

# MEDYCYNĄ

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 14.

Warszawa d. 22 Marca (4 Kwietnia) 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracya „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. O leczeniu kamicy żółciowej. Skreślił S. Mintz. (Ciąg dalszy). — Przypadek przedwczesnego porodu, odbytego w trumnie w kilkanaście godzin po śmierci matki, wraz z całkowitem wypadnięciem i wynicowaniem macicy u trupa matki. Podał d-r S. Marynowski. — STRESZCZENIA i WYCIĄGI 34. Nerwobóle nerasteniczne. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO Posiedzenie z dnia 3 marca r. b. — ODCI-NEK Zakład wodoleczniczy d-ra H. Ebers'a „Therapia-Palace“. — KRONIKA. Spis prac oryginalnych w czasopi-smach lekarskich polskich zawartych w marcu 1903 r. — OGŁOSZENIA.

## „MEDYCYNĄ“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE

destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Mintz — Sur le traitement de la cholélithiase. 2) D-r St. Marynowski — Un cas d'expulsion spontanée du foetus après la mort de la mère avec prolapsus total et inversion de la matrice.

Redaction Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

## „MEDYCYNĄ“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT

Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r S. Mintz — Ueber die Behandlung der Cholelithiasis 2) D-r St. Marynowski — Ein Fall von frühzeitiger Sarggeburt nebst totalem Pro-lapsus und Inversion der Gebärmutter der mütterlichen Leiche.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

## PRACE ORYGINALNE.

### O LECZENIU KAMICY ŻÓŁCIOWEJ.

Skreślił

S. MINTZ.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 13)

III.

Istota kolki wątrobowej. Teorya RIEDEL'a. Kolka jako następstwo zapalenia pęcherzyka. Napad „skuteczny“ i „bezs-kuteczny“. Żółtaczka wskutek zatkania i żółtaczka po-chodzenia zapalnego. Jednostronność teoryi RIEDEL'a.

Jeżeli teorya RIEDEL'a o powstawaniu spraw zapalnych w drogach żółciowych bez współudzia-

łu drobnoustrojówchorobotwórczych nie znalazła ogólnego uznania, to natomiast wszyscy przyznają mu wielką zasługę w sprawie trafnej oceny zna-czenia wysięku zapalnego w pęcherz. żółc. dla powstania kolki wątrobowej. Zdaniem RIEDEL'a kolka żółciowa, o ile nie pochodzi od zro-stów wskutek ograniczonego podrażnienia otrze-wny, zależy zawsze od zapalenia pęcherzyka. Gdzie jest ból, tam jest zapalenie. RIEDEL odrzuca dawny pogląd, podług którego wydalanie kamieni z pęcherzyka do dwunastnicy uskutecznia się wyłącznie dzięki kureczeniu się

ścian pęcherzyka i przewodów, zaś istota kolki wątrobowej polegać ma na spastycznym, bolesnym skurczu masy skurczowej, powstającym wskutek podrażnienia błony śluzowej przez uwięzły kamień. Warstwa mięsna pęcherzyka jest tak słabo rozwinięta, że wskutek skurczu mięśni pęcherzyka chyba tylko bardzo drobne kamyki mogą być wtłaczane do przewodów żółciowych resp. do dwunastnicy. Dalej, bóle napadowe występują w razie obecności kamieni w pęcherzyku również przy zarośniętym przewodzie pęcherzykowym (*d. cystici*), gdzie przecież o wędrowce lub uwięźnięciu kamieni nie może być mowy. Nadto podczas operacji nieraz znajdujemy utkwiony w przewodzie pęcherzykowym kamień, który siedział spokojnie, nie sprawiając choremu żadnego bólu. Za najgłówniejszą dźwignię w przesuwaniu kamieni uważać należy wysięk zapalny w pęcherzyku żółciowym, a kolka żółciowa, jeśli nie zależy od zrostów, zawsze bywa następstwem zapalenia pęcherzyka żółciowego. Ściany pęcherzyka wskutek szybko zbierającego się w nim płynu rozciągają się tylko do pewnego stopnia, zaś nagromadzona zawartość pozostaje pod wysokim ciśnieniem, które też usiłuje wcisnąć kamień do przewodu pęcherzykowego. Jeżeli kamienie są małe, to siła ciśnienia jest dostateczna, aby je do kiszki przeprowadzić, natomiast większy kamień utkwii przedewszystkiem w przewodzie pęcherzykowym. Zapalenie przemija, światło przewodu rozszerza się, i kamień może siedzieć przez czas dłuższy w przewodzie pęcherzykowym, nie wywołując żadnych przypadłości. Dopiero ponowne zapalenie pęcherzyka wrzeca kamień do przewodu żółciowego wspólnego (*d. choledochi*), zaś wskutek zatkania tego ostatniego i zatamowanego odpływu żółci do dwunastnicy powstaje żółtaczka. Stan taki może trwać niedługo. Światło przewodu żółciowego rozszerza się, tak, że żółć swobodnie przepływa obok kamieni, tkwiących w przewodzie, albo toruje sobie drogę pomiędzy nimi, a żółtaczka zmniejsza się lub zupełnie znika. Jest to

szczególne bardzo ważne, który nam tłumaczy przypadki ropnego lub septycznego zapalenia (*cholangitis infect.*), spowodowanego tkwiącym w przewodzie wspólnym kamieniem, bez żółtaczki. Kamienie żółciowe pozostają w przewodzie żółciowym dopóty, dopóki świeży atak *perialienitidis* już w samym przewodzie nie przepchnie ich przez brodawkę. Kamienie wtedy odchodzą po kilku dniach ze stolecem. Otóż taki napad *perialienitidis*, mający w następstwie przejście kamieni do dwunastnicy, RIEDEL nazywa skutecznym. Natomiast przy dużych kamieniach, gdzie siła ciśnienia jest zbyt słaba na wtłoczenie ich do przewodu kiszki, jak również przy zarośniętym przewodzie pęcherzykowym, napad będzie bezskuteczny. RIEDEL zwrócił uwagę na to, iż również przy bezskutecznym napadzie kolki wątrobowej może być żółtaczka. Żółtaczka ta powstaje wskutek rozszerzenia się sprawy zapalnej, odbywającej się w pęcherzyku żółciowym, za pośrednictwem przewodu pęcherzykowego na przewód żółciowy, resp. na kanałki wewnątrzwątrobowe. Nawet przy zarośniętym przewodzie pęcherzykowym może wystąpić żółtaczka z powodu rozprzestrzenienia się zapalenia za pośrednictwem tkanki bliznowej przewodu pęcherzykowego na wątrobę. Tego rodzaju żółtaczkę RIEDEL nazywa zapalną (*entzündlicher Icterus*) w przeciwstawieniu do żółtaczki zależnej od zatkania przewodu żółciowego przez kamień (*lithogener Icterus*). Żółtaczka pochodzenia zapalnego pod względem klinicznym tem się zazwyczaj odróżnia od żółtaczki wskutek zatkania, że bywa słabego natężenia i przejściowa, niemniej jednak może ona również niekiedy stać się silną i długotrwałą, mianowicie wówczas, gdy napady tak często się powtarzają, że brak już prawie wolnych odstępów. W takich razach tylko staranne poszukiwanie kamieni w wypróżnieniach może nam wyjaśnić, jakiego pochodzenia była żółtaczka, i czy napad uważać należy za skuteczny czy też za bezskuteczny.

Poglądy RIEDEL'a grzeszą pewną jednostronnością. Nie ulega wprawdzie wątpliwości, że sprawa zapalna w pęcherzyku i przewodach ważną odgrywa rolę w patogenezie kolki wątrobowej. Zdanie to podzielają obecnie najwybitniejsi klinicyści. NAUNYN wyraża wprost zdziwienie, że tak długo nie oceniano doniosłego znaczenia *cholecystitidis i cholangitidis* w kamicy. Bóle przy kolce wątrobowej w większości przypadków w samej rzeczy zależą od spraw zapalnych w drogach żółciowych. Nie każdy jednak napad musi być poprzedzony przez zapalenie pęcherzyka. Nie każda również kolka zależy, jak to przyjmują TRIPIER i PAVIOT, od zajęcia otrzewny. Owszem, bywają napady kolki z odechodzeniem kamieni bez *cholecystitis i pericholecystitis*. Już sam dodatni efekt terapeutyczny, występujący często jaskrawo po środkach narkotycznych, dowodzi, naszym zdaniem, że teorii RIEDEL'a, zarówno jak zdania TRIPIER'a i PAVIOT'a nie można rozciągnąć na wszystkie przypadki, i że kolka wątrobowa może zależeć również i od skurezu mięśni przewodów. Inaczej trudno zrozumieć, czemu to nieraz jednorazowa iniekcya morfiny momentalnie przerywa napad kolki wątrobowej i usuwa dolegliwości na czas dłuższy. Jeżeli dla analogii weźmiemy zapalenie wyrostka robaczkowego, to przecież zastrzyknięcie morfiny nie usuwa w zupełności bólu, powstałego wskutek zapalenia; środek narkotyczny co najwyżej odurza chorego na kilka godzin. Na tej zasadzie można twierdzić, że ból przy tak zwanej kolce wątrobowej zależeć może od jednego z 2 wymienionych czynników (uwięźnięcie i zapalenie) albo od obu razem. Uważając stan zapalny w pęcherzyku za sprawę wtórną, jako następstwo uwięźnięcia kamienia w przewodzie, odróżniamy 2 postacie kolki wątrobowej. Jeżeli zatkanie przewodu trwa b. krótko, albo jeżeli w chwili, kiedy następuje niedrożność przewodu, pęcherzyk żółciowy nie zawiera drobnoustrojów chorobotwórczych, to nie występuje zapalenie pęcherzyka, a ból zależy wyłącznie od skurezu

muskulatury. Taki napad może się zakończyć wtłoczeniem utkwionego w przewodzie pęcherzykowym kamienia z powrotem do pęcherzyka żółciowego albo też do przewodu żółciowego wspólnego. Druga postać odznacza się tem, że wskutek dłuższego zamknięcia przewodu pod wpływem obecnych bakterji w pęcherzyku, powstaje płyn surowiczy lub ropny, do bólu zależnego od skurezu dołącza się ból wskutek zapalenia, zaś główną dźwignią w przepychaniu kamieni do przewodów resp. do dwunastnicy będzie powiększone wewnątrzpęcherzykowe ciśnienie.

Dalej klinicznie trudno odróżniać napad „skuteczny“ od „bezszytecznego“. Obecność kamieni w wypróżnieniach nie wyłącza ewentualności, że inne kamienie pozostały nadal w pęcherzyku, zaś z drugiej strony nie można napadu nazwać bezskutecznym, jeżeli poszukiwanie kamyków w ekskrementach po skończonym napadzie ujemne daje wyniki, albowiem wydalone do dwunastnicy kamienie żółciowe nieraz dopiero po kilku tygodniach wydzielają się z kałem albo rozpuszczają się w przewodzie kiszkiowym (doświadczenie NAUNYN'a).

Co się tyczy żółtaczki pochodzenia zapalnego, to NAUNYN w zupełności podziela zdanie RIEDEL'a. Żółtaczka przy kolce wątrobowej, jego zdaniem, o ile nie jest „prawdziwa“, zależy od zapalenia, które rozszerza się na najdrobniejsze rozgałęzienia przewodu (*cholangitis capillarlis*).

O wiele radykalniejszy pogląd na omawianą sprawę wygłaszają EURET i STOLZ, którzy utrzymują, iż żółtaczka w kamicy żółciowej tylko wyjątkowo powstaje wskutek samego zatkania przewodu żółciowego. Odróżniają on 2 postacie żółtaczki: żółtą zastoinową czysto mechaniczną (rein mechanischer Stauungsicterus) i żółtą zastoinową pochodzenia zapalnego (entzündlicher Stauungsicterus). Ostatnia postać napotyka się o wiele częściej, niż pierwsza. Twierdzenie swoje wymienieni autorzy opierają na następujących

danych: 1) Doświadczenia na psach dowodzą, że obce ciała, wprowadzone do przewodu żółciowego wspólnego, wskutek zdolności ścian przystosowywania się do zmienionych warunków, nie są w stanie same przez się wywołać trwałej żółtaczki, natomiast już lekki ucisk zzewnątrz stałą sprowadza żółtaczkę. 2) Żółtaczka zdarza się przy zupełnej drożności przewodu żółciowego wspólnego, stwierdzonej podczas operacji lub na zwłokach. 3) Z drugiej strony często brak żółtaczki przy dużych kamieniach, uwięzłych w przewodzie żółciowym. 4) Częsty brak powiększenia pęcherzyka żółciowego — objaw ważny dla rozpoznania różniczkowego żółtaczki wskutek kamicy od żółtaczki w skutek ucisku przewodu żółciowego (naprz. przez *carcinoma*), objaw, na który pierwszy zwrócił uwagę COURVOISIER byłyby niezrozumiałe, gdyby żółtaczka w kamicy zależała li tylko od mechanicznego zatkania przewodu żółciowego wspólnego. 5) W licznych przypadkach powyżej uwięzłego kamienia nie znajdujemy wcale żółci, lecz ropę w najdrobniejszych nawet rozgałęzieniach przewodów.

Wobec wyżej przytoczonych eksperymentalnych i klinicznych danych należy przyjąć, że w kamicy żółciowej nie sama niedrożność przewodu wspólnego, lecz zapalenie i zakażenie dróg żółciowych wywołuje stałą żółtaczkę. Nawet większych rozmiarów kamień, wtłoczony z pęcherzyka lub przewodu pęcherzykowego do przewodu wspólnego, wskutek zatkania tego ostatniego, wywołuje tylko krótkotrwałą żółtaczkę, albowiem światło przewodu żółciowego rozszerza się tak, że żółć przepływa swobodnie obok tkwiącego w fałdach przewodu kamienia. Tylko w wyjątkowych warunkach, mianowicie tam, gdzie silnie zmienione wskutek przebytych zapaleń ściany przewodu wspólnego utraciły zdolność rozszerzania się, długotrwała żółtaczka może być następstwem samego zamknięcia światła przewodu wspólnego przez uwięzły w nim kamień. Co prawda, nie zawsze przy *angiochol.*,

spowodowanej utkwionym w przewodzie żółciowym kamykiem, bywa żółtaczka, ale brak żółtaczki w tych razach zależy albo od słabego natężenia sprawy zapalnej, albo też od tego, że nie rozszerzyła się ona na najdrobniejsze rozgałęzienia dróg żółciowych. Teoria zależności żółtaczki w kamicy od zapalenia resp. zakażenia dróg żółciowych tłumaczy nam niektóre niezrozumiałe dotąd dane kliniczne. Brak powiększenia pęcherzyka żółciowego przy żółtaczce wskutek kamicy, obrzmienie śledziony, dalsze trwanie lub powolne znikanie żółtaczki po usunięciu wszystkich kamieni na drodze operacyjnej — są to wszystko zagadnienia, które dopiero za pomocą rzeczonej teorii dają się rozwiązać.

RIEDEL, a za nim EHRET i STOLZ, przyjmują również możliwość żółtaczki pochodzenia zapalnego przy kamieniach, przebywających w pęcherzyku żółciowym lub przewodzie pęcherzykowym. Kwestyi tej, naszym zdaniem, nie należy uważać za rozstrzygniętą. Pozwolimy sobie zwrócić uwagę na to, że pogląd EHRET'a i STOLZ'a stoi poniekąd w sprzeczności z poprzedniemi spostrzeżeniami tych samych autorów przy doświadczalnie wywołanej *cholecyst. suppurativa*. Okazało się, że sprawa ropna nie przechodzi z pęcherzyka na przewód żółciowy, a zapalenie rozszerza się zaledwie na  $\frac{1}{6}$  —  $\frac{1}{8}$  część przewodu pęcherzykowego, od reszty zaś odgranicza się wyraźną linią demarkacyjną. W zdrowej, przez zapalenie nie zajętej części przewodów znajdujemy w normalnej żółci cząstki ropy, które oczywiście pochodzą z pęcherzyka, albowiem mają tę samą barwę i konsystencję i te same zawierają zarazki, jakie znajdujemy w pęcherzyku żółciowym. Czy wobec tych faktów nie wolno przypuszczać, że t. z. żółtaczka zapalna przy kamieniach w pęcherzyku żółciowym nie zależy w każdym poszczególnym przypadku od odłamków kamieni, które, uniesione prądem żółci, przenikają do przewodu żółciowego wspólnego i wywołują chwilowo niedrożność, albo też przy zarośniętym przewodzie pęcherzykowym od

innych bliżej nieokreślonych czynników? Nie przemawiają przeciw temu zdaniu te przypadki, w których po dokonaniu cholecystotomii lub cysticotomii i usunięciu kamieni z pęcherzyka i przewodu pęcherzykowego, pomimo stwierdzonej sondowaniem zupełnej drożności przewodu wspólnego żółć jeszcze przez tydzień lub dłużej nie wylewa się do dwunastnicy albo nawet na zewnątrz przez utworzoną przetokę. Sonda chirurga nie zawsze jest w stanie wykryć ukryty w fałdach błony śluzowej *d. choledochi* kamyk. Te też często po cholecystotomii, pomimo że żółć obficie wypływa przez przetokę, stolce jeszcze przez czas dłuższy pozostają odbarwionymi. W innych znowu, o wiele rzadszych przypadkach, w których żółć po operacji nie wydziela się nawet przez przetokę (w przypadku, przytoczonym przez EHRET'a i SROLZ'a, dopiero na dziesiąty dzień po cholecystotomii opatrunek po raz pierwszy był prześląknięty żółcią), można przyjąć zatkanie *d. hepatici* przez kamień. Brak kamyków w stolcach niczego nie dowodzi, albowiem drobne złogi, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, mogą ująć uwagi chorego lub rozpuścić się w przewodzie kiszczkowym.

Żółtaczka, naszym zdaniem, nie utraciła znaczenia rozpoznawczego dla umiejscowienia kamieni w drogach żółciowych. Kamienie w pęcherzyku żółciowym lub przewodzie pęcherzykowym nie wywołują żółtaczki pochodzenia zapalnego, albowiem swobodny wskutek drożności przewodu żółciowego odpływ żółci przeszkadza rozszerzeniu się sprawy zapalnej na drobne kanaliki żółciowe, natomiast kamień, uwięzły w przewodzie wspólnym lub wątrobowym, wywołuje bądź prędko przemijającą żółtaczkę, bądź żółtaczkę długotrwałą, ostatnią wówczas, gdy do zatkania przyłącza się *cholangitis capillaris*, lub gdy istnieją głębsze zmiany w ścianach przewodów

## IV.

Leczenie zapobiegawcze. Szkodliwe czynniki fizjologiczne i patologiczne: wiek, płęć (ciąża, guzy macicy lub jajników, miesiączkowanie, noszenie gorsetów i sznurówek, post, momenty psychiczne. Zadanie leczenia zapobiegawczego. Zakaz noszenia gorsetu i obcisłego ubrania. Wskazówki dla kobiet w okresie popołożowym i miesiączkowania. Ruch. Dięta. Zabiegi wodolecznicze

Leczenie kamicy żółciowej rozpada się na leczenie zapobiegawcze i na leczenie właściwe. Wyżej już nieraz podnosiliśmy ważne znaczenie przeszkody do odpływu żółci zarówno dla sprawy tworzenia się złogów żółciowych, jak powstawania spraw zapalnych w pęcherzyku żółciowym, zawierającym już kamienie. Ztąd logicznie wynika, iż leczenie zapobiegawcze w pierwszej linii ma za zadanie zwalczanie wszystkich tych momentów, które utrudniają odpływ żółci z pęcherzyka i przewodów do dwunastnicy. Chcąc zwalczać czynniki, ujemnie wpływające na wydalanie żółci, musimy je dokładnie poznać. Klinicyści różnych krajów zgodnie zaznaczają większą skłonność kobiet i osób w podeszłym wieku do kamicy żółciowej. Stosunek mężczyzn do kobiet odnośnie do częstości zachorowania na kamieć żółciową przedstawia się jak 1: 3—5, zależnie od miejscowości, gdyż nie wszędzie jednakowy zachodzi stosunek. ROTHER w Monachium przy badaniu zwłok znajdował kamienie żółciowe w 9, 9% u kobiet i w 3, 9% u mężczyzn. ROTH w Bazylei 11, 7% k. i 4, 7% m., SCHRÖDER w Strasburgu 20, 6% k. i 4, 4% m., PETERS w Kielu 9% k. i 3% m. Nie rozporządzamy danymi statystycznymi odnośnie do naszego kraju, gdyż nikt u nas badań w tym kierunku na zwłokach nie przeprowadzał, ale chyba nie ulega wątpliwości, że u nas stosunek powyższy trzeba zmienić jeszcze więcej na niekorzyść kobiet, o ile bowiem cierpiące na kamienie żółciowe kobiety stanowią powszedni materiał kliniczny naszych szpitali i ambulatoryów, o tyle mężczyźni, tem cierpieniem dotknięci, względnie rzadko się napotyka.

Zarówno jak płeć, na częstość kamicy żółciowej wpływa wiek. Dzieci rzadko chorują na

kamienie żółciowe. FRERICHS spostrzegł je u 7 letniej dziewczyny. Przed 4 laty miałem w leczeniu 10 letnią uczennicę gimnazjum, która miewała typowe napady kolki wątrobowej. Częstość kamicy, jak to wynika z badań pośmiertnych, przeprowadzonych przez PETERS'a, ROTHER'a, SCHRÖDER'a i innych, wzrasta z wiekiem. Przewaga płci żeńskiej oraz wieku sędziwego tłumaczy się obecnością różnorodnych szkodliwych czynników, wpływających ujemnie na wydzielanie się żółci do przewodu kiszki. U kobiet są to czynniki bądź fizyologiczne, jak ciąża lub miesiączkowanie, bądź patologiczne, jak guzy macicy i jajników oraz wadliwy sposób ubierania się. Cięża odgrywa pierwszorzędną rolę w etiologii kamicy. Kobiety niezamężne lub nierodzące o wiele rzadziej chorują na kamienie żółciowe, niż te, które przebyły jeden lub kilka porogów. Podług SCHRÖDER'a stosunek ten przedstawia się jak 1 : 9. Cięża zmienia zwykle, prawidłowe stosunki wzajemne różnych narządów brzusznych. Powiększona macica wywiera ucisk na przewody, powoduje przemieszczenia i zgięcia, nadto osłabia ciśnienie przepony i mięśni brzusznych na wypełniony żółcią pęcherzyk. Cięża sprzyja również odsznurowaniu wątroby, albowiem prawy płat zostaje wcisnięty między łuk żebrowy a powiększony *uterus*. Z drugiej strony po porodzie często następuje zwiotczenie mięśni brzusznych oraz zwiśnięcie trzew, zaś opadnięte narządy brzuszne wywołują przegięcia już to dwunastnicy, już to samych przewodów. To też najczęściej napady kolki wątrobowej występują u kobiet po porożu.

Taki sam wpływ, jak *uterus gravidus*, wywierają większe guzy, wychodzące z narządów płciowych (mięśniaki i torbiele).

Mniej jest dla nas jasny stosunek miesiączkowania do kolki żółciowej, faktem jednak jest, iż u kobiet, dotkniętych kamcią, napady przeważnie, a u niektórych nawet wyłącznie, mają miejsce w okresie miesiączkowania.

Wszystkie powyższe momenty etiologiczne podrzędną odgrywają rolę wobec wysoce szkodliwych czynników, jakie sobie kobieta sama stwarza przez noszenie gorsetu i sznurówek. Ruchome narządy jamy brzusznej, wyparte przez zaciśnięcie sznurówki, naciskają na przeponę, utrudniają jej ruchy, a tem samem i wydalanie żółci z pęcherzyka, nadto sznurowanie wywołuje wydłużenie i obniżenie prawego płata wątroby (wątroba przesnurowana), a w następstwie rozciąganie pęcherzyka i przegięcie przewodu pęcherzykowego. Ta okoliczność tłumaczy nam częstość wątroby przesnurowanej u kobiet, dotkniętych kamcią żółciową, na co już zwracał uwagę CRUVEILHIER. PETERS znajdował na zwłokach kobiet, które za życia cierpiały na kamienie żółciowe, przesnurowaną wątrobę w 23%, a ROTHER nawet w 40%.

Co się tyczy wieku, to częstość kamieni żółciowych u ludzi zgrzybiałych CHARCOT tłumaczył wzrastającą z wiekiem atonią pęcherzyka wskutek zwyrodnienia jego muskulatury. Z innych przyczyn przytoczyć możemy skłonność tkanek do rozpadu i pochodzące ztąd obfite tworzenie się cholesteryny z komórek, dalej siedzący tryb życia u starców, osłabienie tłoczni brzusznej i ruchów przepony, utrudniające należyte opróżnianie pęcherzyka żółciowego, wreszcie częste nieżyty żołądka i kiszek u ludzi w wieku sędziwym.

Nie bez zasady pewne znaczenie etiologiczne przypisuje się zbyt rzadkiemu przyjmowaniu pokarmów. Wiemy z fizjologii, że w warunkach prawidłowych nagromadzona w pęcherzyku żółci wydalana się do dwunastnicy podczas aktu trawienia kiszki. Dłuższy przeciąg czasu pomiędzy dwoma idącymi po sobie spożyciami wywołuje w pewnym stopniu zastój żółci. Często spostrzegalem napady kolki wątrobowej u żydówek, dotkniętych kamcią, po dłuższym poście, przez rytuał nakazany, jak naprz. po sądnym dniu, — po absolutnej abstynencji od pokarmów i na-

pojów w ciągu 24 godzin. Oprócz rozciągania pęcherzyka obficie w ciągu doby nagromadzona żółcią, kurezenie się dwunastnicy przy głodzeniu się stanowi przeszkodę dla odpływu żółci.

Nie można odmówić znaczenia etiologicznego momentom psychicznym. Natomiast związek przyczynowy między kamicią żółciową a rozmaitemi diatezami ustroju, jak naprz. skażeniem moczanowem lub moczówką cukrową, wydaje się nam bardzo problematycznym.

Leczenie profilaktyczne właściwie nie tyle ma na celu zapobieganie trworzeniu się złożeń żółciowych, albowiem do lekarza zwracają się po radę zwykle osoby, u których choroba się już zmanifestowała, ile ochronę chorych, dotkniętych kamicią, przed napadami kolki wątrobowej. Ponieważ wiadomo nam, że kolka wątrobowa zależy przeważnie od stanu zapalnego w pęcherzyku żółciowym, zaś powstawaniu spraw zapalnych w drogach żółciowych znakomicie sprzyja upośledzony odpływ żółci, więc zadaniem naszym powinno być usuwanie czynników, utrudniających lub nawet tamujących swobodny odpływ żółci z pęcherzyka i przewodów do dwunastnicy. W pierwszej linii należy energicznie zwalczać wadliwy sposób ubierania się (gorsety, sznurówki, obcisłe ubranie, pasy, rzemienie), Gorsetu należy bezwzględnie zabraniać, a zalecać noszenie ubrania na szelkach. Niestety, potworna moda noszenia gorsetu tak się u nas zakorzeniła, że zakaz lekarza zazwyczaj nie odnosi skutku. Owszem, każda z naszych pacyentek stara się nas przekonać, że gorset jej bynajmniej nie szkodzi, gdyż „go luźno nosi“, jakkolwiek wyraźne znaki od ucisku twierdzeniu temu przeczą. Na szczególną uwagę i pieczę lekarską zasługuje stan narządów brzusznych w okresie popołogowym, zaś tam, gdzie wytworzyła się *enteroptosis*, zalecać należy odpowiednie pasy brzuszne. Pacyentki, u których napady kolki wątrobowej występują wyłącznie albo przeważnie podczas miesiączkowania, nie powinny przez ten czas łóżka opuszczać. Osoby, chore na kamicię

żółciową, powinny unikać siedzącego trybu życia i dbać o prawidłowe, codzienne wypróżnienia. Bardzo pożyteczny bywa umiarkowany ruch, natomiast wszelkie forsowne ruchy, jak naprz. jazda konna, wiosłowanie, tańce—są szkodliwe. Cierpiącym na kamicię żółciową należy zalecać częste przyjmowanie pokarmów i nie pozwalać na dłuższy post, w znaczeniu zupełnej abstynencji od jedła i napoju. Dyeta powinna być mieszana, napoje wysokokwowe wzbronione, Zabiegi wodolecznicze, wzmacniające ogólnie ustrój, a zwłaszcza zwioteczalą tłoczną brzuszną, mogą być pożyteczne. Dotkniętym kamicią należy zalecać spokój, gdyż nie bezzasadnie chorzy często przypisują napady kolki wątrobowej silnym wzruszeniom i wstrząśnieniom moralnym.

(C. d. n.).

**Przypadek przedwczesnego porodu,  
odbytego w trumnie w kilkanaście godzin po śmierci matki, wraz z całkowitym wypadnięciem i wynicowaniem macicy u trupa matki.**

Podał

**D-r STEFAN MARYNOWSKI z Zawiercia.**

Ze względu, że obserwowany przeze mnie przypadek porodu w trumnie może obudzić pewne zainteresowanie czytelników „Medycyny“, a zwłaszcza lekarzy sądowo-policyjnych i akuszerów, pozwałam sobie poniżej podać szczegóły urodzenia się dziecka w trumnie.

Anna Kłos, 22 lat mająca, żona stróża w kopalni rudy żelaznej, przez kilka dni z rzędu czuła się słabą i wskutek jakiejś gorączkowej choroby oraz wysypki na całym ciele, a głównie na twarzy, szyi i tułowiu, zmuszona była dnia 27 grudnia r. z. położyć się do łóżka, z którego już więcej nie wstała. Kobieta ta przed rokiem wyszła za mąż, a po zajściu po raz pierwszy w ciążę czuła się przez cały czas zameżcia zupełnie zdro-

wą i znajdowała się w drugiej połowie ciąży. Nareszcie dnia 30 grudnia r. z., przy wyżej wspomnianej chorobie gorączkowej, zaczęła skarżyć się na bóle krzyża i brzucha. Lekarza nie radzono się wcale, a tylko wezwano większą babkę. Przybywszy do chorej, babka zbadła ją i zopiniowała, że poród jeszcze się nie rozpoczął, wskutek czego wróciła do domu, upomniawszy otaczających, że, jeżeliby się bóle wzmogły, żeby po nią przysłano. Nazajutrz o godz. 6 rano przyzwano znowu tę samą akuszerkę, która znalazła ujście maciczne bardzo mało otwarte i bóle niewielkie; w tym stanie chora wobec akuszerki w ciągu niespełna godziny, t. j. dnia 31 grudnia r. z. zmarła, przyczem ani śladu krwi i wód płodowych nie odeszło, i cały płód wraz z przodującą częścią pozostał w macicy. Wkrótce zabrano się do obmycia i ubrania trupa i na łóżku go pozostawiono, a do trumny włożono zmarłą wobec akuszerki tegoż samego dnia o godz. 9 wieczorem, t. j. przeszło po 12 godzinach od czasu śmierci, lecz przy wkładaniu do trumny nikt z obecnych dziecka nie zauważył w zewnętrznych częściach rodnych zmarłej. Ponieważ proboszcz odmówił pochowania zwłok i zażądał policyjnego świadectwa na pochowanie ciała, zmuszony byłem udać się na miejsce wypadku. Przybywszy tam w dniu 2 stycznia r. b., a więc w niespełna trzy doby po śmierci Anny Klos, zastaliśmy kobietę dość wysokiego wzrostu i dobrze odżywaną, leżącą w baraku w jednym z nieopalaných mieszkań, na środku stancyi, w trumnie, ustawionej na 2 krzeselkach. Zaraz przy wejściu do stancyi, gdzie trup leżał, dał się uczuwać silny zaduch trupi. Ciało zmarłej było niezmiernie wzdęte gazami, a szczególnie brzuch, piersi i twarz, zwłaszcza brzuch był do tego stopnia wzdęty, że, jeżeli stanęło się w nogach trumny, to przez wysadzony brzuch nie można było widzieć ani piersi, ani twarzy zmarłej; cała twarz i szyja ciemno zielonego koloru i silnie obrzmiałe, a powieki wysadzone na wierzch pod postacią ciemno-zielonych guzów. Z ust i otworów nosowych

trupa sączy się brudno-krwawa ciecz, pośmiertna sztywność ciała w bardzo nieznacznym stopniu, ręce zmarłej leżą obok tułowia, poprzednio jednak były złożone ze sobą na środku brzucha, lecz wskutek zwiększającego się wzdęcia same zwolna obsunęły się na boki. Po rozpięciu ubrania na zmarłej, podniesieniu koszuli i spódnicy do góry i obnażeniu przez to kończyn dolnych i brzucha, oczom naszym przedstawił się widok, na który obecni wydali okrzyk zdziwienia i przerażenia, gdyż pomiędzy nogami zmarłej, z lekka od siebie w kolanach i udach oddalonymi, zauważyliśmy nieżywe dziecko wraz z nie naruszonym sznurkiem pępkowym, łożyskiem i błonami. Trup dziecka leżał na brzuszku z twarzą, z lekka zwróconą ku wewnętrznej powierzchni lewego uda matki, a grzbietem i pośladkami nieco ku górze i ku wewnętrznej powierzchni prawego uda matki; główka dziecka zwrócona była ku stopom matki i leżała na wysokości jej kolan, nóżki zaś zwrócone były ku górze i znajdowały się w bliskości części rodnych zewnętrznych matki, sznurek pępkowy znajdował się pod brzuszkiem dziecka, szedł ku górze i kończył się łożyskiem, które przylegało do genitaliów matki. Z wyglądu można było oznaczyć, że dziecko miało około 7 miesięcy. Skóra na całym ciele matki była gładka, bez śladów wysypki lub krost jakiegokolwiek. Pomiędzy częściami rodnymi u matki, na zewnątrz ich, spostrzegać się daje guz, pokryty błoną śluzową, wielkości główki donoszonego dziecka, który po bliższem zbadaniu okazał się wypadniętą i wyciowaną macicą matki. Na dnie trumny widzieć się dają wyciekłe wody płodowe, które pooblevały uda, pończochy i tylną część ubrania matki. Brzuch matki, oprócz nadmiernego wzdęcia, posiada kolor ciemno zielony. Tak na trupie matki, jako też i na trupie dziecka, nie widzi się żadnych śladów gwałtownej śmierci, przyczem rozkład trupa dziecka jeszcze się nie rozpoczął.

Biorąc pod uwagę wszystko, co się wyżej powiedziało, należy nam rozstrzygnąć dwa pyta-



nia, a mianowicie: skutkiem czego nastąpiła śmierć matki, i jakim sposobem dziecko mogło się w trumnie po śmierci matki urodzić?

Co do pierwszego, to śmierć matki nastąpiła wskutek jakiejś zakaźnej gorączkowej choroby, objawiającej się za życia kilkudniową gorączką i wysypką na ciele. Ponieważ zmarła przy życiu nie była obserwowana przez lekarza podczas choroby, więc też i nazwy i natury choroby określić niepodobna, a że była zakaźna i gorączkowa, to wywiady, zebrane przeze mnie od akuszerki i otaczających, utwierdzają mnie w tem przekonaniu, tembardziej, że u zmarłej, w czasie choroby, skutkiem gorączki zaczął się za życia przedwczesny poród, a po śmierci rozwijać się zaczął szybki rozkład trupa, przyczem sztywność pośmiertna ciała była bardzo nieznaczna.

Co do drugiego, jak to już wyżej wspomniałem, poród rozpoczął się jeszcze za życia matki, i przyczyną jego była niezawodnie gorączka zakaźnej natury, na którą matka zapadła. Poród jednak ten, jako przedwczesny i u pierwiastki, zrobił bardzo nieznaczne postępy, jak to już wyżej wspomniałem, i w takim stanie właśnie nastąpiła śmierć matki, skutkiem czego prawie całkowity poród odbył się w trumnie i to w kilkanaście godzin po śmierci. Że na łóżku, t. j. w czasie pomiędzy śmiercią a włożeniem trupa do trumny, poród nie nastąpił weale, dowodzi to, że w czasie tym dziecka nie widziano nawet w częściach rodnych zewnętrznych trupa, i że wówczas jeszcze pończochy i spódnica zmarłej były zupełnie suche, gdyż ani śladu wód nie odeszło. Zresztą, gdybyśmy nawet na chwilę przypuścili, że dziecko urodziło się jeszcze na łóżku po obmyciu i ubraniu zmarłej, to w każdym razie, podczas przenoszenia jej do trumny, dziecko na pewno wypadłoby na podłogę, czego w tym razie nie było weale. Czy wogóle po śmierci matki macica zachowuje jeszcze jakiś czas właściwą sobie zdolność kurczenia się i jak długo, o tem w odnośnej literaturze

nie mogłem się przekonać, w każdym razie sędzę, że chociażby i zdolność kurczliwości macicy rzeczywiście przez jakiś czas zachowana była jeszcze po śmierci matki, to nigdy czas taki nie może trwać kilkanaście godzin, a zatem i w naszym przypadku pośmiertną zdolność kurczenia się macicy musimy zupełnie wyłączyć, czyli, że macica ze swej strony nie brała czynnego udziału przy wypychaniu dziecka na zewnątrz. Również poczynająca się pośmiertna sztywność ciała (*rigiditas*) matki, w naszym przynajmniej przypadku, nie mogła mieć żadnego wpływu przy urodzeniu się dziecka, gdyż była ona minimalna. Wyłączywszy zatem macicę i pośmiertną sztywność ciała, jako czynniki, mogące brać udział w pośmiertnym urodzeniu się dziecka, pozostaje nam zwrócić uwagę na prędko rozkład ciała matki, skutkiem czego nagromadziła się w jamie brzusznej olbrzymia ilość gazów. I rzeczywiście, według mnie, głównym motorem, działającym przy pośmiertnym porodzie w trumnie, były gazy, zebrane w wielkiej ilości w jamie brzusznej matki, które prężnością swoją tłoczyły na macicę z taką siłą, że skutkiem takiego nadzwyczajnego ciśnienia i poprostu mechanicznym sposobem nastąpiło wypchnięcie płodu na zewnątrz. Jak wielka była tutaj prężność i ciśnienie gazów, przekonać się możemy nie tylko z tego, że dziecko z silnym impetem zostało wydalone z macicy, co potwierdzić może położenie jego, sięgające główką do wysokości kolan matki i oblanie wodami płodowymi pończoch tejże, ale i z tego, że nastąpiło nie tylko doszczętne opróżnienie się macicy, ale nawet kompletne jej wypadnięcie i wynicowanie (*prolapsus cum invaginatione uteri*), przyczem cała ta czynność odbyła się w trumnie w kilkanaście godzin po śmierci matki.

Z tego, co się dotąd powiedziało, możnaby wywnioskować, że podobna ilość gazów w jamie brzusznej o takiej silnej prężności i ciśnieniu może spowodować prawdopodobnie pośmier-

tny poród nawet donoszonego dziecka i nie tylko u wieloródki, ale i u pierwiastki, jak to było w naszym przypadku przy porodzie przedwczesnym.

(Przypadek, opisany przez kol. MARYNOWSKIEGO, aczkolwiek rzadki i ciekawy, nie stanowi unikat w piśmiennictwie lekarskim. Jako dowód przytaczam ustęp z pracy kol. NEUGEBAUERA i WARSZAWSKIEGO „Wynicowanie macicy“ (Odczyt kliniczny, Warszawa, 1896 r. Nakład „Kroniki lekarskiej“): „Godnym zastanowienia jest fakt znalezienia na trupach kobiet, zmarłych w czasie położu, wynicowania macicy wskutek gnicia. W tych razach macica ulega wynicowania skutkiem wytwarzania się i ucisku gazów, w jamie brzusznej powstałych *resp.* w kiszkaach; mechanizm tego wynicowania podobny jest do mechanizmu porodów pośmiertnych („Sarggeburt“). KALTENBACH’owi udało się w sądzie, dzięki temu faktowi, uwolnić od odpowie-

dzialności akuszerkę, skazaną w pierwszej instancji za nieumiejętne postępowanie przy porodzie. Zarzucano jej, że wyciowała macię przy wyjmowaniu łożyska. Akuszerka po porodzie dziecka wobec silnego krwotoku wezwwała lekarza, który dwukrotnie wprowadził rękę i przedramię po sam łokieć do pochwy jamy macicy (w jakim celu?). Chora wkrótce zmarła. Po kilku tygodniach akuszerkę oskarżono o nieumiejętne postępowanie. Przy ekshumacji znaleziono macię całkowicie wynicowaną. Atoli prof. KALTENBACH w danym przypadku dowiódł, że chora zmarła skutkiem silnej utraty krwi, że akuszerka żadnego błędu nie popełniła, i że wynicowanie było zjawiskiem pośmiertnym, ponieważ lekarz, po odejściu łożyska wezwany, był w stanie przedramię swoje aż po sam łokieć wprowadzić do pochwy, *ergo* wynicowanie podówczas stanowczo nie istniało“). (Przyp. Red.).

## STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

34. E. JENDRASSIK. **Nerwobóle neurasteniczne.** Coraz więcej rozpowszechniająca się terapia chirurgiczna, stosowana w przypadkach neuralgii z wynikiem pomyślnym, zmusza nas do ściślejszego rozpoznawania odnośnych form, a to tembardziej, że operuje się tu narządy dość ważne, jak np. przy operacji zwoju GASSER’a, lub, choć rzadziej, tylne korzenie mlecza w przypadkach nerwobólu kończyn. Nóż chirurga tam tylko działać winien, gdzie rozpoznanie jest pewne, a wszelkie inne leczenie — bezowocne.

Rozpoznanie neuralgii często bardzo szwankuje. Przyczyną tego bywa nieraz okoliczność, że chory rzadziej wprost do internisty się zwraca. Pouczające są przypadki neuralgii nerwu trójdzielnego, które zwykle pierwsi oglądają

dentyści, tak że brak szeregu zębów (wyrwanych) jest niemal cechą tych chorych.

W podręcznikach przytaczane bywają wszelkie przyczyny neuralgii, jak gdyby cierpienie to było zawsze wtórne i dostępne dla rozpoznania. Tak jednak nie jest. Widzimy, np. że istnieją dwie różne postaci neuralgii nerwu trójdzielnego: ostra, najeźściej u osobników młodszych, po przebytej chorobie (katar nosa, zimnica, influenza i t. p.), zwykle łatwo uleczalna — oraz przewlekła — u osób starszych, sama przez się nigdy nie ustępująca lub najwyżej na bardzo krótki czas, z wyjątkiem jedynie, gdy dokonano operacji zwoju GASSER’a.

Cechę wybitną nerwobólu ostrego stanowią napady bólu o jednej i tej samej porze, a nawe-

godzinie, co przypisywano chętnie zimnicy. Ujemne jednak wyniki badania krwi na plazmodye oraz spostrzegany wpływ innych zakażeń obalili ten pogląd.

Podobnie ostre nerwobóle spostrzegane bywają i w dziedzinie innych nerwów, mają jednak inne tło patologiczne i często, jak np. rwa kulszowa (*ischias*), bliższe są zapaleniu nerwu, aniżeli neuralgii. Te oto postaci — nie zapalne, nie z zatrucia i t. d. — autor zalicza do nerwobólów wrzekomych (*pseudoneuralgiae*), a raczej do neuralgii neurastenicznych, jako rodzaj zupełnie odrębny.

Klinicyści przytaczają z pośród przyczyn pseudoneuralgii histeryę, rzadziej neurastenię, a w celach różniczkowo-rozpoznawczych podawane bywają stygmaty histeryczne. Niestety, ścisłe badanie wykazuje brak tych ostatnich. Również słabe oparcie daje wskazówka że ból jest czysto psychiczny, lub że chorobowo zmieniona psychika podnosi słabe podrażnienie obwodowe do potęgi bólu neuralgicznego (OPPENHIM). Toć właśnie w neuralgii prawdziwej przyczyna jest zwykle nieznaczna, a w tej, jak i w postaci neurastenicznej — cierpienie duże. Jeden tylko autor, Paul BLOCQ, postać tę należycie uzasadnił pod nazwą „topoalgia“.

Oto cechy główne neuralgii neurastenicznej, spostrzegane przez autora. Chorzy odnośni są wybitnymi neurastenikami, cierpią na bóle głowy, bezsenność; nieraz wskazują na to momenty dziedziczne, między innymi, owe znane bóle głowy matki. Bóle neuralgiczne wyróżniają się stałością, a nie charakterem napadowym, przechodzą na okolice nerwów, szczególnie zaś na drugą połowę ciała, czego przy neuralgii prawdziwej nie bywa. Chorzy miewają parestezye w najróżniejszych kierunkach. Napad bólu w neurastenii

prawdziwej zjawia się odrazu, chory zmienia się na twarzy (*neur. trigemini*), zjawiają się lzy, najlżejsze dotknięcie wywołuje nieznośne cierpienie, chorzy wzbraniają się czyścić usta, zęby — wszystkiego tego w postaci neurastenicznej nie widać. Przeciwnie, w tej ostatniej ucisk na miejsce bolesne sprowadza ulgę; w noccy, szczególnie przy współczesnej bezsenności, bóle nie znikają.

Stalość bólu nasuwa niekiedy i lekarzowi myśl o głębszem cierpieniu organicznem, a już sam chory rozpoznaje u siebie nowotwór, paraliż i t. p. Próby odwrócenia uwagi chorego zwykle się nie udają, i w tem właśnie tkwi bodaj największe niebezpieczeństwo dla chorego. Słucha on bowiem tej tylko rady, która się z jego uczuciem zgadza, a to znów prowadzi go do formalnej wędrowki o pomoc, póki nie natrafi na chętnego dogodzenia mu. Ta więc okoliczność, a po części i błędne rozpoznanie ma w skutku, że chory bywa operowany, najczęściej przez dentystę. Literatura (CHARCOT, GALIPPE) obfituje w jaskrawe przykłady; żadna część ciała, żaden narząd nie uszedł niepowołanej ręki operatora. A chorzy są tej czynnej interwencji chętni i — dodajmy — zwykle z wynikiem ujemnym.

Terapia wewnętrzna — również przyznać trzeba — naogół mało ma tu dodatnich wyników, a to przeważnie dlatego, że chory zwraca się ostatecznie do internisty w tym już okresie, w którym, po wielu bezowocnych zabiegach chirurgów i dentystów, idea „fixe“ o cierpieniu wzmocniła się znacznie.

Dobro chorych takich wymaga, aby ich od energicznego leczenia miejscowego uchronić. Jedyne konsekwencya i indywidualizacya w metodzie leczniczej może okazać skutek pomyślny.

(*Deut. Med. Wochschr.* N. 36 i 37. 1902).

Luxenburg.

## Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 3 marca r. b.

TREŚĆ: 1) A. CIĄGLIŃSKI — przedstawienie przypadku porażenia nerwu okoruchowego prawego i obustronnego zapalenia nerwów wzrokowych pochodzenia urazowego. 2) Fr. NEUGEBAUER — a) przedstawienie chorej, z wypadniętą macicą i jelitami, u której zastosowano protezę z parafiny, b) przedstawienie preparatu nowotworu gruczołu pęciowego, 3) T. DUNIN — przedstawienie chłopca z tężyczką. 4) LUXENBURG — przedstawienie chorego z t.zw. chromaniem przestankowem (claudication intermittente). 5) KARWACKI — „O aglutynacyi“ (dokończenie).

1) Kol. A. CIĄGLIŃSKI przedstawił chłopca, który przed 10 dniami spadł ze schodów, przyczem silnie uderzył się w okolicę prawego oka. Przytomności nie stracił. Tegoż dnia kilkakrotnie wymiotował. Nazajutrz C. stwierdził silny skurcz powiek w prawym oku (*blepharospasmus*), który po zapuszczeniu do worka łącznikowego kokainy ustąpił; wtedy zauważono porażenie wszystkich gałązek nerwu okoruchowego, a badanie oftalmoskopem wykazało w temże oku przekrwienie naczyń siatkówki i kilka nieznacznych wybroczyn na dnie oka. W lewym oku stwierdzono jedynie lekkie przekrwienie dna ocznego. Po 10 dniach niedowład nerwu okoruchowego prawego znacznie się zmniejszył, za to na dnie obu oczu widać obrzęknięcie nerwu wzrokowego i większe zatarcie konturów nerwu ocznego. C. podnosi pochodzenie urazowe tego cierpienia i przytacza dane z literatury, dotyczące tej sprawy, obszerniej rozpatrując przypadek PÉCHIN'a, gdzie w dni 14 po podobnym urazie stwierdzono zanik nerwu wzrokowego i ślepotę. C. przytacza pogląd PÉCHIN'a, który twierdzi, że być może, chodzi tu o gwałtowne rozciągnięcie nerwu ocznego wskutek urazu przy nadwzięciu gałki ocznej.

2) Kol. NEUGEBAUER a) przedstawia ponownie chorą 50 letnią z całkowitem wyciowaniem pochwy w stopniu nadzwyczajnym; guz ów wielkości 2 pięści, wiszący pomiędzy udami i zawierający prawie cały pęcherz moczowy, cewkę, część odbytnicy i sporo pętel kiszkowych, N.

odprowadził do małej miednicy i całą jamę pochwy wypełnił zwykłą parafiną. Wynik ręko-czynu okazał się nadzwyczaj dodatnim. Jedyną ujemną stroną tego ręko-czynu dla chorej jest nieco utrudnione oddawanie stolca, za to ogromną zaletę stanowi to, że operacja jest niekrwawa, nie ma ropienia zwykłego w tych razach i t. d. Chora jest obecnie zdolna do pracy. N. podnosi wartość tego leczenia wprawdzie objawowego zwłaszcza dla kobiet z warstwy uboższej.

b) Kol. N. przedstawił nowotwór gruczołu pęciowego. Nowotwór makroskopowo na przekroju wygląda na *carcinoma medullare*, niewiadomo jednak, czy punktem wyjścia dla niego było jądro, czy jajnik. Preparat pochodzi od 35 letniej kobiety, od 3 lat zamężnej, która nigdy nie miała miesiączki, ani *molimina menstruali*; wygląd ogólny miała więcej męski, niż kobiety. Przy badaniu narządów pęciowych stwierdzono, iż pochwa kończy się ślepo. Szyi macicznej nigdzie nie wymacano. Po zbadaniu makroskopowem wyjętego guza, N. przychodzi do wniosku, że istniała w danym przypadku jedno-rożna macica o rogu i jajowodzie lewym, prawa zaś nitka MUELLER'a uległa niedorozwojowi. Podczas operacyi nie znaleziono ani w jamie miednicy, ani w kanale pachwinowym prawym prawego gruczołu pęciowego, i pęć chorej pozostaje wątpliwą.

3) Prezes DUNIN przedstawił chłopca, dotkniętego tężyczką. Na parę tygodni przed wstąpieniem do szpitala oświadczał on już kurczów w rękach; od tygodnia już tak jest osłabiony, że chodzić nie może. Chory gorączkuje. Wszystkie objawy tężyczki są wyrażone u chorego bardzo wybitnie. (Objaw CHWOSTEK'a, TROUSSEAU i ERB'a). D. podnosi rzadkość tężyczki u nas.

4) Kol. LUXENBURG przedstawił chorego dotkniętego chromaniem przestankowem. Dobrze zbudowany i odżywiany 37-letni garbarz, umiar-

kowanie pijący i palący, z zawodu swego zmuszony do częstego trzymania nóg w wodzie, przedtem zawsze zdrow, dostał dwa lata temu nagle, podczas chodzenia, drętwienia i osłabienia w lewej dolnej kończynie. Odtąd stałe się to powtarzało po przejściu około 300 kroków. W pół roku zwolna zjawilo się to samo i w prawej dolnej kończynie. Po odpoczynku, stojąco, w ciągu 1—3 minut, czuje się znowu zupełnie zdrow. Bólów nigdy nie doznawał. Od 6 tygodni drętwienie w napadzie przechodzi na pośladki, krzyż i na przącie, przyczem zjawia się mimowolne nieobfite oddanie kału. Chory oddaje mocz dobrze. Jednocześnie osłabienie popędu pleciowego, słabe i krótkie naprężenia członka; wytrysk nasienia przed spółkowaniem. Mięśnie dobrze rozwinięte\*), zaniku niema, stopy chłodne. *Art. dorsales pedum, tibiales posticae, femoralis sin.* nie wyczuwalne; *art. femoralis dext.* pulsuje słabo, również dostępną *aorta abdominalis*. Czuć zachowane; odruchy kolanowe—słabe, *tend. Achilles* — dobre, prawego *cremasteris* i brzusznych — brak. W pozycyi grzbietowej chory po 20 razach podnoszenia wyciągniętej kończyny odczu-

\*) Badanie prądem faradycznym nie daje odczynu wyczerpania (MyR).

wa zmęczenie, które dosięga *maximum* po 30. *Analgesia* i *termoanaesthesia* na prząciu, *termoanaesthesia* na mosznie. Objawy ze strony odbytnicy i przącia każą przypuścić zmiany w *a. pudenda com., haemorrhoidales inf., profunda et dorsalis penis*. L. przypuszcza w danym przypadku zwapienie naczyń i skłania się do używania terminu — *myasthenia paroxysmalis angiopathica*, ponieważ chromania nie bywa, o ile obie kończyny są zajęte. Chory przyjmuje dłuższy czas *k. jodatum*, ostatnio *jod-vasogen* wewnątrznie. L. podnosi rozległość zmian miażdżycowych.

5) Kol. KARWACKI dokończył swój odczyt „O aglutynacyi“. W drugiej części swego odczytu mówca opisał zjawiska, podobne do aglutynacyi biologicznej. Następnie zaznaczył brak aglutyniny w zakażeniach ciężkich, śmiertelnych, zmienność zdolności aglutynacyjnej mikrobów, obecność aglutynacyi w zakażeniach mieszanych. W końcu rozpatrzył różne modyfikacje techniczne aglutynacyi, a zwłaszcza dwa jej typy: odczyn makroskopowy i mikroskopowy i wspominał, że najczulszym ze sposobów badania jest zasiew mikrobów w badanej surowicy, najprostszym badanie na szkiełku. W każdym przypadku technika zależy od siły surowicy i od rodzaju zarazka, użytego do wykazania odczynu.

St. Kopczyński.

## O D C I N E K.

Zakład wodolecznicy d-ra H. Ebers'a „Therapia-Palace“ nad Adryatykiem w Cirkweny pod Fiume.

### SPRAWOZDANIE

za pierwszy rok (1902) istnienia Zakładu\*).

Najlepszą krytyką wartości całokształtu środków leczniczych, którymi uposażyła natura pewne miejscowości kuracyjne, jest niewątpliwie

\*) Obszerniejsze wiadomości dotyczące Cirkweny znajdzie czytelnik w N. 4 „Zdrowia“ z r. b. skreślone piórem d-ra H. DOBRZYCKIEGO.

statystyka rezultatów, wśród walki z chorobą w danej miejscowości osiągniętych. A że zakład leczniczy „Therapia-Palace“ ukończył właśnie pierwszy rok swojego istnienia, nie od rzeczy będzie rzucić okiem na to, co w przeciągu tego krótkiego czasu zrobiono.

Sprawozdanie niniejsze, jako statystyka prywatnego i to początkującego zakładu, nie może ani co do formy, ani co do liczby równać się sprawozdaniom z klinik, raz dlatego, iż tylko z okresu pierwszych 3 kwartałów została zestawiona, a powtóre dlatego, iż wyłączyć

z niej należało cały szereg osób, które nad morzem przebywały dla kąpeli morskich, dla przyjemności lub odpoczynku.

Niemniej przeto ogólny rzut oka na to, co i jak dodatnio działało na pewne stany chorobowe, może służyć za materiał do wyciągnięcia wniosków, dotyczących wskazań i przeciwwskazań leczniczych.

W zakładzie „Therapia-Palace“ od dnia 1. III. 1902 aż do końca roku 1902 leczyło się 205 pacjentów, z których:

- 115 z zupełnem wyleczeniem opuściło zakład,
- 68 ze znaczną poprawą zdrowia,
- 20 z poprawą w mniejszym stopniu,
- 2 (*Carcinoma*) bez poprawy.

W wieku nerwowości bawiło w „Therapia-Palace“ stosunkowo najwięcej chorych nerwowych, których liczba wynosiła 1/3 część całej sumy pacjentów. W protokołach lekarskich znajdujemy też przedewszystkiem szereg osób, cierpiących na neurastenię, nerwowość ogólną u osób anemicznych, histeryę i różnego rodzaju newralgie, a nadto kilka przypadków *ataxia locomotrix*, sklerozy i porażenia dzieciennego. Nie potrzeba oczywiście podkreślać, jak znacznej ulgi doznawał podmiotowy stan chorych nerwowych pod wpływem spokojnego leczenia, przeprowadzonego wśród korzystnych warunków łagodnego klimatu, z pomocą wszystkich środków wodoleczniczych, elektro- i mechanoterapeutycznych. U większej części chorych można było jednak obserwować także przedmiotowe zmiany funkcyj układu nerwowego, a próbné doświadczenia, wykonane przez d-ra ZANIETOWSKIEGO za pomocą przyrządów własnego pomysłu („aparatus do rozbioru kondensatora“ i „elektro-neuramöbimetr“) wykazały, iż anormalnie podniesiona pobudliwość neurasteników i anormalnie zmniejszone przewodnictwo nerwowe anemicznych chorych nerwowych niebawem pod wpływem odpowiedniego leczenia w „Therapia-Palace“ do przeciętnej wracały normy.

Drugą kategorię chorób stanowiły w zakładzie „Therapia-Palace“ przeróżne zbożenia w czynności narządu pokarmowego, w których wpływ całego szeregu środków wodoleczniczych, zastosowanych, według potrzeby, równocześnie z masażem i elektromasażem oraz z odpowiednią kuracją dyetetyczną znakomite osiągnął wyniki.

Jeszcze wybitniej występowały dodatnie wpływy kuracji w chorobach krwi i narządu krążenia, o których było wiadomem, według doświadczenia dawniej osiadłych lekarzy, że sam pobyt na wybrzeżu Cirkvenicy poprawia małopokrwistość w najcięższych tejże postaciach, a chorobom narządu krążenia znaczną przynosi ulgę; wpływ tych czynników przyrodoleczniczych tem wybitniej się zaznaczył od chwili, gdy cały aparat leczniczy, zaprowadzony w „Therapia-Palace“, jako to kąpiele solankowo-gazowe à la Nauheim, gimnastyka oporowa i kuracja terenowa, przyszedł na pomoc działaniu klimatu i jeszcze wybitniejszymi uczynił wyniki lecznicze.

Co się tyczy chorób narządu oddechowego, zaznaczyć wypada, iż najodpowiedniejszą porą do leczenia tychże jest jesień do połowy grudnia i wiosna od połowy lutego. Ze względu na łagodność klimatu, średnią wilgotność powietrza, wolnego od kurzu i bakterji, oraz wysokie ciśnienie barometryczne, nadaje się wybrzeże Cirkvenicy znakomicie do leczenia katarów górnych i głębszych dróg oddechowych, wysięków opłucny, wreszcie rozemdy płuc. Chorych na gruźlicę płuc, z wyjątkiem stadyów początkowych, do zakładu nie przyjmuję.

W końcu wymienić należy jeszcze jedną ważną grupę chorób, które z dodatnim skutkiem były leczone w zakładzie „Therapia-Palace“. Są to przeróżne dyskrazje i diatezy, skrofuloza, krzywica i malarya, w których pobyt na powietrzu, wolnem od bakterji, obok odpowiedniego postępowania dyetetycznego i pobudzającego przemianę materji, prawie bez wyjątku jaknajkorzystniejszy wpływ wywierał.

Oprócz chorych na gruźlicę płuc, nie przyjmujemy do zakładu także i dotkniętych chorobami umysłowemi, gdyż dla tej kategorii chorych nie posiadamy odpowiednich urządzeń; nadto, ze względu na bezpieczeństwo chorych, nie znajdują tu umieszczenia cierpiący na choroby zaraźliwe lub wstręt wzbudzające.

O ile opisane w prospekcie zakładu „Therapia-Palace“ warunki klimatyczne i urządzenia lecznicze dają pojęcie o przewodniej myśli i zadaniach tegoż zakładu, o tyle powyższa notatka sprawozdawcza może służyć za rodzaj krótkiej informacji dla lekarzy, z której wskazania lecznicze łatwo się ujawniają. Ze zaś stosownie

do bogactwa środków, jakimi rozporządzamy, tych ostatnich jest dużo, a wyniki lecznicze okazały się zachęcającymi, przeto też zakład „Therapia-Palace“, mimo swojego krótkiego istnienia, licznie był uczęszczany i za wewnętrzne urządzenia lecznicze na zjazdach we Lwowie,

Karlsbadzie i Bernie Szwajcarskim został odznaczony.

*D-r Henryk Ebers*

Dyrektor zakładu „Therapia-Palace“, kierownik c. k. zakładu wodoleczniczego w Krynicy.

## K R O N I K A.

Walka z gruźlicą. Sanatoria ludowe dla suchotników. Entuzjazm i potępienie. „Małe“ i „wielkie“ środki. Nadzieje na przyszłość

Ilekróć obiegnie świat wiadomość o wynalezieniu środka przeciw gruźlicy, doznaję wrażenia, jak gdyby mi z przed oczu zniknął całun żalobny, okrywający ludzkość. Ale mijają pierwsze wybuchy zachwytu, zimna rozważa bezlitośnie strąca z piedestału różowe marzenia, smutna praktyka drwi z nieścisłych przesłanek teoretycznych, i całun na nowo rozpościera się nad ziemią. Gruźlica jest wrogiem potężnym: nie tylko uśmierca najwięcej ofiar, ale wybiera jednostki najlepsze, najżywotniejsze, często najświetniejsze rokujące nadzieje, gruźlica nie robi wyłomów wśród dzieci i starców, jak płonica i nowotwory złośliwe, lecz najczęściej w sile wieku stojących ludzi do mogiły strąca. I dlatego to przed laty 13 tak zelektryzowała świat wieść o tuberkulinie Koch'a. Gdy jednak świetne widoki, roztocone przez tak znakomitą firmę, okazały się złudzeniem, pozostawiono tymczasowo na uboczu sprawę radykalnego leczenia gruźlicy i zakrzątnięto się energiczniej około budowania uzdrowisk dla niezamożnych suchotników. Za granicą, zwłaszcza w Niemczech, ruch ten przybrał wielkie rozmiary, pociągnął za sobą liczne i rozgłośnie w medycynie nazwiska, zgromadził olbrzymie kapitały, obudził wielkie nadzieje, większe może, aniżeli inicjatorowie tego dzieła na myśli mieli. Sądzę bowiem, że rozumowanie ich musiało być takie: środka, bezwarunkowo leczącego gruźlicę nie mamy, gruźlica jest jednak plagą, dziesiątkującą ludzkość w sposób zastraszający, — trzeba

więc pomyśleć o sposobach wytepienia tego bieża bożego. Za pierwszy i najważniejszy uznano udostępnienie ubogim warstwom leczenia za pomocą środków, jakie dotychczas okazały się najlepszymi, t. j. czystego powietrza i odpowiedniej diety. Uboczny wpływ sanatoriów miał być czysto wychowawczy: suchotnicy mieli w nich zapoznać się ze środkami ostrożności, jakie zachować należy, aby zarazy nie szerzyć pośród swych rodzin i współtowarzyszów pracy. Ponieważ zaś budowanie i utrzymywanie uzdrowisk dla suchotników pochłonęło olbrzymie kapitały, aby więc korzyść z nich mogła być jaknajwiększa, uchwalono przyjmować do nich chorych, dających największą szansę wyleczenia, t. j. ludzi w najpóźniejszym okresie gruźlicy.

Czy rzeczniczy uzdrowisk ludowych obiecywali sobie ztąd wyleczenie wszystkich przyjmowanych chorych, czy marzyli nawet chociażby o uzdrowieniu połowy, wątpię, ale, jak się obecnie okazuje, powszechne mniemanie musiało być takie, skoro po kilku latach istnienia sanatoriów zaczynają się w prasie lekarskiej odzywać głosy o „krachach“ i „bankructwach“ lekarskich, okazało się bowiem, że sanatoria dają zaledwie 20% wyleczeń. Dlaczego mniemanie o potężnej jakoby sile leczniczej sanatoriów było tak przesadzone, nie umiem sobie wytłumaczyć wobec znanego każdemu lekarzowi faktu, że i najzamożniejsi chorzy, rozporządzający wszelkimi środkami dla odzyskania zdrowia od

najpierwszych początków choroby, leczący się lata całe, powracający po ukończeniu leczenia do dawnych wymarzonych warunków higieniczno-dietetycznych, także przecież padają ofiarą gruźlicy. Zapewne, przebieg gruźlicy zależy w niemalym stopniu od warunków, wśród jakich chory żyje, od okresu, w jakim leczenie rozpoczęte zostało, od rodzaju leczenia, ale w znacznie większym od charakteru samej sprawy, której złośliwość czy łagodność polega na stopniu odporności tkanki. Jeżeli tedy najlepiej sytuowani chorzy giną skutkiem gruźlicy pomimo długoletniego leczenia i życia w najkorzystniejszych warunkach, to czemu się tu dziwić, że z pośród sfery ubogiej, robotniczej, czy rzemieślniczej, zaledwie 20% chorych odzyskuje zdrowie po 2—3 miesięcznym pobycie w sanatorium, z którego wracają do dawnego ciasnego, wilgotnego mieszkania, do dawnej pracy, której sam rodzaj czterostokrotnie już dla suchotnika jest zabójczy, do dawnego braku zdrowej i pożywnej strawy, do dawnej biedy? Dlaczego, jeżeli ze wspaniałego wysokogórskiego uzdrowiska po długoletniej kuracji wróci do domu wielki bogacz w stanie oplakany z jamami w płucach, wychudzony, schorzał, — to niepomysłny wynik leczenia przypiszemy złośliwości samej choroby; jeśli zaś to samo spotka po kilku miesiącach leczenia uboższego robotnika, żyjącego w najgorszych warunkach zdrowotnych, to podniosimy alarm, że kolosalne kapitały giną bez wszelkiej korzyści? „Ale“, powiedzą przeciwnicy sanatoriów ludowych, „odsetka śmiertelności pierwszych jest znacznie mniejsza, niż drugich“. Przedewszystkiem, odpowiemy, niema żadnych dowodów, że odsetka śmiertelności jednolitych przypadków obu kategorii jest różna, a po drugie, gdyby nawet tak było, to nie powinniśmy nas dziwić wobec różnorodności warunków bytu chorych obu kategorii. Czyż można nawet myśleć o tem, aby 3 miesięczne leczenie w sanatorium zastąpiło suchotnikowi zdrowe mieszkanie i dostatnią strawę, aby mu wynagrodziło przeciążenie pracą? Tu właśnie tkwi jądro kwestyi. Gdybyśmy chcieli zostać zwycięzcami w walce z gruźlicą, musielibyśmy rozpocząć pracę od gruntu, musielibyśmy naprawić zło, jakie robotnika i rzemieślnika oraz jego rodzinę przesładuje od samego przyjscia na świat. Gdybyśmy nawet, przyjąwszy utopię KATZ'a, nie wierzącego w

wpływ klimatu swojskiego na suchoty, przesiedlili setki tysięcy suchotników z klasy robotniczej do południowej Afryki, to czyż moglibyśmy uwierzyć w zbawienne skutki tej kolonizacji bez dostarczenia wysiedlonym dobrych mieszkań i odpowiednich środków do życia? Trzebaby więc przedewszystkiem budować zdrowe i tanie mieszkania dla sfer robotniczych i rzemieślniczych, trzebaby unormować dzień roboczy i wynagrodzenie za pracę w stopniu, któryby zapewnić im mógł znośną egzystencję, trzebaby było im dać i kąpiel tanią, i rozrywkę przystępną i t.d., trzebaby jednym słowem być proletaryatu możliwie zbliżyć do bytu ludzi dostatnich. Co warte jest doprowadzenie stanu suchotnika w sanatorium do względnego zdrowia, jeżeli tenże suchotnik, po skończeniu leczenia, wraca do swej ciężkiej pracy, do swej niedoli? Trzebaby więc urządzić dla tych „uzdrowionych“ suchotników odpowiednie kolonie robotnicze, w którychby jeszcze przez lata znaleźć mogli warunki, sprzyjające utrzymaniu osiągniętego wyniku. Lecz na to wszystko i dobrobyt nasz i ofiarność nasza są zbyt małe — ustrój taki jest żonką nie wiele mniejszą, niż projekt KATZ'a. To są „wielkie“ środki, na które nie tylko nie stać nas, ale i bogatszych społeczeństw. Że zaś „wielkich“ środków chwycić się nie możemy, nie wynika ztąd bynajmniej, abyśmy mieli pogardzać małymi, których korzyści zaprzeczyć nie można. Sanatoria dają 20% wyzdrowień, dobre i to, może bez nich byłoby tylko 10%. Nie wiemy tego dokładnie, ażeby zaś potępić leczenie sanatoryjne w klimacie swojskim, trzebaby najpierw dostarczyć dowodów, że i bez niego śmiertelność byłaby ta sama. Ale dowody musiałby się opierać na materiale jednolitym, jednorodność zaś ta musiałaby dotyczyć nie tylko wieku, stanu ogólnego i miejscowego oraz warunków bytu porównywanych osobników, ale także i siły życiowej, odporności ich tkanek. Wiemy bowiem z doświadczenia, że przebieg suchot u dwóch indywidualów, znajdujących się pod każdym dostępnym dla oceny naszej względem w jednakowych warunkach, może być różny. Różnica zależeć będzie właśnie od stopnia odporności ustroju albo od siły zarazka. Przecież i w innych chorobach zakaźnych widzimy to samo: z dwóch kobiet, dotkniętych gorączką połogową, jedna umiera, druga powraca do zdrowia, pomimo jednorodności wszyst-



kich warunków, a czasem nawet słabsza, węższa na pozór wychodzi zwycięsko, gdy silniejsza ginie. Bo pozór zewnętrzny nie świadczy jeszcze o sile życiowej ustroju.

Że zaś czynnika tego ocenić nie jesteśmy w stanie, więc i dostarczenie żądanego wyżej do wodu będzie niemożliwe.

Jeżeli można uzdrowiskom ludowym dla suchotników zrobić jakiś zarzut, to tylko z powodu przepychu w ich urządzeniu. Oto np. opis sanatorium w Beelitz pod Berlinem. „Całość robi wrażenie grupy will, w których mieszkają bogaci, dalecy od trosk życia codziennego ludzkiego. Idyllicznie rozrzucone, kąpiące się w zieleni pawilony otaczają zabudowania gospodarskie. Śniadania, obiady i wieczerze spożywane bywają we wspaniałych jadalniach, a wprowadzane w ruch przy pomocy elektryczności orkiestrony uprzyjemniają chwile biesiadnikom. Kręgielnie (na które wydano 18,000 marek) dostarczają przyjemnej a higienicznej rozrywki, zaś scena rozwesela mieszkańców sanatorium. Oprócz wspomnianych kosztownych urządzeń kąpielowych, rozpoczęto już budowę olbrzymiego gmachu kąpielowego“.

Taki przepych w budowie sanatorium ma dwie złe strony: 1) zamiast jednego zbyt kosztownie urządzonego możnaby było wybudować dwa skromne, 2) mieszkańcy takiego zakładu uczą się w nim zbytku i życia nad stan, co po ich powrocie do domu źle na ich dalszym życiu odbić się może. Budujmy więc uzdrowiska ludowe dla suchotników ale nie marnujmy pieniędzy na zbytki, niech suchotnik znajdzie w nich wszystko, co dla poprawy jego zdrowia jest konieczne, ale niech się nie uczy w nich życia nad stan, budujmy sanatoria dla uratowania choć małej części nieszczęśliwych, ale nie traktujmy tych zakładów, jak to już także w prasie lekarskiej słyszeć się dawało, jako przytułków dla nieuleczalnych.

Z tą kategorią chorych znowu inna jest sprawa. W zapale ratowania zagrożonych suchotami zapomniano o bardzo doniosłej sprawie opieki nad chorymi z małą lub bez szansy wyzdrowienia. Tymczasem, nie mówiąc o humanitarnej stronie kwestyi, która nakazuje pamiętać o nieszczęśliwych męczennikach, już czysto egoistyczny punkt widzenia radzi uczynić ich, o ile można, najmniej szkodliwymi dla innych. Prze-

cież, jeżeli idzie o walkę z gruźlicą, to ta kategoria chorych, wyrzucająca z siebie codziennie miliardy laseczników, jest stokroć niebezpieczniejsza, aniżeli suchotnik w pierwszym okresie choroby, nieraz wcale nie kaszlący. Tak więc względy altruistyczne i zmysł samozachowawczy przemawiają za koniecznością budowania szpitalów czy przytułków dla suchotników zdeklarowanych i dogorywających. Tylko zakłady takie, jako nie mające już na celu leczenia chorych, a tylko złagodzenie ich niedoli i odseparowanie od zdrowych, mogą być wznoszone kosztem znacznie mniejszym, aniżeli sanatoria, których urządzenie wymaga nakładu większego.

Tak więc sanatoriów ludowych dla niezamierzonych suchotników nie należy uważać za rozwiązanie sprawy, nie należy wyobrażać sobie, że, jeżeli każde państwo będzie miało chociażby setki, czy tysiące takich zakładów, to gruźlica zniknie z powierzchni ziemi, — nie, ale nie należy powstawać przeciwko nim dlatego, że nie są w stanie zdziałać wszystkiego. Sanatoria należą do rzędu „małych“ środków, które wspólnie z wyżej wymienionymi „wielkimi“ środkami zapewne zadowolilyby opozycjonistów, ale te „wielkie“ środki w całej swej rozciągłości — to mżonka. Zostałmy więc tymczasem przy „małych“ środkach, dopóki środek „największy“ — lek przeciwko gruźlicy — nie rozwiąże kwestyi. Czy jednak można się spodziewać, aby się udało kiedykolwiek znaleźć środek, leczący radykalnie gruźlicę? Jeżeli zastanowimy się nad jej przewlekłością, nad ucichaniem i wybuchaniem choroby nanowo oraz nad wszędobylstwem, że w ten sposób przetłumaczę wyraz „ubiquitas“, lasecznika gruźlicy, to wątpię, aby nadzieja ta kiedykolwiek urzeczywistnić się mogła. Bo wyobraźmy sobie, że posiadamy już lekarstwo, czy to w postaci przetworu aptecznego, czy też w formie surowicy leczniczej, lekarstwo, które, tak czy inaczej zastosowane, w krótszym lub dłuższym czasie leczy chorobę. Wyleczony osobnik jednak nosi w sobie te same tkanki, w których raz już zagnieździł się lasecznik gruźlicy, a więc tkanki, skłonne do przyjęcia i rozwoju zarazki, nie więc na przeszkodzie nie stoi, aby się to po raz drugi stać nie mogło. Należałoby zatem nanowo leczenie rozpocząć czyli leczyć się całe życie, co już samo przez się przeczy najkardynalnierzszemu warunkowi radykalnego środka leczniczego. Wię-

cej szansy mają widoki uodparniania przeciwko gruźlicy, a wyniki takiego postępowania, otrzymane przez BEHRING'a, pozwalają śmieiej nieco patrzeć w przyszłość. BEHRING'owi udało się za pomocą szczepienia ciałem hodowli gruźlicy ludzkiej uodpornić je względem perlicy. BEHRING uważa prace swoje w tym kierunku za skończone i dodaje, że w sprawie wartości praktycznej tych szczepień ochronnych już nie o to idzie, czy są one skuteczne, czy nie, lecz, czy sposób ich stosowania da się udoskonalić. Jest to rzecz przyszłości. „Ale tyle“, Szanowni Panowie, mówił w odczytaniu swoim o walce z gruźlicą, „jako wyraz osobistego wrażenia, powiedzieć mogę, że w tej chwili jestem o praktycznej doniosłości mojego uodparniania przeciwko gruźlicy bardziej przeświadczony, niż w swoim czasie, przed 8 laty, o wartości moich doświadczeń leczniczych w błonicy“. Gdy takie słowa wychodzą z ust badacza tej miary, co BEHRING, badacza wysoce ostrożnego we wnioskach, człowieka, który obdarzył nas tak świetnym środkiem, jak surowica przeciwbłonicza, to można z otuchą patrzeć w przyszłość.

Ale przecież tu idzie tylko o szczepienie śródżylne ciałem, przecież na takie szczepienia ludzi nie tak łatwo się zdobyć! Zkądże więc radość?

Otóż BEHRING przysłał swoje widoki przedstawia w ten sposób. Na zasadzie badań swoich doszedł on do wniosku, że główne niebezpieczeństwo nabycia gruźlicy polega na zarażeniu się w okresie wczesnego niemowlęstwa, a to dla tego, że w pierwszych tygodniach życia z jednej strony błona śluzowa kiszki ma więcej skłonno-

ści do wchłaniania elementów sformowanych (*corpusculär*), z drugiej zaś fermenty przeciwbakteryjne jeszcze nie są wytwarzane. Ale zarówno jak materje zakaźne, tak i odtrutki (*Antikörper*) przechodzą w pierwszych tygodniach życia niezmiennymi przez błonę śluzową kiszki i np. przy karmieniu zawierającym je mlekiem nagromadzają się w wielkiej obfitości we krwi. Opierając się na tych faktach, BEHRING wpadł na myśl wprowadzania do ustroju ssawców odtrutek wraz z mlekiem uodpornionych przeciwko gruźlicy krów, aby w ten sposób dać niemowlętom możność bezpiecznego przebycia okresu, odznaczającego się największą skłonnością do przyjęcia zarazki gruźliczego. Że zaś człowiek wogólności nie przynosi z sobą na świat zakażenia gruźliczego, więc takie uodpornienie jest teoretycznie uzasadnione. Czy zresztą idea ta da się w czyn wprowadzić i czy okaże się płodną w skutki, może dopiero daleka przyszłość pokazać.

Takie odkrywają się przed nami widoki w sprawie walki z gruźlicą, widoki odległe i niepewne, ale i nie beznadziejne. Gdy w sprawie jakiej rozwija się akcyę tak rozległą i energiczną, jak ją przeciw gruźlicy rozpoczął koniec ubiegłego i prowadzi dalej wiek bieżący, to, zdaje się, opuszczać rąk i poddać się wrogowi nie należy. Wspólna praca i zachęta do niej, a nie lekceważenie i wyśmiewanie podejmowanych usiłowań jedynie do celu doprowadzić może. Nasz wielki Prus uznał za najszczytniejsze dzieło 19 wieku zniesienie niewolnictwa, największą zdobyczą 20-stulecia będzie wytepienie gruźlicy.

Zygmunt Srebrny.

## Spis prac oryginalnych, w czasopismach lekarskich polskich zawartych w marcu 1903 r.

### Gazeta Lekarska.

N. 10. 1) N. HALLÉ i B. MOTZ. O gruźlicy cewki przedniej. (C. d.)

2) Stan. BUCELSKI. Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego: poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma, padaczka JACKSON'a i bezwład postępujący. (C. d.)

3) WITOLD ZAŁĘSKI. Ruch ludności miasta Warszawy w ciągu okresu 20-letniego (1882 — 1901) porównawczo z innymi miastami. (C. d.)

N. 11. 1) ALEKSANDER BIAŁOBRZESKI. O zastosowaniu błękitu metylenowego w cierpieniach dróg moczowych.

2) Stan. BUCELSKI. Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współistniejące. Zaduma padaczka JACKSON'a i bezwład postępujący. (C. d.)

3) B. W. SAWICKI. Krótki rzut oka na rozwój Kasy Wsparcia dla podupadłych lekarzy.

N. 12). 1). Stanisław CYKOWSKI. Przyczynnik do uauki o włókniakach i włókniakomięśniakach pochwy.

2) N. HALLÉ i B. MOTZ. O gruźlicy cewki przedniej. (D. n.)

3) Stan. BUCELSKI. Cierpienia układu mózgo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współlistniejące. Zaduma padaczka JACKSON'a i bezwład postępujący. (C. d.)

4) Witold ZALĘSKI. Ruch ludności miasta Warszawy w ciągu okresu 20-letniego (1882 — 1901) porównawczo z innymi miastami. (C. d.)

N. 13. 1) Mikołaj REJCHMAN. Kilka słów o rozpoznawaniu i o leczeniu spraw zakaźno-zapalnych pęcherzyka i przewodów żółciowych (*cholecystitis et cholangitis infectiosa*).

2) Robert BERNHARDT. Przyczynnik do budowy wrzodu pierwotnego.

3) Stanisław CYKOWSKI. Przyczynnik do nauki o włókniako- mięśniakach pochwy (Dok.).

4) Stan. BUCELSKI. Cierpienia układu mózgowo-rdzeniowego, poprzedzające bezwład postępujący lub z nim współlistniejące. Zaduma, padaczka JACKSON'a i bezwład postępujący. (Dok.).

5) ZWEJGBAUM. W sprawie instytucji babek wiejskich.

#### Kronika Lekarska.

Zeszyt 5. 1) Stanisław ORŁOWSKI. Tannoform w wyprzałościach u niemowląt.

2) Kazimierz DUDREWICZ. Powikłania spraw ropnych ucha środkowego. (Dok.).

Zeszyt 6. Kazimierz NIEDZIELSKI. Przypadek pęknięcia podstawy czaszki, zakończony wyzdrowieniem.

#### Krytyka Lekarska.

N. 3. 1) O HEWELKIE. Kornelia Metella w Irydionie Krasińskiego. Studium.

2) Fr. GIEDROYĆ. Król Władysław IV. Historia choroby.

3) Stanisław ŁAGOWSKI. Z powou ogłoszenia przez D-ra Adama WRZOSKA listów Jędrzeja Śniadeckiego do księcia Adama Czartoryskiego.

#### Zdrowie.

Zeszyt 3. 1) Bohdan KORYBUT-DASZKIEWICZ. Kilka słów o najnowszych zdobycach nauki na polu badania chemicznego mleka kobiecego i różnych zwierząt.

2) Stanisław SERKOWSKI. Wystawa higieniczno-spożywcza w Łodzi w roku 1903.

3) J. TCHÓRZNICKI. Sklepiki spożywcze.

4) J. TCHÓRZNICKI. Wartość porównawcza miejsce, oznaczonych pod budowę rzeźni w Płocku pod względem zdrowotności publicznej.

#### Przegląd dentystyczny.

N. 2. M. KRAKOWSKI. Nowe leki, zalecane do celów dentystycznych.

#### Przegląd Felczerski.

N. 6. 1) E. L. Kilka uwag o wyjmowaniu zębów.

2) A. F. Leczenie surowicą.

3) T. SZMITKOWSKI. Szczepienie ospy.

#### Przegląd Lekarski.

N. 10. 1) Kazimierz RZĘTKOWSKI. Kilka uwag z dziedziny sfigmografii i sfigmomanometrii.

2) Stanisław JASIŃSKI. O torbielach wychodzących z trzustki i jej okolicy. (C. d.)

3) Edmund BIERNACKI. Sprawność lecnicza żelaza. (Dok.).

N. 11. 1) Witold ORŁOWSKI. Przyczynnik do nauki o postępującej niedokrewności złośliwej, wywołanej bródzdogłowcem szerokim i o tak zwanych szmerach sercowych z niedokrewności.

2) Stanisław JASIŃSKI. O torbielach wychodzących z trzustki i jej okolicy. (C. d.)

N. 12. 1) P. PRĘGOWSKI. O chorobie uważanej jako neurastenii okresowa lub jako obłąkanie przemienne (cykliczne) małego stopnia.

2) Witold ORŁOWSKI. Przyczynnik do nauki o postępującej niedokrewności złośliwej, wywołanej bródzdogłowcem szerokim i o t. zw. szmerach sercowych z niedokrewności. (C. d.)

3) Stanisław JASIŃSKI. O torbielach wychodzących z trzustki i jej okolicy. (Dok.).

N. 13. 1) Antoni RYDYGIER. (jun.). Nowy pomysł dorabiania moczowodu (ureteroplastyki).

2) P. PRĘGOWSKI. O chorobie uważanej jako neurastanii okresowa lub jako obłąkanie przemienne (cykliczne) małego stopnia. (C. d.)

3) Witold ORŁOWSKI. Przyczynnik do nauki o postępującej niedokrewności złośliwej, wywołanej bródzdogłowcem szerokim i o t. zw. szmerach sercowych z niedokrewności. (Dok.).

#### Czasopismo Lekarskie.

N. 2. 1) K. ROZENFELD. Uwagi w sprawie leczenia niepłodności.

2) Wincenty PUŁAWSKI. Przyczynę do leczenia błonicy surowicą swoistą.

3) F. ARNSTEIN. Kilka słów z powodu artykułu d-ra A. RZĄDA „Przyczynę do leczenia kulszówki“.

4) W. EICHLER. Parę słów w kwestyi urządzenia stałej pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej.

5) S. STERLING. W sprawie babek wiejskich.

N. 3. 1) Dr. Antoni GOLDMAN. O zewnętrznem użyciu wysokoku w postaci okładów.

2) Dr. Witold PIASECKI. Przypadek choroby STOKES ADAMS'a.

3) Dr. K. CIĄGLIŃSKI (z Siedlec). Parę słów o ciężyzce.

4) Dr. Fr. ARNSTEIN. Obniżenie ciepłoty ciała za pomocą obfitego chłodnego napoju i chłodnych ławatyw w przypadku duru brzuszego z hypertermią.

5) Dr. NOWAKOWSKI (Działoszyce). Przypadek niedrożności jelit wyleczony atropiną.

6) Dr. S. STERLING. W sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego.

7) Dr. J. BRZEZIŃSKI (Zawiercie). W sprawie t. zw. „monopolu lekarskiego“.

8) Dr. S. ŁAGOWSKI. Kilka danych o poglądach na etiologię, rozpoznawanie i zapobieganie gruźlicy przed stu laty.

#### Nowiny Lekarskie.

Zeszyt 3. WIŚNIEWSKI. Przyczynę do przymiotu u dzieci.

Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot po lekarzach pozostałych padaje do wiadomości, że z procentu od funduszu, ofiarowanego przez D-ra Leona MANCEWICZA, udzielone będzie w roku 1903 wsparcie w kwocie Rb. 103 kop. 41 jednej lub kilku niezamężnym sierotom, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego, pozostałym po lekarzach cywilnych, które pobierają nauki w niższych lub średnich, rządowych lub prywatnych zakładach naukowych. W braku sierot, odpowiadających wyżej wymienionym warunkom, wsparcie powyższe udzielone być może wdowie po lekarzu cywilnym, obciążonej dziećmi, pochodzenia polskiego, wyznania rzymsko-katolickiego,

#### Przegląd Weterynarski.

N. 3. 1) Józef SZPILMAN. D-ra BEHRING'a jenneryzacja jako środek zwalczania gruźlicy u bydła. (C. d.).

2) Jan KOWALEWSKI. O znaczeniu anatomicznych zmian, napotykanych w gruczołach skłonnych przy oględzinach mięsa. (D. d.).

3) Wincenty GÓRECKI. Nowa rzeźnia miejska we Lwowie.

4) Fryderyk FRIED. Poglądy uczonych specjalistów na sprawę gruźlicy u bydła i spostrzeżenia nad niektórymi urządzeniami weterynaryjnymi za granicą, poczynione w podróży naukowej. (C. d.).

#### Przegląd Higieniczny.

N. 3. 1) Wychowanie fizyczne młodzieży szkół ludowych we Lwowie i starania około jej dobra cielesnego.

2) Ignacy ROSNER. Chorobliwość i śmiertelność we Lwowie w r. 1902. (Dok.).

#### Postęp okulistyczny.

N. 2. 1) S. B. ŁUNIEWSKI. Dwa przypadki wglębienia gałki ocznej pochodzenia urazowego (*Enophthalmus traumaticus*).

2) J. STRZEMIŃSKI. Dwa przypadki zwyrodnienia pierścieniowatego siatkówki (*retinitis circinata*). (Dok.).

3) B. WICHERKIEWICZ. Kilka słów w sprawie opasek ocznych.

pobierającymi nauki w wyżej wymienionych zakładach. Przy prośbie, oprócz zwykłych poświadczeń 3-ech członków Kasy Wsparcia, dołączone być mają cenzury szkolne z ostatniego kwartału przed złożeniem podania, a nowostępujący składać winni poświadczenie zakładu naukowego o przyjęciu w poczet uczniów. Termin ostateczny do wnoszenia próśb — dzień 15 Czerwca r. b. Informacje udzielane być mogą w kancelaryi Towarzystwa Lekarskiego w Warszawie (ul. Niecała N. 7), na prowincyi zaś — w kancelaryach p. p. Inspektorów Lekarskich gubernialnych, w Królestwie polskiem.

Zarządzający Kasą Wsparcia Dr. M. Jakowski.