

GAZETA LEKARSKA

TRESC. JÓZEF PAWIŃSKI, Prof. IGNACY BARANOWSKI. Str. 1063. I. JAN STU-
DZIŃSKI. O fizyologicznem działaniu krwi i o własnościach chemicznych ciał czynnych w niej
zawartych. (Dok.). Str. 1074. II. A. PUŁAWSKI. Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą GRA-
VES'a (BASEDOW'a). (C. d.). Str. 1077. *Dział sprawozdawczy.* 153. GUSTAW LIEBERMISTER.
Studia nad powikłaniami gruźlicy płucnej i nad rozprzestrzenieniem łaseczników gruźliczych
w organach i we krwi tuberkulików. Str. 1031.—154. P. K. PEL. O leczeniu tuberkulizacji gru-
źlicy płuc. Str. 1082.—155. O. ROEPKE. Przypadki gruźlicy, leczone preparatem I. K. Str. 1084.
156. WEICHER i BANDELIER. O „I. K.“. Str. 1085. *Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.*
Posiedzenia dnia 1-go i 22-go czerwca 1909 r. Str. 1085, 1086. *Wiadomości bieżące. Ogłoszenia.*

Profesor Ignacy Baranowski.

Skreślił

Dr Józef Pawiński.

Z przewodników młodzieży b. Akademii Medyko - Chirurgicznej, Szkoły
Głównej i początkowego okresu Uniwersytetu Warszawskiego pozostało bar-
dzo niewiele. Jednym z nich, zajmującym wybitne w naszym społeczeństwie
stanowisko, jest prof. BARANOWSKI.

W roku przeszłym przypadło pięćdziesięciolecie jego zawodowej pracy.
Zamierzono obchodzić je uroczystością ze względu na zasługi Jubilata; na usilne
jednak prośby profesora, trzeba było uroczystości tej zaniechać.

Profesor BARANOWSKI należy do tych wyjątkowych natur, co czynią do-
brze z głęboko wymotywowanych pobudek, nie oglądając się na rozgłos, ani
też nie oczekując wdzięczności i uznania. Starał się zawsze ukrywać przed
światem swe szlachetne czyny, uszczuplać swe zasługi, dopomagał ludziom
moralnie i materalnie, często bez ich wiedzy.

Patrzac od lat wielu, jako uczeń, asystent, a następnie lekarz-praktyk na
niezwykłą Jego zawodową i społeczną działalność, poczytuję sobie za przy-
jemny obowiązek odświeżenie niektórych szczegółów tego zasłużonego żywota
i szlachetnego charakteru ¹⁾.

¹⁾ Szczupłe ramy Gazety Lekarskiej zmuszają mię do przedstawienia tylko w głównych
zarysach pedagogicznej i zawodowej działalności Jubilata; obszerniejsza zaś ocena Jego za-
sług społecznych ukaże się wkrótce w Pamiętniku Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Autor.

IGNACY BARANOWSKI urodził się w roku 1833 w Lublinie, gdzie ojciec stanowisko adwokata zajmował. Tamże ukończył nauki gimnazjalne. Studya uniwersyteckie odbywał w Dorpacie.

Po obronie rozprawy z działu okulistyki p. t. „*Nonnulla de lentis humore aqueo imbibito post cataractarum operationes intumescencia*“, w roku 1858 otrzymał stopień doktora medycyny.

W tymże roku przybył BARANOWSKI do Warszawy, mając zdaje się zamiar, zgodnie z treścią swej rozprawy doktorskiej, poświęcić się oftalmologii i kształcić się pod kierunkiem sławnego podówczas SZOKALSKIEGO.

Wkrótce jednak myśl tę porzuca, zwraca się do CHAŁUBIŃSKIEGO, jako skupiającego obok siebie młode siły, pragnące światła wiedzy, i nie tracąc czasu, zaprzęga się do pracy szpitalnej.

W następnym roku wyjeżdża dla dalszego kształcenia się za granicę, naprzód do stolicy Naddunajskiej. Doskonała znajomość języka niemieckiego, w którym słuchał wykładów w Dorpacie, przyczynia się niemało do pomyślnych wyników studyów. Blask „Nowej Szkoły Wiedeńskiej“ rozchodził się wówczas po całej Europie. Anatomia patologiczna [ROKITANSKY], a zwłaszcza kliniki wewnętrzne, które doprowadziły fizykalne metody badania chorych do wielkiej doskonałości, a przytem szerzyły nowe kierunki wiedzy, przyciągały do Wiednia cały świat lekarski.

BARANOWSKI zabiera się z dużym zapałem do tego wielkiego warsztatu nauki, kładąc szerokie podstawy dla swej przyszłej działalności. Nie zaniedbuje ani jednego ważnego przedmiotu, któryby dla lekarza internisty, o szerokim widnokręgu, nie był potrzebny. A więc uczęszcza pilnie na demonstracye z zakresu anatomii patologicznej, prowadzone z wielką dokładnością i ożywieniem, na bardzo obfitym materyale, przez dra KŁOBA, asystenta ROKITANSKY'ego, a późniejszego profesora.

Z wielką cziłą i wdzięcznością wspomina dotychczas BARANOWSKI kurs fizjologii doświadczałnej prof. LUDWIGA w Josephineum.

Wprawy w badania urologiczne nabywa w pracowni prof. HELLER'a.

Perkusyi i auskultacyi, które później, rzecz można, z wirtuozostwem wykonywał, czerpał z najlepszego źródła w klinikach profesorów SKODY i KOLISKA.

Wreszcie uczęszczał i na klinikę prof. OPPOLCER'a, cieszącego się wielkiem uznaniem publiczności, jako lekarz praktyk.

Z Wiednia BARANOWSKI przerzuca się nad Sprewę. Wszechnica Berlińska zaczęła wówczas współzawodniczyć ze Szkołą Wiedeńską, a to dzięki uczonemu pierwszorzędnej miary—VIRCHOW'owi, który wkrótce swą celularną patologią olśnił cały świat lekarsko-przyrodniczy i zadał cios stanowczy Wiedeńskiej Szkole, a zwłaszcza poglądom ROKITANSKY'ego.

BARANOWSKI zrozumiałwszy, jak ważną rolę odegra nauka VIRCHOW'a w pojęciach całej patologii, poświęca przedewszystkiem najwięcej czasu na badania w pracowni wspomnianego profesora. Korzysta ze wskazówek HOPPE-SEYLER'a [pracownia chemiczna] i RECKLINGHAUSEN'a, asystentów przy katedrze anatomii patologicznej, to znowu odrywa się od mikroskopu i analiz

chemicznych, śpieszy do kliniki prof. FRERICHSA. Tu pod kierunkiem dra Jos. MEYER'a, pierwszego asystenta kliniki i docenta, wprawia się w dyagnozie i terapii.

Tak już przygotowany, BARANOWSKI udaje się do Paryża dla zaznajomienia się ze szkołą kliniczną francuską, ugruntowaną na mężach tej miary, co LAENNEC, ANDRAL, LOUIS i t. p.

W szpitalach paryskich, a zwłaszcza Św. Antoniego, w oddziale profesora ARANA uczy się obserwacji klinicznej, która dotychczas, dzięki właściwościom umysłu francuskiego, powinna być wzorem dla lekarza-praktyka. Umiejętność pisanja historii chorób, prowadzenia kart szpitalnych, które później przekazywał swoim asystentom, stamtąd właśnie biorą początek, według zapewnienia samego Jubilata.

Uposażony w tak gruntowną wiedzę, pełen zapału do pracy, świadom poważnych obowiązków zawodu, powraca BARANOWSKI do Warszawy. Wkrótce też widzimy go u boku CHAŁUBIŃSKIEGO w charakterze asystenta przy klinice terapeutycznej Akademii Medyko-Chirurgicznej. Pracował dużo w oddziałach szpitalnych, zaznajamiał studentów z semiotyką moczu i mikroskopią kliniczną, jak również z laryngoskopią, która wtedy dopiero w użycie wchodzić zaczęła, resztę zaś czasu wypełniało mu studyowanie różnych zagadnień z zakresu medycyny klinicznej.

Z otwarciem Szkoły Głównej w końcu listopada 1862 r. BARANOWSKI na przedstawienie CHAŁUBIŃSKIEGO zostaje mianowany adjunktem przy katedrze kliniki chorób wewnętrznych. W tym charakterze, odpowiadającym docentowi w uniwersytetach niemieckich, BARANOWSKI wykłada propedeutykę kliniczną z ćwiczeniami praktycznymi.

W r. 1869 przy przemianie Szkoły Głównej na Uniwersytet z językiem wykładowym rosyjskim, BARANOWSKI zostaje docentem etatowym do wykładów propedeutyki klinicznej. Prowadzi zajęcia praktyczne ze studentami w różnych oddziałach szpitala Dzieciątka Jezus, dopóki po wielu staraniach nie otrzymuje nareszcie w roku 1871 własnej sali w tymże szpitalu. Oddział ten o skromnem bardzo pomieszczeniu, o kilkunastu łóżkach zaledwie, został otwarty na początku roku szkolnego 1871/2 pod nazwą „Kliniki dyagnostycznej”. Uniwersytet jednak żadnych funduszków na klinikę nie dawał, tak że prof. BARANOWSKI przez lat kilkanaście corocznie znaczne sumy łożył dla zadośćuczynienia różnym niezbędnym potrzebom, jak np. na zakup przyrządów naukowych, odczynników i lepszego, aniżeli dostarczał szpital, żywienia niektórych chorych.

Pierwszym asystentem był KONRAD DOBRSKI. Następni byli: FRANCISZEK AKSAMITOWSKI, BRONISŁAW CHROSTOWSKI, JÓZEF PAWIŃSKI, JULIAN KRAMSZTYK, WIKTOR GROSTERN, KAROL BEYER, STANISŁAW BACZYŃSKI, OTTON HEWELKE, MARYAN JAKOWSKI, WŁADYSŁAW BRUNER, ARK. PUŁAWSKI, TAD. DZIERZBICKI, ADAM CHEŁMOŃSKI.

W tymże roku, t. j. 1871 BARANOWSKI posunięty został z docenta na profesora nadzwyczajnego i w tym stopniu aż do czasu opuszczenia uniwersytetu pozostał, gdy tymczasem inni młodszy i mniej zasłużeni koledzy jego szybko

dochodzili do godności profesora zwyczajnego. Klinika zaś dopiero po ustąpieniu BARANOWSKIEGO traktowana była na równi z innymi klinikami, otrzymując coroczny fundusz na swe utrzymanie i rozwój.

Co się tyczy samego prowadzenia kliniki i wykładów, to, śmiało rzec można, stały one na wysokości współczesnej nauki. Za wielką zasługę należy BARANOWSKIEMU poczytać, że bardzo ważny kładł nacisk na samą metodę badania, która w studiach lekarskich nie była dostatecznie uwzględniana. Wychodząc z zasady, że czynność, jaką lekarz wykonywa dla określenia danego zaburzenia chorobnego, jest zupełnie podobna do czynności przyrodnika, determinującego dane jestestwo, roślinę lub związek chemiczny, zaleca trzymać się metody *analityczno-syntetycznej*, stosowanej powszechnie w naukach przyrodzonych.

Głęboko przekonany o potrzebie podobnej metody w wykształceniu medycznym, t. j. zdobycia sobie drogi, którą umysł ma zdążać do rozeznawania własności ustroju chorego, BARANOWSKI stawia wniosek: „że jedyną szkołą dla umysłu lekarza, jest badanie przyrodnicze, że oddający się studiom lekarskim, wprzód zanim się dotknie nader zawitych i trudnych zadań klinicznych, winien nie tylko być obeznany z treścią nauk przyrodniczych, ale nadto obyty z metodą badania przyrodniczego i należyście wdrożony w jej stosowanie. Klinikę powinny poprzedzić pracownie: chemiczna, biologiczna i inne“.

„Ten tylko zdoła opanować i pokonać trudności zadań klinicznych, kto z wykształcenia, z wyrobienia umysłu, z należytej metody, jest przyrodnikiem“.

Pogląd ten, zdaniem naszym, bardzo ważny, wypowiedział prof. BARANOWSKI szczegółowo na Zjeździe [6-ym] lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w roku 1891 w odczycie p. t. „O łączności we względzie metody między badaniem klinicznym i przyrodniczym“.

Z powodu niedostatecznego przygotowania studentów 3-go kursu z zakresu anatomii patologicznej, patologii ogólnej, BARANOWSKI musiał wybierać do wykładów przypadki proste, poprzestawać na dygnozach łatwiejszych, nieskomplikowanych, przeważnie z działu chorób płuc i serca, w części z chorób zakaźnych [tyfus].

Wielka szkoda, że zakres kliniki propedeutycznej nie pozwalał profesorowi przeprowadzać wspomnianej tylko co metody w zakresie rokowania, a zwłaszcza wynajdywania wskazań, *resp.* leczenia.

Obdarzony umysłem krytycznym, a przytem posiadając wielkie doświadczenie lekarskie, jakiego mu rozległa praktyka dostarczała, mógłby słuchaczom wyższych kursów, jako kierownik kliniki wewnętrznej, przysporzyć niepospolitych korzyści.

Zbytecznem byłoby dodawać, że wszystkie znane wtedy w nauce sposoby badania fizykalnego były należyście uwzględniane [opukiwanie, osłuchiwa-

nie, badanie mikroskopowe płwociny, analiza moczu, badanie kału, termometria, sfigmografia i t. d.]. Ze szczególnem jednak zamięłowaniem traktował profesor perkusję i auskultację, najprzód dlatego, że to były u nas nowe metody, z którymi lekarze nie byli jeszcze dostatecznie obznajmieni, nie posiadali potrzebnej wprawy, powtórę ze względu na ważność tychże dla każdego praktyka.

Poza godzinami przeznaczonemi na wykład kliniczny, studenci pod kierunkiem asystentów, a za moich czasów kol. KONRADA DOBRSKIEGO, ćwiczyli się w popołudniowej, bądź w wieczornej porze w używaniu młotka i słuchawki. Kol. DOBRSKI bardzo poważnie i umiejętnie spełniał powierzone mu przez profesora zadanie, za co mu się szczerza wdzięczność od młodszej braci należy.

Dzięki poważnym okolicznościom wychowawcy kliniki dyagnostycznej byli doskonale w metodach fizykalnego badania wykształceni i w tym względzie przewyższali często studentów z uniwersytetów rosyjskich, a nawet zagranicznych.

Jak we wszystkim, tak i w prowadzeniu wykładów klinicznych, BARANOWSKI odznaczał się wielką sumiennością i punktualnością. O godzinie 8-ej z rana, nawet w porze zimowej, był już na swem stanowisku w klinice, co nie mało sprawiało kłopotu studentom, a zwłaszcza asystentom, którzy obowiązani byli, przed przybyciem profesora, obejrzeć chorych i zdać Mu o nich relację.

Przed przystąpieniem do praktycznych zajęć w klinice, profesor miewał wykłady teoretyczne o zasadach perkusji i auskultacji, a więc o fizycznych własnościach dźwięków, tonów, szmerów i t. p.; jak również o wpływie, jaki na wyniki w opukiwaniu i osłuchiwaniu wywierają różne zmiany patologiczne w tkankach. Wykłady te opracowywał z wielką dokładnością i umiejętnością, do czego mu znajomość muzyki wielce dopomagała.

Działalność swą pedagogiczną przenosił również na asystentów i w nich zamięłowanie do pracy, a zwłaszcza do ściślej i sumiennej obserwacji klinicznej, wyrabiał. Zwracał baczną uwagę na prowadzenie kart szpitalnych, aby one odzwierciedlały przebieg choroby, i aby dawały nawet dla obcego lekarza pojęcie o całości zaburzenia chorobnego i do pewnego stopnia o jego leczeniu. Jako wzór pisania historii chorób stawiał nam ANDRAŁA, zalecając studyowanie jego dzieła [lekcyi klinicznych].

W pewnych zaś odstępach czasu odbywały się zebrania asystentów w mieszkaniu profesora, na których odczytywano przebieg ważniejszych, obserwowanych w klinice przypadków i robiono odpowiednie poprawki, zgodnie z Jego uwagami. Był to więc rodzaj prywatnych seminariów, urządzanych w uniwersytetach niemieckich przez profesorów dla słuchaczy historii, filozofii, prawa i t. d.

Dla wprawy w leczeniu ambulatoryjnym, BARANOWSKI zapraszał nas kolejno na swe prywatne przyjęcia chorych, na kilkotygodniowy przeciąg czasu. Korzyść z tego rodzaju praktyki była niezmiernie cenna, gdyż zapraszała nas do orientowania się w wielu cierpieniach, których materiał kliniczny nie dostarcza, a powtórę uczyła nas terapii odmiennej, od tej, na jaką pozwalała farmakopea szpitalna. Przypadki chorobne, jakie się przed oczy-

ma naszymi na tych przyjęciach przesuwają, były wielce pouczające, gdyż do profesora cisnęli się pacyenci z najróżnorodniejszymi cierpieniami z zakresu chorób wewnętrznych, ze wszystkich dzielnic polskich.

Przepis zachowywania się z zakresu higieny, dyetetyki, sposobu użycia lekarstw, pisał asystent. Ducha kliniki i propedeutyki klinicznej zaczerpnął BARANOWSKI, według własnych słów, w pewnej mierze od CHAŁUBIŃSKIEGO, najwięcej jednak od prof. TRAUBEGO w Berlinie. Klinikę tegoż odwiedzał on kilkakrotnie, już jako docent uniwersytetu. Obcowanie z TRAUBEM, jak również jego dzieła (*Gesammelte Abhandlungen*) działały na BARANOWSKIEGO pobudzająco i pouczająco.

Prócz prowadzenia kliniki i wykładów z zakresu dyagnostyki, prof. BARANOWSKI miewał dla studentów 3-go kursu odczyty z terapii ogólnej. W sposób zwięzły, logiczny, starał się przedstawić słuchaczom najważniejsze metody leczenia, oparte z jednej strony na istniejących nowych poglądach, a z drugiej na swem rozległym doświadczeniu klinicznym.

W charakterze kierownika kliniki propedeutycznej pozostawał BARANOWSKI do roku 1886, w którym, po ukończeniu 25-u lat służby rządowej, zmuszony był Uniwersytet opuścić¹⁾. Zamiłowany w pracy pedagogicznej z żalem porzuca przybytek nauki w pełni sił fizycznych i sprawności intelektualnej w 54-ym roku życia ku wielkiej stracie młodzieży, która wysoko ceniła głęboką wiedzę swego przewodnika i moralne zalety człowieka, obywatela kraju.

Wrodzona chęć do działania i pracy naukowej nie pozwala BARANOWSKIEMU długo pozostawać beczynnie. Rozumiejąc doniosłość, jaką posiada bakteriologia dla całej medycyny, wyrusza zagranicę, aby się z tą nową jeszcze gałęzią wiedzy naszej praktycznie zaznajomić.

Przepędza naprzód kilka miesięcy w Wiesbaden, w pracowni słynnego badacza życia drobnoustrojów HUEPPE'go, poczem kieruje się do Paryża, aby tam pod kierunkiem prof. CHANTEMESSE'a i innych dalej studia prowadzić.

Po powrocie do Warszawy odzywa się w BARANOWSKIM znowu dawna żyłka nauczania. Pragnie nowozdobytym terenem wiedzy podzielić się z młodszą bracią, zastosować ostatnie zdobycze bakteriologii ku pożytkowi praktycznej medycyny. Po wielkich trudach udaje mu się nareszcie uzyskać od zarządu szpitala oddział chorób wewnętrznych na prawach nadetatowego ordynatora.

Tu skupia BARANOWSKI wokoło siebie kilku zdolniejszych młodszych lekarzy, zaopatruje oddział w niezbędne środki do zastosowania najnowszych metod badania bakteriologicznego. W przypadkach trudniejszych wspiera asystentów swem rozległym doświadczeniem, ściągając coraz więcej adeptów.

Niedługo jednak danem było BARANOWSKIEMU cieszyć się owocem tej pożytecznej działalności. Z powodu niezdrowia zmuszony był wyrzec się oddziału szpitalnego. Niezmiernie silna duchowa organizacja opierała się przez

¹⁾ Gaz. Lek. r. 1886 Nr. 23. Dr T. DUNIN: „Prof. Ign. BARANOWSKI”. (Z powodu 25-lecia jego profesorskiej działalności).

długi przeciąg czasu nadmiarowi pracy, wzruszeń, związanych z ciężkiem położeniem kraju, aż wreszcie i ona uległa.

Z przyjemnością wypada mi zaznaczyć, że po kilku miesiącach oderwania się od zajęć, profesor odzyskał dawną sprawność, która go dotychczas nie opuszcza i szczerą radością napelnia wszystkich, ceniących jego niezwykle pożyteczną działalność.

Oprócz pracy pedagogicznej nad młodzieżą uniwersytecką, położył profesor BARANOWSKI również doniosłe zasługi i dla lekarzy praktyków. Jak już powyżej wspomniałem, zakres kliniki propedeutycznej, niedostateczne przygotowanie słuchaczy nie pozwalały BARANOWSKIEMU rozwinąć całej swojej wiedzy i doświadczenia w dziedzinie terapii. Był on w położeniu artysty malarza, który zaledwie część swego pomysłu na obrazie utrwalić może.

Wprawdzie asystenci kliniki, stykający się codziennie z profesorem przy łóżku chorego, mieli sposobność zapoznać się z zaletami Jego, jako lekarza praktyka, korzystać z Jego cennych rad, z natury jednak rzeczy, mogło ich być niewiele.

Inną wszakże drogą szerokie koło lekarzy otrzymywało wskazówki terapeutyczne od swego mistrza. Działo się to na konsultacjach w prywatnej praktyce, na które koledzy w przypadkach ciężkich zapraszali profesora. Była to, jak się ktoś słusznie wyraził, druga klinika w mieście o mniejszem tylko, jak zwykle, audyterjum.

Po zbadaniu chorego, po wysłuchaniu anamnezy, BARANOWSKI czynił rozpoznanie, rokowanie i wypowiadał szczegółowo swoje zapatrywanie na leczenie, środki i t. d., a to wszystko na podstawach anatomii patologicznej, fizjologii, patologii ogólnej—i swego doświadczenia. Tym sposobem stało się, że w głównych zarysach cały kierunek terapii w Warszawie, a rzec można i w kraju, bo do stolicy zjeżdżali z chorymi i lekarze z prowincyi, nadawał prof. BARANOWSKI, tak, jak poprzednio CHAŁUBIŃSKI. Ci dwaj mężowie przez blisko pół wieku byli u nas przedstawicielami i kierownikami terapii.

Oni to przeważnie, obok kierowników kliniki chirurgicznej i położniczej, przyczynili się do wytworzenia z młodzieży Akademii Medyko Chirurgicznej, Szkoły Głównej, a w części z Uniwersytetu Warszawskiego—dzielnych lekarzy „praktyków”. Cechą ich było krytyczne wprowadzenie do terapii nowych zdobyczy z dziedziny fizjologii, patologii, higieny bez ryczałowego zrywania z tradycją, z wielowiekową obserwacją szkoły Hippokratesa.

Co się tyczy nowego kierunku, który dla naszego kraju tak pożądane wydał owoce, to wziął on początek z dwu źródeł: w części ze szkoły francuskiej [Paryskiej], w części ze szkoły niemieckiej.

Do zrozumienia i zastosowania nowych pojęć biologicznych do medycyny, CHAŁUBIŃSKI był jakby stworzony. Składało się na to nie tylko przy-

gotowanie przyrodnicze i filozoficzne, lecz i właściwość jego umysłu, a zwłaszcza trzeźwy, krytyczny pogląd na zadania medycyny.

W czasie kiedy CHAŁUBIŃSKI, po kilkunastu latach praktyki w Warszawie zyskał rozgłos, i w świeżo otwartej Akademii Medyko-Chirurgicznej został kierownikiem kliniki terapeutycznej, występuje na widownię BARANOWSKI. CHAŁUBIŃSKI ocenił wkrótce jego zalety umysłowe, zapadł do pracy, gorliwość w spełnianiu obowiązków i powierzył mu wykłady semiotyki. Pomimo dość znacznej różnicy wieku, gdyż BARANOWSKI był o 13 lat młodszy od CHAŁUBIŃSKIEGO, pomimo różnicy temperamentu—zawiązuje się serdeczny stosunek, oparty na wzajemnym szacunku i przyjaźni. Stosunek ten pozostał bez zmiany aż do zgonu CHAŁUBIŃSKIEGO.

BARANOWSKI był dla CHAŁUBIŃSKIEGO siłą niezmiernie ważną, sumienne bowiem studia za granicą w duchu nowoczesnych prądów, o czym powyżej już była mowa, przygotowały umysł BARANOWSKIEGO do pojmowania zadań medycyny w szerokim, przyrodniczym zakresie, a więc do kierowania młodzieżą w duchu CHAŁUBIŃSKIEGO. Cenił on też wysoko ścisłość badania BARANOWSKIEGO i często nawet w praktyce prywatnej, w przypadkach wątpliwego rozpoznania, odwoływał się do niego. Dotychczas jeszcze badanie chorych przez BARANOWSKIEGO wzorowem nazwać można. Choćby choroba była najwidoczniejsza, dotycząca jednego narządu, nie powstrzyma to profesora od dokładnego zbadania fizykalnego innych narządów, rzec można, całego organizmu od stóp do głów, i od szczegółowych wywiadów. Widzieć coś podobnego można w klinikach niemieckich, lub francuskich, lecz tylko w klinikach; badanie chorych w praktyce prywatnej przez profesorów, cieszących się europejską sławą, bywa najczęściej bardzo powierzchowne.

Terapia Jego jest wyrozumowaną, opartą na zasadach patologii ogólnej, fizyologii, a z drugiej strony na racjonalnej, krytycznej empiryi. Ta właśnie ostatnia powstrzymuje BARANOWSKIEGO od zbyt pośpiesznego stosowania metod i leków nowych, dopóki nie przejdą one przez trzeźwą obserwację kliniczną.

Kto nie miał sposobności osobiście zapoznać się bliżej z motywami, jakimi kieruje się BARANOWSKI w wyborze metod i środków leczenia, ten niech uważnie przeczyta piękną pracę Jego „O leczeniu ostrych gorączek“.

Przeciw zbyt częstemu użyciu narkotyków, występował BARANOWSKI zawsze bardzo energicznie.

Co do leków wogóle, podobnie jak CHAŁUBIŃSKI, ogranicza się do najprostszych, wypróbowanych, unika wszelkich złożonych recept, które niestety i obecnie, pomimo racjonalniejszych pojęć o lecznictwie, spotyka się bardzo często. Nie jest również zwolennikiem modnych obecnie różnego rodzaju specyfików, których nam fabryki chemiczne w niebywałej liczbie dostarczają.

Stojąc na gruncie zapatrywań VIRCHOW'a, stosowaliśmy w klinice BARANOWSKIEGO w pierwszym okresie zapalenia, t. j. w przekrwieniu, deplecyę w postaci baniek suchych, ciętych i pijawek.

Co się tyczy upustów krwi, to BARANOWSKI zalecał je bardzo powściągliwie.

Leczenie przewlekłych chorób płucnych zapomocą klimatu, bądźto górskiego, bądźto nadmorskiego, znalazło w BARANOWSKIM gorliwego krzewiciela. To samo da się powiedzieć o hydroterapii.

W ruchu, jaki powstał u nas, wskutek odkryć KOCHA, na polu gruźlicy, BARANOWSKI żywy brał udział. Nie szczędząc czasu śledził, nie tylko w swoim oddziale szpitalnym, lecz i w innych, przy współudziale ordynatorów, działania zastrzyknień przeciwgruźliczych. Rezultat swych obserwacji podaje w pracy pod tytułem: „Sprawozdanie ze spostrzeżeń, czynionych w Warszawie nad leczeniem chorych gruźliczych metodą prof. KOCHA“.

Co się tyczy działalności społecznej i obywatelskiej Jubilata, to była ona bardzo różnorodna, nie było bowiem u nas ważniejszej kwestyi, obchodzącej ogół, w którejby BARANOWSKI czynnego, i to bardzo pożytecznego, udziału nie brał.

Troska o rozwój ojczystego języka, jako niezmiernie doniosłej dźwigni naszego narodowego bytu, od dawna i bardzo głęboko tkwiła w sercu i myśli BARANOWSKIEGO. To też zachęcał gorąco studentów i młodszych lekarzy do tłumaczenia dzieł lekarskich na język polski, kładąc wielki nacisk na jego czystość i poprawność. W ten sposób powstały cenne przekłady BILLROTH'a [Ogólna chirurgia], JACCOURD'a [Patologia i terapia szczegółowa], OEHNEIM'a [Patologia ogólna] i pierwszy tom patologii ogólnej BOUCHARD'a z działu bakteriologii, na które BARANOWSKI znaczne sumy pieniędzy poświęcił.

Wobec braku instytucji naukowej polskiej, skupiającej poważnych pracowników, BARANOWSKI, wraz z kilkoma przedstawicielami różnych umiejętności, zorganizował w ostatnich czasach Towarzystwo Naukowe, na wzór dawnego Towarzystwa Przyjaciół Nauk. Niedawno Towarzystwo to w uznaniu zasług mianowało Go członkiem honorowym.

Sprawy z zakresu medycyny społecznej stanowią ulubione zajęcie BARANOWSKIEGO [kąpiele ludowe, przytułki noclegowe, kuchnie tanie i t. p.].

Poglądy swe, dotyczące medycyny społecznej, wypowiedział BARANOWSKI na ogólnym posiedzeniu IX Zjazdu lekarzy i przyrodników w Krakowie w r. 1900 w pięknym przemówieniu: „Walka z gruźlicą, jako zadanie społeczno-narodowe“.

Na zakończenie niech nam wolno będzie dorzucić kilka szczegółów, uwydatniających szlachetny charakter i piękną duszę BARANOWSKIEGO. Mam tu przede wszystkim na myśli stosunek do lekarzy i ich rodzin. W praktyce postępowanie BARANOWSKIEGO względem nie tylko starszych kolegów, ale i młodszych, nazwać można wysoce etycznym. W oczach publiczności stara się zawsze podnieść stanowisko lekarza, wzbudzić wiarę w niego, jeśli niesłusznie zachwiana została. W razie choroby nie odmawia nigdy pomocy lekarzom i ich rodzinom, a skoro zważymy, że nie tylko z Warszawy,

lecz i z całego kraju zjeżdżają po poradę medycy sami lub ze swymi blizki-
mi, łatwo zrozumiemy ile czasu na te koleżeńskie usługi BARANOWSKI poświęca.

A cóż dopiero mówić o studentach, zwłaszcza medycyny, do których za-
wsze chętnie śpieszył z pomocą lekarską i materyalną, i z radą prawdziwie oj-
cowską.

W sprawach ogólnych, dobro społeczne na celu mających, a wymagają-
cych materyalnego poparcia, BARANOWSKI stawał zawsze w pierwszym sze-
regu. Dla zachęty innych, bogatszych od siebie, składał często sumy, przekra-
czające jego zamożność.

Do rozwoju *Zakopanego*, jako stacyi klimatycznej, przyczynił się,
podobnie jak CHALUBIŃSKI, bardzo dużo. Spędzał w nim od lat wielu czas
wakacyjny. Piękna swojska, a przytem pełna powagi góriska przyroda, odpo-
wiadała podniosłemu nastrojowi profesora. Lecz i tam prowadził on ży-
wot bardzo czynny. Brał żywy udział we wszystkim, co dotyczyło bytu
górali. Chętnie obcował z nimi, wnikał w ich potrzeby, wspierał materyalnie
młodzież, garnącą się do nauki, zachęcał do zawodowego wykształcenia.
Wspomnieć też wypada, że dom jego był ogniskiem, u którego zbierali się,
przebywający w Zakopanem wybitni mężowie różnych dzielnic Polski i zasta-
nawiali się uad potrzebami kraju. W chwilach zaś wolnych od społecznej
pracy B śledził postępy medycyny, odczytując poważne miesięczniki i dzieła
lekarskie, na co rozległa praktyka nie pozwalała mu w Warszawie.

Wreszcie, jako rys charakteru Jubilata, podnieść wypada odwagę cywil-
ną wypowiedzania swych przekonań, często przeciwnych ogólnemu nastrojowi
społeczeństwa.

Mówiąc o zasługach BARANOWSKIEGO nie podobna przemilczeć o s. p. żo-
nie Jego. Była to kobieta o szerokim umyśle, gorącym sercu, odczuwającym
potrzeby społeczne, o istic męskim harcie duszy. Działała szlachetne dąże-
nia męża, krzepiła Go w chwilach przygnębienia, podtrzymywała w pracy.

Rzuciwszy okiem wstecz na półwiekową działalność BARANOWSKIEGO,
przyznać musimy, że była ona niezwykła. Na każdym polu, na jakim pracę
swą rozpoczął, w każdej kwestyi, której się dotknął, znać niebywały zapał
i rozumne pojmowanie sprawy. Ta energia, a zwłaszcza wytrwałość w prze-
prowadzaniu swych planów, wprowadzała w zdumienie tych, co z blizka przy-
patrywali się życiu Jego. Po całodziennem zajęciu z chorymi jużto w klinice,
na mieście i u siebie, profesor znajdował czas i siły na przewodniczenie w Tu-
warzystwie Lekarskiem, w Kasie Pomocy imienia MIANOWSKIEGO i na roz-
trząsanie różnych spraw społecznych, na dobre będących. Bywały też i ta-
kie lata, w których BARANOWSKI o godz. 5-ej z rana, zasiadał do pracy, przy-
gotowując się do wykładów klinicznych.

Źródła tej niebywalej sprawności dopatrywać należy w wyjątkowej Jego
organizacji i w niezwykłym poczuciu obowiązków obywatela kraju i lekarza
w szerokim zakresie.

Czyż wobec tak wszechstronnej, rozumnej i wytrwałej działalności czcigodnego profesora, można się zawahać w postawieniu Go na równi z mężami tej miary co ŚNIADECKI, MEYER, DIETL, CHAŁUBIŃSKI?

Cześć więc takiemu mistrzowi, co życiem swem dał najlepszy przykład, jak należy pojmować obowiązki lekarza i obywatela, gorąco miłującego Ojczyznę!

Spis prac Baranowskiego, drukiem ogłoszonych.

- 1) Nonnulla de lentis humore aëneo imbibito post cataractarum operationes intumescencia. Dorpati 1858. Diss. inaug.
- 2) Kilka słów o odczytach p. Lemercier i barona du Potet. Tygodnik Lekarski 1859, Nr. 9.
- 3) Uwagi nad urządzeniami służby zdrowia w Król. Polskiem [przedstawione Komitetowi Tow. Lek. Warsz. do rozpatrywania tychże urządzeń ustanowionemu]. Pamiętnik Tow. Lek. XLVIII 1862. 175, 245.
- 4) Powikłana wada serca. Pam. Towarz. Lek. Warsz. 1873. T. LXIX, str. 6, 55.
- 5) Wypadki gorączek bagiennych. Pam. Tow. Lek. Warsz. T. LXIX. 1873. str. 101.
- 6) Rak żołądka. Tamże. T. LXXII, 1876, str. 408.
- 7) Sprawozdanie z prac Chojnowskiego i Chałubińskiego.
- 8) Historia choroby prof. Lewitskiego. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1880. T. LXXVI, str. 722—723.
- 9) O leczeniu przeciwochorobowym. P. T. L. Warsz. T. LXXXI, str. 682, oraz „Gazeta Lek.“. 1885, str. 647.
- 10) O zaraźliwości suchot płucnych. P. T. L. Warsz. 1884. T. LXXX str. 149.
- 11) Pedagogiczneskoje znaczenie kliniczeskawo izłożenia djagnostiki. Uniwersyt. Izwiestja.
- 12) Uleczalność suchot gardlanych i dzieło dra Herynga „O chirurgicznym leczeniu suchot krtani“. [Ogólne uwagi o gruźlicy oraz ocena pracy Herynga]. Medycyna 1887, str. 645, 661.
- 13) Tytus Chałubiński. Odbitka z Kraju. Petersburg 1890 i Warszawa, 1907 [wyd. II].
- 14) S. Janikowski. Gaz. Lek. 1881.
- 15) Natanson Jakób. Przegląd Lekarski. XXIII, str. 525. Ateneum 1884, str. 164.
- 16) O łączności we względzie metody między badaniem klinicznym i przyrodnictwem. Dziennik Zjazdu [6-go] lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w roku 1891.
- 17) Pamięci Ludwika Natansona. Pam. Tow. Lek. Warsz. 1896, str. 740 [w protokóle].
- 18) Sprawozdanie ze spostrzeżeń czynionych w Warszawie nad lecze-

niem chorych gruźliczych metodą prof. Koch'a. P. T. L. Warsz. T. LXXXVII, str. 1—36.

19) Walka z gruźlicą jako zadanie społeczno-narodowe. Odczyt na ogólnem publicznem posiedzeniu IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w lipcu 1900 r. Kraków 1900 r.

20) Mowa prof. Baranowskiego, wypowiedziana ua uroczystości 40-letniej rocznicy założenia Szkoły Głównej w dniu 6-go czerwca 1903 r.

21) Równouprawnienie narodowości jako reforma zasadnicza w Państwie Rosyjskiem [bezimiennie]. Warszawa, 1907.

22) Edward Jurgens. Ten co narodowi służył zdrową myślą. Świat Nr. 42. Warszawa, Kraków, 1908 r.

I. Z ZAKŁADU FARMAKOLOGII DOŚWIADCZALNEJ PROF. DRA L. POPIEL-
SKIEGO WE LWOWIE.

O fizyologicznem działaniu krwi i o własnościach chemicznych ciał czynnych w niej zawartych.

[Doniesienie tymczasowe].

Podał

Dr Jan Studziński.

(Dokończenie. — Patrz Nr. 47).

Wyżej przytoczone doświadczenia mają ogromne znaczenie dla zrozu-
mienia zjawiska anafilaksyi. Bez wątpienia zjawisko te zostaje wywołane
przez wazodilatynę, która, jak wskazują moje doświadczenia, rzeszywiście
powstaje we krwi przy rozpadzie czerwonych ciałek krwi. Pod tym wzglę-
dem przypuszczenie POPIELSKIEGO, że zjawisko anafilaksyi tłumaczy się
przez powstawanie przy rozpadzie czerwonych ciałek krwi wazodilatyny, zna-
lazło potwierdzenie w moich doświadczeniach.

Można *a priori* przypuszczać, że łamliwość czerwonych ciałek krwi, ła-
two rozpadających się, po pewnem przygotowaniu zwierzęcia, może być wy-
wołana różnymi sposobami; jednym z takich sposobów jest podskórne wpro-
wadzanie surowicy końskiej psu. Z drugiej strony można przypuszczać, że
przez jednoczesne wprowadzenie pod skórę surowicy i peptonu WITTE'go można
uczynić zwierzę odpornem względem anafilaksyi.

Znaczenie chlorku baru w zjawisku anafilaksyi polega na tem, że
w obecności chlorku baru nie otrzymuje się obniżenia ciśnienia krwi, a co

zatem idzie, nie otrzymuje się tych zmian w ogólnym stanie zwierzęcia, które są właściwe działaniu wazodilatyny. Podobne działanie chlorku baru, jak wskazują doświadczenia POPIELSKIEGO, zależy od tego, że chlorek baru działa na inny system obwodowego aparatu naczynioruchowego, już pepton WITTE'go, a mianowicie na mięśnie gładkie. Przyczyna więc takiego działania chlorku baru jest czysto fizyologiczna, a nie chemiczna.

3. Przechodzimy teraz do sprawy własności chemicznych ciał czynnych we krwi. Należy zaznaczyć, że krew odwłókniona wszystkich zwierząt, na powietrzu przy ciepłocie pokojowej, po upływie stosunkowo krótkiego czasu [6-u—8-u godzin], a przy odparowywaniu na łaźni wodnej jeszcze prędzej, traci zupełnie własność obniżania ciśnienia krwi, przyczem ciśnienie czasami nawet podnosi się. Oczywiście, wazodilatyna uległa zniszczeniu we krwi, jak to bywa także z wazodilatyną w wyciągach z różnych narządów, z tą tylko różnicą, że we krwi owo niszczenie się występuje znacznie energiczniej. Żeby przeszkodzić niszczeniu się wazodilatyny, zacząłem podawać krew działaniu wysoku bezwodnego, kwasu solnego, a także gotowałem ją. Każdym z tych sposobów udaje się otrzymać czynny roztwór, znacznie jednak słabszy w działaniu, niż pierwotna krew odwłókniona. Widocznie, przy tych sposobach traci się znaczna część wazodilatyny, wskutek czego nie udawało się otrzymać jej w stanie więcej koncentrowanym dla dalszych doświadczeń. Zadziaływanie alkaliami zupełnie niszczyło wazodilatynę. Polegając na spostrzeżeniu POPIELSKIEGO, że wazodilatyna strąca się kwasem fosforo-wolframowym bez widocznego obniżenia działania, zacząłem używać tego środka i strącałem nim czynną krew odwłóknioną. Osad gruntownie przemywałem rozcieńczonym kwasem fosforowolframowym z dodaniem siarkowego, następnie zadziaływałem gorącym nasyconym roztworem wodoru baru dla usunięcia kwasu fosforo-wolframowego i siarkowego. Nadmiar baru usuwałem kwasem węglowym; w większości jednak przypadków dla usunięcia śladów baru musiałem uciekać się do kwasu siarkowego, który następnie zobojętniałem węglanem sodu. Otrzymany w ten sposób obojętny, lub z lekka alkaliczny roztwór odparowywałem na łaźni wodnej do wziętej objętości krwi. Okazało się, że taki roztwór działa zupełnie tak samo, jak pierwotnie wzięta krew.

Oczywiście więc, tym sposobem zostało usunięte ciało, niszczące wazodilatynę, ciało, widocznie, o charakterze fermentu, gdyż przy szybkim zgotowaniu można go usunąć. Mając już możność otrzymania ze krwi czynnego ciała w mocnym roztworze, robiłem doświadczenia dla określania śmiertelnej dawki krwi. Zagęściwszy po strąceniu kwasem fosforo-wolframowym odwłóknioną krew świni do $\frac{1}{4}$ pierwotnej objętości, wprowadzałem psu roztwór ten w ilości, odpowiadającej 15-u ctm. sz. krwi odwłóknionej na 1 kilogram wagi psa, przyczem niezwłocznie ciśnienie krwi spadało do *minimum*; na tym poziomie widoczne są krótkotrwałe wielkie i rzadkie wahania tętna, które wszakże po kilku sekundach giną i czynność serca jakby ustaje. Gdy natychmiast zostanie otwartą klatka piersiowa, widzi się rozszerzenie serca *ad maximum*, tak, że wskutek silnego napięcia trudno otworzyć osierdzie, któ-

rego jama jest całkowicie wypełniona sercem. Przez nadcięcie osierdzia serce wystaje na zewnątrz. Prawe serce bywało silnie przepełnione krwią. Całe serce jednak wykonywało jeszcze słabe, lecz zupełnie wyraźne skurcze.

Żeby przekonać się, jaki udział we wskazanem obniżeniu ciśnienia bierze serce, postanowiłem zrobić doświadczenie na izolowanym sercu, pracującym z płynem Locke'go [krew, widocznie, nie nadaje się]. Okazało się, że jeżeli wprowadzać bezpośrednio do kaniulki, zagłębionej w serce, różne ilości wyżej wspomnianego mocnego rozczyну czynnego ciała, to otrzymuje się natychmiastowe rozkurczowe zatrzymanie się serca, trwające, zależnie od ilości wprowadzonego ciała, mniej lub więcej dłuższy czas. Po tem zatrzymaniu się jednak, serce zaczyna pracować znowu i rychło czynność jego nie tylko powraca do normy, lecz nawet staje się znacznie wyższą. [Jasnym więc jest, że przytoczony spadek ciśnienia krwi przy wprowadzeniu mocnych rozczyńw zależy najpierw od działania na serce. Działanie wazodilatyny nie zdąży jeszcze wystąpić, gdyż krew wzięta z serca prędko krzepnie]. Jeżeli jednocześnie z naszym ciałem wprowadzać adrenalinę, to zawsze otrzymuje się prawie zupełne zatrzymanie się serca i tylko po upływie czasu zatrzymania się zaczyna działać adrenalina w postaci przyspieszonych i wysokich skurczów. Stąd można wnosić, że nasze ciało działa na same włókna mięśniowe serca, wywołując w nich nie porażenie, lecz osobliwy stan osłabienia, zwanego stanem nadmiarowego [maksymalnego] rozkurczu. W przytoczonych doświadczeniach na izolowanym sercu ciało prędko wymywa się i dlatego działanie jego prędko mija. W doświadczeniach zaś na całym zwierzęciu podobnych warunków wymywania ciała niema, i dlatego zwierzę ginie od stałego zatrzymania się serca. Powstaje teraz pytanie, od jakiego ciała zależy owo działanie mocnych rozczyńw. Czy mamy tu do czynienia z działaniem wazodilatyny, czy może równolegle z nią znajduje się jeszcze ciało, działające wyłącznie na serce? Pytanie to nie może być jeszcze teraz ostatecznie rozstrzygnięte. Ciało te jednak należy do ciał organicznych, gdyż popiół, otrzymany po spaleniu ciała, wyżej wymienionego wpływu na serce nie wywiera. Muszę wszakże zaznaczyć, że podobne zatrzymanie się serca spostrzegali i POPIELSKI przy badaniu działania wyciągów z kiszek na izolowane serce zwierząt, przyczem ogólny obraz pracy serca jest zupełnie identyczny ze spostrzeganym przeze mnie. Możliwe więc jest, że spostrzegane przeze mnie działanie na serce mocnych rozczyńw czynnej krwi zależy od wazodilatyny. Rozszerzenie serca ma cechy czynnego rozszerzenia serca.

Nadto trzeba dodać, że ciało ze krwi, obniżające ciśnienie krwi łatwo przechodzi do wysokoku bezwodnego, po zadziałaniu takim wyskokiem już nie otrzymuje się odczynu biurowego. Jeżeli na rozczyń wyskokowy zadziałać jeszcze eterem w ilości 1 : 4, zebrać przesącz, usunąć wyskok i eter, a potem rozpuścić w wodzie, to przy wprowadzeniu go do krwi otrzymuje się wyraźne obniżenie ciśnienia krwi. W takim rozczyńwie według sposobu KJELDAHL'a udaje się określić 0,02% azotu.

Na mocy tego możemy mówić, że wazodilatyna jest ciałem organicznym, zawierającym azot.

4. Wyżej wskazałem, że we krwi wazodilatyna tworzy się przy przelewaniu krwi. Lecz czy niema wszakże innych warunków, w których możeby było tworzenie się wazodilatyny. Prawdopodobnie jednym z takich warunków jest zapalenie nerek, przebiegające z obrzękami.

Na takie przypuszczenie przynajmniej naprowadzają doświadczenia TRMOFIEJEW (Arch. f. exper. Path. und Pharmak. 1909), który znajdował u zwierząt ze sztucznie wywołanem zapaleniem nerek krew nie krzepnącą, co może zależeć od obecności w niej wazodilatyny. Jeżeli spostrzeżenie to okaże się prawdziwem, to będzie miało ono doniosłe znaczenie dla kliniki.

5. Co zaś do przyczyny podnoszenia się ciśnienia krwi, to możliwe, że przy bezpośrednim przelewaniu krwi zależy ono od ciała, które odkrył POPIELSKI w narządach i nazwał wazohypertensyną. Możliwe jest jednak i inne przypuszczenie. Wazohypertensyna POPIELSKIEGO nie strąca się kwasem fosforo-wolframowym. Jeżeli jednak czynny roztwór, otrzymany ze strątu fosforo-wolframowego, odparować z piaskiem w szalce HOFMEISTER'a, a następnie z piasku wyskokiem bezwodnym usunąć wazodilatynę, to z takiego piasku po zadziałaniu nań wodą otrzymuje się ciało, które po wprowadzeniu do krwi psa wywołuje podniesienie ciśnienia krwi. Na tej zasadzie należy przypuszczać obecność we krwi, może obok wazohypertensyny, jeszcze innego ciała, podnoszącego ciśnienie krwi. Ciekawe jest, że ciało o takichże własnościach chemicznych [strącenie kwasem fosforo-wolframowym] otrzymałem też z *hypophysis cerebri sicca* MERCK'a.

II. Spostrzeżenia kliniczne nad chorobą Graves'a (Basedow'a).

Podał

A. Puławski,

b. ordynator szpitala Dzieciątka Jezus

i b. dyrektor Zakładu leczniczego w Nałęczowie.

[Ciąg dalszy. — Patrz N. 47].

O środkach najnowszych powiem w końcu niniejszej pracy. Jak zobaczymy, nie przyspieszają one leczenia, które, jak to pokazuje doświadczenie, jest w tej chorobie długie, ciągnie się z przerwami nieraz lata całe dla utrzymania chorych w jakiejś takiej równowadze. Wyniki jego są nieraz na razie świetne, nawet zdumiewające, ale co myśleć o jego trwałości, widzieliśmy, gdy była mowa o rokowaniu.

Nic więc dziwnego, że jesteśmy ciągle w poszukiwaniu nowych dróg, dążąc do ideału naszej działalności lekarskiej—leczenia przyczynowego.

Choroba GRAVES'a była przedmiotem zabiegów chirurgicznych. Punktem

wyjścia dla tych ostatnich był rzucający się w oczy objaw—powiększenie gruczołu tarczowego. Przyczynę wszystkich objawów choroby G., dopatrywano w ucisku, jaki wywiera na nerwy błędny i sympatyczny powiększone wole. Pomyślna operacja [wycięcie], jaką wykonał po raz pierwszy TILLAUX ¹⁾ w roku 1880 zdawała się usprawiedliwiać to mniemanie, ale proste zestawienie takich faktów, jak ten, że olbrzymie nawet wola choroby Graves'a nie wywołują, że wogóle wole nie wywiera ucisku głównych pni tych nerwów, jak to między innymi dowiódł u nas DROBNIK [1895], nie zachęcało do dalszych operacji, przynajmniej przedsięwziętych w imię tej hipotezy. Ale samej idei interwencji chirurgicznej w tej chorobie nie porzucono, gdyż w 4 lata potem REHN ogłosił 4 przypadki wyleczone drogą operacyjną przez wycięcie wola.

Teorya zależności choroby Graves'a od zchorzenia nerwu sympatycznego dała powód do przecinania, a nawet usuwania znacznych odcinków tego nerwu. Operację przecięcia nerwu sympatycznego wykonał kilka razy JABOULAY w r. 1897 [u nas BARĄCZ i KOSIŃSKI]. JONESCO z Bukaresztu radzi wycinać kawałek nerwu sympatycznego wraz z 3 ma jego zwojami. ABADIE ²⁾ potrzebę operacji motywuje w ten sposób, że objawy choroby G. zależą od cierpienia nerwu sympatycznego szyjnego, lecz nie od porażenia włókien nerwów w wązających naczyń, ale od podrażnienia nerwów rozszerzających te naczynia. Chociaż operacja ta jest względnie łatwa, jak nas zapewniał R. JASIŃSKI ³⁾ w swojej korespondencji z Paryża, gdzie osobiście przy takiej operacji asystował, jednak nie musiała ona dawać dobrych wyników, skoro nie spotykamy o niej wzmianki w późniejszych doniesieniach. Według statystyki REHN'a ⁴⁾ z r. 1899, wykonano wycięcie n. sympatycznego 22 razy, otrzymując 50% popraw, 28,1% wyleczeń, 9,3% śmierci.

Teorya GAUTHIERS-MOEBIUS'a, wyprowadzająca patogenezę choroby G. ze swoistego zatrucia ustroju, a w szczególności układu nerwowego przez funkcjonujący nienormalnie gruczoł tarczowy była punktem wyjścia dla zabiegów chirurgicznych, mających na celu ograniczenie wzmocnionej czynności tego gruczołu. Stosowano w tym celu częściowe wycięcie gruczołu tarczowego [całkowite, jak wiadomo, spowodza obrzęk śluzowaty *myxoedema*], podwiązanie tętnic tarczowych [zwykle trzech—MIKULICZ], a nawet wyciąganie gruczołu na zewnątrz celem wywołania zaniku tegoż (*exothyreopexia Poncet'a*). Chirurdzy: REHN, KROENLEIN, KOCHER, RIEDEL, MIKULICZ,

¹⁾ DRESSMAN. Die chirurgische Behandlung des M. Based. *Deut. Med. Woch.* 1892, Nr. 5 podaje historię operacyjnego leczenia choroby G., powołując się na BÉNARD'a (1882) zaznacza że przed TILLAUX operację taką wykonał MACNAUGHTON JONES (1872) i OLLIER (1877). Obaj działali jednak nie nożem, lecz środkami żrącymi (chlorek cynku).

²⁾ Szczegóły i literaturę można znaleźć w pracy GAJKIEWICZA. *Gaz. Lek.* 1897, Nr. 43.

³⁾ R. JASIŃSKI. *Gaz. Lek.* 1897, Nr. 43.

⁴⁾ REHN (Frankfurt n. M.). 71 *Versammlung der Gesellschaft deut. Naturforscher und Aertzte. München* 18—23 sept. 1899. *Deut med. Woch.* 1899.

LEMKE i inni wzięli się z zapałem do nowej metody leczenia choroby GRAVES'a, tak, że na Zjeździe niemieckich przyrodników i lekarzy w Monachium [1899—18—23 września] REHN [z Frankfurtu nad Menem] mógł przedstawić dotychczasową statystykę operacji, złożoną z 319-u przypadków [51,8% wyleczeń, 27,9% popraw, 4,1% bez poprawy, 13,1% śmierci] ¹⁾. U nas pierwsze i jedyne ogłoszone wycięcie wola z powodu choroby GRAVES'a wykonał TOMASZ DROBNIK w r. 1894 w Poznaniu. Chodziło tu o chorą 46-letnią, która miała wole tętniące od lat 20-u, a wyraźnie stwierdzoną chorobę G. [przez PANIEŃSKIEGO] na lat 7 przed operacją. Stan chorej był bardzo ciężki, jednakże operacja powiodła się bez powikłań. Znalaziono torbiel gruczołu tarczowego, nie przedstawiającą żadnych różnic od zwyczajnych torbieli tego gruczołu. Z objawów chorobnych, po upływie pół roku pozostały zaledwie ślady wypukłości oczu.

Na Zachodzie tymczasem nastąpiły czasy prawdziwego furoru operacyjnego, co wywołało reakcję ze strony internistów. Przeciwnicy operacji robili słuszną może uwagę, że choroba G. poprawia się bez interwencji chirurgicznej, że chirurdzy często mylą się w rozpoznawaniu, niezbyt dokładnie opisują stan chorych po operacji i nie dość długo chorych obserwują. Tak było rzeczywiście na początku owego „furoru“ operacyjnego. Tak np. BUSCHAN ²⁾ z 99-u opisywanych operacji wprost wyłącza 27 [t. j. przeszło $\frac{1}{3}$ część] przypadków, jako wątpliwych co do rozpoznania. Z pozostałych 72-u przypadków tylko w 16-u otrzymano, według niego, wyleczenie, 26 popraw, 18 pogorszeń i 13 zgonów w następstwie operacji. BUSCHAN, uważający chorobę G. za nerwicę, przeprowadza analogię jej z padaczką, którą także chciano leczyć operacyjnie.

Na posiedzeniu lekarzy hamburgskich w r. 1897, WIESINGER ³⁾ zwraca uwagę, że choroba G. poprawia się i po innych operacjach [nie na gruczole tarczowym]: MIKULICZ otrzymał wyleczenie z choroby G. po usunięciu limfomyomatu na szczęcie dolnej, on sam [WIESINGER] widział poprawę po operacji na pęcherzyku żółciowym. Tost ma przypadki, w których takąż poprawa następowała po operacji w nosie. W tym kierunku możnaby zacytować interesujące spostrzeżenie MONLONGUET'a, przytoczone przez AUDRY'ego ⁴⁾: 33-letnia histeryczka zapadła na chorobę GRAVES'a, a ponieważ słyszała w szpitalu, że ta choroba leczy się operacyjnie, domagała się operacji. Operację wykonano symulacyjnie: pod chloroformem nałożono formalny opatrunek. Po kilku takich „opatrunkach“ ustąpiły wszystkie objawy [wole, duszność, bicie serca, tachykardia].

¹⁾ l. c.

²⁾ GEORG BUSCHAN. Ueber Diagnose und Therapie des Morbus Basedowii. Deut. Med. Woch. 1895, Nr. 21. Polemika z LEMKEM (p. wyżej).

³⁾ Aertztlicher Verein in Hamburg. Posiedzenie 11 maja 1894. Deut. med. Woch. 1897.

⁴⁾ AUDRY. Angine de poitrine, goitre exophth. et hysterie chez un homme. Lyon med. 1889, Nr. 2 i tenże Sur le traitement du goitre exophth. Bull. med. 1889, str. 707. Cyt. p. BUSCHAN'a.

Gdyby chora była naprawdę operowaną, dodaje BUSCHAN ¹⁾, statystyka wzbo-
gaciłaby się o jedno świetne wyzdrowienie! Można by to uogólnić, powiada
dalej BUSCHAN: przypadki, poddawane operacji są zwykle takie, w których
lekarze i chorzy stracili wszelką nadzieję poprawy. Chorzy czytają w ga-
zetach i słyszą od lekarzy, że w operacji jest jedyny dla nich ratunek. Ta
wiara silnie działa na chorych, którzy są także histerykami. Operacja i dłu-
gi po niej spoczynek robią swoje—chorzy się poprawiają.

Interniści długo trzymali się z rezerwą w stosunku do operacyjnego le-
czenia choroby G. Tak np. na posiedzeniu lekarzy berlińskich w roku 1900
KLEMPERER podnosi wysoka śmiertelność po operacji ²⁾, OPPENHEIM—psychi-
czne pochodzenie choroby ³⁾, EWALD wierzy w *vis medicatrix naturae*.

Pomimo ostrej krytyki i niechęci wielu lekarzy, chirurdzy operują w dal-
szym ciągu i otrzymują coraz lepsze wyniki. Oto niezmordowany na tem po-
lu KOCHER ⁴⁾ na posiedzeniu lekarzy londyńskich 1906 r. 2-go czerwca poda-
je najnowszą swoją własną statystykę, obejmującą 175 przypadków. Przy
5%-wej śmiertelności [9 przypadków] uzyskał wyleczenie lub zupełną po-
prawę we wszystkich łagodnych przypadkach, a 70% w przypadkach
ciężkich. Radzi on operacji nie odkładać, choć wymaga, aby chorych
do operacji przygotować przez leczenie wewnętrzne, przez podawanie
fosforu, a także jodu, który według niektórych autorów [de LIGNERIS] ma
zmniejszać ilość substancji koloidalnej w gruczole tarczowym.

MOSES z Bonn ⁵⁾ operował w 28-u przypadkach, otrzymując 4 wyleczenia,
10 znacznych popraw, 6 nieznacznych, 1 śmierć.

P. KLEMM ⁶⁾ na 32 operacje [bez żadnego zejścia śmiertelnego] otrzy-
muje 25 wyleczeń i 1 poprawę.

KURT SCHULTZE ⁷⁾, który opracował materiał RIEDEL'a, podaje, iż z 50-u
operowanych 36-u wyzdrowiało, 6-u poprawiło się znacznie, 7-u zmarło. Licz-
ba przypadków śmiertelnych zmniejsza się od czasu wprowadzenia miejsco-
wego znieczulenia [eukaina]. Sam RIEDEL w późniejszym komunikacie ⁸⁾ po

¹⁾ BUSCHAN. I. c. str. 144.

²⁾ G. KLEMPERER. Beobachtungen ueber den Verlauf des Morbus Basedowii bei innerer
Behandlung. Berl. med. Gesellschaft. Posiedzenie 23. V. 1900. Deutsche med. Woch. 1900. Tam-
że przemawiali EWALD, SENATOR, OPPENHEIM.

³⁾ OPPENHEIM obecnie zmienił swoje zapatrywanie co do operacyjnego leczenia choroby
G. (p. niżej).

⁴⁾ TH. KOCHER. A contribution to the pathology of the thyroid gland. Brit. med. jour.
1906, 2 czerwca (odezyt w London medical Society).

⁵⁾ MOSES. Chirurg. Behandl. des Morbus Basedowii. v, Brunsche Beitr. zur klin. Chir.
tom 56, z. 2. Sprawozd. w Deut. Med. Woch. 1908.

⁶⁾ KLEMM. Operative Therapie des M. B. Archiv f. klin. Chir., t. 84, z. 1, Deut. med.
Woch. 1908.

⁷⁾ KURT SCHULTZE (Jena, Bonn). Chirurgie des M. B. Mith. aus Gränzg. der Med. u. Chir.
t. XVI, z. 2. Deut. med. Woch. 1908.

⁸⁾ RIEDEL (Jena). Die Prognose der Kropf - Operation bei Morbus Basedowii. Deutsche
med. Woch. 1908, Nr. 40.

daje, iż od czasu statystyki, podanej przez SCHULTZE'go, operował 30 nowych przypadków choroby G., z których jeden tylko zakończył się śmiercią wskutek zapalenia płuc (*bronchopneumonia*).

(D. c. n.)

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

153. Gustaw Liebermeister. Studya nad powikłaniami gruźlicy płucnej i nad rozprzestrzenieniem laseczników gruźliczych w organach i we krwi tuberkulików.

Na podstawie danych zaczerpniętych z literatury oraz własnych spostrzeżeń klinicznych, anatomopatologicznych i badań doświadczalnych, autor dochodzi do wniosków następujących:

1) Przy gruźlicy płucnej krążą bardzo często w drogach krwionośnych laseczki gruźlicze. Obecność ich wogóle tem łatwiej daje się wykazać, im z cięższą postacią choroby mamy do czynienia. Jednakże nierzadko odnajdujemy we krwi laseczki w przypadkach, które pod względem klinicznym robią wrażenie lżejszych postaci chorobnych.

2) Krążenie laseczników we krwi po większej części nie prowadzi do ogólnej gruźlicy prosówkowej.

3) Przy sekcjach suchotników znajdujemy zmiany histologiczne prawie we wszystkich narządach.

4) Te zmiany histologiczne wykazują po części budowę prawdziwej tuberkulozy, po części przebiegają pod postacią przewlekłych spraw zapalnych, przy których na plan pierwszy wysuwa się to bujanie pierwiastków nabłonkowych, mięśniowych lub tkankolącznych, to znów sprawy degeneracyjne i regeneracyjne, to atypowe nacieczenie drobnokomórkowe. Te zmiany zapalne chroniczne nie są równomiernie rozlane: brak ich zupełnie w pewnych miejscach, w innych są mniej wyraźne, a gdzieindziej bardzo wybitne.

5) W pewnych narządach znajdujemy często obok siebie sprawy czysto gruźlicze i sprawy zapalne przewlekłe np. w płucach, nerkach, wątrobie, rzadziej w sercu i żyłach. W innych narządach spotykamy tylko zmiany przewlekłe zapalne, np. w nerwach, po większej części też w żyłach, często w sercu i nerkach.

6) Jakkolwiek obraz zmian zapalnych przewlekłych nie daje się zasadniczo odróżnić od zmian, występujących przy innych zakażeniach, jednak w tego rodzaju atypowo zmienionych organach suchotników bardzo często daje się stwierdzić obecność laseczników gruźliczych przez szczepienie zwierzętom.

7) Jakkolwiek nie dostarczono jeszcze dowodu na to, że istnieją przy gruźlicy zmiany czysto toksyczne, to jednak wydaje się rzeczą nadzwyczaj prawdopodobną, że substancje trujące, które wywołują takie zmiany, często doprowadzane zostają na samo miejsce ich działania przez zabłąkane laseczki. Że te laseczki, znajdujące w zmianach „toksycznych“, nie koniecznie muszą być martwe, dowodzą tego szczepienia na morskich świnkach. Laseczki gruźlicze, odnajdowane w zmianach nietypowych, mogą się stać w pewnych okolicznościach czynnymi—prowadzić do prawdziwej histologicznej tuberkulozy.

8) Zarażenie lasecznikami gruźliczymi niezawsze więc doprowadza do wytwarzania się typowej histologicznej tuberkulozy, gdyż mieć może również za skutek tylko zapalne zmiany przewlekłe. Ten wniosek zgadza się z wynikami doświadczalnymi, otrzymanymi przez szkołę wiedeńską [BARTELS].

9) Takie atypowe sprawy znajdują się w przebiegu gruźlicy płucnej najczęściej w żyłach średniego i małego kalibru (*phlebitis obliterans* z zakrzepem lub bez niego), w pniach nerwowych (*neuritis parenchymat. et interstit.*), w nerwach (*nephritis* suchotników), w sercu (*myodegeneratio cordis, myocarditis interstit.*, zakrzep małych żył sercowych), w wątrobie (*cirrhosis hepatis*, zaniki tkanki i hiperplazja), w skórze [atypowe zmiany skórne u suchotników], być może, iż w tętnicach [odosobnione zwapnienie *elasticae internae*, i ewentualnie niektóre postaci arteriosklerozy]. O ile reumatyzm „tuberkuliczny“ (*Poncet*) należy do typowych, czy też atypowych zmian w gruźlicy—nie można dziś jeszcze rozstrzygnąć.

10) Gdy bakterie mieszane w tuberkulozie dają się odnaleźć we krwi dopiero podczas agonii lub po śmierci, to laseczki gruźlicze we krwi znajdują się już tygodniami, miesiącami, prawdopodobnie nawet latami przed śmiercią chorych. W tym sensie tuberkuloza płucna już nawet w dość wczesnym okresie jest chorobą ogólną. Nadzwyczajne rozpowszechnienie laseczników w ustroju tuberkulików objaśnia nam najlepiej działanie tej choroby na cały organizm.

(*Virchow's Archiv. 1909, t. 197, z. 2, 3*).

A. Lande.

154. P. K. Pel (Amsterdam). O leczeniu tuberkuliną gruźlicy płuc.

Piśmiennictwo o leczeniu tuberkuliną rozrośli się ogromnie. Prawie niepodobieństwem jest przejrzeć, a cóż dopiero przestudować tego balastu, w którym częstokroć trudno jest plewę od ziarna oddzielić. Dane statystyczne same przez się niewiele mówią: zależą one od punktu obserwacji różnych badaczy, mniejszej lub większej umiejętności obchodzenia się z cyframi, obejmują nie jednakowy, a przeto nie nadający się do porównań materiał, nie są pozbawione staranności. Teoretyczne uzasadnienie leczenia tuberkuliną, wobec zawiłości spraw biologicznych w ustroju ludzkim, śmiało można uważać za przedwczesne. Należy wskazać tu następujące trudności: 1) duża zawartość niweczników we krwi, jakoteż odporność przeciw tuberkulinie nie są pojęciami jednoznacznymi z odpornością przeciw jadowi gruźliczemu (*Tuberkelvirus*); 2) tuberkulina w znaczeniu odpowiednim nie jest materiałem czystym, ma skład niejednakowy i niestały, działania jej (*Wirkungsfähigkeit*) przed zastosowaniem określić nie można, na laseczki znajdujące się w ustroju wpływu nie wywiera, daje tylko tak zwany odczyn ogniskowy i odporność przeciw truciźnie (*Giftimmunität*), zawartej w tuberkulinie; 3) brak odczynu na tuberkulinę nie oznacza znieczulenia organizmu na jad gruźliczy (*virus*), gdyż właśnie w tych warunkach widywano obostrzenie spraw chorobnych; 4) o ile kto, nie poprzestając na czysto teoretycznych rozumowaniach, wymaga więcej danych rzeczowych, to zawsze pozostaje trudność odpowiedzi, dla czego sztuczne wprowadzenie do organizmu preparatów tuberkuliny ma działać leczniczo, gdy tego uczynić nie może naturalna autoinokulacja. Do oświetlenia tych spraw niewątpliwie dużo przyczyni się patologia doświadczalna, prace w laboratoriach, ale rozstrzygnięcie kwestyi rzeczywistej wartości tych zdobyczy dla medycyny praktycznej pozostaje zawsze udziałem kliniki. Szkoda tylko, że właśnie przy łóżku chorego popełnia się tyle błędów, dając się zbyt łatwo ponieść spekulacyom teoretycznym, przez co klinika schodzi do rzędu instytucyi dodatkowej przy laboratorium, a chory do znaczenia próbki. Od czasu epokowego odkrycia Kocha całą uwagę lekarzy pochłoniął lasecznik

lub zmiany w płucach i w płwocinie. Chory zaś człowiek z duszą i ciałem zajął miejsce podrzędne. I oto mało zwracano uwagi: 1) że niektóre zmiany w płucach, znajdowane przy badaniu, są tylko następstwem samowyleczenia, a przeto nie wymagają wcale kuracyi, 2) że są niewątpliwie zajęcia szczytów o charakterze niegruźliczym, 3) że prawie każdy przypadek sekcyjny świadczy o ogromnej wrodzonej skłonności ustroju do samoleczenia gruźlicy, 4) że przy ocenianiu ciężkości pojedynczych przypadków nie tyle należy się kierować samą obecnością zmian w płucach, ile stopniem ich oddziaływania na cały ustrój chorego. Iluż to chorych, którym poza pewnemi zmianami w płucach, nie braknie zresztą nic ani pod względem samopoczucia, ani pod względem stanowiska socjalno-ekonomicznego, przeładowuje się niepotrzebnie wszelkiego rodzaju metodami leczniczymi!

W rezultacie tylko strata pieniędzy, nabranie tłuszczu, wiele pochwał niezasłużonych dla lekarza—a dalej *neurasthenia*, *phthisophobia* i przygnębienie moralne u chorego i otoczenia! Lekarz powinien umieć wybrać chorych, którzy potrzebują leczenia. W końcu ileż to błędów dyagnostycznych! Ileż to razy stawia się rozpoznanie zajęcia szczytów, gdzie go wcale niema! Autor sam zna lekarzy, którzy prawie u każdego chorego potrafią wypikać lub wysłuchać zmiany w wierzchołkach i—co gorsza—wziąć się do leczenia. Jakże tu mówić o statystyce. Do tego rodzaju błędów przyczynia się powszechnie hasło: możliwie wcześniej rozpoznać i leczyć. W zasadzie racya. Ale z tuberkulozą płuc, jak z rakiem—nie tyle okres, ile forma tej choroby daje wskazówki do wnioskowania o jej znaczeniu patologiczno-prognostycznym. Wogóle prawie zawsze ma większe znaczenie dla postawienia dobrego rokowania ogólny dobry stan chorego [apetyt, cera, odżywienie i t. p.], niż same zmiany w płucach. O tuberkulinie, jako o środku przeciwgruźliczym, nie wypowiedziano jeszcze, zdaniem autora, ostatniego słowa. Wprawdzie wypisano już wiele pochwał, ale to samo działo się, gdy Koch ogłosił swoją metodę leczenia dużemi dawkami tuberkuliny; a przecie właściwie tylko ujemne wyniki były do zanotowania. Niczego również nie dowodzi fakt coraz częstszego stosowania tuberkuliny. Po pierwsze, zmusza nieraz do tego sama publiczność, która, nie poprzestając na przepisach higienicznych, wymaga czynniejszej interwencji od lekarza. Po drugie, są lekarze, którzy nie mogą oprzeć się przyjemności odczuwania wrażenia, wywieranego na publiczność, gdy stosują nowe metody lecznicze. Po trzecie, wielu przechodzi do leczenia tuberkuliną z konieczności, aby w oczach ludzkich nie uchodził za wsteczników w porównaniu z innymi kolegami którzy z „nadzwyczajnem powodzeniem“ stosują zastrzykiwania nowego leku. Autor zresztą uznaje olbrzymie trudności w dostarczeniu przekonujących dowodów skuteczności tej lub innej metody leczniczej. Medycyna nie jest matematyką. Wymaga tylko więcej krytycyzmu i ostrożności. Należałoby przede wszystkim, o ile możności, wybierać materiał równy pod względem rokowania i przeprowadzić leczenie: w części metodą specyficzną, w części—zwykłą i dopiero zestawiać wyniki. Tego rodzaju prób, podług autora, który zresztą przyznaje całą trudność podobnego postępowania, dotąd jeszcze nie uskuteczniono. Wyliczywszy następnie cały szereg przeciwwskazań do leczenia tuberkuliną, podanych dotąd wogóle, autor powiada: „i oto właśnie tam jesteśmy najwięcej skrupowani w stosowaniu leczenia nową metodą, gdzie ona najwięcej jest pożądana”—i wylicza następnie wniosek, że w miarę coraz liczniejszych doświadczeń, zakres wskazań do leczenia tuberkuliną coraz się zwęża. Nie wchodzi w różnorodność zdań co do szczegółów, autor jednak ziznacza, że nawet w rzeczach zasadniczych niema zgody. Gły, np. *Петрушкы* uważa odczyn miejscowy za konieczność dla skuteczności leczenia, niemniej poważny *Саблі* surowo nakazuje unikać wszelkiego odczynu miejscowego.

Wogóle dotąd, podług autora, niemożliwością jest uzasadnienie wskazań do stosowania tuberkuliny, i trzeba się pogodzić z myślą, że jesteśmy dopiero w okresie poszukiwań. Autor z tego co widział u siebie i innych, nie jest dotąd zadowolony i pragnie, ażeby leczenie tuberkuliną, ze względu na subtelność sprawy, pozostawić tym, którzy możliwie wyczerpująco opanowały metodą we wszystkich jej szczegółach. Nadają się tu najlepiej sanatoria, kliniki, szpitale. Samego środka nie należy uważać za podstawę kuracji, raczej za czynnik pomocniczy przy innych metodach. Z tego punktu widzenia lekarz, który mając w swej opiece chorych na gruźlicę, nie stosuje zastrzykiwań tuberkuliny, nie popełnia błędów zaniedbania w leczeniu. Ma on w swem rozporządzeniu szereg innych środków, z których najważniejszym pozostaje nadal profilaktyka.

(*Berlin. klin. Woch. Nr. 38*).

M. Gliński.

155. O. Roepke. Przypadki gruźlicy, leczone preparatem I. K.

Autor zastosował nową metodę leczniczą z początku w 47-u przypadkach gruźlicy, trzymając się ściśle przepisu SPENGLER'a [wynalazcy preparatu], który jakoby otrzymywał świetne wyniki leczenia własną metodą. Ponieważ jednak autor nie mógł się przekonać o skuteczności leku na zasadzie własnych obserwacji, przeto udał się do Davos, aby rzecz zbadać u źródła i przyczynę tych różnic wyjaśnić. Badanie jednak sprawy na miejscu również nie przekonało autora: w ogólnej poprawie, w spadku gorączki u lżej chorych w ciągu pierwszych dni lub tygodni pobytu w Davos, widzi on raczej wpływ czynników klimatycznych, niż leczenia I. K., jak chce SPENGLER; jedno lub dwukrotne nieznaalezienie bakterii w przypadkach, gdzie je przedtem stale znajdowano, również nie upoważnia, zdaniem autora, do upatrywania w tem działania I. K.; co się tyczy teorii SPENGLER'a o uszkodzeniach otoczki lasecznika, powstających jakoby pod wpływem leczenia, to znany jest tu fakt, że w przebiegu stałych, jamistych spraw gruźliczych, zjawisko podobne można obserwować dość często. Dalsze obserwacje rozpoczął autor po powrocie z Davos, stosując nowy ulepszony przez SPENGLER'a preparat w 20-u przypadkach chorych na gruźlicę. Ogółem przeto miał autor 67-u chorych. Z tej liczby 19-u należało do II, a 48-u do III kategorii chorych na gruźlicę [TURBAN]. Czas trwania kuracji w różnych przypadkach wynosił od 2-u do 26-u tygodni. Liczba zastrzyknięć wahała się pomiędzy 6—62. Ogólna dawka, wyrażona w jednostkach oryginalnego preparatu, znajdującego się w handlu, równała się 1—400 c. sz. Wyniki: ilość płwociny, badanej przed i po leczeniu w 8-u przypadkach bez zmiany, w 29-u—zmniejszona, w 30-u zwiększona. 6-u chorych nie posiadało wcale w płwocinie laseczników, jeden stracił je w ciągu leczenia I. K., jeden dopiero w ciągu leczenia zaczął wydzielać płwocinę z lasecznikami; u 20-u liczba bakterii w płwocinie bez zmiany, u 21 zmniejszona, u 18-u—zwiększona. Dane te stoją w wyraźnym przeciwieństwie do poglądu SPENGLER'a, który utrzymuje, że jedno z wybitniejszych działań I. K. wyraża się właśnie przez szybkie znikanie laseczników w płwocinie. Zmiany w płucach: u 4-ch chorych—pogorszenie, u 38-u *status idem*, u 24-ch—polepszenie; tylko u jednego znaczne polepszenie. Godnym zaznaczenia fakt, że u jednego chorego II kategorii i z dobrą prognozą, leczzonego I. K. w ciągu 26-u tygodni, klinicznie nie znaleziono żadnej zmiany: ilość płwociny z 10-u podniosła się do 15-u ctm. sz., liczba laseczników ta sama, a siła żywotna bakterii [doświadczenie na zwierzęciu] po 50-u zastrzyknięciach pozostała również dobrą, jak i przed rozpoczęciem kuracji. W przypadkach, powikłanych przez zmiany gruźlicze w krtani, gruczołach, kościach

lub na twarzy, również nie widział autor żadnych odczynów miejscowych, któreby można było przypisać wpływowi leczniczemu I. K. Wogóle żadnych zmian ogniskowych (*Herdreaktionen*), żadnego miejscowego odczynu po ukłuciu (*Stichreaktionen*). Pomimo pilnego zwracania uwagi, nie udało się autorowi wykazać z pewnością, aby I. K. wpływało na obniżenie ciepłoty u gorączkujących, lub dawało odczyn gorączkowy u chorych z normalną ciepłotą.

Czy I. K. ma działanie szkodliwe? I tu autor daje odpowiedź przeczącą. Wniosek ostateczny: I. K. ani pod względem leczniczym ani rozpoznawczym nie posiada żadnej wartości i zachowuje się tak obojętnie, że można preparat ten postawić w jednym rzędzie z roztynem fizyolog. soli kuchennej. Lekarze i chorzy na gruźlicę wzbogacili się o jedno rozczarowanie więcej

(*Deutsche med. Woch. Nr. 42*).

M. Gliński.

156. Weicher i Bandelier. O „I. K.”

Jeden z autorów [BANDELIER] zapoznał się osobiście teoretycznie i praktycznie z nową metodą leczenia pod kierunkiem samego wynalazcy w Davos. Następnie, obaj autorowie, niezależnie jeden od drugiego, rozpoczęli własne doświadczenia na 200 chorych na gruźlicę. Do badań wybrano przypadki cięższe, należące przeważnie do II i III kategorii według podziału, TURBANA, niektóre powikłane przez zmiany gruźlicze w krtani, gruczołach, kościach, kiszkiach. Wyniki: co do działania antytoksycznego preparatu I. K. autorowie stwierdzili, że w przypadkach średniej lub wysokiej gorączki, z infekcją mieszaną lub bez niej, I. K. pozostaje bez wpływu. W przypadkach lekkich spadek gorączki z łatwością da się położyć na karb leczenia dyetyczno-hygienicznego. Przeciw wpływowi antytoksycznemu preparatu przemawiają także doświadczenia autorów ze starą tuberkuliną w kierunku wrażliwości na jad gruźliczy u chorych leczonych nową metodą.

Po 3-miesięcznym leczeniu chorzy tacy okazali się w równym stopniu wrażliwi na minimalne ilości tuberkuliny, jak i przed rozpoczęciem leczenia. Również ujemnie wypadły wyniki z badań płwociny w kierunku litycznego działania preparatu. Do objaśnienia subiektywnej poprawy wystarcza samo leczenie sanatoryjne. Wbrew twierdzeniom SPENGLER'a, autorowie u swoich chorych nie widzieli nigdy odczynu ogniskowego, któryby mógł stanowić o wartości rozpoznawczej I. K. Autorowie wypróbowali 8 różnych preparatów, w różnych dawkach i stopniach rozcieńczenia, w przeciągu 15-u miesięcy na 200-u chorych i przyszli ostatecznie do przekonania, że preparat I. K. nie posiada żadnej z tych własności, jakie mu SPENGLER przypisuje.

(*Deutsche med. Woch., Nr. 42*).

M. Gliński.

Warszawskie Towarzystwo Lekarskie.

Posiedzenie dnia 1-go czerwca 1909 r.

1) WIŚNIEWSKI przedstawił chorą z pierwotnym wrzodem twardym brodawki sutkowej i wysypką różyczkową syfilityczną na całym ciele. Zarażenie się nastąpiło od dziecka z syfilisem wrodzonym, przyjętego na karmienie. W. podnosi wczesne wystąpienie wysypki swoistej.

2) HIGIER odczytał referat p. t. „Niektóre zagadnienia dziedziczności w świetle badań genealogicznych“. H. omawia szczegółowo błędne poglądy na sprawę dziedziczności, powtarzające się stale od czasu podstawowych prac DARWINA. Rozbiera bliżej teorię WEISSMAN'a ciągłości plazmy zarodkowej, zmienność zarodka i determinantów. Powszechnie przyjęte rozumienie pojęć wrodzoności (*congenitalitas*) i usposobienia (*dispositio*), a również wad rozwojowych i potworności wrodzonych i nabytych—nie jest ścisłe. Powinien obowiązywać podział chorób na wewnątrz- i zewnątrzpochodne (*endo-* i *exogen*); przy omawianiu sprawy zwyrodnienia i obarczenia dziedzicznego, należy brać pod uwagę wzajemne oddziaływanie tkanki i zwłaszcza wydzielin gruczołów bez przewodu, t. zw. korelacje histoplastyczne i histochemiczne.

Obok cierpien rodzinnych, dziedzicznych, wrodzonych, wewnątrzpochodnych, uwzględniać należy grupę cierpień rzekomo rodzinnych, rzekomo wrodzonych i t. d. H. poddaje krytyce t. zw. prawa dziedziczności, obowiązujące w fizjologii, a zwłaszcza w patologii ludzkiej. Wielorakie rodzaje dziedziczenia [pośrednie, komulacyjne, homochroniczne, antycypacyjne, homologiczne, heterologiczne i t. d.] dzielić się dają na dwie zasadnicze grupy: dziedziczenia bezpośredniego oraz bocznego. W pierwszej grupie — postaci: ciągła i przerwana, czyli atawistyczna; w drugiej—czysta i mieszana.

W nozologii ludzkiej częste i ciekawe zjawisko stanowi *hereditas matryarchalis*, przy której choroba przenosi się wyłącznie na mężczyzn przez kobietę, która sama zostaje nietknięta (*haemophilia*, *daltonismus*, *paralysis spinalis spastica* i in.). Odnośnie metod statystycznych i genealogicznych, H. przytacza poglądy LORENZ'a i MARTIUS'a na wartość porównawczą t. zw. tablicy przodków (*Ahnentafel*) i drzewo rodowodowe 4-ch pokoleń, dotkniętych zezem wrodzonym. Sprawę małżeństw krewieńczych H. rozstrzyga na niekorzyść antykonsangwinistów. Wreszcie na przykładach z tablic genealogicznych kilku dynastji, H. uzasadnia bronione przez się prawa dziedziczenia w patologji.

W dyskusji PRĘGOWSKI podnosi, że na powstanie właściwości potomka obok właściwości jego rodziców wpływa cały szereg innych, zmiennych czynników. Stwierdzenie jednego niewątpliwe przypadku dziedziczenia cechy nabytej posiada dla zagadnienia dziedziczności większe znaczenie, aniżeli dziesiątki wypadków dziedziczenia cechy nabytej. Odpowiednie zmiany mają istnieć już w komórce zarodkowej i pierwszcu zarodkowym (*Keimzelle* i *Keimplasma*) lub też mogą powstać w nich w dalszym ich rozwoju.

Uznając dziedziczenie usposobienia nabytego, np. do chorób, nie podobna nie uznawać, przy logicznem rozumowaniu, również dziedziczenia cech nabytych; „usposobieniu“ do chorób muszą odpowiadać jakieś zmiany materjalne komórek czy soków ustroju.

W badaniach genealogicznych należy bądź co bądź uwzględniać fakt, że dane o przodkach żeńskich są daleko bardziej prawdopodobne, niż o przodkach męskich. Wreszcie P. cytuje przykład dziedziczenia przez dziecko cechy nabytej rodziców (*ataxia vasomotoria*).

3) WŁ. JANOWSKI wypowiedział odczyt o otrzymywaniu krzywych przełykowo-przedsionkowych i przedstawił 22 krzywe odnośne, które szczegółowo objaśnił.

Posiedzenie dnia 22-go czerwca 1909 r.

1) WŁ. ŻENCZYKOWSKI przedstawił: a) Chorego ze zgrubieniem sieci, naśladowującym dolny brzeg wątroby. Chory 15-letni, przed 6-ma miesiącami leżał czas dłuższy w szpitalu więziennym z powodu „wody w brzuchu“. Przy

badaniu w oddziale K. CHEŁCHOWSKIEGO stwierdzono *in epigastrio* guz poręczny, szerokości 4-ch palców, nieco ruchomy przy oddychaniu. Brzeg dolny guza dokładnie wyczuwalny na dwa palce powyżej pępka, twardy. Przy perkusji w miejscu guza słumienie, powyżej odgłos bębnowy. Przepona podniesiona. Rentgenoskopia [kol. DROZDOWICZ] okazała cień w jamie brzusznej, w postaci fartucha, z górną granicą w miejscu wspomnianego guza, dolną—na 4 palce poniżej pępka. Próba oczna CALMETTE'a dodatnia. Rozpoznanie: *omentitis tuberculosa*.

b) Przypadek zupełnej ślepoty wskutek ostrego zatrucia alkoholem metylowym. Chory, lat 32, robotnik z fabryki cukierków i czekolady, wypił 50 grm. alkoholu metylowego, przeznaczanego do celów technicznych. Potem niedomaganie, ból i zawroty głowy, niejasne widzenie. Nazajutrz wzrok jeszcze gorszy, a po 4-ch dniach zupełna ślepota. Przy badaniu brak odczynu świetlnego źrenic przy zachowanym odruchu na przystosowanie. Pozatem w układzie nerwowym, zarówno jak w narządach wewnętrznych zaburzeń żadnych. Mocz zawiera ślad białka, bez wałeczków. Badanie dna oka [W. KAMOCKI] okazało zmiany niewielkie: wysięk, przykrywający naczynia siatkówki przy przejściu na nią z tarczy: siatkówka w tych miejscach szaro biaława [pozatem przezroczysta], okazuje lekkie promieniste prążkowanie, jak w *neuroretinitis*. K. rozpoznaje *neuritis retrobulbaris toxica*.

Alkohol, badany przez dra ST. WEIL'a, okazał się czystym alkoholem metylowym.

Chory, przy obojętnej terapii poprawia się; białkomocz zniknął. Zasługuje na uwagę, że niewielka ilość alkoholu wystarczyła do spowodowania ciężkiego zatrucia, oraz to, że ślepota [pomijając przejściowy białkomocz] wystąpiła jako objaw izolowany zatrucia.

2) JERZY BRUNNER wygłosił rzecz „O antygenie cholerycznym“. Po omówieniu braków nowoczesnej seroterapii, B. wyraził przekonanie, że z czasem zyska najszerze zastosowanie metoda uodporniania czynnego. Należy jednak dążyć do tego, by antygeny były, o ile możności, pozbawione własności trujących. Prac, skierowanych ku otrzymaniu z komórki bakteryjnej pierwiastków ochronnie szczepnych, było dotąd niewiele. Jako antygeny stosowano przeważnie całkowite zarazki. Posiłkując się metodą frakcyonowania zapomocą siarczanu sodu, B. przekonał się, że substancja uodporniająca zarazków cholery przechodzi do roztworu po strąceniu całej zawartości komórki bakteryjnej 20%-ym siarczanem sodu. Do 30%-ego roztworu antygen nie przechodzi, tak, że substancja uodporniająca ma wyraźne granice strącalności. Odporność, badana u królików i świnek, dosięga wysokich granic po jednorazowym zastrzyknięciu. Antygen nie przechodzi przez glinę, znosi ogrzewanie w 84°, słabnie po gotowaniu, częściowo rozpuszcza się w alkoholu 80% ym.

B. sądzi, że tę samą metodę można będzie stosować i do otrzymywania innych antygenów.

W. Starkiewicz.

Wiadomości bieżące.

— Delegacya Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości, że XI Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się w roku 1911 w Krakowie. Prezydum Komitetu gospodarczego Zjazdu tworzą: prof. dr JULIAN NOWAK, prezes, prof. dr WALERY JAWORSKI i prof. dr EDWARD

JANOWSKI, wiceprezesi, prof. dr STANISZAW DOBROWOLSKI, skarbnik, prof. dr LUDWIK BRUNER, sekretarz generalny.

Kraków, dnia 20-go listopada 1909 r.

Prezes Delegacji: *Merunowicz*.

Sekretarz: *Ciechanowski*.

— „Komitet Towarzystw Polskich“, działający obok i w porozumieniu z „Komitetem galicyjskim“ w sprawie udziału Polski w III międzynarodowym Zjeździe dla higieny szkolnej w Paryżu [2-go—7-go sierpnia 1910 r.], a obejmujący wszystkie trzy dzielnice polskie, uzyskał od Komitetu paryskiego zapewnienie, iż w publikacjach urzędowych zajmie miejsce równorzędne z komitetami państwowymi i że dwu polaków będzie powołanych na honorowych wiceprezesów Zjazdu. Komitet wyda illustrowaną broszurę w języku francuskim o warunkach higienicznych szkolnictwa polskiego celem rozdania pomiędzy uczestników Zjazdu. Prezesem Komitetu jest prof. TWARDOWSKI, sekretarzem doc. PIASECKI [Lwów, ul. Trzeciego Maja 2].

— **Choroby zakaźne w Warszawie.**

W ciągu tygodnia od d. 7-go do 13-go listopada r. b. do szpitali warszawskich zgłosiło się 93 osób, dotkniętych chorobami zakaźnymi, mianowicie: ospą 25, odrą 4, płonicą 12, błonicą 5, kokluszem 1, różą 18, tyfusem brzusznym 15, tyfusem plamistym 6, gorączką powrotną 2, gripą 4 i biegunką krwawą 1.

W tymże czasie zmarło osób 12, mianowicie: na ospę 6, płonicę 1, tyfus brzuszny 4 i błonicę 1.

— Dr fil. J. OCHOROWICZ nadesłał nam z prośbą o wydrukowanie „Orzeczenie“ Komisji, wybranej przez Warszawskie Towarzystwo miłośników fotografii do zbierania klisz, dotyczących jego doświadczeń medyumicznych. Orzeczenia tego, jako znanego już dobrze czytelnikom z prasy codziennej, nie powtarzamy.

— Rada miejska we Lwowie uchwaliła organizację służby zdrowia i zaprojektowała utworzenie miejskiego urzędu zdrowia, posiadającego zupełną samodzielność. Naczelnym lekarz miejski ma posiadać zakres działania taki sam, jak i fizycy powiatowi, z wyjątkiem ekshumacji i komisji przy transporcie zwłok. Obok tego mają być zaprowadzeni lekarze ubogich.

— Izba Lekarska wschodnio-galicyjska uchwaliła podwyższenie honoraryów lekarskich o 50%.

— Magistrat m. Pesztu postanowił utworzyć 40 posad lekarzy szkolnych dla szkół ludowych [w szkołach średnich lekarze istnieją od dawna]. Starający się o te posady muszą odbyć 3-miesięczny kurs w Zakładzie higieny.

— Nagrodę 1000 lirów ustanowił prof. Cozzolino za najlepszą pracę o otosklerozie, jaka ukaże się na Kongresie otologicznym w Bostonie w r. 1912.

— **Nekrologia.** Dr TADEUSZ ŻŁOBIKOWSKI, starszy ordynator szpitala w Tworzech, zmarł 19-go b. m. Obszerniejszy zyciorys pomieścimy w numerze następnym.

Od Wydawcy.

Upraszamy Szanownych kolegów o nadesłanie prenumeraty na rok 1910. Za-
legających w opłacie za rok bieżący lub lata poprzednie upraszamy o wpła-
cie należności do Administracji [Zielna 11].

Redaktor, Doc. Dr J. Pruszyński.

Wydawca, Dr W. Szumlański.

Druk. K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.