

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYPADEK GASTROSTOMII

PRZY ZWĘŻENIU PRZĘŁYKU RAKOWEM.

Podał

Antoni Gabszewicz.

Wiemy wszyscy dobrze, do jak ważnych chorób zaliczają się wszelkiego rodzaju przeszkody w drożności przełyku; odżywianie staje się z początku utrudnionem, ostatecznie zupełnie niemożliwem, i co za tem idzie, śmierć głodowa osobnika, jeżeli interwencja chirurga wcześniej nie przyjdzie z pomocą. Chirurgija w ostatnich dziesiątkach lat uczyniła na tem polu dość znaczne postępy. Naturalnie wyniki wdania się chirurgicznego znajdują się w prostym stosunku do przyczyny wywołującej zwężenie, lub nawet zupełną niedrożność przełyku. Przyczyny te są dwojakie: jedne, które działały pod jakąkolwiek postacią na drodze mechanicznej lub chemicznej na błonę śluzową przełyku i wywołały w nim bliznowate zwężenie; drugą bardzo częstą przyczynę zwężenia stanowią nowotwory, najczęściej naturalnie raki, i to przeważnie raki twarde; rak rdzeniowaty wskutek swego szybkiego rozpadu jeszcze przed możliwem wystąpieniem objawów zwężenia sprowadza charłactwo, upadek sił chorego, wreszcie śmierć.

Otóż, co się tyczy pierwszej kategorii zwężeń tak zwanych bliznowatych, wywołanych najczęściej przez oparzenia środkami żrącymi, rzadziej przez ciała obce, utkwione w przełyku i raniące błonę śluzową i warstwę mięśniową, jeszcze rzadziej przez sprawy wrzodziejące przymiotowej lub gruźliczej natury, to dla usunięcia ich zastosowywano szereg rękoczynów względnie z niezłemi wynikami. Najczęściej naturalnie, a właściwie w każdym przypadku istnienia ograniczonej drożności przełyku, rozpoczyna się leczenie od rozszerzania za pomocą zgłębników; tam gdzie rozszerzanie nie dawało żadnego wyniku, lub nie można go już było stosować, w tych przypadkach uciekano się krwawych operacji, mianowicie: 1) nacięcie przełyku od wewnątrz (*oesophagotomia interna*), pierwszy raz wykonane przez MAISONNEUVE'a; daje się ono jednak zastosować tylko w tym razie, kiedy stopień zwężenia pozwala jeszcze na przeprowadzenie narzędzia.

2) Przecięcie przełyku od zewnątrz (*oesophagotomia externa*) było tylko kilka razy wykonanem przy bliznowatych zwężeniach, i prawie we wszystkich przypadkach zakończyło się wkrótce po operacji śmiercią; o wiele więc lepszy wynik dają zewnętrzne przecięcia przełyku, dokonywane wobec ciał obcych uwięznię-

tych w przelyku, gdyż podług statystyki, zebranej przez FISCHER'a GEORG'a na 80 przecięć przelyku od zewnątrz było 64 wyzdrowień, a śmierć nastąpiła w 16 przypadkach. Operację tę wykonywa się na miejscu samego zwężenia, lub też nieco powyżej, i naturalnie daje się ona zastosować tylko w tych przypadkach, w których zwężenie znajduje się w dostępnej jeszcze, t. j. w szyjowej części przelyku.

3) Następnie tak zwane połączone przecięcie przelyku, w którym najpierw dokonywa się przecięcia od zewnątrz, a następnie przez utworzoną ranę przecina się zwężenie, do którego naturalnie przy podobnem postępowaniu dostęp jest o wiele łatwiejszy, niż przez usta; w dalszym ciągu stosuje się rozszerzanie za pomocą zgłębników. Operacja ta, po raz pierwszy zalecona i wykonana przez OGSTON'a, była jeszcze stosowaną w 2 przypadkach przez GUSSENBAUER'a, raz przez BERGMANN'a i raz przez SAUDS'a; wyniki względnie o wiele lepsze, niż po stosowaniu samego przecięcia przelyku od zewnątrz.

4) Rozcięcie żołądka i utworzenie stałej przetoki żołądkowej (*gastrostomia*); operacja ta jest *ultimum remedium* tam, gdzie inne sposoby leczenia bezwzględnie nie dadzą się zastosować. Operacja ta, dokonywana z powodu bliznowatych zwężeń przelyku, stosunkowo daje niezłe wyniki, gdyż podług zestawień Gross'a odsetek śmiertelności wynosi 30%.

5) Na większe uwzględnienie zasługuje rozcięcie żołądka z następczem rozszerzeniem zwężenia od dołu, i w razie przywrócenia drożności przelyku zaszyciem przetoki żołądkowej. Operacja ta przy bliznowatych zwężeniach pomyślnie wykonaną była przez SCHATTAUER'a, BERGMANN'a, CAPONOTTO, LORET'a; ostatni aż 3 razy wykonał ją z pomyślnym wynikiem.

Tyle różnorodnych rękoczynów mamy do rozporządzenia wobec istniejących bliznowatych zwężeń przelyku. Te same rękoczyny można zastosować i przy zwężeniach przelyku, spowodowanych przez raka, ale warunki i wyniki w ostatnim razie muszą być daleko gorsze. I tutaj, wobec występujących objawów zwężenia, większość chirurgów radzi najpierw przy raku twardym rozpocząć od rozszerzania za pomocą zgłębników; nie jest ono jednak tutaj tak obojętne, jak

Z DZIEDZINY ETYKI LEKARSKIEJ.

Jakkolwiek moralność dla społeczeństwa danej cywilizacji może tylko być jedną, niemniej odrębne stanowiska społeczne wymagają szczególnego nacisku na jedne paragrafy ogólnie obowiązującego kodeksu moralności, pozwalając pewnych ulg w stosowaniu się do paragrafów innych. I tak np. pobłażliwość i tkliwość są cnotami bardzo cennymi u siostry miłosierdzia, natomiast sprawiedliwość surowa i hart duszy — u wodza wojowniczych szeregów. Gdy u artysty bezstronność jest cnotą, wprawdzie bardzo piękną, ale zaledwie w wyjątkowych tylko chwilach życia pożyteczną, gdy brak tej cnoty wcale niemal nie obniża wartości społecznej artysty danej miary, to u sędziego bezstronność jest cnotą zasadniczą, bez niej wartość jego społeczna staje się ilością wysoce ujemną. Jeżeli cheiwość będzie niesympatyczną właściwością kupca, a zabiegliwość bodaj jego cnotą, to u lekarza zabiegliwość brzydką

przy zwężeniach natury bliznowatej; może nieraz być przyczyną poważnych powikłań, i dlatego niektórzy z chirurgów, między innymi JOHN BERG, radzi stanowczo zarzucić ten sposób postępowania. Wspomniany wyżej chirurg radzi w tych przypadkach, gdzie to jest możliwem, t. j. przy raku przelyku w szyjowej części wykonywać przecięcie przelyku od zewnątrz z utworzeniem przetoki przelykowej; jednocześnie zaleca, co i w przypadku przez siebie operowanym zastosował, przyszywać brzegi błony śluzowej przelyku do rany skórnej, przez co unika się później możliwych powikłań pod postacią flegmon, zacieków. Pomimo że wyniki tej operacyi wcale się świetnie nie przedstawiają, jednakże w tych przypadkach, w których raka siedzi w szyjowej części przelyku, przecięcie przelyku zewnętrzne powinno mieć pierwszeństwo przed utworzeniem przetoki żołądkowej. Słuszność tej zasady potwierdziła większość chirurgów na zjeździe międzynarodowym lekarskim w 1884 roku. Gross w swej statystyce zebrał 21 przypadków przecięcia przelyku od zewnątrz z powodu raka; w 17 razach śmierć nastąpiła wkrótce po operacyi, a z 4 pozostałych przy życiu jeden tylko operowany żył 16 miesięcy. JOHN BERG zebrał 32 przypadki tej operacyi, nie przytacza jednak wyników z wyjątkiem swego przypadku, w którym operowany po 3 miesiącach czuł się zupełnie dobrze i odżywał się doskonale przez przetokę przelykową. Przy raku przelyku raz jeden tylko SCHILTZ wykonał przecięcie przelyku od wewnątrz, i chory żył jeszcze przez 6 miesięcy. Oprócz tego z powodu raka przelyku zastosowano dotychczas w 10 przypadkach wycięcie części zrakowaciej. Pierwszy raz wykonał tę operacyję CZERNY w 1877 r.; chora jego żyła potem przez 1½ roku; po nim wykonali ją BERGMANN, NOVARO, BILLROTH, THIERSCH, IVERSEN, ISRAEL i MIKULICZ; operowany przez MIKULICZA żył 11 miesięcy; w innych przypadkach śmierć następowała w okresie od 3—6 tygodni. O ile sobie przypominam, u nas D-r JAWDYŃSKI wykonał tę operacyję; opisu jednak tego przypadku nie znalazłem.

Naturalnie wyżej wymienione sposoby operacyjne mogły być stosowane tylko przy rakach, znajdujących się w szyjowej części przelyku. Rzadko jednak stosunkowo zdarzają się one w tem miejscu; częściej, podług zdania KOENIG'a

będzie wadą, a chciwość jadem, niweczającym niemal całą jego wartość społeczną. Jeżeli libertynizm jest grzechem nieważkim na szali wartości aktorki utalentowanej, staje się on zbrodnią bardzo ciężką u przewodniczki szkoły dziewcząt.

Stosunek pewnych warstw lub stanów do reszty społeczeństwa bywa tego rodzaju, że wytwarzają się zeń zupełnie odrębne kombinacyje wzajemnych zetknięć i wpływów, wymagające pewnych szczególnych zasad moralności, pewnej swoistej etycznej taktyki. Również sama wewnętrzna budowa odrębnych stanów może być dość odrębną, by potrzebowała szczególnych paragrafów etyki, dla regulowania wewnętrznych swych stosunków.

Stan kapiański, ze względu na wyjątkowy swój stosunek do społeczeństwa, musi przestrzegać pewnych odrębnych, jego tylko obowiązujących przepisów; zupełnie swoistemi są zasady moralne, obowiązujące we wszystkich państwach korporacyję policyi, jako bezpośrednich stróżów prawa. Ksiądz na spowiedzi rozgrzesza lub nakazuje pokutę i milczy. Prokurator spowiadającego się przestępcę oskarża i potępia. Jeden i drugi postępują wprost odwrotnie, obaj równie etycznie.

W pewnych zawodach hierarchiję stanowisk dyktuje władza najwyższa, stanowcza i miarodajna. Cechą moralną wzajemnego stosunku stojących na

i ZENKER'a, występują w dolnej lub środkowej części przełyku. W ostatnim razie rzecz prosta, kiedy drożność przełyku dochodzi do *minimum*, nic innego nie pozostaje, jak dla ratowania chorego od głodowej śmierci, wykonać przecięcie żołądka i utworzyć stałą przetokę żołądkową. Ta jedyna operacja jest tylko wtedy wskazana; naturalnie, że przy raku przełyka nie próbowano wcale po otworzeniu żołądka starać się od dołu rozszerzać zwężenie, co dawało, jak wyżej wspomnieliśmy, niezłe wyniki przy zwężeniach bliznowatych. Operację powyższą pierwszy raz zaproponował WATSON; wykonał ją jednak dopiero SEDILLOT w roku 1849, wkrótce po nim FENGER, a najwięcej przyczynili się do jej rozpowszechnienia VERNEUIL i TRENDELENBURG. Od tego czasu ilość ogłoszonych gastrostomij znakomicie wzrosła, pomimo, że wyniki jej wcale nie są świetne; ale też i to trzeba mieć na uwadze, że operację powyższą wykonywa się więcej ze względów humanitarnych i na wyraźną prośbę chorego. GROSS w swej statystyce zebrał 167 gastrostomij, dokonanych przy raku przełyku do roku 1884; w 47 przypadkach śmierć nastąpiła zaraz po operacji, w 63 w przeciągu pierwszego miesiąca, w 28 w czasie od jednego do 10 miesięcy i tylko 18 operowanych żyło dłużej niż 10 miesięcy. Od chwili ogłoszenia statystyki GROSS'a w 1884 roku znowu w ostatnich latach przybyła pokaźna ilość gastrostomij: jeden przypadek BARVELL'a; gastrostomija dokonana na 2 posiedzeniach. Śmierć po 5 miesiącach.

Jeden przypadek DENT'a; gastrostomija na 2 posiedzeniach; śmierć po kilku dniach. MOSETIG MOORHOF'a; operacja na 2 posiedzeniach; śmierć po 4 tygodniach. Na klinice ALBERT'a, podług MAYDL'a, dokonano 30 gastrostomij; większa część operowanych zmarła wkrótce po operacji; niektórzy jednak żyli jeszcze w 10 miesięcy po operacji.

V. HACKER opisuje 3 gastrostomije, wykonane na klinice BILLROTH'a: dwóch zaraz zmarło, a jeden żył 1½ miesiąca; operacji tej dokonywano na 2 posiedzeniach.

Jeden przypadek COLLIUS WARREN'a; operacja na 2 posiedzeniach; śmierć po 4 miesiącach.

różnych szczeblach hierarchii będzie tu ślepa uległość w kierunkach przez tęż władzę wskazanych; w innych zasadą różnic hierarchicznych stanowi zasługa osobista, kolegijalne uznanie, lub *vox populi*; w tych szczególnych przypadkach szczególnymi będą obowiązki moralne we wzajemnych stosunkach towarzyszy w danym zawodzie.

Uwagi wyżej przytoczone usprawiedliwiają potrzebę specjalnych kodeksów moralności dla szczególnych stanów społecznych — kodeksów specjalnych, które bynajmniej nie wyzwalają z pod zasadniczych i ogólnie obowiązujących zasad moralności. Celem tych kodeksów nie powinien być nigdy interes stanu, a zwłaszcza podporządkowanie jego interesowi interesu ogółu społeczeństwa; inaczej byłaby to *contradictio in adjecto*, byłyby to kodeks moralności niemoralnej. Celem takich kodeksów ma być przede wszystkim uczynienie danego stanu jaknajpożyteczniejszym dla ogółu; a jeżeli w danej chwili broni interesów stanu, to tylko jako cząstki całości społecznej, a nie w przeciwstawieniu do niej. Jeżeli jednym z motywów danego szeregu paragrafów kodeksu zawodowego będzie — podniesienie godności danego zawodu, to przede wszystkim nie dlatego, by inne zawody poniżyć. Niechaj zawód każdy, stosownie do szczególnych warunków swego

Przypadek JAMES'a MURPHY: gastrostomija na 2 posiedzeniach; operowany żył 14 miesięcy i umarł z powodu krwotoku z aorty, przezartej przez nowotwór.

QUETSCH opisuje 3 gastrostomije, dokonane w klinice LUECKE'go na 2-ch posiedzeniach; śmierć w kilka dni po operacyi.

SONNENBURG wykonał 4 gastrostomije: po jednej wykonanej na jednym posiedzeniu chory zmarł na drugi dzień; jeden umarł po kilku dniach, jeden w kilka tygodni i jeden tylko operowany żył przez 6 miesięcy.

Przypadek ROBSON'a: operacyja na 2 posiedzeniach; chory żył 11 miesięcy. HAHN dokonał 15 gastrostomij; wyniki ostateczne dotychczas nieogłoszone.

HADRA wykonał jedną gastrostomiję: chory miał się dobrze po 4 tygodniach; przybyło mu na wadze.

TERRIER — jedna gastrostomija; operowany żył przez 3 miesiące.

Dołączywszy więc do statystyki GROSS'a, obejmującej 167 gastrostomij, jeszcze wyżej cytowane 63 przypadki, operowane w ostatnich latach, mój jeden, jaki poniżej opiszę, otrzymamy ogólną sumę dotychczas dokonanych i ogłoszonych przecięć żołądka 231.

Co się tyczy wykonywania samej operacyi, to, przystępując do niej, powinno się mieć przeważnie na względzie dwa główne cele, t. j.: dobre i pewne ustalenie żołądka w ranie, a następnie po utworzeniu przetoki zabezpieczenie i ograniczenie do *minimum* wylewania się zawartości żołądka przez przetokę na zewnątrz. Co do pierwszego, to prawie wszyscy autorowie zgadzają się na to, że jedynie ustalić można dobrze żołądek w ranie przez dokładne i gęsto nałożone szwy, obejmujące skórę, otrzewną ścienną, otrzewną żołądka i warstwę jego mięśniową. Miejsce, w którym należy wykonywać cięcie w skórze, mniej więcej z małemi odmianami do ostatnich czasów jest to, jakie zalecał FENGER, t. j.: cięcie rozpoczyna się nieco poniżej wyrostka mieczykowatego z lewej strony i prowadzi się na 10 ctm. mniej więcej długości w kierunku od wewnątrz ku dołowi i na zewnątrz równolegle do łuku żebrowego i w odległości 1 ctm. od tego ostatniego. W tym kierunku postępując, przecina się skórę, lewy mięsień prosty i mięsień skośny zewnętrzny, przecinając jednocześnie w tem miejscu końcowe gałązki *art. epigastricae int. sin.*

bytu, zmierza do podniesienia godności swej i swego dostojeństwa, wtedy godność i dostojeństwo całego danego społeczeństwa się podniesie. Już uszlachetnianie się jednego zawodu oddziaływa moralnie dodatnio na inne. Gdyby np. wszyscy przedstawiciele prasy bardziej dbali o godność swoją i dostojeństwo, zyskałaby na tem powaga słowa publicznego, zyskaliby więcej światła czytający toż słowo.

Powaga słowa publicznego... godność prasy... godność stanu lekarskiego... oto motywy, które w ostatnich czasach zwróciły myśl naszą znowu do kwestyi kodeksu etyki lekarskiej, którą kiedyś na tem miejscu poruszaliśmy.

*

*

*

Spółczeństwo moralnie zdrowe ma urzędników pełnych godności, pełnych godności pisarzy, adwokatów, lekarzy, pełnych godności rzemieślników, kupców i robotników. W społeczeństwie moralnie upadającym wszystkie te warstwy tracą poczucie godności własnej i własnego dostojeństwa, zarówno w znaczeniu osobistem, jak i stanowym.

Nie jestem statystą, nie umiem chwycić tętna całości życia społecznego, nie ośmieliłbym się zresztą być sędzią całego społeczeństwa, ale pewne fakty, doty-

łączące się z końcowymi gałązkami *art. mammae int.*. Następnie przecina się tylną pochwę mięśnia prostego, powieź poprzeczną i otrzewną ścienną na długości, odpowiadającej długości rany skórnej. Cięcie robi się tak długie dlatego, aby ułatwić odszukanie żołądka, który w podobnych razach jest nadzwyczaj skurczony, mały i najczęściej leży po za okrężnicą poprzeczną; w przypadku np. MOSETIG-MOORHOF'a żołądek był tak mały, że z trudnością mógł pomieścić niecałe 100 grm. płynu. Po ustaleniu żołądka za pomocą szwów w ranie, pozostaje utworzenie przetoki; otóż przecięcie żołądka na długość nie powinno przenosić 1 ctm., gdyż i tak często później przetoka się sama znakomicie powiększa. Przecięcia żołądka dokonywa się zwykle nożem, chociaż niektórzy chirurdzy, jak HAGEDORN, SONNENBURG, otwierali go za pomocą żegadła PACQUELIN'a, dowodząc, że ten sposób otwierania żołądka ma znakomicie ograniczać następcze wylewanie się zawartości żołądka.

Kwestyja, czy operację całą robić na jednym posiedzeniu, czy też otwierać żołądek dopiero na drugim posiedzeniu, przedstawia dotychczas sprawę sporną; w większości przypadków, jak to widzieliśmy z przytoczonej statystyki, operację tę uskuteczniano na 2 posiedzeniach. Niektórzy jednak operatorowie, jak ZESAS, TERRIER, DELAGÈNIÈRE, radzą, właściwie ze względu na fatalny stan chorego, wykonywać operację na jednym posiedzeniu, co, podług ich zdania, po dokładnym ustaleniu żołądka daje się stosować bez narażania operowanego na jakieby niebezpieczeństwo. Trudno jednak zgodzić się z SONNENBURG'iem i TERRIER'em na to, aby wykonywać tę operację jaknajwcześniej, t. j. wtedy, kiedy chory nie może już przełykać stałych pokarmów, ale płynne dobrze jeszcze polyka; naturalnie operacja, w takich warunkach wykonana, może dawać lepsze wyniki w stosunku do samej operacji, gdyż robiłoby się ją na chorym, względnie jako tako odżywianym i niezupełnie jeszcze wyniszczonym; z drugiej strony jednak odżywianie chorego przez przetokę żołądkową należy do tak przykrych, że zawsze na tę operację należy patrzeć jako na środek ostateczny, i przystępować dopiero do niej wtedy, kiedy chory nie jest w stanie przełknąć płynnych pokarmów w ilości dostatecznej dla podtrzymania życia. Wszyscy autorowie zgadzają

czące sfery lekarskiej, budzą we mnie przekonanie bolesne, że godność stanu lekarskiego u nas posuwa się po równi pochyłej, niestety, nie w kierunku do jej brzegu szczytowego. Obym się bardzo mylił, oby te objawy, które są bez żadnej wątpliwości objawami patologicznymi moralnych stosunków stanu lekarskiego u nas, były tylko objawami przelotnego, poronnego zakażenia, które zdrowia całego ustroju na szwank nie narazi, nie zaś zwiastunami rozpoczynającego się długotrwałego charłactwa.

Nikt bardziej od nas nie jest przekonany o konieczności popularyzowania wszelkiej nauki, ale od zaznajamiania publiczności z wynikami nauki do wytaczania przed jej *forum* rozpraw, t w o r z ą c y c h n a u k ę, to droga daleka: gdy pierwsze przynosi publiczności istotny pożytek, drugie przyczynia i publiczności i nauce szkodę.

O brak liberalizmu nie pozwolę się posądzić, twierdzą jednak, że o ile jest słuszną i pożyteczną dla sprawiedliwości publiczna procedura sądowa, publiczne postawienie kwestyi przez prokuratora i obrońcę, także wysłuchanie świadków i podsądnego, publiczne wreszcie ogłoszenie wyroku, o tyle szkodliwym dla sprawy sprawiedliwości byłoby nietajne śledztwo pierwotne, oraz publiczne rozprawy

się na to jednoznacznie, że okolica żołądka, w której powinno go się przyszywać w ranie, i w której należy utworzyć przetokę, ma się znajdować w pobliżu wpustu żołądka.

Bardzo nieprzyjemną stroną tej operacji stanowi ta okoliczność, że dotychczas niepodobna było dostatecznie zapobiegać wylewaniu się zawartości żołądka na zewnątrz; różnorodne pomysły przez wielu chirurgów obturatury niedokładnie spełniały swe zadanie, przez co zawartość żołądka się wylewała, przetoka znacznie się powiększała, a w niektórych przypadkach następowało i odklejanie się od rany przyszytego żołądka. Otóż, mając te niedogodności na względzie, HAHN w roku zeszłym ogłosił nowy sposób postępowania, zupełnie różny od poprzednio stosowanego, opierając się na 8 dokonanych przez siebie gastrostomijach. Sposób, przez niego zalecany, właśnie ma mieć to głównie na względzie, aby z jednej strony doskonale zabezpieczyć ustalenie przyszytego żołądka, a z drugiej, aby uczynić niepotrzebnem użycie wszelkich obturatów. Aby jednak osiągnąć to zadanie, HAHN wykonywa właściwie 2 operacje zamiast jednej, mianowicie: najpierw robi zwykle FENGER'owskie cięcie równoległe do lewego łuku żebrowego, otwierając jamę otrzewnej, i odszukuje żołądek; następnie w 7 lub 8-em międzyżębrzu z lewej strony, zaczynając tuż od miejsca połączenia chrząstek żebrowych, robi drugie cięcie długości około 3 ctm., przecinając wszystkie warstwy aż do otrzewnej; otrzewną rozcina nożem i przez otwór, w niej zrobiony, wprowadza pincet PÉAN'a; pincetem tym chwyta część żołądka, w pobliżu wpustu trzymanego w palcach ręki lewej, i wyciąga na zewnątrz, co najmniej, na 1 ctm.; występującą część żołądka przyszywa w ranie zwykłym sposobem; pierwszą ranę szczelnie zamyka szwami. Podług doświadczeń HAHN'a, miejsce do przyszycia żołądka jest najodpowiedniejsze w 8-em międzyżębrzu, gdyż tutaj nie może być żadnej obawy o zranienie przepony; ta ostatnia przebiega o 4 ctm. na zewnątrz od miejsca połączenia chrząstek VIII i IX żebra; operowanie zaś w 7-em międzyżębrzu przedstawia stosunkowo niejako niebezpieczeństwo, gdyż tam początek przepony znajduje się zaledwie na 1 ctm. od miejsca połączenia chrząstek VII i VIII żebra, co znakomicie ograniczałoby pole operowania; dlatego tylko w wyjątkowych razach

sędziów. Szkodliwości pierwszego dowodzić chyba nie potrzeba. Przy nietajnych rozprawach sędziów, jednych krępowałaby opinia publiczna, innych strona, jeszcze innych obawa, innych znowu pokusa *captationis benevolentiae* tu lub owdzie. Wyobraźcie sobie rzeszę powodowaną to namiętnością zemsty, to litością przesadną, to uprzedzeniem ślepem, biorącą udział moralny w ferowaniu wyroku! Przykład ten z dziedziny Temidy przytoczyłem tylko dla okazania, iż bywają okoliczności, w których, pomimo wszelkiego liberalizmu, szerokich warstw społeczeństwa wtajemniczać w tok rozpraw, lub poszukiwań pewnych, jest w imię interesu tegoż społeczeństwa, co najmniej, niestosownem. Lekarz, czyniący poszukiwania nad środkami przyniesienia ulgi cierpieniom ludzkim, to „*res sacra*“. W ciszy pracowni lub w murach szpitala, samotny nad księgą, czy w rozprawie w kole rzeczoznawców, lub na kartach czasopism specjalnych, to myśli, to domyśla się, to wnioskuje, to przypuszcza, patrzy i sprawdza i myli się tu i owdzie i chwyta perłę prawdy — a ten błąd, lub ta perła prawdy, to albo zawód dla cierpiącej i smutnej rzeszy, albo zbawienie i radość.

Ta wielka rzesza nie może beznamietnie śledzić i te błędy i te błyski prawdy; czynić ją świadkiem porodu prawdy, to znaczy grać na jej nerwach,

z wielką ostrożnością można operować w VII międzyżebżu, gdy tymczasem w VIII z zupełnym bezpieczeństwem. Porównyując rezultaty tego postępowania z rezultatami, jakie się osiąga przy wytwarzaniu przetoki zwykłym sposobem, HAHN dochodzi do wniosku, że wogóle przy pierwszym sposobie operowania ustalenie żołądka w międzyżebżu jest daleko mocniejsze i pewniejsze, i że tutaj nie się nie wylewa z żołądka przez przetokę ani w chwili karmienia, ani w pauzach, gdyż same chrząstki żebrów w czasie oddechania, zbliżając się ustawicznie, wywierają dostateczny ucisk i tem samem w zupełności odgrywają rolę obturatora; dzięki temu przetoka żołądkowa w żaden sposób nie może się zwiększać.

Powyższą metodę operacyjną HAHN zastosował w 8 przypadkach, kilka razy przyszywając żołądek w VIII międzyżebżu, a kilka razy w VII-em. Dotychczas od czasu ogłoszenia przez HAHN'a jego metody operacyjnej, w ten sposób wykonał gastrostomię tylko jeden HADRA, który przedstawił w 4 tygodnie po operacji chorego na ostatnim zjeździe chirurgów w Berlinie. HADRA w swoim przypadku pozostawiał na stałe w przetoce żołądkowej średniej grubości sączek, przez który karmił chorego, gdy tymczasem HAHN wprowadzał cewnik NÉLATON'a tylko w czasie karmienia chorego.

W krótkości opiszę własny przypadek. Wodziński, lat 58, od lat 2 bez żadnej widocznej przyczyny zaczął z początku doświadczać pewnej trudności przy połykaniu stałych pokarmów; zwolna przeszkoda wzmagała się i doszło do tego, że chory zaledwie płynne pokarmy był w możności przelikać; wtedy udał się na oddział D-ra HERYNGA. Ostatni, rozpoznawszy zżewienie przeliyku, zależne od raka twardego, z początku próbował rozszerzania za pomocą zgłębników, następnie stosował rurki RENVERS'a do karmienia chorego, którego przedstawił w roku zeszłym na jednym z posiedzeń Towarzystwa; polegało to na tem, że przez miejsce zżewienia przeprowadzał rurkę kauczukową ze światłem, i tę ostatnią zostawiał *à demeure*; przez rurkę karmiono chorego; ten ostatni jednak znosił te manipulacje z wielką przykrością, więc zaniechano tego sposobu postępowania, a przystąpiono ponownie do rozszerzania zgłębnikami, dodając do tego lawatywy odżywcze; chory poprawił się nieco, mógł lepiej przelikać i w tym stanie opuścił szpital.

wstrząsać jej ustrojem i oczywistą zdrowiu jej przynosić szkodę. Czynić ją sędzią lub rozjemcą w sporach, tu należących, może tylko bezmierna lekko-myślność lub nieuczciwa rachuba w celach utylitarnych, samolubnych.

Zaniepokojona opinia publiczna ze swojej strony nie może nie oddziaływać denerwująco na pracę najzimniejszego nawet mędrca. Potęga rozgorączkowanej opinii włacza badaczy, mimo ich woli, w wiry namiętne swoich acz powierzchownych poglądów, ale mieszanych z gorącymi pragnieniami, popularnymi skłonnościami, lub niechęciami, i płoszy ów głęboki spokój i tę niewzruszoną przedmiotowość, jakie konieczne są przy rodzeniu się pomyślnem prawdy naukowej, wskutek czego też oddala lub uniemożliwia jej narodziny. Stanowczo, zgiełk prasy codziennej, temperament krzykliwy i skory do wniosków największej części piszących w jej łamach, nie nadaje się bynajmniej na arenę rozpraw i krytyk ściśle naukowych wogóle, a lekarskich w szczególności.

Kiedy przed kilku laty znany doktor filozofii wybrał odcinek kuryjerkowy za arenę dla naukowych swych poglądów, a wielką rzeszę powoływał na sędziego i rozjemcę w zatargu swoim z nauką, to chociaż po stronie zapaśnika romantyzmu naukowego stanął zastęp wielu literatów — fakt ten był zasmucającym bardzo.

Po kilku miesiącach powrócił, ale już w stanie znacznie posuniętego rozwoju choroby: chory z trudnością połykał mleko; najcieńszego zglębniaka, pomimo wielokrotnych prób, nie udało się przeprowadzić. Stan ten pogarszał się stopniowo; doszło do tego, że chory z wielką trudnością mógł przełknąć w ciągu kwadransa zaledwie łyżkę mleka lub wina. Wobec tak rozpaczliwego stanu, chory został przeniesiony na oddział chirurgiczny D-ra KRUSZEWSKIEGO. Chory przedstawiał się w najwyższym stopniu wychudzonym: tkanki tłuszczowej podskórnej prawie ani śladu; skóra sucha, twarda, jak pergamin. Tętno słabe, 50 razy na minutę. W płucach nie nieprawidłowego, tony serca czyste, słabe. Brzuch zapadnięty; stolec raz na tydzień. Badać chorego zglębniakiem nie próbowałem, wobec rozpoznania, uczynionego przez D-a HERYNGA, że miejsce zwężenia znajduje się w dolnej części przelyku i zależnem jest od raka; za tem rozpoznaniem przemawiał wiek chorego, prędki rozwój cierpienia, i brak poprzedzającego urazu, czy to pod postacią oparzenia środkiem żrącym, czy też pod postacią przełknięcia ciała obcego z ostremi brzegami, które następnie, wywołując różne zmiany zapalne, mogłoby spowodować zwężenie bliznowate. Przykro było patrzeć na chorego, kiedy nad jedną łyżeczką wina męczył się więcej niż kwadrans, i ostatecznie połowę z tej ilości jeszcze z powrotem wykrztusił. Chory błagał o pomoc. Nie było z czem zwlekać: albo pozwolić choremu umrzeć z głodu, albo też przyjść mu z pomocą dosyć przykrą, co prawda, ale zawsze z pomocą. Przedstawiłem choremu, jaką to operację trzeba będzie wykonać; zgodził się i błagał o jaknajprędze jej wykonanie.

Wobec zalet, jakie przedstawia, podług HAHN'a, gastrostomija, wykonana jego metodą, i pochwał, jakie tej metodzie oddawał HADRA, pierwszy z chirurgów, który wykonał operację podług metody HAHN'a, postanowiłem i w moim przypadku postąpić za ich radą.

Po odpowiednim przygotowaniu chorego i uspieniu, cięcie najpierw poprowadziłem równoległe do lewego łuku żebrowego, zaczynając poniżej wyrostka mieczykowatego i w odległości 1 ctm. od łuku, długości 10 ctm.. Po otworzeniu jamy otrzewnej, spotykałem w ranie znacznie rozdętą okrężnicę poprzeczną; wprowadziwszy poza nią palec, udało mi się wydostać mały, wielkości gęsiego jaja żo-

Jak zaś zaraza moralna jest niebezpieczną, dowodzi jeszcze raz smutne naśladownictwo podobnej etyki przez zastęp lekarzy, którzy łamy pisemek brukowych uczynili miejscem rozpraw i krytyk, dotyczących powstałej niedawno kwestyi leczenia gruźlicy. Bardzo nieetycznie w tym razie znaleźli się adepci medycyny. Tuszmy, że motywy wyżej wyłuszczone powstrzymają nadal lekarzy od przedstawiania publiczności w sposobie reporterskim poważnych spraw, jakie się toczą w kuźniach sztuki lekarskiej — co bynajmniej nie przeszkadza umiejętnemu i wielce pożytecznemu popularyzowaniu pewnych zdobyczy naukowych ku ogólnej oświacie i rozniecaniu wiary i czei dla nauki.

Lekkomyślne reportowanie dyskusyj i badań naukowych do pism codziennych pociąga za sobą tak ohydne epizody, jak zarzucanie prof. BRIEGER'owi, że okradł prof. NENCKIEGO, lub inne oburzające przedrwiwanie takich mężów, jak czcigodny prof. KOCH. Oto np. taki obraz: z jednej strony uczony mąż w najwyższym natężeniu sił swoich umysłowych i fizycznych pracuje na chwałę geniuszu ludzkiego i ku istotnemu pożytkowi ludzkości; mąż ten, który niejednym już darem u d a n y m ludzkość obdarował, zmęczony pracą udaje się w podróż dla wythnienia — z drugiej strony reporter, który dla ludzkości nic

łądek, leżący na kręgosłupie. Ranę przykryłem gazą jodoformową i natychmiast poprowadziłem drugie cięcie w VIII-em międzyżebżu, rozpoczynając je tuż przy połączeniu chrząstek VIII i IX żebra; cięcie 3 ctm. długie; przeciąwszy wszystkie warstwy, doszedłem do otrzewnej, którą przeciąłem na palcu, wprowadzonym przez pierwszą ranę; rozciętą otrzewną natychmiast ująłem z obu stron w pincety PÉAN'a. Następnie, uchwyciwszy przez pierwszą ranę fałdę żołądka w pobliżu wpustu między 2 palce ręki lewej, prawą ręką wprowadziłem przez ranę w międzyżebżu korncańg, którym uchwyciwszy fałdę żołądka, wyciągnąłem ją, co najmniej, na 1 ctm. ponad ranę. Przystąpiłem zaraz do przyszycia jej w ranie; szwów nałożyłem 14; szew każdy przeprowadzałem przez skórę, otrzewną ścienną, którą, dzięki poprzedniemu uchwyceniu w pincety, łatwo teraz mogłem wyciągać nieco na zewnątrz rany, dalej przez otrzewną i warstwę mięśniową żołądka. Ranę pierwszą zeszyłem, jak zwykle, zeszywając oddzielnie otrzewną, a później prowadząc szwy przez mięśnie i skórę razem. Opatrunek z gazy jodoformowej na obie rany. Na drugi dzień otworzyłem żołądek w fałdzie, na zewnątrz wystającej, tenotomem na przestrzeni 1 ctm.; w utworzoną przetokę wprowadziłem cewnik NÉLATON'a № 16 i nakarmiłem chorego mlekiem; pojemność żołądka była jednak tak mała, że po wlianiu 3 uncyj płynu, chory doznawał uczucia znacznego rozpięcia. Chory był karmiony 4 razy w ciągu dnia; ani razu nie spostrzegłem, aby choć jedna kropla zawartości lub pokarmu wylewała się obok cewnika w czasie karmienia lub później. Cewnik, za radą HAHN'a, wprowadzałem tylko dla nakarmienia chorego; nie jest to jednak wygodne, gdyż musiałem sam to uskuteczniać; żebra, zbliżając się, tak prawie szczelnie zamykały otwór, że do wprowadzenia cewnika trzeba było je nieco rozchyłać. Karmiłem chorego mlekiem, winem i rosółem. Czwartego dnia cewnik pozostawiłem na stałe w przetoce, a karmienia chorego dokonywała siostra miłosierdzia. Chory czuł się rańniejszym. Stan bezgorączkowy. Szóstego dnia zdjąłem szwy z pierwszej rany — zagojenie *per primam intentionem*. Dziewiątego dnia po operacyi chory, nie uskarżając się na nic, prawie nagle umarł. Przy sekcyi przekonałem się, że żołądek tak mocno był ustalony w międzyżebżu, że prawie nie można go było oddzielić bez pomocy noża. Wpro-

nie uczynił, któremu, jeżeli zamierzał coś uczynić, nic się nie udało, lub, co najpewniej, nic go nie zawiodło, bo niczego dla ludzkości uczynić nie zamierzał, odkąd żyje — osobistość ta, występując albo anomimowo, albo w todze „Redakcyi Kuryjera“ ośmiela się naigrawać szydlerczo, jakoby КОСН nie dla odpoczynku wyjechał, ale ze wstydu i żalu z powodu nieudanego tryumfu!

Zaprawdę, że kalają lekarze sprawę nauki i poważne stanowisko własne, jeżeli przez lekkomyślne niezastanawianie się nad tem, co czynią, lub co gorzej, przez rachubę niską w celach reklamowych, sami stają się współpracownikami herezji, o których mowa. Nie czynić tak, oto jeden z paragrafów właściwych w kodeksie etycznym stanu lekarskiego.

Zupełnie inną formę obrazu etyki lekarskiej stanowi inne nadużycie słowa drukowanego, którego również nieraz dopuszczano się w sprawie lekarskiej, ale o tem pomówimy kiedyindziej.

N.

wadzony palec od strony żołądka przez wpust do przelyku w odległości 3 ctm. od wpustu wyczuwa guz twardy, wypełniający szczerlnie całe światło przelyku; po wycięciu okazało się, że guz ten wypełniał światło przelyku na przestrzeni 5 ctm. Najcieńszy zglębniak nie mógł w nim odkryć żadnego kanału. Badanie drobnowidzowe potwierdziło tylko poprzednie rozpoznanie. Ze strouy otrzewnej żadnych objawów; w wewnętrznych narządach objawy niedokrwistości.

W ten sposób, wykonywając osobiście tę operację, pomimo zejścia śmiertelnego w stosunkowo krótkim czasie, co zależnem było od wycięczenia poprzednio sił chorego, mogłem się przekonać, że rzeczywiście podług metody HAHN'a wykonywana gastrostomija odpowiada obu celom: żołądek znakomicie się ustala w ranie, przetoka się nie powiększa, a żebra wypełniają rolę najlepszego obturatora. W przypadku moim otworzyłem żołądek dopiero na drugi dzień; zdaje mi się jednak, że ostrożność ta przy powyższej metodzie operowania jest zbyteczną, i na przyszłość dokonywałbym całej operacji na jednym posiedzeniu; tam, gdzie się robi powyższą operację, każdy dzień dla chorego jest drogi.

Za ujemną stronę tej metody chyba to trzeba poczytywać, że jest bardziej powikłaną, wymaga, co najmniej, 2 razy dłuższego czasu do jej wykonania, niż robiona zwykłym sposobem; przyszywanie żołądka w międzyżebrzu, wobec stosunkowo szczupłego miejsca, jest bardzo utrudnione. Karmienie naturalnie może mieć miejsce tylko płynami, gdyż wskutek tego, że chrząstki żebrowe prawie przylegają do siebie, niepodobna wprowadzać w przetokę grubszego cewnika, niż № 16 NÉLATON'a. Podług mego zdania, lepiej jest cewnik zostawiać *à demeure*, jak to czynił HADRA, gdyż każdorazowe wprowadzanie cewnika zbytnio rozdrażnia osłabionego chorego.

L I T E R A T U R A.

GEORGE FISCHER. Deutsche Zeitschrift für Chir. T. 25. — S. W. GROSS. Ref. im Centr. für Chir. 1885 r. — JOHN BERG. Ref. im Centr. f. Chir. 1885 r. — D. G. ZESAS. Archiv für klin. Chir. T. 32. — BARVELL. Ref. im Centr. für Chir. 1886 r. — v. MOSETIG-MOORHOF. Centr. für Chir. 1886 r. — MAYDL. Internationale klin. Rundschau. 1887. — SONNENBURG. Berliner klin. Wochen. 1888 r. — G. QUETSCH. Beiträge zur Gastrostomie 1886 r. — EUGEN v. HAHN. Centr. für Chir. 1890 r. — HADRA. Beilage zum Centr. für Chirurgie. 1890 r. — TERRIER. Revue de Chir. 1890 r. — RYDYGIER. Chirurgija szczegółowa. — ROBSON. Ref. im Centr. für Chir. 1890 r. — V. HACKER. Centr. für Chir. 1886 r.

Z ODDZIAŁU CHORYCH NERWOWYCH SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE D-ra W. GAJKIEWICZA.

II. Z DZIEDZINY HISTERYI.

Napisał

Adam Wizeł,
asystent oddziału.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 16].

Z kolei przejść musimy do wywodów teoretycznych BINSWANGER'a, zmierzających do obalenia hipotezy BLOCQ'a. Autor ten w zapale krytycznym zbija

punkt po punkcie wszystkie wnioski francuzkiego uczonego i następnie na ruinach zburzonej hipotezy buduje własną. Rozejrzyjmy się w tej burzycielskiej pracy. BINSWANGER przedewszystkiem utrzymuje, że z pomiędzy 11 spostrzeżeń BLOCQ'a zaledwie 4 zasługują na miano czystych, i że tylko te 4, jak również piąta GRASSET'a, mieszczą się całkowicie w ramach definicyi CHARCOT'a. W pozostałych przypadkach, obok astazyi-abazyi, istniały rozmaite nieprawidłowości w stanie dolnych kończyn. Tak, w jednych przypadkach znajdujemy tam nadczułość kończyn, w drugich niedowład, w trzecich znieczulenie i t. d., wskutek czego samo zakłócenie aktu stania i chodzenia zatracą swój charakter psychiczny, jaki mu przyznawali CHARCOT-BLOCQ.

Nie ulega wątpliwości, że zboczenia czuciowe i ruchowe w dolnych kończynach mogą powodować same przez się zakłócenie w pewnym stopniu aktu lokomocyi. Czy jednak całkowicie je tłómaczą? Zboczenia te wszak często zdarzają się w histeryi, czemu jednak tak rzadko rozpoznajemy astazyję-abazyję? Według nas, zboczenia, o których mówiliśmy, same zjawiska nie wywołują; nieuniknionem jest przyjęcie innego jeszcze czynnika, któryby objaśniał dysproporcję między przyczyną — lekkimi zboczeniami w zakresie czucia i ruchu, a skutkiem — ciężkiem zakłóceniem stania i chodzenia. Tym czynnikiem jest moment psychiczny [sugestyja], który, współdziałając z momentem czysto nerwowym, sprawia taki kolosalny efekt.

W wielu przypadkach, twierdzi dalej BINSWANGER, chorzy nie mogą ani stać, ani chodzić wskutek sztywności nóg, ich drżenia i drgawek, występujących przy próbie utrzymania się na nogach. I te przypadki, podług B., nie mają nic wspólnego z definicyją choroby, podanej przez CHARCOT-BLOCQ'a. BINSWANGER zapamiętuje się na wspomniane objawy, jako na zaburzenia, powstające odruchowo, wskutek podrażnienia dróg podkorowych.

Przeciw takiemu pogładowi wystąpił energicznie MOEBIUS. Twierdzi on, iż, *primo*, nie mamy najmniejszego prawa uważać objawów powyższych za odruchy podkorowe i że, *secundo*, wszystko jest jedno, czy histeryk wprost czynności danej wykonać nie może, czy też tylko w miejsce niej inną jaką nieodpowiednią wykonywa.

BINSWANGER sam podaje opis trzech spostrzeżeń, które, jakeśmy to już w części historycznej wspominali, znacznie się różnią od wszystkich dotąd opisanych. Użyjmy słów samego BINSWANGER'a dla scharakteryzowania właściwości klinicznych spostrzeganych przezeń przypadków.

„We wszystkich 3 przypadkach, mówi autor, istnieje uczucie chwiania się, niezdolności utrzymania ciała w pozycji pionowej, bezsilna walka z obawą; prócz tego przedmiotowo jest widoczne drzenie, chwianie się i kołysanie ciała. Wszyscy chorzy uskarżają się przytem na silny afekt niepokoju z przeważnem umiejscowieniem w okolicy serca i na ucisk głowy“. „Wspomnianym spostrzeżeniom wspólne jest to, że wszystkie podmiotowe objawy patologiczne ustępują podczas leżenia. Prócz tych zaburzeń, najbardziej uderzających zarówno chorych, jak i ich otoczenie, istnieją inne jeszcze, należące do dziedziny czysto psychicznej: wzmóżona pobudliwość duchowa, nastrój hipochondryczny, afekty strachu, osłabienie woli i władz intelektualnych“.

Opierając się na tego rodzaju symptomatologii choroby, BINSWANGER tłumaczy ją w sposób odmienny, niż CHARCOT-BLOCC. BINSWANGER utrzymuje, że astazyja-abazyja w widzianych przezeń przypadkach była wynikiem wyobrażeń natrętnych natury hipochondrycznej ¹⁾ (*die hypochondrischen Zwangsvorstellungen*) i że zbliżała się wskutek tego do agorafobii, co więcej, twierdzi on, że we wszystkich przypadkach, w których astazyja-abazyja genetycznie jest związana z zaburzeniami psychicznymi, źródłem choroby są owe wyobrażenia hipochondryczne.

Oto, co mówi:

„Rozpatrując rzecz z psychopatologicznego punktu widzenia, widzimy, że chodzi tu o stany chorobliwe, przy których treść hipochondryczna wyobrażeń albo płynie nieustannie i wyłącznie z patologicznych wrażeń organicznych aparatu lokomocyjnego, albo pewne określone przyczyny okolicznościowe skierowują nagle i jednostronnie umysł na wyobrażenie niemożności stania i chodzenia. Pierwsza sprawa jest bezwątpienia podstawą czystych przypadków astazyi-abazyi histeryków, opisanych przez autorów francuzkich“.

BINSWANGER przyznaje i drugi sposób powstawania choroby, a mianowicie sposób ideogenetyczny, powołując się w tym względzie na teoryję L. MEYER'a, za pomocą której uczony ten tłumaczy t. zw. „psychozy z uwagi“ (*Intensionspsychose*). MEYER zaznacza wpływ wstrząśnień psychicznych na istniejące w danej chwili wrażenia, wyobrażenia i pobudzenia woli i przypomina pogląd SPINOZY, według którego silny afekt (*pathema*) sprawia to, że wrażenia, na które w danej chwili skierowaną została uwaga, nabierają wpływu na cały kierunek myślenia. Chorobliwie wzmożona uwaga (*intentio*) na dane wyobrażenie tworzy punkt wyjścia dla rozmaitych objawów psychopatycznych, wśród których znaleźć można także różnorodne zaburzenia równowagi ciała i ruchów dowolnych. I tutaj wytwarza się wyobrażenie natrętne, które z początku istnieje wolne od wszelkiego uczuciowego zabarwienia, z czasem jednak przyłącza się do niego afekt trwogi, niepokoju, który wkrótce staje się tak silnym, że nadaje zasadniczy ton obrazowi psychicznemu, tak, że cierpienie znów staje się podobnem do tego, które odrazu rozwija się z wyobrażeń natrętnych natury hipochondrycznej.

Poglądy BINSWANGER'a znalazły krytyka w osobie MOEBIUS'a. Uczony ten dziwi się, że B. nie widzi różnicy między własnymi spostrzeżeniami a temi, które zostały opisane przez szkołę francuzką. Jego przypadki — to agorafobija. U jego chorych wyobrażenie jakiegokolwiek czynności wywołuje tak przykre uczucia, że wskutek tego czynność sama staje się niemożliwą do wykonania. Chorzy BINSWANGER'a akcentują głównie swój nastrój hipochondryczny i są całkiem świadomi asocjacyi uczucia trwogi i wynikającej z niego niemożności chodzenia. Histerycy, przeciwnie,

¹⁾ Zamiast terminu „wyobrażenie przymuszone“, jakim zwykle tłumaczą u nas niemieckie „*Zwangsvorstellung*“, używam nazwy „wyobrażenie natrętne“, która wydaje mi się odpowiedniejszą; określenie rzeczownika „wyobrażenie“ powinno zawierać w sobie pojęcie aktu czynnego, a nie biernego. (Przyp. autora).

nie wiedzą nic o przyczynie, powodującej ich chorobę: mechanizm psychicznych cierpień odbywa się poniżej progu świadomości. Podczas gdy histeryk z przestraszeniem spostrzeżę, że chodzić nie jest w stanie, hipochondryk zaznacza sam pierwotną rolę uczuć, a zaburzenia ruchowe usuwa na plan drugi. Podczas gdy histeryk nie ma pojęcia o tem, dlaczego nie może chodzić, hipochondryk nie wie, dlaczego przy chodzeniu odczuwa niepokój.

Do tej znakomitej krytyki MOEBIUS'a dodać możemy, że jakkolwiek BINSWANGER popełnił błąd, zbyt śmiało uogólniając wnioski, wypływające z jego trzech spostrzeżeń, mimo to jednak przyznać należy, że zakłócenia aktu stania i chodzenia mogą mieć niewątpliwie źródło swe nie w historycznym, ale w hipochondrycznym nastroju chorego, czyli: że astazyja-abazyja może mieć wielorakie pochodzenie. Ta właśnie okoliczność prowadzi nas do kwestyi, którą należy obecnie rozwiązać: czy astazyja-abazyja jest samoistną chorobą, czy też tylko objawem chorobowym?

BLOCQ uważa ją za chorobę, za samodzielną postać nozologiczną i do nazwy astazyi-abazyi nie dodaje nawet określenia „historyczna“; wierzy bowiem, że choroba ta mogłaby być również skutkiem zmian organicznych [?]. Dla MOEBIUS'a astazyja-abazyja jest tylko objawem, jednym z licznych objawów histeryi. BINSWANGER również występuje przeciw uważaniu astazyi-abazyi za samoistną chorobę. Twierdzi on, iż nie ma nic niebezpieczniejszego nad „budowanie obrazu choroby na podstawie jedyne go objawu patologicznego“. Tego rodzaju postępowanie wywołuje zawsze zamęt pojęć, jak to było np. z „*paramyoclonus multiplex*“ FRIEDREICH'a. Za objaw jakiej choroby przyjmuje BINSWANGER zboczenie, o którym mowa, o tem powiedzieliśmy już wyżej. Dodamy wreszcie, iż, jakieśmy tego powyżej dowiedli, astazyja-abazyja może być niekiedy objawem zaburzenia pamięci.

- 1) Astazyja-abazyja nie jest samoistną chorobą, tylko objawem chorobowym.
- 2) Jako taka, posiada ona wielorakie źródło pochodzenia.
- 3) Ze znanych nam spostrzeżeń klinicznych wypada, że:
 - a) najczęściej zdarza się przy histeryi i jest wówczas wynikiem autosugestyi,
 - b) rzadziej bywa przy hipochondrycznym nastroju chorych, wówczas zbliża się do agorafobii i stanowi wynik wyobrażeń natrętnych,
 - c) w nader rzadkich przypadkach zjawia się w następstwie zakłócenia pamięci, jako częściowy objaw ogólnej dezorganizacji pamięci.

DOPEŁNIENIE.

Już po złożeniu artykułu niniejszego do teki redakcyjnej, wyszło kilka nowych prac, omawiających kwestyję astazyi-abazy. O pracach tych musimy obecnie spóźnioną wzmiankę uczynić.

Przedewszystkiem wspomnieć należy o artykule EULENBURG'a ¹⁾. Autor ten obserwował przypadek astazyi-abazyi u 18-letniej panny, dotkniętej chorobą BASEDOW'a. Pacjentka EULENBURG'a bez żadnego powodu [a jak sama utrzymywała, wskutek przeziębienia] nagle utraciła możność stania i chodzenia. Po dokładnem zbadaniu chorej, autor uznał jej cierpienie za astazyję-abazyję; co zaś do istoty patologicznej cierpienia, to przyjął je za zboczenie nawskroś psychiczne, godząc się pod tym względem w zupełności z poglądami CHARCOT-BLOCQ'a. Po dwukrotnej bolesnej faradyzacji dolnych kończyn, co zastosowane było przez autora, jako środek suggestyjny, zboczenie przeszło w zupełności.

Większe znaczenie posiada dla nas praca D-ra CAHEN'a ²⁾, który za temat dla swej rozprawy doktoryzacyjnej obrał sobie astazyję-abazyję. Praca ta, przewyższająca rozmiarami swemi wszystkie poprzednio napisane, zawiera dokładny opis wszystkich spostrzeganych dotąd przypadków. Między licznymi obserwacjami znajdujemy kilkanaście takich, które były nam nieznane: z jednej strony autor opisuje kilka własnych i cudzych przypadków dotąd nieopublikowanych, z drugiej przytacza takie, które ze względu na niedostępność źródeł nie mogły być nam wiadome. Śród autorów spotykamy nazwiska następujące: BRUNON, PITRES, FÉRÉ, SALEMI PACE, BRISSAUD, GILLET i WALLET.

Nowy ten wszakże materyjał kazuistyczny jest tylko potwierdzeniem dawniej obserwowanych przypadków i sprawy nam bliżej nie wyjaśnia. Dlatego-to streszczać go nie będziemy, a wprost przejdziemy do poglądów teoretycznych autora. Szkoda tylko, że i pod tym względem rozprawa CAHEN'a niewiele nam daje. Prócz powtórzenia i to niezupełnie dokładnego wyrażonych już przez dawniejszych autorów poglądów nic innego w pracy tej nie znajdujemy. Autor przyznaje z jednej strony autosuggestyję, w duchu hipotezy CHARCOT-BLOCQ'a, z drugiej amnezyję w myśl poglądów, wypowiedzianych przez SÉGLAS'a i SELLIER'a. Głębszej wszakże analizy obu tych pojęć autor nam nie podaje, zapisując widoocznie myśli te na rachunek uczonych, którzy je pierwsi wypowiedzieli. Jakie mamy prawo uważać w jednym razie cierpienie za rezultat zakłócenia pamięci, a w drugim za skutek samopoddawania, o tem nas CAHEN nie poucza.

Autor miał do czynienia z bogatym materyjałem literackim, i nie umiał go należycie wyzyskać. Tak np. wspomina o pracy SALEMI PACE, który również jak SÉGLAS i SOLLIER, zapatruje się na astazyję-abazyję, jako na cierpienie, wynikające z zaburzenia pamięci [autor ten uważa zboczenie za *amnésie partielle spinale*], żadnej wszakże oceny poglądu włoskiego lekarza nie przytacza. Z BINSWANGER'em załatwia się krótko, utrzymując, że chorzy, dotknięci astazyją-abazyją, nie doznają hipochondrycznych afektów. Widzimy więc, że praca CAHEN'a w niczem sprawy naprzód nie posuwa.

Daleko większą wartość przedstawia krótki artykuł ogłoszony przez SÉGLAS'a w styczniowym tegorocznym numerze *La Médecine moderne* ³⁾.

¹⁾ EULENBURG. Ueber Astasie-Abasie bei BASEDOW'scher Krankheit. Neurologisches Centralblatt. 1890. 1 December.

²⁾ GEORGES CAHEN. Thèse pour le doctorat en médecine. Contribution à l'étude de l'astasie-abasie. Paris. 1890.

³⁾ G. SÉGLAS. De l'abasie et de l'astasie émotives. La médecine moderne. 1891.

Autor ten opisuje przypadek astazyi-abazyi, jaki się zdarzył u 40-letniej panny z nastrojem psychopatycznym [idee hipochondryczne, drażliwość charakteru, osłabienie pamięci]. Chora ta, ilekroć usiłowała stanąć, natychmiast doznawała ściskania w dolku, bicia serca, śmiertelnej trwogi, bladła, drżała i pokrywała się zimnym potem. Sensacje te znikwały natychmiast, jak tylko chora kładła się. „W przypadku tym“, powiada autor, „widzimy nowy nader ważny objaw, n i e p o k ó j, towarzyszący każdej próbie stania lub chodzenia, niepokój, w zupełności podobny do tego, który nie pozwala choremu, dotkniętemu agorafobią, przejść przez otwartą przestrzeń i zbliżający obraz kliniczny niniejszego zбочenia całkowicie do obrazu klinicznego chorych, trapionych natrętnymi wyobrażeniami (*idées obsédantes*)“. W przypadkach CHARCOT-BLOQ'a, twierdzi SÉGLAS, zбочenie rozwijało się na tle histeryi, podczas gdy w danym razie gruntem dlań była neurastenija. Autor zestawia swoją obserwację z 3 analogicznymi BINSWANGER'a i tworzy z nich odrębną grupę *astasia-abasia émotive*.

Dotąd w zupełności godzimy się z SÉGLAS'em [przypominamy, iż myśmy również uznali konieczność przyjęcia dwu odrębnych grup: histerycznej i hipochondrycznej astazyi-abazyi, jak o tem czytelnik z podanej przez nas klasyfikacji przekonać się może].

W dalszych wywodach wszakże z autorem zgodzić się nie możemy. SÉGLAS jest zdania, że we wszystkich przypadkach histerycznej astazyi-abazyi przyczyną zбочenia jest zaburzenie pamięci, amnezja czynności automatycznych wtórnych [stania i chodzenia]. Nie będziemy zbijali tu tego poglądu, albowiem już wyżej dostatecznie niesłuszność jego wykazaliśmy. Miał prawo autor ten uważać astazyję-abazyję za objaw zakłócenia pamięci w przypadku spostrzeganym przezeń wspólnie z SOLIER'em, myli się wszakże, uogólniając pojedyncze zjawisko i przyjmując zakłócenie pamięci we wszystkich przypadkach histerycznej astazyi-abazyi. Według nas, obserwacja SÉGLAS'a i SOLIER'a domaga się 3-ej grupy astazyi-abazyi, jakieśmy to w klasyfikacji powyższej przyjęli. Dla astazyi-abazyi natury hipochondrycznej SÉGLAS przyjmuje nazwę: *émotive*, przeciwko czemu nie powiedzieć nie można.

Na zakończenie niech mi wolno będzie wyrazić moją wdzięczność D-rowsi W. GAJKIEWICZOWI za słowa gorącej zachęty i światłe uwagi, jakich mi nie szczędził przy pisaniu niniejszej pracy. Również winienem wdzięczność D-rowsi H. NUSSBAUMOWI za szczere zainteresowanie się pracą moją i za udzielone mi wskazówki.

NOTATKI LEKARSKIE.

3. Usuwanie tasiemca.

Mając w praktyce wiele przypadków chorych na tasiemca (*T. solium*, *Bothriocephalus latus*), niejednokrotnie stwierdziłem niezawodną działalność następującego leczenia, które dawało mi pomyślne wyniki nawet tam, gdzie *extr. Filic.*

maris. aeth.; *cort. Punic. granati, flor. Cusso*, oddzielnie i razem zadane, pozostawały bez skutku. Chorzy w dzień przed leczeniem, jak zwykle, byli na lekkiej dyecie; na noc podawałem 6 grn. kalomelu, lub zalecałem opróżniającą lawatywę. Naza-jutrz zrana naczcho chorzy otrzymywali następującą miksturę: *Rp. Extr. filic. maris aetherei* ℥ijj, *Chloroformi* ℥ijj, *Emulsion. ol. Ricini* (ex ʒvi — ℥ijj), *Syrupi menthae* ℥j *M. f. l. a. emuls. D. S.* Na dwie dawki co pół godziny. Przed użyciem silnie ochłodzić. Najdalej po 4 godzinach pasorzyt zawsze wychodził z główką bez podawania środka czyszczącego. Chloroform dany w wyżej wspomnianej miksturze odurza tasiemcą, być może usuwa przyczepienie główki do błony śluzowej kiszki, a zarazem jest dzielnym środkiem przeciw nudnościom, wymiotom, które występują często przy podawaniu samego *extractum filic. maris aetherei*.

Szczęśny Bronowski, lekarz ziemski w Czerdyniu.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

14. E. Noeggerath [Wiesbaden]. Leczenie torbieli jajników za pomocą elektryczności.

Jestto odczyt, wygłoszony na X-tym międzynarodowym kongresie lekarskim w Berlinie.

W roku 1878 autor spróbował po raz pierwszy w przypadku torbieli jajnika prądu faradycznego i nadspodziewanie otrzymał wynik doskonały. Przypadek ten dotyczył kobiety 23-letniej, zamężnej, bezdzietnej. Obok macicy z prawej strony istniał guz miękki, chełbocący, ruchomy, wielkości nerki, sprawiający chorej ból dotkliwy. W celu złagodzenia bólów spróbował autor faradyzacyi; ponieważ skutek był bardzo dobry, więc ją stosował jeszcze przez 6 tygodni. Poczem ze zdziwieniem zauważył, że guz zmniejszył się do czwartej części rozmiarów poprzednich. Następnie miał autor sposobność wybróbowania prądu faradycznego jeszcze w 4-ch przypadkach torbieli, również z bardzo dobrym pod tym względem skutkiem. W dwu zaś, w których wynik był ujemny, przekonał się po wycięciu guzów, że w pierwszym przypadku istniało nacieczenie serowate ściany torbieli, w drugim zaś miał do czynienia z torbielą dermoidalną, zawierającą płyn oleisty i włosy.

Metoda autora jest następująca. Przy zwyczajnych torbielach autor stosuje zwykle prąd faradyczny bez przerwy; w wyjątkowych zaś razach, gdy chce silniej podziałać [np. przy istnieniu zrostów lub przy większych torbielach], stosuje prąd faradyczny w przerwach, wprawiając między aparat i chorą — metronom, który jest w ten sposób urządzony, że dozwala na przerywanie prądu raz jeden w ciągu sekundy. Autor stosuje zawsze prąd z cewki o drucie grubym i krótkim, czyli t. zw. *courant de quantité*. Biegun ujemny pod postacią małej elektrody gąbkowej, osadzonej na pręciku izolowanym, umieszcza w sklepieniu pochwy w bliskości dolnego odcinka guza, dodatni zaś, jako płaską elektrodę, pokrytą gąbką, pomieszcza na brzuchu na najwydatniejszym miejscu torbieli. Siła prądu powinna być nieznaczna, taka mianowicie tylko, by chora miała świadomość o działaniu prądu. Jestto niezbędne ze względu na długie trwanie posiedzeń, wymagane dla skutecznego podziałania. Z początku posiedzenia te trwać winny 15 minut, następnie coraz dłużej, aż do godziny. Posiedzenia powtarza autor 3 razy na tydzień, a u kobiet wytrzymałych na działanie elektryczności, nawet i codziennie. Leczenie trwa 6—8 tygodni, dopóki nie wystąpi widoczne zmniejszenie się guza; poczem można spokojnie wyczekiwać działania następczego elektryczności; zjawi się ono napewno i doprowadzi do zupełnego wessania zawartości torbieli, pomimo zaprzestania faradyzacyi. Właściwe wska-

zanie do stosowania prądu faradycznego stanowią zwykle jednokomorowe (*hydrops follicularis*) i złożone (*adenoma cysticum*) torbiele jajników, począwszy od najmniejszych aż do guzów średniej wielkości.

(*Berlin. klin. Wochenschrift. 1890. N. 48.*).

M. Zweigbaum.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie dnia 24 Lutego 1891 r.

HEWELKE. Przyczynek do leczenia gangreny płuc.

H. przytacza 4 przypadki zgorzeli płuc, w których były stosowane wstrzykiwania do samego ogniska choroby środki antyseptyczne. Pierwszy przypadek dotyczy 47-letniego wyrobnika z włóknikowym zapaleniem płuc; wkrótce w temże płucu wystąpiła zgorzel. Pierwsze wstrzyknięcia H. robił z 2% mentolu dwa razy dziennie po 1—2 ctm. sześć., jednak gdy chory nie mógł znieść mentolu, zamienił go po 5 dniach na tymol i wstrzykiwał 2—2,5 ctm. sześcienn. wysokowego roztworu 1:300. Szybka poprawa, stan bezgorączkowy, płwociny bardzo mało i bez zapachu. Po 3 tygodniach chory opuścił szpital. W 2-im przypadku 47-letniemu mężczyźnie przy zgorzeli w prawym płucu wstrzykiwał codziennie 2—2,5 ctm. sześcienn. tymolu [1:200]. Po 6 tygodniach znaczna poprawa. W 3-im przypadku zgorzel płuca skutkiem urazu klatki piersiowej; powstały jamy w dolnych tylnych ustępach płuc. Po 27 wstrzyknięciach z prawej strony i 19 z lewej, znaczne polepszenie. Czwarte spostrzeżenie nie pozwala na wyprowadzenie żadnych wniosków, gdyż chora z wielką jamą w prawym płucu, niezmiernie wyniszczona, wkrótce zmarła skutkiem krwotoku. Wstrzykiwał i w tym przypadku tymol. Wszyscy chorzy, oprócz wstrzykiwań, otrzymywali do wewnątrz kreozot lub myrtol, albo też wdechane terpentyny i *ol. eucalypti*. Po wstrzykiwaniach występuje napad kaszlu i obfite odkrztuszanie, niekiedy w płwocinie domieszka krwi, co jednak szybko przechodzi; w gardle chory ucyzuwa przykry smak. Środek ten pobudza do opróżnienia zawartości jamy, działa drażniąco na miąższ płucny, co pobudza do rozwoju tkanki bliznowatej. H. zaleca wstrzykiwania tymolu przy zgorzeli płuc, gdyż uważa, że one przynoszą rzeczywistą korzyść. Dalej mówca zastanawia się nad kwestyją przyczynowego związku zgorzeli płuc i włóknikowego zapalenia. W tym celu H. zużytkował materyjał sekcyjny pracowni anatomopatologicznej w Warszawie i na 2359 sekcji znalazł 50 przypadków zgorzeli płuc przy *pneumonia cachecticorum* albo *pneumonia chronica*, w kilku tylko przypadkach notowano zgorzel przy *pn. lobaris acuta*, lecz przy jednoczesnem *nephritis purulenta*, *bronchitis purulenta* lub *vitium cordis*; w 146 przypadkach zapalenia włóknikowego nie było zejścia w zgorzel. H. powątpiewa zatem o związku zgorzeli z zapaleniem włóknikowym płuc; przypuszcza, że *staphylococcus albus et aureus* powoduje zgorzel płuc. Zgorzel płuc przy zapaleniu włóknikowym H. uważa za zjawisko przypadkowe, za nowe zakażenie, zapalenie zaś płuc ułatwia tylko warunki rozwoju pasorzytów.

SOKOŁOWSKI zgadza się z H. co do rzadkości zgorzeli w następstwie ostrego zapalenia płuc, w ciągu 10 lat na swym oddziale szpitalnym nie widział ani jednego podobnego przypadku. Jeżeli zaś zgorzel płuc występuje u zupełnie zdrowych ludzi, to dokładna anamneza zawsze wykaże istniejący uprzednio gułny zapalenie oskrzeli w mniejszym lub większym stopniu, jak to sam miał możność w jednym przypadku spostrzegać. Zgorzele mniej lub więcej rozległe S. widział wielokrotnie tak w szpitalu jak i w praktyce prywatnej; z wyjątkiem osobników mocno wyniszczonych kończyły się one pomyślnie. Przytacza następnie przypadek, spostrzegany wraz z prof. BARANOWSKIM u 60-letniego urzędnika, dotkniętego przewlekłym zapaleniem oskrzeli: przy silnej gorączce

i wśród objawów septycznych wystąpiła rozległa zgorzel płuca, sprawa jednak zakończyła się pomyślnie. Po upływie kilku lat znów podobne objawy, lecz w mniej obszernym stopniu, również zakończone pomyślnie. To dosyć stosunkowo częste samoograniczenie się ognisk zgorzelinowych w płucach przy leczeniu ogólnem, wzmacniającem i dezynfekującym [wdechaniem kwasu karbolowego, kreozot, terpentyna, obficie alkohol wewnątrz] każe zapatrywać się z pewną rezerwą na wyniki dodatnie z wstrzykiwań mięszszowych i nie tylko im wyłącznie przypisywać pomyślne zejście w przypadkach, opisanych przez H., tembardziej że jednocześnie podawano i antyseptyki wewnątrz — myrtol, kreozot i t. d. S. uważa, że w przypadkach ściśle umiejscowionej zgorzeli płuc, gdzie ogniska dokładnie można oznaczyć, zamiast wstrzykiwań mięszszowych, t. j. antyseptyki częściowej, należałoby właściwiej zastosować leczenie czysto chirurgiczne, t. j. wycięcie żebra i otworzenie jamy i następnie przeciwnie traktowanie jej, jak to i zresztą wielokrotnie i z dobrym wynikiem w tego rodzaju przypadkach stosowali chirurdzy angielscy i niemieccy. Przy niemożności stosowania tej metody mogą być użyte wstrzykiwania mięszszowe, przytem S. zgadza się z H., że zabieg tego rodzaju nie przedstawia żadnych obaw, gdyż jeszcze w 1881 r. stosował on wstrzykiwania do jam u suchotników [kwas karbolowy, roztwory jodu i t. p.] bez żadnych ujemnych, ale też i bez dodatnich wyników. Co do in hal a c y j antyseptyków, to przy suchotach płucnych skuteczność ich jest prawie żadna [co zresztą dowiódł SCHREIBER], w ogniskach zaś zgorzeli ograniczonej lub przy zgorzeli częściowej błony śluzowej oskrzeli mogą się one okazać pożytecznymi, jak o tem S. mógł się przekonać przy swych doświadczeniach klinicznych.

Prof. BARANOWSKI. Środki dezynfekcyjne, wprowadzone do płuc przez in hal a c y j e, nie mają wielkiego znaczenia, gdyż nie dosięgają zbyt daleko, jednak smak i woń u chorego poprawiają. Nie jest to działanie antyseptyczne na samą jamę. W podobnych przypadkach dwie są drogi do działania antyseptycznego bezpośrednio na ognisko choroby: albo otworzenie jamy, albo też postępowanie HEWELKEGO. Użycie in hal a c y j i nie może być porównane z wstrzykiwaniami do jam pod względem znaczenia leczniczego. Ukłucie w płuco można robić bezkarnie, byleby tylko była zachowana odpowiednia czystość; w szpitalu, gdzie można mieć odpowiednią pomoc, należałoby we wszystkich podobnych przypadkach stosować ukłucia. Spostrzeżenia kol. H., zdaniem prof. B., powinny zachęcać do wstrzykiwań antyseptycznych do mięszszu płuc.

HEWELKE zaznacza, że in hal a c y j e nie dochodzą zbyt głęboko, gdyż ogniska chorobowe nie przyjmują udziału w akcji oddechowej. Jeżeli działanie in hal a c y j i jest korzystne, to tylko przez dezynfekcję górnych odcinków dróg oddechowych, przez które przechodzą cuchnące wydzieliny.

Prof. BRODOWSKI mówi o związku zapalenia płuc włóknikowego ze zgorzelą. Zdawałoby się, że zapalenie płuc powinno często kończyć się zgorzelą; płuco przy zapaleniu włóknikowym jest znacznie powiększone, pęcherzyki tak są zatłane, rozciągnięte, niedokrwiłe, że zejście takie powinno się spostrzegać częściej, jednak je spotykamy względnie rzadko. Najczęściej zgorzel płuc, znajdujemy przy *pn. cachecticorum*; jest to toż samo cierpienie co i *pn. crouposa*, różni się od niej tylko mniej typowym przebiegiem i mniejszą ilością produktów zapalnych. Przy *pn. cachecticorum* zejście w zgorzel jest dosyć częste dlatego, że odżywianie u takich chorych jest znacznie upośledzone, mniejsze zaburzenia u nich wywołują większe zniszczenia. Na powstawanie zgorzeli płuc wywierają także swój wpływ: *bronchitis putrida* i *bronchietasiae*.

FREJDENSON przytacza z własnej praktyki 5 przypadków zgorzeli płuc: w jednym zgorzel powstała po zapaleniu włóknikowym, w drugim po tyfusie, zgorzel we wszystkich przypadkach była ograniczoną. Leczył swoich chorych wziewaniami tymolu, kwasu karbolowego i t. p..

GABSZEWICZ opisuje przypadek zapalenia jamy czołowej.

U 16-letniego chłopca po nader lekkim uderzeniu [prztyczek] w *glabella*, w ciągu kilku dni powstał bolesny guz, skutkiem czego chory był zapisany do szpitala. Chory gorączkował, nos nie przedstawiał żadnych zmian. Rozpoznano ropień, który też G. otworzył, kość była obnażona. Szybka poprawa, a po 4 tygodniach zabliznienie. Po upływie 10 dni ból nad lewym okiem i gorączka. G. powtórnie przystąpił do operacji, a podejrzewając zajęcie jamy czołowej, otworzył ją — wypłynęła gęsta ropa; w jamie, wypełnionej ziarniną, znalazł ruchomy martwiak, który też usunął. Po 2 miesiącach wyleczenie. G. nie widzi przyczyny, jaka wywołała całą sprawę, zastanawia się nad wpływem nader nieznacznych uszkodzeń na powstawanie ciężkich cierpień takich, jak *osteomyelitis*.

SOKOŁOWSKI mówi, że przypadki zapalenia jamy czołowej bywają pierwotne. Podobny przypadek widział w zeszłym roku w Berlinie na klinice KRAUSE'go: młoda dziewczyna uskarżała się na nader silne bóle w okolicy *glabella*, które występowały bez żadnej widocznej przyczyny. Po wykonanej trepanacji i otworzeniu jamy czołowej, bóle natychmiast ustąpiły.

Prof. BRODOWSKI zaznacza, że obrażenie może być przypadkowe i nie ma żadnego związku z tak ciężkim cierpieniem, jak *osteomyelitis*. W danym przypadku następuje zakażenie, niezbędna jest obecność *streptococcus pyogenes*. Jaką drogą dostają się pasorzyty do części głęboko położonych, nie możemy tego objaśnić. Ropne pasorzyty są nader rozpowszechnione, znajdują się w jamach nosa, ust i nie powodują żadnej sprawy; potrzeba tylko nieznacznego podrażnienia, aby znalazły grunt do rozwoju.

JASIŃSKI przypuszcza, że w przypadku G. do zewnętrznych części zakażenie mogło dostać się z kanału łzowego, a do jamy czołowej z nosa. Związek uszkodzenia ze sprawą jest ciemny. J. przypuszcza, że w jamie nosowej mogło być stare uszkodzenie. Wogóle trudno powiedzieć, czy obrażenie ma jaką łączność z takim cierpieniem, jak *osteomyelitis*; obrażenie może powodować tylko *locus minoris resistentiae*.

GABSZEWICZ — przypadek gastrostomii, wykonanej według metody HAHN'a.

Dotyczy on 58-letniego mężczyzny, dokniętego rakiem przełyku. G. wykonał gastrostomię, zrobił dwa cięcia jedno równoległe do łuku żebrowego, przez które odszukał żołądek, a drugie w 8 między żebrzu dla przyszczenia żołądka. Na drugi dzień dopiero żołądek otworzył. Pokarm choremu wlewał przez cewnik NÉLATON'a № 16. 9 dnia po operacji chory zmarł skutkiem wyniszczenia. Sekcja wykazała, że żołądek był znakomicie ustalony, żebra odgrywały rolę obturatora. G. rozpatruje warunki wykonania operacji, sądzi, że można otwierać żołądek zaraz po przyszczeniu go.

JASIŃSKI twierdzi, że metoda ta nie jest zbyt praktyczna, wykonanie jej przedstawia wiele trudności, gdyż żebra przystają nader blisko do siebie, a przyszczenie żołądka do tak wąskiej szczeliny jest bardzo mozolne. Za pomocą obturatora również dobrze można zamknąć otwór i zawartość żołądka nie będzie się wylewała. Radzi także otwierać żołądek zaraz po przyszczeniu go.

Wiadomości terapeutyczne.

5. **Phenocollum hydrochloricum.** Chlorowodan fenokolu jest połączeniem kwasu solnego z amido-octanem-para-fenetidyny. Przedstawia się w postaci białego, krystalicznego proszku. Rozpuszcza się w 16 częściach wody. Roztwór taki jest jasnym, przejrzystym i ma smak słono-gorzka-

wy. Świeżo przygotowany roztwór oddziaływa obojętnie; roztwory zaś, które dłużej stały — dwa dni i więcej — oddziałują alkalicznie.

Prof. KOBERT przekonał się na zwierzętach, że fenokol nie jest trującym, a mianowicie nie niszczy krążków krwi.

Ze spostrzeżeń klinicznych [tyfus, zapalenie płuc] prof. MERING'a wynika, że fenokol jest środkiem antypyretycznym, obniżającym — w dawce 1,0 — ciepłotę gorączkową prawie o 2^o, przy czem nie pojawia się ani osłabienie czynności serca (*collapsus*), ani sinica. Poty po zażyciu fenokolu nie bywają większe, aniżeli po zażyciu dużych dawek antypiryny.

Z doświadczeń innych lekarzy można również wnosić, że chlorowodan fenokolu w dawce 0,5—1,0 działa jako *nervinum* i *antineuralgicum*.

D-r HERTEL na klinice prof. GERHARDT'a (*Deutsch. med. Woch.* 15. 1891) przeprowadził szereg spostrzeżeń nad działaniem chlorowodanu fenokolu u chorych gorączkujących (*phthisis pulmonum*, *rheumatismus articolorum acutus*, *rheumatismus gonorrhoeicus*).

Dawki pojedyncze 0,5 obniżają ciepłotę gorączkową o 1/2^o na krótki przeciąg czasu. Dawki 0,5, podawane co godzina, aż do 1,5, obniżają czasami ciepłotę gorączkową o 1^o. Obniżenie to trwa krótko. 1,0 chlorowodanu fenokolu obniża najczęściej gorączkę o 1—1 1/2^o. Obniżanie się gorączki zaczyna się już w godzinę po przyjęciu leku i trwa, około dwóch godzin. 5,0 *pro die* sprowadza stan zupełnie bezgorączkowy.

Nowe wzrastanie ciepłoty następuje zwykle bez żadnych zaburzeń, jak: dreszcze, poty.

W przypadkach ciężkiego ostrego reumatyzmu stawowego, poczęści z ciężkimi chorobami następczemi, fenokol w ilości 5,0 *pro die* wywierał wpływ pomyślny na zajęte stawy — usuwał bóle, gorączki wszakże nie obniżał; ustępowała ona dopiero wówczas, gdy cierpienie stawów lub choroby następce ulegały poprawie. Dodać tu należy, że były to przypadki, w których inne środki lecznicze, jak: salicylan sodu, antypiryna, antifebryna, fenacetyna, zawodziły.

W przypadku ciężkiego tryprowego reumatyzmu stawowego fenokol nie wywierał żadnego wpływu ani na cierpienie stawów, ani na gorączkę.

Nawet przy użyciu 5,0 *pro die* nie spostrzegano zaburzeń ani ze strony serca, ani ze strony płuc, ani ze strony przewodu pokarmowego. Toż samo trzeba powiedzieć i odnośnie do nerek. Po zażyciu około 5,0 moczu staje się czerwono-brunatnym. Barwa takiego moczu, pozostawionego na powietrzu, staje się często jeszcze bardziej ciemną. Roztwór półtoro-chlorku żelaza (*liqu. ferri-sesquichloreti*), dodany do moczu osób, które zażywały fenokol, daje ciemny kłaczkowaty osad, rozjaśniający się wprawdzie nieco pod wpływem dodanego stężonego kwasu siarczanego, jednakże nie w zupełności; wówczas w świetle przepuszczającym można zauważyć swoisty zielonkawy odcień. O ile się zdaje, fenokol bardzo szybko wydziela się z organizmu; przynajmniej w 12 godzin po zaprzestaniu przyjmowania środka, fenokolu w moczu nie można wykazać.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— Z okazji wiadomości, pomieszczonej w N-rze 14 naszego pisma, o towarzystwach lekarskich prowincjonalnych, kol. OLECHNOWICZ, sekretarz Towarzystwa Lubelskiego, prosi listownie o zamieszczenie sprostowania, iż „Towarzystwo Lekarzy Lubelskich wysyła każdego roku swe sprawozdania do wszystkich pism lekarskich polskich w kraju i za granicą, jak również do wszystkich Towarzystw, pomimo to, że w zamian nie otrzymuje nie, wyjąwszy Gazety Lekarskiej“. W odpowiedzi na to, donosimy, iż od lat 10, to jest od czasu objęcia redakcyi Gazety Lekarskiej, sprawozdań rzeczonych Towarzystwa Lekarzy Lubelskich nie otrzymaliśmy jeszcze ani razu, i że w wiadomości w Nr. 14, zamiast „wyjąwszy“ powinno być „nie wyjmując“.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1891/92 zawakuje sześć stypendyjów, każde po rs. 300 rocznie, z legatu ś. p. D-ra WALENTEGO KOCZOROWSKIEGO, dla młodzieży, poświęcającej się naukom lekarskim, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Pierwszeństwo do tych stypendyjów, według osnowy testamentu, mają: a) imienia Koczorowskich, b) Chilewskich synowie i ich następcy z linii prostej Stanisława Chilewskiego, w Galicyi zamieszkałi, c) Strojcecy, synowie po Adolfe Strojcekim i ich następcy, d) Lechowscy, synowie i ich następcy po Kacprze Lechowskim, e) w braku kandydatów z wyszczególnionych imion, stypendyja nadane być mają innym pilnym studentom medycyny, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego.

Życzący ubiegać się o rzezcone stypendyja, winni wnieść próby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego [w kancelaryi tegoż Towarzystwa, ulica Niecała Nr. 7] najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z załączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa władzy uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwa ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*); 5) kandydaci z rodzin uprzywilejowanych przez testatora, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów wydziału lekarskiego, złożyć winni nadto urzędownie poświadczone dowody o swem pochodzeniu z tychże rodzin.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *D-r Brodowski*.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie podaje do publicznej wiadomości, że z początkiem roku akademickiego 1891/92 wakować będzie stypendyjum w kwocie rs. 250 rocznie, z legatu ś. p. IGNACEGO GOŁĘBIEWSKIEGO, doktora medycyny, zmarłego w r. 1885 w m. Kamionce, powiecie Olgotpolskim, przeznaczone dla studenta Wydziału Lekarskiego Cesarzkiego Warszawskiego Uniwersytetu, krewnego zapisodawcy; w braku krewnego, stypendyjum przyznane być ma innemu niezamożnemu studentowi medycyny tegoż uniwersytetu, z wyboru Towarzystwa Lekarskiego.

Życzący ubiegać się o rzezcone stypendyjum winni wnieść próby do Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego najpóźniej do dnia 15 Września r. b. z dołączeniem następujących dowodów: 1) świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przejściu na kurs wyższy, z wykazaniem stopni, otrzymanych na egzaminie przejściowym i poświadczeniem o wzorowem prowadzeniu się; 2) metryki urodzenia; 3) świadectwo ubóstwa; 4) treściwego opisu biegu życia (*curriculum vitae*). Krewni zapisodawcy, oprócz świadectwa Władzy Uniwersyteckiej o przyjęciu w poczet studentów Wydziału lekarskiego, złożyć nadto winni urzędownie poświadczone dowody o pokrewieństwie z testatorem.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały, *D-r Brodowski*.

Nadesłano do Redakcyi.

MOCZUTKOWSKI. Sowieńnoje położenie woprosa o lecenii tuberkuloza po sposobu prof. KOCH'a. Odessa. 1891.

CHELMOŃSKI. Ueber den Einfluss acuter fieberhafter Erkrankungen auf den Verlauf der chronischen Lungentuberculose. [Odb. z Deutsch. med. Woch.].

SOKOŁOWSKI [tłóm. LUC]. Des formes larvées de la tuberculose laryngée.

NIKLEWICZ. Wina owocowe i miody. Fabrykacyja win owocowych i miódów. Warszawa. 1891.

ŚWIĘCICKI. O zbutwiałych płodach i ich wpływie na przebieg położu. [Odbitka z „Nowin lekarskich“].

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na I-sze półrocze r. b., tych zaś Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, opraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Wydawca *D-r St. Kondratowicz*.

Redaktor odpowiedzialny *D-r Wl. Gajkiewicz*.

Дозволено Цензурою, Варшава 11 Апрелья 1891 г.

Друк *K. Kowalewskiego*, Królewska Nr. 29,