

# KRONIKA LEKARSKA

PISMO POŚWIĘCONE

## PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

SPIS RZECZY: *Prace oryginalne.* I. *Ciechomski.* Wł. Brodowski, biografia—str. 879. II. *D-r L. Rzeźniowski.* Podstawy psycho-fizyologicznej teorii histeryi (c. d.)—str. 883. III. *D-r H. Fidler.* Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gub. Radomskiej (c. d.)—str. 891.

IV. *Dział sprawozdawczy:* I. *Chirurgia.* 437. *Anschütz.* O rezekcyi wątroby—str. 901. II. *Choroby wener i skórne.* 438. *Dubielski.* Zapalenie sromu i pochwy u dzieci—str. 908. 439. *Miecznikow i Roux.* Szczepienie przymiotu małpom—str. 910. 440. *Munck.* Zmiany brodawek języka jako wczesny rozpoznawczy objaw szkarlatyny—str. 911. 441. *Reszelitto.* Czy plamisto-znieczulająca postać trądu jest zaraźliwa?—str. 912. III. *Wiadomości terapeutyczne:* od № 442—446—str. 913. IV. *Tow. Lek. Warsz.*—str. 915. *Kronika bieżąca*—str. 918. *Zmarli*—str. 920. *Ogłoszenia.*

Sommaire du Nr. 22. I. *Ciechomski.* Wł. Brodowski, biographie—p. 879. II. *D-r L. Rzeźniowski.* Sur la théorie psycho-physiologique de l'hystérie—p. 883. III. *D-r H. Fidler.* La tuberculose, les causes de son origine et les manières de se répandre en lumière des dernières explorations scientifiques et la statistique de tuberculose spécialement au gouvernement de Radom—p. 891.

## S. p. Włodzimierz Brodowski<sup>1)</sup>.

Odszedł nas jeden z najzasłużniejszych i najczcigodniejszych.

Do ostatnich lat życia nie opuszczał szeregu, nie rzucił pracy naukowej i społecznej. Swoją umysł bystry i głęboki, charakter prawy i nieugięty, uczucie czyste i gorące, całego siebie wprzął w służbę dobra powszechnego i pełnił tę służbę, długą, pracowitą, często niewdzięczną, zawsze bardzo trudną, aż do końca nieznużenie, gorliwie

<sup>1)</sup> Pod pierwszym wrażeniem skreśliliśmy w zeszłym zeszycie notatkę o śmierci Brodowskiego, dziś dajemy życiorys, napisany przez prof. Ciechanowskiego.

i wiernie, budząc wśród swoich cześć, wśród obcych i wrogów nawet szacunek, współczesnym świecąc przykładem, potomnym wzór do naśladowania zostawiając.

Zanim zasiadł na katedrze, z której przez lat trzydzieści pięć miało jego słowo kształcić szereg pokoleń, a jego zapał i gorąca miłość nauki przeszczepiać się w serca uwielbiającej go młodzieży, upłynął mu szereg lat w pracy nad sobą. Gdy rozpoczął działalność na szerszej, uniwersyteckiej arenie, był to już mąż dojrzały o sędziwym wytrawnym, wiedzy wszechstronnej i na własnych badaniach ugruntowanej, wypróbowanego hartu duszy, zasobny w doświadczenie życiowe, które jednak nie osłabiło jego serca i nie osłabiło szlachetnego pędu ku prawdzie i dobru. To też umiał on swych wychowanców zapalić do umiłowanej przez siebie nauki i do pracy dla społeczeństwa, a zarazem zyskawszy odrazu mir powszechny, umiarkować młodzieńcze uniesienia, chronić od błędów, poprowadzić drogą obowiązku i wyrobić na dzielnych obywateli. Na swym posterunku odrazu wysoko wznosił sztandar polskiej nauki, dzierżył go pewną zawsze ręką, nigdy i przed nieczem nie uchylił, uszanowanie dla niego wszystkim nakazać potrafił.

Urodzony na Litwie w r. 1823, w gimnazjum mińskim. Z Mińska udał się na studia lekarskie do Moskwy i ukończył je znakomicie w r. 1848, poczem wkrótce został mianowany asystentem kliniki położniczej. Na stanowisku tem jednak rok tylko pozostał; powraca do kraju i praktykuje kolejno w Białej Cerkwi, w Brusilowie i Łysiance. Nabawiwszy się wśród uciążliwych zajęć lekarza praktycznego ciężkiej choroby, rok przeleżeć musiał w Kijowie. W r. 1855 opuszcza kraj; żądza wiedzy, myśl o pracy na szerszej arenie ciągnie go na zachód, do Wiednia, potem do Würzburga i Paryża. Nie zaniedbując studyów klinicznych, pracuje głównie nad anatomią i histologią patologiczną, pod kierunkiem znakomitego Rokitansky'ego, potężniejszego właśnie Virchow'a i głośniego Robin'a. Powróciwszy do kraju, rok jeszcze spędza, jako lekarz praktyczny, na prowincyi; dopiero tworząca się właśnie akademii medyko-chirurgiczna jest przyczyną przesiedlenia się ś. p. Brodowskiego do Warszawy. Nie zaraz jednak otwierają się dla niego podwoje akademii; z początku, przyjąwszy posadę lekarza w szpitalu Ujazdowskim, musi ś. p. Brodowski sam starać się o konieczny materiał naukowy; skoro go jednak zyskał, wnet skupia się koło Niego grono kolegów, których dobrowolnie uczy i zyskuje coraz większe uznanie. W r. 1861 jednomyślna uchwała profesorów akademii powołuje ś. p. Brodowskiego na adjunkta anatomii patologicznej w Akademii. Rozpocząwszy wykłady w lutym

1862, pracuje odtąd ś. p. Brodowski na polu dydaktycznym bez przerwy aż do r. 1897, z nieznużoną gorliwością i niestygnącym zapalem. Z Akademii przechodzi do grona profesorów Szkoły Głównej, z niej zaś do Uniwersytetu; dzięki swej energii i zapobiegliwości zyskuje stosowniejsze pomieszczenie dla utworzonej przez siebie pracowni, wywala za nią środki, stara się skutecznie o stałych pomocników: prosektora i jego zastępcę. Zakłada i powiększa cenny zbiór preparatów patologicznych i umiejętnym rozkładem zajęć stawia nauczanie anatomii patologicznej na bardzo wysokim poziomie. Do pracowni jego garnie się chętnie i licznie młodzież lekarska, przejmując się od swojego Mistrza sumiennością i ścisłością w badaniach; prace wykonane z natchnienia i pod kierunkiem ś. p. Brodowskiego są do dziś ozdobą naszego piśmiennictwa. Z czasem staje się pracownia ś. p. Brodowskiego obok pracowni Czcigodnego prof. Hoyer'a jednym z głównych ognisk ruchu naukowego. Ci, którzy rozporządzają takim tylko warsztatem pracy, jaki sami zdołali sobie wytworzyć, nie zawiedli nadziei swych nauczycieli i za ich wzorem dzielą się swą wiedzą i doświadczeniem z młodszymi.

Ś. p. Brodowski był nie tylko zawsze chętnym i życzliwym doradcą, nie tylko do pracy zachęcał, ale i sam w niej przodował i przykładem przyświecał. Idąc ciągle równym krokiem z postępem wiedzy, wszelkie jej zdobycze szybko sobie przyswajał i własnymi badaniami sprawdzone i uzupełnione na swojski grunt przeszczepiał. Ogromnym swym doświadczeniem chętnie się dzielił; co roku przedstawiał Towarzystwu Lekarskiemu Warszawskiemu szereg cennych spostrzeżeń, a w każdej niemal rozprawie uczestniczył czynnie, dorzucając światło swe uwagi. Trwałą pamięć w historii piśmiennictwa polskiego zdobył sobie przedewszystkiem wielkim swem, z niezmierną stratą naszą nieukończonym dziełem, które miało objąć całą anatomię patologiczną. Początek dzieła wyszedł w r. 1860/1, a zaletą jego było, iż opierało się ono w każdym niemal szczególe na własnych badaniach autora. Zamyślał on jeszcze po ćwierćwiekowej pracy dydaktycznej o dokończeniu i udoskonaleniu wydawnictwa; zamiaru jednak tego dokonać już nie zdołał.

Oprócz tego ogłosił drukiem kilkadziesiąt rozpraw w różnych kwestiach, bądź to opisując rzadkie, a ważne spostrzeżenia, bądź też opracowując w całości pewne zagadnienia, jak sprawę marskości, zaniku ostrego i zwyrodnienia mięszzowego wątroby, limfomatów białaczkowych, powstawania tworów olbrzymich. W pracach tych złożył swoje poglądy, świadczące o samodzielności i świeżości pomysłów. Później obfitszej pracy piśmienniczej stanęły na przeszkodzie liczne

i zmusne zajęcia, związane ze stanowiskiem Dziekana Wydziału Lekarskiego.

Urząd ten powierzyli mu koledzy po raz pierwszy w r. 1869. Jak ten odpowiedzialny urząd spełniał, świadczy to, że oddawano mu go bez przerwy przez lat kilkanaście. Prof. Przewoski w jubileuszowym życiorysie ś. p. Brodowskiego przytacza szczegóły bardzo znamienne, dowodzące, jak niezmiernie ważną i pomyślną ze względu na młodzież uniwersytecką była ta ciągłość działania ś. p. Brodowskiego. Powagą, jaką u młodzieży posiadał, rozważne, szczerą życzliwością dla młodzieży, a gorącą troską o dobro społeczeństwa nacechowane kroki ś. p. Brodowskiego szacunek, jakim cieszył się On, uczyniły czas jego rządów w Wydziale Lekarskim niezapomnianym.

Niemniej ściśle i chlubnie, jak z dziejami uniwersytetu, związało się nazwisko ś. p. Brodowskiego z losami Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego, instytucji, wiekiem swym, zasługami i znaczeniem wyjątkowe u nas zajmującej stanowisko. Przez lat siedem obierało Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ś. p. Brodowskiego swoim prezesem, a potem przez lat kilkanaście piastował On w niem urząd najwyższy, wkładający niezmiernie ważne obowiązki, urząd sekretarza stałego. Jako sekretarz stały był ś. p. Brodowski niejako żywą tradycją, a zarazem duszą tej instytucji.

Wielkie zasługi położył ś. p. Brodowski w instytucjach dobroczynnych warszawskich; w najważniejszej z nich, w Warszawskim Towarzystwie Dobroczynności sprawował przez lat kilka rzędy naczelne.

Z otuchą w przyszłość i uczuciem pokrzepienia stwierdzić trzeba, że wielkie zasługi ś. p. Brodowskiego umiało społeczeństwo należycie ocenić i starało się w miarę sił swoich i panujących stosunków wyrazić za nie swą wdzięczność. Polskie Towarzystwa Lekarskie ofiarowały ś. p. Brodowskiemu najwyższe odznaczenie, godność członka honorowego. Wszechnica Jagiellońska z okazji swego 500-letniego jubileuszu mianowała go swym doktorem honorowym. Po dwudziestupięciu latach działalności profesorskiej składali Mu wszyscy lekarze polscy hołd czci i wdzięczności; w lat dziesięć później, gdy ku powszechnemu żalowi ustąpić musiał z katedry, jednoczyli się w uroczystem pożegnaniu uczniowie i koledzy, towarzystwa i instytucje naukowe i prasa lekarska polska.

Gdy 27 października b. r. rozeszła się wieść o śmierci ś. p. Brodowskiego, wszystkich lekarzy polskich równa okryła żałoba.

Bo był On nie tylko jednym z duchowych jakby ojców tego, co w wychowanych przez Niego pokoleniach lekarskich było najlepsze i najszlachetniejsze, ale był Tym, do którego biegły myśli ze czcią i przywiązaniem, z wdzięcznością za najważniejszy i najtrwalszy z plonów Jego pracy. Tym plonem to ów zastęp Jego uczniów, co przy Nim i od Niego nauczyli się pracować gorliwie i sumiennie, wpatrzyli się w wielkie zadania ogólne, wyszlachetnili swe dusze i dalej Jego dzieło poprowadzą, co staną w jego miejsce—na wyłomie.

*Ciechanowski.*

---

## II. PODSTAWY

# PSYCHO-FIZYOLOGICZNEJ TEORJI HISTERYI

jako wynik metod doświadczalnych badania klinicznego  
szkoły Salpêtriére.

Napisał

**L. Rzeznowski.**

(*Ciąg dalszy*).

Co do 2-go. Tym, których doktryna suggestyjna utrzymuje w przekonaniu, że dlatego *nie warto* zwracać baczniejszej uwagi na reakcje obwodowe histeryi, gdyż lada wyobrazenie lub wzruszenie jest w stanie łatwo zmienić postać tych reakcyj, przypominamy cośmy powiedzieli wyżej odnośnie do łatwej rzekomo zmienności wyobrażeń w histeryi. Dodajmy więc tylko, że rozumując w ten sposób doszlibyśmy wkrótce do przekonania, że histerya nie powinna mieć żadnej właściwej sobie t. j. charakteryzującej ją symptomatologii klinicznej. Tymczasem histerya jak miała tak i ma swoją symptomatologię kliniczną i przypominamy, że z własności objawów pozornie czysto fizyologicznych rozpoznawano często trafnie naturę cierpienia pierwej, zanim powstała psychofizyologiczna teoria histeryi. *Rozpoznanie* histeryi na podstawie jej objawów klinicznych jest i *dziś* wogóle *łatwiejsze i dostępniejsze*, gdyż znamiona psychologiczne są zazwyczaj więcej skryte,

wymagają dla poznania ich więcej czasu, a niekiedy ujawniają się dopiero za pomocą eksperymentacji psychologicznej, która nie dla każdego lekarza jest dostępna. Zresztą, czy psychologiczne czy też obwodowe objawy są więcej charakterystyczne i czy na podstawie tych lub tamtych możemy postawić rozpoznanie, zależy to w zupełności od rodzaju przypadku.

Wogóle wszakże kwestya stosunku symptomatologii obwodowej do tej specjalnej własności umysłowej, którą stanowi suggestyjność tych chorych wydaje nam się zanadto ważną praktycznie, abyśmy mogli uchylić się od obowiązku poświęcenia jej kilku uwag.

Zarzucono wszak Charcot'owi, że przez suggestyę mimowolną a może i dobrowolną otrzymywał u swych histeryków wyniki jakie chciał. Nie wiele zdaje się brakować, aby badaczowi tej miary, który dla poznania histeryi położył zasługi większe niż wszyscy jego poprzednicy i następcy razem wzięci, zarzucono w końcu, że histerya właściwie wcale nie istnieje, jest tylko wymysłem Charcot'a.

Pomijając całą niewłaściwość pretensyi uczenia czem jest lub jakie mogą być skutki suggestyi badacza, który psychofizyologiczne własności suggestyi wykrył i istotną ich przyczynę t. j. tło umysłowe histeryków naukowo zbadał, zapominają czy też nie chcą wiedzieć o tem oponenti, że właśnie *intelektualny charakter* anestezyi usystematyzowanej oraz wielu innych objawów obwodowych, a zatem *wynik starannego badania objawów klinicznych* histeryi, pozwolił Charcot'owi odróżnić naprzód anestezyę histeryczną od anestezyi organicznej, a jednocześnie naprowadził go na domysł zależności objawów somatycznych histeryi od sfery psychicznej, jak znowu kliniczne spostrzeżenie stałości znamion obwodowych histeryi zniewoliło go w innej sferze psychicznej nie zaś w sferze wyobrażeń szukać jej początku. I jak przedtem Charcot nauczył nas rozpoznawać histeryę z jej znamion somatycznych, tak następnie znów, dzięki doświadczeniom, które z dedukcyi jego klinicznych wypływały, dzięki więc Charcot'owi również, znamy dzisiaj dokładniejsze cechy rozpoznawcze histeryi, na jej znamionach psychologicznych oparte.

Jedno tylko przyjąć należy za prawdę, że jakkolwiek w pewnych okresach choroby, bardzo wrażliwych na suggestyę zewnętrzną histeryków zarówno jest trudno badać jak leczyć i w tych naturalnie przypadkach strzedz się należy wpływów mimowolnej heterosuggestyi, które mogą się wówczas odbijać i na objawach obwodowych, większość jednak histeryków, szczęściem dla nich, nieszczęściem dla t. zw. terapii suggestyjnej, nie dochodzi nigdy do tych nadmiernych stopni

suggestywności i dlatego jeśli lekarz będzie zawsze pamiętał, że objawy obwodowe są tylko reakcjami zjawisk psychologicznych, te zaś ostatnie w pewnych okresach choroby u historyków mogą być łatwo zmienne pod wpływem wrażeń zewnętrznych i jeśli stosownie do tego lekarz w przypadkach podobnych zachowa odpowiednie ostrożności, to nic zresztą nie staje na przeszkodzie do dokładnego badania klinicznego histeryi. Prawdą jest również, że jeśli historyk *przez czas dłuższy* podlega mniej więcej jednostajnym wpływom czy to swego otoczenia, czy swego lekarza, to ich wyobrażenia mogą się węd do pewnego stopnia przeszczepiać. Z praktycznych względów warto więc pamiętać, że jeśli te wyobrażenia są dla rekonstytucji osobowości korzystne, tem lepiej dla chorego, tem gorzej jednak, jeśli te wpływy są niekorzystne, bulwersujące umysł lub wogóle nieumiejętne. Praktyczną stąd dla lekarza wskazówką, że ma on *baczyc na psychologię* nie tylko swego chorego *lecz i jego otoczenia*, które jest w stanie psuć niekiedy całą pracę lekarza, niekiedy zaś mu pomagać.

Dopóki też dokładnej znajomości jednej i drugiej psychologii lekarz nie posiada, roztropność nakazuje mu pewną ostrożność i powściągliwość w zachowaniu. Osnuć jednak na spostrzeżeniach tego rodzaju wnioski ogólne i chcieć go gwałtem wmówić w ogół, że wyniki eksperymentacji na historykach, bez względu na warunki, w których były robione, nie są warte, gdyż każdy eksperymentator otrzyma u historyka, z racji jego suggestywności, takie wyniki (naturalnie przez suggestyę) jakie zechce i jak je sobie z góry wyobraża jest naprzód przecenianiem modyfikującego wpływu suggestyi zewnętrznej, a jako sąd o doświadczeniach dowodzi tylko ignorancji lub tendencyjnej złej woli. Kto bowiem eksperymentował ten wie, że u historyków otrzymują się często wyniki, o których ani eksperymentator, ani co więcej chorzy nie mogli mieć żadnego z góry powziętego wyobrażenia, gdyby zaś nasuwały się pod tym względem jakie podejrzenia to od czegoż są eksperymenty kontrolujące?

Wogóle są 2 rodzaje eksperymentacji: jeden, który Janet nazywał *expérimentation concentrée* ma za zadanie zgłębić do dna psychologicznego dany objaw u danego chorego. Wtedy też naturalnie badany znajdować się musi dłużej pod wpływem jednego eksperymentatora i należy się wówczas liczyć z możliwością wyżej wspomnianych wpływów suggestyi mimowolnej. Drugi zato rodzaj eksperymentacji t. zw. *expérimentation dispersée* stosuje się na osobnikach pochodzących ze sfer różnych, z pod różnych wpływów otoczenia i którzy tylko

przelotnie znajdują się pod wpływem jednego eksperymentatora, jak np. chorzy ambulatoryjni. Jeden rodzaj eksperymentacji służy, jak wspomnieliśmy, jako kontrola drugiego.

Co do 3-go. Co się na koniec tyjeze obawy pogorszenia histeryi przez zwrócenie uwagi chorego na jej objawy, to najprzód objawy te aż nadto często narzucają się same uwadze, a powtóre należy sobie przypomnieć nasze poprzednie obszernie dowodzenia o stosunku uwagi dowolnej do znamion resp. do przypadłości histeryi. Dodajmy więc tylko, że *ogólną zasadą psychicznego leczenia histeryi jest nie dystrakcyja umysłu, lecz uświadomienie choremu t. j. wprowadzenie napowrót w zakres jego świadomości osobistej oraz pod wpływ jego woli jako reakcyi osobistej tych wszystkich czy to elementarnych czy też złożonych zjawisk psychofizyologicznych, które z powodu podstawowej niemocy wyższej syntezy psychologicznej z pod władzy jej się wymknęły*. Da się zaś to osiągnąć przez zwrócenie naszej uwagi na przyczyny objawów, droga zaś do tego prowadzi częstokroć jedynie przez zwrócenie uwagi chorego na te przyczyny (rzecz tym razem drugorzędna, czy w zwykłym, czy też w sztucznie zmodyfikowanym stanie świadomości). Przypisać jednak należy, że trudno jest zwracać uwagę na przyczyny objawu nie zwracając jej na sam objaw. Wprawdzie czynna interwencyja lekarza może być niekiedy ograniczona i stanowić to może także pewien system psychoterapeutyczny zdać na wpływy zewnętrzne, zawsze mniej więcej przypadkowe, spełnienie tego zadania. Lecz ponieważ w doborze oraz kierowaniu temi wpływami zewnętrznymi mniej więcej przypadkowymi rola lekarza czynna musi być ograniczona, a częstokroć władza jego nad nimi prawie żadna, stąd system ten właściwie wtedy dopiero powinien być stosowany, skoro się przekonany, że nasz wpływ czynny na nie zgoła przydać się nie może.

Wogóle w kwestyi badania histeryków tyle tylko powiedzieć możemy, że o ile stanowi ono wstęp do leczenia, o tyle musi być dokładne i wszechstronne.

Według wymagań teoryi psychofizyologicznej badanie objawów obwodowych histeryi, właściwie zaś reakcyi obwodowych zjawisk psychologicznych powinno polegać nie tylko na dokładnem określeniu natury i stopnia samych tych reakcyj *ale na ocenie ich stosunku z jednej strony do wielkich czynności ustroju, z drugiej zaś do narządu świadomości t. j. mózgu*.

Co do 1-go. Czy objaw obwodowy histeryi zależy bezpośrednio od aprosexii, czy od najbardziej nawet skomplikowanychh wyobra-



zeń albo też od wzruszeń osobnika na mocy tego, że jest produktem dezagregacji psychologicznej to jest rozpadu zjawisk psychologicznych na ich elementarne pierwiastki zmanifestuje się na obwodzie pod postacią *zmian czucia i ruchu*<sup>1)</sup>. Pamiętajmy jednak, że jakkolwiek zmiany czucia i ruchu na obwodzie natury histerycznej są pod względem pochodzenia swego zjawiskami psychologicznymi, nie mniej przeto są to *zaburzenia czucia i ruchu realne*, które jako takie za pomocą odpowiednich przyrządów fizycznych mogą być kontrolowane i mierzone. Te zmiany czucia i ruchu histeryczne zależnie od różnych prawdopodobnie przyczyn, które też w każdym oddzielnym przypadku należy usiłować wykryć i naturę ich okroślić, lokalizując się różnie na obwodzie, w skórze, narządach innych zmysłów, mięśniach zewnętrznych, lub błonach i mięśniach narządów wewnętrznych. Wiemy, że różne narzędzia ustroju połączone są z sobą czyli zasocyowane funkcyjonalnie w narządy za pomocą systemów czucia i ruchu, czyli odruchów fizjologicznych. Regularne funkcyonowanie tych fizjologicznych odruchów zapewnia między innymi normalną funkcyjonalną sprawność narządu. Zmiany czucia i ruchu natury histerycznej jako nie mniej realne zmiany, nie mogą wprawdzie niweczyć odruchów fizjologicznych mających inne pochodzenie, lecz wchodząc w kolizję z nimi na obwodzie mogą powodować dysocjacje, fizjologicznych czynności w zakresie wszystkich prawie narządów, które nie tu miejsce rozbiierać szczegółowo. Tu jednak mamy obowiązek wykazać, że te dysocjacje funkcyj fizjologicznych pochodzenia histerycznego znajdują się niejednokrotnie w pośrednim tylko związku z pierwotem, t. j. bezpośrednimi przyczynami dysocjacji psychologicznej. A zatem dokładne badanie zaburzeń obwodowych w histeryi i z tego powodu jest potrzebne, abyśmy mogli odróżnić różne mechanizmy psychofizjologiczne a jak w tym razie nawet fizjologiczne jednakowych pozorów objawów histeryi w różnych przypadkach. Przykłady, jak sądzimy, lepiej to jeszcze objaśnią. Jeśli weźmiemy np. jakąś dyzestezyę (czyli t. zw. dawniej hyperestezyę) lub topoalgję histeryczną, myliłby się ktoby sądził, że mechanizm powstawania każdej dyzestezyi lub każdej algii histerycznej jest w każdym przypadku jednaki.

---

<sup>1)</sup> Są rozumie się i manifestacje wyrażające się na obwodzie w zaburzeniach naczynioruchowych, wydzielniczych i troficznyc. Co do tych ostatnich, szczególnie zaś co do zaburzeń w ogólnej przemianie materji, możemy powołać się tymczasowo na analogię z innymi chorobami umysłowymi, w których zaburzenia w przemianie materji konstatują również.

Ból histeryczny może mieć, niewątpliwie, swą bezpośrednią przyczynę psychologiczną. Jest on niekiedy, jak już wspominaliśmy, objawem w zjawiskach czuciowych fazy przejściowej poprzedzającej anastezję, lub może być skutkiem nadmiernego rozwoju, jakiejś szczególnej sensacji, która przypadkowo w chwili shoku wzruszeniowego zaszczerpiła się, rozwinęła i zrealizowała; może być nadmiernym rozwojem wskrzeszonego wspomnienia wrażenia bólu, którego przecież każdy z nas kiedyś doświadczył, a które w konkretnym przypadku mogło się skojarzyć z wyobrażeniami o jakiejś zwykle z bólami przebiegającej chorobie, jeśli takie wyobrażenia rozwinęły się patologicznie i zrealizowały na obwodzie w objawach naśladowujących rzeczoną chorobę. Lecz ból histeryczny może mieć prócz tego czysto fizyologiczną bezpośrednią przyczynę swą na obwodzie, może być następstwem skurezu naczyń lub kontraktur mięśni gładkich lub prążkowanych i ból taki, nawet bez oddziaływania na pierwotną przyczynę psychologiczną, może być usunięty za pomocą zwykłych środków fizycznych działających na obwód jak masaż, ciepło i t. p. Prosimy wziąć pod uwagę, że kurcz naczyń, czy mięśni jest następstwem wzruszeń, wyobrażeń i t. p. czyli *na razie nieznanym* nam *przyczyn psychologicznych* jak również *nieznanym* nam *przyczyn takiej a nie innej lokalizacji bólu*. Ból zatem pośrednio również ma źródło psychologiczne, lecz *bezpośrednia jego przyczyna jest* w tym razie *obwodowa*. Podobnie np. wymioty. Ogół, którego doktryna suggestyjna nie nauczyła odróżniać pierwotnych czyli istotnie objawotwórczych wyobrażeń i wzruszeń, od wyobrażeń i wzruszeń wtórnych t. j. pochodzących od już zrealizowanych objawów, a na postrzeganie i interpretację których histeryk w swym automatyzmie częściowym ma przecież otwartą część swej świadomości, ogół, powtarzamy, myli się stale przypuszczając, że jeśli histeryk wymiotuje to zawsze jedynie z tej racji, że ma na myśli wymioty. Niekiedy może tak być istotnie. Wiadomo, że widok wymiotów może powodować wymioty. Jest to wszakże dopiero jeden, lecz bynajmniej nie jedyny psychofizyologiczny mechanizm wymiotów histerycznych: Histeryk może nas zapewnić, że wcale nie myśli o wymiotach a mimo to wymiotuje. I powinniśmy mu wierzyć. Być może bowiem, że bezpośrednią przyczyną wymiotów jest niespokojące świadomość zwykłą wzruszenie obrzydzenia, zależne od całkowicie *podświadomego* rozwoju pewnego wyobrażenia z obrzydzeniem skojarzonego. Wyobrażenie to może pozostawać dla chorego nieświadome, wzruszenie zaś obrzydzenia mogło skojarzyć się przypadkowo z zapachem, smakiem lub widokiem podawanych pokarmów lub leków i powoduje wymioty. Te ostatnie mogą

też być następstwem podświadomego delirium z ideami samobójczymi, z anorexia mentalis i t. d. i t. d. Lecz wymiety histeryczne mogą też być bezpośredni następstwem różnych rodzajów przyczyn obwodowych, z których wymienimy np. kurez, lub porażenia górnej części przewodu pokarmowego lub wpustu żołądka, lub asynergią na tle spastycznym albo paralitycznym ruchów mięśni oddechowych i przepony, lub pokryw brzusznych. I tylko badanie staranne objawów obwodowych histeryi odkryć nam może istotną bezpośrednią przyczynę, w każdym danym przypadku odmienną, pozornie jednakowych objawów. To też na podstawie takich właśnie badań podaliśmy wyżej, że niektóre z objawów klinicznych histeryi mogą też mieć bezpośrednią przyczynę obwodową.

Co do 2-go. Wyrażone wyżej wymaganie odnoszenia objawów histeryi do narządu świadomości, za który przywykliśmy uznawać korę mózgową, ma przedewszystkiem na celu przypominać nieustannie lekarzowi, że gdy tenże mówi o zjawiskach psychologicznych resp. zjawiskach świadomości, to znaczy to samo, jakby mówił o funkcjach kory mózgowej, które służą za podścielisko anatomiczne tych zjawisk. To też ile razy wspominaliśmy o osłabieniu wyższej syntezy psychologicznej prowadzącej do dysocjacji zjawisk psychologicznych złożonych i do wyemancypowania z pod jej władzy czyli zautomatyzowania prostych lub złożonych jednostek psychologicznych, znaczyło to samo, jakbyśmy wyrażali, tylko innemi wyrazami, pewnego rodzaju odrętwienie funkcyjne tych części czy tych aparatów kory, które stanowią podkład anatomiczny normalnej funkcji kory zabezpieczając tem samem normalne mniej więcej asocjacje psychologiczne, lub jak gdybyśmy mówili o wyemancypowaniu i działaniu na własną rękę pewnych *funkcyjnych* ośrodków korowych. Nie mamy tu zamiaru rozbić bliżej hipotez odnoszących się do określenia bardziej szczegółowej lokalizacji anatomicznej histeryi w tych lub owych ośrodkach funkcyjnych korowych, ta ogólna lokalizacja niechaj na teraz wystarczy. Zwracamy jednak uwagę na jedną okoliczność. Wspominaliśmy przed chwilą, że od pierwotnej dysocjacji psychologicznej w histeryi zależną jest na obwodzie dysocjacja wielkich fizyologicznych czynności ustroju. W danej znów chwili wyrażamy stosunek zależności dysocjacji psychologicznej od narządu świadomości, jako pewien rodzaj odrętwienia funkcyjnego pewnych części kory i wyemancypowania w skutku tego pewnych ośrodków funkcyjnych. Logicznie prosty stąd chyba wniosek, że *zaburzenia obwodowe w histeryi odpowiadają pewnym zaburzeniom czynnościowym korowym.*

Zwrócenie uwagi na zależność zjawisk dysocjacji psychologicznej od pewnych specjalnych zaburzeń funkcyjnych kory mózgowej ma też tę praktyczną doniosłość, że tłumaczy nam *jeszcze jeden sposób działania na psyche* polegający na oddziaływaniu na psyche za pośrednictwem fizyologicznego działania na korę mózgową. Jeśli więc zastosujemy środki o wybitnych i określonych własnościach fizyologicznych, zmieniające bądź ciśnienie krwi, bądź poprawiające chemizm krwi, a stąd będące w możności zmienić korzystnie własności odżywczego materiału komórek mózgowych, lub też środki ogólnie wzmacniające z działu t. zw. roborantia, to możemy też i na tej drodze otrzymać *dotądnie skutki psychiczne* w histeryi, gdyż, jak wzmiankowaliśmy już wyżej, leczenie histeryi, jako choroby psychologicznej, musi być zawsze obliczone na wywarcie dodatniego wpływu psychologicznego, na zbliżenie się do równowagi psychologicznej, tylko, że *sposoby* do osiągnięcia tego celu są różne.

Zapamiętajmy więc obecnie, że jeśli ten ostatnio wymieniony fizyologiczny (resp. fizyczno-chemiczny) sposób działania uważany był niegdyś w medycynie za jedyny sposób oddziaływania na psyche; to w paru ostatnich lat dziesiątkach przybył do niego jeszcze inny „nowy sposób“ leczenia, czysto psychiczny i jako taki rozporządzający również *różnemi sposobami*. A ponieważ eksperymentacja dowiodła, że za pomocą tego sposobu dojść możemy niekiedy również do osiągnięcia równowagi psychicznej, a jak w histeryi i do wyrównania zaburzeń funkcyj na obwodzie, które, jak dziś wiadomo, są w tej chorobie tylko reakcjami obwodowymi zjawisk psychologicznych, znaczy to, że niekiedy za pomocą nowego sposobu leczenia czysto psychicznego czyli t. zw. psychoterapii w obszernem tego słowa znaczeniu, przez *uregulowanie bodźca funkcyjnego* resp. funkcyj psychicznej osiągnąć możemy podobnie jak za pomocą środków fizyczno-chemicznych wyrównanie funkcyj korowych resp. tych zaburzeń odżywczych komórek kory, które podstawę zaburzeń stanowią.

Oddziaływanie na narządy fizyologiczne ustroju za pomocą regulowania ich bodźca funkcyjnego nie należy w medycynie do żadnych nowości. Różnica polega tylko na tem, że regulowanie tak skomplikowanej czynności, jaką jest funkcyj psychiczna, przedstawia prawdopodobnie zadanie o wiele trudniejsze, niż regulowanie choćby funkcyj przewodu pokarmowego to też mamy prawo wymagać dziś od lekarza, który się takiego zdania podejmuje, aby starał się zapoznać pierwiej z mechanizmami psychicznymi w całej ich rozciągłości i nauczył się w jakich granicach funkcyjowanie ich należy uważać raz za prawidłowe czyli normalne, innym razem za nieprawidłowe czyli

za nienormalne w stosunku do całości psyche. Ale wróćmy do sposobów działania na psyche w histeryi i powiedzmy ogólnie, że przewaga w wyborze jednego, zatem fizyologicznego lub drugiego a więc psychologicznego sposobu leczenia jest całkiem zależną od warunków powstawania i istnienia czyli od wymagań danego przypadku. Połączenie jednego i drugiego sposobu czyli *system psychologicznej i fizyologicznej terapii* stanowić musi przynajmniej do pewnego czasu i stanowi też najpospoliej dziś stosowany system leczenia histeryi. Dodać jednak powinniśmy, że system leczenia histeryi wyłącznie fizyologiczny bez uwzględnienia odpowiednich warunków psychicznych nie może osiągnąć celu. (D. c. n.)

---

### III. GRUŻLICA,

przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych oraz statystyka gruźlicy, dotycząca przeważnie gubernii Radomskiej.

---

Odczyt, wypowiedziany na pierwszym posiedzeniu Radomskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 13 grudnia 1902 r.

przez

**D-ra Henryka Fidlera.**

---

(Ciąg dalszy).

c) *Małżeństwo i ciąża.* Z kolei rzeczy zastanowić się wypada nad pytaniem: o ile małżeństwo wpływa na szerzenie się gruźlicy. W tym względzie rozróżnić należy następujące okoliczności: 1) czy sam fakt zawarcia małżeństwa grozi niebezpieczeństwem osobnikowi, który cierpiał na gruźlicę już przed ślubem, 2) czy stan suchot jednego współmałżonka może się pogorszyć wskutek małżeństwa i skutków z takowego, 3) o ile zdrowy współmałżonek podlega niebezpie-

czeństwu zarażenia, jeżeli drugi już przed ślubem cierpiał na gruźlicę lub ją nabył w czasie pożycia małżeńskiego.

Ad 1-um. Zmienione warunki bytu żeniącego się mężczyzny, większa systematyczność życia, opieka, wstrzymywanie się od nadużyć, siedzenie w domu mogą korzystniej oddziaływać na przebieg gruźlicy u mężczyzny. Potwierdzają to (Daremborg, Fonsagrives, Wolff, Pentzoldt i Stintzing, von Ysendych, Cornet, Kürchner, Fürbringer, Jacob i Pannwitz. Jeżeli zaś osobnik (mężczyzna) gruźlicy nadużywa stosunków płciowych w małżeństwie, to niewątpliwie stan jego pogorszyć się może wskutek wynikającego osłabienia organizmu (Jacob i Pannwitz, Gerhardt). Oprócz tego może wystąpić, jak to już dawniej stwierdził Virchow, ostra gruźlica gruczołu krokowego. Wypadki to jednak są rzadkie. Jak statystyki stwierdzają, gruźlica narządów moczopłciowych jest wogóle niezczęstym zjawiskiem. Tak np. Rosenstern znalazł ją raz w 1 przypadku na 94 gruźliczych, innym razem wprawdzie 91 razy na 503 gruźliczych. Thorn w statystyce drezdeńskiej podaje 5%, Wölflin (z Engadin 1899 r.) 5%, Posner z instytutu anatomopatologicznego w Berlinie 30%. Nellten na 499 gruźlicy 25 razy cierpiał narządy moczopłciowe, co stanowi 5,8%, Heiberg na 2858 sekcji znalazł gruźlicę narządów moczopłciowych 84 razy (3%), a w tem 52 razy u mężczyzn (64% z przypadkiem gruźlicy moczopłciowej, a z ogólnej liczby tak zwanych w 2%).

Ad 2 um. Na drugie pytanie odpowiedź daje przebieg gruźlicy u kobiet zamężnych, ewentualnie zachodzących w ciążę. Do połowy przeszłego wieku przeważało zdanie, że ciąża wstrzymuje rozwój suchot płucnych. Dopiero badanie z ostatnich dwudziestu lat zeszłego wieku dowiodły, że ciąża wpływa bardzo niekorzystnie na przebieg suchot płucnych.

Już w normalnych warunkach ciąża wywołuje takie zaburzenia w ustroju kobiecym, które, według Leyden'a, winny być zaliczone do kategorii zjawisk patologicznych. A mianowicie: zmienia się skład krwi, występują przyływy krwi do głowy, a wskutek tego tworzą się na wewnętrznej powierzchni czaszki nowotwory kostne w postaci nieregularnych blaszek, osteophyty. Zmienia się położenie serca, kanał pokarmowy funkcjonuje nieprawidłowo (wymioty, zaparcie). Wobec tego sprawa w płucach, która już dawno była w stanie spokoju, wybucha na nowo.

Statystyka dowodzi, że suchoty przebiegają wolno w pierwszych 3—4 miesiący ciąży, w ostatnich zaś postępują bardzo szybko. Szczególniej niebezpieczną jest ciąża dla tych kobiet, które zachodzą w nią

w okresie rozpadowym. U nich w pierwszych miesiącach występuje często poronienie. Grisolle w 1850 r. stwierdził, że z 27 kobiet, które cierpiały na gruźlicę przed ciążą lub zapadły na nią podczas ciąży, 12 żyło po urodzeniu dziecka 4 miesiące. (U tych gruźlica była w 2 lub 3 okresie). Z 10 kobiet, u których w czasie porodu były nieznaczne zmiany gruźlicze, w 3 przypadkach stwierdzono szerzenie się sprawy, zaś w 2 wybitne pogorszenie.

Lebert znalazł, że z 25 kobiet, które miały gruźlicę podczas porodu, 75% zmarło w przeciągu 1 roku.

Virchow wykazał, że bezpośrednio poprzednio rozwija się endometritis tbc. Stwierdzają to spostrzeżenia Friedleben'a, Dubreuilh'a, Meyer'a, Gochard'a, Daremberg'a, Reibmayr'a, Riffel'a, Herard'a, Cornil'a, Pinard'a, Ribemont'a, Sabourin'a, a z najnowszych Yssendyck'a, Jacoba i Pannwitz'a, Turban'a, Rumpf'a.

Yssendyck w swej pracy wykazał, że ciąża jest niebezpieczna nie tylko dla gruźliczych już kobiet, lecz i dla tych, które mają usposobienie do gruźlicy. A mianowicie: z 26 kobiet u 21 albo powstała gruźlica podczas położu, albo też pogorszyła się istniejąca, w 3-ch przypadkach wywołało karmienie ją, w 2-ch sama ciąża. Były to kobiety pomiędzy 20—30 r. życia. 54% kobiet zmarło w przeciągu 1—2 lat po porodzie. Yssendyck przychodzi do wniosku, że rokowanie jest złem w tych przypadkach, gdy gruźlica powstaje w początkach ciąży lub gdy wybucha na nowo. Tymczasem u kobiet, u których gruźlica od lat wielu nie okazuje skłonności do szerzenia się, jak gdyby sprawa gruźlicza była zablźniona, ciąża może przebiegać szczęśliwie i dla matki i dla dziecka. Turban i Rumpf twierdzą, iż w 18 przypadkach, leczących się w ich uzdrowisku, gruźlica wystąpiła bezpośrednio po zajściu w ciążę, po położu lub karmieniu. Statystyka Jacob'a i Pannwitz'a poucza: z 337 kobiet u 84 (25%) pierwsze objawy gruźlicy lub też pogorszenie istniejącej występowało w ciąży lub po porodzie. Z tych w 21 przypadkach w czasie pierwszej ciąży lub niedługo po urodzeniu pierwszego dziecka, w 8 po kilku porodach, w 5 gruźlica już istniała przed ciążą, w 1 pogorszyła się po poronieniu. W 50 przypadkach pozostałych kobiety miały dość sposobności do zarażenia się gruźlicą, lecz takowa występowała dopiero po porodach.

A więc z powyższego wynika, że kobiety z jawną lub utajoną gruźlicą są narażone bardziej na pogorszenie się sprawy gruźliczej lub też ponowny wybuch wskutek małżeństwa, aniżeli mężczyźni.

Ad 3-m. Jakie niebezpieczeństwo grozi zdrowemu współmałżonkowi, gdy drugi był dotknięty gruźlicą bezpośrednio przed ożenieniem się lub nabył takową podczas pożycia małżeńskiego? Faktem jest, że gruźlica przenosi się z jednego małżonka na drugiego i to tem łatwiej, im gorsze są warunki, w których małżonkowie żyją. Możliwe to jest 1) przy bliższem obcowaniu np. podczas stosunku, 2) wskutek dotykania przedmiotów zakażonych przez chorego małżonka. Częściej jednak zapadają żony, gdyż mężowie podczas choroby żony rzadziej przebywają w domu (wychodząc na zarobkowanie). Zaś przeciwnie żony wrazie choroby męża sprzątające, skurczające, i t. p. stykają się częściej z wydzielinami chorego. W dodatku ciąża, poród i karmienie mogą osłabić ustrój żony i uczynić ją mniej odporną na zakażenie.

H. Weber (Londyn) zestawił 68 przypadków, w których zawarto śluby ze zdrowymi osobnikami już po wystąpieniu pierwszych objawów suchot płucnych. W tem było 39 mężczyzn i 29 kobiet. Od 29 kobiet zaraziło się mało mężów, zaś z 39 mężów 9-u straciło 18 żon na skutek gruźlicy. A mianowicie: 1 stracił 4 żony, 1—3 żony, 4-ch po dwie i 3 po jednej. Po największej części gruźlica u żon przebiegała bardzo szybko. Umierały one najczęściej w przeciągu 1 roku; najdłużej żyły 18 miesięcy. Z badań czynionych przez British Medical Association okazało się, że gruźlicę u małżonków stwierdzono w 158 przypadkach, z których 119 razy (75%) nastąpiło zarażenie żony przez męża. Z badań komisji i zjazdu wewnętrznej medycyny w Berlinie w latach 80-tych wynika, że znaleziono gruźlicę w 23 przypadkach u obojga małżonków, z tego 11 razy mąż zaraził żonę, 12 razy żona męża. Brehmer z pośród 159 małżeństw stwierdził suchoty u obydwójga małżonków w 12% przypadków. Ha u p t z pośród 260 małżeństw również w 12%. Cornet z pośród 594 małżeństw wśród niezamożnej ludności w 23% przypadków. Riffel zebrał pracowicie dane z pewnej miejscowości, zamieszkaney przez 1200 mieszkańców, o członkach rodzin, które w przeciągu ostatnich 200 lat żyły, lub o potomkach tychże w obecnej chwili. Zbadał tym sposobem 716 rodzin, wśród których 183, a więc 25,56% była gruźlica. W tych 183 rodzinach były suchoty albo u obojga małżonków, lub u jednego z nich. Wynik był następujący, iż 31 razy chorował mąż (17%), 60 razy żona (32,8%) i 19 razy oboje (10,4%). W nowszych czasach sprawą tą zajmował się Elsässer. Zebrał on wiadomości o 932 osobach, z zawodu górników. Wśród nich u 380 gruźlica była niewątpliwą przyczyną śmierci lub też takową stwierdzono na żyjących. Przecięciowo co 2-gi lub 3-ci członek rodziny cierpiał na gruźlicę 226 razy w 185 rodzinach znajdowano gruźlicę.



Z tego 152 małżeństw gruźliczych, 33 razy małżonkowie nie byli nią dotknięci. Elsässer wyprowadza wniosek następujący, iż w małżeństwach 45% mężów naraża się na zarażenie się od chorych żon, zaś 55% żon od chorych mężów.

Jacob i Pannwitz zebrali bardzo duży materiał statystyczny. Obejmuje on 1550 małżeństw, z tego w 1119 przypadkach był chory mąż, w 290 żona, a w 131 oboje małżonkowie. W przypadkach ostatniej kategorii 69 razy wcześniej chorował mąż, 62 razy żona. Ze 142 przypadków, w których mąż był chory przed ślubem, żona pomimo tego pozostała zdrową 133 razy. Tylko w 9 przypadkach żona zapadła na gruźlicę prędzej lub później po zamążpójściu 224 przypadków, w których żona była chora przed ślubem. 15 razy mąż pozostał zdrowy, zaś 9 razy zachorował po ożenieniu się. W 9-ciu przypadkach 1-szej kategorii, w których żona nabyła suchoty od męża w krótkim czasie po zamążpójściu, uderza ta okoliczność, że choroba powstała nie w pierwszym roku po ślubie, lecz w drugim, gdy odporność się zmniejszyła po ciąży, porodzie i karmieniu.

W wymienionych wyżej 131 małżeństwach, w których oboje małżonkowie byli chorzy, nie zawsze następowało wzajemne zarażenie się, gdyż działały tu inne okoliczności, a mianowicie poprzedzające choroby. Po bliższym zbadaniu sprawy okazało się, że w 58 przypadkach, w których żona zachorowała wcześniej od męża, tylko w 10 przypadkach nie można wykryć innej przyczyny choroby męża, jak zakażenie przez żonę. Mąż pielęgnował żonę dłuższy lub krótszy czas przed śmiercią. W 14 innych przypadkach żona umarła na 3 lata, a w jednym nawet na 25 lat przed pojawieniem się pierwszych objawów u męża. Z 69 przypadków, w których mąż zachorował wcześniej od żony, w 42 nie można znaleźć innej przyczyny choroby żony, jak zakażenie od męża. Tylko u 27 były inne powody: w 7 poród niedługo przed wystąpieniem pierwszych objawów suchot, w 7 inne poprzedzające choroby, w 4 obcowanie z gruźliczymi w dzieciństwie, w 2 zawód (tkaczki i robotnice cygar). W pozostałych 7 mąż umarł na 3 lata przed chorobą żony.

Z zestawienia powyższego wypadła, co następuje: 1) jeżeli się żeni gruźliczy mężczyzna ze zdrową kobietą, lub jeżeli tenże wcześniej zapadł na gruźlicę podczas pożycia małżeńskiego, to żona nabywa gruźlicę od męża już po kilku miesiącach lub latach, szczególnie, gdy zachodzi w ciążę, lub też po porodzie.

2) Jeżeli kobieta, wychodząc za mąż, cierpi na gruźlicę lub ją nabywa przed zachorowaniem męża, to mąż tylko wtedy się zaraża, jeśli gruźlica u żony przebiega ostro lub kończy się śmiercią żony.

W licznych zaś przypadkach, w których mąż nabywa gruźlicę później aniżeli żona, szukać trzeba innych powodów (np. rodzaj zajęcia).

3) Narząd moczopłciowy zdrowego współmałżonka może być zagrożony zakażeniem ze strony chorego zarówno u mężczyzn, jak i u kobiet. Zarażenie może nastąpić *intra coitum* (co jest niezmiernie rzadkiem zjawiskiem wogóle), gdy lasecznik gruźliczy wraz z nasieniem chorego na gruźlicę jąder przedostaje się do pochwy lub też odwrotnie—przy gruźlicy pochwy, lub też lasecznik gruźliczy może być przeniesiony przy pomocy różnych przedmiotów na narządy płciowe (palec chorego, bielizny, narzędzi). Niema jednak niezbitych dowodów stwierdzających powyższy sposób przeniesienia zakażenia. Gdy suchotnica zajdzie w ciążę, gdy jednocześnie stwierdzić można, że sprawa gruźlicza się pogarsza, możemy sobie zadać pytanie, czy wywołać poronienie, czy też nie. Otóż, zdania są podzielone w tej mierze. Gerhardt radzi, by uskutecznić poronienie, skoro zwiększa się osłabienie ciężarnej, a sprawa w płucach się szerzy. Widział, podobno, pomyślny wpływ tego zabiegu na stan matki, a nieraz zawdzięcza temu uratowanie życia chorej. Tego samego zdania są Kaminer i Maragliano. Kaminer ogłasza następujące wyniki po dokonanych przez siebie poronieniach: w 30% przypadków pogorszenie stanu chorej, w 11% śmierć, w 70% zaś udawało się powstrzymać rozwój choroby. Tymczasem Gusserow twierdzi, iż poronienie jest również niebezpieczne dla chorej, jak i samo cierpienie, i ostrzega przed jego wykonywaniem. Słuszniejszą więc będzie rzeczą, dowierając doświadczeniu Gusserow'a, nie wwoływać poronień. Unikać tylko by należało zapłodnienia suchotnic.

d) *Uraz a gruźlica płucne*. Ważną rzeczą dla nas jako rzeczoznawców sądowych jest określenie związku pomiędzy urazem a powstawaniem gruźlicy wogóle, a w szczególności gruźlicy płuc. Mowa tu być może tylko o wytworzeniu się w narządach usposobienia do przyjęcia lasecznika gruźliczego, ewentualnie dogodnych do jego rozwoju warunków. Kontagioniści, jak Cornet, zapatrują się w sposób następujący na tę sprawę. A mianowicie, że uraz działający bezpośrednio lub *par contre-coup* na zserowaciałe gruczoły oskrzelowe lub już istniejące ogniska w płucach może spowodować przedostawanie się laseczników gruźliczych do płuc lub innych narządów, jeśli w tym ostatnim przypadku lasecznik gruźliczy przedostanie się do krwi. Laseczniki przedewszystkiem osiedlają się tam, gdzie skutek pęknięcia naczynia utworzyło się wolne przejście.

Zaś błędem jest mniemanie, jakoby lasecznik mógł istnieć we krwi długo i czyhać na sposobność wytworzoną przez uraz, aby się

móŜz osiedlić gdziekolwiek. Takiego są równieŜ zdania: Mendelsohn, Guder, Grawitz i z najnowszych badaczy Reinert. Sokółowski twierdzi, iŜ nie da się wykazać ze ściŝością naukową, bezpoŝredni etyologiczny związek pomiędy urazem klatki piersiowej, a gruŜlicą powstałą w następstwie. Albowiem, wedlug zdania tego autora, w większoŝci przypadków uraz dołączył się do istniejącej i rozwijającej się powoli gruŜlicy. W pewnej, bardzo wreszcie, nielicznej grupie przypadków moŜnaby przypuŝcić ściŝlejszy związek pomiędy urazem a rozwiniętymi w następstwie suchotami, a to w ten sposób, iŜ wywołane przez uraz naruszenie całości płuc u osobników do tego usposobionych, a szczególniej pozostających w nieodpowiednich warunkach, moŜe wywołać następcze zapalenie chroniczne płuc natury gruŜliczej. W tych więc wyjątkowych przypadkach, w których wszelkie uprzednie cierpienie gruŜlicze płuc da się wykluczyć stanowczo (co, ściŝle mówiąc w dzisiejszym stanie nauki, jest prawdziwym niepodobieństwem), moŜe być mowa tylko o pewnym warunkowanym związku pomiędy urazem a następczą gruŜlicą. Lecz z drugiej strony uraz niewątpliwie wpływa na pogorszenie gruŜlicy.

Trudno sądzić o tem, jak często występują suchoty płucne po doznanym urazie. Stern w sprawozdaniu komisji sanitarnej wojsk, mianowicie na wojnie 1870—71 r. pisze, ŝe z 384 przypadków obrażeń klatki piersiowej tylko w 17 przypadkach rozwinęły się suchoty, zaś z poŝród 340 ŝołnierzy uwolnionych podczas wojny z powodu suchot tylko w 8 przypadkach moŜna było stwierdzić uraz jako przyczynę. Jacob i Pannwitz w swej statystyce podają, iŜ z 3295 chorych 33 z wszelką pewnoŝcią utrzymywało, iŜ suchoty się rozwinęły bezpoŝrednio po urazie klatki piersiowej. Z tych u 9 wystąpiło po urazie krwioplucie, u 10 innych pierwsze objawy gruŜlicy płuc stwierdził lekarz w 6 do 8 mieŝcy po wypadku. Badano równieŜ, czy inne czynniki nie wpływały na powstawanie suchot, i stwierdzono, ŝe w 13 przypadkach czynniki te w istocie wpływać mogły. U 3 w rodzinie byli suchotnicy, 5 mieszkało z suchotnikami bezpoŝrednio przed lub w czasie wypadku, 1 w dzieciństwie cierpiało na ŝoły, 1 podczas wypadku cierpiało na zaziębienie, 1 na reumatyzm, 1 pracował w zapyłonej, źle wentylowanej fabryce. Odjąwszy te przypadki, w których chorzy obcowali z gruŜliczym w czasie wypadku, i tych, którzy cierpieli na inne choroby lub pracowali w złych warunkach, otrzymamy 20 przypadków, w których uraz naleŜy przyjąć jako jedyną przyczynę powstania gruŜlicy płucnej. To jako tyczy się cierpienia stawów i krwi. PowyŜsza liczba stanowi 0,6% przypadków gruŜlicy w praktyce Jacob'a i Pannwitz'a.

Stojąc na stanowisku ściśle bakteryologicznem, przyjąć jednak należy, jak to wreszcie twierdzą i kontagioniści, iż uszkodzenie narządu stwarza warunki pomyślne do osiedlania się i rozwoju lasecznika gruźliczego. Jeśli więc płuca były uszkodzone, to tem większe jest prawdopodobieństwo powstania suchot płucnych. Albowiem wylew krwawy stanowi bardzo dobre podłoże dla rozwoju lasecznika gruźliczego. Dawniejsze wreszcie prace Gluzińskiego wykazały, iż po wylewie krwawym do płuc następuje w pęcherzykach złuszczenie się nabłonka. Sprawa ta może również wpływać na wytworzenie pomyślnych warunków do osiedlenia się zarazka. Wybitni klinicyści twierdzą, że nawet po umiarkowanym krwiopłuciu gruźlica szerzy się szybko, a Stüller i Kraus stwierdzili doświadczalnie, że, jeśli po uszkodzeniu płuc zwierzęcia zmusza, je do oddychania powietrzem zawierającym laseczniki, to zwierzę wkrótce zapada na gruźlicę. Wprawdzie najnowsze doświadczenia Lannelongu'a i Auchard'a oraz Friedrich'a przeczą temu, by uraz wytwarzał locus minoris resistentiae w płucach. Ujawnia on tylko ogniska, do tej pory utajone. Przypuszczać więc należy, że w pewnych warunkach uraz może w istocie stworzyć dogodne warunki do powstawania gruźlicy, w innych zaś nie. Nawet stały ucisk na klatkę piersiową może stworzyć warunki pomyślne do rozwoju suchot płucnych.

Już Perronel w r. 1875 zrobił spostrzeżenie, że szczyrowie na Rodanie i Sekwanie zapadają często na gruźlicę dlatego, że zmuszeni są całemi latami opierać rudel na piersiach.

Trudniej jest odpowiedzieć na pytanie, czy uraz całego ciała, np. spadnięcie z rusztowania może wywołać powstanie suchot płucnych? Zapewne, wypadek taki może pogorszyć sprawę u już dotkniętego suchotami, wywołując krwotok płucny. U zdrowego zaś może również spowodować pęknięcie małego naczynia w górnym odcinku dróg oddechowych. Zaś przy sprzyjających warunkach może się tam przedostać lasecznik gruźliczy. Można również przypuścić, że po upadku odporność organizmu tak się zmniejsza, że laseczniki gruźlicze, zawarte w gruczołach lub też przenikające z zewnątrz, mogą o wiele łatwiej wywołać powstanie gruźlicy.

W każdym razie, jako rzeczoznawcy sądowi, możemy powiedzieć, że uraz: po 1-e wywołuje pogorszenie sprawy gruźliczej u osobnika gruźliczego i po 2-e może spowodować powstanie gruźlicy u zdrowego.

Wprawdzie, nie jesteśmy w stanie orzec z wszelką pewnością, że dany osobnik był przed wypadkiem zupełnie zdrow i że nie był dotknięty utajoną gruźlicą. Lecz ponieważ niemamy środka do okre-

ślenia stanu zdrowia danego osobnika (nie uciekając się do tuberkuliny lub odczynu Arloing-Courmonta) przed wypadkiem, musimy oprzeć się jedynie na wywiadach. Jeśli w takowych nie znajdujemy nic podejrzanego, to mamy prawo twierdzić z wszelką stanowczością, że sprawa gruźlica zawdzięcza swe powstawanie urazowi.

e) *Przymiot.* Wychodząc z założenia, iż wszelkie uszkodzenie tkanek i ustroju ułatwia przedostawanie się lasecznika gruźliczego, należy również przymiotowi przypisać pewną rolę w sprawie powstawania gruźlicy. Niejednokrotnie bowiem stwierdzić można, iż przymiot toruje drogę lasecznikowi gruźliczemu i odwrotnie (Hiller, de Renzi, Massei, Grünwald, Arnold, Aguarano, Elzenberg, Helves, Irsai, Schuchardt, Fabry, Besnier, Guidone, Rieder, Potain). Jacquinet i Stiffel podają, że jeśli przymiot wybucha u gruźliczego osobnika, to albo nie wpływa zupełnie na przebieg gruźlicy, lub też pogarsza takową. Gdy zaś gruźlica przyłącza się do istniejącego przymiotu, to staje się szczególniej złośliwą w drugim okresie takowego (Jacquinet, Stiffel, Ghidoux, Gaillard, Hirschfeld). Ciężkie przypadki gruźlicy płucnej zdarzają się w drugim okresie przymiotu, gdyż w tymże okresie jad przymiotowy posiada największą złośliwość. W trzecim okresie przymiotu gruźlica ma przebieg powolny i wykazuje skłonność do zablizniania, co objaśnia Landouzy tem, iż w tym okresie przymiot wywołuje sprawy przerostowo-sklerotyczne. Starano się na drodze doświadczalnej dowieść, że przymiot ma niepomyślny wpływ na przebieg gruźlicy. W 1898 r. Chretien zastrzyknął śwince morskiej pewną ilość krwi chorego przymiotowego w drugim okresie choroby. Po pewnym czasie, gdy się zwierzę poprawiało, wstrzyknął tejeże śwince wytwory gruźlicze. Świnkom służącym do kontroli wstrzyknął same wytwory gruźlicze. W 4 seryach doświadczeń 3 razy świnki przymiotowo-gruźlicze zdychały wcześniej, aniżeli gruźlicze.

Jak często zdarza się gruźlica u przymiotowych,—wskazuje statystyka.

Tharescu na 318 przymiotowych stwierdził gruźlicę w 16 przypadkach. Sandowitl (w szpitalu w Kairze w 1891 r.) z 400 gruźliczych większość przechodziła przymiot. Fraentzel (Berlin) podaje 247 przypadków gruźliczo-przymiotowych. Tylko w pięciu przypadkach nie znalazł lasecznika gruźliczego.

Gdy gruźliczy osobnik zapadnie na przymiot, należy energicznie leczyć przymiot, by tym sposobem mieć wolne ręce i móżdż w dalszym ciągu przystąpić do leczenia gruźlicy.



70—80 przyp. śmierci z gruźl. na 100000 mieszk. przy użyciu	17,16	} litr. wysokoku.
80—90   "   "   "   "   "   "   "   "   "   "	17,80	
90 i więcej   "   "   "   "   "   "   "   "   "	30,70	

Jacquinet podaje, iż 71,41% gruźliczych należy do alkoholików, Barbier, Rende, Constant podają tę odsetkę na 88, Sokołowski na 30. Ponieważ alkohol spowoduje osłabienie ustroju i wywołuje przewlekłe katary błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych, przeto stwarza sprzyjające warunki do rozwoju lasecznika gruźliczego. Ponieważ z drugiej strony alkohol przechodzi do płodu i do mleka karmiącej (Nielon), przeto wywiera niszczący wpływ na płód i dziecko, czyniąc z nich podatne podłoże do powstania gruźlicy. (D. c. n.)

## IV. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

437. Willy Anschütz (Wrocław). **O rezeceji wątroby.**  
(Sammlung klinischer Vorträge. № 356/357. 1903.)

Spraw chorobowych, które zniewalają do wykonania operacji na wątrobie, istnieje zawsze ilość pokaźna (ropnie, torbiele, rany i t. p). To też już w dziełach Hippokratesa znajdujemy uzasadnione całkiem poglądy na powstawanie, terapię i rokowanie w przypadkach „wrzodów“ wątroby; za to w obec ran tego narządu umiejętność chirurga przez długie wieki była bezsilną i w ostatnich niemal latach dopiero powstała mowa o jakimkolwiek bądź stałym postępowaniu operacyjnego wzorze. A jednak groźba upływu krwi zniewała ta chirurga do otrząśnięcia się co rychlej ze skrajnego pesymizmu, który przebiegał jeszcze bardzo niedawno (1880 r.) w poglądach większości ogółu lekarzy.

W słynnej w swym czasie (1875 r.) Thèse d'agrégation Rousta'n'a znajdujemy po raz pierwszy słowa śmielsze w rozwinięciu poglądów na istotę zabiegów operacyjnych odnośnie do wątroby; lecz po 12 latach dopiero Burkhardt oświadczył wyraźnie, że w razie zatrważającego z krwawienia wątroby należy bezzwłocznie wykonać laparotomię, wyszukać źródło krwotoku i zatamować tenże wszelakimi, dostępnymi do osiągnięcia celu takiego środkami. Stąd do wytworzenia nowego w dziedzinie chirurgii działu, do częściowego wątroby wycięcia był krok tylko jeden, a lubo pierwsza z prób tych (adenoma hepatis) zakończyła się śmiercią chorego, po drugiej zaś pa-

cyent uratowanym został z ledwością, pod złym omenem tym pracowano dalej.

Trzy różne względy przejmowały chirurgów obawą: 1) Wątroba jest narządem wewnątrztrzewnowym, każdy więc nad nią rękoczyn wywoła nieuchronnie sprawę zapalną w otrzewnie. Wzгляд ten w czasach aseptyki nie istnieje. 2) Krwotok z wątroby uważano za specjalnie do zatrzymania trudny. 3) Mniemano, że ustrój nie zniesie braku pewnej części wątroby. Wyniki obecne zadają kłam zapatrywaniam powyższym.

O ile z wolna rozwijała się chirurgia wątroby na człowieku, o tyle rażniejszym krokiem postępowały odnośnie doświadczenia na zwierzętach. Przedewszystkiem tedy stwierdzono, iż rany wątroby goją się bez powikłań. Tillmanns wycinał (z zachowaniem zasad antyseptyki) długie na  $2\frac{1}{2}$  cm., szerokie na centymetr kawałeczki z wątroby królika, poczem zamykał jamę brzuszną, nie nakładając szwu na wątrobę. Z 12 operowanych w ten sposób zwierząt nie zdechło żadne, a krwawienie było o wiele mniejsze, niż spodziewano się. Po upływie dni 5—10 rany wątroby goiły się. Po wielu próbach niefortunnych Gluck dowiódł, że można usunąć bezkarnie trzecią część narządu, lecz Ponfick dopiero szeregiem wspaniałych eksperymentów określił siłę, żywotność i zdolność odradzania się wątroby (Leberrekreation) liczbowo niemal.

P. usuwał na jednym posiedzeniu  $\frac{3}{4}$  omawianego narządu i stwierdzał po pewnym okresie czasu przyrost tkanki, dzięki któremu wątroba odzyskiwała  $\frac{4}{5}$ , a niekiedy całkowitą nawet wagę swą poprzednią, przyczem wydzielanie żółci nie było upośledzonym zupełnie. Wydzielanie się azotu (z moczem) zmniejszało się na razie, w krótkim jednak przeciągu czasu ilość dobową pierwiastku wracała do normy. Już golem okiem zauważać można było po upływie 2—3 dni zapoczątkowanie przyrostu, który po dwóch tygodniach stawał się nader wybitnym we wszystkich wymiarach pozostawionego kikutu wątroby. Badanie pod drobnowidzem wykryło, że ta odbudowana tkanka nie ustępuje, co do wartości, poprzedniej tkance gruczołowej, i że zraziki wątroby, pomimo 3—4-krotnego powiększenia, zachowują kształt prawidłowy niemal. Fakty te pouczają, jak śmiałych i na wątrobie człowieka możnaby chwycić się zabiegów, lubo w takim zakresie wyjątkowo tu chyba wypadło by dokonać operacji. Do wyników podobnych doszedł i Heile, który stwierdził również rozległe sprawy regeneracyjne w przypadkach wątrobowych zawałów krwawych na tle urazu. Na mocy badań drobnowidzowych udowodniono, że sprawa posuwa się tak samo prawie, jak i w doświadczalnych nad wątrobą sprotżeżeniach, tylko że u człowieka wzrost komórek bywa wogóle bardziej nieprawidłowy.

Przystępując do szczegółów techniki i operacji, autor rozpoczynać zaleca od małego względnie cięcia rozpoznawczego, które prowadzi się podłużnie, w kierunku linii środkowej lub wzdłuż brzegu zewnętrznego mięśnia prostego. W tym razie, gdy rezekecja jest konieczną i możliwą, cięcie rozszerza się w pożądanym kierunku i doprowadza do wymiarów tak dużych, by otwór ziajał szeroko. W ten sposób



unikania się rozszerzania rany rozwieraczami i ręce pomocników zużytkować można do wywarcia ucisku na tkankę krwawiącą i do tamponowania. Pociągać za wątrobę należy bardzo ostrożnie i tylko przez serwetki, przyczem dobrze jest, gdy pomocnik trzyma w mowie będący narząd rękoma, do czego szerokie rozcięcie powłok brzusznych staje się koniecznym. Obrażenie górnej powierzchni wątroby od strony przepony jest nader uciążliwym i niebezpiecznym; droga prowadzi tu przez łuk żebrowy, gdyż powierzchnia wewnętrzna chrząstek 8-go, 9-go, 10-go i 11-go żebra nie jest pokryta opłucną i dlatego też możemy rezekować je z większą, niż inną część klatki piersiowej, pewnością. Według badań C a n n i o t s'a—u dorosłego mężczyzny worek opłucny odstaje od brzegu klatki na 3 w kierunku linii sutkowej centymetry, a na 4,2—na przebiegu linii pachowej; można zatem, operując ostrożnie, obnażyć chrząstki te, nie wchodząc w zatarg z opłucną, od przodu i tyłu i zyskać wiele miejsca do operowania na górnej narządzie powierzchni. Utorowania drogi i udostępnienia lepszego za pomocą przecięcia wiązań (wiąz trójkatny, wiąz wieńcowy) dokonał po raz pierwszy T r i e o r n i w przypadku olbrzymiego gruczolaka zrazu lewego, a F i l i p p i n i, operując wobec raka wątroby, przeciał nawet wiąz podtrzymujący. Obawa wytworzenia się potem wątroby wędrującej nie jest uzasadnioną; przymocowanie bowiem tejże zależy głównie od żyły czezej, przyrostu zrazu prawego do otrzewny, niestałego śródpiersiowego ciśnienia oraz od tęgości powłok brzusznych. Operuje się na posiedzeniu jednym, o ile pozwalają na to warunki przypadku.

W sprawie krwotoków, związanych z rezekowaniem wątroby, uwzględnić wypadnie różne okoliczności. Wielkość rany operacyjnej nie znajduje się w stosunku prostym do natężenia krwotoku, bo guz może być wielkim, lecz posiadać łatwą do podwiązania szypułę. Dalej, bierzemy pod uwagę stan tkanek, okalających powierzchnię wątroby przyrana, czy przeważa tu rozrost włókien łącznotkankowych, czyli też tkanka jest kruchą. Umiejscowienie guza gra też rolę pewną, im głębiej usadowił się tenże, im więcej zbliżamy się do porta hepatis, tem bardziej krwotok staje się obfitym. Nie bez znaczenia, wreszcie; jest i rodzaj guza; czy ma torebkę, czy bez granic wyraźnych przechodzi w tkankę wątrobową.

Zabiegi, zmierzające do zaoszczędzenia operowanemu utraty krwi, dzieli dr. A. w sposób następujący; rozróżnia A. **środki powstrzymujące krwotok** (zatomowanie krwotoku sensu strictiori) a) *czasowe*: α) tampomada, β) ucisk palcem i b) *ostateczne*: α) ucisk à demeure, β) przyżeganie, γ) szew głęboki, δ) podwiązka, obklucie. B. **środki zapobiegawcze (prewencyjne)**, do których zalicza a) zaciśnięcie klampem, b) ucisk naczyń krwionośnych doprowadzających (żyła wrotna, tętnica krezkowa), c) podwiązkę sprężystą, d) ucisk wewnątrzwątrobowy i e) najskuteczniejszy z zabiegów t. z. śródwątrobową podwiązkę masową. Nad każdym ze środków powyższych zastanawia się autor z osobna.

**Wytamponowanie czasowe i ucisk ręczny** wykonał B e r g m a n n z powodzeniem zupełnym w jednym wyrezekowaniu wątroby przypadku (gumma hepatis). Należy pamiętać, że cierpliwie przeprowa-

dzony ucisk gazą nieraz pomaga tam, gdzie zawiodły wszelakie inne środki. Zabieg nadaje się zwykle wobec guzów otorbionych dobrze, ujemną, wszelako, stroną jest ta okoliczność, iż obok wyrzeczenia się rachub na rychłozrost, narażamy nieraz chorego na niebezpieczeństwo krwotoków wtórnych podczas usuwania tamponów. **Przyżeganie** da strupy dostateczne na niewielkiej powierzchni operacyjnej i bywa do-brem dla rozkrajania małych, pozostających w stanie zaniku, części wątroby, w znacznej jednak większości przypadków, wobec krwawień poważniejszych, użycie żegadła Paquelin'a zawodzi często, a mianowicie: nader bywa tu trudnem utrzymanie jednostajnego gorąca, koniec przyrządu pokrywa się białkiem zwęglonem, skutkiem czego temperatura ostrza obniża się znacznie, a działanie w głębi staje się niepe-wnem. Żegadło samo rozrywa nieraz tkankę i daje krwawienia, często też strupy świeże, przylegając do rozpalonego metalu, odrywają się; nadto jest nader nieprzyjemnem zjawiskiem, gdy pod strupem spokojnie krwawi sobie dalej. Również niepożądanem jest dotykanie bezpośrednie tkanki krwawiącej, metoda zaś Fritsch'a, który przysuwał tylko zlekka koniec żegadła, jest bezskuteczną zupełnie. To samo powiedzieć można o próbach Snegirew'a i innych ze stosowaniem pary gorącej i powietrza; postępowanie to na krwotoki nie wywiera wpływu żadnego, prowadzi jednak nieraz do strasznych poparzeń tkanki okolicznej i zgorzeli następczej.

Nieodzownym do nałożenia szwu warunkiem musi być pewna tęgość tkanki wątrobowej. Idealny zabieg taki—wycięcie z natychmiastowem zaszcyciem braku w szczupłej jedynie ilości przypadków (wycinanie kawałeczków małych) bywa możliwym. Tam, gdzie reze-kować należy na przestrzeni stosunkowo znacznej, zabieg taki może zawodzić nawet po uprzedniem wszystkich naczyń krwawiących podwiązaniu. Ciekawym w kwestyi tej przyczynkiem jest jedno spostrze-żenie Alberta'a, który, po wyluszczeniu na tępo otorbionego dobrze guza z wątroby, otrzymał z tejże nader gwałtowny krwotok; operu-jący wytamponował ranę, pokrył górną narządów powierzchnię gazą i przez tę ostatnią oraz przez tampon przeprowadził szew materacowy, mocno ściągnięty. Krwawienie ustało zupełnie. Wówczas spojono czę-ściowo brzegi rany, a do powłok brzusznych przymocowano wątrobę za pomocą grubej igły, przesuniętej przez ściany brzucha, gazę i wątrobę. Na pytanie, czy naczynia ludzkiej wątroby są dość na nakładanie podwiązek odporne, odpowiedzieć musimy twierdząco. W ciekawych doświadczeniach swych Kuzniecowa i Penskiej (nad wątrobą trupów świeżych) unaocznili wyraźnie odporność ową. Po pochwyce-niu pęczków naczyniowych i naczyń wyosobnionych nakładano na te ostatnie podwiązki, których końce przeciągano przez blok, zaopatrzony w ciężarki. Z wykazów badaczy tych wynika, że naczynia wątroby nie zdradzają, bynajmniej, jakiejś specjalnej kruchości, co i Auvray stwierdził stanowczo drogą eksperymentu. Można zatem bez obawy co do pękania naczyń wątrobowych podwiązywać je lub obkłuwać. Często zaś zdarzające się fakty niemożności opanowania krwotoku klampami tłomaczą się zbyt częstem tu operowaniem na tępo, a więc rozrywaniem powierzchni przyrannej; przed manipulacją taką pęczki

naczyniowe ulegają niesłychanemu napięciu i na skutek sprężystości własnej, zamykając się, uchodzą w głąb tkanek narządu, w pewnej odległości od powierzchni przekroju. W tym stanie rzeczy pochwycić światło broczące jest rzeczą bardzo trudną; o wiele łatwiej nakładać klampy na gładką ranę ciętą narządu. Istniejące w tymże sprawę chorobowe (zapalenie przewlekłe, nowotwory) nie wywierają wpływu ujemnego na odporność naczyń; tu bowiem na miejscu girającej tkanki gruczołowej wytwarza się dość tęga tkanka łączna i dostęp do naczyń staje się nawet łatwiejszym. W każdym bądź razie, zdaniem dr-a A., zabiegi te właściwymi będą dopiero po zastosowaniu t. z. prewencyjnej metody tamowania krwi, metody, która zapobiega krwawieniu, właściwe zaś, wyliczone tu, sposoby ucisku trzymać należy w rezerwie, ratując się nimi wówczas tylko, gdy nie dopiszą pierwsze.

W szeregu **rękoczynów zapobiegawczych (prewencyjnych)** różniamy również środki czasowe i trwałe. Do pierwszych zaliczyć wypadnie użycie klampów, zwłaszcza wobec guzów, uszypulonych wyraźnie. Tam, gdzie można, prowadzimy cięcie w ten sposób, aby powierzchnia rezekeyjna miała wygląd klina; po przypaleniu tejże żegadłem Paquelin'a klampy popuszcza się nieco i patrzy, czy nie ma krwawienia. Kocher zaleca nakładać po za klampami szew materacowy, poczem te ostatnie zdjąć można spokojnie. I to postępowanie jednak bywa skutecznem li tylko wobec cienkich części wątroby; na odcinki grubsze ucisk taki, działając na obwód jedynie, nie wywiera, bynajmniej, wpływu pożądanego. Zaprojektowana przez Langenbuch'a metoda czasowego ucisku lub podwiązania żyły wrotnej, jest tyleż niebezpieczną, co śmiałą, wikłające ją zatory są tu prawie nieuchronne. Wobec zatem zupełnej niepewności czasowych sposobów zapobiegawczych, rozwiązania kwestyi poszukać wypadło w zabiegu innym, za który uważać powinniśmy t. z. śródwątrobową podwiazkę masową.

W r. 1894 na zjeździe chirurgów rosyjskich w Petersburgu prof. Kuzniecowa i Penskiij wystąpili z metodą nową, której, na razie, nie wrócono przyszłości, całkiem niesłusznie jednak, jak przekonano doświadczenie lat następnych. W 1895 r. Kuzniecowa demonstrował rękoczyn swój (na psie) przed Mikuliczem, który metodę, w mowie będącą, uznał za doskonałą. Pogląd ten potwierdzili i chirurdzy francuscy (Auvray). Operacja, dokonana metodą K. po raz pierwszy na wątrobie człowieka (na klinice Wrocławskiej), uwięczoną została powodzeniem zupełnem, a już w 3 lata na 22-im zjeździe chirurgów Kader polecał ją gorąco, opierając się na kilku pomyślnych spostrzeżeniach odnośnych. O racjonalności zapatrywań się tego rodzaju powziął przekonanie niezłomne i autor odczytu powyższego na mocy jednego, poważnego przypadku własnego.

Szereg licznych doświadczeń rozklasyfikować wypadnie na dwa działy. 1) Przez przeznaczony do wyrezekowania teren wątrobowy, t. j. przez całą tegoż grubość wyszczególnieni badacze przeciągali podwiazki en masse; te ostatnie wiązali potem słabo do powierzchownego jedynie naddarcia tkanki wątroby. Odcinano dalej poniżej liga-

tury część tejże i zaszywano jamę brzuszłą po dokładnem zatamowaniu krwawienia. Wszystkie operowane w ten sposób zwierzęta zdychały w ciągu dni kilku po zabiegu na skutek krwotoku wtórnego z naczyń kikuta. W drugiej seryi—szywy nakładano tak samo, lecz zaciągano je powoli a **mocno** i wiązano dany odcinek wątroby bezwzględnie en masse. W wypadkach tych następczego krwotoku z kikuta nie było zupełnie, a wszystkie niemal operowane tak osobniki zwierzęce żyły po zabiegu tym nader długo. Tu więc tkwi istota rzeczy i cały błąd poprzedników Ku z nie c o w a (L a n g e n b u c h, W a g n e r i inni), którzy, lękając się miażdżenia wątroby, nie zaciskali jej dość mocno, w następstwie czego nie było ucisku naczyń w ośrodkowych szypuły warstwach. Widzimy zatem, że niezbyt ważna na pozór modyfikacya (słabe i mocne wiązanie) odgrywa rolę niesłychanie odniosła w sprawie zabezpieczenia się od krwotoku.

Po udowodnieniu opisanemi już wyżej doświadczeniami na trupach wytrzymałości naczyń wątroby i przekonaniu się zastrzykiwaniem cieczy zabarwionej od strony venae portae, że podwiązki trzymają dobrze, Ku z nie c o w s streszcza przebieg rzeczy w sposób następujący: miąższ wątrobowy ulega zgnieceniu, naczynia jednak oddzielne i konglomeraty tychże stawiają opór, tworząc niejako pęczki w snopie całym. Gdy przerabiający doświadczenia owe A u v r a y (1897 r.) zastrzyknął pod ciśnieniem bardzo mocnem płyn zabarwiony do zrazu, na którym przedtem dokonana została rezekeya, na powierzchnię przyraną nie spłynęła ani jedna kropla cieczy, zraz ów po za szeregami ligatur rozciągnął się tak mocno, że trzeszczał wyraźnie, żadne jednak naczynie nie przepuściło płynu. Krwotoków następczych po ligaturze en masse chirurg ten również nie zauważył nigdy, co też oznajmia i T r i c o r n i. Wszystkie te dane, w całokształcie swym, nie pozostawiają ani cienia wątpliwości, że metoda Ku z n i e c o w a kładzie kres stanowczy i ostateczny krwotokom w przypadkach wykonywania rezekeyi wątroby.

Ze szczegółów technicznych, które dotyczą sposobu omawianego, zauważyć należy przedewszystkiem, że igły, używane przez K. i P., są z boku spłaszczone, krzywiznę posiadają różną i mają koniec okrągławy, stępiony. Iglę tę z nawleczoną podwójnie bardzo długą nitką wkłwa się w odległości 1 ctm. od brzegu wątroby i wykluwa na powierzchni dolnej, przeciągając nitkę przez całą grubość narządu; zewnętrzny koniec nitki przecina się i zawiązuje koniec wolny węzłem podwójnym ponad brzegiem wątroby. Pociągnawszy odpowiednio, robimy równemi na długość obie nitki podwiązki podwójnej i znów, w odległości 1 ctm. od miejsca wyklucia, przeciąga się nitkę od powierzchni dolnej narządu, na wskroś, do górnej, przecina podwiązkę i ściąga w węzeł. Z kolei rzeczy wyrównać należy długość nitek i wkłuc znów igłą na centymetr od nakłucia ostatniego w powierzchnię wątroby górną w kierunku ku dolnej. Do wolnego, wciągniętego przez wbicie igły poprzednie końca nitki doбира się część nitki podwójnej, rozcina, zawiązuje, posuwając się coraz dalej w ten sposób. Przedziurawiony zatem igłą kanał wątrobowy zawiera za każdym razem duże nitki, z których jedna wiąże tkankę wątroby na

prawo, druga na lewo. Gdy chory odcinek wątroby został już obsznurowany podwiązkami w sposób powyższy, można teraz nożem lub nożyczkami część tę wyrezekować.

Metodę prof. Kuzniecowa zastosowano na klinice Wrocławskiej w 6 przypadkach, których opis treściwy znajdujemy w pracy autora. W jednym z nich (echinococcus hepatis) operował Kader z wynikiem złym, niezależnym, wszelako, od operacji. W 3-ch innych (Cholelithiasis, echinococcus, rozległe z wątrobą zrosty) otrzymano rychłozrost i wyzdrowienie doszczętne. W spostrzeżeniu piątym, dotyczącym 51-letniej kobiety (carcinoma vesicae felleae), w obec mocnego zrostu pęcherzyka z powierzchnią dolną stwardniałej częściowo wątroby i zawierającej dwa guzy, wycięto po nałożeniu uprzedniej ligatury en masse z narządu tego klin 10 ctm. długi, 4 szeroki i 2 ctm. gruby, przyczem na powierzchni rezekeyjnej miano następnie do czynienia z krwawieniem bardzo małym, które niebawem uspokojono za pomocą żegadła. Po 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> tyg. operowana opuściła klinikę na żądanie własne. U szóstej, wreszcie chorej (carcinoma hepatis secundarium) znaleziono dobrze otorbiony duży nowotwór w wątrobie, który zrazu dawał się oddzielać dość łatwo, w głębi jednak warunki były tak powikłane, iż bez użycia omawianej podwiązki masowej wyluszczenie guza byłoby niemożliwem zupełnie. Ten ostatni ważył 800 grm., wyrezekowany zaś miąższ wątroby—92 grm. Chora umarła po upływie 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> miesięcy od operacji na skutek wady serca. We wszystkich przypadkach tych sposób prof. Kuzniecowa, uprzedzający krwotok, nie zawiodł ani razu. Tu dodać należy, że w pojedynczych przypadkach sposób ten użytkowali z powodzeniem Roux (carcinoma hepatis), Hoffmann (cystis) i Terrier.

Z metodą t. z. „ucisku wewnątrzwątrobowego“ dr. A. załatwia się prędko, uważając ją za opierającą się na chwilejnym gruncie teoretycznym, za zbyt powikłaną i dość niebezpieczną. Wyjątek czyni tu tylko dla metody Beck'a, który wzorował się na operacji słynnej Chapot-Prévost'a, wykonanej celem rozcięcia dwóch sióstr zrosniętych: Rozaliny i Maryi (toracoxiphopagus). Otwiera się tu jamę otrzewnową cięciem, przebiegającym równoległe do żeber rzekomych, i igłą o ruchomem uszku (aiguille troicart) przebija ścianę brzuszną, wątrobę i znowu powłoki zewnętrzne, przecinając wraz z igłą grubą nitkę podwójną. Tę ostatnią przytwierdza się mocno do tamponu z gazy, co przeszkadza ślizganiu się i przerzynaniu. Po przeciągnięciu kilku tego rodzaju nitki przez powłoki brzucha i wątrobę, nitki zawiązuje się mocno i napięte końce wolne przytwierdza do wałków gazy. Metodą tą, istotnie, zdziałać można wiele i prędko, zwłaszcza w obec guzów, spoczywających na szypule długiej, guzów zrazu lewego lub przedniego powierzchni dolnej odcinka. Do guzów, umiejscowionych głęboko w tkance wątrobowej, sposób ten nie jest przydatny.

W przypadkach rezekowania na przestrzeni niewielkiej można, po załatwieniu się z krwawieniem, narząd odprowadzić na miejsce właściwe i zaszyć ranę brzucha doszczętnie. Wobec rezekeyi rozległych, tam, gdzie nałożono podwiązki na naczynia liczne i potwierano drogi żółciowe, kojarzyć wypadnie szew z wytamponowaniem. Na powierz-

chnię wątroby przyranną kładziemy paski gazy, ponad którymi spaja się torebkę wątroby. Koniec gazy przez otwór w powłokach brzusznych wystaje na zewnątrz.

Po krótkim omówieniu rokowania, rozpoznawania i wskazań do rezekcji autor zamyka pracę swą przytoczeniem zwyciężem wszechświatowej kazuistyki odnośnej, zawierającej spostrzeżeń 92.

*K. Niedzielski.*

## II. Choroby wener. i skórne.

438. Dubielski. Zapalenie sromu i pochwy u dzieci. (Wracz № 16. 1903).

Autor podaje szczegółowy opis i przebieg spostrzeganych przez siebie 32 przypadków zapalenia sromu i pochwy u dzieci. W wydzielinach, badanych pod drobnowidzem, gonokoki znaleziono u 25, co odpowiada około 80%. W wieku do 5 lat było chorych 10, od 5 do 10 lat 12, starszych nad 10 lat 3; bez obecności gonokoków do 5 lat 3, do 10 lat 3 i starszych nad 10 lat 1.

Wpływu ogólnego stanu zdrowia na rozwój cierpienia tak swoistej natury, jak i zwyczajnych postaci nie udało się wykryć; dzieci przeważnie były zdrowe, niektóre tylko posiadały powiększone gruczoły chłonne i były blade.

Przyczyną zarażenia się dzieci w 10 przypadkach były cierpienia narządów płciowych matek, w jednym nastąpiło zarażenie od przyjaciółki, w jednym od niepełnoletniego brata, cierpiącego na rzeżączkę, w 1 od służącej i w jednym od ciotki; w 2 przypadkach przypuszczano zgwałcenie.

Odnosnie do przebiegu cierpienia, chorych można było podzielić na 2 grupy: 1) z ostrem i 2) z przewlekłym zapaleniem sromu i pochwy.

W przebiegu ostrej postaci choroby, których było 18, t. j. około 60%, występował znaczny obrzęk zapalny małych i wielkich warg sromu, łechtaczki i błony dziewiczej, zaczerwienienie i powierzchowne owrzodzenia tychże; taki sam miał wygląd otwór zewnętrzny cewki moczowej. Powierzchnia zewnętrzna organów płciowych, okolice pachwinowe, wewnętrzne powierzchnie bioder, dolna część okolicy brzucha, jak również międzykrocze były często pokryte to białawo-żółtą, to żółto-zieloną wydzieliną, miejscami tworzącą strupy, pokrywające powierzchowne owrzodzenia. Zajęte okolice były silnie bolesne na dotyk. Oddawanie moczu wywoływało ból i palenie, co wskazywało na zajęcie cewki moczowej. W jednym przypadku wydzielina miała wygląd krwisto-ropny, a w drugim wystąpiły silne bóle w okolicy prawego jajnika. Zaczerwienienie i obrzęk okolicy gruczołów Bartolinięgo, jak również wypływ ropny z przewodów tychże gruczołów spostrzegano w 6 przypadkach.

Ostre zapalenia sromu i pochwy, nie rzeżączkowej natury, miały przebieg o wiele łagodniejszy, bóle w brzuchu i zajęcia gruczołów Bartolini'ego nie towarzyszyły mu.

Nieco odmienny był przebieg przewlekłych zapaleń; bez względu na obfity wyciek, zewnętrzne narządy płciowe, wielkie i małe wargi, łechtaczka, błona dziewicza i fałdka kanału moczowego—były blade i nieobrzękle.

Leczenie chorych z ostremi rzeżączkowymi zapaleniami sromu i pochwy trwało przeciętnie 2 miesiące i 3 dni; leczenie zaś tych postaci nie rzeżączkowego pochodzenia znacznie krócej—4 do 14 dni; przewlekłe zaś postaci trwały 6 do 8 miesięcy, a nawet i dłużej.

W wydzielinach wolnych od gonokoków autor znalazł w jednym przypadku ostrej postaci vulvo vag. olbrzymią ilość bakterii—laseczników, koków i t. p.; w drugim znów, powikłanym zapaleniem spojówki oczu i cewki moczowej, były wykryte bac. coli, nakoniec w trzecim były diplokoki, zupełnie podobne do gonokoków, lecz nie odbarwiające się sposobem Gram'a; w pozostałych czterech przypadkach przewlekłych postaci zwyczajnego zapalenia sromu i pochwy była obfita ilość laseczników i koków takich, jakie napotykają się w zdrowej pochwie. Ostre postaci zapalenia, pomimo niezwyklej ilości bakterii, odznaczały się przebiegiem bardzo łagodnym; wręcz przeciwnie jednak objawy występowały w tych przypadkach, gdzie wykryte były tylko diplokoki, bardzo podobne do gonokoków, lecz nie odbarwiające się Gram'em. Według autora, przyczyną przewlekłych prostych postaci v. vag. nie mogą być bakterie, albowiem w większej liczbie przypadków nie posiadają one własności chorobotwórczych; przyczyna wspomnianych postaci jest dotąd nie wyjaśniona.

Autor, opierając się na przyczynach powstawania, zaleca przyjąć następujący podział omawianego cierpienia: 1) vulvo-vaginit. infect: a) specifica v. gonorrhoeica, b) diplococcica, c) simplex. 2) Vulvo-vaginit. non infectiosa. Z powyższych postaci, rzeżączkowe vulvo-vag. mają ostry i przewlekły przebieg, diplokokowe i proste bakteryjne—ostry i łagodny, a nieżytowe, pochodzenia niezaraźliwego—przewlekły.

Autor nie zgadza się z poglądem H. Heimann'a co do istnienia mieszanych postaci rzeżączkowych. Badania autora, jak również obfite dane, zaczerpnięte z literatury, przekonują nas o małej skłonności przebywania gonokoków z innymi lasecznikami. O ile w ostrych rzeżączkach można widzieć pod mikroskopem tylko gonokoki, o tyle pod wpływem osłabienia tej sprawy zapalnej występować mogą zwykle mieszkańcy błony śluzowej cewki i pochwy, lecz wątpić należy o chorobotwórczym wpływie tych bakterii, nie może więc być mowy o mieszanych postaciach zakażenia.

W przewlekłych rzeżączkowych zapaleniach sromu i pochwy wykrywano stale obfitą ilość gonokoków, czego nie da się zauważyć w tejże chorobie u dorosłych. Okoliczność powyższa ułatwia rozróżnienie rzeżączki od zwykłej, nieżytowej vulvo-vag. przewlekłej.

Kończąc swą pracę, autor wspomina o komórkach eozynofilowych, znajdujących przez siebie w przebiegu rzeżączkowej v. vag. u dzieci, co do istnienia których w literaturze nie było dotąd żadnej wzmianki.

*J. Wojciechowski.*

439. **Miecznikow i Roux. Szczepienie przymiotu małpom.** („Inoculation de la syphilis aux singes antropoides“. La Sem. Méd. № 30, 36. 1903).

Na posiedzeniu Akademii Med. Paryskiej, odbytem d. 28 lipca r. b., autorzy przedstawili zgromadzonym leśnika (szympansa) samiec, któremu zaszczerpiono za pomocą nacięcia brzegu wolnego napletka lechtaczki produkt wyłyżeczkowanego owrzodzenia syfilitycznego. Po 25 dniach na miejscu zaszczerpienia utworzył się pęcherzyk, zawierający plyn opalizujący, który następných dni zamienił się na powierzchną nadżerkę lekko zagłębioną, koloru szarawego, otoczoną twardą tkanką; po kilku dniach wystąpił obrzęk niebolesny gruczołów chłonnych w obu pachwinach. Jakkolwiek śladów wysypki jeszcze nie spostrzeżono, autorzy jednak mniemają, że natura owrzodzenia i stan gruczołów chłonnych upoważniają ich do przyjęcia dodatniego wyniku szczepienia przymiotu małpie. Sądzą oni, że, jeżeli wszystkie poprzednie próby szczepienia przymiotu małpom nie udawały się, to przyczyna była ta, że do celów powyższych brano osobniki, mało zbliżone budową swą do człowieka. Tymczasem, wiadomo, że skład krwi człowieka i szympansa wykazuje najwięcej podobieństwa do siebie, tem jedynie objaśnić można powodzenie obecnego szczepienia.

Fournier, Du Cathel i Hallopeau w zupełności podzielają zapatrywania autorów.

Po upływie 30 dni od czasu wystąpienia pęcherzyka wypryskowego na napletku, który to pęcherzyk był początkiem rozwijających się objawów pierwotnych przymiotu, na powierzchni skóry w rozmaitych okolicach zaczęły występować wykwity, najpierw w ilości czterech, później coraz obficie; wykwity te posiadały wygląd łuszczących się wzniesień; po oddzieleniu łuszczyk występowało lekkie sączenie się na ich powierzchni.

Wspomniani powyżej uczeni, widząc powtórnie tego szympansa, jednogodnie wypowiedzieli się za naturą przymiotową wykwitów, którym już teraz towarzyszył obrzęk licznych gruczołów chłonnych i powiększenie śledziony.

Tu dodać należy, że próby przeszczerpialności zarazka przymiotu z tego zwierzęcia na inne, pochodzące z rodzaju *Cynocephalus* (pawjan), który z pomiędzy małp najwięcej jest zbliżony do szympansa—nie udawały się.

Należy zatem przyjąć za fakt dowiedziony, że zarazek przymiotu może być zaszczerpiony tylko małpom człowiekopodobnym (szympansom).

*J. Wojciechowski.*



440. Francis M u n c k. **Zmiany brodawek języka jako wczesny rozpoznawczy objaw szkarlatyny.** (La Sem. Méd. N<sup>o</sup> 6. 1903).

Częstokroć w pewnych przypadkach szkarlatyny zupełny jest brak objawów choroby tej właściwych.

W przypadkach nietypowych przebiegu szkarlatyny, przedewszystkiem bez wysypki występujących, wczesne rozpoznanie cierpienia tego przedstawia wiele trudności; znane nam dotąd objawy, zapowiadające chorobę, należą do bardzo niepewnych.

John H. Mc Collo m, lekarz z Bostonu, zwraca uwagę na swoiste zmiany brodawek języka, towarzyszące omawianemu cierpieniu. Zmiany języka mogą być mniej lub więcej wyrażone, lecz nigdy ich brak nie było w licznych przypadkach szkarlatyny, spostrzeganych przez autora.

Ażeby objaw powyższy mógł być dobrze widziany, chory powinien wysunąć język, wierzchołek którego podtrzymuje się szpadelkiem. Wtedy zauważyć można, że pap. fungiform., które u człowieka zgrupowane są na końcu i bokach języka, przedstawiają bardzo znaczny rozrost. Wyróżniają się one bardzo wyraźnie od brodawek nitkowatych, nad poziom których wystają i od których różnią się zabarwieniem. Ten charakterystyczny wygląd może mieć dwie postacie: to brodawki mają wygląd małych ziarenek pieprzu z Kaenny, to małych guzików, bardzo wystających nad powierzchnię języka, lecz bez swoistego zabarwienia różowego. Ten szczególnie wygląd brodawek grzybowatych języka, swoisty szkarlatynie, zależy od ich przerostu, będącego następstwem nacieku i przekrwienia naczyń. Zmiany powyższe nie są wyłącznie naczynioruchowe; dotyczą one istotnych zmian zapalnych, równoznacznych z temi, jakie rozwijają się w skórze cierpiących na szkarlatynę.

Wygląd języka malinowy, uważany za objaw klasyczny szkarlatyny, występuje w epoce już rozwijającej się choroby.

Opisane zmiany brodawek języka występują wcześniej od wszystkich innych objawów szkarlatyny i znikają dopiero po 5 tygodniach lub nawet później.

Powiększenie brodawek języka spostrzegać się daje i w innych cierpieniach gorączkowych, lecz w przypadkach tych brodawki grzybowate nigdy tak silnie nie wystają nad poziom brodawek nitkowatych i niema różnicy w ich zabarwieniu.

Występowanie linii białych około paznogi jest dowodem poczynającego się łuszczenia skóry, wskazuje ono również na przebytą chorobę, chociażby wysypki nie było i występuje przeciętnie około 5-go dnia choroby. Objaw powyższy zauważyć można nawet w przebiegu łagodnych postaci szkarlatyny; poprzedza on ogólne łuszczenie się skóry; zjawia się już wtedy, gdy łuszczenie się jest zaledwie widzialne. Jeżeli łuszczenie się skóry jest pochodzenia wątpliwego, albo też wysypki nie było, to wspomniane linie mają znaczenie decydujące, istnieją bowiem zawsze i spostrzegają się tylko w przebiegu szkarlatyny.

*J. Wojciechowski.*

441. Reszetiło. **Czy plamisto-znieczulająca postać trądu jest zaraźliwa?** (Wracz № 16. 1903).

Na skutek rozporządzenia Departamentu Medycznego, odosobniani powinni być tylko chorzy z takimi postaciami trądu, których zaraźliwość została naukowo stwierdzoną. Postać trądu nerwowego, czyli plamisto-aneestetyczna, została zaliczona do niezaraźliwych, jak się zdaje, na tej podstawie, że nie towarzyszą jej wydzieliny, mogące zawierać w sobie laseczniki trądu.

Nowsze jednak badania, przedewszystkiem G l ü c k'a, ogłoszone w 1902 r., przekonywają, że w wydzielinie nosa cierpiących na trąd plamisto—aneestetyczny, znajdują się swoiste laseczniki, jakkolwiek rzadziej, aniżeli w innych postaciach tej choroby. Stiecker, badając wydzielinę trędowatych w Indyach i Egipcie, przekonał się, że na 153 przypadki plamistego trądu tylko w 13 nie było zmian anatomo-patologicznych nosa, pomimo tego jednak w 9-ciu przypadkach ze wspomnianych 13 słuz nosa zawierał liczne laseczniki trądu. Badania trędowatych, dokonane w rozmaitych częściach świata przez K o l l e'go, K o c h'a, B a b e s'a i wielu innych, dały wyniki równoznaczne z powyżej opisanymi.

D a c c o (we Florencyi) przy szczegółowym badaniu jednego przypadku trądu plamisto-zniecz. wykrył swoiste laseczniki w ślinie, śluzowo-krwistej wydzielinie nosa i na powierzchni skóry, a B a b e s wykazał je na błonie śluzowej oczu.

H a u s e n, L o o f t, B a b e s i B l a s c h k o spostrzegali postaci trądu guzowatego u dzieci, zarażonych przez swych rodziców, mających trąd plamisto-aneestetyczny.

W obecnym więc czasie przyjąć należy za fakt ustalony, że laseczniki trądu, odkryte przez H a n s e n'a, znajdują się u osobników trędowatych, cierpiących na postać nietylko guzowatą, ale i plamisto-znieczulającą; u pierwszych znajdują się one w większej ilości, u drugich w znacznie mniejszej. Stwierdzono również, że laseczniki trądu wydzielają się na zewnątrz nietylko z ropą owrzodziałych guzów, lecz i z innymi wydzielinami, a mianowicie: śluzem nosa, wydzieliną oczu, przy kaszlu i wykrztuszeniu płwociny, kichaniu, rozmowie, śluzem macicy i pochwy, wydzieliną kanału moczowego i nasieniem, gruczołami mlecznymi i mlekiem, kałem przy owrzodzeniu kiszki cierpiących na trąd, znaleziono również laseczniki te w śluzie kiszki, otrzewny i płynie opłucny, tylko w moczu nie udało się ich wykryć, jakkolwiek tenże działał silnie trująco na małe zwierzęta.

Niezależnie od nosa, ust i oczu, znajduwano laseczniki H a n s e n'a w bąblach, zawierających płyn ropiasty, występujących często u chorych na nerwową postać trądu.

Ze wszystkimi powyższymi wydzielinami laseczniki trądu wyprawdane bywają nazewnątrz i łatwo spowodować mogą zarażenie. Zazarek udzielić się może zdrowemu człowiekowi nietylko po bezpośrednim zetknięciu się z chorym, lecz i za pośrednictwem innych przedmiotów, np. B a b e s wykrył go w odzieniu, noszonym przez trędowatego, a G a v a g u a na powierzchni złotych monet.

Wszystkie fakty powyżej przytoczone stwierdzają, że nerwowa, czyli plamisto-anestetyczna postać trądu jest zarówno zaraźliwa, jak guzowata, wymaga zatem tych samych środków ostrożności—odosobniania chorych.

*J. Wojciechowski.*

### III. Wiadomości terapeutyczne.

442. D-r B. Buxbaum. **Przyczynek do leczenia zaburzeń płciowych u mężczyzn.** (Blätter für klinische Hydrotherapie, № 6. 1903).

Ponieważ środki farmaceutyczne, stosowane w tych cierpieniach często zawodzą, trwałego uzdrowienia nie dając prawie nigdy, przeto nie dziwnego, że zwrócono się do leczenia fizycznego, wodolecznictwa, które, według jednych (Beruheim, Forel), działa przez sugestię, według innych (Winternitz i jego uczniowie) ma równe prawo bytu z innymi metodami leczenia.

Podobnie do terapii, i patologia tych cierpień jeszcze nie zupełnie ustalona, i często za skutek uważane jest to, co innym razem uchodzi za przyczynę: widzimy często, że neurastenię wywołują zaburzenia płciowe, które znowu są jednym z miejscowych objawów tego cierpienia (neurastenii) i zwłaszcza takie błędne koło przedstawiają zwały (polucye), które wywołują osłabienie mlecza pacierzowego, a to ostatnie sprzyja znowu polucyom. Ciągłe powtarzające się podrażnienie ośrodków erekcyi i ejakulacji dają wstrząśnienia całemu układowi nerwowemu, wywołując. irritatio spinalis et cerebrasthenia. Wówczas to i rodzi się pytanie, czy stosować leczenie ogólne, czy też miejscowe. Pytanie to rozstrzyga autor w ten sposób, że w razie wysokiej nadczułości dróg moczowych psychroforów zaleca nie stosować, a zamiast tego dać aparat chłodzący na okolicę lędźwiowej części mlecza ( $\frac{1}{2}$  godziny), półwanny z deszczem, ruchomym wachlarzem, które to manipulacje znakomite dają wyniki.

Przy nasieniotoku, bez nadmiernej nadczułości, leczenie psychroforami dało dobre wyniki, chociaż w jednym przypadku wszystkie zabiegi okazały się bezskutecznymi, i dopiero pobyt w górskiej miejscowości uzdrowił pacyenta. Oprócz miejscowego leczenia, może okazać się potrzebnem i leczenie ogólne, wzmacniające. Z zabiegów, z korzyścią stosowanych w nasionotoku, zaznaczyć wypada aparaty chłodzące wzdłuż kolumny pacierzowej, kąpiele nasiadowe ( $16^{\circ}\text{C}$ — $10$  minut), prysznic nasiadowy ( $14^{\circ}$ — $18^{\circ}\text{C}$ . 2—3 min.). Przy polucyach najskuteczniejsze są psychrofora, stosowane codziennie wciągu 2—3 tygodni, z coraz grubszymi sondami, z wodą do  $8^{\circ}$ — $10^{\circ}\text{C}$ .; seans trwa 2 min. Do leczenia przystąpić można tylko wtedy, kiedy ogólny stan tego się domaga. Najczęstsze zaburzenie—niemoc płciowa—może być skutkiem chorób ogólnych (diabetes, tabes, nephritis etc., autor w takim

razie poprawy nie widział), lub też nerwową, psychiczną, wreszcie powstającą wskutek przedwczesnego wytrysku. Te ostatnie dwie postaci poddają się leczeniu, które składa się z psychicznego wpływu na chorego i z zabiegów wodoleczniczych, ogólnych i miejscowych.

Stosują się z wybornym skutkiem: krótkotrwałe kąpiele nasiadowe (1—2 min, 10° C), natryski nasiadowe takie same, psychrofony 3—5 min.—10° C.), nacierania, krótkotrwałe kąpiele deszczowe, wachlarz wzdłuż kręgosłupa; oprócz tego używa się jeszcze leczenie elektrycznością, masażem wibracyjnym, gdyż rozmaitość jest tu niezbędną.

*P. Rogoziński.*

443. **Kinner.** **Leczenie klejowatym tlenkiem bizmutowym zaburzeń w trawieniu ssawców.** (Münch. med. Wochensch. № 29. 1903).

W leczeniu chorób żołądka i kiszek u małych dzieci oddają nam wyborne usługi bizmut, tannigen i tannalbina. U ssawców te środki nie działają, gdyż albo dzięki nierozpuszczalności wcale się nie dostają do kiszek, albo po wzięciu odchodzą bez zmiany ze stolcem. Od dobrego antidyspepticum dla ssawców wymagamy, aby je ssawiec bez trudności przyjmował, aby je dobrze znosił, aby zaburzenia kiszki ustępowały szybko i aby nie było objawów ubocznych. Bismutum oxydatum colloidalę posiada te własności. Rozpuszcza się w zimnej i ciepłej wodzie: roztwory 25% mają barwę czerwonon-żółtawą, są bez smaku, roztwory zaś 50% mają spójność syropu. Autor przytacza kilka przypadków, w leczeniu których z dobrym wynikiem używał właśnie tego środka. Przed użyciem przepłukiwał n kiszki i żołądek, używając do tego najpierw wody, a potem roztworu fizyologicznego soli kuchennej. Pierwszego dnia otrzymują ssawcy słabą herbatę, potem mleko mamek albo rozcieńczone krowie. Przy zmianie odżywiania spostrzegano najpierw wpływ na stolec, a potem dawano bizmut. Lawatwy i proszek nie rozpuszczone w pokarmie wcale nie działały. Najlepszym okazał się 10% wodny roztwór tego środka, który w takiej postaci, zmieszany z mlekiem mamki albo krowiem niemowlęta chętne piły z flaszki, nie mając potem wymiotów. Znosi się dobrze i przy użyciu przez dłuższy czas, stolce się prędko poprawiają. Stolce przyjmowały zwykle kolor szary i spójność maści, nim przechodziły do swego zwykłego wyglądu. Wystarczyły dawki po 5 ctm.<sup>3</sup> 10% roztworu od 3—4 razy dziennie. Dawki po 0,5 wywoływały często podrażnienie kiszek, dawki po 0,25 zostawały bez żadnego skutku, albo działały tylko po dłuższym i częstszym użyciu. Dobrze jest używać tego środka i przez kilka dni po wyzdrowieniu. Zauważono, że u zdrowych ssawców bismutum oxydatum colloidalę przyczyniało się do znacznego powiększenia wagi. Środek ten jest wskazany w zapaleniach kiszek, gdzie pożądanem jest lekkie i pewne ściągnięcie błony śluzowej kiszek.

*W. Bichler.*

444. (wb) **Leukoplakia oris.**

Przy leczeniu pleśniicy białawej Marletti łączy użycie dwóch środków jednocześnie, którymi posługiwano się dotychczas oddzielnie. Mianowicie, smaruje błonę śluzową jamy ustnej za pomocą dużego pędzelka wodą utlenioną, w tej chwili zaś potem 5% roztworem boraksu. Pod wpływem tego zabiegu wytwarza się ogromna ilość piany dzięki rozkładowi  $H_2O_2$  i tworzeniu się tlenu in statu nascendi, który niszczy pleśnięcą białawą. Smarowanie należy powtarzać trzy razy na dobę. Te trzy razy wystarczają, by wyleczyć chorych w przeciągu trzech dni. (Sem. méd. № 30. 1903).

445. (wb) **Malaria.**

Reunard otrzymał doskonale wyniki z natrium salicylicum podczas zimnicy w dawkach po 0,6

do 1,2 co 4 godziny. Natrium salicylicum okazało się wyborym środkiem przeciwgorączkowym w tych przypadkach, gdzie chinina nie pomagała lub źle była znoszona. Natrium salicylicum zmniejsza też bóle w dolnych kończynach, tak często występujące w zimnicy. (Sem. méd. № 28. 1903).

446. (wb) **Typhus abdominalis.**

Burzagli poleca siarkę w leczeniu duru brzuszego; daje on ją co 2 godziny po 0,3—0,75. Przed rozpoczęciem powyższego środka—autor przepisuje kalomel jako środek przeczyszczający, przyczem przez cały czas trwania duru dawał on dwie lawatwy dziennie ze słonej przegotowanej wody. Otrzymawał przy tem leczeniu doskonale wyniki i w najcięższych przypadkach duru brzuszego. (Sem. méd. № 29. 1903).

## IV. Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

*Posiedzenie d. 2 czerwca 1903 r.*

Jan Piltz wygłosił rzecz p. t. „Przyczynę do badań nad rozszczepieniem czucia ciepłkowego i bólowego w przypadkach uszkodzenia lub zajęcia rdzenia“ (z przedstawieniem chorego).

Autor podaje dwa następujące przypadki:

1) 16-letni uczeń krawiecki został w d. 1 marca r. b. uderzony nożem w plecy z prawej strony pomiędzy 4 a 5-ym grzbietowym wyrostkiem kołczastym. Chory upadł i został przywieziony do szpitala praskiego. W 3 tygodnie potem P. stwierdził lekkie porażenie z charakterem spastycznym w prawej kończynie dolnej i zniesienie pobudliwości na ból i ciepło po stronie lewej. Okazało się przytem, że granice tych zaburzeń po stronie lewej odpowiadają następującym wysokościami: zniesienie pobudliwości na ciepło (temp.  $50^{\circ} C$ )—linia *A*—sięga od dołu do wysokości 8-go grzbietowego wyrostka kołczastego, zniesienie pobudliwości na zimno ( $t. 0^{\circ}$ )—linia *B*—dochodzi do wysokości 1 lędźwiowego wyrostka kołczastego, a zniesienie pobudliwości na ból—linia *C*—sięga granicy 12-go grzbietowego wyrostka kołczastego,

t. j. znajduje się pomiędzy liniami *A* i *B*. Granice dla temperatur  $+60^{\circ}$  do  $+90^{\circ}$  leżą niżej *A* i zbliżają się do linii *C*.

2) Drugi przypadek dotyczył 18-letniego chłopca, u którego po t. zw. wtórnym jednostronnym rotacyjnym patologicznym zwicnięciu atlasu pozostał obecnie nieznaczny niedowład kończyn po stronie prawej i znieczulenie termiczne i bólowe po stronie lewej. Tu linia *A* (temp.  $50^{\circ}$  C) leży również najwyżej, linia *B* (t.  $0^{\circ}$ )—najniżej, a linia *C*—pośrodku. Przytem w miarę tego, jak wysięk się wsysa, linie te proporcjonalnie się zniżają (linia *A* np. leży obecnie o 6 kregów niżej, niż przed 4 miesiącami). P. z przypadków powyższych wyprowadza wniosek, że lokalizacja zaburzeń czucia przy objawach Brown-Sequarda pozwala umiejscowić uszkodzenie rdzenia, i że włókna czuciowe i bólowe biegną po skrzyżowaniu na obwodzie rdzenia. Mówca na rysunkach ilustrował przypuszczalny przebieg odnośnych dróg czuciowych w rdzeniu.

W dyskusji zabierali głos: Ciagliński, Skłodowski, St. Kopeczyński, Żurkowski, A. i Dunin.

*Posiedzenie d. 16 czerwca 1903 r.*

I. F. Neugebauer demonstrował 2 przypadki obojnactwa wrzekomego.

II. Piltz a) przedstawił chorego, pochodzącego z rodziny dotkniętej w wysokim stopniu krwawością (haemophilia). Najdrobniejszy uraz wywołuje u chorego obrzęk w stawach, bolesność, brak ruchów. Po jednym upadku z roweru dostał bólu w prawej pachwinie, stracił władzę i czucie na prawej nodze. P. stwierdził zanik siły mięśniowej i samych mięśni rozginaczy prawej nogi, brak odruchu kolanowego prawego, zniesienie wszystkich rodzajów czucia skórniego na przedniej powierzchni prawego uda. P. przypuszcza wylew krwawy do mięszu prawego nerwu goleniowego (n. cruralis). Pozatem u chorego istnieje jednostronny objaw Argyll-Robertson'a (prawdopodobnie na skutek wybroczyny krwawej do mózgu). Drugi przypadek, o którym Piltz opowiedział, dotyczył brata poprzedniego chorego, który również dotknięty został identycznym cierpieniem prawego nerwu goleniowego. Oprócz tego wskutek urazu stracił wzrok w jednym oku. Podobno i trzeci ich brat cierpiał na to samo.

W dyskusji Dunin podnosi rzadkość podobnej sprawy.

b) P. przedstawił chorego, dotkniętego rozszczepieniem czucia termicznego i bólowego, o którym mówił na posiedzeniu poprzednim.

III. T. Heiman wygłosił rzecz p. t. „Przyczynek do leczenia spraw ostrych zapalnych ucha środkowego”.

H. przemawia na wstępie za odróżnianiem w celach leczniczych zapalenia zwyczajnego od ropnego w uchu środkowym. O ile w zapaleniu zwyczajnym paracenteza (przecięcie błony bębenkowej) bywa wskazana rzadko i zazwyczaj wystarcza leczenie bezkrwawe, o tyle w ostrem ropnym zapaleniu ucha środkowego wskazane jest przecięcie błony bębenkowej. Rękoczyn ten skraca często czas trwania choroby i może zapobiedz poważnym następstwom. Jednak przy małych

lub wysoko położonych otworach samoistnych błony bębenkowej niezawsze paracenteza bywa wskazaną. Co dotyczy powikłań ze strony wyrostka sutkowego, to, zdaniem Heimana, niema żadnego dowodu na to, ażeby przecięcie błony bębenkowej stanowiło środek zapobiegawczy w tym względzie.

W dyskusyi brali udział: Guranowski, Szumlański, Dobrowolski, którzy przemawiali za wczesnem stosowaniem nacięcia błony bębenkowej w omawianem cierpieniu, oraz Bączkiewicz i Brudziński, którzy na podstawie doświadczenia, zdobytego na dzieciach, twierdzili, że często sama natura wyrezyca w tych razach chirurga i że z tego względu nie należałoby się zbyt śpieszyć z tym rękoczynem.

*Posiedzenie d. 30 czerwca 1903 r.*

I. W. Stankiewicz a) przedstawił dziecko 15-miesięczne, dotknięte od urodzenia silnie rozwiniętą postacią pes valgus. S. zamierza dokonać operacyi, polegającej na wyprostowaniu stopy przez przecięcie powięzi i ścięgien na brzegu zewnętrznym, a nadto przez wypiłowanie klinowato przyrośniętych kości łódkowatej i wyrostka kości skokowej.

b) St. przedstawił: 1) 3 guzy, wyluszczone z szyi chorej na wole (struma parenchymatosa), 2) torbiel wyluszczoną z wola (struma cystica), 3) guz mięszsowy (struma parenchymatosa) wielkości pięści, wyluszczone również z wola, 4) chrząstniak kostny (osteo-chondroma) palca stopy wielkości jaja kurzego, 5) brodawkiwiec (papilloma fibrosum) pęcherza moczowego, rozpoznany ściśle przed operacją przy pomocy cystoskopu.

II. Krajewski przedstawił: a) preparat wrzodu żołądka, wycięty u 60-letniego chorego chorego; b) preparat części odźwiernikowej żołądka z wrzodem okrągłym wielkości miedzianej dziesiątki i z sąsiedztwa wycięty duży gruczoł twardy limfatyczny, c) preparat raka kiszki ślepej i grubej wstępującej. Wszyscy operowani chorzy wyzdrowieli.

III. Bregman przedstawił chorą z niezwykłą dermatoneurozą, występującą napadowo (palenie, zaczerwienienie, swędzenie w obu dłoniach, na zewnętrznej stronie ramion i ud). Po napadzie, który trwa zwykle 2 dni, skóra się łuszczy, zwłaszcza z dłoni schodzi grubymi kawałami. Chora ujawnia różne oznaki neurozy ogólnej.

IV. Miklaszewski przedstawił chorą z wybitną słonowatością (elephantiasis) obu nóg. Leczenie dotychczasowe wyciągiem z gruczołu tarczowego i z nadnercza było bezskuteczne.

V. Sawicki Br. a) przedstawił chorą po operacyi przeszczerpienia kawałka kości sposobem Israel'a, dokonanej z powodu zapadniętego nosa. Wynik kosmetyczny zadowolniający.

b) S. przedstawił pęcherzyk żółciowy, usunięty chorej, cierpiącej na kolkę wątrobową. S. nie wyciął pęcherzyka w całości, a pozostawił zewnętrzną, t. j. otrzewnową jego powłokę, którą wszył w ranę brzuszną i wypełnił gazą. 3 podobne przypadki miały prze-

bieg zupełnie pomyślny. S. poleca ten sposób zwłaszcza w przypadkach zgrubienia ścian pęcherzykowych.

VI. **K a r w a c k i** wygłosił rzecz p. t. „O preparatach kreozotu i o preparacie własnym: kreozalbinie“.

Na wstępie omówił K. różne preparaty kreozotu i ich ważność w leczeniu zwłaszcza gruźlicy, poczem zatrzymał się dłużej nad własnym preparatem—kreozalbiną, t. j. połączeniu białkowym kreozotu, wykazując, iż nie ustępuje on innym preparatom, a pod pewnymi względami (smak, stopień wchłaniania) przewyższa je.

Dunin w dyskusyi poleca kreozalbinę.

VII. **M i k l a s z e w s k i** opowiedział o przypadku porażenia połowicznego przestankowego nie czynnościowego. Dotyczył on 60-letniej staruszki, która w ciągu miesiąca 5 razy doznawała nagle typowego porażenia połowicznego, trwającego kilka godzin i przemijającego bez śladu. M., wyłączwszy mocznice, przypuszcza chwilowe, przemijające kurczenie się zupełne naczyń, dochodzących do torebki wewnętrznej, co u ludzi z rozlanem stwardnieniem tętnic jest rzeczą możliwą. Podobny przypadek widział M. przed 10-u laty u 80-letniej staruszki, która nazajutrz po prawostronnem porażeniu połowicznym zupełnie dobrze władała kończynami.

W dyskusyi brali udział: **B i r o**, **W i n i a r s k i** i **S t. K o p e c z y ń s k i**, prezes **D u n i n**. Dwaj ostatni mówcy uważają przypadek M. za ciemny.

*Bornstein.*

## KRONIKA BIEŻĄCA.



*Dnia 15 listopada 1903 r.*

### — Z praktyki sądowej.

W końcu z. m. II wydział Sądu Okręgowego sądził sprawę niejakięj **Moszkowicz**, akuszerki, oskarżonej o przyczynienie się do śmierci położnicy skutkiem jawnej nieostrożności i niedbalstwa.

Sprawa w zarysach krótkich była następująca.

W r. 1896 do rodzącej po raz drugi, 20-letniej, żony szewca została wezwana **Moszkowicz**, uważana przez męża za osobę odpowiedzialną, jako akuszerka z patentem rządowym. **Moszkowicz** pozostawała cały czas przy chorej, która urodziła w ciągu 6 godzin dziecię zdrowe zupełnie i odeszła po ukończonym porodzie; na drugi dzień wystąpiła gorączka i silne bóle w brzuchu, czem zaniepokojony mąż wezwał akuszerkę **M.**, która jednak uspokoiła go, że chorej nie grozi i że bóle być muszą. Gdy mimo to stan chorej pogarszał się, wezwano lekarza, kol. **Meyera**, który stwierdził: rozerwanie krocza drugiego stopnia, nalot błonicy na rozerwanej części krocza, wpływ cuchnący z macicy oraz zapalenie przerzutowe w stawie przedramiennie-napięstkowym prawym. Wobec warunków niepomyślnych



i stanu chorej kol. M. oraz wezwany następnie kol. G r o m a d z k i zalecili chorej pobyt w szpitalu.

Tu rozwinęła się, mimo środki stosowane, typowa ropnico-posocznica, chora zmarła, a na sekcji stwierdzono roпно przerzutowe w płucach i opłucny oraz stłuszczenie serca, nerek, wątroby, śledziony, z punktem wyjścia z macicy. Świadkowie stwierdzili te fakty, a biegły kol. J. Z a w a d z k i orzekł, iż w danym razie wina akuszerki polegała na pozostawieniu krocza pękniętego bez zaszycia, do którego obowiązana była wezwać lekarza, oraz na lekceważeniu zdrowia chorej przez zatajenie istotnej groźby położenia przed otoczeniem. Pozostawiając ranę obszerną, otworzyła wrota zakażeniu, którego źródła dojść nie zawsze w tych razach można.

Sąd w I-ej instancji skazał Moszkowicz na pozbawienie prawa praktyki aż do złożenia ponownego egzaminu.

Sprawa ta może być prejudykatem dla innych spraw tego rodzaju i doniosłe posiada znaczenie.

Na usprawiedliwienie akuszerki można by rzec, że kończyła naukę w latach 70-tych, kiedy postępowanie przeciw-, a tembardziej bezgłnne było zaledwie w zawiązku, wobec tego czyby wogóle nie należało czynić zastrzeżenia w patentach na akuszerki, że co lat 5 zmuszone są odbywać choćby 3-tygodniową praktykę w instytucie położniczym. W czasie tej praktyki można by przekonać się, czy akuszerka jest wistocie uzdolniona do pełnienia obowiązków, ewentualnie praktykę przedłużyć.

(Jaw.) W lipcu, w roku przyszłym przypada X Zjazd lekarzy i przyrodników we Lwowie. Przygotowania na zjazd ten są w pełnym toku. Wszystkim nam zależy, aby Zjazd ten nietylko dorównał swym poprzednikom, powiedzmy więcej, aby je dobozem i ilością prac ze wszystkich działów medycyny przewyższył i wogóle, aby się pod każdym względem udał.

Powodzenie zjazdu w znacznej mierze jest zależne od organizacji. Otóż, organizacya ta odnośnie do nas, t. j. lekarzy, zamieszkałych w Warszawie i innych miastach Królestwa, wymaga pewnej reformy, która tylko od nas samych wyjść może i powinna. W Krakowie i we Lwowie kierunek i przewodnictwo w pracach przygotowawczych Zjazdu biorą na siebie profesorowie klinik, oddzielne komitety, towarzystwa np. ginekologiczne lekarzy galicyjskich, u nas wszystko pozostawione jest inicjatywie mniej lub więcej chętnej i w różnym stopniu uzdolnionej do przedsięwzięć naukowych jednostce.

Do tego dodamy, że brak środków i pomocy doświadczonej, składają się na to, iż nawet energiczniejsze jednostki znajdują duże przeszkody w doprowadzeniu zamierzonej pracy do celu. Ztąd wypływa mały udział nasz w naszych Zjazdach lekarskich. A udział ten, choćby nawet bierny, daje pewne świadectwo o poziomie wykształcenia specjalnego pewnej grupy lekarzy w danej miejscowości; o żywszem zainteresowaniu się pytaniami, natury bądź praktyczne, lub teoretycznej pewnego działu medycyny.

Już sama ilość prac i referatów bywa świadectwem większego, lub mniejszego ruchu naukowego danej sfery specjalistów. Również udział przez zabranie głosu w rozprawach daje miarę o tem, czy dana grupa specjalistów interesuje się postępowaniem właściwego odłamu wiedzy lekarskiej i czy w istocie stoi ona na współczesnym poziomie nauki. Dlatego obecność na posiedzeniach sekcyjnych, zabieranie głosu w rozprawach, są ważne i cenne dla uczestników i znakomicie wpływają na ostateczny wynik, powodzenie zjazdu.

Kierownictwo w organizowaniu sekcji wziąć by na siebie powinni koledzy, prowadzący oddziały szpitalne, koledzy asystenci klinik. Przedewszystkiem na tych kolegach leży obowiązek wzięcia żywszego udziału w naszych Zjazdach, niż to dotychczas bywało. Ja sędzę, że zrzeszanie się w tym celu pracujących na oddziałach szpitalnych przy umiejętnej wskazówce, życzliwej radzie, a nadewszystko pewnem doświadczeniu w tym względzie kierowników oddziałów i ewentualnie osób ad hoc zaproszonych, mogłoby wydać jaknajlepsze rezultaty pod względem ilościowym i jakościowym dla Zjazdu. Ciż sami kierownicy, wspólnie się naradzając nad wyborem tematów, najwłaściwszem ich opracowaniem, nadali by pracy przygotowawczej pewną celowość, a dopomagając radą, wskazówkami mniej doświadczonego kolegom, znakomicie wpłynąć by mogli na wartość i powodzenie Zjazdu.

Taka, lub na podobnych zasadach oparta, organizacja stworzyła by nie tylko szlachetne współzawodnictwo w zamierzonych pracach, lecz również zapobiegła by „zapowiedziom“ odczytów, które nigdy do skutku nie przychodzą, a także podniosła by poziom wymagań rozpraw, które na Zjazdach naukowych nigdy i w żadnym razie, nie powinny mieć cechy „gawędziarskiej“.

—z— 8 b. m. został poświęcony nowy lokal Tow. dor. pom. lek. przy ul. Leszno № 52. 15 b. m. poświęcono i otwarto zakład higieny dziecięcej im. bar. Leuval'a.

---

## Z M A R L I.

---

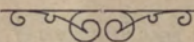
D-r Leon K u l s k i, syn lekarza, zmarł dnia 4 b. m. w Nowo-Radomsku, przeżywszy zaledwie lat 28. Po ukończeniu gimnazjum piotrkowskiego, wstąpił na wydział lekarski uniwersytetu w Moskwie, który w r. 1898 chlubnie ukończył. Następnie udał się na dalsze studia zagranicę, pracował przez czas dłuższy w klinice K o r e z y Ń s k i e g o w Krakowie, O p p e n h e i m'a i innych w Berlinie i Wrocławiu, poczem w początkach roku 1901, osiadł w Warszawie, gdzie początkowo był asystentem w szpitalu św. Jana Bożego, a następnie ordynatorem kliniki terapeutycznej szpitalnej w szpitalu Dzieciątka Jezus. Na tydzień przed śmiercią wyjechał z Warszawy do ojca.

Zmarły odznaczał się pięknymi cechami charakteru i nadzwyczajną łagodnością, pracował dużo nad udoskonaleniem się w swej ukochanej specjalności—chorobach nerwowych i psychiatrii, był współpracownikiem „Nowin Lekarskich“.

Cześć jego zacnej pamięci!

*Kaz. Dudrewicz.*

D-r Aleksander Z a w a d z k i, b. ordynator szpitala Ujazdowskiego, dnia 4 b. m. w Warszawie.



---

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

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

---

Дозволено Ценаурою. Варшава 3 Ноября 1903 г.

### *Thiocol* „Roche“

Najlepszy preparat Guajakolu, rozpuszczalny w wodzie, bezwonny, nietrujący. Doskonały środek przeciw gruźlicy i przy rozwołnieniu.

### *Sirolin* „Roche“

Przyjemnego zapachu i smaku. Syrop, idealna forma leczenia Kreozotem.

### *Sulfosotsyryp* „Roche“

Kreozot w postaci Syropu, specjalnie zalecany w praktyce u biednych.

# *Protylin* „Roche“

*trwały i zupełnie nietrujący Preparat Białkanu fosforu [zawierający 2,6% fosforu].*

*Protylin* z najlepszym wynikiem wypróbowany na klinice Chirurgicznej w Bernie przez Dyr. Prof. D-ra T. Kocher'a, jak również i na Uniwersyteckiej Klinice Berlińskiej przez tajnego radcę D-ra Prof. von Leyden'a.

Jego lecznicze i wzmacniające skutki były stwierdzone przy Krzywicy, Zółzach, Próchnieniu kości, Nerwicach, Hysterii, Anemii, Kacheksyi i chorobie Basedowa.

w ogóle *Protylin* dla ludzkiego organizmu ma to znaczenie, co superfosfaty dla roślin.

Prócz czystego *Protylinu* używa się jeszcze czasami związek:

*Protylinu z żelazem* (Zawierający żelaza 2,3%)

*Protylinu z bromem* (Zawierający bromu 4%).

*Protylinu* i związku jego z żelazem prosimy żądać **nie** w postaci oddzielnych proszków, lecz oryginalnych paczek po 25, 50, 100 lub 250 gram. zawierających.

Próby i broszury na żądanie P. P. lekarzy gratis dostarczamy.

jedyni Fabrykańci:

**F. Hoffmann-La Roche et Comp.**, Fabryka chem. farmac. produktów  
Basel (Szwajcarya) **Grenzach** (Baden).

### *Airol* „Roche“

najlepszy bezwonny preparat zastępujący jodoform.

### *Asterol* „Roche“

rozpuszczalny w wodzie preparat Hg. nie zcinający białka, nie niszczący narządzi.

### *Thigenol* „Roche“

Syntetyczny związek siarki z 10% org. związ. siarki. Bezwonny preparat zastępujący Ichtyol.