

KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: **Prace oryginalne.** I. *D-r Zygmunt Grudziński.* O rozpoznaniu różniczkowym pomiędzy padaczką a histeryą—str. 255.

II. **Dział sprawozdawczy:** I. *Choroby wewnętrzne.* 140. *Behring.* Walka z gruźlicą—str. 261. 141. *Katz.* Walka z gruźlicą, jako chorobą ludową—str. 262. 142. *Borchgevin.* Przypadek samoistnego wyleczenia gruźlicy otrzewny, sprawdzony anatomopatologicznie—str. 263. 143. *Jousset.* Nowy sposób badania płynów na laseczniki Koch'a—str. 265. 144. *Rumpf.* W sprawie serca ruchomego—str. 266. 145. *Bendix* i *Bickel.* Przyczynę doświadczalno-krytyczny do teorii glikozy—str. 267. II. *Choroby układu nerwowego.* 146. *Leyden* i *Grunmach.* Rentgenografia w zastosowaniu do cierpień rdzeniowych—str. 270. 147. *Pick.* Przyczynę do zaburzeń uczucia znajomości—str. 270. 148. *Kelling.* O stanach podrażnienia we współczulnym układzie nerwowym i o roli tych stanów w rozpoznaniu i leczeniu wrzodu żołądka—str. 272. III. *Wiadomości terapeutyczne:* od № 149—158—str. 273. IV. *Odcinek:* W sprawie ordynatur i konkursów—str. 280. *Kronika bieżąca*—str. 286. *Zmarli*—str. 288. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 7. I. *D-r S. Grudziński.* Sur la diagnostic de l'épilepsie et l'histerie—p. 255.

I. O ROZPOZNANIU RÓŻNICZKOWEM

pomiędzy

PADACZKĄ i HISTERYĄ.

Opracował

Zygmunt Grudziński.

Sprawa rozpoznania różniczkowego pomiędzy padaczką a histeryą i związana z nią sprawa wzajemnego stosunku tych cierpień nie od dzisiaj zajmuje neuropatologów. Trudności rozpoznawcze w odróżnia-

niu niektórych postaci tych cierpień znane były już niemal przed 100 laty i już w roku 1816 opisuje L o u y e r - V i l l e r m a y napady drgawkowe z trudnem rozpoznaniem, którym daje nazwę „hystérie épileptiforme“. W samej rzeczy, jeżeli rozpatrzymy szczegółowo symptomatologię obu chorób, to zauważymy łatwo, że posiadają one niektóre punkty styczne, dopuszczające bardzo łatwo omyłkę w rozpoznaniu. Najważniejszym z takich punktów stycznych, objawem wspólnym w obu chorobach jest napad—już to zwykły drgawkowy, już też jakikolwiek inny, naprzykład psychiczny. Odróżnienie natury napadu jest, choć niezawsze, ale często zadaniem bardzo trudnem. Znaleźli się nawet autorowie, którzy z powodu tych trudności rozpoznawczych podali w wątpliwość odrębność nozologiczną padaczki i histeryi. Pogląd taki spotkał się z ostrą i zasłużoną krytyką; jest on też w istocie nieuzasadniony i jednostronny. Niepodobna jednak mówić o rozpoznaniu różniczkowem pomiędzy padaczką i histeryą, nie zastanowiwszy się uprzednio nad istotą tych cierpień i nad wzajemnym ich stosunkiem. Jeżeli by bowiem okazało się, że cierpienia te nie stanowią odrębnych jednostek chorobowych, to w takim razie upadła by zupełnie sprawa ich rozpoznania różniczkowego, nie mając znaczenia ani teoretycznego, ani praktycznego.

I.

Współczesne pojmowanie padaczki znacznie różni się od tego, jakie panowało przed niedawnymi jeszcze czasy. Z jednej strony granice pojęcia padaczki samoistnej zacieśnione zostały przez wyłączenie z niej wszystkich postaci padaczki objawowej (np. w cierpieniach organicznych mózgu); z drugiej strony zostały one rozszerzone przez włączenie do padaczki tak zwanych równoważników tego cierpienia. Wiedza współczesna określa padaczkę, jako cierpienie przewlekłe, polegające na peryodycznem występowaniu zaburzeń przytomności i drgawek wraz z niektórymi innymi zaburzeniami ze strony narządów ruchu, czucia, zmysłów i przemiany materii u osobników, które w okresach pomiędzy napadami nie przedstawiają zazwyczaj wybitnych objawów chorobowych. Zasadniczą cechą padaczki jest jeszcze to, że prowadzi ona w końcu prawie zawsze do osłabienia wyższych funkcji psychicznych. Rzecz prosta, że określenie powyższe jest tylko opisem zasadniczych objawów padaczki, bez obecności których nie mamy prawa na postawienie rozpoznania tej choroby; określenie to nie przesądza wcale istoty i etyologii choroby. Pod tym ostatnim względem nie wiemy nic pewnego: istnieją wprawdzie teorie, obja-

śniające istotę padaczki autointoksykacją, zależną od zaburzeń w przemianie materii, ale żadna z tych teorii nie jest ostatecznie przyjęta w nauce. To tylko możemy przyznać, że zależność padaczki od pewnych nieznanych nam jeszcze zmian w ustroju, a w szczególności w korze mózgowej, jest bardzo prawdopodobną. Zmianami temi objaśnić się daje przytępienie władz umysłowych, jakie występuje u epileptyków w późniejszych okresach. Zarówno ta okoliczność, jak i niektóre inne dane, na przykład zmiany w układzie chemicznym krwi i moczu epileptyków, pozwalają przypuszczać, że padaczka nie jest neurozą, jak to dawniej mniemano, lecz cierpieniem mającem tło organiczne.

Trudniej daleko podać dokładne określenie histeryi i zasadniczą charakterystykę tej choroby. Objawy histeryi są tak różnorodne, że uchwycić ich jądro, ich istotę jest zadaniem niezmiernie trudnym. Różni autorowie podają różne określenia tej choroby. A więc jedni (Janet) uważają za zasadniczy rys histeryi rozdwojenie osobowości, inni widzą jądro rzeczy w śnie częściowym (Sollier), inni we wzmożonej sugestyjności (Gilles de la Tourette, Babiński), jeszcze inni (Oppenheim, Binswanger) we wzmożonej wrażliwości i pobudliwości układu nerwowego. Möbius uważa za histeryczne wszystkie te zaburzenia, które powstają drogą wyobrażeń. Są wreszcie i toksyczne teorie histeryi (Biernacki), które upatrują istotę cierpienia w zaburzeniach w przemianie materii. Jeżeli rozpatrzemy wszystkie te określenia i poglądy, to zauważymy, że w gruncie rzeczy nie są one w sprzeczności ze sobą: mianowicie prawie wszyscy autorowie widzą w histeryi cierpienie natury psychicznej. Sommer odrzuca nawet zupełnie termin „histeryę“ i wprowadza dla wszelkich niemal zaburzeń histerycznych nazwę „stanów psychogenetycznych“. Strümpel wyraża się o istocie histeryi w sposób następujący: „Histeryę pojmujemy jako psychozę; będzie to jednak psychoza w szerokim znaczeniu tego słowa, to jest polegająca nie tylko na objawach natury czysto psychicznej, lecz, i przeważnie nawet, na naruszeniu normalnego związku między stanem naszej świadomości, a naszym układem cielesnym“.

Z powyżej przytoczonych poglądów współczesnych autorów na padaczkę i histeryę wynika, że istota każdego z tych cierpień jest zupełnie inną, że więc są one nie jedną chorobą, lecz dwiema odrębnymi jednostkami nozologicznymi. Zasadniczą różnicę pomiędzy pojmowaniem istoty padaczki i istoty histeryi streścił Hoche w sposób następujący: padaczka jest cierpieniem funkcjonalnym czyli neurozą w tem tylko znaczeniu, że zmian anatomicznych, jej istotę stanowią-

cych, dotąd jeszcze nie znamy, ale może kiedyś poznamy; tymczasem histerya jest neurozą funkcyjną we właściwym tego słowa znaczeniu, to jest cierpieniem, w którym zmiany anatomiczne wogóle nie istnieją, a więc ich nigdy nie odkryjemy. Rzecz prosta, nie idzie tu o te przypuszczalne zmiany materjalne w układzie nerwowym ośrodkowym, jakie towarzyszą wszelkim procesom psychicznym w mózgu zdrowym. Z powyższego poglądu na padaczkę i histeryę, jako na dwie niezależne jednostki chorobowe, wynika, że pomiędzy nimi nie może być nic pośredniego i że każdy pojedynczy przypadek chorobowy powinien być zaliczony wyłącznie albo do jednego, albo do drugiego cierpienia. Tymczasem w praktyce i w literaturze spotykamy liczne przypadki chorobowe z objawami właściwymi zarówno padaczce, jak i histeryi, przypadki, które, pozornie, stoją jakby na granicy pomiędzy obu cierpieniami. Przypadkom tym w roku 1848 nadał *Landouzy* nazwę histeroepilepsyi, nazwę, która do dzisiaj się jeszcze utrzymuje i wywołuje zamęt w pojęciach, gdyż oznacza jakoby jakąś postać przejściową pomiędzy histeryą i padaczką. Omawiając szczegółowo liczne przypadki histeroepilepsyi, *Landouzy* podzielił je na dwie kategorie: cierpienie o napadach zróżniczkowanych i cierpienie o napadach mieszanych (*les attaques distinctes et mixtes*). Do kategorii pierwszej zalicza *Landouzy* przypadki, w których występuje jednocześnie i padaczka i histerya; choroby te istnieją wtedy zupełnie niezależnie jedna od drugiej i chory miewa napady czasami wyłącznie padaczkowe, a czasami wyłącznie histeryczne. Przeciwnie histeroepilepsyja o napadach mieszanych jest właściwą histeroepilepsyją, to jest postacią przejściową pomiędzy obu cierpieniami, gdyż każdy napad w tej chorobie ma cechy znamionujące zarówno padaczkę jak i histeryę. Sprawa histeroepilepsyi została należycie wyświetlona dopiero w 20 lat po *Landouzy*m przez *Charcota* i jego szkołę. *Charcot* odrzucił zupełnie pojęcie postaci przejściowych pomiędzy padaczką i histeryą i ściśle rozgranicza te dwa cierpienia. W przypadkach chorobowych, odznaczających się jednocześnie i padaczkowymi i histerycznymi objawami, *Charcot* widzi jedną z trzech możliwości:

- 1) dany osobnik cierpi na padaczkę, jako na pierwotną chorobę; na jej gruncie z biegiem czasu rozwija się histerya,
- 2) histerya jest chorobą pierwotną, a do niej przyłącza się, jako przypadkowe powikłanie, padaczka (postać bardzo rzadka),
- 3) objawy padaczki i histeryi występują od samego początku cierpienia jednocześnie i są ściśle ze sobą zespolone; jest to tylko ciężka histerya, przypominająca swymi objawami padaczkę.

Pierwsza i druga z wymienionych grup odpowiadają wprowadzonej przez Landouzy'ego histeroepilepsyi o napadach zróżniczkowanych; trzecia grupa odpowiada przypadkom histeroepilepsyi o napadach mieszanych, lecz w innym zupełnie znaczeniu mianowicie w znaczeniu ciężkiej prawdziwej histeryi. Pogląd Charcot'a został uznany i przyjęty przez większość współczesnych autorów. Möbius, na przykład, wyraża się o histeroepilepsyi w sposób następujący: „Postaci przejściowych pomiędzy padaczką i histeryą niema; termin histeroepilepsya jest tylko lichem i nieodpowiednim określeniem ciężkiej histeryi, określeniem, którego unikać należy“. Podobnego zdania są też Ziehen, Tissot, Dubois, Sandras, Briquet, Löwenfeld, Sommer i wielu innych.

W ostatnich jednak latach pod wpływem teorii o zwyrodnieniu, jako o wspólnej przyczynie wszelkich możliwych cierpień nerwowych, a także pod wpływem okoliczności, że najważniejsze objawy różniczkowe w rozpoznawaniu padaczki i histeryi okazały się zawodnymi, przekonanie o niezależności i odrębności obu tych cierpień znowu chwiać się zaczęło. Oppenheim w ostatnim wydaniu swego podręcznika mówi o postaciach przejściowych, które nazywa „Mischformen“ albo „intermediäre Krampfzustände“. Binswanger uznaje odrębność obu cierpień, znajduje jednak pewien wewnętrzny związek pomiędzy nimi i uważa za możliwe istnienie w wyjątkowych przypadkach postaci przejściowych. Są to przypadki powstałe na tle dziedzicznego zwyrodnienia, w których od samego początku cierpienia występują zarówno padaczkowe, jak i historyczne objawy chorobowe i to nie tylko w okresach napadów, ale i w czasie wolnym od nich. Postacie te nazywa Binswanger „degeneracyjno-mieszanemi“.

Tak więc Oppenheim i Binswanger powracają do odrzuconego przez Charcot'a pojęcia prawdziwej histeroepilepsyi. Z poglądami ich nie zgadzają się jednak inni autorzy. Według Hoch'e'go, Jolly'ego i innych wprowadzanie do całej sprawy jeszcze i teorii zwyrodnienia nie tylko nie wyjaśnia, ale nawet zaciemnia i bez tego zawiła kwestyę. Zamiast przypuszczenia jakiegoś połączenia ze sobą dwóch różnych chorób, wyżej wzmiankowani autorzy podają natomiast inne wyjaśnienie dla pewnych ciężkich przypadków histeryi, które bardzo przypominają padaczkę. Mianowicie histerya podług tych autorów jest w stanie wywołać napad epileptyczny przez jakies nieznanne nam jeszcze podrażnienie kory mózgowej, będące tłem dla napadu. Zwyrodnienie zaś, jeżeli odgrywa tu jakąś rolę, to tylko taką, że u osobnika zwyrodniałego histerya łatwiej może wywołać napad epileptyczny, niż u normalnego.

Najdalej pod względem dopatrywania się związku pomiędzy padaczką i histeryą posunął się z nowych autorów Steffens. Autor ten dowodzi już nie związku, ale poprostu tożsamości obu cierpień. Podług Steffensa padaczka i histerya nie różnią się od siebie co do swej istoty, lecz są tylko różnemi postaciami jednego i tego samego cierpienia. Wniosek swój opiera Steffens na następujących danych: 1) na braku absolutnie pewnego znaku różniczkowego dla odróżniania napadu padaczkowego od histerycznego, 2) na zasadzie istnienia postaci przejściowych („Uebergangsformen“), co do których niepodobna rozstrzygnąć, czy są padaczka, czy histeryą, wreszcie 3) na wspólności tła anatomicznego dla obu chorób. Jak widzimy, dane powyższe nie są wystarczające dla przyjęcia śmiałej teorii Steffensa. To też nie dziwnego, że spotkała się ona z ogólną opozycją i surową krytyką. Kaiser słusznie powiada, że, jeżelibyśmy chcieli opierać się na argumentach Steffensa, to musielibyśmy wszystkie choroby, zaliczane zwykle do działu chorób czynnościowych, zarówno neurozy, jak i psychozy, uważać nie za oddzielne cierpienia, lecz tylko za różne postacie jednej choroby, ponieważ wszystkie tego rodzaju stany patologiczne dają się sprowadzić do jakichś nieznanych nam jeszcze zmian w korze mózgowej, wszystkie odznaczają się podobieństwem objawów i brakiem cech patognomicznych, wreszcie wszystkie obfitują w postacie, które by można nazywać przejściowemi.

Tak więc, jako panujący w nauce i jako najwięcej uzasadniony pogląd na wzajemny stosunek pomiędzy padaczką i histeryą można uważać tylko ten, który przyjmuje większość współczesnych autorów, mianowicie pogląd, uznający stanowczy i zasadniczy rozdział pomiędzy obu cierpieniami. Ten też pogląd uważać będziemy jako punkt wyjścia przy omawianiu rozpoznania różniczkowego pomiędzy histeryą a padaczką.

D. c. n.

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

140. Prof. E. Behring. **Walka z gruźlicą.** (Berlin. Klin. Wochenschr. № 11, 1903 r.)

12 marca roku b. na posiedzeniu Towarzystwa Medycyny Wewnętrznej w Wiedniu Behring przedstawił wyniki swych długoletnich doświadczeń nad uodpornianiem bydła przeciw gruźlicy; doświadczenia te uważa obecnie już za ukończone. Szczepienie ochronne polegało na wstrzykiwaniu cielętom do żyły szyjowej wysuszonych ośmioletnich hodowli laseczników gruźlicy ludzkiej w ilości 0,004 w 4 ctm. sześć. wody pod postacią zawiesiny. Siedmiomiesięczne cielęta znosiły ten zabieg bardzo dobrze, niekiedy jednak występowała kilkudniowa gorączka i utrata łaknienia, miało to miejsce w tych przypadkach, w których, jak dowiodły ściśle badania kontrolujące, były wszelkie dane, przemawiające za istnieniem u zwierząt zakażenia gruźliczego; cielęta wykarmione mlekiem, pochodzącym z obory zakażonej gruźlicą, wykazywały daleko większą skłonność do odczynu gorączkowego, aniżeli karmione mlekiem wyjałowionem.

Zwierzęta starsze (ponad 1 rok) niekiedy reagowały na wstrzykiwanie dużych dawek szczepionki bardzo żywo; już w kilka godzin po zastrzyknięciu występowała u nich duszność i objawy ostrego obrzęku płuc. Po ustąpieniu tych groźnych objawów w ciągu 36—48 godzin dochodziło do zapalnego nacieczenia płuc. Wszystkie te ostre zaburzenia później znikały, a seksya zwierzęcia, zabitego po upływie kilku tygodni już w okresie bezgorączkowym, nie wykazywała ani śladu przebytego cierpienia; badanie zaś pośmiertne, dokonywane w okresie duszności, wykrywało objawy zapalenia płuc i opłucny.

Następne doświadczenia wykazały, że bardzo młode cielęta prawie zupełnie nie reagują na wewnątrzżylne zastrzykiwanie laseczników, i wobec tego Behring poleca szczepić wyłącznie cielęta w wieku do 3-ich miesięcy. Thomasson z Utrechtu doszedł do zupełnie podobnych wniosków.

Zwierzęta, w powyższy sposób uodpornione, zakażano następnie jadem perlicy lub wystawiano na zarażenie się gruźlicą przez obcowanie z bydlętem niewątpliwie chorem; zwierzęta te ani razu nie zapadły na perlicę, a badanie pośmiertne nie wykrywało u nich zmian gruźliczych.

Co się tyczy zastosowania otrzymanych na bydło wyników do człowieka, to nie może być mowy o zupełnie identycznym wykonywaniu szczepienia ludziom nawet osłabionych hodowli laseczników. Możliwym byłoby uodpornianie za pomocą antytoksyn, pochodzących ze zwierząt, uodpornionych na gruźlicę; lecz działanie antytoksyn jest bardzo krótkotrwałe, gdy tymczasem jad gruźliczy wywiera swój wpływ na organizm w sposób niezmiernie przewlekły.

Badając warunki zakażenia u bydła, Behring doszedł do przekonania, że główne niebezpieczeństwo zarażenia się gruźlicą istnieje w wieku bardzo młodym, w pierwszych tygodniach życia, kiedy ustrój noworodka nie posiada jeszcze działających bakteryoobójczo fermentów kiszkowych. Ztąd Behring powziął myśl, czyby nie można było dostarczyć niemowlętom antytoksyn, karmiąc je mlekiem krów uodpornionych i tym sposobem zabezpieczyć dzieci od zarażenia się gruźlicą w najpodatniejszym ku temu okresie ich życia. Czy ta myśl się urzeczywistni, dopiero przyszłość pokazać może. Tymczasem Behring dokonywa odpowiednich doświadczeń na cielętach.

W końcu swego odczytu Behring omawiał sprawę leczenia sanatoryjnego suchotników i jest zdania, że ściśle odosobnienie gruźliczych ludzi od zdrowych w domach prywatnych, szpitalach i t. d. mogłoby ograniczyć niewyczerpane źródło zarazy.

T. Borzęcki.

141. Julius K a t z. **Walka z gruźlicą, jako chorobą ludową.**

Autor, opierając się na danych statystycznych w Niemczech, dochodzi do następujących wniosków w sprawie walki z gruźlicą, jako chorobą ludową. W roku 1894 stosunek zejść z powodu gruźlicy do liczby żyjących wynosił 36:10000; w roku 1896—28:10000, w roku zaś 1901 znowu podniósł się do 35:10000. Cyfry te wykazują, że walka z gruźlicą w Niemczech, pomimo znakomitego jej zorganizowania, daje wyniki mało pocieszające. Do takich samych wniosków prowadzi i statystyka Engelm a n'a, który na zasadzie obfitego materiału statystycznego, wykazuje, że pozorne polepszenie zdrowia, umożliwiający chorym powrót do pracy, jest również bardzo nieznaczne. Na 60,273 pacjentów w różnych niemieckich sanatoryjach, z których więcej niż $\frac{1}{3}$ była w pierwszym okresie choroby, już po upływie $3\frac{1}{4}$ —4 lat około 56% zmarło lub zupełnie zatraciło zdolność do pracy. Jeżeli 44% zachowało jeszcze możliwość do pracy, to nie dowodzi to bynajmniej, aby sprawa nie posunęła się u nich szkodliwie naprzód! Smutne doświadczenie codzienne wykazuje, że suchotnicy do najpóźniejszych okresów swej choroby pozostają czynni przy pracy, tem bardziej, że opuszczają sanatoria, będąc pod wpływem sugestyi, jakoby byli zupełnie wyleczeni. Omawiając obecny system leczenia gruźlicy, autor zwraca uwagę na jeden czynnik, dziś nieco omijany, a który, zdaniem jego, ma pierwszorzędne znaczenie: czynnik klimatyczny, bez uwzględnienia którego walka z gruźlicą jest prawie bezowocną. K. wskazuje na Afrykę południową, w wysokim stopniu odpowiadającą niezbędnym w tym kierunku warunkom. Położenie geograficzne, znaczna wysokość poziomu dostarczają tam suchego, stałego i czystego powietrza—nieocenionych czynników leczniczych. Na wysokie zalety tej miejscowości zwrócili należyta uwagę anglicy, którzy już od dłuższego czasu posługują się Transwaalem, jako miejscowością leczniczą dla suchotników.

Leon Zamenhof.

142. Borchgrevink. Przypadek samoistnego wyleczenia gruźlicy otrzewny, sprawdzony anatomopatologicznie. (Deutsche med. Wochensh. № 3—1903).

Podług autora, przypadki samoistnego wyleczenia gruźlicy otrzewny istnieją bezwarunkowo. Niejednokrotnie przekonał się on, że wprowadzenie do otrzewny słabej hodowli laseczników sprowadzało u zwierząt tylko krótkotrwałe zaburzenia miejscowe. B. twierdzi stanowczo, że zupełnie możliwym jest wyleczenie nawet w daleko posuniętych okresach choroby, gdzie sprawa wywołała nawet już marskość wątroby i długotrwały dotąd wysięk w jamie brzusznej. Potwierdzeniem tego może służyć przytoczony przez niego przypadek, który autor uważa za pierwszy w piśmiennictwie lekarskim, sprawdzony anatomopatologicznie.

Chora Constance P., lat 16, była przyjęta do kliniki w Chrystyanii 20 września 1897 r. z dyagnozą opuchliny brzusznej i 9 listopada została wypisana ze znacznym polepszeniem. Choroba, sądząc z opisu lekarza, w opiece którego pacjentka pierwotnie się znajdowała, zaczęła się z zapalenia osierdzia z obfitym wysiękiem przy podniesieniu znacznem ciepłoty. Po 3 tygodniowym przeleżeniu w łóżku chora poprawiła się zupełnie i 2 następne miesiące czuła się zupełnie dobrze. Lecz w grudniu r. 1896 zauważyła, że ku wieczorowi stale zaczęły jej obrzmiewać dolne kończyny; w lutym 1897 obrzmienie to znacznie się powiększyło i w marcu lekarz stwierdził płyn wolny w jamie brzusznej. Ogólny stan pomimo to nie pogorszył się, i chora w dalszym ciągu chodziła do pracy. W czerwcu za pomocą nakłucia wydobyto z jamy brzusznej 11 litrów żółto-zielonawej cieczy. Wkrótce atoli płyn zaczął przybywać ponownie. Objawów ze strony narządów oddechowych nie było przez cały czas, a wydzielnia moczu stała się bolesnem tylko w ostatnie kilka miesięcy. Z wywiadów okazało się, że pochodziła ona z rodziny zupełnie zdrowej prócz odry w drugim roku życia i erythema nodosum w 15 roku przez cały czas cieszyła się zupełnem zdrowiem.

Stan chorej w chwili przybycia do kliniki przedstawiał się, jak następuje. Przy dobrem odżywianiu i zadowalniającym ogólnym wyglądzie dolne kończyny były znacznie obrzmiałe; podbrzusze wskutek wysięku znacznie wydęte. Długość obwodowa na wysokości pępka 107 cm., na 4 cm. powyżej pępka pomiędzy liniami sutkowemi odgłos bębnowy—w innych zaś miejscach odgłos stłumiony. Chębotanie wyraźne, wrażliwość podbrzusza nie wzmożona. Serce nieco przykryte płucami, tony czyste. Granica płucnowątrobowa na 6-em żebrze; dolna granica wątroby po l. sutkowej sięgała łuku żebrowego. Wysłuch płuc bez żadnych rezultatów charakterystycznych. Mocz wolny od białka.

W miesiąc po wstąpieniu do kliniki wydobyto za pomocą nakłucia 5800 ctm. sz. żółtozielonawej, nieco mętnawej cieczy. Przed wydobyciem płynu długość linii obwodowej podbrzusza równała się 95 ctm., po wypuszczeniu płynu—77 cm., 22 października t. j. w cztery dni później obwód podbrzusza znów powiększył się do 84 cm. 9 listopada chora,

która przez cały czas pobytu w szpitalu nie gorączkowała i czuła się zupełnie dobrze, została na własne żądanie wypisana. Obrzęki znikły zupełnie; obwód podbrzusza wynosił 95,5 cm. Wydobyta ciecz wykazała ciężar gatunkowy przy t^o18C.—1021, 4,8% białka. 10 zaszczerpionych na agarze i bolyonie prób po 8 dniach nie dały żadnych wyników dodatnich. Jedna świnka morska, której wprowadzono do otrzewny 75 cm. odcentryfugowanego osadu omawianej cieczy, zmarła po upływie 109 dni. Na sekyi stwierdzono gruźlicę otrzewny. Druga świnka zmarła po 132 dniach na gruźlicę wszystkich narządów wewnętrznych. Po opuszczeniu kliniki chora przeszła pod opiekę innego lekarza. Wkrótce się tak znakomicie poprawiła, że już wysięki w jamie brzusznej więcej nie powstawały; obwód podbrzusza stałe się równał 84 cm. Ogólny stan był tak wysmienity, że chora bez zmęczenia mogła odbywać długie spacer; waga szybko zaczęła wzrastać. Cały rok przeminął bez żadnych zaburzeń. Nawet ciężka postać grypy, która przebyła chora, nie wpłynęła ujemnie na stan jej zdrowia. Aliści 20-go marca 1901 r. chora raptownie zasłabła z objawami sinicy, wymiotów i obrzęku płuc braku oddechu; tętno małe, słabe i nieprawidłowe. Szybko postępująca choroba po 12 dniach zakończyła się śmiercią. Zgodnie z zaznaczeniem lekarza, całej tej sprawie nie towarzyszyło podniesienie ciepłoty. 5 kwietnia autor dokonał autopsyi. Trup był mało wycieńczony, dolne kończyny nieco obrzmiałe. W klatce piersiowej mnóstwo zrostów, łączących ze sobą oba płuca wraz z workiem sercowym. Z lewej jamy opłucny wydobyto około 2-ch litrów przezroczystej cieczy; z prawej 500 cfm. różowobiałej galaretowatej zawartości. Oba szczyty, jak również oskrzele i opłucna, nie zdradzały nic gruźliczego; nieliczne tylko gruczoły oskrzelowe obrzmiałe i nieco zserowaciałe przylegały do podstawy serca. W sercu prócz rozszerzenia ostrego nic nie wykryto. W jamie brzusznej mnóstwo w najróżnorodniejszych kierunkach rozrzucanych zrostów. Wątroba muszkatułowa; w pozostałych narządach nic charakterystycznego. Gruczołów zserowaciałych lub zwapnionych nie stwierdzono nigdzie. Jedyne ślady po przebytej gruźlicy pozostały w zrostach i zgrubieniu otrzewny. Szczegółowe badanie wszystkich podejrzanych części jamy brzusznej również nic nie wykryto na korzyść czynnej sprawy; tylko w obu jajowodach, których ujście maciczne nie przepuszczało najmniejszej sondy, wykryto pod mikroskopem w niektórych miejscach gruzelki wielokomórkowe z zserowaciałym środkiem i otoczką włóknistą. Zdaniem autora, sprawa gruźlicza rozpoczęła się w danym przypadku od gruczołów oskrzelowych, w następstwie przeniosła się na osierdzie, opłucną, głównie prawą, z której przedostała się przez przeponę do worka, otaczającego wątrobę i ztąd rozpełzła się po całej otrzewny, pozostawiając najświeższy ślad w narządach płciowych.

Chora niezawodnie zmarła wskutek raptownej niedomogi serca, o czem najlepiej świadczy opuchlina płuc i bezgorączkowy przebieg fatalnego epilogu.

Leon Zamenhof.

143. D-r. A. Jousset (Paryż). **Nowy sposób badania płynów na laseczniki Koch'a.** (Semaine médicale Nr 3. 1903 r.)

Sposób swój, ułatwiający odnajdywanie laseczników w płynach patologicznych, autor nazwał „inoskopia“, od greckiego $\iota\sigma\kappa\omicron\varsigma$, $\iota\nu\omicron\varsigma$, co oznacza włóknik. Jeżeli uprzytomnimy sobie, z jakimi trudnościami połączone jest badanie bakteriologiczne wysięków, to zrozumiemy, dla czego starano się znaleźć inne drogi, wiodące do tego samego celu, wspomnimy tu tuberkulinę, aglutynację, i t. p. Są one jednakże niedostateczne, a najlepsza z nich—szczepienie—nie zawsze jest pewna. Zresztą ten ostatni sposób badania każe zbyt długo czekać na rezultat, co stanowi poważną stronę ujemną metody, skądinąd bardzo może dobrej.

Jeżeli laseczniki, zawarte w płynach w stanie wolnym (nie w komórkach) nie osiadają, nawet po centryfugowaniu, to dzieje się to, — mówi autor, — dzięki tworzeniu się, wprawdzie niewidzialnego z początku, skrzepu włóknika, który w oczkach swych zatrzymuje drobnoustroje, i tem głównie tłumaczy się niezrozumiana na pierwszy rzut oka trwałość tej patologicznej zawiesiny. To naprowadziło autora na myśl, że wystarczy rozpuścić włóknik, by uwolnić laseczniki z krępujących je więzów i wrócić im możność ulegania prawu ciężkości podczas centryfugowania. Aczkolwiek istnieje wiele odczynników chemicznych, zdolnych rozpuścić w sobie włóknik, za najlepszy jednak autor, po całym szeregu prób i doświadczeń, uznaje sztuczny sok żołądkowy, przyrządzany według przepisu: Rp. Pepsini 1,0—2,0 Glycer. i Acid. hydrochlor. aa 10,0 Natr. fluor. 3,0 Aq. destill. 1000,0; płyn ten może stać czas dłuższy, nie ulegając psuciu, lecz nie więcej, niż 3—4 tygodnie. Technika stosowania w praktyce nowego sposobu badania przedstawia się, jak następuje. Przestrzegając ściśle prawideł aseptyki, zbieramy płyn z nakłucia w czystym naczyniu, gdzie pozostaje, aż do utworzenia się skrzepu (od 10 min. do kilku godzin). Skrzep oddzielamy od płynu surowiczego za pomocą sączka z rzadkiego płótna, wygotowanego w wodzie ługowej, splukujemy strumieniem przekroplonej wody, kładziemy do kolbki 50 c. sz., dodajemy 10—30 c. sz. wyżej wzmiankowanej cieczy i pozostawiamy przy 38°C. na 2—3 godziny, kłócąc silnie mieszaninę co 1/2 godziny. Część utworzonego peptonatu przenosimy do próbek centryfugi i po 2—3 minutach otrzymujemy osad, w których laseczniki łatwo odnaleźć sposobem G a b b e t a. Co się tyczy ilości wysięku, potrzebnej do otrzymania skrzepu włóknikowego, to dla płynów brzuszynek lepiej brać 5—6 litrów, podczas gdy dla płynów z opłucny wystarczy 500 c. sz. Autor w jednym przypadku znalazł swoim sposobem laseczniki K o c h a w 10 c. sz. wysięku opłucnowego, otrzymanych z nakłucia próbnego.

Dla inoskopijskiego badania krwi bierzemy za pomocą wenesekeji do 40 grm. tego płynu (krwi), dolewamy 150—200 c. sz. wody wyjałowionej i po paru godzinach mamy skrzepy, już w wodzie splukane. Można też brać skrzepy krwi z 2—3 baniek ciętych.

Autor przytacza 23 przypadki, z tych 17 z wątpliwem rozpoznaniem, gdzie jednakże nowa metoda wykazała obecność laseczników Kocha. Na 12 płynów z brzucha, w 8 stwierdzono laseczniki; dodajmy, że w 3 przypadkach ostatniego gatunku była rozpoznawana marskość wątroby z taką pewnością, że w jednym z nich była dokonana operacja Talmu. We wszystkich tych przypadkach oględziny pośmiertne stwierdziły gruzlicę otrzewny. Autor przypuszcza nawet, że, jeżeli operacja Talmu daje w pewnych przypadkach rezultat pomyślny, to prawdopodobnie tam, gdzie jest gruzlica otrzewny, a nie marskość wątroby.

Następnie, za pomocą inoskopii stwierdzono dwa razy ostrą ogólną gruzlicę prosówkową i to wówczas, gdy obraz kliniczny i przebieg choroby zdawały się przemawiać za dudem brzuszny. Nawet w przypadkach gruzlicy przewlekłej, przebiegającej bez podniesienia ciepłoty, często nawet bez podejrzenia na gruzlicę, nowy sposób badania wykazywał obecność laseczników. *P. Rogoziński.*

144. Prof. Rumpf. **W sprawie serca ruchomego.** (Deutsche. Med. Woch. № 3—1903).

R. przed 14 laty po raz pierwszy ogłosił przypadek niezwykle ruchomego serca. Wobec wypowiedzianych ostatnio przez Braun'a i Romberg'a poglądów w tej sprawie i odnośnie do omawianego przypadku, autor ponownie zastanawia się nad symptomatologią i etiologią serca ruchomego. Romberg, uznając w przypadku autora niezwykłą ruchomość serca, nie zgadza się z nim zupełnie na punkcie symptomatologii tego cierpienia. Cały szereg objawów, podmiotowych wskazanych przez R. (ściskanie w okolicy sercowej, brak tętu, częste zawroty głowy), uzależnia on od niedomogi sercowej, której wyrazem było ostre, zdaniem jego, ówczesne rozszerzenie serca (w roku 1887 uderzenie wierzchołka sercowego konstатовane było w 6 międzyżebżu, gdy w 13 lat później—znajdowało się w 5-em). O niedomodze sercowej, twierdzi obecnie Rumpf, mowy być nie mogło, gdyż nie było ani jednego, właściwego dla takiego rozpoznania, objawu (arytmia, krótki oddech, obrzęk wątroby, kończyn, białkoczem i t. d.). Przeciw niedomodze sercowej przemawia również stale obserwowany fakt, że wspomniane objawy podmiotowe nigdy nie występowały w pozycji grzbietowej, występując natomiast dotkliwie w położeniach bocznych. Zresztą, dodaje autor, 14 letni pomyślny przebieg czasu w zupełności odrzuca możliwość niedomogi sercowej. Zmianę lokalizacji uderzeń wierzchołka sercowego, na którą wskazuje Romberg, uzależnia Rumpf od przemieszczenia się serca ku górze, co w zupełności potwierdziły zdjęcia fotograficzne. W ten sam mniej więcej sposób obala autor poglądy Braun'a, który starał się w 1901 r. uzależnić objawy rzekome ruchomego serca od szeregu współrzędnych przyczyn, a głównie od przerostu serca.

W końcu swego artykułu polemicznego autor ponownie twierdzi,

że ogłoszony przez niego przypadek całokształt swych objawów klinicznych zawdzięcza jedynie tylko niezwyklej ruchomości serca, która, obliczona na wierzchołek sercowy, wynosiła 13—14 cm. w kierunku poprzecznym przy zamianie jednej bocznej pozycji na drugą. Że nie było tu powiększenia rozmiarów serca, mogą służyć dowodem granice absolutnej i względnej tępości, które wymiarami swymi niezem nie różniły się od serca normalnego. Cała szerokość względnej tępości przy normalnym stanie płuc wynosiła tylko 9—10 cm. Analizując każdy szczegół oceny krytycznej Romberga i Brauna, autor dochodzi do wniosku stanowczego, że poza niezwyklej ruchomością serca w jego przypadku żadnego zboczenia upatrzeć nie można nawet w chwili obecnej, w 14 lat po wypowiedzeniu pierwotnego rozpoznania.

W etyologii serca ruchomego odgrywać może rolę cały szereg czynników mechanicznych i anatomopatologicznych. Z wielu stron dopływające do serca żyły, aorta ze swemi rozgałęzieniami i osierdzie, szczelnie do niej przylegające, na równi z pewnymi więzami, zwykle w dostatecznej mierze unieruchamiają ten narząd. Rozluźnienie tych kajdan, jakiegokolwiek bądź pochodzenia, staje się przyczyną patologicznej ruchomości serca. Jeżeli w niektórych przypadkach cały szereg objawów klinicznych nie może być wystarczająco usprawiedliwionym zmienionymi warunkami mechanicznymi, to, mówi autor, należy pamiętać, że w wielu razach sprawa bywa powikłaną. Nie zawsze tachycardia, spostrzegana często przy sercu ruchomem, jest pochodzenia nerwowego! należy pilnie przysłuchiwać się skargom chorego, aby rozstrzygnąć, trudne częstokroć, zagadnienie, czy przyspieszona działalność serca jest w odnośnym przypadku organicznego, czy też neurastenicznego pochodzenia. W wielu razach z kłopotu może wyprowadzić badanie chorego w położeniu grzbietowem, kiedy to tachycardia zależna od ruchomości tego narządu zazwyczaj znika. W trudniejszych przypadkach kwestyę może rozstrzygnąć kilkakrotnie przeprowadzone badanie,

Leon Zamenhof.

145. Ernst Bendix i Adolf Bickel. **Przyczynek doświadczalno-krytyczny do teorii glikolizy.** (Ztschrift für Klin. Mediz., 1903, Tom 48, zeszyt I—II)

Claude—Bernard pierwszy zrobił spostrzeżenie, że cukier grochowy, wchodzący w skład normalnej krwi, powoli znika po wypuszczeniu krwi z żyły. Na tem właśnie zjawisku, wielokrotnie stwierdzonem przez późniejszych badaczy, Lépine oparł swoją genialną teorię moczówki cukrowej. Przyczynę znikania cukru Lépine pierwotnie upatrywał w działaniu pewnego „fermentu glikolitycznego“, krążącego w sokach tkankowych, a więc i we krwi; ferment ten miał być sprawca rozkładu cukru. Później Lépine zastąpił pojęcie „fermentu glikolitycznego“ pojęciem „własności glikolitycznej“, którą mają być obdarzone wszystkie tkanki.

Przegląd krytyczny dotychczasowych prac nad glikolizą nasunął Bendix'owi i Bickel'owi poważne wątpliwości i skłonił do przedsięwzięcia własnych badań nad tą kwestją. Wyniki tych ostatnich przedstawiają omawianą sprawę w zupełnie nowym świetle.

Przedewszystkiem autorzy zaznaczają, że stwierdzenie glikolizy wymaga bardzo ściślejszych metod ilościowego oznaczania cukru w cieczach białkowych. *Takimi* metodami nauka, niestety, dotąd jeszcze nie rozporządza. Wszystkie znane metody polegają na uprzednim strącaniu białka. Otóż tu właśnie tkwi źródło niedokładności: szereg umyślnie przeprowadzonych prób dowiódł, że strącane białko porywa za sobą część cukru, mniej lub więcej ściśle związaną. W braku więc dokładnej metody nie mamy prawa utrzymywać, że jeżeli np. w 100 gr. krwi, wypuszczonej z żyły, pierwotnie znaleziono x gr. cukru, a po upływie pewnego czasu— y gr., to $(x-y)$ gr. uległo rozkładowi. Możemy tylko twierdzić, że wykryto o $(x-y)$ gr. cukru mniej. Należy bowiem pamiętać, że we krwi mogły zajść sprawy chemiczne, które nie rozłożyły cukru, lecz tylko uniemożliwiły wykrycie pewnej jego części: mogła, np., wskutek pewnych zmian chemicznych, przyłączyć do strącanego białka większa (albo mniejsza), niż poprzednio, ilość cukru.

Według zdania autorów, zjawisko glikolizy może powstawać z przyczyn następujących.

1) Tkanki ustroju, jak mięśniowa, zwykle prowadzą właściwe sobie sprawy wymiany materji jeszcze przez czas jakiś po śmierci ustroju. Być więc może, że i krew wypuszczona nie od razu traci swą własność samodzielną (bez pomocy fermentów) niszczenia cukru przez rozkładanie i utlenianie.

2) Rozkład cukru może być objawem działalności życiowej drobnoustrojów. Jest to tem prawdopodobniejsze, że próby glikolityczne odbywają się w warunkach, sprzyjających rozwojowi drobnoustrojów, a zwłaszcza powodowanej przez nie wymianie materji cukrowej (ciężkość termostatu, podłoże z węglowodanów i białka). Zabezpieczyć zaś od drobnoustrojów badane na glikolizę substancje jest nadzwyczaj trudno.

3) Rozkład cukru może być sprawą czysto chemiczną. Tę myśl nasunęły autorom stale spotykane w odnośnej literaturze wzmianki, że hypotetyczny zaczyn glikolityczny, czy też siła glikolityczna działa o wiele energiczniej w środowiskach zasadowych, niż w obojętnych, zaś w kwaśnych—prawie wcale. Już Claude—Bernard wspomina, że we krwi, zakwaszonej, zaraz po wypuszczeniu, kwasem octowym, zawartość cukru po 24 godz. prawie wcale się nie zmniejszyła. Później B i e r n a c k i—badając 34 próbki krwi z dodatkiem słabej cieczy zasadowej do „surowicy mineralnej“—sposprzegł w 27 mniejszy zanik cukru, aniżeli przy zastosowaniu roztworu fizyologicznego soli kuchennej. Wskazówki powyższe dały autorom pobop do zbadania, o ile stopień alkaliczności krwi może wpływać na znikanie cukru. W nauce utrzymał się dotąd pewnik—jakkolwiek prace F r i e d e n t h a l'a podały go w wątpliwość—, że krew ma odczyn zasadowy, odpowiadający, według Z u n t z'a, 0,2—0,4% rozezynowi sody. Z dru-

giej znowu strony wiadomo, że ługi po zagrzaniu rozkładają cukier gronowy (próda Moor'a na cukier), doświadczenie zaś Nenckiego i Sieber'owej stwierdziło, że nawet tak nieznaczny stopień alkaliczności, jaki mamy we krwi, może niszczyć cukier, i to w ciepłocie termostatu. W celu wyższego wyświeślenia tej sprawy Bendix i Bickel dokonali całego szeregu prób. Dodawali oni do obojętnych roztworów cukru zmienne ilości rozczyńców zasadowych, przestrzegając jednak, aby alkaliczność mieszaniny nie przekraczała granic, przyjętych dla krwi normalnej. Rozwojowi drobnoustrojów zapobiegali albo przez dodatek chloroformu, albo też przez staranne wyjąłwanie naczyń i cieczy. Mieszaniny powyższe stawiano do termostatu na różne okresy czasu, poczem zlekka zakwaszano kwasem octowym, a chloroform usuwano przez dłuższe ogrzewanie w kąpeli wodnej. Dokonywane następnie badania chemiczne stwierdzały we wszystkich próbach znaczny ubytek cukru. Na wskazaniach polarymetru autorzy polegać nie chcieli, ponieważ—jak tego dowiódł Lobry de Brun—pod wpływem rozcieńczonych zasad część cukru, zawartego w cieczy, nie daje się wykazać drogą polarymetryczną. Zjawisko to zależy po części od właściwego rozkładu cukru, po części znowu od zachodzących w cukrze przemian wewnątrzcząsteczkowych, których następstwem bywa przemiana cukru gronowego w inne postaci cukru. Ponieważ jednak nowopowstałe odmiany cukru redukują inaczej, niż cukier gronowy, więc, oczywista, przy ilościowym oznaczaniu cukru metodą chemiczną (polegającą na redukcji), również otrzymać musimy cyfrę niezgodną z prawdą.

Tak więc, zasadowość krwi odgrywa dużą rolę w sprawie znikania cukru. Autorzy sądzą, że działanie zasad jest trojakie: mogą one utleniać cukier, powodować w jego cząsteczkach przemianę wewnętrzną, wreszcie poprostu rozkładać cząsteczki cukru.

Za trafnością poglądu naszych autorów na glikolizę.—a raczej przeciwko teorii Lépinea—przemawiają poniekąd (przynajmniej nie przeczą) wyniki jeszcze jednego szeregu ich prób. Dodawali oni, według pomysłu Biernackiego, bardzo drobne cząstki (2 krople) krwi do dużych ilości roztworów cukru, rozumując tak: jeżeli glikoliza jest sprawą fermentów, to najmniejsza nawet ich ilość powinna ujawnić działanie prawie nieograniczone. Próby te wypadły ujemnie: w tych warunkach nie stwierdzono zmniejszenia się ilości cukru. Naturalnie, że nie wyklucza to jeszcze istnienia fermentów glikolitycznych, albowiem owe dwie krople krwi mogły nie zawierać minimum fermentów, niezbędnego do ich sprawności.

Autorzy zastrzegają się, że bynajmniej nie roszczą pretensyi do uogólniania swoich spostrzeżeń, a tem bardziej nie mają zamiaru rozciągać ich na żywy ustrój i wyprowadzać ztąd daleko idących wniosków co do przemiany materii cukrowej w organizmie. Chodziło im głównie o wytknięcie błędów w metodyce dotychczasowych badań nad glikolizą.

Wiktor Majerczak.

II. Choroby ukł. newowego.

146. Leyden i Grunmach. **Rentgenografia w zastosowaniu do cierpień rdzeniowych.** „Die Röntgenographie im Dienste der Rückenmarkskrankheiten“. (Odczyt w Berlińskim Towarzystwie Psychiatrycznym i Neurologicznym 8 grudnia 1902 r. Neurolog. Centralblatt, 1903, № 1).

Rentgenografia nie przyczyniła się dotąd do wyświetlenia spraw zachodzących wewnątrz kanału kręgowego, okazała się jednak bardzo pożyteczną w rozpoznawaniu cierpień kręgosłupa, a zwłaszcza do wyjaśnienia niektórych spraw kręgowych, będących w związku z cierpieniami rdzenia. Autorzy demonstrowują szereg przypadków, w których dokonano badania promieniami Rentgena: 5 przypadków zbroczenia kręgosłupa z objawami rdzeniowymi, bezwładem lub niedowładem: 1 wskutek caries, 2—rachitis, 2—spondylose rhizomélique. 2 przypadki nowotworów przerzutowych kręgosłupa: 1 rak 6—7 kręgów szyjowych z samoistnym złamaniem u chorej z rakiem sutki, 1 mięsak części lędźwiowej kręgosłupa po pierwotnym mięsaku uda. 2 przypadki urazowe: w jednym rentgenizacja wykazała złamanie 6—7 kręgów szyjowych i tworzenie się callus, w 2-im z objawami połowicznego porażenia rdzenia grzbietowego po spadnięciu z drabiny złamania nie znaleziono, zauważono natomiast cień w okolicy 8—10 kręgów grzbietowych—ślad krwotoku w tem miejscu. 3 przypadki Myelitis, w jednym wykryto cierpienie kręgów. W jednym przypadku wiađu rdzenia stwierdzono osteo—artropatiam kręgosłupa, w przypadku porażenia opuszkowego—ślady starego zwłknięcia części szyjowej. W kilku przypadkach cierpień rdzeniowych, zwłaszcza w cierpieniach ogniskowych poniżej ogniska oraz w wiaździe rdzenia zauważono niezwykle prześwietlenie ciał kręgowych, zmian—co autorzy tłumaczą jako następstwo zmian odżywczych w kręgach, spowodowanych chorobą rdzenia.

W dyskusji Levy-Dorn wykazał, że niekiedy poznać można na rentgenogramach zarys kanału kręgowego. W jednym przypadku wiađu rdzenia rozpoznano promieniami Rentgena jednostronne porażenie przepony brzusznej, czego przedtem wcale nie podejrzewano.

Bregman.

147. A. Pick. **Przyczynę do zaburzeń czucia znajomości.** („Zur Pathologie des Bekanntheitsgeföhls (Bekanntheitsqualität“.) Neurologisches Centralblatt. 1903, № 1).

Volkdt wykazał, że przy poznawaniu wrażeń odebranych już poprzednio ma ważne znaczenie pierwiastek czuciowy, który tenże nazwał „uczuciem znajomości“. Uczucie to jest nawet ważniejszym, aniżeli wyraźność samych wyobrażeń pamięciowych. Zdaniem Pick'a, odgrywa ono rolę nie mniej ważną w sprawach chorobowych. Jest ono zniesionem np. w stanach zamroczenia (Dämmerzustand), spostrzega-

nych w padaczce i w histeryi. Chorym tym nagle wszystko, co ich otacza, wydaje się czemś obcem, nieznanem, a przytem sama percepcya wrażeń zmysłowych nie jest bynajmniej naruszona. W niektórych razach brak uczucia znajomości powoduje nie tylko nie—oryentowanie się chorego, ale nawet napady bojaźni (Angstzustände). Innego rodzaju zaburzenia uczucia znajomości przedstawiają t. j. złudzenia pamięciowe (Erinnerungstäuschungen): uczucie to łączy się z wrażeniami nie odebranymi nigdy przedtem, każda sytuacya nowa wydaje się znajomą, już raz przebytą. Charakter uczuciowy zjawiska występuje przytem bardzo wyraźnie, towarzyszy mu stale wybitny stan niezadowolenia „Missbehagen“, umysłowość jest nie naruszona. Objaw ten spotykamy również najczęściej u epileptyków, ale niekiedy i u ludzi zdrowych.

W wielu razach znowuż uczucie znajomości łączy się nieprawidłowo ze wspomnieniami samemi—chorzy wtedy przyjmują swe sny za rzeczywistość i splatają je z wrażeniami istotnie odebranymi. Spodziewać to można zarówno w histeryi, jak i w padaczce i w cierpieniach umysłowych. Wręcz przeciwnie natomiast ma się rzecz, gdy chory skutkiem braku lub osłabienia uczucia znajomości fakty rzeczy wiste uważa za sen (najczęściej w padaczce), lub gdy, jak np. w ciekawym przypadku paramnezyi, opisanym przez Pick'a, wszystkie odbierane wrażenia pomnaża, utrzymuje np., że zna kilku lekarzy tego samego wyglądu i nazwiska, że ma kilku braci tego samego imienia i zamieszkałych w jednym domu, w jednym mieszkaniu: w tym ostatnim przypadku wrażenia powtórne skutkiem braku uczucia znajomości nie kryje się z identycznymi wrażeniami odebranymi poprzednio.

Podobne, choć najczęściej w mniejszym stopniu wyrażone, zaburzenia uczucia znajomości spotykamy dość często w paraliżu postępującym: chorzy nie poznają swej żony, uważają dzieci za obce i t. d. Odgrywają one również rolę d. ważną w obłędzie ostrym (zwanym w klasyfikacyi niemieckiej acute Verwirrtheit), ale wikłają się tu już zaburzeniami w odbieraniu samych wrażeń zmysłowych. Natomiast w wielu przypadkach t. z. Paranoia simplex z rozwojem ostrym lub podostrym niepoznanie otoczenia wynika znowuż tylko z braku uczucia znajomości przy zupełnie prawidłowej czynności narządów zmysłowych.

Przytoczyć, wreszcie, należy ciekawe spostrzeżenie Rosenbach'a: osobnik umysłowo zdrowy, po nadmiernej pracy, wszystkich ludzi spotykanych na ulicy przyjmował za znajomych;—tu w stanie względnego wyczerpania ośrodków nerwowych uczucie znajomości występuje chwilowo w nadmiernem natężeniu. *Bregman.*

148. D-r Georg Kelling z Drezna. **O stanach podrażnienia we współczulnym układzie nerwowym i o roli tych stanów w rozpoznaniu i leczeniu wrzodu żołądka.** (Wiener Medicinische Wochenschrift. 1902. № 48).

Jeżeli u chorego z wrzodem żołądka dokonamy gastroenterostomii, to zauważymy w kilkanaście dni po operacji, przy bardzo małych stosunkowo zmianach przedmiotowych w chemizmie trawienia, ogromną poprawę w objawach podmiotowych. W tych przypadkach, kiedy wrzód znajduje się tuż przy odźwierniku i powoduje zwężenie tegoż, zjawisko to jest zrozumiałe: operacja usuwa przeszkodę, zachodzącą w przechodzeniu miazgi pokarmowej z żołądka do kiszek i wywołującą objawy chorobowe. Podobną jednak poprawę podmiotową obserwujemy i w tych przypadkach, w których wrzód znajduje się nie w okolicy odźwiernika, w których zwężenia odźwiernika wcale niema. Zjawisko to autor objaśnia w sposób następujący. Objawy podmiotowe, występujące przy wrzodzie żołądka, pochodzą nie od nadmiaru kwasu solnego w żołądku, ani też od jego przepelnienia, lecz od stanu podrażnienia we współczulnym układzie nerwowym żołądka, wywołanego przez wrzód. Przechodzenie miazgi pokarmowej z żołądka do kiszek przez odźwiernik regulowane jest przez bardzo skomplikowany nerwowy mechanizm, który składa się z nerwów przyśpieszających przesuwaniu zawartości żołądkowej i z nerwów hamujących. Przy podrażnieniu układu nerwowego żołądka, jakie ma miejsce przy wrzodzie żołądka, występuje wzmoczenie działalności aparatu hamującego i tym sposobem przechodzenie miazgi pokarmowej przez odźwiernik jest nadzwyczaj utrudnionem i wywołuje przykre objawy podmiotowe. Podrażnienie takie występuje przy wrzodzie żołądka niezależnie od tego, w jakim miejscu żołądka on się znajduje. Po gastroenterostomii objawy podmiotowe ulegają poprawie dlatego, że wobec przechodzenia zawartości wprost z żołądka do kiszek z pominięciem odźwiernika trudności, wynikające z działalności odruchów hamujących, nie mogą się przejawiać. Podobne, jak przy wrzodzie, żołądka objawy podmiotowe występują też i w neurastenii, hysterii, kamicy żołądkowej i innych cierpieniach. Jest to również dowodem, że podmiotowe objawy wrzodu żołądka zależą od podrażnienia układu nerwowego współczulnego; podrażnienie bowiem to może występować zarówno przy wrzodzie, jak i w wyżej wymienionych chorobach.

Teorya autora ma znaczenie rozpoznawcze i lecznicze. Pod względem rozpoznawczym autor wyprowadza z niej wniosek, że na zasadzie tylko objawów podmiotowych rozpoznanie wrzodu żołądka jest zupełnie niemożliwem. Rozpoznanie wrzodu żołądka możemy z całą pewnością postawić tylko na zasadzie krwotoków żołądkowych, na zasadzie danych palpacji, wreszcie na zasadzie mikroskopowego lub chemicznego zbadania wydobytej sondą zawartości żołądkowej. Wykrycie krwi w tej zawartości jest ważnym objawem wrzodu. W braku tych przedmiotowych objawów rozpoznanie wrzodu żołądka może być postawione tylko z mniejszem lub większem prawdopodobieństwem; na zasadzie objawów podmiotowych możemy rozpoznać

tylko stan podrażnienia we współczulnym układzie nerwowym żołądka, który od różnych przyczyn pochodzić może. Nawet tak zwane punkty uciskowe, a w szczególności punkt *Bo a s'a* nie mają, podług autora, znaczenia rozpoznawczego, gdyż i one są tylko wyrazem podrażnienia w układzie nerwowym żołądka. Bolesność, powstająca w punkcie *Bo a s'a* przy ucisku zależy od nadczułości tylnych gałęzi nerwów międzybrowowych (rami *dorsales nervorum intercostalium*), które to nerwy, jak wiadomo, za pomocą swych gałęzi trzewiowych (r. *viscerales*) łączą się z układem współczulnym żołądka.

O stanie podrażnienia we współczulnym układzie nerwowym żołądka, jako o przyczynie podmiotowych objawów wrzodu żołądka, nie trzeba zapominać i przy leczeniu tej choroby. Ponieważ ten stan podrażnienia powoduje wiele nieprzyjemne objawy i ma ujemny wpływ na przebieg cierpienia, więc należy niezależnie od leczenia samego wrzodu (bismut, spokój, mleczna dyeta, ciepłe okłady) starać się wpłynąć i na złagodzenie tego stanu podrażnienia. W tym celu autor zaleca preparaty bromu, kodeinę, antypirynę i t. p. Aby przetwory te nie działały ujemnie na trawienie żołądkowe, autor podaje je w postaci ławatyw (per rectum) podług następującego przepisu:

Kali bromati 10,0

Codeini 0,2 (event. Antipyrini 5,0)

Aq. destillatae 150,0

MDS. 3 łyżki dziennie w ławatywie.

Leczenie powyższe dawało autorowi zawsze bardzo dobre wyniki.

Artykuł swój autor kończy radą, aby chorych z wrzodem żołądka, mających więcej, niż 40 lat, nie leczyć środkami wewnętrznymi dłużej nad 3 miesiące, a to z tego względu, że w tym wieku wrzody nadzwyczaj łatwo przechodzą w raku i że każdy przewlekły wrzód żołądka z tego powodu jest w tym wieku podejrzany. Jeżeli więc po 3 miesiącach leczenia wewnętrznego nie widzimy wyraźnej poprawy, należy chorego bezzwłocznie poddać operacji, gdyż tym sposobem nie raz można uratować go od niebezpieczeństwa, na jakie wystawia go dłużej trwający wrzód żołądka.

Z. Grudziński.

III. Wiadomości terapeutyczne.

149. M. Klippel. Leczenie ostrego zapalenia płuc. (Arch. gén. de méd. № 7. 1903).

Zapalenie płuc, jako choroba o przebiegu cyklicznym, musi przejść przez pewne okresy, nim nastąpi wyzdrowienie, i dla tego wszelkie leczenie, mające na celu zakłócenie tej okresowości, jest przeciwwskazane. Autor w swoim przypadku,—który rozwinął się po-

woli kaszlem i katarem, trwającym 2 tygodnie,—stosował jedynie kalomel, wezykatorye i napój Todd'a, oprócz zwykłego dla stanów gorączkowych sposobu zachowania czystości jamy ustnej. Kalomel dał na samym początku choroby, 3 razy po 0,15, jak tylko postawił rozpoznanie, kiedy osłuchiwanie stwierdziło zaledwie obecność rzeżeń drobnobańkowych i nie było jeszcze oddechu oskrzelowego. Następnie autor stosował wezykatoryę, której działanie tłumaczy w sposób następujący: 1) wywołuje ona przekrwienie miejscowe i wysięk pewnej ilości z ogólnej masy krwi, 2) zapalenie skóry wywiera w drodze odruchów wpływ na nerwy naczyńoruchowe w płucach; 3) wywołuje i sprzyja tworzeniu leukocytów przez szpik kostny, a leukocytoza uważana jest wszak za objaw samoobrony ustroju; 4) badanie płynu z bąbla pod wezykatoryą wykazuje w nim mnóstwo komórek eozynofilowych, które, według Ehrlicha, żywo walczą z zarazkiem, i 5) wessana kantarydyna działa bezpośrednio na nacieczenie płuc. Mogą powstawać jeszcze inne wskazania do leczenia, np., niezwykle ból, dla uśmierzzenia którego za najlepszy środek uważa bańki cięte; osłabiona czynność wymaga przepisania naparstnicy, kofeiny, natr. benzoici, piżma; stany podniecenia mitygują się przez ciepłe kąpiele, gdy kąpiele zimne stosować należy w przypadkach z nadmiernie wysoką ciepłotą. W okresie wyzdrowienia baczna należy zwrócić uwagę na dobre odżywianie: mocz chorego zawiera w tym okresie dużo azotu, powstałego z wessanego wysięku i ta właśnie utrata ciał azotowych wymaga wprowadzania do ustroju pokarmów, obfitujących w białko. Jako o środka zapobiegawczym, radzi autor pamiętać o czystości jamy ustnej, jako siedliska pneumokoków.

P. Rogoziński.

150. C. Binz. **O chorobie morskiej.** (Centralblatt f. inn. Med. № 9. 1903).

Do skreślenia artykułu tego skłonił autora nadesłany mu do rozbioru tajemniczy środek „Yanatas“, stosowany przeciwko chorobie morskiej. Analiza wykazała, że środek ten składa się głównie z chloralum hydratum, którego na dawkę, według załączonego przepisu, przypada około 0, 33; nie zawiera wcale alkaloidów, lecz natomiast cukier i zaprawiony jest waniliną i olejkiem cynamonowym. Że w chorobie morskiej małe dawki chloralhydratu mogą być stosowane z korzyścią, o tem powtarzano już wielokrotnie od czasu, jak tylko odkryte zostały jego własności usypiające. Co się zaś tyczy istoty choroby morskiej, to autorowie dotychczas zapatrują się na nią różnie: Janowski, nprz. widzi w niej słabe, przejściowe wstrząśnienie mózgu. Schwerdt przyczynę jej upatruje w zmniejszonej wentylacji płuc i przeładowaniu ustroju kwasem węglanym. Weitlaner uważa chorobę morską za skutek urazu płynnych i miękkich pierwiastków ustroju o twardsze, wymioty zaś według niego powstają z powodu urazowego drażnienia nerwów, kończących się w żołądku. Dalej autor opisuje, czego doświadczał na sobie i towarzyszach podczas

licznych podróży morskich. Zauważył on, że, skoro tylko okręt opuszczał spokojną przystań i wypływał na pełne morze, gadatliwe dotąd towarzystwo milkło i większa część pasażerów schodziła do kajut. Twarze pozostałych na pokładzie śmiazków bładły i przyjmowały odcień jasno-zielonkawy, podobny do tego, jaki cechuje wysoki stopień blednicy. Następowaly wymioty, którym dłużej oprócz się nie było można i wówczas na krótki czas twarze czerwieniały. Autor drogą doświadczeń przekonał się, że niedokrwistości twarzy w zupełności odpowiada taki sam stan mózgu. Niedokrwistość mózgu wywołuje wymioty, jak to bywa przy blednicy lub znacznych utratkach krwi, np. u położnic. Zdarza się czasami, że nudności do wymiotów nie dochodzą, i pacjent po takich niedoszłych wymiotach czuje się przez czas krótki lepiej: dzieje się to dzięki temu, że wzmózona przed chwilą praca prasy brzusznej z siłą zapędziła krew do mózgu. Dlatego też wymioty uważać należy za objaw dążenia ustroju do samouzdrowienia; dlatego właśnie doświadczony podróżnik morski stara się już na początku swej podróży nisko głowę ułożyć, by tem samem ułatwić przyływ krwi do mózgu.

W końcu swej pracy autor dochodzi do następujących wniosków:

- 1) Kołysanie okrętu wywołuje zwięzienie tętnic głowy i tem samem ostrą niedokrwistość mózgu.
- 2) Ta ostra miejscowa niedokrwistość wywołuje nudności i wymioty.
- 3) Wzmózona praca prasy brzusznej, która powoduje dławienie i wymioty, pędzi większą ilość krwi do mózgu i zmniejsza w ten sposób na krótko jego niedokrwistość: kładzie kres złemu samopoczuciu chorego.

4) Żołądek odgrywa w chorobie morskiej rolę bierną; zostaje on podrażniony do ruchów wymiotnych przez organ ośrodkowy.

5) Wszystko, co ułatwia i powiększa przyływ krwi do mózgu, działa zapobiegawczo, usmierzająco lub uzdrawiająco na podróżnych, dotkniętych chorobą morską, a zatem poziome położenie, obfita strawa, chlorał hydrat, amylium nitrosum, bromek potasu, antipyrina.

Niewytłomaczonem pozostaje jedynie, dlaczego kołysanie wywołuje zwięzienie tętnic głowy. Nie jest to jednakże mniej zrozumiałem, niż wystąpienie rumieńców, wywołanych przez wstyd, lub błądność ze złości albo strachu.

P. Rogoziński.

151. D-r Otto Lanz. Leczenie choroby Basedow'a surowicą. (Müncb. Mediz. Wochenschrift, 1903, № 4).

Autor—wychodząc z założenia, że choroba Basedow'a polega na samozatruciu ustroju wskutek zmian w tarczycy—pierwszy wpadł na myśl leczenia tej choroby surowicą lub mlekiem zwierząt roślinożernych, szczególnie pozbawionych tarczycy. Opisuje on 6 przypadków choroby Basedow'a, leczonych wyłącznie mlekiem kóz, którym wycięto tarczycę. We wszystkich tych przypadkach (a jeden z nich był

bardzo ciężki) autor osiągnął doskonałe wyniki: po 5—6 tygodniach tętno znacznie wolniało, bicie serca znikało zupełnie, drżenie ustawało, gałki oczne powoli się zapadały, stan odżywienia poprawiał się znakomicie i wogóle chorzy doznawali ogromnej ulgi; tylko obwód szyi niezawsze i niewiele się zmniejszał.

Niemal w tym samym czasie Ballet i Henriquez zastrzykiwali dotkniętym chorobą Basedow'a surowicę krwi psów, którym uprzednio wyluszczoneo tarczycę. Skutki osiągnęły pomyślne, dalszych jednak szczegółów brak jeszcze.

Möbius znowu skutecznie zastrzykiwał 3 chorym autytyreoïdnyę Mercka; tak samo Schultes i Goebel.

Autor zdaje sobie sprawę z tego, że na mocy tak nielicznych doświadczeń niepodobna orzec nic stanowczego w sprawie leczenia choroby Basedow'a surowicą czy mlekiem. Zaznacza on tylko z naciskiem, że powodzenie prób dotychczasowych powinno się stać bodźcem do szerszych badań w tym kierunku.

Wiktor Majerczak.

152. W. Caro. **O maślanec jako pożywieniu dla niemowląt.**
(Archiv f. Kinderheilkunde. T. 24. 1902).

Opierając się na zdaniu Schlossmann'a i lekarzy holenderskich, jako to, de Jager'a, Teixeira de Mattos i in., prof. A. Baginsky zdecydował się wypróbować na swoim oddziale wartość maślanek jako środka odżywczego dla chorych niemowląt. W artykule streszczonym autor, asystent Baginsky'ego, podaje w ogólnych zarysach wyniki tych prób. Maślankę przygotowywano do użytku w sposób następujący. Do litra maślanek dodawano 25 g. mąki pszennej i 35 g. cukru trzcinowego i, wciąż klóćąc mieszaninę, gotowano przynajmniej 2 minuty. Dotychczas stosowano ją u 198 niemowląt, w tej liczbie u 157 z powodzeniem. Dzieci zdrowe znosiły ją dobrze i nie mniej przybierały na wadze, niż przy jakiembądź innym sztucznym odżywianiu. Z liczby 58 dzieci, dotkniętych ostreimi zaburzeniami narządów trawienia, u 48 wyniki były bardzo dobre. Jako ilustrację pomyślnego wyniku autor podaje bardzo pobieżny opis 4-ch przypadków, w których dzieci, żywione maślanką, poprawiały się szybko, i przybierały na wadze. Jeszcze lepsze wyniki (z liczby 87 chorych pomyślny rezultat u 71) zauważono u niemowląt z przewlekłym cierpieniem przewodu pokarmowego. I tu następują opisy 2-ch odnośnych przypadków. Wiek niemowlęcia nie grał roli przy stosowaniu maślanek. Jedno z niemowląt od samego urodzenia karmione było tym środkiem i nie tylko przybierało na wadze, ale uniknęło fizyologicznej straty. Zauważyć należy, iż dzieci w początkach niechętnie piły maślanek, nieraz nawet wymiotowały, ale już po 2-ch dniach miały lepsze wypróżnienia.

B. Polikier.

153. Schulze—Vellinghausen (Düsselderff). **O leczeniu ileus.** (Therapeut. Monatshefte № 2, 1903).

O dobrych wynikach leczenia ileus atropiną w terażniejszym czasie dużo pisano i rozprawiano, tak, że temu, który mniej się zajmował tymi przypadkami, może się zdawać, że leczenie ileusa polega li tylko na atropinie, a operacyi zaniechano. Jednak tak nie jest. Aby to wyjaśnić autor opisuje przypadek ciężkiej okluzyi kiszek, którą wyleczono przez operacyę; przytem wypowiada swój pogląd na leczenie ileus. Bywają przypadki ileus, pochodzące od jakichś zmian w ścianie kiszkowej albo zawartości kiszek, — albo nie pochodzą od jakichkolwiek bądź zmian w kiszce; te ostatnie przypadki zdarzają się daleko rzadziej i są wywołane przez guzy, utworzenie zrostów i tak dalej. Czasami bardzo trudno postawić rozpoznanie, co właściwie wywołało okluzyę kiszek i gdzie ona się znajduje. W każdym bądź razie trzeba się starać rozpoznać to, o ile można przed podaniem pomocy choremu, gdyż od tego zależy leczenie. Co się zaś tyczy leczenia, to w drobiazgach zdania się rozchodzą, ale w głównych zarysach zgadzają się chirurdzy z internistami. Przedewszystkiem zgadzają się z tem, że w ostrej okluzyi kiszek, która nie ustępuje w krótkim czasie przy zastosowaniu zwykłych sposobów leczenia, jak to wewnątrzniemi środkami i wysokimi ławatywami, trzeba operować i czem wcześniej przystępujemy do operacyi, tem więcej mamy szans na wyleczenie chorego. Dla tego też trzeba kierować chorych do chirurga nie jako ultium refugium, ale jak można najwcześniej, jak tylko jest wskazanie do operacyi; tem więcej, gdy już można postawić rozpoznanie różniczkowe. Na wczesnem dobrem rozpoznaniu i wczesnej operacyi opierają się dobre wyniki samej operacyi. Z tego powodu też trzeba w każdym przypadku wymagać operacyi, gdy się poznało, że się ma do czynienia z wewnętrzną okluzyą, albo strangulacyą, które, jak to łatwo zrozumieć, nie nadają się do leczenia jakimikolwiek bądź środkami wewnątrzniemi.

W. Bichler.

154. (wb) **Chinaphenin i Bromochinal.**

Chinaphenin jest połączenie chemiczne chininy i phenetidyny. Przedstawia się jako proszek biały, bez smaku, rozpuszcza się łatwo w wyskoku, eterze i chloroformie, trudno w wodzie. Rozpuszcza się w kwasach, tworząc sole. Używa się z dobrym skutkiem w kolkuszu, w dawkach ssawcom po 0,15, a starszym dzieciom po 0,2—0,3 trzy razy dziennie. Napady kaszlu zmniejszyły się zaraz a po 8—10 dniach jeszcze więcej

się uspokajały. Środek ten dawany w mleku, czekoladzie, bulonie, znosi się dobrze i ubocznych zjawisk nie zauważono. Jako środek przeciwgorączkowy chinaphenin w dawkach po 1,5—2,0 zmniejsza powoli ciepłotę, po 4—5 godzinach dosięgając najwyższego działania. Działa dobrze, bez potów. Przy nerwobólach chinaphenin zdaje się lepiej działa, niż chinina. Z dwóch przypadków zimnicy w jednym środek wcale nie działał, w drugim zaś przypadku 1,5 chinapheniny wstrzy-

mało prędko i na zawsze napady.

Bromochinal albo chininum dibromosalicylicum przedstawi się jako żółtawe, rozpuszczające się w wysoku, eterze i wodzie z trudnością i topniejące przy 197 — 198° kryształ. U chorych gorączkujących ciepłota zmniejsza się po dawkach 0,6—0,75 tak samo jak i po 0,5 chininy. Bezsenność dzięki bromowi zmniejszona. Oba te preparaty badał Norden, lecz mała ilość spostrzeżeń nie pozwala mu wytworzyć sobie pewnego zdania co do ich działania. (Ther. Monatsh. 1903, № 3).

155. (wb) **Diosmal.**

Od środka przeciwrzeżączkowego wymaga się, aby był dobrym moczopędnym i oddziaływał na zapalenie śluzówki kanału moczowego, niszcząc zarazki; nie powinien przytem drażnić żołądka ani nerek.

Liście Bucco już dawno używają się przez mieszkańców Afryki, jako środek działający na organy moczowe. W Anglii i Ameryce używano je w tym celu. Używają go niekiedy jako infusum, które działa tak samo, jak infusum foliorum uvae ursi. Przy użyciu w postaci infusum liście bucco traciły dużo swej zawartości, gdyż część ulatniała się, część zaś nie rozpuszczała się w wodzie. Z tego powodu Runge wynalazł ekstrakt z tych liści „diosmal“, który wszystkie części składowe liści bucco zawiera w sobie: mianowicie olejki aromatyczne i eteryczne, glukozid, — diosminę, żywicę gorką i dużo śluzu roślinnego, gdyż każda z nich ma pewne znaczenie przy działaniu tego środka na rzeżączkę. *Diosmal* albo *Extractum foliorum Bucco* posiada kolor zielonawy, gęstość

miodu i przyjemny zapach orzeźwiający. Używano go w rzeżączce i innych chorobach dróg moczowych z bardzo dobrym skutkiem. Fürst używał diosmal zamiast innych środków wewnętrznych, używanych w rzeżączce. Podrażnienia żołądka albo kiszek, wysypki na skórze nie zauważono. W zapaleniu pęcherza działał bardzo dobrze moczopędnie i zmniejszał ilość ropy aż do zupełnego zniknięcia. W zapaleniu nerek i miedniczki nerkowej zauważono polepszenie przy użyciu diosmali. Używa się go albo w pigułkach albo w kapsułkach żelatynowych po 0,15—0,6. Pigułki zawierają w sobie po 0,15, kapsułki 0,3 i 0,5 i sprzedają się w pudełeczkach po 50 albo 30 sztuk: daje się 2—3 pigułek albo 1—2 kapsułki po 0,3 albo 1 kapsułkę po 0,5 dziennie. (Ther. Monatsh. 1903, № 3).

156. (wb) **Isarol.**

Isarol przedstawia się jako płyn czerwono-brązowy, gęsty, z zapachem przypominającym ichthyol; zawiera w sobie 8,5—9,5% siarki. Isarol rozpuszcza się zupełnie w wodzie, w 10 częściach wysoku nie zupełnie rozpuszcza się, jak ichthyol. Przy silnem ogrzewaniu spala się i nie zostawia po sobie popiołu. Różni autorowie i Unna przypisują działanie ichthyolu siarce, która się w nim zawiera w ilości 10%. Isarol albo ichthyodin chemicznie jest czystszy niż ichthyol. Zawiera w sobie 51,9% ciał nie rozpuszczających się w benzynie, a 43,7% ciał rozpuszczających się i 1—4% olejków eterycznych. Hüsslin badał ten środek w ciągu 1900 roku w poliklinice w Bazeli i przekonał się, że isarol w niczem nie ustępuje ichthyolowi: używał go w prze-

wlekłych wypryskach różnego rodzaju bądź do okładów, bądź jako opatrunek z watą. W gościecu przewlekłym smarował Hösslin chore stawy 20% Isarol-Collodium przyczem zauważył szybkie zniknięcie obrzęków i bólów. Jako 10% maść z waseliną lub lanoliną używano isarol w przewlekłych owrzodzeniach goleni z dobrym skutkiem. Z tego wszystkiego widać, że isarol działa tak jak ichthyol: jest chemicznie czystszy jak pokazał Massini, a prócz tego tańszy, niż ichthyol i dlatego w praktyce znajdzie więcej przychylnych. (Ther. Monatsh. 1903, № 3).

157. (wb) Mirmol.

Mirmolem nazywa Ranelletti płyn przezroczysty, bezbarwny, zawierający 10% formaliny i 0,3% karbolu. Używał go Ranelletti w leczeniu złośliwych guzów, które z jakichkolwiek bądź przyczyn nie można było usunąć, jak to guzy na skórze, raki maciczne, pochwy, jamy ustnej, języka i kiszki odchodowej; używał go w leczeniu wilka i zgorzeli. Działa mirmol przeważnie mumifikująco i osuszająco, przytem zatrzymuje krwotoki, oczyszcza, odbiera zapach, wstrzymuje gnicie i znieczula. Guzy przy użyciu mirmolu robią się najpierw czerwonymi, potem szaro-brązowymi, nakoniec czernieją i twardnieją. Strupy czarne odpadają i tym sposobem może cały guz stwardnieć i odpaść. Taka mumifikacja zapobiega krwotokom i usuwa cuchnącą wydzielinę, znieczula, przytem wstrzymuje się rozwój guza i tem przedłuża się życie chorego. Co się zaś tyczy użycia tego środka to Ranelletti daje następując przepisy: Powierzchnię guza obmywa się najpierw roztworem formaliny

0,5—2,0:1000, poczem osusza się i oczyszcza. Następnie tamponiki zmoczone w roztworze mirmolu 1:9 w gorącej wodzie i przykładają się do guza, na to kładzie się warstwa gazy, watę nasiąkniętą mirmolem i papier gutaperkowy. Zdrowe przylegające części ochrania się waseliną lub gliceryną. Po upływie 24 godzin zmienia się opatrunek, roztwór wzmacnia się powoli z 1:9 do 1:4. Gdy cała powierzchnia wyschła, przykładają się mirmol czysty. Twarde strupy zdejmują się ostrożnie i leczenie powtarza się nanowo. Raki jamy ustnej i kiszki odchodowej leczą się roztworem 1:9 lub słabszym, gdyby ten dolegał choremu; tampony zmienia się 3—4 razy na dzień. Raki macicy leczą się roztworem mirmolu 1:4. Żeby ochronić pochwę od przypalenia, kładzie się na mirmol wata, nasiąknięta 1% roztworem Natri bicarbonici. Po 8—12 godzinach wyjmują się tampony i robi się przepłukiwanie. W przeciągu 8—10 dni wkładają się świeże tampony co 24 godzin, potem co drugi dzień, w końcu co trzeci. Owrzodzenie pokrywa się szarobiałym strupem, który odpada. Wtedy używa się słabsze roztwory mirmolu i robi się dwa razy na dzień przepłukiwanie pochwy formaliną. Wilk skóry leczy się tak samo. Kilka razy na dzień macza się gruzelki mirmolem. W tej chwili następuje przekrwienie, które ustępuje po godzinie, tworzą się cienkie strupy, żółtawe, lekko odpadające. Ranelletti leczył z dobrym skutkiem 37 chorych: 35 na raka, a 2 na wilka. (Ther. Monatsh. 1903, № 3).

158. Plaster Bückeburski.

Oddawna jest w użyciu plaster angielski (emplastrum adhaesivum

anglicum s. Woodstock) przy małych ranach ciętych i rozdartych. Dogodny on bardzo i dobrze wygląda, chociaż o antyseptyce i o aseptyce mowy być nie może: jak przed 60 laty tak i teraz przylepiają go śliną i nie dziwnego, że pod plasterem rozwija się ropienie. Na szczęście plaster wytrzymuje tylko do następnego mycia się, a toby częściej spotykały się ropienia. Dobry plaster, odpowiadający dzisiejszym wymaganiom, powinien mieć 1) dobry wygląd zewnętrzny, 2) powinien dobrze się przylepiać bez zmoczenia; 3) być dostatecznie gibkim; 4) nie rozmazywać się, 5) dobrze nadawać do mycia się; 6) powinien znosić wyższą ciepłość; 7) nie powinien drażnić; 8) powinien być przyrządzony zupełnie aseptycznie i 9) powinien mieć własności przeciw-

gnilne. König w Bückeburgu przygotował plaster, który zupełnie odpowiada tym wymaganiom. Jest to plaster salicylowo-gumowy wysmarowany na równym batyście, pokrytym gumą nieprzemakalną. Należy zauważyć, że plaster ten nie spada przy myciu i cały dzień się dobrze trzyma; znosi wyższą ciepłość, tak że go można spokojnie nosić w pugilaresie lub trzymać w ciepłych pokojach blisko pieca; nie drażni skóry i dobrze dezynfekuje dzięki kwasowi salicylowemu. Sprzedaje się w ściśle zamykających się torebkach i przygotowuje się zupełnie aseptycznie. Przykładać należy go naokoło palca jak pierścionek. Nie można rozumie się od niego wymagać za dużo, ropne rany nie nadają się do leczenia nim. (Ther. Monatsh. 1903, № 3).

IV. ODCINEK.

W sprawie ordynatur i konkursów.

Od jednego z ordynatorów szpitalnych w Warszawie otrzymujemy kilka uwag, treści następującej:

Sprawa ordynatur szpitalnych, poruszona ostatniemi czasy przez pisma lekarskie (Gazeta Lekarska № 8, Medycyna № 8, Kronika Lekarska № 5) przedostała się na łamy prasy ogólnej i wywołała żywe zainteresowanie w szerszych kołach publiczności, a nawet wyjaśnienie oficjalne ze strony p. Inspektora szpitali (Kur. Warsz. № 69).

Wracamy raz jeszcze do tej niezmiernie doniosłej sprawy, ponieważ kategoryczne wnioski, podane we wspomnianych artykułach, mają jakoby uchodzić za wyraz poglądów i życzeń ogółu szpitalnych lekarzy. Tak jednak bynajmniej nie jest. Z personelu lekarskiego w szpitalach bardzo wielu, będąc zdania zgoła odmiennego, nie położyłoby pod temi wnioskami swego podpisu. Zapewne, pod sztandarem opozycji kupią się przeważnie lekarze względnie młodszy—dość jednak

długo ocierali się oni o różne ciemne strony szpitalnictwa naszego, dość często spotykały ich zawody dotkliwe w dążeniach zdawałoby się najbardziej uzasadnionych, — aby za cenę tego doświadczenia zdobyć sobie mogli przynajmniej prawo głosu.

Sprawą, która się na pierwsze wysuwa miejsce, jest dążność do rozdrabniania oddziałów szpitalnych, dążność, potępiana przez omawiane artykuły tak jednomyślnie, tak arbitralnie. Na dziwnem jednak rozumowaniu jest to potępienie oparte, — bo przesłanki, z których wychodzili autorzy artykułów, są bezwzględnie słuszne, tylko, zdaniem naszym, prowadzą one do wniosków — wręcz przeciwnych.

Boć przecież pewnik to chyba niezbity, że *celem* jedynie zasadniczym i najpierwszym każdego szpitala jest *leczenie chorego* — wszelkie inne przeznaczenia szpitala (np. kształcenie młodych lekarzy) choćby wysokiej pod względem społecznym doniosłości, postawione być muszą na drugim planie. Wychodząc z tej zasady, jako do ideału dążyć należy do takiego szpitala, w którym każdy chory otrzymywałby pomoc i obsługę lekarską, możliwie najlepszą, jak najbardziej w jego cierpieniu wskazaną.

Czy ideału takiego bliższym jest typ szpitala o oddziałach dużych, w których na jednego ordynatora przypada kilkudziesięciu chorych, czy też typ o oddziałach drobnych na 10—15 łóżek?

Jeśli ordynator (internista) poświęca swemu oddziałowi dziennie przeciętnie godzinę — a wielu ordynatorów bawi w szpitalu nawet krócej — to czy z czasu tego większą korzyść odnieść mogą chorzy na dużym oddziale czy też na drobnym?

Autorzy omawianych artykułów rozstrzygają pytanie takie bez chwili wahania na korzyść dużych oddziałów, uzasadniając swe zdanie rozmaitemi argumentami. Argumentom tym odmówić słuszności nie można, tylko że nie popierają one bynajmniej twierdzeń wspomnianych wnioskodawców. Trudno się przecież nie zgodzić z tem, że obecnie leczenie chorych staje się co raz bardziej złożonem i wymaga coraz większego nakładu pracy, czasu i rąk roboczych (przemycania żołądka, pęcherza lub macicy, elektroterapia, masaż, zastrzykiwania i t. p.) „A dodać trzeba do tego jeszcze — mówi dalej autor z *Gazety Lekarskiej*, — że metody badania rozpoznawcze z każdym dniem stają się co raz bardziej złożone i trudne, a stosowane być muszą, jeśli chodzi o dobro chorych: wszak jedynie wczesne a trafne rozpoznanie daje szansę skutecznego wyleczenia w całym szeregu chorób“. Zdawałoby się — wynik prosty: łatwiej temu ogromowi pracy poddać, mając kilkunastu chorych, niż kilkudziesięciu. Właśnie że nie: zadanie takie spełniane odpowiednio ma być tylko na dużych oddziałach — tam bowiem tylko panować ma, zdaniem autora, ów *spiritus movens* — atmosfera naukowa. Jak gdyby istnienie tej atmosfery zależnem było od wielkości oddziału!

Właściwie jednak tym czynnikiem działającym jest co innego: oto na dużych oddziałach liczy się na znaczną ilość... asystentów, t. j. takich pomocników bezpłatnych, nie mających wprawdzie absolutnie żadnych praw, widoków, powiedziałbym nawet — w naszych stosunkach — żadnych aspiracji, ale za to pełnych, jeśli nie umiejętności, to

przynajmniej energii i chęci do pracy. Na nich to spycha się — tant bien que mal — cały ten ogrom żmudnego zajęcia; czy zawsze z zupełną dla chorego korzyścią — to inna kwestya. Otóż, niestety, teraz i ci asystenci już stygną nieco w swym zapale, nie pehają się już tak tłumnie na wszystkie oddziały; jeśli pociąga ich jeszcze urok tego lub owego głośniejszego nazwiska, to z wielu oddziałów wieją już nieprzyjemne pustki. I zdarzyć się może — na co jakoś wnioskodawcy uwagi nie zwrócili, — że na oddziale pozostanie li tylko ordynator wraz ze swym przewidzianym przez ustawę szpitalną płatnym pomocnikiem... felczerem. Cóż się stanie z ową atmosferą naukową, gdy ordynator, nie mogąc samemu wykonywać wszystkich kłopotliwych zabiegów, odda je ryczałtowo w ręce... felczera, sam zaś ograniczy się do podpisywania receptaryusza? Z 10—15 chorymi ordynator, gdy zechce, dać sobie może radę i bez asystentów, ale na oddziale, złożonym z 30—50 chorych, będzie to sztuką nie lada. A nasi wnioskodawcy z takim źle ukrywaniem zachwytem mówią o oddziałach zagranicznych po... excusez du peu — 200—300 łóżek, zapominając że zarządzający takim oddziałem nie jest wcale ordynatorem w myśl naszej ustawy, lecz tylko — jakby lekarzem naczelnym części szpitala, mającym do swego rozporządzenia cały sztab płatnych i odpowiedzialnych pomocników.

Drugim argumentem, nie mniej opacznie przytaczanym, jest pewne faworyzowanie ze strony ordynatora przypadków „ciekawych“, — mających pod względem naukowym znaczenie donioslejsze. Przyznać trzeba, że tendencya taka, zupełnie zrozumiała i naturalna w lekarzu który w medycynie widzi nie tylko fach, lecz i umiłowaną przez siebie wiedzę, wyrządza jednak do pewnego stopnia krzywdę chorym pozostałym, dotkniętym cierpieniem pospolitem. Z drugiej strony nie ulega jednak wątpliwości, że krzywdą ta nie na drobnych oddziałach, jak twierdzą autorzy rzeczonych artykułów, lecz właśnie na dużych może się dać chorym we znaki i nawet bardzo boleśnie. Tam właśnie ordynator, gęstą plejadą asystentów i eksternów otoczony, uważa często swą wizytę na sali za rodzaj wykładu klinicznego; przy łóżku suchotnika lub artrytyka zatrzyma się on tyle tylko, aby stereotypową zalecić miksturkę, natomiast czasu i krasomówstwa żałować nie będzie, aby postawić rozpoznanie subtelne jakiejś sprawy chorobowej wiele zawieje, opisać dokładnie umiejscowienie jakiegoś nowotworu, ukrytego tak głęboko, że niekiedy dotrzeć doń nie może nawet... skalpel prosektora. Chirurga w tych warunkach nęca tylko wielkie, ciekawsze operacje: laparotomie, trepanacje i t. p. — o operacjach tych gawędzi się potem w couloir'ach szpitalnych, analizuje poszczególne fazy zabiegu, możliwe zejścia, zręczność lub ryzykowność operatora i t. d. A takim chorym — zwykłym dzieje się nieraz krzywdą: zdarza się, że na usunięcie jakiegoś sekwestru lub nowotworu powierzchownego, zoperowanie przetoki — wyczekują chorzy swej kolejki długo, a cierpienie ich wżera się w usrój coraz dalej.

Tymczasem na małych oddziałach ordynator, nie mając wyboru, z konieczności zająć się musi każdym ze swych pacjentów, bez wzglę-

du na to, czy historia tego pacyenta może być uwieczniona w piśmiennictwie pod obiecującym tytułem „jeszcze jeden przypadek“...

Zapewne, oddział, złożony z chorych, nadających się li tylko do przytulku lub zakładu dla nieuleczalnych jest dla ordynatora brzemieniem ciężkim, wywołuje prędzej czy później niesmak i zniechęcenie, jak każda w ogóle praca, której się plonu nie widzi. Ale na usunięcie tej piekającej bolączki szpitalnictwa warszawskiego ani odrobiny nie wpłynie taki lub inny, co do ilości podziału pacjentów pomiędzy ordynatorów, niezbędną jest ewakuacja chorych nieodpowiednich, bądź do baraków specjalnych, bądź do przytułków.

I żadne względy ekonomiczne lub administracyjne nie powetują chorem tej krzywdy, jaką im wyrządza niedostateczna lub czysto szablonowa pomoc lekarska na dużych oddziałach. Zapewne, podział jednej sali między dwóch lub więcej ordynatorów jest zjawiskiem wielce niepożądanym i wprowadza zamęt w gospodarce; ale tam gdzie warunki są po temu, gdzie na jeden oddział składa się nieraz kilka sal, tam rozdrobnienie oddziałów jest najzupełniej na miejscu. Zresztą typ szpitala o salach ogromnych, na kilkadziesiąt łóżek, odbiega bardzo daleko pod każdym względem od wymagań higieny szpitalnej. Nie ulega żadnej wątpliwości, że dla chorych nieskończenie lepsze są sale mniejsze,, na 10—15 łóżek, a w szpitalnictwie salus aegroti suprema lex esto!

Jakżeż błaho uzasadniłem wygląda wobec tej maksymy biadanie autora w „Medycynie“, że w nowym szpitalu Dzieciątka Jezus pawilony chirurgiczne na 60 łóżek „pokałeczono“, tworząc w nich po dwa oddziały, jeden męzki, drugi kobiecy, i każdy pod zarządem innego ordynatora. Autor najwidoczniej jest zdania, że na 60 łóżkach ordynator-chirurg dałby sobie radę łatwiej, przyniósł by większą swym chorym korzyść, ponieważ miałby do czynienia z pacjentami obu płci!

Na wstępie zaznaczyliśmy, że celem zasadniczym szpitala jest leczenie chorych, po za tem jednak szpital spełnia jeszcze inne zadania; lekceważyć tych zadań, szczególnie w naszych warunkach społecznych, nie mamy absolutnie prawa. Najważniejszą jest rola pedagogiczna: lekarze młodzi, wyniosłszy z ławy uniwersyteckiej zapas wiedzy teoretycznej, szukają w szpitalu umiejętności trudnej: jak zastosować tę wiedzę w praktyce.

Otóż autorzy omawianych artykułów są zdania, że owa rola pedagogiczna mogą spełnić odpowiednio tylko duże oddziały. Nam się ta kwestya przedstawia w świetle zupełnie odmiennem. Zapewne, na większym oddziale materiał jest większy, ale korzyść z tego dla lekarza kształcącego się jest wielce problematyczną. Owa tendencya ordynatora do wyróżniania przypadków ciekawych pod względem naukowym, musi się jeszcze potęgować, gdy ordynator otoczony jest tłumem młodych adeptów medycyny. W rezultacie ci ostatni uczą się— z wielką dla swej działalności późniejszej krzywdą lekceważyć chorych „pospolitych“, jak gdyby dla lekarza, szczególnie początkującego, mógł istnieć jakiś chory nie ciekawy!

Taksamo rzecz się ma z badaniem. Na małym oddziale ordyna-

tor może wraz ze swymi asystentami badać wszystkich chorych bardzo szczegółowo, tak że asystenci znają doskonale każdego pacyenta: w tych tylko warunkach mogą oni ściśle obserwować przebieg cierpienia i wynieść z tej obserwacji pożytek jakiś. Znać bowiem dokładnie 10—15 chorych lekarz początkujący jest w stanie, na oddziale o 30—50 łózkach będzie się on błąkał, jak w lesie; oswoi się wprawdzie z czasem, lecz zamiast wiedzy nabierze tylko rutyny. Nie ulega wątpliwości, że i na małym oddziale w przeciągu pobytu paroletniego asystent będzie miał sposobność obznajmienia się z główniejszymi postaciami chorobowemi w danym zakresie, z drugiej zaś strony nauczy się spełniać swe obowiązki sumiennie i dokładnie.

Widzimy więc, że zarówno ze względu na chorych szpitalnych, jak i na kształcących się młodych lekarzy, pożądanymi są oddziały drobne, nie więcej nad kilkanaście łózek. Rozumie się, oddziały specjalne (ginekologiczne, laryngologiczne, nerwowe), już z samej natury rzeczy, muszą być małe, gdyż w razie przeciwnym uszczuplałyby one ilość łózek na salach ogólnych.

A teraz jeszcze kwestya innego rodzaju, nie mająca tak bardzo znaczenia społecznego, obchodząca jednak żywo ogół lekarski. Mam tu na myśli sprawę mianowania ordynatorów.

Nikt nie przeczy że drogą jedynie sprawiedliwą, przynajmniej w teorii usuwającą wpływ protekcji i innych, jeszcze bardziej dezorganizujących czynników, jest *konkurs*. Droga ta jest po większej części przyjęta zagranicą i w cesarstwie i daje rezultaty dodatnie. U nas kruszy się także obecnie kopie o ten konkurs, jak dotąd stosowany jakoś chwiejnie i dorywczo, tylko dla pewnych ordynatur. Otóż, pomimo całego naszego uznania dla tej drogi sprawiedliwej, musimy zaprotestować stanowczo przeciw konkursowi, przynajmniej w znaczeniu, przyjętem w Warszawie.

Bo konkurs zagranicą lub w cesarstwie i konkurs w Warszawie to pojęcia—wielce różne!

Na okładkach poważnych czasopism lekarskich zagranicznych i rosyjskich spostrzegamy bardzo często ogłoszenia o konkursie na wakujące posady—lekarza naczelnego lub ordynatora (szczególniej do szpitali specjalnych, np. psychiatrycznych), prosektora lub wreszcie profesora. Współubiegający się o daną posadę mają złożyć dokładne curriculum vitae ze wskazaniem swej poprzedniej działalności, zaświadczenia instytucji, w których pracowali, wreszcie swe prace naukowe. Komisya, złożona z powag lekarskich, nie koniecznie należących do personelu instytucji, która konkurs ogłasza, ma za zadanie ocenić nadesłane podania i dokumenty. Każdy z członków komisji wydaje swój sąd o każdym z kandydatów oddzielnie, przy tem jawnie i na piśmie; następnie układa listę z kandydatów, według ich kwalifikacji do danej posady. Kandydat, umieszczony na największej ilości list na pierwszym miejscu, zostaje wybrany.

Konkurs taki z „*konkursem warszawskim*“ łączy jedynie nazwa wspólna. U nas bowiem konkurs jest tylko egzaminem na chorem. Pomijamy już, że dla lekarza, który przez szereg lat pracował mniej lub bardziej samodzielnie, musi być procedurą nader

przykra, a nawet poniżająca taki egzamin studencki, tembardziej, jeśli rolę sędziów odgrywają koledzy, których kompetencję egzaminowany nie zawsze uznać może (zdarzało się np., że kwalifikację okulisty oceniał i... akuszer). Ale i pod wielu innymi względami ten konkurs warszawski prowadzi do absurdu i, aby tego nie widzieć, trzeba bardzo mocno—zamykać oczy.

Wyobraźmy sobie np., że u chorego z cierpieniem nieco zawikłanym, jeden z kandydatów, obdarzony zmysłem bardziej spostrzegawczym, zrobił rozpoznanie zupełnie właściwe, ale inne niż areopag sędziów. Przecież zdania kilku lekarzy co do jednego i tego samego chorego różnić się mogą nawet bardzo znacznie, jak to bywa np. na konsyliach. W danym wypadku taka różnica w zdaniach pociąga za sobą odrazu—zły stopień: kandydat przepada.

Wprawdzie zwolennicy konkursu warszawskiego dla zaradzenia złemu proponują, aby na konkurs wybierani byli chorzy z rozpoznaniem niewątpliwym, t. j. przypadki proste, łatwe. Otóż środek ten, co do wspomnianej niedogodności niezaprzeczenie skuteczny, wywiera jednak działanie uboczne, wysoce szkodliwe dla całego ustroju konkursowego. Boć jest zupełnie rzeczą naturalną, że z owego grona współzawodników, jeśli nie wszyscy, to ogromna większość, zadanie swe rozwiążą trafnie, t. j. zrobią właściwe rozpoznanie i, co za tem idzie, rokowanie, wreszcie potrafią nakreślić plan leczenia. Przecież ci współzawodnicy mają za sobą już lat kilka lub więcej praktyki lekarskiej, więc co do jakiejś wykształconej i typowej postaci zapalenia płuc, gruźlicy, wady serca, wiału rdzenia i t. d. omylić się nie mogą. Jakież więc w takim razie pozostanie sprawdzian ich kwalifikacyi, jaki wskaźnik większego lu mniejszego udolnienia do posady ordynatora?

Oto, jak głosi punkt 9 proponowanych przez Gazetę Lekarską warunków konkursu, kandydat po zrobieniu rozpoznania ma „*wypowiedzieć krótki odczyt z wybranej dowolnie kwestyi, mającej wszakże związek z jednym ze zbadanych przypadków*“. Tu właśnie okazuje się w całej pełni owa „droga najsprawiedliwsza“, jaką ma przedstawiać taki konkurs. Kandydat, obdarzony darem słowa, pewną swadą profesorską, umiejący zręcznie przytoczyć parę odpowiednich ustępów z piśmiennictwa, zacytować jakąś pracę znanego autora, a jeszcze lepiej—którego z sędziów konkursowych, jednym słowem kandydat, mogący swem krasomówstwem i tanią erudycją nieco zaimponować sędziom, zdystansuje swych współzawodników bez żadnej trudności. Bo czyż może mu sprostać lekarz, nawet o wiele bardziej doświadczony, mający za sobą nawet wybitne zasługi na polu naukowym, jeśli macocha natura poskąpiła mu umiejętności „dobrego sprzedania się“. Kandydatom napoważniejszym, lecz nie umiejącym swych myśli przyoblec w piękne szaty krasomówcze, powiedzieć w tych warunkach należy: „*lasciate ogni speranza!*“

Wprawdzie w punkcie 16-tym jest dodatek: „*Przy ocenianiu kandydatów sędziowie powinni do pewnego stopnia (sic!) brać pod uwagę całą ich poprzednią działalność oraz ich prace naukowe*“.

Samo jednak zredagowanie tego dodatku wskazuje, że rolę główną w wyborze kandydata odgrywać ma tylko wynik egzaminu.

Z tego i z innych jeszcze, mniej nadających się do ogłaszania względów uważamy, że obsadzenie ordynatury drogą takiego właśnie konkursu jest najzupełniej niewłaściwym przeżytkiem, który szpitalnictwu całemu głęboką wyrządza krzywdę.

Za najracjonalniejszy uważamy konkurs w znaczeniu, jakie do terminu tego przywiązane jest zagranicą i w cesarstwie, t. j. bez żadnych egzaminów i odczytów. Nie profesorów szpital potrzebuje, lecz dzielnych pracowników! Zapewne, nawet na takim konkursie wybór się czasem okazać może niesprawiedliwym, ale będzie to wówczas tylko dowodem stronności sędziów, dowodem wypaczenia dobrej zasady przez złych wykonawców. Tymczasem w konkursie warszawskim sędziowie, nawet najlepszemi ożywieni chęciami, mogą być w błąd wprowadzeni wskutek samej istoty rzeczy.

KRONIKA BIEŻĄCA.



Dnia 1 kwietnia 1903 r.

—oh— Wobec stanowczego usunięcia się profesora Kosińskiego z zajmowanego dotąd stanowiska prezesa rady Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego powstaje wakanas na ten, niemało ważny, posterunek na polu naszej pracy społecznej. Tytuł prezesa W. T. H.—to nie jest jakieś czeże odznaczenie dla dygnitarzy-emerytów albo dekoracya dla arystokratów, pozorujących chęci czynnego udziału w życiu społecznem (a zawsze tylko na stanowiskach prezesów!). Prezes rady W. T. H. to nie słomiany reprezentant, ale człowiek czynu i ciężkiej, odpowiedzialnej pracy społecznej.

Zdawało by się, że szczęśliwym zbiegiem okoliczności w danej chwili nie będzie trudności w odnalezieniu odpowiedniego kandydata. Gdy w Towarzystwie Hygienicznym chodzi o pracę i inicjatywę—zapewne, że oczy wszystkich zwracają się w jednym kierunku—ku temu, co jest i twórcą instrukcyi i główną sprężyną jej życia, ale w chwili, gdy należałoby to uznać głośno i zbiorowo zaznaczyć, kogo się uważa za pierwszego pracownika... występuje na jaw nasza małoduszność i brak wyrobienia społecznego, a prywatna, osobiste sympaty i antypaty przy jej ogniu pieką swe pieczenie, zapominając o dobru sprawy. Jakżeby to wysunąć przed siebie kogoś nam równego, z kim się codzień spotyka, co tak samo je i pije i żyje, jak my. O tem że, pracował i pracuje wiele więcej, zapomina się odrazu.

To też, jak słychać, rozpoczęła się już robota zakulisowa, mająca na celu—uszanować godność osobistą członków W. T. H. przez oszczędzenie im potrzeby korzenia głów przed równym sobie—a środkiem po temu—ma być wybór na prezesa Towarzystwa Hygienicz-

nego jakiegoś hrabiego lub księcia; mniejsza o to, czy wie, co to higiena, czy nie wie, byleby raczył zająć to stanowisko.

Mieszczanstwo nasze, pomimo pierwszorzędną rolę, jaką odgrywa w naszym życiu społecznym i umysłowym, nie doszło dotąd do dojrzałości stanowej, ani nie wyrobiło sobie poczucia godności własnej, jako klasa. Złożyły się na to, zapewne, różne wpływy dziejowe: względna młodość naszego stanu trzeciego i brak własnych tradycji, dalej — mniej jednolity jego skład, niż mieszczaństwa innych narodów, względnie duża w nim domieszka potomków rodzin szlacheckich, którzy niechęć i nie mogą zapomnieć swego pochodzenia i manifestują je przy każdej sposobności. W każdym razie, nie ulega, zdaje się, kwestyi, że mieszczaństwo nasze nie jest jeszcze samodzielną jednostką składową narodu, nie ma ani ducha, własnego, ani wyrobionych ideałów i dążeń i co za tem idzie, nie posiada poczucia własnej godności.

Smutny ten rys rzuca się w oczy za każdym razem, gdy tylko nadarza się sposobność zbiorowego zaznaczenia swych przekonań.

Zwrócił na to uwagę niedawno p. Walery Gostomski w Kuryerze Warszawskim, a zgodnie z tym autorem — potępiła go i redakcja Kurjera Codziennego.

Wszystkie nasze Towarzystwa sportowe mają już swych hrabiów prezesów, miało też i Towarzystwo muzyczne; kto wie czy nie miały by Towarzystwa lekarskie i farmaceutyczne, gdyby na przeszkodzie nie stała ustawa. Kolej więc obecnie na Towarzystwo higieniczne, błędzące dotąd bez odpowiedniej głowy.

Genialnym autorem tego pomysłu radzimy przyjrzeć się bliżej działalności takich prezesów „świecących, jak mówi Kur. Cod., swą nieobecnością tam, gdzie kierownicy instytucji być powinni“; może wtedy opamiętają się, że dla osobistych stosunków narażają powagę instytucji, której nie można stawiać na równi ze sportem kołowym lub łyżwiarskim.

—z— Delegatami na zjazd w Madrycie ze strony Tow. lek. są kol. J. Pawiński i St. Kurtz, ten ostatni jest również delegatem naszego pisma.

—z— **Z kasy lekarzy.** W d. 21 marca odbyło się posiedzenie kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy, na którym zatwierdzono sprawozdanie Zarządu, który w całości wybrano ponownie.

Wniosek o utworzeniu kasy pogrzebowej przyjęto przez akklamację i upoważniono zarząd do opracowania w najkrótszym czasie projektu ustawy.

—z— Miejscowość Pieskowa Skała została nabyta przez grono osób w celu urządzenia w niej letniska wzorowego.

—z— Nestorem lekarzy współczesnych jest obecnie d-r Jan David w Montpelier, który dożył 103 roku życia. D-r David nie praktykuje oddawna, ale czuje się zdrow zupełnie, wzrok tylko ma nieco osłabiony.

—z— W Genewie 14 września odbędzie się zjazd przedstawicieli Towarzystw Czerwonego Krzyża w celu zreformowania niektórych przepisów co do rannych na wojnie.

—z— Jak donosi Lancet dżuma wygasła już w Egipcie zupełnie.

—z— Medical and Surgical Journal niedawno obchodziło 75-lecie wydawnictwa.

—z— W Austrii w 8 uniwersytetach jest obecnie 3113 studentów medycyny na 20,035 wszystkich studentów.

—z— Według pism angielskich, od działania X promieni zmarł d-r Bracher skutkiem rozlanego zapalenia skóry.

—z— Według Balneologische Centralzeitung, liczba osób wyjeżdżających do Baden-Baden spadła z 55.260 na 53.800, t. j. o 1400 osób, między niemi największą odsetkę nieobecności dali Anglicy, najmniejszą Rosjanie i Polacy. Nie bardzo pocieszające. Gorące odzwy powstrzymały zaledwie 25 osób od wyjazdu do Baden-Badenu; wszystkich Rosjan i Polaków było 1277 osób.

—kd— Kol. T. Łapiński został mianowany ordynatorem etatowym szpitala św. Jana Bożego, a kol. Wolberg—ordynatorem nadetatowym szpitala żydowskiego.

Z M A R L I.

D-r Jan Kahl dnia 15 marca r. b. w Warszawie, w wieku lat 52.

D-r Feliks Kraetschmar dnia 24 marca r. b. w wieku lat 65. Zmarły był rodem z Warszawy i przez długie lata pełnił obowiązki lekarza zakładu sierot i ubogich fundacji hr. Skarbka w Drohobyżu (w Galicyi),

Ogłoszenie.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych podaje do wiadomości, że z procentu od funduszu ofiarowanego przez d-ra Leona Mancewicza, udzielone będzie w r. 1903 wsparcie w kwocie rb. 103 kop. 42 jednej lub kilku niezamożnym zupełnie sierotom, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego, pozostałym po lekarzach cywilnych, które pobierają nauki w niższych lub średnich, rządowych lub prywatnych zakładach naukowych. W braku sierot odpowiadających wyżej wymienionym warunkom, wsparcie powyższe udzielone być może wdowie po lekarzu cywilnym obciążonej dziećmi, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego, pobierającymi nauki w wyżej wymienionych zakładach. Przy prośbie oprócz zwykłych poświadczeń 3-ch członków Kasy Wsparcia, dołączone być mają cenzury szkolne z ostatniego kwartału przed złożeniem podania, a nowostępujący składać winni poświadczenie zakładu naukowego o przyjęciu w poczet uczniów.