

MEDYCYNĄ.

CIASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O skrytych postaciach zakażenia septycznego (*Pyo-septicaemia cryptogenetica*), napisał Władysław Biegański. — Przypadek wpochwlenia jelit. Laparotomia. Wyleczenie. Podał Hippolit Oderfeld. — Nowoodkryte promienie świetlne Röntgen'a. — **Streszczenia i wyciągi.** 13. Żółtaczka wskutek zatrzymywania się żółci wewnątrzrzazikowego. 14. Przyczynek do rozpoznawania nowotworów przy pomocy badania drobnowidzowego przesłków. 15. Przyczynek do symptomatologii i terapii nerwowych postaci grypy. 16. Boraks w leczeniu padaczki. 17. Sposoby wykrycia udanej ślepoty jednostronnej. — **Odcinek.** W sprawie nierzędu publicznego (prostytucyi) i zapobiegania chorobom wenerycznym. (Ciąg dalszy). — **Nekrologia.** Ś. p. Franciszek Jawdyński. Ś. p. Karol Kaczkowski. — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“
GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r Wł. Biegański — Sur les pyo-septicémies cryptogénétiques. 2) D-r H. Oderfeld — Un cas d'invagination intestinale. Laparotomie. Guérison.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5.

„Medycyna“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r Wł. Biegański — Ueber cryptogenetische Pyo-septicaemien. 2) D-r H. Oderfeld — Ein Fall von Darminvagination. Laparotomie. Heilung.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Warschau — Oboźna str. 5.

O SKRYTYCH POSTACIACH ZAKAŻENIA SEPTYCZNEGO

(*Pyo-septicaemia cryptogenetica*),

napisał Władysław Biegański.

(Podług wykładu wypowiedzianego na zebraniu lekarzy prowincjonalnych w maju 1895 r. w Częstochowie).

Zakażenie septyczne należy do najczęściej rozpowszechnionych spraw patologicznych, to też oddawna było ono przedmiotem licznych badań. W czasach przedbakteryologicznych wyróżniano w ogólnem zakażeniu ropnem ustroju klinicznie i anatomopatologicznie dwie postaci chorobowe, mianowicie: ropnicę i posocnicę. Pod nazwą ropnicy pojmowano, jak wiadomo, sprawę zakaźną z przerzutowym ropieniem miejscowym; pod nazwą zaś posocznicy — ogólne zakażenie ustroju bez wytwarzania przerzutowych ropni. Rozróżnianie takie było zupełnie uzasadnione tak pod względem anatomopatologicznym, jakoteż i klinicznym. W jednych przypadkach znajdowano na sekcjach liczne, rozmaicie umiejscowione ropnie, powstawanie których łatwo wytłumaczyć można było na drodze przerzutowej; w innych — ognisk ropnych nie znajdowano, lecz za to rozmaite zmiany mięsiste w mięśniu sercowym, nerkach, wątrobie, świadczące o jakimś głębokim zakłóceniu we wszystkich narządach, o jakimś zatruciu ogólnem.

I kliniczne obrazy spraw tych różnią się także wybitnie. W przypadkach ropnicy mamy do czynienia z chorobą, przebiegającą z nasileniami, z gorączką przestankową, zaczynającą się najczęściej mocnym wstrząsającym dreszczem, i rozmaitymi objawami przerzutowych ropnych spraw zapalnych. W przypadkach posocznicy występuje na pierwszy plan nie gorączka, która może być niewielką niekiedy, nie objawy zmian miejscowych, których zwy-

kle brakuje, lecz głębokie zakłócenie czynności układu nerwowego i serca. Mocny upadek sił i nikłe, drobne a szybkie tętno panują nad całym obrazem chorobowym. Jak widzimy, różnice pomiędzy sprawami, mianowanymi posocnicą i ropnicą, były tak wyraźne, że podział ten długo się utrzymywał, nawet w czasach, gdy zaczęto badać etiologię tych spraw. To też pierwsi autorowie, pracujący nad zakażeniem ropnem (O. ROSENBACH), wypowiadali zdanie, że mamy tu prawdopodobnie do czynienia z dwiema odrębnymi pod względem etiologicznym sprawami. Dalsze jednak badania przekonały, że tak nie jest, że w obydwóch tych sprawach spotykamy najczęściej jedne i te same drobnoustroje (łańcuszkowce i gronkowce), że więc etiologicznie nie mamy żadnej podstawy do ich wyróżniania.

Za jednością tych spraw przemawiały jeszcze i niektóre fakty kliniczne. Typowe obrazy ropnicy i posocnicy spotykane były w zakażeniu ropnem często, ale nie zawsze. Zdarzają się nieraz przypadki niewątpliwego zakażenia septycznego, które nie ze wszystkim pomieścić się dadzą w ramach powyżej naszkicowanych obrazów klinicznych. Nieraz w przebiegu t. zw. gorączki pologowej, a zatem etiologicznie niewątpliwego zakażenia septycznego, występują liczne zapalenia przerzutowe, do ropienia nie dochodzące; spotykamy np. zapalenia stawów, opłucnej, osierdza, z wysiękiem surowiczym, a nie ropnym. Przebieg kliniczny takich przypadków przypomina w zupełności ropnicę; występują wstrząsające dreszcze, gorączka ma przebieg przestankowy, istnieją liczne, widocznie przerzutowe sprawy zapalne, nie widzimy jednak nigdzie ropienia. W innych przypadkach choroba zaczyna się przy objawach ropnicy, a kończy objawami posocnicy, albo odwrotnie, w końcowym przebiegu typowej pozornie posocnicy rozwijają się miejscowe sprawy zapalne. Wszystkie te fakty świadczą rzeczywiście o jedności tych spraw i dowodzą tylko raz jeszcze, jak sztuczne są nasze szematy opisowe.

Spółczesna bakteriologia tłumaczy wszystkie te różnice w klinicznym przebiegu zakażenia septycznego na zasadzie całego szeregu faktów, zdobytych drogą doświadczalną. Przekonano się, że obraz zakażenia zależy wielce od ilości drobnoustrojów, przenikających do krwi, od stopnia ich żywotności, od odporności organizmu i t. p. Dowiedziono np. doświadczalnie, że jeżeli drobnoustroje ropotwórcze dostają się do obiegu krwi w wielkiej ilości, to wtedy występuje ogólne zakażenie bez miejscowego ropienia. Jeżeli żywotność, względnie jadowitość łańcuszkowców lub gronkowców zmniejsza się z jakichkolwiek przyczyn, to nie są one już w stanie wywołać ropienia; wywołują tylko zapalenie surowicze bez wysięku ropnego. Taką samą rolę, jak zmniejszona ich żywotność, odgrywa i mała ilość przedostających się do ustroju mikroorganizmów ropnych. Odporność ustroju ma także niewątpliwie pewne znaczenie. Ustrój wyniszczony, osłabiony poprzedzającymi lub spółcześnie działającymi szkodliwościami, stanowi sprzyjające podłoże do rozwoju drobnoustrojów, i przeciwnie, w ustroju zachodząc mogą warunki, utrudniające ich rozwój, zmniejszające w rozmaitym stopniu naprężenie zakażenia. Te to fakty¹⁾, otrzymane pracowitą drogą licznych doświadczeń, dokonanych na zwierzętach, objaśniają nam dobrze, dlaczego obraz kliniczny zakażenia ropnego przedstawia tak wielkie różnice; dlaczego, pomimo obecno-

¹⁾ Szczegóły znajdzie czytelnik w pracy JANOWSKIEGO: Przyczyny ropienia w świetle pojęć współczesnych 1893.

ści jednego i tego samego zarazka, spotykamy taką różnorodność w klinicznym przebiegu od nieznacznej, bo efemerycznej prawie choroby, aż do przypadków piorunujących, kończących się w ciągu dni kilku śmiercią.

A teraz zastanowić się musimy nad pytaniem, jakim sposobem przychodzi do skutku zakażenie septyczne? jaką drogą przenikają do ustroju, względnie do krwiobiegu drobnoustroje ropotwórcze? Już oddawna było wiadomem, że ropienie i zakażenie septyczne przyłączają się do ran i obrażeń ciała. Ropienie stanowi t. zw. powikłanie przyranne. Przez nienaruszoną skórę lub błony śluzowe drobnoustroje ropotwórcze przedostać się nie mogą; dopiero rana zewnętrzna lub złuszczenie nabłonka stanowią wrota, przez które zarazek przenika do tkanek otaczających, do krwiobiegu i wskutek tego powstaje bądź miejscowa sprawa zapalna ropna, bądź zakażenie ogólne.

To też olbrzymia większość przypadków zakażenia ropnego należy całkowicie do działu chirurgii. Do tegoż działu należą i sprawy septyczne położogowe. Niekoniecznie jednak punkt wyjścia zakażenia ropnego musi być widoczny. Nieraz nieznaczne obrażenia naskórka, sprawy wrzodziejące na błonach śluzowych, ukryte dla oka, lub nawet niewielkie złuszczenie nabłonka może przy sprzyjających okolicznościach stanowić punkt wyjścia dla bardzo nawet ciężkiego zakażenia septycznego. Otóż te ukryte postacie zdarzają się w praktyce dość często i przedstawiają nieraz dla lekarza wielką zagadkę. Jeżeli dodamy tutaj, że przebieg zakażenia septycznego może być niesłychanie rozmaity, to zrozumiemy dopiero całe znaczenie tej sprawy dla klinicysty. Umyślnie postanowiłem rzecz tę obszerniej, elementarnie nawet poniekąd wyłuszczyć, gdyż wiem z własnego doświadczenia, ile to zagadek i trudności rozpoznawczych sprawa ta nastrocza.

Wobec tego, że, jak już wspominałem, obraz kliniczny zakażenia septycznego przedstawia niezmierną różnorodność, zamierzam opisać oddzielne postacie kliniczne tej sprawy w porządku etyologicznym. Kolejno więc rozpatrywać będziemy różne źródła skrytego zakażenia ropnego, i przy nich pomieścimy opis obrazu klinicznego, poparty odpowiedniami spostrzeżeniami.

Jedno z najczęstszych źródeł zakażenia septycznego stanowią niewątpliwie sprawy zapalne migdałków. Wielka część tych zapaleń jest właściwie pochodzenia ropnego. Dowiedzione to zostało odnośnie do wysiękowego zapalenia, zwanego rzekomobłoniczem, występującego bądź samodzielnie, bądź jako powikłanie przy szkarlatynie (dyfteryt szkarlatynowy) lub błonicy. W lżejszych postaciach zapalenia wysiękowego, t. zw. *angina lacunaris*, znajdowano przeważnie drobnoustroje ropotwórcze bądź gronkowce, bądź łańcuszkowce, bądź też, i to najczęściej, jedno i drugie razem. Nawet przy zwykłym, niewysiękowym, t. zw. kataralnym zapaleniu gardzieli znajdowano bardzo często te same drobnoustroje ropotwórcze: (CZAJKOWSKI²⁾). W większości wszystkich tych zapaleń migdałków sprawa pozostaje ograniczoną, miejscową, ogólny odczyn gorączkowy ustroju świadczy tylko o pewnym wessaniu toksyn do krwiobiegu; nie znajdziemy tu jednak ani głębokich zmian w czynnościach ustroju, ani przerzutów zapalnych, nie możemy więc mówić o zakażeniu ogólnym. W pewnych jednak, względnie rzadszych przypadkach występują objawy, które dowodzą przenikania drobnoustrojów ropnych

²⁾ CZAJKOWSKI. O niektórych powikłaniach ostrego samolstnego niezytu gardzieli. Gazeta Lekarska 1891 r.

z miejsca zapalnego do krwiobiegu bądź w postaci ogólnego zatrucia ustroju (posocznicy), bądź w postaci zapaleń przerzutowych (postać ropnicy). Wiadomo, że w przebiegu błonicy lub szkarlatyny występują niekiedy wcześniej ciężkie objawy zakażenia ogólnego. Spotykamy wtedy wielki upadek sił, bredzenie, osłabienie czynności mięśnia sercowego, słowem, cała sprawa czyni wrażenie posocznicy i przypadki takie najczęściej kończą się prędko zejściem śmiertelnym. Najprawdopodobniej są to przypadki prawdziwej posocznicy, powstające wskutek zakażenia ropnego, wikłającego sprawę pierwotną. Punkt wyjścia takiego zakażenia stanowi sprawa zapalna w gardzieli, gdzie spotykamy: albo tylko drobnoustroje ropotwórcze (szkarlatyna), albo drobnoustroje ropotwórcze razem z lasecznikami błoniczymi (błonica). Przy sprzyjających okolicznościach, drobnoustroje ropotwórcze dostają się w wielkiej ilości do krwiobiegu i powodują obraz ogólnego ciężkiego zakażenia septycznego. W pewnych przypadkach pierwiastki zakaźne ropne dostają się do obiegu krwi w ilości mniejszej; wtedy występuje cały szereg zapaleń przerzutowych, tak właściwych w przebiegu ciężkiej szkarlatyny. Spotykamy więc zapalenie ropne gruczołów podszczękowych, zapalenie osierdza, wśierdza, opłucnej, zapalenia stawów, opon mózgowych i t. p. Wszystkie te powikłania nie są właściwe dla szkarlatyny, są one następstwem zakażenia ropnego, wikłającego pierwotne zakażenie szkarlatynowe. I w błonicy spotykamy czasem podobne powikłania, jakkolwiek o wiele rzadziej, aniżeli przy szkarlatynie, choć i tam również są one następstwem zakażenia mieszanego.

Pogląd powyższy na powikłania szkarlatyny i błonicy nie jest w zupełności dowiedziony; brak na to dotychczas ścisłych dowodów, dostarczonych przez odpowiednie badania bakteriologiczne. A jednak ma on za sobą tyle cech prawdopodobieństwa, że już od chwili, kiedy kwestya zakażenia mieszanego czyniła dopiero pierwsze kroki w nauce, wielu autorów zaczęło tak właśnie tłumaczyć sobie spostrzegane powikłania. Że wspomniane powyżej powikłania zależą od zakażenia ropnego, a nie od swoistych zarazków szkarlatyny, dowodzi jeszcze fakt występowania podobnych powikłań przy samodzielnym wysiękowem, lub nawet kataralnem zapaleniu gardzieli. Przypadki takie zdarzają się dość często; jako przykłady podam dwa następujące spostrzeżenia:

1) Fila F., córka oficera, 8 lat wieku licząca, odznaczała się od lat kilku skłonnością do zapadania na zapalenie gardzieli wysiękowe. Dwa lub trzy razy do roku zapadała na ból gardła z gorączką dość wysoką (39°), przyczem tworzyły się na migdałkach liczne plamy wysiękowe, drobne, rzadko dochodzące do wielkości grochu, żółtej barwy, dość łatwo się ścierające. To zapalenie gardzieli trwało zwykle od 3—5 dni i przechodziło bez śladu. Rodzice chorej przyzwyczaili się w końcu do tej choroby, uważając ją za sprawę zupełnie niewinną, nie wzywali nawet pomocy lekarskiej. Zwykle chora nie leżała nawet w łóżku, plukała tylko gardło rozczynek kwasu bornego i raz lub dwa razy dziennie pendzlowano jej migdałki rozczynek kwasu karbolowego 2%. W listopadzie 1894 r. chora zapadła znowu, już po raz 8-my w życiu, na powyżej opisane zapalenie gardzieli. Jak zwykle, chora nie kładła się do łóżka, rodzice zastosowali zwyczajny sposób leczenia i po 3-ch dniach plamy na migdałkach zginęły, gorączka spadła i chorą uważano za zdrową. Minął w ten sposób tydzień czasu, mała pacjentka nie odczuwała jednak sił, wyglądała blade, nie miała apetytu, a zaniepokojeni tem rodzice, prosili mnie o zbadanie stanu jej zdrowia. Otóż przy badaniu znalazłem u chorej bardzo wyraźny szmer skurczowy przy wierzchołku serca, zaostrenie drugiego tonu tętnicy płucnej i pewne rozszerzenie stłumienia serca w wymiarze podłużnym. Go-

rączki prawie nie było (ciepłota $37,4^{\circ}$), tętno mocno przyspieszone i ogólny wygląd zwykle silnej i dobrze odżywionej dziewczynki—blady i mizerny. W gardle przy badaniu nie znalazłem już zmian żadnych, jedynie tylko gruczoły podszczękowe były nieco powiększone i przy dotykaniu bolesne. W moczu znalazłem małe ślady białka. Miałem więc niewątpliwie do czynienia ze świeżym zapaleniem wsierdza, które rozwinęło się w następstwie wysiękowego zapalenia gardzieli. Odrazu zastosowano energiczny sposób leczenia, położono chorą na kilka tygodni do łóżka, przepisano naparstnicę, następnie jod, stosowano pryszczydła, wszystko to jednak pozostało bez wyraźnego wpływu na zmiany w sercu, i ostatecznie pozostała trwała wada zastawkowa.

Przypadek powyższy dowodzi niezbicie, że po wysiękowym zapaleniu gardzieli, które zależy, jak wiemy, od działania drobnoustrojów ropotwórczych, może rozwinąć się zapalenie wsierdza. Zapalenie wsierdza musi być w tym razie tegoż samego pochodzenia zakaźnego, co i zapalenie gardzieli, a zatem jest ono przejawem ogólnego zakażenia septycznego. Podobne przypadki zdarzają się dość często. Z własnej praktyki mógłbym przytoczyć jeszcze kilka tego rodzaju spostrzeżeń, gdzie zależność znalezionej wady zastawkowej od przebytego zapalenia gardzieli można z wielkiem prawdopodobieństwem uzasadnić. Być może, iż większa część tych skrycie rozwijających się w młodym wieku wad serca, gdzie nie znajdujemy w wywiadach gościa stawowego, da się sprowadzić do takiej właśnie etyologii. Wynika stąd zresztą jedna jeszcze wskazówka praktyczna, mianowicie: nie trzeba nigdy uważać zapalenia gardzieli wysiękowego za sprawę lekką; przeciwnie, chory powinien pozostać w łóżku, dopóki wszelkie ślady tej sprawy nie przemiją. Kto wie, czy lekceważenie całej sprawy w opisanym przypadku nie było głównym powodem wystąpienia tak poważnego powikłania, jak zapalenie wsierdza. A może zbyt energiczne pendzlowanie gardzieli tamponami z waty na drewnianej pałeczce powodowało świeże obrażenie nabłonka i sprzyjało przenikaniu pierwiastków zakaźnych do krwiobiegu? Mając i to na względzie, należy unikać w tej sprawie pendzlowania szczególniej twardymi, niepodatnymi przyrządami.

2) L. R. 16-letnia panna, zachorowała w czerwcu 1893 roku na zapalenie gardzieli wysiękowe. Pewnego dnia wieczorem wystąpił mocny dreszcz z ciepłotą około $39,5^{\circ}$ i mocny ból gardła. Nazajutrz znalazłem zaczerwienienie gardzieli, na jednym z migdałków liczne, rozsiane, białe-żółtawe plamy, oraz obustronne obrzmienie i bolesność gruczołów podszczękowych. Gorączka była znaczna, około 40° , połykanie utrudnione. Zalecono odpowiednie środki: płukanie, okłady na szyję i chininę wewnątrz. Sprawa trwała 3 dni; po 3-ch dniach najpierw gorączka spadła, następnie i plamy zaczęły powoli ginać, tak, że 5-go dnia już żadnego wysięku w gardzieli nie znaleziono. Pozostała tylko rozlana czerwoność na migdałkach i łukach podniebiennych. Gorączki już od 2 ch dni nie było, pozwolono więc chorej podnieść się z łóżka i chodzić po pokoju. Po upływie 2-ch dni, na 3-ci dzień od chwili podniesienia się z łóżka, a na 9-ty od początku zapalenia gardzieli, pojawiła się znów gorączka niewielka ($38,5^{\circ}$), oraz równocześnie lewy staw kolanowy i staw łokciowy z tej samej strony nabrzmiały i były mocno bolesne przy dotyku i w ruchach. Od tego czasu rozwinął się typowy gościec wielostawowy, trwający około 4-ch tygodni. Kolejno były prawie wszystkie stawy zajęte, gorączka wahała się pomiędzy $38-39,5^{\circ}$, poty były obfite i, co najważniejsze, duże nawet dawki przetworów salicylowych pozostały prawie bez skutku. W przebiegu gościa, w drugim tygodniu tegoż wystąpiły objawy ze strony serca: szmer skurczowy przy wierzchołku serca i zaostrenie drugiego tonu tętnicy płucnej. Pomimo stosowanych rozmaitych środków, zmiany w sercu nie ustąpiły, i ostatecznie po skończonym gościstawowym pozostała wyraźna wada zastawkowa, która do dnia dzisiejszego istnieje. Równocześnie, w czasie przebiegu gościa, znajdowano kilkakrotnie w moczu niewielkie ślady białka.

Mieliśmy w powyższym przypadku obraz ostrego gościa stawowego, powikłanego zapaleniem wsierdza, który wystąpił w okresie zdrowienia po przebytem zapaleniu wysiękowym gardzieli. Już TROUSSEAU zauważył pewien niewątpliwy związek pomiędzy zapaleniem gardzieli, a gościem stawowym. Od tego czasu rozmaici autorowie wspominali często o podobnem połączeniu dwóch tych pozornie różnych spraw³⁾. Niektórzy, jak STEWART, znajdowali, że w 80% wszystkich przypadków gościa stawowego da się odnaleźć poprzedzające go niedawno zapalenie gardzieli. Ja sam, zwracając na ten przedmiot od lat dwóch szczególną uwagę, znalazłem na 14 przypadków gościa stawowego, w 4-ch wyraźnie poprzedzające objawy zapalenia gardzieli. Równocześnie z temi spostrzeżeniami, dowodzącemi pewnego związku pomiędzy zapaleniem gardzieli a gościem stawowym, mnożą się w literaturze spostrzeżenia, wykazujące zależność ostrego gościa stawowego od zakażenia septycznego. GUTTMANN i SAHLI⁴⁾ znajdowali przy bakteriologicznem badaniu wysięków stawowych i złogów na zastawkach w zapaleniu wsierdza gościem rozmaite drobnoustroje ropotwórcze. Stąd też nawet SÉE wypowiedział zdanie, że ostry gościec stawowy jest niczem innem, jak tylko przejawem osłabionego zakażenia septycznego. Ten ostatni pogląd uważać należy za zbyt jednostronny, a przynajmniej za niedostatecznie dowiedziony. To tylko napewno twierdzić można, że pewna część przypadków, które dzisiaj uważamy za samoistny gościec stawowy, są niewątpliwie pochodzenia ropnego. To, co dziś opisujemy pod nazwą gościa stawowego, przedstawia pod względem etyologicznym najrozmaitsze sprawy zakaźne, które przyszłe badania będą w stanie wyróżnić i wyosobnić. Nie przesądzając tych przyszłych badań, odnotować dzisiaj możemy fakt, że zakażenie septyczne może nieraz przebiegać w postaci wielostawowego gościa ze wszystkimi tegoż powikłaniami.

3) W rodzinie wojskowego F. byłem wezwany do dwojga dzieci, które prawie równocześnie zachorowały na gardło. Chłopiec miał lat 5, a dziewczynka 7, i oboje zachorowali dnia poprzedniego, skarżąc się na ból gardła i dreszcze. Przy badaniu znalazłem u obojga w gardzieli zaczerwienienie łuków podniebiennych i migdałków, bez śladu jakiegokolwiek wysięku. Na skórze żadnej wysypki nie było. Z obydwóch stron na szyi mocne obrzmienie gruczołów chłonnych podszczękowych i głębokich szyi (pod mięśniem mostko-obojeżyko-sutkowym). Gruczoły przy wymacywaniu przedstawiały się wielkości małego ziarnka bobu i orzecha laskowego, a podszczękowe dochodziły nawet do wielkości orzecha włoskiego, były twarde i mocno bolesne. Gruczoły pachylinowe i pachowe nie były powiększone. Gorączka u obojga dzieci wynosiła około 39°. Zresztą żadnych zmian w narządach wewnętrznych nie znaleziono. W dalszym przebiegu choroby wystąpiło jeszcze obrzmienie gruczołów karkowych nadobojeżykowych, chorzy wskutek bólu w szyi trzymali głowę sztywno; gorączka trwała jeszcze 4 dni, zmniejszając się ciągle w swem nateżeniu, i ostatecznie, na 6-ty dzień choroby, ustąpiła zupełnie, gruczoły nieco się zmniejszyły, wciąż jednak były powiększone i bolesne. Sztywność szyi z powodu bolesnych i obrzmiałych gruczołów trwała jeszcze czas jakiś, przyczem stawała się wyraźniejszą po jednej stronie, i tym sposobem u moich małych chorych rozwinęło się skrzywienie szyi (*torticollis*) niezmiernie uporczywe, trwające blisko 4 tygodnie. Skrzywienie szyi trwało nawet po zupełnem ustąpieniu obrzmienia gruczołów szyjowych, co miało miejsce mniej więcej w 10 dni po spadku gorączki.

³⁾ Szczegóły patrz w pracy BUSS'a: Ueber die Beziehungen zwischen Angina und acutem Gelenkrheumatismus, Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1895 r.

⁴⁾ SAHLI. Zur Aethiologie des acuten Gelenkrheumatismus, Deutsch. Arch. f. klin. Med. 1893 r.

Powyższego obrazu chorobowego, w czasie kiedy go spostrzegałem (1889 r.), nie umiałem sobie wytłumaczyć. Przypominam sobie tylko, że długo się nad nim zastanawiałem i ostatecznie w notatkach swoich postawiłem znak zapytania. Dzisiaj nie ulega już dla mnie żadnej wątpliwości, że miałem w tym przypadku do czynienia z t. zw. gorączką gruczołową (*Drüsen-Fieber*), opisaną po raz pierwszy przez PFEIFFER'a. Jakkolwiek obraz kliniczny gorączki gruczołowej jest już obecnie dokładnie znany, etyologia tej sprawy pozostaje ciemną. Niektórzy autorowie uważają gorączkę gruczołową za nierozwiniętą postać szkarlatyny i błonicy, i tem również tłumaczą dość częsty przy tej sprawie białkomocz. CZAJKOWSKI⁵⁾, opierając się na swych badaniach bakteriologicznych, uważa sprawę tę za pewną postać influenzy.

Mnie jednak wydaje się, że cała ta sprawa da się najprawdopodobniej sprowadzić do zakażenia septycznego. Drobnoustroje ropotwórcze, wywołujące zapalenie gardzieli, którego nie brak nigdy przy gorączce gruczołowej, przenikają do naczyń chłonnych, stąd zaś dostają się do gruczołów, wywołując ich zapalenie. Zapalenie gruczołów nie dochodzi w większości przypadków do ropienia; w pewnych jednak rzadszych przypadkach sprawa zapalna wywołać może w zajętych gruczołach ropienie.

(C. d. n.).

Z III ODDZIAŁU CHIRURGICZNEGO W SZPITALU STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE.

Przypadek wpochwienia jelit. Laparotomia. Wyleczenie.

Podał **Hipolit Oderfeld**, ordynator oddziału.

W ostatnich dziesięciu latach wiadomości nasze w sprawie powstawania, przebiegu, a przedewszystkiem leczenia operacyjnego wgniobień kiszek, znacznie naprzód się posunęły. Z zadowoleniem zaznaczyć tu mogę, że chirurdzy polscy w tej ciekawej i poważnej dziedzinie oddali nauce doniosłe usługi, że wspomnę tu RYDYGIERA, OBALIŃSKIEGO, LESZCZYŃSKIEGO, J. ROSENTHALA i wielu innych. Jeśli podaję dziś do wiadomości ogółu nowy, spostrzegany i operowany przezemnie przypadek, czynię to tem chętniej, że liczba pomysłnie operowanych przypadków nie jest tak wielką, aby każdy pojedynczy przypadek nie zasługiwał na uwagę. Nadto rodzaj wykonanej przezemnie operacji jest dopiero od bardzo niedawna stosowany, a przeto wymaga pewnego doświadczenia.

Do oddziału chorych zakaźnych kolegi RAPPLA zgłosiła się dnia 16. IX. r. z. chora Perla C. z Chmielnika, z następującymi wywiadami: przed 4-ma tygodniami zachorowała na biegunkę krwawą (?), która trwała 2 tygodnie. Po upływie tego czasu krwawa domieszka znikła w wypróżnieniach, chora jednak skarżyć się zaczęła na silne bóle w brzuchu. W kilka dni potem stan jeszcze bardziej się pogorszył, bóle się wzmogły, w wypróżnieniach znów się krew pokazywać zaczęła, częste parcia na stolec stały się bardzo dokuczliwe. Stan taki z mniejszem lub większem natężeniem trwa do chwili obecnej. Koledzy, którzy chorą w domu leczyli, stwierdzili w drugiej połowie przebiegu

⁵⁾ CZAJKOWSKI. O t. zw. gorączce gruczołowej. Gazeta Lekarska 1894 r.

choroby obecność guza w jamie brzusznej, natury jednak guza nie określwszy, chorą do Warszawy wysłali.

Chora zawsze była zdrową; zameźną jest od lat dwunastu; rodziła 4 razy, ostatni raz przed 1 $\frac{1}{4}$ rokiem. Badanie narządów piersiowych nie wykazało zmian żadnych. Stan bezgorączkowy. Brzuch umiarkowanie wzdęty; przez powłoki brzuszne widać oddzielne pętle kiszek oraz ich ruchy robaczkowe. W lewej połowie brzucha znalazł kol. RAPPEL guz kształtu podłużnego, którego zarysy wyczuwają się nieco powyżej pępka i który ginie w okolicy lewego więzu POUPART'a. Spoistość guza wydaje się sprężystą; sam guz przy obmacywaniu jest niebolesny i mało ruchomy. Chora skarży się na częste bóle w brzuchu, w krzyżu i w prawej kończynie dolnej. Bardzo częste parcie na stolce; ilość wypróżnień waha się od 5 do 15 na dobę. Tak przedstawiał się stan chorej w pierwszych dniach pobytu w szpitalu. Kol. RAPPEL, który chorą uważnie śledził, mógł po kilku dniach stwierdzić, że cały guz wyczuwa się wyraźniej, nie jak poprzednio, z lewej strony, lecz bardziej naprawo. Guz przybrał wyraźną postać kielbasy, nieruchomej, sprężystej, której dolny koniec ginie w miednicy małej. Podmiotowo chora czuła się bez zmiany. Badanie przez pochwę wykazało macicę nieco powiększoną, guza jednak wyczuć nie można było; za to przy badaniu odbytnicy kol. R. miał wrażenie, jakby końcem palca wyczuwał twór jakiś. Przy wdmuchiowaniu powietrza przez odbyt, kol. R. stwierdzić mógł, że wzdymają się tylko kisзки do guza, którego zarysy stają się wtedy mniej wyraźne; okolica, w której się znajdują: kątńica, okrężnica wstępująca i poprzeczna, pozostawały bez zmiany.

W takim stanie kol. RAPPEL, z rozpoznaniem wgłobienia, przepisał chorą na mój oddział w celu wykonania operacyi. Badanie chorej, przezemnie dokonane, potwierdziło dane, otrzymane przez kol. R.; w odbytnicy tylko mogłem wyraźnie wyczuć koniec wgłobionego jelita w postaci rozpulchnionej obrączki. Okoliczność ta stwierdziła rozpoznanie kol. R. Wobec tego dnia 1. X. r. z. przystąpiłem do laparotomi przy pomocy kol. SAWICKIEGO, WEISSBLATA, GOTARDA i w obecności RAPPLA i GABSZEWICZA. Przystępując do operacyi, miałem zamiar, stosownie do znalezionych stosunków, zastosować jeden ze sposobów podanych przez RYDYGIERA, a mianowicie, gdyby się to udało, wykonać odpochwienie; byłby to zabieg dla chorej najłżejszy; lub, w razie zrostów, które uniemożliwiłyby zabieg powyższy, wyciąć w całości guz, a następnie zeszyć brzegi przeciętych kiszek; lub też postąpić podług sposobu, pierwotnie przez kol. LESZCZYŃSKIEGO ¹⁾ podanego, a mianowicie: obszywszy szwem LEMBERT'a szyję wPOCHWIENTA, wykonać poniżej szyi cięcie podłużne na jelicie wPOCHWIAJĄCEM; przez cięcie to przeciąć wPOCHWIENTA, wydobyć je nazewnątrz lub pozostawić swemu losowi, a otwór podłużny następnie zeszyć. Okazało się, że sposób ten mogłem wykonać, ale tylko częściowo. Po przecięciu powłok brzusznych i otwarciu jamy otrzewnowej, guza nie znaleźliśmy; dopiero po przedłużeniu ku górze o kilka centymetrów cięcia brzuszego i odsunięciu ku górze sieci, którą z powodu zrostów wypadło w kilku miejscach podwiązać, stwierdzić mogliśmy obecność rozpoznanego guza, którego zawartość stanowiły jelita; widać było wyraźnie, że jelito cienkie wPOCHWIAŁO się w jelito grube. To ostatnie było znacznie grubsze, niż bywa zazwyczaj; przy obmacywaniu wyraźnie czuć w niem jelito wgłobione.

¹⁾ Szanowny prof. RYDYGIER w odczycie swoim na XXIV zjeździe chirurgów w Berlinie, nie wspomniał, że kol. L. był pierwszym, który sposób ten podał.

Zewnętrzna powłoka wgłobienia okazała się zupełnie zdrową. Dla stwierdzenia, jakie i ile mniej więcej jelita zostało wgłobione, rozejrzałem się w jamie brzusznej i nie znalazłem w niej ani kątnicy z wyrostkiem robaczkowym, ani jelita wstępującego, jak również i znacznej części jelita poprzecznego; należało zatem przypuścić, że te części jelita wraz z częścią jelita biodrowego stanowiły zawartość wgłobienia. Cały guz okazał się zupełnie nieruchomym i leżał głęboko na dnie jamy brzusznej t. j. u podstawy krezki; o wydobyciu guza na zewnątrz mowy z tego powodu być nie mogło. Szyja wgłobienia okazała się prawie wolną od zrostów. Przez wzgląd na zbyt wielką długość jelita wpochwionego, zaniechałem wszelkich prób w celu odgłobienia; wydało mi się to zbyt niebezpiecznym; z tego również względu myśleć nie mogłem o wycięciu guza w całości. Zdecydowałem się na operację według planu LESZCZYŃSKIEGO. W tym celu, obłożwszy guz serwetami wyjałowionymi i wygotowanymi w fizyologicznym roztworze soli kuchennej, obszyłem szyję wgłobienia kilkunastu szwami LEMBERT'a. Następnie na kilka ctm. poniżej szyi rozciąłem jelito wgłabiające cięciem podłużnym, długości 8 ctm. Wszedłszy palcem do światła rozciętego jelita, mogłem nim obejść całą zawartość wgłobienia. Teraz przystąpiłem do najważniejszego aktu operacji — odcięcia jelita wgłobionego; w tym celu przeciąłem wpoprzek połowę obwodu jelita; krwawienie było bardzo umiarkowane. Obszywszy kilkunastu szwami obie warstwy wgłobionego jelita, na pozostałą część wraz z krezką nałożyłem uciskadło (t. j. klamp) i przeciąłem. Krwawienie było tym razem dość obfite, tembardziej, że uciskadło zsunęło się nieco. Uchwyciwszy wszystkie naczynia krwawiące w całości, wprowadziłem palec do światła jelita wgłobionego, w celu przekonania się o jego drożności, i ku wielkiemu zdziwieniu mojemu, natrafiłem na leżącą w jamie brzusznej serwetę. Okazało się, że, pomimo, jak się zdawało, dokładnego obszycia szyi wgłobienia, ta ostatnia przy krezce nie została obszyta, i tym sposobem palec mój nie wszedł do światła jelita, lecz przez pozostały otwór do jamy brzusznej. Wobec tego wypadku, zmieniłem plan operacji, postanowiwszy wykonać resekcję całej szyi z bezzwłocznem zeszcyciem jelita doprowadzającego i odprowadzającego. Odcięte jelito wgłobione pozostawiłem w świetle jelita wpochwiającego, licząc, że później zdołam je wydobyć przez odbytnicę, lub że samo ono tędy wyjdzie.

Resekcję wykonałem w sposób zwykły, mianowicie, nałożywszy czasowo uciskadła na oba odcinki, przeciąłem jelito nad i poza szyją. Z krezki wyciąłem odpowiedni klin. Podwiązawszy w nim naczynia i zespoiwszy za pomocą kilkunastu szwów oba brzegi krezki, przystąpiłem do szwu kiszkowego podług sposobu CZERNY'ego i LEMBERT'a. Ponieważ światła obu odcinków jelita nie były równe, odciąłem z jelita doprowadzającego t. j. biodrowego skośny owal, a wtedy dopiero oba światła mniej więcej sobie odpowiadały. Długość wyciętego jelita wynosiła 15 ctm. Zrobiwszy tualetę jamy otrzewnej, zeszyłem ścianę brzuszną kilkunastu szwami, obejmującymi wszystkie jej warstwy. W dolny kąt rany założyłem pasek gazy wyjałowionej.

Operacja trwała długo, bo aż 3 godziny blisko! Tętno po operacji ledwie wyczuwalne; chorą ułożyłem do łóżka ciepłego, obłożwszy ją kamionkami.

Przebieg pooperacyjny był następujący.

Chora wkrótce przyszła do siebie; wymiotowała 2 razy.

2. X. Tętno 88. Stan bezgorączkowy. Dwukrotnie wymioty żółciowe

MED. N. 5.

3. X. Stan bezgorączkowy. Chora skarży się na ból w brzuchu. W nocy wysunął się z odbytu koniec wgłobionego jelita, które dyżurny felczer wprowadził napowrót, w przypuszczeniu, że ma przed sobą wypadnięcie odbytu. Wprowadziwszy do odbytnicy 2 palce, uchwyciłem koniec jelita i za pomocą lekkiego pociągania wydobyłem pozostawione w kiszce jelito wgłobione, wynicowane, którego długość wynosiła 40 ctm. Przy oględzinach tego strasznie cuchnącego preparatu, stwierdziliśmy, że składa się on z jelita wstępującego, kątnicy wraz z niesłychanie długim wyrostkiem robaczkowym (15 ctm.) i części jelita biodrowego. Czy wydobyłem w całości jelito wgłobione, napewno powiedzieć nie umiem, gdyż górny jego koniec był w wysokim stopniu zgniły. Ogółem przewód pokarmowy chorej stracił zatem 55 ctm jelita. Po uwolnieniu się od tej zawartości, chora uczuła się podmiotowo znacznie lepiej.

4. X. Bóle w brzuchu w umiarkowanym stopniu. Lekkie wzdęcie. Ciepłota 37,9°. 5. X. Stan bezgorączkowy. 6. X. *Idem*. Wiatry odchodzą przez odbyt 7. X. Dwa wypróżnienia płynne. Z rany brzusznej usunąłem kilka szwów z powodu powierzchownego ropienia. 8. X. Rozwolnienie 3 razy. Makowiec. 9. 10. X. Stan zadawałający. Lekkie bóle brzucha 11. X. Ciepłota 38°. Lekkie wzdęcie, szczególnie w prawym dole biodrowym. 12. X. Przy opatrunku, przez małą szczelinę w ranie brzusznej wydobyło się nieco gazu, a przy lekkim ucisku nieco też płynnego kału. 13. X. Rozwolnienie. Z przetoki wydobywa się bardzo niewiele płynnego kału. Szczelinę rozszerzyłem na tępo i, uchwyciwszy za sterzącą w niej ligaturę, wydobyłem dość duży strzęp zgorzelinowy wraz z kilkoma ligaturami; z powodu silnej maceracji tego strzępu, niepodobna określić jego pochodzenia 14. 15 i 16. X. Z przetoki wydzielą się bardzo mała ilość kału. 17. X. Wydobyłem drugi, podobny do poprzedniego strzęp zgniły. Kału nieco więcej.

Od tego czasu ilość kału z przetoki stopniowo się zmniejszać zaczęła, tak, iż w końcu miesiąca przetoka zabiłżniła się całkowicie, pozostała tylko w ranie brzusznej niewielka powierzchnia ziarninująca. Chora czuje się zupełnie dobrze, wygląda znacznie lepiej, miewa 1—3 razy dziennie jeszcze rzadkie wypróżnienia. Wypisała się 13 listopada r. z.

W artykule niniejszym nie mam zamiaru pisać o rozpoznawaniu, przebiegu i objawach wPOCHWIEŃ KISZKOWYCH; są to kwestye, w odpowiednich podręcznikach i monografiach dostatecznie wyświetlone, że wspomnę tu znakomite dzieło TREVES'a. W danej chwili zajmuje mnie sprawa leczenia operacyjnego. Prof. RYDYGIER na XXIV zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie²⁾ podaje 3 sposoby operowania wgłobień, a mianowicie: a) odgłobienie; b) resekcya w całości; c) wycięcie części wgłobionej. Wszystkie 3 sposoby mają swoje wskazania specyalne. Nie ulega wątpliwości, że pierwszy sposób jest najprostszy, najszybszy i najpewniejszy. Niestety, udaje się on stosunkowo rzadko, wtedy tylko, jeśli w szyi wgłobienia nie wytworzyły się zrosty, jak to zazwyczaj bywa w przypadkach ostrych; chociaż RYDYGIER zebrał w statystyce swojej³⁾ przypadki, między nimi i swoje własne, w których odgłobienie udało się wykonać z łatwością nawet po kilku tygodniach trwa-

²⁾ Patrz „Medycyna“ N. 27 r. z.

³⁾ L. c.

nia wgłobienia. Sposób ten nie przestanie jednak być ideałem operatora, przystępującego do operacji wgłobienia.

Najważniejszy jest sposób drugi, podany przez LESZCZYŃSKIEGO. Jak dotąd, zamało zwracano nań uwagi, jak mówi prof. RYDYGIER, który uważa ją za operację wyboru. W istocie, sposób ten ma dużo stron dodatnich, gdyż w zupełności naśladuje samowolne wyleczenie; nie pozbawia ustroju części jelita wPOCHWIAJĄCEGO i daje się dość szybko wykonać. RYDYGIER podaje również dokładny opis techniki tej operacji. W moim przypadku miałem zamiar ściśle trzymać się przepisów, podanych przez R.; okazało się jednak, jak to widzieliśmy powyżej, że szyja wgłobienia nie została całkowicie obszyta. Nie umiem powiedzieć, czy był to przypadek, czy błąd techniczny z mojej strony? Przypuszczam ten ostatni powód; w każdym razie, sądzę, że musiały w danym przypadku istnieć jakieś szczególne okoliczności, które spowodowały to powikłanie, a za taką okoliczność uważam wciągnięcie we wgłobienie zbyt wiele krezki i unieruchomienie guza przy samej podstawie tej ostatniej. Nałożenie szwu w miejscu, w którym krezka wchodzi we wgłobienie, w tych przypadkach może być bardzo trudne, nie jesteśmy bowiem w stanie widzieć *ad oculos* punktu, na który mamy zamiar szew nałożyć. Narazie nie znalazłem w literaturze potwierdzenia mego przypuszczenia, nie wątpię jednak, że w miarę stosowania omawianej metody, powyższa ewentualność niejednemu chirurgowi zdarzyć się może. Wobec tego sądziłbym, że obok trzech klasycznych sposobów operacyjnych, podanych przez RYDYGIERA, można by dodać i sposób, który mnie wypadło z konieczności zastosować. Sposób ten nie jest nowy. Za radą ś. p. MATLAKOWSKIEGO zastosował go w swoim przypadku LESZCZYŃSKI.

Co się tyczy przebiegu pooperacyjnego w naszym przypadku, to nie był on zupełnie prawidłowy. Pomijając nieznaczne ropienie w szwach, na 11-ty dzień po operacji, po wydobyciu przez szczelinę w ranie brzusznej zgorzelinowego strzępu, wytworzyła się niewielka przetoka kałowa. Widocznie jakiś szew kiszkowy puścił. Na szczęście chorej, pozostawiliśmy przy operacji w jamie brzusznej sączek w postaci kawałka gazy wyjałowionej, co później, po wytworzeniu się przetoki, było dla chorej zbawiennem, gdyż tą drogą wypływał kał nazewnątrż. Przetoka w krótkim czasie zagoiła się bez żadnej interwencji, jak to zazwyczaj się dzieje. Skąd pochodził ów strzęp zgorzelinowy, trudno dać na to stanowczą odpowiedź. Przypuszczam, że był to brzeg podwiązanej sieci, gdyż strzęp ten zawierał dużo podwiązek. Widocznie po wytworzeniu się ograniczonego, otorbionego zapalenia otrzewnej, brzeg ten się oddzielił i wydobyty został nazewnątrż.

Chora wyzdrowiała, lecz do ostatniej chwili miewała po 2—3 rzadkie wypróżnienia. Objaw ten objaśnić sobie można w ten sposób, że przewód pokarmowy chorej pozbawiony został znacznej części tego jelita, w którym kał staje się twardym, mianowicie jelita grubego; tym sposobem płynnych owych wypróżnień nie można uważać za rozwolnienie w ścisłym słowa tego znaczeniu, lecz raczej za biegunkę, że się tak wyrażę, fizyologiczną.

Nowoodkryte promienie świetlne Röntgen'a.

I.

Mała 10-stronicowa broszurka, odbitka ze sprawozdań towarzystwa fizykalnego w Würzburgu, wydana w pierwszych dniach roku bieżącego przez prof. fizyki ROENTGEN'a, mieści w sobie istotną treść jednego z największych tryumfów fizyki naszego stulecia. Z poważnym spokojem i prawdziwą skromnością wielkiego uczonego, stylem prostym, jasnym, treściwym opisuje tu ROENTGEN wyniki swych zdumiewających doświadczeń nad nowym rodzajem promieni światła i nawiązuje swe badania do studyów dawniejszych CROOKES'a i LENARD'a, które znane były dotychczas tylko fizykom z zawodu. Jakkolwiek i poprzednicy ROENTGEN'a bliscy byli niezmiernie odkrycia, które obecnie tak znakomicie powiodło się profesorowi wuerzburskiemu, uwagi ich uszła istota postrzeganych zjawisk i doniosłość ewentualnych ich zastosowań praktycznych. Czy przypadek szczęśliwy wskazał właściwą drogę badaniom ROENTGEN'a, czy przewodnikiem była mu wyrozumowana konsekwentnie myśl teoretyczna, to faktu samego nie dotyczy. Rzeczy samej nie zmienia też w niczem okoliczność, że inni przed nim uczeni byli uderzeni osobliwością zjawiska i wypowiadali pewne domniemania na ten temat. Samego rdzenia tajemniczego zjawiska przyrody dotknął dopiero ROENTGEN; on pierwszy wykonał takie doświadczenia, które nie pozwalają ani na chwilę wątpić o ich autentyczności i które w niezliczonych odmianach dają się odtwarzać w najrozmaitszych warunkach. Dość powiedzieć, że najogólniejsze wskazówki, podane w pierwszym, tymczasowem doniesieniu, zupełnie prawie nie dotyczące technicznej strony doświadczeń, pozwoliły fizykom w innych pracowniach powtórzyć najdokładniej to, co wykonał sam odkrywca; że w obecnej chwili, kiedy ledwie przy pośrednictwie prasy codziennej rozniosły się po świecie pierwsze, w wielu niestety wypadkach mylne, niedokładne wiadomości o odkryciu, już w rozmaitych ogniskach nauki otrzymują reprodukcje fotograficzne, imponujące swą dokładnością. ROENTGEN pierwszy pokusił się o wytłomaczenie naukowe istoty zjawiska, pierwszy próbami swemi wskazał, jak doniosłych wyników praktycznych spodziewać się po nich można. Nikt przeto nie zaprzeczy, że istotne pierwszeństwo niepodzielnie mu się należy i że przy nim pozostanie zasługa odkrycia przed światem nowego tajemniczego zakątka zjawisk przyrody, którego dokładne poznanie nie tylko rozszerzy znakomicie widnokrąg ludzkiego poznania, lecz pozwoli nadto zużytkować nowy dział zjawisk ku korzyści człowieka.

II.

W powietrzu zwykłym, pomiędzy różnoimiennymi biegunami prądu elektrycznego, prąd elektryczny wyładowuje się w postaci mniej lub więcej silnych iskier. Inaczej dzieje się, gdy ładunek elektryczny wyzwała się w rozrzedzonej atmosferze gazowej. Znane są powszechnie zjawiska świetlne, występujące w zamkniętych rurach, w które u dwu końców wtopione są platynowe elektrody, połączone z biegunami cewki indukcyjnej. Rurami GEISSLER'a zwa się owe naczynia szklane rozmaitej postaci, w których w ten sposób wyładowuje się energia elektryczna w postaci już nie iskier, lecz światła rozproszonego, matowego, z silniejszym lub słabszym połyskiem, którego barwa głównie zależy od natury gazu, jakim rura jest wypełniona. Stopień rozrzedzenia gazu w rurze GEISSLER'a nie-

mniej wszakże rozstrzygające ma znaczenie dla postaci objawu świetlnego. Jeżeli ciśnienie gazu w rurze przenosi 250 mm., wówczas przeskakują pomiędzy biegunami tylko iskry. Poniżej 250 mm., w miarę obniżania ciśnienia, obok isker słabnących wciąż w swem nateżeniu, występuje u bieguna dodatniego (anody) światło o łagodnym blasku, statecznie skupione w jednym miejscu. Gdy ciśnienie opada poniżej 150 mm., iskry ustępują zupełnie, natomiast od bieguna dodatniego smuga rozlanego światła ciągnie się ku biegunowi ujemnemu (katodzie). Przy ciśnieniu nieznacznem, wynoszącym 4 mm., jednostajny blask wypełnia całą rurę. Obniżmy ciśnienie jeszcze więcej, a doszedłszy do 0,05 mm., we wnętrzu rury GEISSLER'a dojrzymy tylko u katody zielonawy błysk światła, padający na najbliższe części szkła rury. Pozostała część rury pozbawiona jest światła. Te właśnie słabe promienie świetlne, o sile świecenia niezmiernie małej, występujące u ujemnego bieguna rury GEISSLER'a, w której powietrze zostało rozrzedzone do możliwego *minimum*, noszą nazwę promieni katodalnych.

Promienie katodalne opisał już fizyk hanowerski HITTORF w roku 1869; następnie badał je w Berlinie GOLDSTEIN, a w roku 1879 nader troskliwym studiom poddał je znakomity uczony angielski CROOKES. W promieniach tych, dość szczegółowo dotychczas badanych, nie dostrzeżono do ostatnich czasów osobliwszych uchybień od ogólnych własności promieni świetlnych. Nie można wszakże powiedzieć, aby istota ich w zupełności została już poznana. Przeciwnie, znakomite odkrycia HERTZ'a, które wskazały naturalną łączność pomiędzy światłem a elektrycznością i dowiodły niezbicie, że siły elektryczne przenoszą się w przestrzeni w postaci promieni falisto drgającego eteru według dokładnie tych samych praw, co i promienie światła, dodały nowego bodźca do badań nad promieniami katodalnemi, lecz jednocześnie przyniosły z sobą nowe pytania i nowe wątpliwości. Fizyk węgierski LENARD dostrzegł pewne osobliwości tych promieni i w wielu kierunkach rozszerzył wiadomości o nich. LENARD poznał je dokładniej, niż ktokolwiek przed nim, i bliżej też, niż ktokolwiek przed nim, znajdował się tego odkrycia, jakie stało się udziałem ROENTGEN'a.

Promienie katodalne rozchodzą się prostolinijnie i nie odchylają się od swego kierunku, nie postępują za wszystkimi wygięciami rurek Geisslerowskich, czyli nie biegną od katody do anody, jeżeli bieguny nie stoją w prostej linii naprzeciw siebie. Promienie katodalne, jak zresztą i wszelkie promienie świetlne owych matowych błysków, wypełniających rury GEISSLER'a przy znacznych rozrzedzeniach, padając na szklaną ścianę rury, wywołują w niej fosforescencję. Fosforescencja i fluorescencja wywołana też przez nie zostaje w rozmaitych innych ciałach: w glince, ziemi berylowej, magnezyi, w podwójnych cyankach platyny i magnezu, platyny i wapnia. Promienie te nadto sprawdzają pewne, acz słabe działania mechaniczne. Znane jest doświadczenie CROOKES'a, w którym wiatraczek, złożony ze skrzydeł mikowych i umieszczony wewnątrz rury GEISSLER'a, obraca się na osi pod wpływem promieni katodalnych. Inne doświadczenia wykazują dowodnie, że promienie te zdolne są też do sprawdzania działań cieplikowych. CROOKES, który zasłynął badaniami temi, wygłosił też hipotezę, mającą objaśnić osobliwe te zjawiska. Odrzucił on mianowicie myśl, że mamy tu do czynienia z objawami świetlnymi, identycznymi lub też choćby podobnymi do zwykłych drgań eteru; przyjął natomiast, że obserwowane zjawiska fosforescencji powodowane są przez uderzanie materalnych cząstek rozrzedzonego, wypełniającego rurę gazu, które to cząstki od katody biegną po drogach prostolinijnych. CROOKES nazwał ultragazowym ten stan materji, który w powyższych warunkach wypełnia naczynie. Ten

„czwarty“ stan materii, znacznie bardziej rozrzedzony, niż zwykłe gazy, od niego też otrzymał nazwę „materii promienistej“.

Wszelako hipoteza CROOKES'a nie pozyskała wielu zwolenników, dała natomiast popochop do bliższego zapoznania się z naturą niezrozumianego zjawiska. Fizycy sądzili przez czas pewien, że promienie katodálne pozostają w pewnym bliskim związku z prądem elektrycznym, przepływającym przez rurę GEISSLER'a, że może są wprost widocznym dla oka kierunkiem, w jakim prąd ten przebiega. Naprowadzało na tę myśl zwłaszcza doświadczenie, które pozwalało przy pomocy magnesu, zbliżonego do katody, odchylać kierunek promieni. Lecz HERTZ dowiódł doskonałymi eksperymentami, że kierunek prądu nie ma nic wspólnego z kierunkiem promieni katodálnych. Przekonano się nadto, że same te promienie nie świecą wcale, a postrzegane są przez nas tylko dzięki fosforescencji, jaką wywołują w tych ciałach, na które padają i przez które zostają pochłonięte, absorbowane. W najprostszym przypadku, gdy wytwarzamy je w rurze GEISSLER'a, w której żadne ciało stałe nie jest umieszczone, fosforescencja szkła rury czyni je dla nas widocznymi. Właściwość taka promieni katodálnych nasuwała myśl, że są one bardzo podobne do promieni ultrafioletowych widma słonecznego, które, również dla oka naszego niewidzialne, sprawiają znane ogólnie działania chemiczne, rozkładają np. sole srebra. Istotnie, fizyk niemiecki WIEDEMANN wygłosił domysł, że promienie katodálne są promieniami światła o bardzo znacznej szybkości drgań czyli o falach krótkich, znacznie jeszcze krótszych od fal ultrafioletowych. Drgania te, jak i drgania eteru w zwykłych promieniach świetlnych, mają według WIEDEMANN'a zachodzić poprzecznie do kierunku promieni. Hipoteza ta istnieje w nauce fizyki od lat dwunastu, lecz nie została jeszcze poparta dowodami przekonującymi.

A tymczasem z tajemnicy promieni katodálnych wyłoniła się nowa tajemnica. Poznano pewne działania, wychodzące z katody rurek GEISSLER'a (lub HITTORF'a albo CROOKES'a—jak je obecnie naprzemian nazywają), które znów sprawiają skutki odmienne od sprawianych przez promienie katodálne. LENARD, który pierwszy badał ten nowy przedmiot, nie dostrzegł wszakże całej jego ważności. Dopiero ROENTGEN, oceniwszy doniosłość tych zjawisk, opisał swe doświadczenia w taki sposób, że stanęły one odrazu w szeregu najświetniejszych odkryć naukowych.

(D. n.).

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

13. HANOT. **Żółtaczką wskutek zatrzymywania się żółci wewnątrzrzazikowego.** Jeżeli na stole anatomicznym poszukiwać będziemy przyczyn żółtaczki prawdziwej (*ictère vrai*), prawie zawsze znajdziemy jakieś zmiany makroskopowe, mniej lub więcej uderzające. Czasami przyczyna żółtaczki bywa ukryta w wątrobie, np. kamień głęboko tkwiący w przewodzie wątrobowym, a czasem wcale jej golem okiem nie wykryjemy. W tych przypadkach, którymi się właściwie H. w pracy swojej zajmuje, znajdziemy jednakże zmiany, ale zapomocą drobnowidza. Przyczyny, jakie wywołują żółtaczkę prawdziwą, mogą być dwójakiego rodzaju: 1) zapalenie drobnych przewodów żółciowych (*angiocholitis canalicularis*); do tego szeregu żółtaczek zalicza HANOT żółtaczkę w stwardnieniu wątroby przerostowem (*cirrrosis hypertrophica*). W czasie obostrzeń tego cierpienia rozrastają się i rozmnażają młode komórki w ścianach tych przewodów, co wywołuje ich zatkanie i zwięk-

sza istniejącą już żółtaczkę. Później w okresie łagodniejszym znaczna część tych młodych komórek nowej formacji znika w ten sposób, że albo się zwyrodnia, rozpada i wchłania, albo wypychana zostaje do większych przewodów żółciowych przez prąd żółci, a żółtaczka wskutek tego się zmniejsza. W ten sposób objaśniamy sobie kolejne zabarwienie i odbarwienie stolców przez żółć, raz wylewającą się do kiszek, to znów zatrzymywaną w wątrobie.

2) Drugą przyczynę stanowi zatrzymywanie się żółci w samych zrazikach wątrobowych—wewnątrzrazikowe. Żółtaczkę w tych razach można sobie jedynie w ten sposób wytłumaczyć, że w samych zrazikach komórki wątrobowe ulegają zmianom chorobowym: rozrastają się i zamykają najdrobniejsze (międzykomórkowe) przewody żółciowe w samym wnętrzu zrazików. Żółć, która się w tym okresie wydziela z komórek wątrobowych, ma drogi wydzielnicze zamknięte: z musu zostaje wchłanianą do krwiobiegu. Sprawa ta najwyraźniej występuje w ciężkich postaciach żółtaczki (*icterus gravis*), a wiemy, że w tej właśnie postaci w stopniu najwyższym ulegają zmianie komórki wątrobowe samych zrazików pod wpływem zakażenia. W tej postaci chorobowej komórka wątrobową ulega najróżnorodniejszym zmianom, zaczawszy od rozrostu, a kończąc na zwyrodnieniu i nekrobiozie. Pomimo to, że drogi żółciowe zamknięte są wewnątrz zrazików, nastąpić może zakażenie, gdyż drogą, jaką wkracza do wątroby zakażenie, nie są jedynie przewody żółciowe, ale i żyły i tętnice wątrobowe pośredniczą pomiędzy źródłem zakażenia i komórką wątrobową. Jest rzeczą dowiedzioną, że podwiązanie większego przewodu żółciowego bynajmniej nie przeszkadza wkraczaniu czynników zakaźnych powyżej miejsca podwiązania, a raczej sprzyja tej sprawie chorobowej. Istnieje przypuszczenie (PORTER), że wobec istniejących już zmian w komórkach wątrobowych, nawet wpływy nerwowe mogą wywołać żółtaczkę, gdyż nerwy mają wpływ niewątpliwie na odżywanie komórek, które wskutek zmian, jakim ulegać mogą, powodują czasowe zamknięcie dróg żółciowych wewnątrzrazikowe. (Jeżeli tak jest istotnie, zbyt dużą się okaże teoria (HARLEY), dowodząca, że żółtaczka może powstać również wskutek wstrzymania na drodze nerwowej działalności żółciotwórczej w wątrobie, a zatrzymywania się i nagromadzania czynników żółciotwórczych. Przep. refer.).

(*La semaine médicale*, N. 61, 1895).

Ig. Grundzach.

14. H. RIEDER. **Przyczynę do rozpoznawania nowotworów przy pomocy badania drobnowidzowego przesieków.** Obecność w przesiekach wielopostaciowych, niejednakowej wielkości, komórek, ułożonych w postaci grudek, przemawia, jak wiadomo, bardziej za charakterem ich nowotworowym, niż za śródbłonkowym. Niekiedy jednak i komórki śródbłonkowe przedstawiają się w tak rozmaitej postaci, że stanowcze rozstrzygnięcie kwestyi nie jest rzeczą łatwą. Dlatego też dotychczas rozpoznawano nowotwór tylko wtedy, gdy nie brakowało charakterystycznego układu komórek w postaci guziczków galaretowatych, strzępów lub kosmków. Twory te jednak rzadko bardzo znajdują się w przesiekach opłucnej i otrzewnej, co znacznie ogranicza ich znaczenie rozpoznawcze.

W celu dokładnego zbadania płynu przesiekowego wysusza RIEDER cienitką warstwę tegoż na szkiełku pokrywkowym, a po zupełnem wyschnięciu pomieszcza szkiełko na godzinę w mieszaninie równych części wysoku i eteru, a następnie barwi je rozcieńczoną hematoksyliną.

W preparatach w ten sposób przygotowanych, znajdują się twory następujące: ciała limfatyczne oraz komórki owalne z zarodką drobnodziarnistą,—są to nabłonki tłuszczone; prócz tego wielopostaciowe komórki, jedno- i wielojądrowe

z wakuolami kulistymi. Niektóre znów komórki znajdują się w okresie dzielenia, przyczem mitozy mają wszystkie cechy podziału nieprawidłowego, występującego zwykle w nowotworach. Tak np. niektóre komórki mają jądro rozdzielone na 4 części, każda w innym biegunie, niektóre znów przedstawiają się w postaci olbrzymich rozplątanych komórek z wieloma jądrami, znajdującymi się w okresie karyokinezy. Często bardzo nie mają chromozony typowego układu, t. j. polarnego lub ekwatorialnego, są bardzo nieliczne i bardzo krótkie. Sama zaródź komórek posiada tu zwykle mniejszą skłonność do dzielenia się, wskutek czego okazuje zwykle rozmaite wklęsłości i zagłębienia.

Na zasadzie takiego wyniku badania drobnowidzowego, autor w przypadku wątpliwym rozpoznał nowotwór opłucnej i otrzewnej.

(*Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. 54. Heft 6.*)

Klejn.

15. A. HENNIG. **Przyczynek do symptomatologii i terapii nerwowych postaci grypy.** Autor rozróżnia 4 główne postacie tej choroby, a mianowicie: oddechową, sercową, żołądkową i nerwową, przyczem rozpatruje głównie objawy nerwowe. Z tych ostatnich najważniejsze są trzy następujące: nieokreślone bóle głowy, nadzwyczaj różnorodne i niezależne w swem natężeniu od ciężkości choroby; dalej ogólna prostracja, zupełnie niezależna od wysokości ciepłoty; наконец poty, występujące w ciągu całego przebiegu choroby, a nawet i później. Prócz tego w każdym niemal przypadku zjawiają się ogólne bóle mięśniowe, oraz bóle jakby gośćcowe w krzyżu i w stawach. W związku z nimi znajdują się bóle nerwowe najczęściej w gałązkach nerwu trojdzelnego, które należy odróżniać od nerwobólów po ustąpieniu grypy, daleko trudniej poddających się leczeniu przeciwnerwowemu. Do tejże kategorii objawów nerwowych zalicza autor bradykardję, względnie tachykardję, jako skutek cierpienia odpowiednich nerwów serca. Wnioskować zatem należy, że ani ciepłota, ani tętno nie mogą wpływać na rokowanie w grypie. Co się tyczy zmysłów, to nierzadko dają się spostrzegać w różnym stopniu znieczulenia i nadczułości.

W 3% przypadków pojawiają się różne wysypki skórne. Do rzadkich a ciekawych objawów należy *pruritus* przy grypie, po którym później może się zjawić *diabetes mellitus*.

Wobec dowiedzionego zakaźnego pochodzenia grypy, autor stara się objaśnić wszystkie objawy działaniem swoistych toksyn na ustrój, chociaż nie może bezwarunkowo odrzucić hipotezy CLAUS'a, według której różnorodne te objawy mają swą podstawę w konstytucyjnej, dziedzicznej skłonności danego osobnika.

Ze wszystkich środków najlepsze usługi oddawał autorowi w nerwowych postaciach influenzy—salofen, rozkładający się dopiero pod wpływem soku żołądkowego na salicylan sodu i acetylparamidofenol. Podaje się ów lek, indywidualizując, 1,0 do 5,0 *pro die*; 0,5 na dawkę; dzieciom połowę tej dawki.

Józef Piotrowski.

16. FÉRÉ. **Boraks w leczeniu padaczki.** FÉRÉ na 122 dorosłych chorych, których leczył boraksem w szpitalu Bicêtre, otrzymał tylko w jedenastu przypadkach wybitniejsze polepszenie, czego dowodem były znacznie rzadsze napady padaczki i zawrotów głowy. Z podanych dość szczegółowo 11-tu spostrzeżeń wynika, że chorzy przedtem byli bezskutecznie leczeni bromem; tymczasem po dłuższem leczeniu boraksem (3—17 miesięcy) w dawkach 4-gramowych dziennie, stopniowo powiększanych do 18,0, miewali napady znacznie rzadziej. Wogóle FÉRÉ otrzymał na 100 przypadków dane następujące: w 71,31 żadnego wyniku; w 19,67 wynik wątpliwy; w 9,02 trwałe polepszenie.

Przy użyciu boraksu bywają dość częste przypadki przewlekłego zatrucia, które FÉRÉ opisał już dawniej pod nazwą „le Borisme”. Najpierw cierpi przewód pokarmowy, mianowicie, zjawia się uczucie gnienienia i gorąca *in scrobiculo cordis*, nudności, często wymioty, które zmuszają do przerwy w leczeniu boraksem (przetwór ten w roztworze glicerynowym bywa lepiej znoszony, niż w wodnym). Boraks sprowadza suchość skóry i błon śluzowych, nastrzyknięcie łącznicy oka i ropienie powiek, często włosy czaszki i brwi wypadają, rzadziej pod pachą lub na częściach płciowych. U niektórych osób boraks sprowadza łuszczycę, najczęstszą jednak postacią jest *eczema seborrhoicum*, umiejscowiona początkowo w bocznych częściach tułowia, w okolicy podpepłkowej i na przednich powierzchniach kończyn, poczem rozszerza się na inne części ciała. Cierpienia skórne ustępują pod wpływem leczenia miejscowego i czasowej przerwy w podawaniu boraksu, następnie nie powtarzają się często w ciągu całych miesięcy, pomimo, iż boraks daje się na nowo. Niekiedy wysypka bywa podobną do odry lub szkarlatyny, następuje przytem łuszczenie się skóry. Przy znacznem rozszerzeniu się sprawy choroby podlegają wycięczeniu. Często przyczyną charłactwa może być ciągły brak łaknienia przy użyciu boraksu. U dwóch chorych FÉRÉ zauważył, prócz wysypki i puchliny charłaczkiej, silne obrzmienie i bolesność mięśni obojczyko-mostko-sutkowych; przytem tam, gdzie mięsień lewy większy przyjmował udział w napadzie padaczki, niż prawy, obrzmienie z lewej strony było znaczniejsze. Objaw ten trwał 15—20 dni po przerwaniu leczenia boraksem. Do niebezpieczniejszych objawów zatrucia boraksem należy obrzęk twarzy i kończyn oraz białkomocz, co zmusza do ciągłego badania moczu przy leczeniu boraksem, gdyż nieraz nawet zaprzestanie podawania go nie usuwa zaburzeń nerkowych. Bezskuteczność przerwy w leczeniu w tych razach tłumaczy się powolnością wydzielania boraksu z ustroju; u jednego chorego np. można było odkryć boraks w moczu w 53 dni po zaprzestaniu dawania tegoż (mocz się spała, popiół rozpuszcza w alkoholu, który w obecności boraksu pali się charakterystycznym płomieniem zielonym). Ponieważ obrzęki zjawiają się często w pierwszych dniach podawania boraksu, możnaby objaśnić objaw ten porażeniem nerwów naczynioruchowych i przypisać temuż porażeniu szczęśliwe wyniki leczenia boraksem; przeciwko temu jednak przemawia, że między obrzękami, a zmniejszeniem ilości napadów niema żadnej równoległości. Jednem słowem, boraks w pewnych przypadkach może dać wyniki zadawalające; należy go próbować w tych razach, gdzie brom nas zawiódł zupełnie. Przy podawaniu boraksu należy jednak być ostrożnym, gdyż nieraz nawet w niewielkich dawkach sprowadza cierpienia nerkowe.

(*Revue de Médecine. Septembre 1895*). Władysław Kosmaciński.

17. S. D. SEGAL. Sposoby wykrycia udanej ślepoty jednostronnej.

1) Przed każdym okiem umieszczamy szkło walcowate wypukłe siły 1,0—1,5 D. w ten sposób, żeby oś jednego szkła stała prostopadłe do osi drugiego. Jeżeli wtedy znaki tablic SNELLEN'a będą rozpoznawane obuocznie tak samo, jak jednym okiem bez szkła, to istnieje symulacja. (Sposób niepewny. Przyp. ref.).

2) Zamiast słabych, użyć można i najsilniejszych szkieł walcowatych, ustawionych jak wyżej, tylko znaki tablic zastąpić należy płomieniem świecy. Jedno szkło da obraz świecy wyciągnięty poziomo, a drugie pionowo; jeśli to zostanie spostrzeżone, to oczy są widzące.

3) Przed okiem widzącym umieszczamy silne szkło wypukłe, przed niby ślepym—szkło płaskie i każemy patrzeć na płomień świecy. Oko widzące, wskutek

wywołanej sztucznie wysokiej krótkowzroczności, będzie widziało płomień w postaci krążka świetlnego, a oko udające ślepotę—w jego zwykłej postaci.

4) Przez dwa wypukłe lub płaskie szkła, zlekka posypane proszkiem widlaka, badany patrzy na płomień świecy. Wskutek obecności proszku na szkle płomień świecy wydawać się będzie otoczonym kręgami tęczowymi. Jeżeli w czasie badania zetrzeć proszek ze szkła, przed okiem widzącym umieszczonego, a badany będzie widział dalej kręgi tęczowe, to będzie znaczyło, że i drugie oko nie jest ślepe.

5) Jeżeli urządzić tablice stereoskopowe w ten sposób, że na jednej stronie znaki lub litery będą jednej barwy, a na drugiej innej, to w stereoskopie otrzymuje się barwę nową, ze złącia dwóch powstałą. Na mocy tego bardzo łatwo wykryć ślepotę udaną.

(*Wiest. Oftalm. Listop.-Grudz. 1895*).

B. R. G.

ODCINEK.

W sprawie nierządu publicznego (prostytucyi) i zapobiegania chorobom wenerycznym.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 4).

VIII. Sposób ujawniania prostytutek tajnych i zapisywania ich do kontroli Komitetu dawniejszy i teraźniejszy—jego wady.—Zarys projektu reorganizacji Komitetu i zmian w przepisach obowiązujących. — Projekt ogólnych rewizyi w fabrykach i t. d., jego nieprawność i niepraktyczność.

Za główne zadanie Komitetu policyjno-lekarskiego poczytywać należy, aby jak największą liczbę kobiet, zajmujących się nierządem tajnym, pociągnąć do obowiązkowej ślęłej rewizyi—czy to w charakterze prostytutek zawodowych—tolerowanych, czy też t. zw. sekretnych lub, jak obecnie, ulgowych. Procedurę tę uskutecznia Komitet Warszawski w sposób następujący.

Według pierwotnie obowiązujących §§ 31 i następnych przepisów z roku 1842^a, komisarz Komitetu mocen był — po uznaniu przedstawionych mu przez dozorcę i sprawdzonych przez swego pomocnika i policję wykonawczą dowodów, za dostatecznie przekonujących o zajmowaniu się przez kobietę pokątnym zawodowym nierządem—wpisać ją do kontroli i przedstawić tę swoją decyzję do zatwierdzenia Oberpolicmajstra m. Warszawy.

W razie, gdyby doniesienia sekretnych organów Komitetu, t. j. dozorczy i pomocnika komisarza, nie zgadzały się z zasięgniętą opinią komisarza policji wykonawczej danego cyrkułu, to komisarz Komitetu powinien był prosić Oberpolicmajstra o pozwolenie wpisania kobiety do t. zw. kontroli sekretnej—dla dalszego jej śledzenia, i gdy pierwotne podejrzenia po pewnym czasie stwierdzone zostały, to komisarz mocen był wpisać kobietę do kontroli.

Wskutek zaprowadzenia w roku 1876 nowej ustawy o karach, powyższe atrybucye Komitetu—jako niezgodne z duchem nowego prawa—musiały uleść licznym ograniczeniom i zmianom. Nastęrczały się w praktyce pewne wątpliwości i sprzeczności, które ostatecznie zostały rozstrzygnięte postanowieniem ogólnego zebra-

nia pierwszego oraz kasacyjnego Departamentu Rządzącego Senatu z r. 1892 d. 3 lutego § 7. Ponieważ odnośne orzeczenie Senatu zostało niedawno w naszym piśmie przez kol. ROGOWICZA¹²⁾ wyczerpująco przedstawione, przeto, odsyłając interesującego się bliżej tą kwestyą czytelnika do artykułu kol. ROGOWICZA, ograniczę się do przytoczenia tych tylko punktów orzeczenia Senatu, które bezpośrednio odnoszą się do omawianej przez nas obecnie sprawy ujawniania i zapisywania prostytutek zawodowych tajnych do listy kobiet publicznych, ulegających nadzorowi i kontroli Komitetu policyjno-lekarskiego.

Według wyżej wzmiankowanego postanowienia Senatu¹³⁾ „zaliczenie do rzędu kobiet publicznych i poddanie się przepisom nadzoru może mieć miejsce albo na żądanie samej kobiety, na mocy jej dobrowolnego o to starania, albo też na żądanie Komitetu lub tej władzy, na którą włożony jest obowiązek nadzoru; żądanie musi być oparte na wiadomościach, zebranych w drodze przez prawo wskazanej, i dokładnie sprawdzonych co do faktu oddawania się nierządowi danej osoby. W każdym jednak razie takie poddanie się powinno być wyrażone własnoręcznym podpisem kobiety na deklaracji podlegania nadzorowi: podpis, dany przez nią osobiście, a w razie, gdyby pisać nie umiała, przez osobę specjalnie do tego przez nią upoważnioną“.

Na mocy więc powyższego postanowienia najwyższej władzy prawodawczej, każda prostytutka tajna ma prawo niepoddać się nadzorowi i kontroli, a Komitet policyjno-lekarski nie posiada środków zniewolenia jej do tego, choćby materyał dowodowy o oddawaniu się jej zawodowemu nierządowi był jaknajzupełniej przekonywający.

Wprawdzie prawodawca mówi dalej: że „kobieta choćby była uznawana przez władzę właściwą za żyjącą z nierządu, lecz nie poddająca się nadzorowi pomimo zwróconego do niej o to żądania, jest nierządnicą tajną i podlega odpowiedzialności z art. 44¹⁴⁾ za nierząd tajny.

Lecz kto ma pociągać zawodową nierządnicę do odpowiedzialności sądowej za nierząd tajny? Oczywiście Komitet policyjno-lekarski lub też inna władza policyjna, nadzór sprawująca. Otóż praktyka wykazuje, że komisarz Komitetu warszawskiego—jako jego przedstawiciel i wykonawca—już oddawna tego nie robi—i robić nie może,—a to dla powodów następujących:

Po wydaniu obecnie obowiązującej ustawy o karach, uchylone zostały istniejące dotychczas (w kodeksie karnym wyd. 1857 r.) przepisy, dotyczące karania wszelkiego rodzaju nierządu jako rzemiosła, a to z powodu sprzeczności tych przepisów z faktycznem tolerowaniem domów nierządu i kobiet publicznych. Przepisy rzeczzone zastąpione zostały ustanowioną w art. 44 ustawy (patrz wyżej) odpowiedzialnością za niezachowanie prawideł, zapobiegających nierządowi i zgubnym jego skutkom. Ponieważ dalej prawodawca, interpretując art. 44, mówi, że „za niespełnianie przepisów, a w tej liczbie i obowiązkowych oględzin lekarskich, podlegają karze z art. 44 tylko kobiety publiczne, przebywające w domach publicznych lub zapisane w Komitecie na listę prostytutek tolerowanych, które dobrowolnie do tego się zobowiązały i podpisały odpowiednią deklarację; wszystkie zaś inne kobiety, żyjące z nierządu, chociaż nie są zaliczone do kategorii

¹²⁾ „Oględziny lekarskie kobiet w obliczu obowiązującego u nas prawa” przedstawił d-r J. Rogowicz. „Medycyna“ N. 1 1896 r. str. 15 i następne.

¹³⁾ I. c. str. 19.

¹⁴⁾ Artykuł 44 Ustawy o karach, nakładanych przez Sędziów pokoju (wyd. 1886 r.): Za niewykonanie rozkazów sądu, odnoszących się do zapobiegania nierządowi i zgubnym jego skutkom, winni ulegają: a) karze więzienia nie dłuższej jak na jeden miesiąc, lub karze pieniężnej do wysokości nie więcej jak stu rubli

kobiet publicznych, mogą być pociągane do odpowiedzialności z art. 44 o karach, lecz nie za niezachowanie przepisów, dla nich nieistniejących, a za potajemne prowadzenie nierządu jako rzemiosła"; przede wszystkim więc skarżący musi dowieść przed sądem, że kobieta faktycznie oddaje się nierządowi zawodowemu, co rzadko kiedy jest możliwe, — przeciwnie, ponieważ sprawy tego rodzaju — już z natury swej nieuchwytnie — zawsze będą dawać sędziemu szerokie pole do indywidualnego zapatrywania się, przeto bardzo często może się zdarzyć, że dowody, przedstawione przez Komitet, zostaną uznane przez sędziego za niedostateczne i obwiniona zostanie uwolniona od odpowiedzialności. Mniejsza o to, że taki wynik sprawy uzuchwala i zdemoralizuje obwinioną, lecz, co gorsza, da on w ręce nierządnicy broń, na zasadzie której może pociągnąć komisarza do odpowiedzialności prawnej, gdyż prawodawca wyraźnie zastrzega: że „winni błędnych wiadomości, połączonych z rozgłosem (sprawa w sądzie jest już sama przez się rozgłosną), niesłusznie kalającym dobre imię i honor kobiety, mogą być pociągnięci do odpowiedzialności prawnej". Czy wobec powyższych zasad prawodawczych i możliwych, z praktycznego ich zastosowania, następstw, może komisarz Komitetu występować ze skargami przed sędziów pokoju o zawodowym zajmowaniu się tajnym nierządem? i gdyby występował, to na co by się to przydało?

Stopień kary, jaki ewentualnie może spotkać prostytutkę za oddawanie się tajnemu nierządowi, nie może dla niej wypaść i faktycznie nigdy nie wypada zbyt dotkliwie, — a to dlatego, że nierząd tajny — jako taki — nie jest, według myśli prawodawcy, karygodnym (patrz wyżej), lecz może być karanym z art. 44 jedynie tylko z zasady i w celu zapobiegania przestępstwu, jakim jest szerzenie zarazy, co w każdym pojedynczym przypadku niełatwo da się bez rewizji lekarskiej rozstrzygnąć; zawsze więc wyrok zależeć będzie od indywidualnego zapatrywania sędziego, i musi być łagodnym.

Z tego, co się dotąd powiedziało, jasno wynika, że powyższe traktowanie nierządu tajnego w praktyce policyjno-lekarskiej, graniczy ze skrajnym abolicjonizmem (patrz wyżej — zasady abolicjonizmu), i zupełnie ubezwładnia działanie Komitetu, i to w zakresie najważniejszej jego czynności t. j. rejestrowania tajnych nierządnic zawodowych.

Mimowolnie następuje tu pytanie: jakim sposobem — przy takiej pobłażliwości dla nierządnic tajnych i wypływającej stąd bezsilności Komitetu — zdołał ten ostatni zarejestrować w Warszawie 2,000 kobiet publicznych? Odpowiedź na to znajdziemy: 1) w nieświadomości prostytutek o przysługującym im prawie zapisywania się lub niezapisywania do kontroli, z czego prawdopodobnie umie zrećcznie korzystać Komitet, i 2) w obawie prostytutek — niestałych mieszanek m. Warszawy (których jest bardzo dużo), aby nie zostały wysłane transportem na miejsce zamieszkania, do czego Komitet jest uprawniony w razie, jeżeli prostytutka nie zgadza się na zapisanie do kontroli.

Wracamy do wykazanej przez nas powyżej, wadliwej organizacji warszawskiego Komitetu policyjno-lekarskiego i sprzeczności, jaka obecnie istnieje pomiędzy orzeczeniami prawodawczymi, a zastarzalymi i niedostatecznymi przepisami, krórymi dotąd się rządzi Komitet warszawski. O konieczności jaknajrychlejszego usunięcia tych wad i sprzeczności zbytecznem byłoby się rozwodzić. Sądzę, że dałoby się to z łatwością osiągnąć, gdyby przy przyszłej reorganizacji Komitetu warszawskiego zostały przede wszystkim uwzględnione dwie następujące zasady: pierwszą z nich jest pewnik, że głównym rozsądnikiem przymiotu jest nierząd zawodowy tajny, a drugą — słuszną zasadą, na mocy której należy raczej

ograniczyć nadmierną swobodę niebezpiecznych dla społeczeństwa jednostek, niż wystawiać na szwank zdrowie publiczne (*Salus populi suprema lex esto!*)

Należałoby więc przekształcić Komitet warszawski, na wzór petersburskiego, na samodzielną, dobrze uposażoną instytucję, na czele której stałby Inspektor - lekarz, doświadczony i wszechstronnie ukształcony syfilidolog, a członkami czynnymi byli lekarze komitetu i komisarz. Główne sprawy, a między temi i zapisywanie do kontroli kobiet, zajmujących się zawodowo nierządem tajnym, powinny być rozstrzygane na sesji, składającej się najmniej z 3 członków Komitetu. Dowody obwiniające powinny być rozbiegane szczegółowo i, po osobistym rozmówieniu się Inspektora Komitetu z obwinioną, zapada protokularnie ostateczna decyzja, która ma moc obowiązującą dla prostytutki.

Lecz—nawet przy tak uproszczonem postępowaniu—jest więcej niż wątpliwem, czy teraźniejszy Komitet może podołać olbrzymiemu zadaniu choćby najślabszego kontrolowania, ewentualnie ujawnienia i zarejestrowania owych 10,000 prostytutek tajnych? Sądzimy, że nawet w trójnasób powiększony Komitet nie byłby w stanie temu zadaniu sprostać.

Skoro tak, to należy się zastanowić nad pytaniem: czy nie istnieją i czy nie dałyby się zastosować prostsze i praktyczniejsze sposoby poddania prostytucji tajnej pod kontrolę policyjno-lekarską?

Po stanowczem orzeczeniu Senatu z r. 1892¹⁵⁾ o nieprawności i niedopuszczalności wszelkich oględzin przymusowych, moglibyśmy zupełnie pominąć projekta niektórych krańcowych zwolenników regulaminu, zmierzające do zarządzania doraźnych lub peryodycznych rewizji policyjno-lekarskich w większych lub mniejszych zbiorowiskach kobiet wolnych (w fabrykach, piwiarniach, hotelach i t. d.), które możnaby podejrzewać o nierząd lub o szerzenie chorób wenerycznych. Lecz i z teoretycznego punktu widzenia zaznaczyć należy, że czas byłby wielki raz już porzucić ten stary, od wieków powtarzany i z książki do książki bezkrytycznie przepisywany środek, który jednak od czasu do czasu znowu się pojawia, jako nowy i radykalny środek profilaktyczny! Policyja lekarska nie może sobie dotąd dać rady z zawodową prostytutką tajną, do czego więc ma prowadzić wkraczanie w niezmierny zastęp pracownic fabrycznych—o nic nieprzekonanych, a nawet nie podejrzanych? Podejrzana może być pewna osoba lub nawet kilka osób, lecz to nie może stanowić zasady do poddawania rewizji wielu kobiet, częstokroć małoletnich—dla tej jedynie przyczyny, że są robotnicami ludnej fabryki. niesprawiedliwość i nieludzkość tego projektu równa się jego niepraktyczności. Jakiej bowiem falandi lekarzy potrzebaby było użyć na jego wykonanie? i czy dałby się wykonać? czy nie natrafiłby na twardy opór w obronie praw osobistych? I co przez podobne rewizje dałoby się osiągnąć? Conajwyżej wykryje się jedną lub kilka osób dotkniętych chorobą weneryczną. Lecz wielki ten zamach nie ujawni, ani zarejestruje ani jednej pokątnej prostytutki,—a przecież o to głównie iśćby tu powinno.

Przyznać wprawdzie należy, że pewne fabryki i zajęcia zasługują na bacniejszą, niż dotąd, kontrolę, ze względu na możność szerzenia przymiotu. Tu należą: fabryki szkła, zajęcia posługujące się dmuchawką, fryzjerzy, wykonywujący obrzezanie podług starego zakonu i t. p.; lecz właściwie kwestya ta nie tu należy; są na to oddzielne organa policyjne. Toż samo i pieczę nad fabrykami lekarzom fabrycznym w zupełności pozostawić należy.

(D. n.).

¹⁵⁾ Artykuł kol. Rogowicza „Medycyna“ N. 1 1896 r. str. 17.

Ś. p. Franciszek Jawdyński.

Niepospolity chirurg padł ofiarą swego powołania w sile wieku, w chwili, gdy dzięki długiej i mozolnej pracy doszedł do powszechnego uznania, jako znakomity chirurg i prawy człowiek.

Okres działalności lekarskiej JAWDYŃSKIEGO rozpoczął się z chwilą, gdy po ukończeniu wydziału medycznego w Warszawie, został w r. 1876 ordynatorem kliniki chirurgicznej Prof. KOŚCIŃSKIEGO, z której wyniósł obfity zasób wiedzy specjalnej; dzięki bogatemu materiałowi klinicznemu wyrobił w sobie JAWDYŃSKI trafność i trzeźwość poglądu na sprawy chorobowe.

Otrzymawszy w r. 1886, na zasadzie odbytego konkursu, posadę ordynatora w szpitalu praskim, wchodzi JAWDYŃSKI na pole pracy samoistnej i odznacza się, jako wzorowy lekarz szpitalny; całkowicie oddany pracy przy chorych, nie zaniebuje się nigdy i nie dozwala innym na żadne zaniedbanie; każdy chory znajduje w nim sumiennego opiekuna. W działaniu stanowczy, w wykonywaniu zabiegów chirurgicznych biegły, zyskuje wdzięczność chorych i pobudza asystentów do pożytecznej działalności. Wziętość lekarska ś. p. Franciszka JAWDYŃSKIEGO wzrastała stopniowo, jedynie dzięki jego zaletom i uznaniu kolegów; obce mu zawsze były wszelkie reklamy i drogi uboczne w celu pozyskania chorych.

Po siedmioletniej pracy w szpitalu praskim objął JAWDYŃSKI oddział chirurgiczny w Szpitalu Dzieciątka Jezus. Była to epoka wzrastających Jego powodzeń na polu specjalnej praktyki. Idąc stale z postępem coraz bogatszej nauki chirurgii, stał się ś. p. Franciszek JAWDYŃSKI na poziomie równym wielu najlepszym współczesnym chirurgom; młodzi lekarze chętnie śpieszyli kształcić się pod jego kierunkiem, ordynatorzy innych oddziałów szpitalnych często wzywali jego rady przy rozpoznawaniu powikłanych cierpień i wyrokowaniu o najwłaściwszym sposobie leczenia w danym przypadku.

Chwile wolne od zajęć zawodowych poświęcał JAWDYŃSKI sprawom, dotyczącym piśmiennictwa lekarskiego. Długoletni współwłaściciel „Gazety lekarskiej“, wielce się przyczyniał do rozwoju tego pisma, i w niem też prace swoje, przeważnie kazuistyczne, ogłaszał. Do najlepszych prac Jego należy drukowany w r. 1893 w Przeglądzie Chirurgicznym „Przyczynek do chirurgii dróg żółciowych“. Żywy udział przyjmował JAWDYŃSKI w demonstracjach naukowych w naszym Towarzystwie Lekarskiem, w dyskusjach chętnie głos zabierał, a ze słów jego zawsze widać było, że przemawia chirurg doświadczony. Redagując przez lat 6 Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego, przyczynił się JAWDYŃSKI nie mało do rozwoju tego czasopisma.

Żywoć tak piękny, dla społeczeństwa pożyteczny, dla naszego świata lekarskiego chlubny—przerwał zgon przedwczesny.

Niezwyczajnie liczny orszak pogrzebowy, złożony z rozmaitych warstw ludności, oddał hołd zwłokom ś. p. Franciszka JAWDYŃSKIEGO, nie przez próżną ciekawość, lecz przez prawdziwe współczucie i żal po stracie tak pożytecznego i zacnego człowieka.

T. Solman.

Ś. p. Karol Kaczkowski.

W dniu 22 b. m. zmarł w Warszawie ś. p. Karol KACZKOWSKI, doktor medycyny, były starszy ordynator szpitala Św. Łazarza. Urodzony w r. 1827, skończył gimnazjum w Radomiu, a nauk lekarskich słuchał najprzód w uniwersytecie Moskiewskim, a następnie od roku 1849—1854 w Dorpackim, gdzie stopień doktora medycyny uzyskał.

Praktykę lekarską rozpoczął w Warszawie przy sprzyjających warunkach, gdyż—jako blizki krewny CHAŁUBIŃSKIEGO, który podówczas był naczelnym lekarzem szpitala ewangelickiego, został jego współpracownikiem w tym szpitalu w charakterze ordynatora.

Prawy i otwarty charakter, gruntowna wiedza i sumienność, pogodne usposobienie, graniczące z sympatyczną jowialnością, a najbardziej serdeczne ciepło jednalo ś. p. K. zawsze i wszędzie trwałe uznanie i stałych przyjaciół.

Po kilku latach pracy w szpitalu ewangelickim, ś. p. K. opuszcza razem z CHAŁUBIŃSKIM ten szpital, wskutek nieporozumień z ówczesną administracją szpitalną. Lecz działalność szpitalna była przez niego tak wysoko ceniona, że nie mógł się bez niej obejść i dlatego—pomimo wyrobionej praktyki na polu leczenia chorób wewnętrznych—nie wahał się przyjąć w r. 1859 posady ordynatora szpitala Ś-go Łazarza i wskutek tego zmienić dotychczasowy kierunek swych zajęć lekarskich. I na tem nowem polu—syfilidologa i dermatologa—przychodzi prędko do poważnego stanowiska, mającego trwałą podstawę w wysokiem uznaniu kolegów.

Wszystko to jednak nie wystarczało ś. p. K., był on bowiem entuzystą i ideologiem w szlachetnem znaczeniu tego wyrazu. Szlachetne przywiązanie do rodzinnego zagona i fanatyczna, rzec można, miłość ludu parła go niepokonowaną siłą do zajęć rolnych i blizkiego zetknięcia się z młodszą bracią.

Około r. 1870 kupuje ś. p. K. kawał mało urodzajnej i piaszczystej ziemi za Pragę i doprowadza ją do tak wysokiej kultury, że budzi tem ogólny podziw znawców.

W r. 1879 pod wpływem tych samych szlachetnych pobudek porzuca szpital, praktykę i osiedla się na stałe w nabytym majątku ziemskim—Józefopolu pod Mszczonowem. Lecz tu spotykają go ciężkie niepowodzenia. Tu traci dożgonną towarzyszkę życia i zostaje na wsi osamotnionym, przy coraz bardziej pogarszającym się stanie zdrowia. Pomimo to jednak wytrwale stoi na stanowisku i z pewnością go do skonu nie opuścił, gdyby nie wzmagająca się astma i niedomoga serca, co zmusiło go do przeniesienia się przed miesiącem na łono najbliższych mu krewnych do Warszawy.

Od roku 1863 był ś. p. KACZKOWSKI członkiem czynnym Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego. W r. 1864 ogłosił drukiem w „Pamiętniku Tow. Lek.“ tom LII str. 3—166, obszerną rozprawę „O rzeźączce u kobiet“. Ważniejszy dorobek naukowy ś. p. KACZKOWSKIEGO stanowią jego prace na niwie rolniczej: rozprawa p. t. „Badania nad drogami ratunku rolnictwa krajowego“ (Gazeta rolnicza, 1886 i oddzielne odbitki p. t. „Jak prowadzić gospodarstwo“ wydanie jubileuszowe 1886) uzyskała nagrodę konkursową. Prócz tego ś. p. K. był stałym współpracownikiem Wielkiej Encyklopedyi Rolniczej i artykuły jego pióra: „Alkoholizm“, „Chleb“, „Gospodarstwa włościańskie“ i t. d., pomieszczone w tem pomnikowem wydawnictwie, odznaczają się bardzo starannem opracowaniem.

Cześć jego zacnej pamięci!

J. M.

Wiadomości bieżące.

— Ze sprawozdania z obrotu i stanu funduszów Kasy wsparcia podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, za r. 1894, ogłoszonego w IV zeszytcie „Pamiętnika Tow. Lek. Warsz.„ między innemi dowiadujemy się: 1) że Kasa liczyła w roku sprawozdawczym 722 uczestników; 2) że fundusz żelazny powiększył się o 650 rs., tak, że z końcem roku 1894 wynosił 35,131 rs.; 3) że ze składek terminowych otrzymano 3,466 rs., w tych z samej Warszawy 1,591 rs., a z gubernii Suwalskiej 4 rs.; 4) że z innych źródeł, jakoto: odsetek od funduszu żelaznego, jednorazowych ofiar i t.p., wpłynęło 2,579 rs., tak, że ogół przychodu wynosił 6,045 rs., z którego wydano na wsparcia dla 3-ch lekarzy, 3-ch matek, oraz 85 wdów i sierot po lekarzach 5,344 rs. i na administrację 381 rs.; 5) że z odsetek od innych funduszów, w zawiadywaniu Kasy lub Towarzystwa Lekarskiego będących, udzielono wsparć w kwocie 1,111 rs. Tym sposobem wogóle 108 osobom i rodzinom udzielono 6,455 rs. Wreszcie ogółzaległych składek terminowych wynosił 850 rs., z których na gub. Lubelską przypada 195, a na Suwalską 192 rs. Że zaś zaległość ta z końcem 1893 r. wynosiła 715 rs. zatem w ciągu r. 1894 wzrosła o 135 rs., pomimo licznych odezwo do zalegających przez Komitet Kasy wystosowanych.—Smutny to objaw lekceważenia dobrowolnie przyjętego zobowiązania względem instytucyi, do której z każdym rokiem coraz większa liczba osób o wsparcie się zgłasza. Pewna cząstka winy ciąży niewątpliwie na tych, którzy zbyt opieszale zajmują się zbieraniem składek terminowych od kolegów prowincjonalnych, lecz najważniejszą przyczyną jest ich własna obojętność i brak poczucia obowiązku obywatelskiego w zasilaniu źródła, do którego w przyszłości, najnie spodziewaniej ich wdowy i sieroty udawać się będą zmuszone. Gdy wprowadzenie od lat 3-ch w wykonanie postanowienia, że wdowy i sieroty po lekarzach, nie będących członkami Kasy wsparcia, mogą najwięcej 20 rs. rocznie otrzymać, na zalegających nie wywiera pożądanego wpływu; gdy najliczne przypominanie im o zaległości przez Zarząd

Kasy pozostają nieczuli; sądzymy, że należałoby w sprawozdaniach rocznych Kasy wymieniać nazwiska zalegających i wysokość zaległej od nich składki terminowej. Gdyby zaś i to nie doprowadziło do zamierzonego celu, ogłaszać wypada corocznie listę tych, którzy np. przez lat 3 ani grosza nie wnieśli, jako wykreślonych z grona uczestników Kasy z powodu nieuiszczania składek bez usprawiedliwionych przyczyn. Do tej listy przedewszystkiem kwalifikują się członkowie Kasy z gub. suwalskiej, oprócz kol. ZMITROWICZA, który wprost do Kasy wsparcia składkę corocznie przysyła. Dla czegoż i inni tego nie czynią, gdy wiedzą, że urzędowy poborca z tej gubernii do nich o składki w danym terminie się nie zgłasza?

— W Stanach Zjednoczonych Ameryki północnej umiera rocznie z pijaństwa około 100,000 ludzi. FORMAD, badając zwłoki zmarłych z tego powodu w Philadelphia Hospital, znalazł (przy 250 sekcjach) u 90% zwyrodnienie tłuszczowe wątroby; u 60% przekrwienie lub obrzęk mózgu; u 60% nieżył żołądek, a tylko u 1% nerki były zdrowe.

— Rada miasta Paryża wydała na urządzenie rzeźni miejskich bardzo duże sumy, lecz za to corocznie otrzymuje z rzeźni La Villette około 3-ch milionów franków. Jest to bardzo przekonujący przykład, że miasta mogą czynić wiele ulepszeń sanitarnych, równocześnie otrzymując duże dochody z tychże urządzeń.

— Lekarzom, mającym zamiar zwieździć Tunis, nadarza się łatwa sposobność przez wzięcie udziału w międzynarodowym zjeździe talasoterapeutycznym, który odbędzie się w Tunisie w kwietniu r. b. Chcący należeć do zjazdu, mają przesłać najpóźniej do 15 lutego 20 franków na ręce sekretarza głównego BAUDOUIN'a (Boulevard St. Germain 14), a otrzymają zniżkę 50% kosztów podróży i inne dogodności.

— W dniu 1 stycznia r. b. przyjaciele i koledzy prof. CZECHOTTA obchodzili 30-letni jubileusz jego pracy lekarskiej. W imieniu Towarzystwa Psychiatrów petersburskiego przemawiał prof. MIERZEJEWSKI.