

MEDYCINA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKOW.

Nr 15.

Warszawa d. 29 Marca (II 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 drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Trzy przypadki wycięcia zwoju Gasser'a przy nerwobólu nerwu trójdzielnego. Podał D-r Al. Zawadzki. — O leczeniu kamicy żółciowej. Skreślił S. Mintz. (Ciąg dalszy). — Kilka uwag w sprawie sanatoryjów z powodu artykułu d-ra E. Biernackiego. Podał Wł. Wroński. — **ODCINEK.** O potrzebie reformy wykształcenia lekarskiego. Napisał J. Mutermilch. — **WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.** — **OGŁOSZENIA.**

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Al. Zawadzki — 3 cas d'exstirpation du neud de Gasser 2) D-r S. Mintz — Sur le traitement de la cholélithiase.

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

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r Al. Zawadzki — 3 Fälle von Exstirpation des Ganglion Gasseri wegen Trigemimusneuralgie. 2) D-r S. Mintz — Ueber die Behandlung der Cholelithiasis.

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

PRACE ORYGINALNE.

Z oddziału chirurgicznego d-ra med. J RAUMA
w Szpitalu na Pradze.

**Trzy przypadki wycięcia zwoju Gasser'a
przy nerwobólu nerwu trójdzielnego.**

Podał

D-r Al. Zawadzki.

Odczyt wypowiedziany na XII Zjeździe chirurgów
polskich w Krakowie.

Szanowni Panowie!

W dostępnej mi naszej literaturze lekar-
skiej znalazłem tylko jeden przypadek całkowi-

tego wycięcia zwoju GASSER'a, przedstawiony
w Tow. Lek. przez Szanownego prof. KADER'a,
opisany w N. 50 „Przeglądu Lekarskiego“ 1900
roku.

Brak ten w naszej literaturze jest tem dzi-
wniejszy, że od 1889 r., t.j. od chwili, gdy HORS-
LEY przedstawił na 21 zjeździe chirurgów nie-
mieckich pracę o wycięciu zwoju GASSER'a, RO-
SE zaś uczynił to samo w 1890 r. w Tow. Lek.
Londyńskim, a szczególnie od 1892 roku, gdy
prawie równocześnie FEDOR KRAUSE i FRANK
HARTLEY podali swoje sposoby operowania, w

obecnej literaturze po dzień dzisiejszy Türk liczy 201 przypadków.

Ten brak upoważnia mnie poniekąd do przedstawienia Szanownym Panom trzech przypadków, operowanych przez d-ra Jana RAUMA, który sam na zjazd przybyć nie mógł i mnie, jako swego współpracownika, do przedstawienia ich zobowiązał.

I. Nowicki Szulem, lat 54. Przed dziesięciu laty upadł i uderzył się w lewą połowę twarzy. Od tej pory zjawia się nerwoból lewego nerwu trójdzielnego. Pomimo siedmiokrotnie wykonanych operacji na obwodzie, bóle za każdym razem wracały po dwóch tygodniach.

Chory wynędzniał, twarz pokryta bliznami, nocami nie sypia, ma silne bóle w całej połowie twarzy, czoła, języka i dolnej szczęki, morfizuje się.

24. VII. 1897. Pod uśpieniem chloroformowym zabieg KRAUSE-HARTLEY'a: z lewej kości skroniowej wycięto płat skórny i kostny (przewiercenie otworów, rozszerzenie ich frezą DOYEN'a, wycięcie płata klęczkami DAHLGREN'a); kość sklerotyczna oddzieliła się od okostny, została przeto usunięta. Opona twarda odluszczo- na od podstawy czaszki aż do dziury owalnej. W tym okresie zabiegu, chory przestał chwilowo oddychać, tętno była bardzo nikle, zabieg więc zakończono wprowadzeniem do jamy trepanacyjnej gazy, ranę przykryto płatem skórnym, nałożono opatrunek.

Po operacji stan chorego bezgorączkowy, wogóle dobry, chociaż bóle trwają.

W 6 dni po pierwszym zabiegu wyjęto gazę z rany, (bez uśpienia) podwiązano *art. meningeam mediam*, drugą i trzecią gałąź n. trójdzielnego (po oddzieleniu) wyrwano, i wycięto sklerotyczny kawałek tkanki, który znajdował się w *impressio n. trigemini* poczem nałożono opatrunek.

Od tej pory N. bólów więcej nie uczuwał, spał dobrze; przebieg gojenia prawidłowy, bezgorączkowy; prócz przejściowego *conjunctivitis*, *keratitis* i *ptosis*, innych zaburzeń nie było: w mie-

siąc po operacji N. opuścił szpital z niewielką ziarninującą powierzeźnią. Do obecnej chwili, a więc już przez lat 5 N. czuje się dobrze, oddaje się zwykłej pracy, morfiny nie używa.

II. Bajla Handelsman lat 44. Silne bóle w okolicy lewego oczodołu, górnej i dolnej szczęki; cierpi na nie od lat 14; w początkach bóle zjawiały się 2—3 razy do roku później występowały częściej. W 1897 roku wycięcie *n. supraorbitalis* — przez rok jeden bólów nie było. Od roku znowu bóle, w ostatnich czasach po parę razy dziennie, trwają od $\frac{1}{4}$ — $\frac{3}{4}$ godz. Wśród bólów lewa strona twarzy czerwona, z oka leją się łzy, ust otworzyć niepodobna. Czucie bólowe na lewej stronie głowy aż do łuku jarzmowego przytępione, czucie ciepłe zniesione. Odruchy kolanowe wzmożone, lewa źrenica mniejsza od prawej. Noce chora spędza bezsenne — wynędzniała — stale używa morfinę.

24. VI. 1899. Pod uśpieniem chloroformowym zabieg sposobem KRAUSE-HARTLEY'a w trzy tempa (pod uśpieniem chloroformowym za każdym razem):

a) Po wycięciu skórniego i kostnego płata (jak wyżej) oddzielenie *quamae ossis temporis* aż do podstawy czaszki, oddzielenie opony twardej aż do kości skalistej — z powodu silnego krwawienia *tamponatio* — opatrunek.

b) W 9 dni potem (stan bezgorączkowy, bóle trwają) po usunięciu opatrunku i wyjęciu tamponów, oddzielenie opony do zwoju GASSER'a, przyczem doskonale było widać całą trzecią gałąź; podwiązanie *art. meningae mediae* w dwóch miejscach. Wskutek silnego krwawienia znowu trzeba było zakończyć zabieg i jamę wytamponować.

c) W 3 dni po tym zabiegu (bóle trwają), po usunięciu tamponów, oddzielenie i wyrwanie wszystkich trzech gałęzi, wycięcie małego zwoju GASSER'a. Stan chorej po ostatnim zabiegu b. dobry.

W 6 dni po ostatnim zabiegu silne bóle głowy, bezsenność, bredzenie, lewostronna *ptosis*

mowa niezbyt wyraźna, stan bezgorączkowy. Dopiero po 25 dniach zjawia się dobry sen, bóle ustępują, chora przechadza się, mówi zupełnie dobrze.

W 1½ miesiąca po operacji rana prawie zagojona, płat przyrósł dobrze, *ptosis*, równie jak przejściowe *conjunctivitis* i *keratitis* ustąpiło; operowana opuściła szpital zupełnie zdrowa. Morfyny nie używa.

III. Stanisławska Paulina lat 59. Od lat 8 bóle; zrazu słabsze, od 7½ lat po grypie bardzo silne; w ciągu lat 2 leczona była środkami wewnętrznymi; przed 5 laty usunięto jej 10 zębów, wkrótce potem przecięto lewy *n. supraorbitalis*, usunięto resztę zębów a swoją drogą bóle wróciły. 1½ roku temu wycięto jej kilka centymetrów tegoż nerwu, w rok jednak po tym zabiegu bóle wróciły z całą gwałtownością. Chora wynędzniała, lewa połowa twarzy zajęta pryszczycą; stale zastrzykiwana morfina nie pomaga.

21. IV. 1902. Pod uspieniem chloroformowym zabieg według KRAUSE-HARTLEY'a.

Już przy wycinaniu skórno i kostnego płata (jak wyżej) znaczny krwotok; oddzielenie opony twardej, przecięcie *art. men. mediae* między dwoma podwiązkami. Sklerotyczny płat kostny usunięto, w czasie trwania operacji z powodu krwotoku trzeba było co chwilę ranę tamponować i operację przerywać. Mimo to udało się dotrzeć po oddzieleniu opony twardej (rozerwała się) do *impressio n. trigemini*, gdzie znajdowały się zaledwie resztki zanikłego zwoju GASSER'a; po uprzednim oddzieleniu i wyrwaniu wszystkich trzech gałęzi, usunięto i sam zwój.

Operacja, jak rzekłem, przebiegała krwawo, trzeba ją było wciąż przerywać z powodu silnego krwawienia z kości, opony twardej i t. d. ranę tamponować i wyczekiwać. Tak w tym przypadku, jak i w poprzednich opona podczas unoszenia mózgu szpatlem uległa rozdarceniu i masy mózgowe wydostawały się przez ten otwór nazewnątrż.

Po operacji ranę wytamponowano — nałożono opatrunek.

Pierwszą noc po operacji chora spędziła źle, (*depressio*), na trzeci dzień opatrunek przesiąknięty krwią zmieniono powierzchownie; sen dobry, bólów niema, apetyt dobry, stan bezgorączkowy. Czwartego dnia usunięto tampony, stan przygnębienia ustąpił. W dalszym przebiegu zjawia się *conjunctivitis* na stronie operowanej; ogólny stan poprawia się znacznie. W 2 tygodnie po operacji S. uskarża się na bóle w okolicy *n. supra orb. sinistri*, bóle jednak nieznaczne, o zupełnie innym charakterze.

14. V. S. opuściła szpital z ziarninującą powierzchnią rany. W domu rana goi się dobrze, stan ogólny bardzo dobry.

12. VII. Stan chorej przed moim wyjazdem z Warszawy następujący. Na miejscu operowaniem płaska ziarninująca powierzchnia o średnicy 2 ctm, stan ogólny bardzo dobry, morfyny nie używa, bólów nie miewa; wprawdzie 2 tygodnie temu, opowiada S. „miałam takie wrażenie, jakby promień przeleciał mi od czoła do ucha, trwało to sekundę; w okolicy skroni mam naprzemian uczucie pustki lub gniecienia; w lewej połowie głowy uczucie mrowienia, skóra twarzy i błona śluzowa ust z lewej strony wydaje mi się grubszą, twardszą, wogóle jednak czuje się dobrze, dzięki Bogu, nie potrzebuję już wstrzykiwań morfyny“. Tyle mówi chora.

Przy badaniu znalazłem: przytępienie uczucia dotykowego, bólowego, na zimno i na ciepło w okolicy skroni i w górnej części policzka większe, w innych miejscach z lewej strony na głowie i na twarzy mniejsze. S. w tych miejscach nie odróżnia dotknięcia paznokciem i brzuścem palca. Znieczulenie łącznicy i rogówki lewej zupełne, także znieczulenie dotykowe i bólowe lewej połowy języka i błony śluzowej kanału nosowego i jamy ustnej z lewej strony. Przy płaczu S. czuje, że płacze tylko jednym okiem, z lewej strony łez wydziela się bardzo mało, to samo

powtarza się i przy katarze; z lewego nozdrza wydzieliny sływa bardzo niewiele. Powonienie i smak z lewej strony znacznie przytępione. Paralizów niema. Operowana uważa się za zdrową.

W tych trzech przypadkach zaburzenia pooperacyjne były względnie niewielkie, w pierwszym — trzeba było operować w dwa tempa wskutek zapaści, w drugim w trzy — wskutek krwotoku, w trzecim mimo krwotoku udało się, aczkolwiek operacja trwała 1½ godziny, skończyć ją odrazu. We wszystkich — nie dało się uniknąć rozdarcia twardej opony, co zresztą nie pociągnęło za sobą żadnych zaburzeń; ucisk wywierany podczas operacji na mózg dawał zaburzenia tylko przejściowe. W pierwszym i trzecim przypadku zwój był w stanie zaniku — stwardniały, w drugim — prawie normalny. Wyniki pooperacyjne — zupełnie dobre.

Ani opisem poszczególnych sposobów operacyjnych, ani historią powstania i rozwoju tego zabiegu Szanownym Panom czasu zabierać nie będą, odsyłając ich do bogatej literatury tego przedmiotu z ostatniego dziesiątka lat.

Pierwszym był HORSLEY i ROSE w 1890 r. W dwa lata potem podali swoje prawie identyczne sposoby FEDOR KRAUSE i FRANK HARTLEY, w ostatnich czasach znajdują Szanowni Panowie prace DOYEN'a, MUGNAI, DEPAGE'a, KEEN'a i SPILLER'a, HOUTCHINSON'a, GARRÉ'a, COELHO, P. L. FRIEDRICH'a, JACOB'a, LEXER'a, DOLLINGER'a, ZNOWU w 1900 JACOB'a, KRAUSE'go w 1900 na kongresie w Paryżu, tamże CHIPAULT'a, TICHONOWICZ'a i odpowiedź na tę pracę KRAUSE'go; w 1901 r. LEXER'a, SAPIEŻKI, LEXER'a na zjeździe w Hamburgu, jeszcze raz SAPIEŻKI, HARVEY, CUSHING'a, COENEN'a i TÜRK'a, BARTELEFF'a, BOUGLÉ, CAMINITI, DELBET'a, GRIESHAMMER'a, HOLM'a i VILLAR'a.

Sposoby operowania rozpadają się na dwie grupy: temporalna KRAUSE-HARTLEY'a i sphenoidalna DOYEN'a, POIRRIER'a, QUENU, JACOB'a.

W ostatnich czasach KOCHER chwali bar-

dzo sposób podany przez CUSHING'a (jest to nieco ulepszony sposób KRAUSE'go).

Śmiertelność po tej operacji jest niezbyt wielka: TIFFANY 22,2% na 108 przypadków; HERBERT i MARCHAND 14,73% na 98 przypadków, TÜRK, który zebrał 201 przypadków podaje odsetkę śmiertelności 17%, wyzdrowień zupełnych bez nawrotów 93,4%.

Najczęściej nawroty bywają tam, gdzie mamy do czynienia z gózem mózgu, który często maskuje objawami swojemi nerwoból n. trójdzielnego, nawroty występują również w przypadkach, gdzie nie usunięto zwoju doszczętnie (wyjątek stanowi przyp. GARRÉ).

Jako przyczynę śmierci zwykle podają krwotok, zapaść, posocznicę (przypadki HORSLEY'a i ROSE'go).

O sposobach operowania KEEN i SPILLER mówią tak: „niechaj każdy operuje, jak mu wygodniej, rzecz polega nie na sposobie, lecz na precyzyi wykonania, największym jednak uznaniem cieszy się sposób KRAUSE-HARTLEY'a, chociaż DOLLINGER zmienia go w ten sposób, że nie podwiązuje *art. men. media*, LEXER wycina płat nieco mniejszy i usuwa łuk jarzmowy, SAPIEŻKO podwiązuje prowizorycznie *art. carotis externa* (sposób ten daje czasami nekrozę płata), wycina łuk jarzmowy i podstawę czaszki aż do dziury owalnej i okrągłej, CUSHING nie dba o płat kostny, wycina otwór w podstawie aż do *crista infra-orbitalis* i t. d.

Wśród samej operacji napotykamy częstoć rozmaite trudności: krwawienie z płata skórnego i kostnego zalewa pole operacyjne, utrudnia podwiązanie *art. meningea media*, która z powodu kruchości łatwo rozrywa się, oponę twardą z powodu zrostów trudno bywa oddzielić (KRAUSE i HARVEY, CUSHING podaje przestrogi w tym względzie), przy naderwaniu opony sączy się płyn mózgowy, zjawia się znaczny krwotok, mocna tamponada w celu zatamowania go, jak również mocne uciskanie mózgu spatlem w celu

uwidocznienia zwoju dają w następstwie paraliżu, a czasem utratę wzroku; przy usuwaniu trzeciej gałęzi otrzymujemy często krwotok z żył łączących zatokę jamistą ze spletem skrzydłowym, w usuwaniu pierwszej gałęzi TIFFANY upatruje niebezpieczeństwo dla wzroku, w nieusuwaniu jej LEXER przyczynę nawrotów i t. d.

To też przystępując do tej operacji, chirurg winien mieć te piętrzące się trudności na względzie i liczyć się z nimi, przy wyrobieniu jednak pewnem techniki, większa część tych przeszkód daje się pokonać bez niebezpieczeństwa dla operowanego.

DOLLINGER odróżnia przypadki gdzie:

1) Niema krwotoku — operacja idzie gładko.

2) Jest krwawienie z płata skórniego i diploë (jak w naszym trzecim przypadku), z *emissaria santorini*, żył, opony i zatoki jamistej.

3) Krwawienie z *art. meningea media*.

Przy znacznem krwawieniu dla stłumienia go, LEXER (12 przypadków) za radą BERGMAN'a proponuje unieść głowę operowanego wysoko, przy powrotnem opuszczaniu jej mamy jeszcze tę wygodę, że nawet bez szpatla zwój z powodu odsunięcia się mózgu od podstawy czaszki staje się widoczny. Dla ochrony oka REEN i SPILLEN radzą dwoma szwami na przeciąg 5 dni zeszywać powieki, poczem za pomocą plastra umocowywać szkło od zegarka na 10—30 dni — ma to zapobiegać zaburzeniom ze strony łącznicy i rogówki.

Po operacji często bywa stan przygnębienia, który może przejść w stan pobudzenia (przy padek DEPAGE'a); spostrzegano porażenia *abducens*, *oculomotorii*, czasami nogi, zatrzymanie moczu (DEPAGE), bóle głowy, bezsenność, zapalenie łącznicy, rogówki, plamy na rogówce, utratę wzroku, podwójne widzenie. Po większej części są to jednak zmiany przejściowe.

Dodać należy, że szkody w tem niema, gdy się operuje w 2 lub 3 tempa.

Z pomiędzy licznych badań histologicznych wykonanych nad usuniętymi zwojami, pozwolę sobie przytoczyć wyniki badań KEEN'a i SPILLER'a.

1) Otoczka myelinowa włókien nerwowych albo zanikła, albo jej niema.

2) Cylindry ośrodkowe zwyrodnione, albo w stanie zaniku.

3) Komórki zwojowe udaje się rozpoznać niezmiernie rzadko, normalne komórki, niezmiennione stanowią wyjątek.

4) W naczyniach często brak światła, sklerotyczne.

5) Wogóle widać dążność do rozrostu tkanki łącznej.

W ostatnich czasach COENEN, badając zwoje wycięte przez LEXER'a, znalazł budowę ich prawidłową tylko w dwóch przypadkach, gdzie nie było poprzednio operacji na obwodzie, w innych — zwoje przedstawiały obraz nacieczenia, obrzęku, wakuolizacji komórek zwojowych, drobnociarniste zwyrodnienie, raryfikację tygroidu¹⁾ aż do zupełnego „tygrolize“²⁾, nakoniec zanik „*chromophilia pyknose*“³⁾ i całych komórek zwojowych, wzamian za to rozrost tkanki łącznej.

Zmiany te należy uważać za wtórne po wycięciu nerwów na obwodzie.

1) Komórki utrwalone i barwione sposobem NISSL'a (utrw. alkoholem, sublimatem, formolem, barwienie kwasną fuksyną, sinkiem metylowym, magentą, muskariną, neutralrot'em) przedstawiają się nam jak tygrysia skóra wskutek zabarwionych ziarenek t. zw. granula NISSL'a, ztąd Lenhossek proponuje nazwę tygroidu.

Raryfikacja tygroidu — przerwy w granulach, przezroczyście się ich częściowe (miejscami nie barwią się).

2) Tygrolize — zupełny zanik granula, ewentualnie stan ich taki, w którym nie barwią się wyżej wspomniane barwnikami.

3) „*Chromophilia pyknose*“: granula są tak skupione w komórce, że prawie nie widać ich granic, cała komórka barwi się jakby in toto. W komórkach operowanych zwojów Gasser'a tego niema, podczas gdy w normalnych spotyka się dość często.

NB. Ziarenek NISSL'a nie należy utożsamiać z granulami Altmann'a.

W końcu chcę zaznaczyć: jestem pewien, że u nas robiono i zapewne niejednokrotnie wycięcie zwoju GASSER'a, dziwnym jednak zbiegiem okoliczności, znalazłem tylko wzmiankę o przypadku prof. KADER'a, niechaj ten mój drobny przyczynek w tym kierunku pobudzi Szanownych Panów do ogłoszenia swoich przypadków i zapelnienia tej luki w naszej literaturze.

O LECZENIU KAMICY ŻÓŁCIOWEJ.

Skreślił

S. MINTZ.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 4)

V.

Rozpoznanie i leczenie kolki wątrobowej. Obecność kamieni żółciowych w stolcach. Żółtaczką. Ból. Rozpoznanie różniczkowe. Leczenie kolki. Ciepło. Środki czyszczące. Trygaecye. Środki narkotyczne. Antypiryna. Pijawki. Lód.

Przystępując do krytycznego przeglądu środków leczniczych, znajdujących zastosowanie przy kamicy żółciowej, wypadnie mi przede wszystkim pomówić o leczeniu kolki wątrobowej. Zanim jednak przejdę do leczenia, pozwolę sobie na kilka uwag o rozpoznawaniu kolki wątrobowej. Lekarz, wezwany po raz pierwszy do chorego podczas napadu kolki, ma przed sobą podwójne zadanie dyagnostyczne: musi on przekonać się, że ma przed sobą istotnie napad kolki wątrobowej, a następnie rozstrzygnąć, czy napad zależy li tylko od uwięźnięcia kamienia w przewodzie, czy też przeważnie od zapalenia pęcherzyka żółciowego. Szybkie oryentowanie się jest bardzo pożądane, ale niezawsze możliwe. Wobec gwałtownych bólów często musimy zastosować ten lub inny środek narkotyczny, zanim jeszcze zdaliśmy sobie sprawę z istoty choroby. Dopiero po uspokojeniu się chorego wywiady i szczegółowy rozbiór objawów przedmiotowych i

podmiotowych wyjaśniają nam sprawę. Za najważniejsze oznaki, niewątpliwie stwierdzające istnienie kamicy żółciowej, należy uważać obecność kamieni w ekskrementach oraz występującą podczas napadu, albo bezpośrednio po napadzie żółtaczkę. Nie zapominajmy jednak, że za ledwie w nieznacznej odsetce przypadków napad kolki kończy się wydalaniem kamieni do dwunastnicy. Po większej części kamienie po skończonym napadzie pozostają w pęcherzyku lub przewodach. Z drugiej strony złogi żółciowe, zwłaszcza mniejsze, po opuszczeniu dróg żółciowych nieraz rozkładają się w przewodzie kiszkiowym. Kamienie mogą również przez tydzień i dłużej pozostać w kiszkiach, nim wydzielią się z kałem. Szukanie złogów żółciowych w kale po napadzie kolki wymaga systematyczności i cierpliwości, na jakich chorym często zbywa. Co się tyczy żółtaczki, to ten nadzwyczaj ważny dla rozpoznania kamicy objaw względnie rzadko występuje podczas kolki lub po skończonym napadzie, albowiem żółtaczką występuje tylko wówczas, gdy kamienie zostają wtłoczone do przewodu żółciowego wspólnego albo też gdy wokoło tkwiącego już w *d. choled.* kamienia rozwija się sprawa zapalna. Czy żółtaczką może powstać również przy sprawach zapalnych w pęcherzyku lub przy uwięźnięciu kamienia w przewodzie pęcherzykowym, jak to przyjmują RIEDEL i zwolennicy jego teorii, jest to kwestyja dotąd nie rozstrzygnięta. Żółtaczką przy kamicy, jak wiadomo, pochodzi z wessania barwników żółciowych do krwi wskutek przeszkody dla odpływu żółci. Stopień żółtaczki zależy od natężenia sprawy zapalnej wokoło uwięźłego kamienia i od tego, jak długo trwa zatkanie przewodu. Tam, gdzie wokoło zaklinowanego w przewodzie żółciowym kamienia rozwija się sprawa zapalna, występuje bardzo wyraźna żółtaczką, cechująca się intensywnem zabarwieniem skóry i łącznicy oka oraz odbarwionemi (gliniastemi) stolcami, natomiast jeżeli się nie przyłącza zapalenie, to żółtaczką nawet przy zatkanium przewodu wspól-

nego przez spory kamień może być tak słaba i krótkotrwała, że łatwo można ją przeoczyć. Ilość wessanej żółci w tym razie jest tak nieznaczna, że zaledwie dostrzegalne zabarwienie łącznicy oka lub wykrycie barwników żółciowych w moczu za pomocą najczulszych odczynników świadczy o obecności żółtaczki. W niektórych przypadkach pierwszym i przez pewien czas jedynym objawem żółtaczki bywa swędzenie, które wystąpić może już wtedy, kiedy najczulsze nawet czynniki nie wykrywają jeszcze barwników żółciowych w moczu. W braku żółtaczki lub odehodzenia kamieni żółciowych, krytyczny rozbiór innych objawów, zwłaszcza bólu, oraz dokładne różniczkowe rozpoznanie naprowadzają nas na właściwą drogę.

Kolka wątrobowa cechuje się silnym kurczowym bólem, obejmującym okolice pęcherzyka żółciowego i całą prawą część klatki piersiowej aż do łopatki i kręgosłupa. Napady kolki powstają zazwyczaj nagle, w mniejszych lub większych, nieprawidłowych odstępach czasu i trwają kilka godzin lub kilka nawet dni. Jeżeli bóle trwają przez kilka dni, to przedstawiają często zwolnienia i nasilenia. Bólom zwykle towarzyszą silne mdłości lub wymioty.

Bóle nie zawsze jednak bywają typowe, charakterystyczne dla napadu kolki wątrobowej. Ból często umiejscawia się wyłącznie w dołku podsercowym lub w innej, od wątroby dość odległej części brzucha. Dla rozpoznania różniczkowego mają znaczenie: wrzód peptyczny żołądka, gastralgia zależna od wiądu rdzenia (t. zw. *crises gastriques*), kamica nerkowa, enteralgia, wreszcie zapalenie wyrostka robaczkowego (*appendicitis*). Przy skrycie przebiegającym wrzodzie żołądka bóle występują w zależności od przyjmowania pokarmów, zazwyczaj bezpośrednio po jedzeniu, w odstępach czasu o wiele częstszych i więcej prawidłowych, niż przy kamicy żółciowej. Bólom często towarzyszy zgaga, zależna od nadmiaru kwasu solnego w soku żołądkowym, natomiast o wiele rzadziej mdłości lub

wymioty, jak przy kolce wątrobowej. Niemniej jednak przytoczone cechy rozpoznawcze często zawodzą. Albowiem z jednej strony bóle przy kamicy żółciowej mogą zjawiać się b. często, niemal po każdym jedzeniu, zwłaszcza tam, gdzie istnieją zrosty między pęcherzykiem żółciowym a dwunastnicą lub odźwiernikiem. Z drugiej strony w niektórych postaciach wrzodu peptycznego bóle napadowe występują w długich odstępach czasu, zaś w okresach wolnych od napadu choroba niczem się nie manifestuje. Przed laty spostrzegalem podobny przypadek. Dotyczył on chorej, kobiety już niemłodej, u której t. zw. „kurecz żołądka“ przez cały szereg lat powtarzał się raz na kilka miesięcy przez kilka lub kilkanaście godzin. Za każdym razem po skończonym napadzie chora czuła się dobrze, wybornie znosiła pokarmy i nie uskarżała się na żadne dolegliwości ze strony żołądka. Nie było żadnej podstawy do rozpoznania wrzodu żołądka w danym przypadku, a jednak nagle wymioty krwawe, które pokazały się niespodzianie po kilku latach trwania choroby, musiały mię przekonać, że mylnie chorobę rozpoznawał. Chora później wyzdrowiała.

Bardzo zbliżonym do kolki wątrobowej może być ból napadowy w dołku podsercowym w zależności od zimnicy (*intermitens larvata*). Przed 2 laty takie napady spostrzegalem u kolegi D. Co kilka dni, bez najmniejszego błędu dyetetycznego, w kilka godzin po obiedzie, kol. D. dostawał gwałtownego bólu w dołku w połączeniu z wymiotami. Bóle były tak silne, że chory sam sobie zastrzykiwał pod skórę morfinę. Nie było ani żółtaczki, ani też wahań gorączkowych, żołądek nie był rozszerzony, chemizm trawienia okazał się prawidłowym, wątroba i śledziona nie były powiększone. Nazajutrz po napadzie chory wracał do zwykłego zajęcia zawodowego. Myślałem najsampierw o kamicy żółciowej, dopiero, gdy po niejakiś czasie zwrócił uwagę na to, że napady występują prawie peryodycznie co trzeci dzień, gdy nadto

dowiedział się, że kolega D. przed laty chorował na zimnicę, to zaleciłem chininę z wybornym wynikiem.

Nerwoból tabetyczny (*crises gastriques*), o ile mu towarzyszą inne objawy władu (brak odruchów kolanowych, niepewność w chodzeniu, paraliż mięśni oka i t. d.), łatwo się odróżnia od kolki wątrobowej. Natomiast rozpoznanie staje się wątpliwem tam, gdzie *crises gastriques* są pierwszym i jedynym objawem władu i występują rzadko, w dłuższych odstępach czasu. W 2 leczonych przeze mnie przypadkach, dopiero dłuższa obserwacja chorych umożliwiła właściwe rozpoznanie.

W kamicy nerkowej bóle umiejscawiają się w okolicy lędźwiowej i rozpromieniają do pęcherza i genitalia. Mocz często zawiera krew (*haematuria*).

Największe trudności rozpoznawcze przedstawiają napady kolki wątrobowej, przebiegające pod postacią *enteralgii*. Pozwolę sobie przytoczyć podobny przypadek z własnej praktyki. Dotyczy on inżyniera p. W., który przez cały szereg lat zapadał co kilka miesięcy na mniej lub więcej silne bóle w dolnej części brzucha. Bóle trwały zazwyczaj krótko, co najwyżej parę godzin i ustępowały po środkach czyszczących. Ostatni napad widziałem w marcu 1900 r. Bóle i tym razem były umiejscowione w *hypogastrium*, a były tak gwałtowne, że musiałem choremu zastrzyknąć morfinę. Nazajutrz wystąpiła żółtaczka, z początku lekka, później coraz silniejsza. Pomimo odpowiedniej diety i kilkutygodniowego leczenia wodą karlsbadzką, żółtaczka się nie zmniejszała. Pacjent był zupełnie wolny od bólów, ale wychudnięcie szybkie robiło postępy. W kwietniu wysłałem chorego do Karlsbadu, uprzedziwszy go już wówczas, że wypadnie prawdopodobnie kamień usunąć z przewodu żółciowego za pomocą zabiegu operacyjnego. Kuracja w Karlsbadzie okazała się bezskuteczną. Dnia 24 maja 1900 r. prof. KÖRTE w Berlinie wykonał u chorego choledochotomię

i usunął z głębi przewodu żółciowego kamień wielkości orzecha laskowego. Nadto usunął sporo złożeń ze skurzonego pęcherzyka i przewodów. Chory wyzdrowiał.

Rozróżnienie napadów kolki wątrobowej od zapalenia wyrostka robaczkowego (*appendicitis*) również nie zawsze bywa łatwe, zwłaszcza w przypadkach t. z. *appendic. larvatae* (EWALD), jeśli przytem mamy do czynienia z nieprawidłowym położeniem wyrostka (wolny koniec skierowany ku górze), gdyż w takich razach ból nie umiejscawia się w klasycznym punkcie Mac BURNER'a. Zresztą zapalenie pęcherzyka żółciowego i zapalenie wyrostka robaczkowego przebiegają nieraz jednocześnie (po dług KERR'a w 10%).

(C. d. n.)

KILKA UWAG W SPRAWIE SANATORYÓW z powodu artykułu d-ra E. Biernackiego*).

Podał

Władysław Wronski.

W chwili gdy u nas zaledwie budzić się począł szerszy cokolwiek ruch w walce — tak energicznie dziś prowadzonej na zachodzie Europy z gruźlicą, gdy pierwsze nasze ludowe sanatorium z powodu zbyt opieszalej ofiarności publicznej dotychczas jeszcze nie zostało wykończono, pojawienie się artykułu kol. BIERNACKIEGO, w tak czarnych barwach przedstawiającego wyniki metody sanatoryjnej, bezwątpienia nie tylko zdumieć, ale i zniechęcić może od współdziałania w tym kierunku mniej obeznanych z istotnem położeniem rzeczy. Ponieważ sądzę, że sprawa ta nie przedstawia się znów tak beznadziejnie smutno, jak ją nam przedstawił kol. B., i sprawy

*) „Medycyna“ N. 9, 10, 11 z r. b.

sanatoryów ani na chwilę nie uważam za krach w medycynie, przeciwnie zaś za jeden z ważniejszych posterunków w walce z gruźlicą, czuję się więc w obowiązku wypowiedzieć tych kilka uwag, opierając się na doświadczeniu, jakie zdobyłem w ciągu 6-letniej blisko pracy w Otwocku.

Punktem wyjścia dla kol. B. posłużył odczyt d-ra J. Kozł'a w berlińsk. Tow. lek., w którym przedstawione zostały rezultaty otrzymane w 31 sanatoriach ludowych niemieckich. Z 6273 chorych leczonych w tych sanatoriach przeciętnie po 3 miesiące każdy, po 3½—4 latach 56% zmarło lub też są niezdolni do pracy. To też kol. B. pyta: „wobec tak olbrzymiej śmiertelności jakież może być mowa o sanatoriach swojskich, jako orężu do walki z gruźlicą“? A może jednak oręż ten nie był znów tak zupełnie bezsilny, tylko niedostatecznie wyzyskany w walce z tak strasznym i przemożnym przeciwnikiem. Bo suchoty to choroba nader ciężka, wiele przewlekła i wywołująca bardzo poważne zmiany anatomiczne w organizmie. A my chcielibyśmy wyleczyć ją tym orężem w ciągu trzech miesięcy czasu i mieć następnie gwarancję, że pacjent powróciwszy po tym czasie do swej ciężkiej fabrycznej pracy, w jaknajgorsze nieraz warunki higieniczne, będzie już odtąd nadal tak zabezpieczony od gruźlicy, jak od ospy po zaszczepieniu krowianki.

Dla mnie te wyniki otrzymane w sanatoriach ludowych nie są wcale odśpiewaniem „*requiem*“ nad metodą sanatoryjną, nie dowodzą wcale bezsilności kuracyi w sanatorium, ale wykazują raz jeszcze, że kuracya suchotnika z natury już samej sprawy chorobowej nie może się ograniczać z góry jakimiś 3-ma miesiącami czasu, ale musi być odpowiednio w każdym przypadku długotrwała; a chory, który uzyskał znaczną poprawę czy wyleczenie, w sanatorium ludowym powinien być kierowany do pracy na roli, lecz nie powracać odrazu do fabryk i miast wielkich. Powiecie mi jednak, że wtedy nie wystar-

czą już te 40 milionów marek, które już obecnie z powodu tej nie wesołej statystyki oplakujemy.

Cóż robić! Społeczeństwo niemieckie nie oplakuje tak gorzko milionów wydawanych na każdorazową zmianę systemu nowych armat i karabinów, ew. miliardów wydawanych corocznie na militarizm, a utyskuje już dziś głośno nad stratą jakoby 40 milionów wydanych na urządzenie wzorowych sanatoryów dla biedaków.

Zaprawdę mówić tu o krachu lekarskim mogą tylko ci, którzy z jednej strony nie uprzedmiotwiają sobie dobrze tego, co to jest gruźlica, a z drugiej nie wytworzyli sobie jasnego pojęcia o tem, czego od leczenia sanatoryjnego oczekiwać można. Okazuje się jednak, że są tacy, którzy uważali sanatoria niejako za specyfik na suchoty. Ci rzeczywiście rozczarować się muszą, ale nie metoda sanatoryjna będzie tu winną ich rozczarowania, lecz jedynie ich własny krytycyzm.

Niestety, żadnego specyfiku na gruźlicę jeszcze dotychczas nie mamy. Na gruźlicę należy szukać i znaleźć „lekarstwo“, jak go szukamy i znajdujemy dla innych chorób zakaźnych, mówi bardzo słusznie kol. B., i tymczasem zaś — dodam już od siebie — powinniśmy chorym gruźliczym dostarczać możliwie najlepsze dla nich warunki higieniczne, wzmacniać ich organizm w walce z chorobą, usuwać wszelkie szkodliwości. Dla tego to właśnie metoda sanatoryjna leczenia gruźlicy zyskała sobie tak powszechne uznanie, że opiera się na podstawowych zasadach higieny. I dla tego to właśnie leczenie sanatoryjne nie traci, ale zyska jeszcze na znaczeniu wtedy nawet, gdy owo przepowiadane przez kol. B. „lekarstwo“ na gruźlicę ku pociesze ludzkości znajduje się wreszcie, bo, jakkolwiek lekarstwo to w ten czy inny sposób zwalczy w prędkim czasie gruźlicę, to jednak i ono nie wyrówna odrazu zmian anatomicznych powstałych już w organizmie, a zmiany te prędzej wyrównać się będą mogły w dobrych, niż w złych warunkach higie-

nicznych. Wtedy zaś i leczenie w sanatoriach będzie bez porównania krótsze i wyniki nierównie lepsze.

W terapię farmakologiczną można nie wierzyć, ale odrzucać elementarne zasady higieny dziś nie tylko lekarz, ale nawet i laik nie każdy się odważy.

Kol. B. w pracy swej identyfikuje leczenie gruźlicy w sanatoriach ludowych z leczeniem wogóle gruźlicy w klimacie swojskim, co wcale nie jest jedno i to samo (ograniczony czas trwania leczenia, zbyt szybki powrót podleczonej chorej do ciężkiej pracy i złych warunków) i powraca do tych czasów, kiedy jeszcze wierzono we wpływ jakiegoś specyficznego klimatu, który specyjalnie miał leczyć gruźlicę. Kategoriecznie też twierdzi, że każdemu z nas lekarzy bardzo trudno przypomnieć sobie przypadek niewątpliwiej gruźlicy płuc, który w naszym klimacie, wykazał tak szybką i stanowczą poprawę, czy wyleczenie, jak się to zdarza w Meranie, Davos i t. p. Jesliby kol. B. chciał się tylko zapytać tych lekarzy, którzy od szeregu lat wysyłają pewną ilość swych chorych choćby do Otwocka, przekonałby się łatwo, że takie przypadki dziś już nie stanowią osobliwości.

D-r DUNIN zaznaczył to wyraźnie w swych pracach, przyznając że rezultaty leczenia chorych gruźliczych w sanatorium w Otwocku, bynajmniej nie ustępują wynikom, osiąganym w Davos lub innych, tak głośnych miejscowościach¹⁾. Nie mogę tu naturalnie przytaczać licznej kazuistyki, popierającej moje twierdzenie, obiecując sobie zestawić ją na innem miejscu; zaznaczę tu jedynie, że mam zanotowane i takie przypadki, które wykazały, że niekiedy chory gruźlicy, objechawszy bezskutecznie różne sławne stacje klimatyczne — w tej liczbie Meran i Davos, uzy-

skiwał wreszcie trwałą poprawę w Otwocku, bo i tak bywa.

Coraz mniej też obecnie spotykamy lekarzy praktyków, którzyby jeszcze wierzyli w jakiś klimat przeciwgruźliczy; projekt też KATZ'a wysyłania chorych z ludowych sanatoriów niemieckich do południowej Afryki wydaje mi się wprost humorystycznym.

Skuteczne leczenie klimatem swojskim gruźlicy nie jest już dziś hipotezą jedynie, jak przypuszcza kol. B., ale faktem stwierdzonym empirycznie. Że kol. B. nie chce przyznać żadnego wybitniejszego znaczenia metodzie sanatoryjnej, pochodzi to stąd, że swoje wywody opiera jedynie na statystyce sanatoriów ludowych, nie uwzględniając zupełnie statystyki sanatoriów prywatnych, gdyż uważa te ostatnie statystyki za dokumenty handlowe, a nie naukowe. Że tak źle nie jest, każdy bezstronny to przyzna. Nie mamy wprawdzie jeszcze idealnej porównawczej statystyki, jakiej pragnie kol. B., bo na nią w tej rozciągłości jeszcze za wcześnie; liczni jednak kierownicy sanatoriów dążą w tym właśnie kierunku, starając się oświetlać krytycznie swoje sprawozdania, z wielką nie raz trudnością zbierając troskliwie wiadomości o dalszych losach pacjentów, i zamieszczając je w swych sprawozdaniach. Wszak statystyki sanatoryjne nie ograniczają się jedynie na podaniu cyfr i procentów, ale dają materiał szczegółowy, który każdy lekarz krytycznie i porównawczo zużytkować może.

Kol. B. zarzuca kierownikom sanatoriów, że pozbywają się pacjentów, którym „nie wiele się już należy“ by nie psuć statystyki. Że chory z bardzo daleko posuniętą gruźlicą płuc, z rozpadem w krtani, z gruźlicą kiszek lub nerek i t. d. wogóle nie może liczyć na trwałą poprawę, jest to oczywiste, a nie zmieni tego smutnego pewnika nawet owo „lekarstwo przyszłości“; jeżeli więc kierownik sanatorium pozbywa się takich pacjentów z sanatorium, to nie wpływa to na ostateczny wynik statystyki, bo każdy lekarz wie

¹⁾ T. DUNIN Sanatorium dla niezamożnych suchotników jako jedna z najpilniejszych potrzeb społecznych. Warszawa 1900, str. 3 i d-r DUNIN. Walka z gruźlicą. 1899 r. Str. 55.

już z góry, jaki prawie zawsze los ich czeka. Nie ze względów więc na statystykę, lecz ze względu na pozostałych chorych, na których śmierć w zakładzie wyrzucić może przygnębiające wrażenie — czynią tak niekiedy; bo choćby zakład jego wykazał 5% śmiertelności z gruźlicy, to wszyscy wiemy, że nie jest to procent śmiertelności gruźliczych chorych. Gdyby kol. B. zapoznał się ze sprawozdaniem d-ra TURBAN'a, które to sprawozdanie posłużyło za wzór dla innych tego rodzaju sprawozdań, znalazł by tam niezawodnie odpowiedź na wiele swoich wątpliwości. Wszak jest tam dosyć materiału do statystyki porównawczej; dość wziąć np. dane o chorych w trzecim okresie gruźlicy, z daleko posuniętą sprawą w płucach i ciężkimi nieraz komplikacjami, a tych już można chyba porównywać z chorymi szpitalnymi; w razie zaś wątpliwości w tym względzie szczegółowe tablice na końcu sprawozdania zapoznać go mogą z każdym poszczególnym przypadkiem. Dalej można tam znaleźć niezmiernie interesujący, a nader sumiennie napisany rozdział, traktujący o trwałości otrzymanych rezultatów po przeprowadzeniu kuracji sanatoryjnej. Z 408 chorych leczonych w sanatorium TURBAN'a (okres 7 letni — przeciętny czas leczenia 222 dni) trwała poprawę włączając wyleczenie — otrzymało: z chorych pierwszego okresu — 97,5%; drugiego okresu — 54,6%; trzeciego okresu — 17,4%²⁾.

Kol. B. powie mi, że takie rezultaty — należy przypisać swoistemu klimatowi Davos'u. Weźmy więc sprawozdanie d-ra MEISSEN'a z sanatorium Hohenhonnet (wysokość tylko 230 metr. nad poziomem morza, miejscowość nie zbyt szczęśliwie wybrana). Z 248 chorych, którzy odbywszy 5 miesięczną kurację w Hohenhonnet, opuścili sanatorium z najlepszymi wynikami, w 3—11 lat później — 208 — 84% pozostało zdrowymi i zdolnymi do pracy; tylko u 40

chorych — 16% — wystąpiło pogorszenia, a z tych ostatnich jedynie 9 chorych — 3,6% zmarło, w części od przyczyn nie będących w związku z gruźlicą³⁾. Inne sanatoria — również nie podają samych jedynie cyfr i procentów, ale dane szczegółowe, o swych pacjentach (okres rozwoju choroby, wiek chorego, komplikacje, długość leczenia i t. d.), służyć więc mogą do porównawczej statystyki. Nie są to więc wcale „kunstprodukty“, jak je nazywa kol. B. Rozpatrzuwszy się szczegółowo w tych sprawozdaniach można się przekonać, że tak znaczna różnica w ostatecznych wynikach kuracji w sanatoriach ludowych i prywatnych nie pochodzi z fałszywego handlowego przedstawienia danych statystycznych, lecz głównie dla tego, że czas kuracji w sanatoriach prywatnych jest znacznie dłuższy, a po ukończeniu kuracji zamożny pacjent żyje w innych warunkach, niż biedny robotnik. Decyduje tu więc kwestya nie złej metody leczniczej, lecz kwestya czysto ekonomiczna. A przy tem, pytam się kol. B., czy wogóle o dalszym losie pacjenta, leczonego w sanatorium decyduje wyłącznie tylko przeprowadzone leczenie sanatoryjne? Z wielu przykładów dość charakterystycznych dla oświetlenia tej kwestyi, pozwolę sobie przytoczyć tutaj choć parę.

Panna E. L., lat 24, leczyła się w sanatorium w Otwocku przeszło pół roku; w górnym płacie lewego płuca objawy rozpadowe, w szczycie lewego płuca — mierne nacieczenie gruźlicze, gorączka, poty nocne, kaszel męczący, brak apetytu i t. d. — słowem sprawa w całym rozwoju. Po przebytem leczeniu — chora opuściła sanatorium ze znaczną poprawą, proces w płucach ograniczył się i powstrzymał rozwój, pozostały objawy kawerny pod lewym obojczykiem, chora czuła się zupełnie dobrze, otrzymała szczegółowe wskazówki dalszego postępowania i zachowania

²⁾ TURBAN. Beiträge zur Kennt. der Lungentuberculos. 1899. Str. 146.

³⁾ MEISSEN. Bericht ueber 208 seit. 3—11 Jahren geheilt gebliebene Faelle von Lungentub. Zeitsch. f. Tuberculos. 1903 r. Heft 2. Str. 188.

się. Wróciwszy do Warszawy, zaczęła uczyć się na bale, następnie tańczyć na nich coraz śmieiej, wreszcie raz na balu po dobrem staćeniu się — zrobiło się jej nagle tak źle, że ją natychmiast odwieziono do domu, a wezwany lekarz stwierdził objawy świeżej odmy piersiowej, w 3 dni potem śmierć. Chora więc notowana jako wypisana z sanatorium ze znaczną bardzo poprawą, w niespełna miesiąc umiera, ale czyż winna temu metoda sanatoryjna? Inny chory przebywszy 2 miesiące w sanatorium — wychodzi zeń, gdy sprawa w płucach jeszcze nie przyciechła, to też w statystyce sanatoryjnej notujemy — „bez poprawy“. Chory jednak umieszcza się w okolicach Otwocka, po kilku jeszcze miesiącach sumiennej kuracji — chory poprawia się znakomicie. Czy i tu winna metoda sanatoryjna, że opuścił sanatorium bez poprawy? Oczywiście, 2 miesiące czasu nie były tu wystarczające dla otrzymania porządanego rezultatu. I jeszcze jeden przykład. W r. b. mieliśmy w sanatorium chorego z nacieczeniem miernego stopnia w jednym wierzchołku płuca i stwardnieniem drugiego, oraz z owrzodzeniami gruźliczymi krtani; pacjent stosunkowo szybko poprawił się znakomicie, sprawa w płucach przyciechła, owrzodzenia się zagoiły, stan ogólny był bardzo dobry i pacjent miał już opuścić sanatorium^o gdzie byłby chyba słusznie zapisany — jako wychodzący ze znaczną poprawą. Wyjechał tymczasowo na 3 dni do Warszawy, skąd powrócił z ogólnym niedomaganiem; w ciągu następnych 10 dni rozwinęło się gruźlicze zapalenie opon mózgowych i chory zmarł w sanatorium. Gdyby był rzeczywiście opuścił sanatorium poprzednio, a my — nie mogąc przewidzieć, że rozwinie się u niego zapalenie opon, zapisaliśmy: „wybitna poprawa“, to już kol. B. mógłby nam śmiało zarzucić handlową statystykę, wykazując, że chory, opuszczający sanatorium z wybitną poprawą — w 10 dni potem umiera od gruźlicy! A może temu winna sanatoryjna metoda leczenia?

Kol. B. w swej pracy obszernie nam dowodzi, że suchotnicy i w złych warunkach higienicznych, wśród kurzu, w szpitalach i t. d. często uzyskują poprawę i ostatecznie wypowiada wniosek: „samoistne poprawy są prawidłem w gruźlicy płuc“. Są to rzeczy powszechnie znane i temu na ogół nikt przeczyć nie będzie, ale to nas jeszcze wcale nie upoważnia, abyśmy gruźliczych chorych pozostawiali w miastach, w zakurzonych mieszkaniach, w „ciepłych kątach“, jak mówi kol. B., abyśmy nie dbali o ich odżywianie, pozwalali im na różne nadużycia, licząc wciąż na tę samoistną poprawę i na odporność organizmu, która również kiedyś wyczerpać się musi. Postępując w ten sposób, bylibyśmy podobni do prowincjonalnego akuszerza, który widząc wśród naszych wieśniaczek i żydówek małomiasteczkowych setki położnic odbywających poród wśród niesłychanych brudów i w najgorszych warunkach, i spostrzegając, że większość wychodzi z tego zwycięzko bez gorączki połogowej, wywodziłby nam, że w tej klasie ludu samoistna odporność na zakażenia połogowe jest prawidłem, a zakażenie gorączką połogową rzadkim wyjątkiem; nie należy więc propagować zasad czystości i antyseptyki między babkami i akuszerkami małomiasteczkowymi, bo jakkolwiek trudno przypuszczać, aby czystość i antyseptyka nie wywierała żadnego wpływu pomyślnego na prawidłowy przebieg połogu, a dobrze wykształcona i czysta akuszerka najprawdopodobniej przyczynia się tu i owdzie do zabezpieczenia położnicy od zakażeń, ale aby znaczyła ona dużo w walce ze śmiertelnością z gorączki połogowej, należy kwestyę tę uważać za przesadzoną i rozstrzygniętą w znaczeniu przeczącym.

Do takich to logicznych wniosków doprowadza nas zwykle zbyt jednostronne traktowanie sprawy, nawet pomimo zupełnie dokładnego uświadomienia sobie zasadniczych pojęć patologicznych, zarówno jak i podstaw poznania terapeutycznego.

Wiem, że kol. B. zarzucić mi może, iż nie oparłem swych dowodzeń na szczegółowym przedstawieniu rezultatów, jakie otrzymujemy z leczenia suchotników w swojskim klimacie, że nie przedstawiam tej właśnie porównawczej statystyki, jaka jest jedynie miarodajną, według kol. B., w danym razie. Odpowiem więc, że nie uczyniłem tego dotychczas jeszcze — właśnie dla tego, że dokładnie zdaję sobie sprawę, iż dane tego rodzaju wtedy jedynie mają siłę przekonawającą, gdy są oparte na dużym materiale, wszechstronnie i krytycznie przedstawionym. Tego rodzaju sprawozdanie z sanatorium Otwockiego za przeciąg lat 5 — już od lat paru opracowuję i mam nadzieję ukończyć je i opublikować w tym jeszcze roku; a będzie się ono nadawało do statystyki porównawczej z rezultatami szpitalnymi, bo w sanatorium Otwockiem liczba ciężkich przypadków jest zawsze przeważająca. Tymczasem zaś roczne sprawozdania przedstawiałem na posiedzeniach sek. gruźl. Tow. Hig., w celach zaś porównawczych ze statystykami innych sanatoryjów podawałem tam odnośne cyfry i procenty. Na jakiej jednak podstawie kol. B. pisze, że: „w naszym Otwocku laszczniki KOCH'a znikają aż u 100%, suchotników pierwszej i drugiej kategorii“ — tego doprawdy nie wiem; ja bo mówiłem tylko, że u chorych pierwszej kategorii (których w ciągu 3 lat mieliśmy tylko 14) straciło je 8 — t.j. 88,8%, u chorych zaś drugiej kategorii znikły one w 52% przypadków; do 150% dość jeszcze daleko.

Przypuszczam, że gdyby kol. B. miał możliwość obserwowania w ciągu kilku lat, jak łagodnie i nader pomyślnie przebiegają choroby infekcyjne w Otwocku i jego okolicach, gdyby przebieg ten porównywał z przebiegiem tychże infekcji choćby w pobliżu Otwocka miasteczku Karczewie, gdyby jednocześnie widział, jak często uparta gorączka, towarzysząca gruźlicy, obfite poty nocne i zupełny brak apetytu po kilku lub kilkunastu już dniach niekiedy ustępują w Otwocku, to niewątpliwie stałby się gorliwym

stronnikiem leczenia gruźlicy w swojskim klimacie, pomimo że jeszcze nie mógł by mieć w ręku wielkich cyfr i porównawczej z lat wielu statystyki. Sam bowiem, jako człowiek głęboko współczujący wszelkiej nędzy, powiedział: „dbajmy mniej o statystykę, a więcej o chorego i cierpiącego człowieka“. Łącząc się z nim najzupełniej w tej myśli, muszę jednak wypowiedzieć moje wprost przeciwne przekonania w kwestyi wyrażonych przezeń ostatecznych wniosków.

Leczenie metodą sanatoryjną gruźlicy w swojskim klimacie ma podstawy niewzruszone, bo oparte nie na fałszywych bilansach, lecz na trwałych podstawach higieny.

Sanatoria są jednym tylko posterunkiem w walce z gruźlicą; należy nam dążyć wytrwale do zdobycia nowych placówek w tej ciężkiej walce: zorganizować i popierać projektowaną przez prof. BARANOWSKIEGO ligę przeciwigruźliczą, której zadania są bardzo obszerne; pracować niestrudzenie nad lepszym poznaniem tego strasznego wroga, jakim jest gruźlica, i nad środkami zwalczania go; nie zniechęcać się w samych początkach rozpoczętej pracy, gdy wyniki odrazu nie odpowiadają naszym gorącym pragnieniom, gdy kosztowne sanatoria — nie mogą jednak być jakimś specyfikiem na gruźlicę, gdy chorzy, gorliwie pouczani w sanatoriach o potrzebie zachowania nadal przepisów higieny, po opuszczeniu sanatorium lekceważą nasze wskazówki, gdy sanatoria nie mogą skupić w sobie i wyosobnić wszystkich rozsodników zarazy. Działajmy świadomie, patrzmy krytycznie na naszą pracę, ale nie zniechęcajmy do niej i tak już zbyt obojętnych i apatycznych bliźnich, wołając gromkim głosem: „wszystko to napróżno“! nie zakładajmy rąk bezczynnie, gdy nie jesteśmy w stanie zmienić już dziś społeczno-ekonomicznych warunków i uzdrowotnić kraju, lecz czynmy wytrwale to, co dziś zrobić możemy i powinniśmy.

Jeżeli zaś w biednym jak nasz kraju, tysiące potrzeb woła o zaspokojenie, zaspokajajmy

przedewszystkiem najpilniejsze. Nie azyłe więc dla tych, którym się już „nie wiele należy“, lecz sanatoria dla uleczalnych przedewszystkiem budujmy, bo pierwszeństwo bezwarunkowo mają nie ci, którzy jedynie łagodniejszej śmierci, lecz

ci, którzy zdrowia lub przedłużenia życia, tak koniecznego dla ich rodzin i społeczeństwa, spodziewać się mogą¹⁾.

Otwock, w marcu 1893 r.

O D C I N E K.

O POTRZEBIE REFORMY WYKSZTAŁCENIA LEKARSKIEGO.

Napisał

Juliusz Mutermilch.

I.

Skargi na medycynę i lekarzy istnieją od tak dawna, sięgają prawdopodobnie tak zamierzchłych czasów, że bez przesady twierdzić można, iż rozpoczęły się one jednocześnie z powstaniem naszej nauki. Nie wątpię, że pierwszy pacjent, który zwrócił się o poradę do pierwszego lekarza mocno był niezadowolony z wyników leczenia. Uplęły wieki, medycyna coraz bardziej postępowała, z każdym stuleciem horyzont wiedzy naszej znakomicie się rozszerzał, coraz więcej tajemnic wydzierali lekarze zazdrosnej o swe skarby i cheiwie je kryjącej przed ciekawem okiem badacza patologii ustroju zwierzęcego, a cierpiąca ludzkość w dalszym ciągu nie przestawała wylewać swych żalów na medycynę i jej adeptów. Gorzej nawet z czasem dźiać się zaczęło, bo i synowie Eskulapa, przynajmniej spora ich część, wierzyć przestali w siłę swej wiedzy, i powstał w medycynie kierunek nihilistyczny, szkodliwy, jak i wszelkie inne zjawiska ujemne, tamujące postęp wiedzy ludzkiej, szerzące ku niej niewiarę. Nihilizm lekarski osłabł obecnie znacznie dzięki ogromnego znaczenia zdobyczom naukowym, któremi szczyścić się może druga połowa ubiegłego stulecia, ale, niestety, i dziś jeszcze od czasu do czasu, coraz rzadziej, wprawdzie,

i w formie łagodniejszej odbija się on w prasie lekarskiej. Przed dwoma blisko laty wyszła w świat książka, która stanowi spowiedź lekarza, przesiąknięta głęboką miłością i to szczerą ku cierpiącej ludzkości, pięknie z punktu widzenia literackiego opracowana, ze wszelkimi pozorami naukowego krytycyzmu. Dziełko Weresajewa narobiło dużo hałasu nie tylko w świecie lekarskim, wywołując mnóstwo replik w literaturze lekarskiej i zachodniej Europy, ale poruszyło i publiczność, która znalazła w niem usprawiedliwienie i usankcjonowanie przez lekarza wszystkich skarg i obelg, któremi tak chętnie i skwapliwie obrzuca *larga manus* medycynę i lekarzy. Rozumie się, że utwór podobny utrwalił tylko nieszlusne poglądy na zadanie medycyny i przesadne żądania, jakie stawiają jej laicy. Ale czy słusznem i opartem na znajomości rzeczy było wystąpienie Weresajewa, śmiem wątpić. Czy zgodnym jest z prawdą wniosek, który nasuwa się każdemu po przeczytaniu „spowiedzi“, że medycyna nie wiele daje i że lekarze nie są dostatecznie przejęci powagą swej misyi i zbyt często grzeszą i to ciężko w spełnianiu swych szczytnych obowiązków? Tylko bardzo powierchowny znawca nauki lekarskiej i wyjątkowo stronny obserwator pracy lekarzy mógł dojść do tak dziwacznych wniosków i rzucić tak obfity garść ciężkich oskarżeń.

¹⁾ Odpowiedź na powyższe uwagi kol. Biernackiego dla braku miejsca umieścić musimy dopiero w następnym numerze (Red.).

Prawda, wśród badaczy patologii ustroju nieraz zdarzała się osobistość niesumienna, która dla celów naukowych, być może nawet urojonych lub błahych, poświęcała zdrowie, a nawet i życie chorych, nierozumiejących szkodliwych doświadczeń, dla których chorzy stanowili tylko ciekawy materiał, ale czyż ta nieznacząca garstka bezmyślnych eksperymentatorów nie ginie, jak kropla w morzu, w tej ogromnej ilości dzielnych jednostek, które całe swe życie nosły w ofierze cierpiącej ludzkości, a nieraz w najłagodniejszych warunkach tworzyły areydzia i doszukiwały się prawd naukowych, nie mając na widoku żadnych osobistych celów (HELMHOLTZ, KOCU)? Kto zliczy tych, nikomu nieznanym obecnie pracowników, którzy poginęli w walce z epidemiami? Nie jest zresztą tajemnicą dla nikogo, że śmiertelność wśród lekarzy jest znacznie większa niż w każdej innej sferze ludzi pracujących i że przyczyna tego zjawiska tkwi w chorobach zakaźnych (tyfus plamisty głównie), którym często podlegają lekarze, zarażając się od swoich pacjentów. Gdyby Weresajew chciał zestawzić tę okropną martyrologię pracujących na niwie lekarskiej z garstką niecnych jednostek, o których tak skwapliwie i obszernie rozpisuje się, wątpię, czy znalazł by się ktoś, kto z lekkim sercem rzucił by kamień, jak zrobił to zresztą sam autor, na lekarzy.

Brak zaufania do medycyny, brak wiary w jej olbrzymie znaczenie dla ludzkości ma swe źródło w nieznanym istoty stanu rzeczy, w nieświadomości, która tak chętnie zwykle idzie w parze z niewiarą.

Nauka lekarska obecnie znajduje się niewątpliwie u szczytu swego rozwoju. Dużo, rozumie się, pozostało jeszcze do zrobienia, nie zdarto dotychczas wszystkich osłon, po za którymi kryją się niezmiernie ciekawe i pociągające tajemniczością swą prawa, które rządzą się patologią ustroju zwierzęcego, ale drogi zostały już wytknięte i nie błądzimy, jak nasi poprzednicy, po omacku w poszukiwaniu prawdy. A przede wszystkim wiemy napewno, że nie wszystkie zadania, jakie stawiano medycynie, przez nią muszą być rozwiązane. Śród wielu chorób, trapiących ludzkość, znajduje się znaczna ilość takich i to bodaj czy nie najsroższych, z którymi nauka nasza, moim zdaniem, nigdy się nie upora, ale też nie jest celem medycyny wyszukiwanie środ-

ków leczniczych na takie, na przykład, cierpienia, jak choroby umysłowe, nerkowe, jak gruźlica, myopia i t. p. Wszystkie one powstały wskutek wadliwych urządzeń higienicznych, lub na tle nieprawidłowości socjalnych i ekonomicznych, pod wpływem czynników szkodliwych, oddawna istniejących, które sumując się, zmniejszają w znacznym stopniu odporność pewnych tkanek ustroju. To też i walka z nimi na innym polu musi być prowadzona i ludzkość wyzbyć się ich może tylko stopniowo, nie dzięki wyszukaniu cudownych środków aptekarskich, a dzięki przekształceniu całego życia społecznego. Ale za to jak skuteczna jest medycyna w niezliczonej ilości przypadków, które wymagają natychmiastowej pomocy, w przypadkach chorób ostrych, lub wymagających pomocy chirurgicznej. Przecież cała chirurgia, ze swymi licznymi rozgałęzieniami, jak oftalmologia, laryngologia, otiatria, ginekologia, akuszerya, stanowi prawie skończoną naukę, której wyniki praktyczne są wprost nieocenione, naukę, która zdumiewa swym szybkim postępem i znakomitem wyzyskaniem praw fizjologii i danych anatomicznych. Jeżeli dodamy do tego długą serię cudownie działających środków farmaceutycznych, środków, których działanie zostało skrupulatnie opracowane, znieczulających, napotnych, przeczyszczających, wymiotnych, nasennych i t. d., a następnie znajdujących się jeszcze na warsztacie pracy lekarskiej, ale już z wielką przyszłością i niewątpliwie w wysokim stopniu skutecznych preparatów, wchodzących w zakres organo i seroterapii, to otrzymamy tak piękny obraz skutecznej pracy lekarskiej i niepospolitego praktycznego znaczenia wiedzy naszej, przed którym i niedowiarki, najbardziej zacietrzewieni, zmuszeni będą kornie czoła schylić.

Jest jednak pewna, wielkiego znaczenia, nieprawidłowość w stosunku medycyny do społeczeństwa, nieprawidłowość, która, jeżeli nie usprawiedliwia skarg na wiedzę lekarską, to przynajmniej je tłumaczy. Chcę tu mówić o braku odpowiednio wykształconych lekarzy, którzy mogliby, uzbrojeni we wiedzę, być pożytecznymi cierpiącym, którzy umieli by wyzyskać na rzecz społeczeństwa wszystkie owoce tej wielkiej i niezmordowanej pracy, jaka nieprzerwanie toczy się w niezliczonych laboratoriach naukowych, którzy umieli by przynajmniej nie szko-

dzie tam, gdzie zabraknie im odpowiednich środków i sił do niesienia pomocy, którzy nie pozostawali by bezradnymi w tych licznych wypadkach, gdzie pomoc ich jest potrzebna i nie przekracza granic, zakreślonych przez medycynę praktyczną.

Takich lekarzy, niestety, jest względnie niewiele, i koncentrują się oni prawie wyłącznie w dużych miastach, a zapadłe kąty na prowincyi, wieś i ludność małomiasteczkowa, z małymi wyjątkami na całej przestrzeni świata, nawet w państwach bardzo kulturalnych, jest pozbawiona tej szeroko pojętej pomocy lekarskiej, która powinna być udziałem nie wybranych tylko, lecz wszystkich cierpiących.

Dla czego tak jest?

II.

Nauka na wydziałach lekarskich prawie wszystkich uniwersytetów starego i nowego świata, *mutatis mutandis*, jest prowadzona w sposób, który powinien nasunąć myśl każdemu bezstronnemu obserwatorowi, że zadanie wydziałów tych bynajmniej nie polega na przygotowaniu uczniów do pracy praktycznej, do rozwinięcia w nich umiejętności niesienia pomocy cierpiącym. Zdawać się każdemu musi po zaznajomieniu się z programem wykształcenia lekarskiego, że stanowi on rodzaj przygotowania dla dalszych studiów praktycznych, że jest on tylko wstępem do poznania medycyny praktycznej, ale nigdy jej treścią. Bo czego naprawdę uczy się w szkołach lekarskich? Przez pierwsze dwa lata student medycyny poznaje anatomię, histologię, fizjologię, trzeci rok poświęca anatomii patologicznej, farmakologii, teoretycznej pracy z dziedziny terapii, medycyny wewnętrznej i chirurgii i stawia pierwsze kroki w klinice wewnętrznej, gdzie uczy się głównie auskultacyi i perkussyi; styka się on tu z techniką lekarską, ale nie z chorobą, nie z jednostką cierpiącą, której uczyłby się pomagać. Dopiero czwarty kurs wprowadza studenta *in medias res*.

Pozostało wszystkiego 2 lata studjów, podczas, których należy nauczyć się badania i leczenia wszystkich chorób wewnętrznych, chirurgicznych, akuszerji, okulistyki, laryngologii, chorób wewnętrznych i skórnych, ginekologii, cho-

rób dzieci, nerwowych i psychiatrii, zdobyć umiejętność techniki opracyjnej, robienia sekcij naukowo i sądowo lekarskich.....

Tylko tyle pozostało, i z tym materiałem uporać się musi biedny student w ciągu 2-eh lat! Dodać należy, że na piątym kursie zaczynają się już egzamina ostateczne, które wymagają specjalnego przygotowania, bo podczas zajęć praktycznych na ostatnich kursach student zdołał zapomnieć o farmacji, farmakognozji, sądowej medycynie, chemii fizjologicznej, szczegółach histologii, anatomii normalnej i patologicznej i o wielu innych mniej lub więcej ważnych kwestjach, o które może być zapytany na egzaminie. Rozumie się, że wszystko to paraliżuje w mocnym stopniu zajęcie w kinikach i zaprzęta umysł biednego medyka nieraz bezmyślnymi szczegółami, niepotrzebnym w życiu balastem, ale, niestety, niezbędnym do pomyślnego zdania egzaminów, do uzyskania stopnia lekarskiego. Ileż to drogiego czasu przemarnowało się dla wykucia nikomu niepotrzebnych rzeczy, dla utrwalenia w pamięci szczegółów, o których się miał zwyczaj pytać ten lub ów profesor!

Student, który pokochał swój szczytny zawód i który zdaje sobie sprawę z odpowiedzialności jaka w przyszłości ciążyć na nim będzie, pracując chętnie, z wielkim zapalem, nie opuszczając wykładów klinicznych, prędko jednak przyjsć musi do wniosku, że nie jest on w stanie nawet w przybliżeniu poznać wszystkich działów medycyny praktycznej i dlatego już na uniwersytecie poświęca więcej czasu tej gałęzi, która go bardziej nęci, bardziej odpowiada jego indywidualnym zdolnościom. Dzieje się to z wielką szkodą dla ogólnego wykształcenia lekarskiego, wytwarza to wiele niesympatyczny typ ciasnego specjalisty, rzemieślnika lekarskiego, który nigdy nie jest w stanie poznać całokształtu objawów chorobowych, mając stałe skierowaną uwagę tylko na jeden cierpiący narząd. Tego rodzaju niedowarzeni specjaliści rekrutują się z pośród tych studentów, którzy z góry mają zamiar i możność praktykowania w dużem mieście. W trudniejszym położeniu znajdują się ci studenci, którzy zmuszeni są natychmiast po skończeniu studjów rozpocząć działalność praktyczną, bezpośrednio z ławy szkolnej przenieść się do jakiegoś zakątka kraju, gdzie nagle stają się samo-

dzielnymi lekarzami, a zarazem zbyt często, jeżeli nie szkodliwymi, to przynajmniej bezradnymi apostołami nauki lekarskiej.

I nieraz się zdarza, że po kilku tragicznych spotkaniach się z nędzą ludzką, młody lekarz wraca napowrót do dużego miasta, do studjów klinicznych pod kierunkiem bardziej doświadczonych kolegów. Szczęśliwy, kto na taki zbytek może sobie pozwolić, a iluż jest takich, których twardy los przykuł raz na zawsze do katorżnej taczki prowincjonalnego lekarza!

Alma mater skąpiła wiedzy faktycznej, która tak bardzo jest potrzebną w samodzielnej praktyce lekarza: medycynę wewnętrzną poznało się zaledwie w grubszych zarysach, na chirurgię spoglądało się à vol d'oiseau, kilkanaście porodów, jakie się widziało, bynajmniej nie nauczyły studenta zawilej techniki nakładania kleszczy, robienia obrotów i innych trudnych i odpowiedzialnych manipulacyj, z tą specjalnością związanych, znajomość z okulistyką była zbyt krótką i platonieczną, laryngologii, rinologii i otiatrii nie tknęło się nawet, bo specjalnych katedr tych przedmiotów na uniwersytecie nie było (a o wypadku tym prowincya widocznie nie była powiadomiona, skoro jeden z pierwszych chorych, który zgłosił się do młodego lekarza, w nieświadomości swej żądał natychmiastowego usunięcia ciała obcego, które mu uwięzło w gardzieli), kliniki chorób dzieciennych na uniwersytecie również nie było, widocznie zapomniano o tem, że dzieci mają zwyczaj od czasu do czasu chorować.... I z tak mizernym zapasem wiadomości praktycznych rozpoczyna lekarz swój poważny zawód niesienia pomocy cierpiącym. Łatwo wyobrazić sobie jakie skutki oplakane pociąża za sobą działalność jego, przynajmniej w pierwszych latach praktyki.

Ilu chorych uratowała by w porę wykonana tracheotomia, herniotomia, umiejętnie podana pomoc akuszerska? Nie będę się tu wdawał w odpowiednią kazuistykę nieszczęśliwie, a raczej nieumiejętnie wykonywanych wielu zabiegów lekarskich, pozostawiając to innym kolegom, którzy w praktyce swej stykają się niewątpliwie często z wypadkami, noszącymi miano „prowincjonalnych“, wspomnę tylko o okulistyce, jako specjalności bliżej i lepiej mi znanej. Z całą stanowczością twierdzić mogę na podstawie długiego szeregu i codziennie niemal spostrzega-

nych przypadków, że ślepotą, ta prawdziwa plaga ludzkości, z łatwością mogła by być ograniczona do minimalnych rozmiarów, gdyby lekarze na prowincyi posiadali tylko elementarne wiadomości z tej specjalności.

Każdy chory z jaskrą (*glaucoma*) prawie zawsze traci wzrok, jeżeli tylko nie zdobędzie się na natychmiastowy wyjazd do większego miasta, gdzie znaleźć może pomoc u wykwalifikowanego okulisty. Arsenał środków okulistycznych lekarza prowincjonalnego jest zazwyczaj bardzo skromny. Umie on, dajmy na to, zapisać atropinę, *zincum sulfuricum*, roztwór sublimatu lub kwasu bornego, maść PAGENSTECHEA, ale niestety niezawsze zna wskazania nawet dla tych środków. Pilokarpina i ezeryna należą do białych kruków w receptaryuszu prowincjonalnego kolegi, to też w wypadkach jaskry, gdzie środki te są stanowczo wskazane, lekarz nie specjalista zazwyczaj zapisuje bardziej dla niego sympatyczną atropinę, absolutnie przy cierpieniu tem przeciwwskazaną. Wynikiem leczenia takiego jest nieuleczalna ślepotą. A wskazania dla środków rozszerzających i zwężających źrenicę są tak proste, że każdy asystent w oddziale okulistycznym już w pierwszych tygodniach swej pracy szpitalnej znakomicie orientuje się w przepisywaniu *miotica i midriatica*.

Dodać należy, że ślepotą w większości wypadków jest następstwem ostrych cierpień, wymagających natychmiastowej pomocy. W naszym kraju, a zresztą i na całej kuli ziemskiej, ludzie najczęściej ślepną z powodu wrzodów rogówki i jaskry. Gdyby więc lekarze na prowincyi byli obeznani z leczeniem tych chorób, ślepotą była by bardzo rzadkim zjawiskiem. Tymczasem zamiast wyteżania usiłowań w kierunku odpowiedniego kształcenia studentów medycyny, społeczeństwa niektóre uciekają się do śmiesznych wprost paliatywów, a mianowicie, do tworzenia tak zwanych ruchomych oddziałów ocznych, zapominając, czy nie wiedząc o tem, że powstanie pewnych ostrych cierpień nie zawsze odbywać się musi synchronicznie z przyjazdem pomocniczego oddziału ocznego.

III.

Nie w nauce więc lekarskiej, która wiele, bardzo wiele, daje, nie w lekarzach, wśród których znajduje się znaczna ilość dzielnych jedno-

stek, tkwi przyczyna złego, a w niedostatecznym i spaczonym wykształceniu, jakie otrzymujemy na wydziałach medycyny. Największym obowiązkiem lekarzy jest zwrócić uwagę społeczeństwa na niemoralne stosunki, jakie panują w szkołach lekarskich, powinniśmy bezustannie poruszać tę kwestyę w prasie naszej, na zjazdach lekarskich i tak długo żądać niezbędnych reform, aż sprawa wykształcenia lekarskiego wejdzie na prawidłowe tory.

Wypracowanie odpowiedniego projektu bynajmniej nie jest trudnym. Za dobre znamy nasze wady, aby wiedzieć czego żądać, do czego dążyć.

Nie mam zamiaru w tej krótkiej odezwie kusić się o rozwiązanie palącej kwestyi, podaję tylko szkice dezideratów, nasuwających się przy pobieżnym przejrzaniu dotychczasowego programu nauczania.

Przedewszystkiem zaznaczyć trzeba jedną dziwną, niczem niedającą się usprawiedliwić anomalję, jaka rzuca się w oczy już na samym wstępie, mianowicie, przyjmowanie na wydziały lekarskie uczniów, niemających nawet elementarnego wykształcenia przyrodniczego. Rzecz prosta, że wykształcenie lekarskie musi być poprzedzone przez zaznajomienie się z ogólnymi zasadami biologii, tymczasem tak zwane klasyczne wykształcenie, które jedynie daje prawo wstępu na wydziały lekarskie, wyklucza w wielu państwach znajomość nauk przyrodniczych i młody student musi rozpocząć trudną naukę, której się poświęcił, od poznania pierwszych zasad chemii, zoologii, botaniki, mineralogii i anatomii. Pierwszy więc rok studyów medycyny z nauką tą nie wiele ma wspólnego i należy go uważać za absolutnie stracony, bo z łatwością można było, a właściwie i bezwarunkowo należało, nabyć w szkołach średnich te mizerne wiadomości z biologii, jakim się poświęca drogi czas na wydziale lekarskim. Profesorowie i studenci czują nienormalne stanowisko przedmiotów tych na wydziale specjalnym, to też i nauka prowadzi się, przyznać trzeba, dość powierzchownie. Profesorowie nie zachęcają przygodnych słuchaczy do pracy, a studenci traktują te przedmioty jako *malum necessarium*. Wyniki stosunków takich są wprost komiczne; na egzaminach profesorowie przyzwyczajają się do najdziwniejszych, humorystycz-

nych wprost, odpowiedzi i przestają reagować na absolutną nieznajomość kardynalnych rzeczy.

Do przedmiotów zbytecznych na wydziale lekarskim należą farmacja i farmakognoza. Za dobrych dawnych czasów, kiedy aptekę uważano za źródło życiodajne, kiedy umiejętność przepisywania i kombinowanie najrozmaitszych środków w jednym lekarstwie stanowiło siłę medyka, dokładna znajomość przedmiotów tych była niezbędna, ale obecnie specjalne katedry farmacji i farmakognozji stanowią anachronizm, który dawno już należało by odrzucić. Tembardziej, iż niezbędne i dla nowoczesnego lekarza wiadomości z zakresu tych przedmiotów doskonale mogą być uwzględniane przy wykładach farmakologii.

Prawie cały trzeci rok studyów ogranicza się do zaznajomienia słuchaczy z medycyną teoretyczną. O ile wykłady patologii ogólnej i anatomii patologicznej są niezbędne i w wysokim stopniu pouczające dla studentów, jeżeli tylko są połączone z pracą laboratoryjną, o tyle czysto teoretyczne zaznajamianie uczących się z medycyną wewnętrzną i chirurgią jest absolutnie niepotrzebne i traci średniowieczyną. Wykłady tego rodzaju musiały mieć miejsce wtedy, kiedy kliniki uniwersyteckie były bardzo nieliczne i rozporządzały zbyt skromnym materiałem, ale w naszych czasach, przy tej olbrzymiej ilości chorych, zapelniających szpitale, poświęcanie drogiego czasu na teoretyczne i systematyczne wykłady wszelakich chorób jest co najmniej dziwnym i w każdym razie do żadnego celu nie prowadzącym wysiłkiem, gdyż dobrze wiadomo, jak szybko ulatniają się z pamięci charakterystyczne cechy cierpień, którym student nie miał sposobności przyjrzeć się wielokrotnie z bliska, badać i rozumieć je przy łóżku chorego.

Już z tego krótkiego przeglądu programu uniwersyteckiego widzimy, jak nieprodukcyjnie dla wykształcenia lekarskiego przechodzą pierwsze 3 lata studyów, jak mało wiadomości faktycznych zdobywa student i jak wielkim i zbytecznym zarazem balastem zaprzątają umysł jego. Nic dziwnego, że w ciągu następnych 2-ech lat, poświęconych już w całości czystej nauce lekarskiej, nie jest on w stanie zdobyć ogromu wiadomości, niezbędnych dla przyszłego życia praktycznego.

Reformę więc wykształcenia lekarskiego rozpocząć trzeba przede wszystkim od wykluczenia z programu zajęć całego szeregu przedmiotów, które powinny należeć nie do specjalnego, lecz do średniego wykształcenia, a następnie usunąć, z wykładów obowiązujących farmację, farmakognozę i zupełnie zaniechać teoretycznego obznajmiania studentów z temi gałęziami medycyny, które mogą i muszą być przyswojone li tylko w klinikach przy łóżku chorego. W ten sposób zdobędzie się dużo czasu, który wyzyska się z wielkim pożytkiem dla kształcącej się młodzieży.

Poświęciwszy pierwszy rok studjów anatomii (która bezwarunkowo powinna być prowadzona tylko praktycznie, jak to zresztą ma miejsce już teraz w wielu uniwersytetach zachodniej Europy), fizjologii, histologii, embryologii, anatomii porównawczej i chemii analitycznej, student medycyny już w drugim roku będzie mógł studjować przedmioty specjalne, ogólną patologię, anatomię ustroju chorego, chemię fizjologiczną, farmakologię i rozpocząć zajęcia w klinice, gdzie uczył by się auskultacyi, perkusyi i desmurgii.

Dzięki takiemu rozkładowi zajęć trzeci rok nauki poświęcić można prawie wyłącznie klinikom.

Zajęcia kliniczne jednak wtedy tylko dać mogą pożądanę wyniki, kiedy studentom dostarczą się bogatego różnorodnego materiału. Obserwowanie kilku lub kilkunastu przypadków z medycyny wewnętrznej, chirurgii, akuszerji, okulistyki i t. d., jak to się obecnie praktykuje, bynajmniej nie przygotowuje studenta do samodzielnej pracy, która oczekuje go po otrzymaniu dyplomu. Jest to tak dziwna i niezem nie dająca się usprawiedliwić anomalia, taka wprost rażąca niesumienność ze strony *almae matris* w stosunku do pozostawionych jej pieczołowitości pupilów, że dziwić się należy niezlicznym protestom, w tym kierunku wymierzonym.

Naprawić te nienormalne stosunki należy jak najszybciej, tembardziej, że da się to z łatwością skutecznie, jeżeli otworzymy studentom wszystkie szpitale miejskie, jeżeli każdy ordynator będzie posiadał nie tylko prawo, ale i obowiązek nauczania swych przyszłych kolegów.

Projekt ten bynajmniej nie należy do rzędu marzeń, nie dających się wprowadzić w czyn.

We Francji już oddawna tak się dzieje, a w Rosji uczyniono już w tym kierunku pierwsze kroki.

W numerze 18-m gazety „Ruskija Wiedomosti“ z r. b., wychodzącej w Moskwie, czytamy w artykule: „Główne zadanie szpitali miejskich w chwili obecnej“, co następuje:

„Szpitale miejskie mają doniosłe znaczenie pod względem pedagogicznym. Nie ulega wątpliwości, że kliniki nie są w stanie rywalizować ze szpitalami, tembardziej, że wogóle kliniki nasze ze względu na swoje rozmiary, urządzenia i organizację dostarczają nader skąpych wiadomości praktycznych studentom medycyny. Otóż z pomocą powinny im przyjść szpitale miejskie. Organizacja zajęć praktycznych dla studentów i młodych lekarzy, zbyt często kończących kurs nauk z bardzo ograniczonym zasobem wiedzy praktycznej, staje się rzeczą nie tylko w wysokim stopniu pożyteczną, lecz wprost niezbędną. Początek w tym kierunku był zrobiony w roku zeszłym przez ministerjum wojny, które urządziło letnie praktyczne zajęcia przy szpitalach wojskowych dla studentów trzech ostatnich kursów Akademii medycznej nawet z miesięcznym zasiłkiem w kwocie 25 r.

Przykład ten godzien jest naśladowania.

Oprócz tego z pewnością twierdzić można, iż organizacja zajęć praktycznych w celach pedagogicznych w szpitalach miejskich i na samem szpitalnictwie odbija się bardzo dodatnio: obecność studentów i młodych lekarzy będzie zawsze bodźcem dla personelu lekarskiego szpitali, gdyż ożywi jego pracę nowym celem i zrobi ją bardziej interesującą.

Dodać należy, że, dzięki tak postawionej sprawie klinicznego nauczania, chorzy, znajdujący się w klinikach, unikną tego haniebnego wprost wyzyskiwania ich zdrowia dla celów pedagogicznych, które ma miejsce obecnie.

Studentci, rozporządzając olbrzymim materiałem szpitalnym, nie będą zmuszeni z gorliwością, godną lepszej sprawy, całą chmarą otaczać jakiegoś nieszczęśliwego, którego losy obdarzyły szczególnie ciekawym objawem perkusyjnym lub auskultacyjnym. Z drugiej strony szpitale miejskie ułatwią słuchaczom medycyny poznanie tych wszystkich gałęzi wiedzy lekarskiej, które nawet w najbogatszych uposażonych uniwersytetach Europejskich są traktowane po

macoszemu. Mam tu na myśli otyatryę, laryngologię, urologię i t. d.. Z chwilą, kiedy wykształcenie na wydziałach medycyny ulegnie tak niezbędnej reformie, lekarz stanie się w społeczeństwie niewątpliwie pożyteczniejszym członkiem i w znacznej mierze ustaną nie słuszne wpraw-

dzie, ale usprawiedliwione skargi na medycynę i jej adeptów. Od nas, od lekarzy, w dużym stopniu zależeć będzie urzeczywistnienie tych marzeń. Naszym obowiązkiem jest nieukrywanie smutnej prawdy i domaganie się wszystkimi siłami koniecznych reform.

Wiadomości bieżące.

— Koledzy S. GOLDFLAM i Z. SREBRNY przyjmują udział w XII międzynarodowym Zjeździe w Madrycie jako delegaci naszego czasopisma.

— W dniu 6 czerwca (n. s.) r. b., odbędzie się w Warszawie, za zezwoleniem Władzy, zjazd b. wychowawców szkoły Głównej. Uprasza się wszystkich kolegów, którzy do szkoły Głównej uczęszczali, aby zechcieli nadesłać jaknajspieszniej (najpóźniej do 1 maja) adresy swoje, oraz kolegów, w odleglejszych stronach zamieszkałych, na ręce kolegi Józefa Leskiego, dyrektora Muzeum Przemysłu i Rolnictwa w Warszawie, Krakowskie Przedmieście 66.

— Śmiertelność pomiędzy dziećmi w żadnym mieście nie jest tak olbrzymia jak w Madrycie, okazuje się że w lutym r. b. była 10 razy

większą niż w Paryżu. D-r ULECIA twierdzi, iż za przyczynę tego faktu uważać należy bardzo złe mleko. Ze 100 prób mleka, 88 okazały się zupełnie nie zdatne do użycia.

— Kōl. Michał ŚLIWIŃSKI z Krakowa w roku bieżącym ordynować będzie w Karlsbadzie.

— W Rydze powstało nowe towarzystwo mające na celu walkę z gruźlicą.

— Wyszedł 1-szy zeszyt nowego francuskiego dwutygodnika p. t. „Bulletin de l'Institut Pasteur“.

— Zalecany w Anglii niezawodny środek przeciwko morskiej chorobie pod nazwą „Janatas“ według analizy Binz'a jest nieczem innym jak 1% roztworem chloralhydratu cokolwiek zabarwionym i ocukrzonym.

Od Administracyi.

Szanownych Prenumeratorów upraszamy o niezwłoczne zawiadomienie Administracyi

o każdym niedoręczonym numerze.