ten wywołuje ogólne kojące działanie; przytem szczególnie dodatnio wpływa na czynność uryny. Jako jedyny wpływ ujemny dało się zauważyć przejściowe swędzenie skóry i lekki szum w uszach, zresztą z powodu zupełnego braku smaku środek ten przyjmowany był bardzo chętnie. Wobec tego autor bardzo zaleca stosowanie tego preparatu w takim uporczywym cierpieniu, jakim jest astma. (Therapie der Gegenwart, 1903).

*H. K.*

113. Na oddziale D-ra Piseka stosowano **teocynę** w 20 przypadkach, przeważnie w nieskompensowanych wad serca, w zwyrodnieniach mięśnia sercowego, w dwóch przypadkach przewlekłego zapalenia nerek. Rzadko kiedy teocyna odmówiła dzia-

łania; działanie moczopędne było bardzo wybitne, dobową ilość moczu wzrastała w dwój- i trójnasób. Działania ubocznego nie spostrzegano. Ujemnego wpływu na tętno i serce nie notowano. Stwardnienie tętnic, nawet w znacznym stopniu nie stanowi przeciwwskazania. Teocynę uważać można za doskonały środek moczopędny szczególnie w chorobach serca. Dawka 0,25, 3 — 4 razy na dzień. (Die Heilkunde, 1903). H. K.

### III, Z Towarzystw lekarskich francuskich.

114. Budin. **O karmieniu dzieci w ciągu dwóch pierwszych lat życia.** Tam, gdzie ilość mleka matczynego nie wystarcza, należy uciec się do karmy mieszanej. Zastosowane wprost po urodzeniu odżywianie sztuczne autor uważa jako niemożliwe w praktyce i niebezpieczne. Gdy po upływie kilku miesięcy dziecko waży 5 do 6 kilo i dalej z różnych względów niepodobna odżywiać je piersią, dajemy ilość pokarmu, odpowiadającą  $\frac{1}{10}$  wagi ciała, zatem na kilo teje — 100,0 mleka czystego, które zawiera 36,0 masła na litr. W ciągu roku drugiego dziecko otrzymuje, prócz mleka, zupy mleczne; bulion należy wykluczyć, gdyż mało jest pożywny i stolce wywołuje zbyt częste, jaj większość dzieci nie znosi. Unika się, dzięki takiej dyecie, przeładowania, oraz zależnych od tego przypadłości i gnilca. Na 712 ssawców, odżywianych w ten sposób, śmiertelność wynosiła 4,6%, gdy zwykła jej odsetka wśród dzieci Paryża stanowi 17,8%. Żadne z niemowląt tych nie zmarło skutkiem zakażenia kanału pokarmowego, gdy znów na cierpienie powyższe umiera w miastach Francji 6,5%. Z chorób płucnych dzieci tak karmionych zmarło 1,7%, gdy w warunkach zwykłych umiera 3,2%.

115. Babiński. **Leczenie cierpień ucha za pomocą przebi-  
cia opon rdzeniowych** (rachicentèse). Z trzech objawów głównych: zawroty, dzwonienie w uszach i głuchota, pierwszy z nich poddaje się najłatwiej działaniu rachicentezy. Z liczby 32 chorych u 11-tu tylko przekłucie nie dało żadnego wyniku; w 21 spostrzeżeniach innych następstwa dodatnie były oczywiste. Z 90 narzekających na szum w uszach osobników 30 wyzdrowiało tylko lub doznało ulgi;  $\frac{1}{7}$  wreszcie liczby chorych, dotkniętych głuchotą, doznała polepszenia po punkcyi. (Académie de médecine. Posiedzenie w d. 5 stycznia 1904 r.).

116. Danysz. **Rad i jego działanie na tkanki.** Odpowiednio do większej czystości preparatu i trwania ekspozycji, wzmagają się omówione w nagłówku działania radu. Dr. D. przeprowadził szereg z pierwiastkiem tym doświadczeń, z których osiągnął wyniki następujące: myszy, umieszczone w klateczce poniżej rurki, zawierającej 0,05 bromku radu, w ciągu dni 20 dostawały po 14 godzinnej ekspozycji wypadania włosów i dość wybitnych objawów zapalenia skóry na głowie i plecach. Po wystawieniu na działanie związków radu przez 24 godz. zwierzęta zdradzały te same, co i przedtem zmiany, ginęły, wreszcie, wskutek porażen z upływem dni 32. Jeżeli wpływ omawianego pierwiastku sięgał godz. 48, zejście niepomysłne notowano u myszy już po 22 dobach. Badanie pod drobnowidzem ośrodków nerwowych wykryło wynacznienia tylko, bez zbyt widocznych uszkodzeń tkanki nerwowej. Wpływ radu bywa bardziej wybitnym u zwierząt młodych; tem też, być może, tłumaczy się owa skuteczność radu w obec nowotworów, na które tenże wywiera przez skórę i mięśnie działanie, sięgające głęboko, bez zniszczeń, wszelako, w tych ostatnich. (Acad. des sciences, 28 grudnia 1903).

117. Baillet (Orléans). **Cięcie żółciowodu i szew następczy.** W jednym z przypadków autor po usunięciu z żółciowodu kamyka, zaszył narząd ten doszczętnie; wynik na razie był dobry, lecz z upływem ośmiu dni objawy niedrożności wróciły na nowo. Wypadło dokonać operacji po raz drugi. Żółciowód rozcięto po raz drugi i wygarnięto z rany tej szczątki kamienia. W ciągu dni następnych wyeliminowały się jeszcze kamyczki małe i pomału prawidłowy odpływ żółci urobił się bez przeszkód.

W dyskusji dr. Michaux zaznaczył, że w 12-tu spostrzeżeniach zaszywał żółciowód po uzyskaniu pewności, że jest drożnym, i z rękoczynu tego zadowolonym był zawsze. Dla pewności pozostawiał dren, poczem stale jakiś czas goił przetokę. Mówca mniema, że w tym razie tylko należy wyrzec się szwu, gdy żółć jest septyczną. Zapatrywanie wprost przeciwne wygłosił Quénu, który zawsze pozostawia żółciowód otwartym, aby kamyki mogły wydzielić się samoistnie. Tak samo wyraził się i Schwartz. Autor ten w jednym przypadku tylko zaszył będący w mowie narząd i stwierdził niebawem wystąpienie niepożądanych objawów. Hartmann, wreszcie, uważa nakładanie szwu na żółciowód za rzecz bezużyteczną ze względu, iż podłużne rany tego przewodu goją się nader prędko.

118. Dżemil-basza (Konstantynopol). **Ciało obce w oskrzeliu.** Przypadek dotyczył 6-letniego dziecka, które połknęło futerałik od ołówka, poczem wystąpiły dość niepokojące objawy duszenia się. Z uwagi na brak oddechu pęcherzykowego po prawej stronie, mówca wywnioskował, że ciało obce zatrzymało się w oskrzeliu. Do wykonania prześwietleń zabrakło sposobności. Jakoż, po dokonaniu tracheotomii dolnej, znaleziono w odległości 5 ctm. poniżej rozwidlenia mostka w oskrzeliu ciało obce, które wyjęto szczęśliwie. Operujący usunął rurkę z tchawicy czwartego dnia po zabiegu, a po upływie dziesięciu dni mały pacjent wypisał się ze szpitala.

119. Pauchet (Amiens). **Niedrożność kiszek, zależna od uchyłku Meckel'a.** U młodej dziewczyny z objawami ostrej niedrożności jelit znaleziono w przebiegu laparotomii sklejenie się jelita biodrowego ze ślepem na przestrzeni 25—30 ctm., skutkiem zapalnej sprawy przewlekłej w uchyłku Meckel'a. Wycięto uchyłek i brzuch zaszyto. Wobec powstania nowych, przemawiających za zatkaniem objawów, wykonano po upływie czterech dni odbyty sztuczny na wysokości pętli wzdętej. Zeszyte jelit boczne, wykonane po upływie dwóch miesięcy, uwolniło pacjentkę od przetoki, lecz znów w końcu drugiego tygodnia należało zrobić u chorej odbyty sztuczny. Gdy w ciągu trzech miesięcy następnych nie zauważono nowych powikłań, dr. P. wyswobodził pętlę i wszył ją wprost do jelita ślepego. Operowana (pięć razy) wyzdrowiała zupełnie.

120. Le Fort (Lille). **Rozlany tętniak podkolanowy.** Autor stwierdził u postrzelonego przed dwoma miesiącami osobnika obecność otworu, który przyjął za światło tętnicy podkolanowej i nałożył nań, po okrwawieniu brzegów cztery, szwy z katgutem. Podczas zmiany opatrunku z upływem tygodnia autor zauważył ku zdziwieniu swemu guz tętniakowy. Po uspieniu chorego wyrezekowano naczynia podkolanowe i po dokładnem zbadaniu rzeczy przekonano się, iż szew był nałożony nie na samą tętnicę, lecz tylko na pochewkę naczynia, wobec czego, pozostawioną była za pierwszym razem rana ziejąca jednocześnie w tętnicy i żyłę.

121. Baillet. **Zapalenie wyrostka przepuklinowe.** Do szpitala przywieziono dziecko trzynasto-miesięczne, wycieńczone bardzo, u którego stwierdzono zaciśnięcie przepukliny i brak wypróżnień. Rozpoznano uwięźniętą przepuklinę pachwinową. Po otworzeniu worka znaleziono w nim koniec jelita biodrowego i część ślepego

z nabrzmiałą w pośrodku pętlą kiszkową. W tym stanie rzeczy możliwość zapalenia wyrostka robaczkowego wydała się nader prawdopodobną. Jakoż, uniósłszy nieco ku górze jelito ślepe, operujący stwierdził ostry stan zapalny w wyrostku, wobec czego narząd ów wyciął doszczętnie. Najprawdopodobniej cierpienie kiszki zależało tu od istnienia sprawy zapalnej w otrzewnie. (Société de chirurgie. P. z d. 23 i 30 grudnia 1903 r.) *K. Niedzielski.*

#### IV. Z Towarzystw i piśmiennictwa angielskiego.

122. Na drugim posiedzeniu Londyńskiego Therapeutical Society dr. R. Hutchinson zakomunikował ciekawe spostrzeżenie **o użyciu kwaśnego fosforanu sodu w celu przeistoczenia moczu zasadowego na kwaśny**. Dokonał całego szeregu doświadczeń klinicznych ze zwykłymi kwasami mineralnymi: (solnym, siarczanym i fosforowym), a także z organicznymi: (winnym, octowym, cytrynowym i mlecznym) i przekonał się, że mają one bardzo nieznaczny wpływ na zakwaszenie moczu: wszystkie one neutralizowały się i wydzielaly się przeważnie w postaci soli amoniakalnych. Kwas benzoesowy również nie ma żadnego wpływu na odczyn moczu. Zato kwaśny fosforan sodu wywiera wpływ oczywisty, zakwaszając moczu wyraźnie. Oczekiwać tego można było, gdyż uryna zawdzięcza swój normalny, kwaśny, odczyn przeważnie tej soli. Dla tej racyi kwaśny fosforan sodu może być z korzyścią zastosowany, szczególnie w połączeniu z urotropiną, dla podtrzymania kwaśnego odczynu moczu, po operacjach, dokonanych na pęcherzu moczowym. Łatwo rozpuszcza się w wodzie i może być podawany w dawkach 30—60 granów co trzy godziny, choć lepiej dawać go częściej w mniejszych dawkach, aby zapewnić nieprzerwane wydzielanie przez nerki. Środek ten jednak wywołuje biegunkę, która, zresztą, łatwo ustępuje. (The Therapeutic Gazette. 1903, Kwiecień)

123. **Chloreton w chorobie morskiej.** J. W. Fawcitt stwerdza ogłoszone przez Wheeler'a (Lancet, 1903, Luty 28) spostrzeżenie o dodatnim działaniu chloretonu w chorobie morskiej. Sam autor, bardzo skłonny do tej choroby, wsiadając na parostatek, zażył jedną, a, odpływając, jeszcze dwie kapsułki po 5 granów w każdej i całą noc i następny dzień czuł się jak najlepiej. Chorym zaś pasażerom, jadącym na tymże parostatku, dawał z dobrym sku-

tkiem po dwie kapsułki. (Lancet, 1903, Marzec 7; — Medicine, 1903, Maj).

124. Opierając się na dwunastu przypadkach, dr. A. Gordon przychodzi do wniosku, że kombinacja soli nieorganicznych, znane pod nazwą **surowicy Trunecek'a**, jest cennym środkiem w niektórych przypadkach „zaburzeń funkcji mózgowych, wywołanych przez zmiany w krążeniu krwi“. Pomyślnie wyniki otrzymywano zarówno przy stosowaniu lekarstwa pod skórę, jak i per os. Często ta „surowica“ (właściwiej sól Trunecek'a, jak ją radzi nazywać autor), była pomocną tam, gdzie inne środki, jak jodidy i nitraty, nie wywierały żadnego działania, tylko, że na działanie tej soli trzeba czekać nie mniej, niż tydzień (po naznaczeniu lekarstwa). (Philadelphia Medical Journal, 1903, March 21 — Medicine, 1903 Maj).

125. J. Mac-Connel. **Ćwiczenia oddechowe w chorobach nerwowych funkcyjnych**. (University of Pennsylvania Medical Bulletin, 1903, March. — Medicine, 1903, Maj). Autor jest zdania, że prawie w każdym przypadku neurastenii i tremoris, chory nie należycie używa swych organów oddechowych. Mając to na względzie, autor w ciągu 10-ciu lat stosował „ćwiczenia oddechowe“ w tych chorobach nerwowych funkcyjnych i był zadowolony z otrzymywanych rezultatów. Częściową ulgę widział też w porażeniach pochodzenia mózgowego i w tremor hystericus; organiczne zaś choroby rdzenia i paralysis agitans były leczone w ten sposób bez widocznego polepszenia. Sposób wykonania tych ćwiczeń jest następujący: chory, stojąc wyprostowanym i trzymając ręce wzdłuż bioder, robi (tylko przez nos) głębokie i długie wdechy i krótkie wydechy (w dobrze wentylowanym pokoju lub na świeżem powietrzu), powtarzając to kilka razy dziennie. Rytm oddychania może być zmieniany, naprz.: 1) Powolne i długie wdychanie i wydychanie; 2) krótkie wdychanie i długie wydychanie; 3) długie wdychanie i krótkie wydychanie; 4) krótkie wdychanie i wydychanie. Czasami te ćwiczenia można połączyć z innymi ćwiczeniami fizycznymi lub z ćwiczeniami za pomocą ręcznych półfuntowych ciężarów, ale zawsze wszystkie te ćwiczenia, szczególnie z początku, powinny trwać niedługo, ponieważ wszelki nadmiar jest szkodliwy.

126. J. Meech. **Kwas karbolowy w miejscowym leczeniu ospy**. (Lancet, 21 Lutego — Medicine, 1903, Maj). W leczeniu ospy między innymi stosowano oddawna rozczyn kwasu karbo-

wego, autor nigdzie nie znalazł wskazówki, żeby czysty kwas karbolowy był w tym [celu stosowany. Dodatkowo jego działanie w leczeniu wrzodziaków i innych „zakazań miejscowych“ dało powód autorowi do zastosowania go w ospie, a otrzymane wyniki były tak zadowalniające, że, autor, nie bacząc na ograniczoną ilość doświadczeń, uważa za stosowne podać je do wiadomości ogółu lekarzy. Czysty kwas karbolowy był „starannie“ stosowany za pomocą miękiego pędzelka co dzień na pewnej i coraz nowiej przestrzeni ciała, zaczynając na pierwszy dzień od twarzy i głowy. W pierwszym przypadku chora dziewczyna była w siódmym dniu wysypki, pęcherzyki zaczynały zmieniać się w krosty. Po zastosowaniu kwasu karbolowego, pęcherzyki częścią zaschły w strupy, nie zmieniawszy się uprzednio w krosty, po większej zaś części zawartość ich wchłaniała się i nabłonek złuszczał się. Jednocześnie spadła i ciepłota i chora poczuła się wcale dobrze. Po zejściu strupów pozostały zwykle znaki, ale bez dołków ospowych. W drugim przypadku, u mężczyzny 54-letniego, była ospa zlewająca się; twarz tak była obrzmiała, że chory zaledwie mógł patrzeć; wysypka na całym ciele. Kwas karbolowy był zastosowany, gdy zjawiły się pęcherzyki i leczeniu poddana była stopniowo wysypka całego ciała. I tu też uprzedzono uformowanie się krost. Takie leczenie autor stosował jeszcze w dwóch łagodniejszych przypadkach w różnych stadiach i wyniósł przekonanie, że kwas karbolowy wstrzymuje rozwój choroby, czy to w okresie ropienia, czy pęcherzyków.

127. G. Parry. **Calcium chloratum w hemofilii.** U pewnego chłopca, dziedzicznie hemofilicznego, powstało nadzwyczaj uporczywe krwawienie (haemorrhagia) z niewielkiej szpary międzyzębowej. Otwór był tak mały, że ledwie mały kawałek waty można było weń włożyć. W ciągu czterech dni stosowano bezskutecznie tamponację z rozczyńców (alumen, acid. tannicum, ol. terebinth., ferrum sesquichlor., adrenalinum). Krwawienie czasami ustawało na kwadrans, a potem powracało z jeszcze większą siłą. Adrenalina dała stosunkowo najlepsze wyniki: w czasie jej stosowania krwawienie znacznie się zmniejszyło, ale nie ustało. Gdy po pięciu dniach ciągłego krwawienia chory stał się anemicznym, spróbowano rozczyńca calci chlorati (20 granów na uncję) z zupełnym powodzeniem: krwawienie ustało zupełnie po kilkakrotnym wkładaniu kawałeczków waty, namoczonej w tym rozczyńcu. (Lancet, 1903, Febr. 21 — Medicine, 1903, Maj).

128. F. Fenton. **Objawy, poprzedzające nastąpienie niedo-**



**mogi sercowej w przebiegu błonicy.** Niedomoga sercowa w przebiegu błonicy może powstać w drugim lub trzecim tygodniu choroby, ale może wystąpić i wcześniej lub też znacznie później (po miesiącu albo i więcej). Niektórzy chorzy umierają nagle bez żadnych poprzedzających objawów, zwykle w czasie wysiłku lub wzruszenia, lecz w większości przypadków są tu ostrzegające objawy, które poprzedzają fatalny koniec na pewien przeciąg czasu (na kilka godzin lub nawet kilka dni). Taką pierwszą wskazówką zbliżającej się niedomogi sercowej są bóle brzucha, zwykle umiejscawiające się w nadbrzoju, ale zdarzające się także i w okolicy pępka. Bóle, zwykle umiarkowanej siły, są jednakże dostateczne, aby wywołać krzyk u dziecka. Czasami bywają one tak nieznaczne, że mogą przejść niepostrzeżenie, lecz w niektórych przypadkach są bardzo intensywne. W jednym przypadku u 14-letniego dziecka bóle rozprzestrzeniły się na okolicę serca i promieniowały do lewego ramienia, jak w dusznicy bolesnej. W czasie napadów bólów, dziecko jest blade i osłabione, w przerwach zaś może czuć się wcale nieźle. Często w czasie napadu bólów towarzyszą wymioty, tętno zaś jest zawsze zmienione: najczęściej zwolnione, lecz bywa też czasem i przyspieszone. Wystąpienie tych bólów w przebiegu błonicy jest prawie zawsze oznaką stanu beznadziejnego: z ośmiu przypadków, w których objaw ten był zanotowany, tylko w dwóch nastąpiło wyzdrowienie i to po długim i ciężkim okresie zdrowienia. (Canadian Practitioner and Review, 1903, Marzec.—Medicine 1903, Maj).

129. B. Cleland. **Zmiany syfilityczne w aorcie i jej zastawkach.** W podręcznikach zwraca się bardzo mało uwagi na znaczenie przymiotu w chorobach aorty i jej zastawek, gdy tymczasem odgrywa on tu bardzo znaczną rolę. Zdaniem autora, we wszystkich przypadkach wzmiankowanych spraw chorobowych, gdzie niema wskazówki na reumatyzmowe ich pochodzenie, trzeba podejrzewać przymiot. Z czterech przypadków autora, tylko w jednym, w anamnezie, był zanotowany syfilis; z trzech zaś pozostałych, gdzie w anamnezie nie było wskazówek na przebyty syfilis, w dwóch na autopsji były wykryte gumaty mózgu i wątroby. We wszystkich tych czterech przypadkach autora zmiany makroskopowe w aorcie były identyczne i bardzo charakterystyczne: wewnątrz aorta, w skutek nierównomiernego zgrubienia, miała wygląd zmarszczony, jak gdyby z powodu skurczenia się tkanki łącznej, prócz tego zauważyć się dawały rozsiane kępki ateromatyczne (atheromatous plaques), a w jednym przypadku dość liczne nieprawidłowe owrzodzenia.

Zmiany te nie zachodziły daleko za łuk aorty. Zastawki aorty były zgrubiałe i zniekształcone. (Australasian Medical Gazette, 1903, 20 Lutego—Medicine, 1903, Maj).

130. T. J. Yarrow. **Kliniczne znaczenie albumozuryi.** Autor na mocy blisko pięćdziesięciu przypadków utrzymuje, że obecność albumozy w moczu jest oznaką sprawy ropnej (suppuration). Liczne badania moczu były dokonane w przypadkach raków i innych stanów chorobowych, nie połączonych z ropieniem, i w żadnym z nich nie wykryto albumoz, natomiast we wszystkich przypadkach, gdzie było „ognisko ropne“, albumozy zawsze znajdowano w moczu. Obecność ognisk ropnych w większości przypadków potem stwierdzono na operacyi albo na sekcyi. (American Medicine, 1903, 21 Marzec; — Medicine, 1903, Maj).

131. L. Hektoen. **Paciorkowiec w płonicy.** W obec niedawnych zawiadomień o leczniczej wartości przeciwpaciorkowcowej surowicy w szkarlatynie, wyniki badań Hektoen'a nabierają osobliwej wartości. Autor badał krew u 112 osobników różnego wieku, chorych na szkarlatynę, i tylko w 12 przypadkach wykrył paciorkowca. W trzech przypadkach badanie, dokonane we wczesnym okresie choroby, dało rezultaty ujemne, a dokonane w późniejszym—dodatnie. Z dziesięciu przypadków, zbadanych w pierwszym dniu choroby, tylko w jednym wykryto paciorkowca. Stosunkowo największą ilość kolonii otrzymano z groźniejszych przypadków. Wogóle wyniki tych badań bakteryologicznych krwi w szkarlatynie (za życia) mówią więcej na korzyść tego, że zakażenie paciorkowcowe jest wtórnem, ponieważ w większości przypadków, i nawet groźnych przypadków, nie wykrywamy ich wcale. Prócz tego mogą być nieobecne we wczesnym peryodzie choroby i zjawić się w późniejszym. Najstosowniej, zdaniem autora, patrzeć na szkarlatynę, jak na zakażenie jakimś nieznanym drobnoustrojem, któremu zawdzięcza ta choroba swoje przejawy kliniczne we wczesnym okresie, i ku któremu może przyłączyć się wtórnem, w gorszych i fatalnych przypadkach, zakażenie paciorkowcowe. (Journal of the American Medical Association, 1903, 14 Marzec; — Medicine, 1903, Maj).

132. **W conjunctivitis chronica u starców,** odznaczającej się błądzą prof. Edward Jackson stosuje smarowanie słabym roztworem lapisu ( $\frac{1}{2}\%$ ). Cierpienie to jest prawie nieuleczalne, ale po kilku takich smarowaniach chory uczuwa znaczną ulgę na pewien przeciąg czasu; leczenie trzeba powtarzać. W zapaleniach tęczęwki

nawet nie syfilitycznego pochodzenia, tenże autor radzi zaczynać leczenie od kalomelu aż do wystąpienia rozwolnienia albo nawet przejawów ogólnego działania. (The Therapeutic Gazette, 1903, Maj).

153. Prof. John Clark. **Przeciwwskazania do narkozy eterem.** Silny katar (coryza), we wszystkich stadyach, zdaniem autora, jest bardzo poważnem przeciwwskazaniem do narkozy: tacy chorzy „bardzo cierpią w okresie ponarkozowym“ i łatwo może nastąpić u nich zapalenie płuc. Prócz tego, jak wiadomo, nic nie może być gorszego, naprzykład, po operacjach na brzuchu, jak ciągły męczący kaszel, a ostry katar, nawet w lżejszych postaciach, prawie zawsze pogarsza się po narkozie. Za przeciwwskazanie autor zawsze uważa chroniczną rozedmę płuc. Natomiast w bronchitis chronica po eteryzacyi bardzo często następuje znaczne polepszenie. Zlokalizowana gruźlica płuc, przy dość znacznej niezajętej części płuc, pozostałej dla pełnego oddechu, nie zawsze pogarsza się po narkozie. Co się tyczy przeciwwskazań ze strony serca, to tu autor z latami staje się „coraz większym i większym optymistą“ i uważa, że choroby serca w ogóle nie są przeciwwskazaniami, wyłączając tylko przypadki, gdzie istnieją oczywiste znaczne zaburzenia w wyrównaniu (oedema, wielka dyspnoe lub pulsacya venarum jugular.). Niebezpieczeństwo w chorobach sercowych następuje nie w czasie głębokiej anestezji, ale w początku narkozy, w stanie podbudzenia, t. j. innemi słowy, chory może umrzeć od nadmiernego wysiłku fizycznego, ale nie od działania właściwie znieczulającego środka. „Niedomoga nerkowa“ z małymi śladami białka w moczu jest, zdaniem autora, stanem daleko niebezpieczniejszym przy narkozie aniżeli znaczna obecność białka z przybliżeniem normalną ilością moczu, ponieważ, w świetle nowszych badań, chorzy tacy po narkozie umierają nie od szkodliwego wpływu eteru, a od ostatecznej intoksykacyi, spowodowanej przez samą chorobę. Dla tego też autor obecność białka i wałeczków nie uważa za poważne przeciwwskazanie, jeżeli tylko nie zachodzi znaczne zmniejszenie wodnej części uryny. Upřednio przed narkozą autor radzi „wypróżnić kanał pokarmowy i oczyścić krew z ubocznych produktów“ (4, co pół godziny podawane, dawki kalomelu, po  $\frac{1}{2}$  grana, a następnie — zwykła enema na 3 godziny przed operacją), a także „zwiększyć wodną część krwi“ przez wprowadzenie zwiększonej ilości płynu (nie później niż na 2 godziny przed operacją) w celu rozrzedzenia drażniących produktów, pochodzących od zatrucia eterem i wydzielonych przez nerki. (The Therapeutic Gazette, 1903, Maj).

134. Tuż przed zastosowaniem wdechań eteru, używanego do wywołania narkozy, prof. Edward Martin radzi przepulweryzować gardziel i nos 2% roztworem kokainy w roztworze adrenaliny (1:10.000). Taka pulweryzacja znacznie zmniejsza możebność zatrzymania serca i oddychania w pierwszych stadiach eteryzacji, co, jak wiadomo, może być przyczyną śmierci i zmniejsza też nadmierne wydzielanie śluzu i śliny i nagromadzenie ich w gardzieli. W razie zaś ustania sercowej i oddechowej czynności, często połączonego z szokiem (shock) i pochodzącego wskutek nadmiernego podania środka znieczulającego, radzi stosować podskórne wstrzykiwanie kokainy, kofeiny i normalnego roztworu soli z dodaniem dwóch drachm adrenaliny (1:1.000) na pajntę płynu (1 pint = 0,568 litra). Wchłanianie tego roztworu, wstrzykniętego w dostatecznej do przywrócenia napięcia naczyniowego (tonus vascularis) ilości, powinno być przyspieszone za pomocą silnego masażu. Gdy zaś stan jest niebezpieczny, to adrenalina (uprzednio rozcieńczona 50 razy normalnym roztworem soli) powinna być wstrzyknięta prosto do żyły (in v. jugularim exter). Rady te autor opiera przeważnie na danych doświadczalnych, zdobytych przez Crile'a i ogłoszonych w Boston Medical and Surgical Journal, 1903, 5 Marca). Crile u zaeteryzowanego na śmierć psa, z odkrytą jamą piersiową i sercem, stosował sztuczne oddychanie, a przez 7 minut po ustaniu czynności sercowej wstrzyknął w venam jugul. ext. 4 ctm.<sup>3</sup> roztworu adrenalini chlorati 1:10.000. Po kilku sekundach serce zaczęło silnie bić i ciśnienie krwi prędko podniosło się do normy, a po kilku minutach wznowiły się i ruchy oddechowe i pies powrócił do życia. W nader ciekawej swojej pracy Crile przychodzi do kilku wniosków, zasługujących na uwagę. Chirurgiczny szok (shock), zdaniem jego, jest niczem innym, jak wyczerpaniem ośrodka wazomotorycznego, zaś mięsień sercowy i ośrodki oddechowy, przyspieszający serce i zatrzymujący serce, ulegają porażeniu wtórnie. Ponieważ w szoku mamy do czynienia z ośrodkiem sparaliżowanym, dla tego też zwykle tu używane pobudzające środki, działające na ośrodek naczynioruchowy, muszą okazać się bezskutecznymi, adrenalina zaś, działająca na serce i naczynia krwionośne, niezależnie od ośrodka naczynioruchowego, może przywrócić i do pewnego stopnia utrzymać normalne ciśnienie tętnicze i w ten sposób stawia serce w warunki, umożliwiające jego ruchową czynność. W szoku czynność sercowa ustaje nie w skutek porażenia serca, a w skutek tego, że serce nie może kontynuować dla braku płynu swej ssąco-tłoczącej pracy. Brak zaś płynu (stosunkowy) powstał dla tego, że normal-

nej ilości krwi okazało się zamało, aby napełnić rozszerzone arte-rye. Collapsus, według Crile'a, powstaje wtedy, gdy wyczerpanie ośrodka naczynioruchowego nie jest kompletne, i dla tego tu może okazać się pomocnem użycie zwykłych środków podniecających. (The Therapeutic Gazette, 1903 r., Maj).

195. **Przy zapadaniu, w czasie głębokiej narkozy, języka ku tyłowi**, trzeba pamiętać, mówi prof. Ed. Martin, że wyciąganie języka za koniec nie wywiera żadnego wpływu na nasadę języka, jak to autor wspólnie z prof. Hare'em udowodnił na trupach, u których, z powodu wyciętej części partis basilaris ossis occipitis można było bezpośrednio widzieć położenie krtani i gardzieli. Wyciąganie języka tylko oddziela go od palatum molle. Dla tego zaś, żeby uwolnić krtani od zapadniętej nasady języka, trzeba wyciąganie języka połączyć z ekstenzyą głowy. (The Therapeutic Gazette, 1903, Maj).  
*Leonard Kaczorowski*

## V. Z TOWARZYSTWA LEKARZY GUBERNII LUBELSKIEJ.

### Protokół zwyczajnego posiedzenia Lub. Tow. Lekarskiego z dnia 18-go Czerwca 1903 r.

1. A. M a j e w s k i przedstawił chora, u której **wyciął odbytnicę** z powodu jej **wypadnięcia**.

Marya S., lat 22, panna, z gub. Podolskiej. Przed 2-ma laty chorowała na przewlekłą krwawą biegunkę, w przebiegu której powstało wypadnięcie odbytnicy. Leczenie wewnętrzne ogólne i miejscowe pozostało bez skutku.

Wypadnięcie kiszki długości 14 cent. po odprowadzeniu go— z łatwością przy każdym wysiłku napowrót wychodzi; wypadnięcie to, dawniej mniejsze, stopniowo się powiększa.

W uśpieniu chloroformowem wycięcie odbytnicy według reguł, podanych przez Mikulicza: a) przecięcie poprzeczne zewnętrznego cylindra w przedniej połowie odbytnicy, b) podwiązanie worka otrzewnowego, c) przecięcie poprzeczne wewnętrznego cylindra, d) szew kiszkowy przedniej połowy odbytnicy przez wszystkie warstwy, e) przecięcie poprzeczne zewnętrznego cylindra w tylnej połowie odbytnicy, f) podwiązanie naczyń mesorecti, g) przecięcie

wewnętrznego tylnego cylindra, h) szew tylnej połowy obydwóch cylindrów.

Wstrzymanie stolca za pomocą makowca w ciągu 10 dni. Wyzdrowienie bez powikłań.

2. Chodźko odczytał sprawozdanie z prac tymczasowej komisji Przemysłowo-Lekarskiej — wnioski jej w sprawie usunięcia wyrobów lekarskich niemieckich z Lublina.

3. Jednogłośnie wybrano kol. Stefana Rudzkiego na członka czynnego Towarzystwa.

Sekretarz *Czesław Czerwiński.*

### Protokół zwyczajnego posiedzenia Lub. Tow. Lekarskiego z dnia 4-go Lipca 1903 roku.

1. Prezes zagaił posiedzenie mową, w której scharakteryzował działalność naszego Towarzystwa w ubiegłym roku sprawozdawczym.

2. Jednomyślnie przyjęto wniosek *tymczasowej* komisji Przemysłowo-Lekarskiej w sprawie solidarnego wypisywania leków z fabryk francuskich i szwajcarskich z pominięciem niemieckich.

3. Zarząd przedstawił wniosek o utworzenie *stałej* komisji Przemysłowo-Lekarskiej. Zgodnie ze zdaniem kol. Biernackiego, że jest to sprawa regulaminowa i, jako takowa, może być rozpatrywana dopiero na czwartym posiedzeniu od daty wniesienia jej na porządek dzienny — zebrani postanowili prosić czasową komisję o dalsze zajmowanie się tą sprawą.

4. Przyjęto wnioski kol. Chodźko w sprawie »Towarzystwa popierania nauki polskiej« i utworzono listę członków.

5. Sekretarz odczytał sprawozdanie z naukowej działalności Towarzystwa w roku ubiegłym, sprawozdanie kasowe i komisji bibliotecznej.

6. Prezes zaznacza, że zapoczątkowany w swoim czasie kapitał żelazny, utworzony z dobrowolnych ofiar członków, od paru lat nie powiększa się, a przytem nie ma jasno określonego celu.

Kol. Biernacki zaproponował, aby przemianować kapitał ten na rezerwowy i powiększać go w każdym roku dodawaniem pewnego procentu od składek członkowskich. Po ożywionej dyskusji większość obecnych oświadczyła się za pozostawieniem tego kapitału nadal pod nazwą żelaznego i powiększaniem go  $\frac{1}{10}\%$  rocz-

nego dochodu każdego z członków; wnoszenie tej składki nie jest obowiązującym.

7. Na odbytych następnie wyborach na członków Zarządu zebrani powołali na prezesa kol. Władysława Tołwińskiego, na wiceprezesa kol. Aleksandra Jaworowskiego, na sekretarza Czesława Czerwińskiego, bibliotekarza Witolda Chodźko i skarbnika Aleksandra Staniszewskiego.

Do komisji bibliotecznej wybrano kol. Dobruckiego, Jaczewskiego i Arnsztajna, a do komisji rewizyjnej Rudzkiego, Kuszelewskiego i Modrzewskiego.

Na wniosek Zarządu zebrani jednogłośnie wybrali na członków honorowych kolegów: Biegańskiego z Częstochowy, Jordana i Browicza z Krakowa, a na członków korespondentów: Antoniego Rzęda z Łodzi i Bolesława Motza z Paryża.

Sekretarz *Czesław Czerwiński.*

---

## VI. ODCINEK.

---

### Jeszcze w sprawie ekspertyz sądowo-lekarskich.

---

Przed 4-ma laty w oddzielnej pracy, która wywołała na ostatnim Zjeździe w Krakowie pouczającą dyskusję, poruszyłem sprawę ekspertyz sądowo-lekarskich. Rzec tę drukowałem w „Kronice Lekarskiej“, jest więc ona znana naszym czytelnikom.

Wskazywałem w niej liczne błędy, popełniane przez biegłych na sądzie, dzięki temu, że medycyna sądowa traktowana jest po macoszemu wogóle i że lekarz, nie będąc pewny zupełnie wywodów, nie powstrzyma się raczej od zdania, zamiast wypowiedziania orzeczeń, które wobec sądu dyskredytują naszą wiedzę.

Medycyna sądowa jest nauką trudną, wiąże się z postęпами całej naszej wiedzy lekarskiej, ale ma też i swoje własne zasady, od których odstępować nie wolno.

Rola na sądzie jest niekiedy bardzo trudna, lekarz bowiem staje wobec dwu stron walczących, z których każda chciałaby uzyskać na swe poparcie zdanie lekarza. Nie będę powtarzać tych ostrzeżeń, jakie z doświadczenia długoletniego podałem w wyżej wymienionej pracy. Wracam do tej kwestyi z powodu sprawy nie-

dawno zakończonej w Warszawie, która pismu rosyjskiemu „Prawo“ dała asumpt do znaków zapytania w kierunku zdania biegłych.

Chodziło o znęcanie się nad podejrzanym o kradzież. Niezszczęśliwa ofiara podejrzeń zmarła wkrótce skutkiem otrucia kwasem siarczanym. Lekarze, dokonywający oględzin pośmiertnych, znaleźli na ciele siniaki podłużne w ilości 30, szerokości od 4 — 6 ctm., które, oczywiście, pochodziły od uderzeń rzemieniem lub kijem i wogóle zajmowały przestrzeń 800 cm<sup>3</sup>. Lekarze orzekli, że uszkodzenia te były lekkie, wywołały wszakże silne męczarnie, przyczyną zaś śmierci było otrucie kwasem siarczanym z właściwymi mu zmianami.

Tymczasem lekarze W., S. i Wisz., którzy dawali wnioski w inspekcji lekarskiej gubernialnej, orzekli, że i uszkodzenia zewnętrzne — siniaki, uznać należy za uszkodzenia ciężkie.

Na posiedzeniu izby sądowej lekarze ci cofnęli to pierwotne swoje orzeczenie, twierdząc, że pobicia są słabsze, niż ciężkie (słabiej ciężkich).

Obok tego biegły M. wypowiedział zdanie tego rodzaju: „bolesność uderzeń zależy od wrażliwości osobniczej i jego położenia socyalnego (!). Sadowski miał lat 25, zbudowany był dobrze, był człowiekiem prostym i, prawdopodobnie, mniej odczuwał, niż kto inny, a ogólne pobudzenie przeszkadzało (!) w odczuwaniu bólu“ Lekarz S. podzielił zdanie M. i dodał, że brak innych uszkodzeń prócz wybroczyn, przemawia za tem, że uderzenia były słabe i że nie należy przypuszczać, aby denat pod wpływem bicia targnął się na życie, gdyż były i inne pobudki psychologiczne; z następstw o przyczynach wnioskować nie można (!?).

Lekarz biegły Woj. stwierdził, że jego zdaniem, pobicie nie groziło życiu, ale ból był silny. Razem wzięte uszkodzenia są „średnie“ (!?).

Lekarz Sz., dodał, że „im więcej uderzeń, tem ból jest silniejszy, ale wtenczas uczucie bólu tępieje“.

Kiedy przeczytano lekarzom tym zdanie ich, wypowiedziane w inspekcji gubernialnej, odrzekli dosłownie: „nie znaliśmy sprawy, odpowiadaliśmy na pytania sądziego śledczego, nie bardzo zastanawiając się nad niemi, dziś *po przysiedze czujemy większą odpowiedzialność, byliśmy uważniejsi*. Wogóle wielkiej różnicy w zdaniach naszych nie ma, a jeżeli jest, zależy od przesłuchania świadków i wzajemnego porozumienia się z sobą biegłych“.

Tyle sprawozdanie, zaczerpnięte z Nr. 3 „Prawa“ z r. b.

Każdy nieuprzedzony czytelnik wyjść nie może z podziwu



nad orzeczeniem biegłych lekarzy w sądzie w początku wieku XX, na każdym kroku przebija tu niezajomość zasad medycyny sądowej, a co główniejsza, zasad całokształtu naszej wiedzy.

Jedynie słusznem było orzeczenie lekarzy, dokonywających oględzin pierwotnych. Stwierdzili oni, że przyczyną śmierci było otrucie kwasem siarczanym, opisali ilość i jakość uszkodzeń, słusznie określili je jako lekkie, gdyż za uszkodzenia ciężkie uważamy tylko takie, *które zajęły jeden z ważnych dla życia narządów i grożą śmiercią, kalectwem lub utratą zdrowia* i orzekli, że chory cierpiał wiele od pobicia. Na tem powinna się była skończyć rola biegłych, gdyż pojęcie „znęcanie“ jest obce medycynie sądowej i jest pojęciem ściśle prawnem.

Gremium lekarzy, którzy później dawali swe wnioski, poszło dalej. Najprzód najniepotrzebniej i błędnie zwykle wybroczyny podskórne określili jako ciężkie uszkodzenia, później chcąc się poprawić, powiedzieli, że są to uszkodzenia średnie.

Medycyna sądowa w każdym kraju musi się stosować do kodeksu karnego. Kodeks rosyjski, obowiązujący u nas od r. 1875, zna trzy rodzaje uszkodzeń: lekkie, ciężkie, śmiertelne; te ostatnie zaś dzieli na dwa poddziały bezwzględnie i względnie śmiertelne, o żadnych „średnich“ uszkodzeniach nie wspomina, bo zresztą takich uszkodzeń nie zna i medycyna sądowa. Uszkodzenia same przez się były, niewątpliwie, lekkie, gdyby zaś osobnik nie był zmarł od otrucia, a w następstwie wystąpiły objawy ze strony układu nerwowego — nerwica urazowa — skutkiem ilości i jakości razów, lekarz biegły mógłby, sądząc z następstw, nazwać je ciężkimi, w innym zaś razie były by zawsze uszkodzeniami lekkimi.

Dalej zwrócić należy uwagę na określenie jednego z lekarzy, że ogólne pobudzenie przeszkadzało w odczuwaniu bólu; sądziliśmy dotąd powszechnie, że znieczulenie zmniejszać może ból, aby pobudzenie ustroju miało działać w tym kierunku, dotąd nauka nic o tem nie wie.

W nieswoje rzeczy wdał się również biegły, twierdząc, że w danym razie ból nie mógł wywołać samobójstwa. Ryzykowne to zdanie i zgoła nie oparte na niczem; przebieg sprawy przemawiałby raczej za przeciwnem zdaniem, ale wogóle od tego rodzaju rozstrzygania kwestyi lekarz uchylić się winien, nie wchodzi bowiem w zakres jego specjalności.

Dość tych błędów, aby wyrobić sobie pojęcie o całości ekspertyzy, co jednak najgorzej przemawia przeciw ekspertom, to zdanie, że po przysiędze lekarz czuje większą odpowiedzialność,

więc zmienia zdanie. Wypowiedzenie takiej sentencji przed forum sądu, obraża godność naszego stanu i stawia lekarza w rzędzie zwykłych świadków, a nie jako człowieka, powołanego do wyrażania opinii naukowej.

Lekarz nie jest świadkiem, zmienić może zdanie nie pod wpływem przysięgi, ale dla tego, że jest omylnym, że mógł wypowiedzieć je zbyt pośpiesznie, że nie poznał dokładnie sprawy, ale tłumaczyć się odpowiedzialnością, jaka spada nań po przysiędze, jest przyznać się, że mógł głosić nieprawdę dla jakichkolwiek bądź względów.

Nie sądzimy, aby leżało to w intencji owych biegłych, wolimy myśleć, że był tu lapsus linguae. Ale z tego płynie nauka, jak ostrożnym trzeba być na sądzie, jak oględnie wypowiadać zdania, a co ważniejsza, odpowiadać tylko na pytania sądu takie, na które wiedza odpowiadać pozwala. Gubienie się w ogólnikach obniża wartość naszej wiedzy i powoduje, że sądy w wielu razach postępują wbrew opiniom lekarzy.

Słów kilka powyższych piszę dla tego, aby zwrócić uwagę lekarzy, stających w roli biegłych na omyłki, których unikać powinni.

*Dr. J. Zawadzki.*

---

## Kronika bieżąca.

**Lekarze na Daleki Wschód.** Podajemy listę 65 lekarzy, powołanych z liczby zaliczonych do zapasu armii w okręgu wojskowym warszawskim do służby lekarskiej na Dalekim Wschodzie. Z nich 48 otrzymało przeznaczenie do dyspozycji naczelnika wojskowego w Chabarowsku, 2-ch do Tobolska Usuryjskiego, 2-ch do Błagowieszczeńska, 6-ciu do Czyty, 3-ch do Władywostoku, 1-en do Wierchnieudińska, 1 do Nimguty, 1 do Cycykaru i 1 do Posterunku Aleksandrowskiego na Sachalinie. Oto nazwiska lekarzy, z wymienieniem miejsc ich przeznaczenia: Izidor Asterblum do Nikolska Usuryjskiego, Dawid Bolszyn do Nikolska Usuryjskiego, Aleksander Bernstein do Chabarowska, Markus Winawer do Chabarowska, Michał Winawer do Błagowieszczeńska, Abraham Gibiański do Błagowieszczeńska, Zdzisław Geneli do Czyty, Menichem Goldflam do Wierchnieudińska, Ustin Bereza do Nimguty, Maurycy Lubelski do Cycykaru, Natan Groszlik do Posterunku Aleksandrowskiego (Sachalin), Zygmunt Kusociński do Czyty, Abraham Leszczyński do Czyty, Piotr Karpiński do Władywostoku, Waclaw Sterling do Władywostoku, Jan Brudnicki do Czyty, Konstany Kołakowski do Czyty, Ignacy Chodakowski do Czyty, Edward Sachs do Władywostoku.

Do Chabarowska wyjechali następujący lekarze: Wincenty Józef Banachiewicz, Aleksander Barcikowski, Chaskiel Bergman, Robert Bernhardt, Marjan Wójcikowski, Franciszek Hübner, Waclaw Hodziński, Romuald Gutkowski, Antoni Długoszewski, Mikołaj Franciszek Starkiewicz, Karol Dobrowolski, Stanisław Zawadzki, Maurycy Judt, Marek Koenigstein, Józef Koliński, Waclaw Królewski, Stanisław Kunczyński, Tadeusz Kurella, Chaim Landau, Eugeniusz Lewensztern, Teodor Marczewski, Aleksander Lipsztadt, Mieczysław Lipszyc, Jakób Lipsztadt, Wiktor Majerczak, Feliks Oyrzanowski, Czesław Perdziński, Leon Nehring, Teodor Podczaski, Bolesław Przełucki, Witold Piasecki, Idel Rogoziński, Chil Wolf Rubin, Tytus Michał Turski, Mordka Tuchendler, Edward Uściński, Ludwik Brabander, Moszek Fedorowski, Henryk Cyrkler, Tadeusz Szymański, Jankiel Szolc, Leon Szpilrein, Maksymilian Springer, Stanisław Franciszek Gębarski, Abraham Eiger, Adam Jarocki.

Jak donoszą pisma, znaczna liczba izraelitów — lekarzy z tąd pochodzi, że lekarze — żydzi mogą być lekarzami wojskowymi tylko w okręgu wojskowym syberyjskim.

**Z Kasy lekarzy.** Otrzymaliśmy sprawozdanie kasy pożyczkowo-oszczędnościowej za 4-ty rok istnienia pożytecznej tej instytucji. Podajemy tu wybitniejsze cyfry, które, zresztą, mówią same za siebie. Kasa liczy członków 139, w tem z Warszawy 105, z prowincyi 34.

Bilans przedstawia się, jak następuje:

Winien		Ma		
Do rach.	Kasy . . .	128,05	Rk. wpisowego. . .	1.379,50
"	Ban. Handl.	963,00	" wkładów mies. . .	22.082,63
"	inwentarza .	45,87	" wkład. dobrow. . .	1.558,00
"	kosztów or-		" depozytów. . .	700,00
"	ganizacyi . .	135,00	" % od wkł. dobr. . .	25,19
"	blankietów .	126,25	" kapitału zapas. . .	110,94
"	pap. % . . .	19.620,32	" dywidendy . . .	657,18
"	pożyczek . .	5.050,00	" zysków i strat .	720,88
"	zastaw. pap..	300,00		<u>27.234,32</u>
"	amortyzacyi			
	strat z r. 1900 .	165,00		
		<u>27.234,32</u>		

Czysty majątek kasy wynosi 26.297 r. 21 k. Zarząd wyznaczył na r. b. dywidendę w stosunku 3%.

Projekt budżetu na r. 1904 przewiduje 1.416 r. 03 k. w dochodzie i 585 r. 37 k. w wydatkach, czystego zaś zysku 830 r. 66 k. Cyfry same mówią za siebie. Widzimy z nich, że w ciągu 4-ch lat 139 członków zebrało kapitał 26.297 r. 21 k. składkami kilkorublowemi na miesiąc, widzimy, że kasa daje zyski, oraz, że ilość pożyczek wzrasta się — jednym słowem — widzimy powolny, ale stały rozwój instytucji, która, niestety, dotąd jeszcze nie zyskała u ogółu lekarzy należytego poparcia, cyfra bowiem 139 wobec 2000 lekarzy w Królestwie jest, naturalnie, zbyt mała.

Zebrań ogólne odbędzie się 23 b. m., po tem posiedzeniu zastrzegamy sobie jeszcze słów kilka z powodu kasy.

—n— W Anglii stwierdzono stale wzmagającą się ilość samobójstw pomiędzy lekarzami. Przyczyny smutnego objawu tego szukać należy w nędznym tychże uposażeniu materialnym na skutek wzrostu liczby lekarzy, a malejącej stale ilości klientów.

—n— Ze Stockerau (Bawarya) donoszą o śmierci niejakiej Maryi Schumann, karliczki, zmarłej w 28-ym roku życia. Całe życie swe »niewiasta« ta spędziła w kolebce, zachowując wzrost i wygląd kilkomiesięcznego dziecka. Inteligencja kreatury tej rozwijała się prawidłowo i śmiech brał szczery, słysząc ją mówiącą, niby osoba dojrzała i odcinającą się z nadzwyczajną werwą i dowcipem.

—n— Nader dowcipnie znalazł się pewien lekarz francuski, zaczepiony w sposób żartobliwo-impertynencki przez pewną panią z towarzystwa:

— Ach, doktorze! — wykrzyknęła dama owa — ciągle pan tylko krajesz i operujesz! Jakiż z pana rzeźnik!

— Przepraszam, — odpowiedział lekarz, — lecz jeżeli ze mnie jest rzeźnik, to czemuż są ci, których kraje?

**Zmarli.** Dnia 3 stycznia 1904 r. zmarł w Siedlcach ś. p. Dr. Aleksander Przybylski. Zaczny ten człowiek urodził się we wsi Jazdowicach pod Warszawą dnia 5 Lutego 1829 r. Gimnazjum

ukończył w Siedlcach, następnie był stypendystą Uniwersytetu Charkowskiego, po skończeniu którego odslugiwał we flocie.

Następnie praktykował w Cesarstwie, głównie w gubernii Woroneżskiej. Po powrocie do kraju osiadł na stałe w Siedlcach, gdzie, porzuciwszy praktykę lekarską, zajmował się biednymi, głównie zaś ochroną, której był opiekunem. Nie jeden pupil zawdzięcza swe stanowisko moralnej i materyjalnej pomocy opiekuna.

Umiłowaną przez się ochronę zmuszony był opuścić ś. p. dr. Przybylski z powodu ciężkiej choroby, która, na kilka lat przed śmiercią, przykuła go prawie do łoża.

Zacny ten człowiek cały swój majątek, zebrany ciężką pracą, zapisał na cele publiczne.

12,000 rubli, zaraz płatne, dla Siedleckiego Towarzystwa Dobroczyńności, przeznaczając z procentów 400 rb. rocznie na stypendya dla 2 uczniów; resztę zaś kapitałów, na których ma dożycie żona, przeznaczył także na cele publiczne.

Cześć pamięci zacnego człowieka!




---



---

WYSZEDŁ Z DRUKU

## Prof. Dieulafoy. „Podręcznik chorób wewnętrznych”

Tom II-gi Choroby narządów trawienia.

Tom pierwszy opuścił prasę w r. 1903.


*Cena tomu I-go rb. 4, tomu II-go rb. 4.*

Redakcyja „Biblioteki lekarskiej” — Orla №. 5.

---



---

 Do bieżącego numeru dodaje się dla wszystkich prenumeratorów Prospekt „Wydawnictwo Atlasu botanicznego lekarsko-farmaceutycznego, prowizora farmacyi B. A. Bukatego“.

---

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

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

---

Дозволено Цензурою. Варшава, 1 Марта 1904 г.

**Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** ogłasza, że z zapisu D-ra Jana Bęcwicza udzielone być mają w dniu 24 Czerwca r. b., jako w dniu imienin testatora, wsparcia 5 niezamożnym wdowom po lekarzach polakach, wyznania chrześcijańskiego, a w braku takowych — po lekarzach innych wyznań, każdej wdowie po Rub. 66. Wdowa po lekarzu, któraby pragnęła otrzymać rzeczone wsparcie, winna być przedstawioną Komitetowi przez jednego z jego członków, z podaniem na piśmie szczegółowych wiadomości o wieku, położeniu familijnem i środkach do utrzymania życia kandydatki. Przedstawienia Członków Komitetu nadesłane być mają najpóźniej do dnia 15 Czerwca r. b. Na żądanie udzielane są bliższe informacje w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ulica Niecała № 7); na prowincyi zaś—w biurach P. P. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernijalnych (w guberniach Królestwa Polskiego).

Zarządzający Kasą Wsparcia Członek Komitetu *M. Jakowski.*

**Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych** ogłasza, że z procentu od funduszu ofiarowanego przez D-ra Leona Mancewicza udzielone będzie w roku 1904 wsparcie w kwocie Rb. 115 kop 43, jednej lub kilku niezamożnym zupełnym sierotom, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego, pozostałym, po lekarzu cywilnym, które pobierają nauki w niższych lub średnich, rządowych lub prywatnych zakładach naukowych. W braku sierot zupełnych, wsparcie powyższe udzielone być może wdowie po lekarzu cywilnym, obarczonej dziećmi pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego, pobierającymi nauki w wyżej wymienionych zakładach naukowych. Przy prośbie na imię Komitetu Kasy Wsparcia, dołączone być winno świadectwo 3-ch lekarzy—członków Kasy—o położeniu materialnem proszących, oraz cenzurki szkolne z ostatniego kwartału, albo też świadectwo Zakładu naukowego—o przyjęciu w poczet uczniów. Termin ostateczny do wnoszenia prósb: dzień 15 Czerwca r. b. Bliższe informacje udzielane być mogą: w Warszawie w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ul. Niecała № 7), na prowincyi zaś—w biurach P. P. Inspektorów Lekarskich przy Rządach gubernijalnych w Królestwie Polskiem.

Zarządzający Kasą Wsparcia *M. Jakowski.*

**Komitet Kasy Wsparcia popudadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** podaje do wiadomości, że w dniu 21 Kwietnia r. b. jako w rocznicę śmierci ś. p. Doktorowej Zenobii Sokołowskiej, z procentu od funduszu wieczystego jej imienia udzielone będzie wsparcie w kwocie Rubli 200, ubogiej wdowie po lekarzu, pochodzenia polskiego, mającej dzieci w wieku szkolnym, z pierwszeństwem dla wdów po ordynatach szpitali cywilnych w Warszawie lub w guberniach Królestwa Polskiego. Prośby wnoszone być mogą: w Warszawie do Zarządzającego Kasą Wsparcia (ulica Niecała № 7), na prowincyi zaś, w guberniach kraju, do P. P. Inspektorów Lekarskich, przy Rządach Gubernijalnych lub ich zastępców—najpóźniej do dnia 1 Kwietnia r. b. z załączeniem poświeceń 3-ch członków Kasy Wsparcia o kwalifikacyi kandydatki. Szczegółowe objaśnienia są w Kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego (ulica Niecała 7) oraz w biurach P. P. Inspektorów Lekarskich przy Rządach Gubernijalnych w kraju tutejszym.

Zarządzający Kasą Wsparcia Członek Komitetu *M. Jakowski.*

**Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych** ogłasza, że z zapisu D-ra Feliksa Jabłonowskiego wakuje wsparcie Rub. 139, za półrocze I-sze roku 1904 przyznać się mające, według dosłownej woli testatora: „lekarzowi rodem z Warszawy, religii rzymsko-katolickiej, przez nieszczęście, przypadek lub starość bez pomocy zostającemu“. Do nadsyłania prósb na imię Komitetu Kasy Wsparcia (ul. Niecała № 7) oznacza się termin do dnia 15 Czerwca r. b. Przy prośbie złożony należy metrykę urodzenia, dowód o posiadaniu stopnia lekarza i poświadczenia 3-ch lekarzy—członków Kasy Wsparcia o istotnie niezamożnym stanie proszącego i okolicznościach przemawiających za udzieleniem rzeczzonego wsparcia. Lekarze na prowincyi zamieszkali winni prośby, z dołączeniem wyżej wymienionego świadectwa, nie wprost do Komitetu, lecz na ręce P. Inspektora Lekarskiego właściwej gubernii kraju tutejszego, lub Zastępcy Inspektora w interesach Kasy Wsparcia.

Zarządzający Kasą Wsparcia Członek Komitetu *M. Jakowski.*