

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Kilka uwag o leczeniu blednicy, podał D-r Stanisław Klejn.—Postępowanie lekarskie przy poronieniach, podał D-r M Ehrlich. (Ciąg dalszy).—Dzieje ospy i praktyka jej szczepienia, podał D-r Tymoteusz Stępniewski. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 58. Przemieszczenie jądra na pracę. 59. O dziedziczeniu przymiotowych chorób oczu w trzecim pokoleniu. — **Odcinek.** Spółczesna kazuistyka lekarska przed sądem logiki, napisał Władysław Biegański.—List otwarty do redakcyi „Medycyny”. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Ogłoszenia.**

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

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Klejn—Quelques remarques sur le traitement de la chlorose. 2) D-r M. Ehrlich — Le traitement des fausses couches. 3) D-r T. Stępniewski — L'histoire de la petite vérole et la pratique de la vaccination.

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

„Medycyna”
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) Dr S. Klejn—Einiges über die Behandlung der Chlorose. 2) Dr M. Ehrlich — Ueber die Behandlung des Abortus. 3) Dr T. Stępniewski — Geschichte der Pocken und Impfungspraxis.

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

KILKA UWAG O LECZENIU BLEDNICY,

podał D-r STANISŁAW KLEJN, ordynator kliniki terapeutycznej.

Widząc wzrastającą wciąż liczbę przypadków ciężkiej blednicy i czytając wciąż nowe prace, zachwalające tę lub ową metodę leczenia tej choroby, mimowoli nasuwa się szereg pytań, gwałtownie domagających się rozwiązania. W artykule niniejszym nie mam zamiaru wyczerpać wszystkich tych kwestyi, pragnę tylko zwrócić uwagę kolegów na kilka punktów, zdaniem mojem, dotychczas mało uwzględnianych albo też zbyt przecenianych, i przedstawić je w świetle trzeźwej krytyki, opartej na ścisłym doświadczeniu.

Niejeden zapewne z kolegów zwrócił uwagę na fakt, iż pomimo tego, że znaczenie lecznicze żelaza w blednicy żadnej nie ulega wątpliwości, wyleczenie blednicy przedstawia często zadanie trudne od osiągnięcia; jeżeli zaś niekiedy się udaje, to chore po pewnym, krótszym lub dłuższym przeciągu czasu wracają z typowym nawrotem choroby. Z drugiej znów strony, obok uznanej wielokrotnie swoistości żelaza, zdania co do wartości leczniczej rozmaitych jego przetworów są bardzo podzielone, samo zaś leczenie uwarunkowane bywa mnóstwem dodatkowych, często sprzecznych, zaleceń higieniczno-dyetyetycznych, albo też nawet zjawiają się zupełnie nowe metody lecznicze, wcale żelaza nie uwzględniające. Wogóle, leczenie blednicy grzeszy bardzo często niezbyt naukową polipragmazą, utrudniającą niezmiernie wydobyć prawideł zasadniczych, któremi w każdej chorobie kierować się należy.

Jedną z ważniejszych przyczyn niepowodzenia w leczeniu blednicy jest stanowisko, z jakiego zapatruje się

leczący na etiologię blednicy. W roku zeszłym¹⁾ sprawę etiologii tej choroby rozebraliśmy dość szczegółowo, nie widzimy tu zatem potrzeby zastanawiania się nad nią; wystarczy, jeżeli przypomnimy, że większość hipotez, objaśniających powstawanie blednicy, nie wytrzymuje krytyki i że dotychczas pewnej teorii powstawania tej choroby nie posiadamy. Rozmaitość ta jednak teorii wytworzyła mnóstwo systemów leczniczych, o bardzo rozmaitej, a często wątpliwej wartości praktycznej.

Większość jednak klinicystów, wybierając tę lub ową metodę, bardziej odpowiadającą przekonaniom, albo też będącą w modzie, rzadko zadawalnia się nią samą; zwykle przyswaja sobie inne rozmaite wskazówki, zawarte w innych metodach i tem wszystkiem kieruje się przy leczeniu. Tak np., korzystając z tego, że jedni radzą leczyć blednicę tylko żelazem, inni zaś arsenikiem, inni znów stosują wyłącznie hydroterapię, albo też wyłącznie spokój lub forsowne odżywianie, albo znów kwas solny, lub pobyt w górach,—niektórzy łączą po kilka tych systemów w jeden, nie przeczuwając wcale, że nie wszystkie te czynniki jednakowo i pomyślnie wpływają na ustrój chorych i że często nawet to, co jeden z nich naprawi, drugi zepsuje, albo że dany środek ostatecznie okaże się obojętnym.

Nie wdając się tu w ocenę wszystkich tych zabiegów leczniczych, musimy zaznaczyć, iż wszystkim im prawie brak najważniejszej cechy t. j. ścisłych, systematycznych badań klinicznych. Z drugiej znów strony, ponieważ rzadko leczenie blednicy ogranicza się do stosowania jednego tylko środka, a natomiast zawsze znajduje się kilka jeszcze rzekomych wskazań, które wypełnia się rozmaitymi sposobami zapożyczonymi z innych metod leczniczych, przeto rzadko lekarz ma do czynienia ze spostrzeżeniami czystymi, któreby mu pozwalały wydać sąd o wartości tej lub innej metody lub środka leczniczego.

Jest to zresztą jeszcze najmniejszy grzech, napotykanym w leczeniu blednicy. Zwykle dołącza się do tego inna, niezmiernie ważna okoliczność, wpływająca na wynik leczenia. Rozpoznawszy blednicę, lekarz zaleca chorej stosowne postępowanie lecznicze; po pewnym przeciągu czasu chora wraca do lekarza i oznajmia mu, iż poprawy nie widzi żadnej, otrzymuje więc nowy przepis, po którym wreszcie czuje się znacznie lepiej, zaczyna lepiej wyglądać, dostaje rumieńców, tyje i t. d. Chora i lekarz są bardzo zadowoleni, chora uważa się za zdrową, a i lekarz rzadko kiedy na to się nie zgadza. Ale cóż się okazuje? Po kilku tygodniach lub miesiącach chora znów się zjawia, jeszcze bledsza może, niż dawniej. Dostaje tedy znów pewną ilość przepisów, które wywołują poprawę; po pewnym jednak czasie znów występuje nawrót choroby,—i tak ciągle, aż chora, znudzona tem ciągłym łykaniem pigułek i spełnianiem przepisów lekarskich, przestaje się leczyć. Gdy takie chore zachęcał do systematycznego leczenia, wzruszały ramionami, pokazując mi całą paczkę pomiętych recept, zawierających żelazo w różnych postaciach. Przypadki takie są wcale nierzadkie; każdy prawie lekarz miał sposobność niejednokrotnie je widzieć.

Czem to się dzieje, że cierpienie, na które, jak zobaczymy, posiadamy środek niewątpliwie skuteczny, po kilkakrotnem wyleczeniu wciąż wraca? Na to odpowiedzieć musimy, że we wszystkich tych przypadkach, gdzie tak się dzieje, blednica nie była wyleczona, lecz tylko podleczone. Za kryterium wyleczenia blednicy, jak to już przed rokiem wspomnieli-

¹⁾ KLEJN. Istota i leczenie blednicy. Streszczenie zbiorowe. Medycyna. 1895 N. 1—7.

śmy, a co, zdaje się, nie dość przez ogół kolegów uwzględnione zostało, służy nie podmiotowe uczucie poprawy chorej i nie przedmiotowo stwierdzony przybytek na wadze i rumieńce na twarzy, lecz zawartość barwnika krwi — hemoglobiny, albo ciężar gatunkowy krwi.

Przeglądając notatki swoje, dotyczące się chorych nie tylko na blednicę, ale i na rozmaitego rodzaju niedokrwistość, przekonałem się, że we wszystkich prawie przypadkach już przy 75 — 78% hemoglobiny chore czynią wrażenie zdrowych zupełnie osobników i w stosunku do tego czują się dobrze; miesięczowanie nawet jeszcze wcześniej, a mianowicie już przy 55 — 60% traci swój charakter nieprawidłowy, albo zjawia się w dostatecznym natężeniu. To samo tyczy się i szmerów w sercu i naczyniach, które niekiedy znikają dość szybko, niekiedy zaś trwają pomimo niewątpliwie doszczętnego wyleczenia choroby. Otóż chore w tym stanie wypuścić z pod obserwacji, jest to to samo, co narażać je na niewątpliwą i szybką recydywę. Osobniki takie, którym brak blisko $\frac{1}{3}$ ogólnej ilości najważniejszego składnika krwi, pomimo zupełnie zdrowego wyglądu, zdradzają dla uważnego spostrzegacza rozmaite objawy, niewątpliwie należące do obrazu blednicy. Spróbujmy jednak obserwować takie chore w dalszym ciągu, choćby przez dwa tygodnie, a wtedy przekonamy się, że będą one jeszcze lepiej się czuły, będą miały wygląd kwitnący, a wreszcie przyjdzie ta upragniona chwila, kiedy przy badaniu krwi znajdziemy 100% hemoglobiny lub niewiele mniej, a często i trochę więcej.

Od czasu, jak u każdej bez wyjątku chorej na blednicę badam systematycznie krew co 10 lub 14 dni, nie miałem wypadku, żeby mi się nie udało doprowadzić ilości hemoglobiny do powyższej normy; nie miałem również ani razu przypadku z recydywą, a mam niektóre chore w obserwacji po 4 lata. Sądzę, że każdy lekarz, postępując w ten sam sposób, dojdzie do również pomyślnych wyników, leczenie bowiem typowej blednicy — niech mówią co chcą — wcale trudne nie jest, zagmatwano je tylko niepotrzebnie, zachwaszczono rozmaitymi dodatkami, które zbiły z tropu niejednego trzeźwo myślącego lekarza i leczenie tej częstej choroby znacznie skomplikowały.

Niektórzy, co prawda, kryterium wyleczenia blednicy sformułowali na zasadzie doświadczenia w sposób bardzo dla nich wygodny, tracący jednak grubym formalizmem. Mianowicie przekonali się oni, że blednica znika w pewnej ilości przypadków po takim a takim okresie leczenia, po takiej a takiej dawce ogólnej żelaza, i na tej zasadzie wprost twierdzą, że np. 3 lub 4 porcje pigulek BLAUD'a wystarczają do wyleczenia blednicy. O ile zasada ta, jako oparta na pewnej cyfrze średniej, jest słuszna, o tyle jednak w każdym poszczególnym przypadku może sprowadzić owe fatalne dla chorych następstwa, o których mówiliśmy wyżej. Nigdy nie możemy z góry przewidzieć, jaki w danym przypadku choroba będzie miała przebieg: jedne przypadki leczą się prędzej, drugie później; nie możemy również przewidzieć rozmaitych powikłań choroby i obliczyć wpływu rozmaitych czynników, wchodzących w grę przy leczeniu blednicy i znacznie wpływających na wynik i szybkość leczenia, — słowem, kryterium to jest zwodnicze.

Inny jeszcze sposób, nie tyle skierowany przeciwko niezupełnemu wyleczeniu blednicy, ile przeciwko nawrotom, podał w ostatnich dniach na posie-

dzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego DUNIN. Radzi on chorym co pół roku po wyleczeniu brać przez jakiś czas żelazo, co ma zapobiegać nawrotom choroby. Nieulega zaprzeczeniu, że jest to sposób do pewnego stopnia niezawodny; wątpię jednak, czy pacjentki, czując się zupełnie zdrowi, zechcą o tym przepisie troskliwego o ich zdrowie lekarza pamiętać. Z drugiej jednak strony doświadczenie moje (widziałem co prawda zaledwie niecałą setkę przypadków blednicy) nauczyło mnie, iż doszczętnie wyleczona blednica nie wraca, a zatem powtarzanie po pewnym czasie żelaza — rzecz zresztą zupełnie niewinna—jest jednak zbyteczne.

Wracając do określania zawartości hemoglobiny we krwi, zaznaczyć musimy, iż w chwili obecnej nie przedstawia ono dla przeciętnego lekarza najmniejszej trudności, nie wymaga nawet posiadania drogich przyrządów. Sądzę, że każdy lekarz z łatwością zaopatrzyć się może w hemoglobinometr GOWERS'a, który do celu omawianego jest zupełnie wystarczający i w dodatku bardzo tani (Hortz w Bernie Szw. sprzedaje sztukę po 7,5 franków, w Warszawie dostanie go u Berenta i Plewińskiego, którzy za moją namową sprowadzili go). Sposobu użycia nie będę tu podawał, uczyniłem to przed 3-ma laty²⁾; zresztą do każdego przyrządu dołączany bywa opis sposobu używania, który jest bardzo łatwy. Posiadanie tego przyrządu oddać może niemałe usługi nie tylko przy leczeniu blednicy, ale wogóle przy wszelkiego rodzaju niedokrwistości, a także i chirurgom.

Niejednemu może z czytelników wyda się zbytecznem zastanawianie się tak obszerne nad sprawą tak prostą i, jakby się zdawało, wiadomą powszechnie. Tak jednak nie jest. Blednica uchodzi za cierpienie, dające się bardzo łatwo rozpoznać i bez badania krwi, co w pewnym tylko stopniu jest słuszne; jednakże kontrolowanie stanu chorych podczas leczenia zapomocą hemoglobinometru jest tak rzadko wykonywane — nie mówię tu o szpitalach, lecz o chorych na mieście — że przypomnienie o tem uważałem za konieczne. Jeżeli u chorych, dotkniętych zapaleniem nerek, każdy lekarz uważa sobie za obowiązek badać często mocza na białko; jeżeli u chorych na moczówkę cukrową czynimy to samo względem cukru; jeżeli u chorego z rzeżączką tak długo szukamy gonokoków, aż wreszcie one znikną, — dlaczegożbyśmy nie mieli w podobny sposób postępować z krwią w blednicy, — chorobie, której zmiany podstawowe we krwi się znajdują.

Jeszcze jeden zarzut muszę z góry uprzedzić. Są tacy, którzy sądzą, że klócie palców chorym co 10 dni lub co dwa tygodnie, może zniechęcić ich do lekarza i do leczenia; zapewnić ich jednak mogę, że tak nie jest. Wogóle, robiąc setki badań krwi, nie zdarzyło mi się jeszcze ani razu napotkać oporu ze strony chorego; co się zaś tyczy specjalnie chorych na blednicę, to gdy im pokazałem hemoglobinometr i objaśniłem jego cel, chore nie tylko pozwalały się powtórnie nakłówać, ale z niecierpliwością oczekiwały zwykłe następnego badania krwi.

(C. d. n.).

2) KLEJN. Kilka słów o badaniu klinicznem krwi. Medycyna 1893 N. 22—29.

Postępowanie lekarskie przy poronieniach.

Podał na posiedzeniu Tow. Lek. Płockiego d. 30 grudnia 1895 r.

D-r M. Ehrlich.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 21).

II. Postępowanie w okresie odchodzenia jaja poronieniowego.

Jeżeli przy stosowaniu powyższej metody zachowawczo - wyczekującej, krwawienie nie ustaje, a natomiast występują wyraźne oznaki zapaści (*collapsus*); wtenczas, z pominięciem kwestyi życia lub śmierci płodu, nastaje wskazywanie ratowania życia chorej przez jaknajrychlejsze powstrzymanie krwotoku zapomocą usunięcia jaja płodowego z jamy macicznej.

Postępowanie lekarskie w tym okresie poronienia rozpoczynałem od usunięcia zapaści. W tym celu chorą układało się na łóżku poziomo, z obniżoną głową, a podniesioną, zapomocą we dwoje złożonej poduszki, miednicą; nogi, zgięte w kolanach, podnosiło się też zapomocą podłożonych poduszek; na głowę stosowałem okłady gorące, a do pochwy zastrzykiwania gorące (35° R). Zastosowanie tych środków często wystarczało do usunięcia zapaści i do zmniejszenia albo nawet do zupełnego powstrzymania krwotoku. Zimne zastrzykiwania do pochwy zupełnie zarzuciłem, gdyż z jednej strony powiększają one przypadłości zapaści, a z drugiej —przeszkadzając tworzeniu się skrzepów w krwawiących otworach żylnych, podtrzymują tylko krwawienie. Również nie stosuję wstrzykiwań pochwowych o ciepłocie wyższej nad 40° R. z obawy, przy ich stosowaniu, tworzenia się zatorów (*thrombus*) w żyłach macicy i jej przydatków, a skutkiem tego śmierci.

W razie bezskuteczności wymienionych środków, stosowałem prócz tego podskórne zastrzykiwania eteru, *trae valerianae aether.*, *spirit. camphorati*, *moschi* i t. p. środków pobudzających. Zastrzykiwań podskórnych ergotyny i *acid. sclerotinici* w podobnych przypadkach zupełnie zaniechałem, gdyż, jak kilkakrotnie zauważyłem, mogą one same przez się wywołać przypadłości zapaści; zawsze bowiem działają przygnębiająco na tętno. Jeżeli i potem krwawienie nie ustaje, to zadawałem *inf. secalis cornati* 4,0—180, *cum elixir. acid. Halleri* 2,5 *et syrup. balsam. peruvian.* 30,0—co $\frac{1}{2}$ godziny po łyżce stołowej; prócz tego obficie wino.

Wynik takiego postępowania bywał rozmaity: 1) albo krwawienie wstrzymywało się zupełnie i ciąża rozwijała się dalej prawidłowo, albo 2) po kilku godzinach, a nawet dniach umiarkowanego krwawienia, następowało wyparcie jaja płodowego z macicy, bądź to w całości, bądź też oddzielnie: naprzód zarodek, a następnie jego błony; albo też, nakoniec, 3) pomimo zastosowanych środków, wszystko pozostawało bez zmiany, t. j. ani krwotok, ani zapaść nie zmieniały się na lepsze.

W pierwszym razie t. j. przy ustaniu krwotoku i ustąpieniu zapaści, pozostawałem i nadal przy postępowaniu zachowawczo - wyczekującym; w drugim zaś razie postępowanie zależało od ogólnego stanu chorej. Jeżeli przypadłości zapaści ustępowały, a przewód szyi macicznej się rozszerzał, to można było spokojnie wyczekiwać chwili, kiedy przez przewód szyi można

będzie przeprowadzić palec, aby nim odkleić i wygarnąć z jamy macicznej, jeżeli można, całe jajo poronieniowe razem z błonami. Jeżeli zaś ujście maciczne pozostawało bez zmiany, a natomiast powstawała obawa nowej zapaści, to następowało wskazanie szybkiego i energicznego ukończenia sprawy poronieniowej t. j. wydobycia jaja płodowego z jamy macicznej. Toż samo naglące wskazanie przedstawiało się i w trzecim razie, gdyż przedłużone pozostawienie chorej w zapaści i w krwotoku groziłoby zejściem śmiertelnem.

Ale łatwiej to wypowiedzieć: energiczne i szybkie wydobycie z jamy macicznej jaja poronieniowego w pierwszych 3 miesiącach ciąży,—aniżeli to wykonać! W podobnych bowiem przypadkach każdy z nas mógł z własnego doświadczenia przekonać się o tem, jak małą w rzeczywistości wartość ma ów cały legion t. z. środków i sposobów poronieniowych (*abortiva*), gdyż nieraz był zmuszony być prawie bezczynnym świadkiem w obec śmierci z niedokończonego poronienia. Wie o małej skuteczności i powolnem działaniu tych środków i sposobów każdy, kto w celach leczniczych wywoływał poronienie albo też poród przedwczesny.

I łatwo wytłumaczmy sobie bezskuteczność naszych zabiegów, jeżeli uprzytomnimy sobie, że mamy do czynienia z ciążą, która nie przekroczyła jeszcze 3 miesięcy, gdzie zatem część pochwowa, szczególnie u pierwszy raz w ciąży będących, bywa jeszcze wysmukłą i niepodatną, a ujście maciczne tak szczelnie zamknięte, iż o przeprowadzeniu przez nie palca, w celu oddzielenia jaja płodowego, mowy być nie może. Jedynie zaś, rzeczywiście skuteczny środek do rozmiękczenia szyi i rozszerzenia jej przewodu: dokładna i wytrwała tamponada zapomocą waty albo kalpeuryntera, — zwykle działa zbyt powolnie, czasem zaledwie po upływie dni kilku,—ażeby go w podobnie nagłych przypadkach można było zastosować z pomyślnym skutkiem. Prócz tego kolpeurynter ma jeszcze tą ujemną stronę, że z powodu swego kształtu i materiału, wcale nie tamuje krwotoku. Tak samo mało odpowiedniami okazały się zastrzykiwania do jamy macicznej płynów ściągających (garbnika, półtorachloru żelaza, soli cynku i ołowiu) i drażniących (eteru, wyskoku, gliceryny, nalewki jodowej), gdyż pierwsze przeciwdziałają właśnie rozpulchnieniu mięszu macicznego, a drugie działają na krew rozkładowo i trująco. Jedynie zastrzykiwania wody cieplej do jamy macicznej nie przedstawiają tych niedogodności, ale też za to i ich działanie jest bardzo niepewne. Nie pozostaje zatem w przypadkach ostatnio wymienionych, jak tylko wyjęcie jaja płodowego zapomocą odpowiednich narzędzi.

Nie będę się zastanawiał nad sposobami pomocy instrumentalnej, praktykowanej w podobnych przypadkach w rozmaitych klinikach, a postaram się jedynie przedstawić i poddać pod ocenę kolegów moją metodę postępowania.

Chora leży, jak wyżej powiedziano, z podniesoną zapomocą we dwoje złożonej poduszki miednicą. Wygodniej byłoby załatwić się na stole operacyjnym, ale stan zapaści chorej sprzeciwia się temu. Po założeniu wziernika (zwykle używam wziernika NEUGEBAUER'a) z łatwością wprowadzam mój zgłębnik łyżeczkowy aż do przejścia jego główki przez ujście maciczne wewnętrzne, następnie obracam narzędzie około jego osi podłużnej na 180° i, podnosząc jego rękojeść ku przodowi i górze, posuwam główkę po tylnej ścianie macicy, robiąc ruchy wahadłowe, między ścianą macicy a błonami jaja. Po doprowadzeniu główki zgłębnika prawie do dna macicy, ruchem około osi długości w przeciwnym kierunku nadaję zgłębnikowi jego pierwo-

tnę położenie; obniżając zaś rączkę możliwie ku dołowi i tyłowi ruchami wahadłowymi i trzymając się ciągle ściany dna, przeprowadzam główkę ku ścianie przodowej. Potem główkę zgłębnika cofa się aż do ujścia wewnętrznego i powtarza się ten sam zabieg wzdłuż przodowej ściany macicy. Wskutek obu tych rękoczynów jajo płodowe zostaje oddzielone od ściany macicy, a przewód szyi macicznej stoczkowym trzonem zgłębnika tak dalece rozszerzony, że często udaje się, przy naciskaniu drugą ręką na dno maciczne, wygarnąć łyżeczką zgłębnika całe jajo. Zdarzało się też nieraz, że przy manewrowaniu zgłębnikiem błony jaja się rozrywały; wtenczas wydobyć nie przedstawiało żadnych trudności, chociaż operowało się już więcej na oślep. W czasie manewrowania zgłębnikiem krwotok rzadko kiedy się powiększał; przeciwnie, po skończonem odluszczeniu jaja zwykle ustawał, prawdopodobnie wskutek pobudzenia macicy do skurczów. Zdarzało się jednak niekiedy, że ujście i przewód szyi pozostawały tak zwężone, iż wydobyć natychmiastowe jaja stawało się niewykonalnem. W tych przypadkach postępowanie moje warunkowałem stanem macicy.

Jeżeli nie było znacniejszego krwawienia z macicy, a stan chorej nie budził żadnej uzasadnionej obawy, to po zrobieniu mocno ciepłych ($35-40^{\circ}$ R.) przestrzykiwań wodą wyjałowioną jamy macicznej i pochwy, pozostawiałem chorą w spokoju. Jajo płodowe razem z błonami zwykle odchodziło samo po kilku godzinach albo nawet po dniach kilku.

Jeżeli zaś po odluszczeniu jaja i po pozostawieniu go w jamie macicznej, obfitość krwawienia z tejże budziła obawę; to stosowałem podwójną tamponadę macicy i pochwy, — a mianowicie w ten sposób: do przewodu szyi wprowadzałem jeden po drugim tyle wałeczków blaszeńca (*laminariae*), ile tylko na to pozwalała rozciągliwość przewodu, a potem szczelnie wypychałem luźnymi kawałkami waty całe sklepienie pochwy aż do połowy długości pochwy; dalej zaś przy cofaniu wziernika zakładałem luźno skręcone i nitką przewiązane kule z waty, aż do zupełnego wypełnienia pochwy. Dolny koniec wałeczka blaszeńcowego, dla ułatwienia wyjmowania, musi być przewiązany mocną nitką, a przed założeniem zanurza się go na kilka minut do wody wrzącej. Watę do tamponowania używam odtłuszczoną Bruns'a; do sklepienia pochwy i na część pochwową macicy kładę watę luźnymi kawałkami, gdyż takie, dokładniej obejmując szyję maciczną, działają wprost stytycznie. Po takim zatamponowaniu pozostawiam chorą w spokoju aż do czasu największego napęczenia wałeczków blaszeńca, na co potrzeba 6 do 8 godzin. Po upływie tego czasu cały opatrunek usuwał się, a za wałeczkami blaszeńca zwykle bezpośrednio wychodziło jajo z błonami; rzadko kiedy zachodziła potrzeba wygarnięcia go zgłębnikiem łyżeczkowym. Każdym razem w podobnych przypadkach miałem sposobność przekonania się o tem, jak dokładnie powstrzymuje krwawienie i jak skutecznie rozszerza przewód szyi macicznej podobne podwójne tamponowanie.

Po odejściu jaja płodowego żadnych wstrzykiwań do jamy macicznej nie robię, gdyż następujące zaraz potem krwawienie najlepiej ją wyjałowia; pochwę zaś przestrzykuję albo wodą wyjałowioną 35° R., albo też tejże ciepłoty roztworem nadmanganianu potasu (1 : 2000). Odtąd chorą traktuję jak zwykłą położnicę.

Innego trzymałem się postępowania, gdzie ciąża trwała dłużej niż 3 miesiące, gdzie zatem już się wytworzyło łożysko. W tych przypadkach, szczególnie u kobiet, które już rodziły, szyja maciczna jest o tyle rozpułchniona

i podatną, że przy pewnej wytrzymałości i dwuręcznem działaniu prawie zawsze udaje się przeprowadzić palec przez przewód szyi do jamy macicznej. Palec tu działa pewniej i oględniej, aniżeli najlepszy rozwieracz, i służy jednocześnie za tampon, co prawda, dość dotkliwie bolesny dla chorej; nigdy jednak nie widziałem się zmuszonym do zastosowania chloroformu. Palcem starałem się, o ile możliwości, oddzielić całe jajo płodowe razem z błonami i łożyskiem; co jednak niezawsze mi się udawało. Często bowiem zdarzało się, że błony pękały, płód z wodą płodową wypływał z ujścia macicznego, a błony i łożysko pozostawały. W takich przypadkach, jeżeli mi się nie udawało, pomimo manewrowania palcem, ich wydostanie, starałem się je odkleić i wygarnąć zapomocą tępej łyżeczki - pętli; jeżeli i ten zabieg okazał się bezskutecznym, to po przestrzyknięciu jamy macicznej ciepłym (35°R) roztworem nadmanganianu potasu (1 : 2000) chorą zostawiałem w spokoju, jeżeli nie było znaczniejszego krwotoku. Tylko w przypadkach znaczniejszego krwawienia podawałem sporysz albo podskórnie ergotynę, a w razie groźnego krwotoku stosowałem podwójne tamponowanie, jak wyżej. Do tamponowania wcale teraz nie używam gazy jodoformowej, gdyż kilka razy po jej zastosowaniu spostrzegałem zapaść wskutek zatrucia jodoformem, a w jednym przypadku zakażenie krwi z zejściem śmiertelnem.

Nadmieniłem powyżej, że przy pozostaniu w jamie macicznej błon płodowych i łożyska, po odejściu płodu, chorą pozostawiam w spokoju, jeżeli tylko nie grozi krwotok; doświadczenie bowiem nie upoważnia mnie do żadnej w tym względzie czynnej interwencji. Setki widziałem przypadków, gdzie łożysko albo tylko błony płodowe całymi tygodniami pozostawały w jamie macicznej bez żadnego szwanku dla chorej i same potem naraz odchodziły, najczęściej w zupełnie świeżym, niegniłym stanie. Przed kilku laty kol. Brzozowski wyjął u kobiety, u której przed 6-iu tygodniami przy porodzie urwano pępowinę, zupełnie zgniłe łożysko, a pomimo to, nie było żadnych oznak zakażenia. Ja sam spostrzegałem przypadek poronienia w 5-ym miesiącu, gdzie płód odszedł sam, a łożysko pozostało. Ujście znalazłem zupełnie zamknięte, krwawienia żadnego. W przeciągu 6 iu tygodni stosowałem codziennie przestrzykiwania jamy macicznej nadmanganianem potasu bez żadnego widocznego skutku: nie było ani bólów, ani odpływów. Dopiero na 7-my tydzień, przy oddawaniu stolca, wypadło bez żadnych bólów całe łożysko razem z błonami w zupełnie świeżym stanie.

(D. n.).

Dzieje ospy i praktyka jej szczepienia,

podał D-r Tymoteusz Stępniewski.

(Dokończenie.—Zob. N. 21).

GARRE ⁵⁾ wydzielił z krowianki pasorzyty, wywołujące na cieletach charakterystyczne krosty i zapewniające szczepionym nimi odporność. Zaznacza on nowe szczegóły, że siedliskiem materyału szczepiennego nie jest zawartość krosty ospowej, lecz tkanka podstawowa, na której się on rozwija, t. j. skóra. Z cząstek skó-

⁵⁾ Deutsch. Medic. Wochenschr. 1887. N. 12 i 13.

ry otrzymywał hodowle, składające się z jednych i tych samych małych koków, nierozrzedzających żelatyny, tak jak i małe koki VOIGT'a; w zawartości zaś krost ospowych, oprócz koków małych, znajdowały się niestale i koki duże, a oprócz nich dwa rodzaje krótkich laseczek. Hodowle GARRE'go przyjmowały się u ludzi dopiero po przejściu pewnych generacji na zwierzętach.

PFEIFFER⁶⁾ wykazał, że w krowiance znajdują się stale tylko dwa mikroby: *staphylococcus cereus albus* i *staphylococcus pyogenes aureus*, które jednak, po za-szczepieniu cielętom nie dają wyraźnych odczynów. Następnie PFEIFFER⁷⁾ zakomunikował o odkryciu innego gatunku pasorzyta z klasy pierwotniaków, mającego powodować zarazę ospową.

GRYGORIEW⁸⁾ w latach 1887 i 1888 przeprowadził w Warszawie szereg badań krowianki i limfy ospy naturalnej. Mając do rozporządzenia materiał z dwóch zakładów hodowli limf (rządowego i mojego) wprost z cieląt, a zatem wolnych od możliwych, w innych warunkach, zanieczyszczeń, otrzymał wyniki następujące: 1) tak krowianka, jak i limfa ospy naturalnej, we wszystkich okresach swego rozwoju, charakteryzują się stałą w nich obecnością jednych i tych samych drobnoustrojów; 2) mikroby ropne — *staphylococcus pyogenes aureus*, a rzadziej *staphylococcus pyogenes citreus*, stale towarzyszą, razem lub pojedynczo, krowiance i ospie; 3) oprócz mikrobów ropnych, krowiance i ospie stale towarzyszy pasorzyt określonej postaci i własności, a właściwy tylko krowiance lub limfie ospowej i będący przyczyną obu tych chorób. Pasorzyty te są: *micrococcus vaccinae* i *micrococcus variolae*⁹⁾.

Współcześnie z pracami GRYGORIEW'a w Warszawie, przeprowadzone były badania WORTOW'a w Moskwie, który wykazał, że w wakcynie i limfie ospy ludzkiej znajdują się tylko dobrze już znane drobnoustroje, że zatem przyczyną wytwarzania się krost wakcyny i ospy oraz przyczyną odporności ludzi i zwierząt na ad ospowy, jest udział w sprawie kilku drobnoustrojów razem, i że enzyma, która jest przyczyną tych spraw, jest wytworem kilku również drobnoustrojów.

Potwierdzenie tego faktu widzimy w procesie fermentacji gnilnej, który jest również skomplikowaną sprawą wspólnej czynności wielu drobnoustrojów, niezdolnych jej wywołać pojedynczo. Mieszanki hodowli z drobnoustrojów, zwykle znajdujących się w limfie krowiankowej, a mianowicie: *staphylococcus pyogenes aureus*, *l. bus*, *citreus et cereus albus*, szczepione cielętom, dały na nich charakterystyczne miejscowe wykwyty i odporność ogólną, stwierdzoną nieprzyjmowaniem się szczepień późniejszych. WORTOW szczepił następnie hodowle tychże drobnoustrojów, po otrzymaniu ich z innych źródeł (nieospowych). Symbioza wszystkich razem dawała wykwyty miejscowe i odporność.

Pomijając prace VAN DER LOEFF'a, TEUHOLT'a, PROTOPOPOW'a, COPEMANN'a, wspomniemy o badaniach, które RUETTE¹⁰⁾ zakomunikował towarzystwu lekarskiemu hamburskiemu, że udało mu się wyhodować mikroba wakcyny. Jest nim mikroby otrzymany w bulionie—na agarze, białku i t. d.; posiada własności bardzo zbliżone do otrzymywanych już przez wielu badaczy (GRYGORIEW). Mikroby ten, za-szczepiony świnkom morskim, nie wywoływał krost, natomiast znajdował się we krwi tych zwierząt po trzech dniach.

⁶⁾ Zeitschr. f. Hygiene, 1887. Bd. III. Zesz. III.

⁷⁾ Monatshefte f. practisch. Dermatologie, 1887, N. 10 i 11.

⁸⁾ O mikroorganizmach przy wakcynie i naturalnej ospie, 1889, Warszawa.

⁹⁾ Bliższe szczegóły o pracy GRYGORIEWA znajdzie czytelnik w pracy mojej: „Odnawia generacyi materiału ospowego“, „Mikroby ospowy“, „Medycyna“ 1889 r.

¹⁰⁾ Le Bulletin Médic. 1893. Maj.

Takiegoż mikroba odkrył RUETTE we krwi dziecka, któremu przed kilkoma dniami zaszczepiono krowiankę. Hodowla rzeczonoego mikroba, przeniesiona z pożywki stałej do bulionu i w nim rozmnożona, przyjmowała się znakomicie (wakcynin RUETTE'a).

W dyskusji stąd wynikłej przyjął udział VOIGT, oświadczając, że sprawdził wywody RUETTE'a i uważa je za niewątpliwe.

RUETTE dodaje, że u pewnego dziecka z ospą wietrzną znalazł takiegoż mikroba, który wogóle układa się prawie zawsze po dwa, tworząc dwuziarniaki.

SIEGEL¹¹⁾ szczepił cielętom i kozom krowiankę przez zastrzyknięcie jej do jamy otrzewnej. Po 4—8 dniach znajdował na sieci nalot włóknikowy, na otrzewnej rozrzucone grudki i ogniska wielkości bobu, przyczem gruczoly chłonne były powiększone. Z ognisk rozsianych w wątrobie i z wydatniej powiększonych gruczolów chłonnych SIEGEL otrzymywał bardzo krótkie laseczki w hodowli na surowicy, nierozrzedzające żelatyny. Szczepienie tych hodowli kozie dawało wyniki takiesame, jak po szczepieniu krowianki; szczepienie ludziom wywoływało obrzmienie i zaczerwienienie, znikające po kilk u dniach. SIEGEL wypowiada zdanie, że mieszanina hodowli, otrzymanej z mikrokokami ropnymi, wywołać powinna odczyn, jaki daje krowianka, i zapewnić odporność na jad ospowy.

Po MELJEAN'ie BUTTERSACK¹²⁾ wykrył w zasuszonej limfie ospowej delikatną siatkę z białych nitek z okrągłemi ciałkami. Twierdząc, że siatka nie jest wytworem białkowym, przypisuje jej BUTTERSACK znaczenie tworó organicznego, swoistego dla ospy, tembardziej, że, badając zawartości płynne pęcherzyków po oparzeniu i innych przeziękowych, a posiadających składniki białkowe, nie znalazł podobnych obrazów. BUTTERSACK sądzi, że nici, tworzące tę siatkę, są mikrobami właściwymi tylko ospie, a zgrubienia tych nici są siedliskiem wytwarzania się ich zarodników. BUTTERSACK szczepił limfę, w której wykrywał siatki i wywoływał u ludzi i cieląt charakterystyczny odczyn, co, podług niego, wzmacnia pewność swoistego znaczenia tych siatek dla ospy. Hodowli nie otrzymywał.

LANDMANN¹³⁾ twierdzi, że nici i siatki BUTTERSACK'a są wytworami białka i płynu.

Po Clark JACKSON'ie i Krystyanie BAY, HLAVA¹⁴⁾ pomieścił sprawozdanie z przeprowadzonych doświadczeń nad działaniem surowicy krwi cieląt, szczepionych krowianką lub limfą humanizowaną, na zwierzęta i ludzi. Praca ciekawa jest z tego względu, że po LANDMANN'ie, pierwszy sięga do dziedziny seroterapii ospy, która, bezwątpienia, ma wielką przyszłość.

Streszczone powyżej prace z działu bakteriologii ospy i krowianki, jakkolwiek nie podają ostatecznego rozwiązania sprawy o mikrobie ospowym, to jednak hodowcom ułatwiają możność badania preparatów szczepiennych i w wielu razach pozwalają ocenić wartość praktyczną tych preparatów.

Mikroskop i metoda hodowli wskazują, że: a) materyał szczepienny, działający prawidłowo, zawiera stale jedne i te same drobnoustroje, znaczenie ich jednak i rola w ospie dotychczas są nieznane (VOIGT, PFEIFFER, GRYGORIEFF, WOJTOFF i t. d.); b) materyał, niezdalny do szczepień ochronnych i mogący dawać niebezpieczne odczyny, zawiera obok specyficznych i inne drobnoustroje chorobotwórcze; c) materyał nietrwały odznacza się przymieszką krwi lub pierwiastków histologicznych skóry.

¹¹⁾ Deutsch. Medic. Woch. 1893. N. 2.

¹²⁾ Arbeiten aus dem Kaiserl. Gesundheitsamte. T. IX.

¹³⁾ Hygienische Rundschau, 1894. Maj 15.

¹⁴⁾ Casopis lekaru ceskych. N. 35. 1895.

Dane α i δ stanowiąc mogą dobrą wskazówkę przy badaniach zbywanego lub nabywanego materiału szczepiennego. Co się tyczy sprawy przymieszek, to ma ona ważne znaczenie praktyczne. Przymieszka bowiem krwi zawsze stanowiła ujemną stronę szczepianki. Krew bowiem, jako łatwo rozkładająca się, sprzyja rozkładowi innych pierwiastków histologicznych preparatu i warunkuje tem samem psucie się limfy, stanowiącej zasadniczy składnik wszelkich emulsyi szczepiennych, zwanych u nas detrytem.

Mając to na uwadze, a jednocześnie celem zamiany długotrwałej i wielce bolesnej procedury zdejmowania plonu z cielec, na krótkotrwałą i możliwie mniej bolesną, prowadzący zakłady krowiankowe: FREYER w Szczecinie, HALIBAEUS w Dreźnie, NEIDHARDT w Darnisztacie, WILHELM w Szwerynie, VOIGT w Hamburgu, FICKERT w Frankenbergu i BAUER w Wiedniu, ze względu, że cielec po zdjęciu żeń wakcyny, podlega obowiązkowo zabiciu i sekcji, dopełniali upustu krwi z naczyń wielkich, najdostępniejszych, aż do odkrwienia, a więc względnego znieczulenia skóry (*desanguinatio peripherica*); odpowiedni stopień bledości powłok zewnętrznych rozstrzygał o rozpoczęciu i szybkim ukończeniu (1—2 minut) zdjęcia plonu. Otrzymany tą drogą materiał nie zawiera krwi, a nadto, jako zbierany przez krótką chwilę, nie ma czasu zanieczyścić się naleciałościami z otaczającego ośrodka. Upust krwi zastąpiony być może zwykłym, a dopełnionem *lege artis*, zarznięciem cielecia. Materiał, zebrany tą metodą, zyskując na cechach fizycznych, posiada wszystkie przymioty materiału dobrego; potwierdzili to inicjatorowie nowej procedury w sprawozdaniach, wygłaszanych na kongresie inokulatorów niemieckich, austriackich, belgijskich i szwajcarskich, w Wiedniu 22 września 1894 r.¹⁵⁾

Następne ulepszenie polega na wyosobnieniu z emulsyi glicerynowej (detryt) jaknajwiększej ilości nieospowego balastu, znajdującego się w preparacie w postaci drobinek naskórka, tkanki łącznej, gruczołowej, mięśniowej, włosów i t. d., zebranych razem z limfą i warunkujących psucie się szczepianek. Daje się to doskonale uskutecznić zapomocą centryfugi GAERTNER'a. Świeżo wprowadzone centryfugowanie emulsyi glicerynowej ospowej (detrytu) upoważnia do poważnych wniosków teoretycznych. Płyn (limfa glicerynowa), zebrany przy centryfugowaniu w górnej dośrodkowej części epruwetki, zawierającej detryt, okazuje się uboższym w drobnoustroje; własności jednak specyficzne jego, to jest przyjęcie się limfy, prawidłowość odczynu — większe są, aniżeli w pozostałych (dolnych) warstwach, które dają odczyny burzliwe, miejscowo czyrakowate, a przedewszystkiem niestałe.

Spostrzeżenia przeprowadzają się dopiero od roku zeszłego i dotąd upoważniają do orzeczenia, że na ospie sprawdza się fakt działania enzym, wytworzonych przez drobnoustroje chorobotwórcze; płyn bowiem odcentryfugowany górny, działa dodatnio pomimo ubóstwa w te drobnoustroje, a płyn odfiltrowany od dobrego detrytu (przez filtr CHAMBERLAND'a) dolny, a więc uwolniony doszczętnie od drobnoustrojów i szczepiony królikom oraz świnkom morskim (doświadczenie własne), dawał w wielu razach łagodny odczyn miejscowy i, co najważniejsza, zapewniał odporność, wyrażoną nieprzyjmowaniem się szczepień kontrolujących. Balast, przeciwnie, dawał intensywne odczyny miejscowe, niecharakterystyczne dla ospy i nie zapewniał odporności, ponieważ u szczepionych nim przyjmowały się szczepienia kontrolujące.

W związku z etyologią ospy stoi sprawa stosunku jej do innych chorób pochodzenia pasorzytniczego, jak również sprawa działania zarazka ospowego na rzeczne choroby, i odwrotnie.

¹⁵⁾ Deutsche Medizinisch-Zeitung. 1895, N. 20.

Że epidemie ospowe, przerzuciwszy się na dane terytoryum, wpływają tu na zmniejszenie się natężenia innych chorób zaraźliwych, jest to zjawisko, notowane w dawnych i nowych dziejach medycyny; że wśród epidemii wszelakiego rodzaju, osoby, szczepione ospą ochronną, prawie nie podlegają zarazie panującej, jest to spostrzeżenie, o którym wiadomość przeszła do nas nie tylko tradycyjnie, ale i w licznych, choć luźnych notatkach; że cały gmach metody szczepień i wstrzykiwań leczniczych (seroterapii) wsparty jest na empirycznym, a więc przyrodniczym wzorze szczepienia ospy— uznajemy to za fakt dowiedziony.

To też twórca istniejącego ruchu na polu szczepień ochronnych, PASTEUR, wiążąc genezę swojej metody z empiryą szczepienia ospy, miano wakuiny przeznosił na wszystkie szczepianki. Działanie krowianki na ustrój w kierunku, jak dawniej wyrażano się, oczyszczenia go, uznawała empirya do tego stopnia, że dopatrywała się nawet wpływu szczepień na zaraźliwe choroby przewlekłe, jak: przymiot i gruźlica, a w ostatnich nawet czasach i na krztusiec.

Z tego punktu zapatrując się na sprawę wpływu jednej zarazy na drugą, mimowoli przychodzimy do zapytania, dlaczego dotąd nie ma swojej seroterapii ospa, pomimo udowodnionych empirycznie, a usprawiedliwionych naukowo danych, że jad ospowy osłabiony, rozmnożony w ustroju, czyni ten ostatni opornym na działanie jadu ospowego zabójczego. Nieistnienie prawie chorych na ospę w tych krajach, w których szczepienie obowiązkowe zaprowadzone zostało, objaśnia małą inicjatywę biopatologów niemieckich, angielskich, szwedzkich i t. d. na polu leczenia tej choroby. Poważne natomiast klęski ospowe w Austro-Węgierskich prowincjach pobudziły do odnośnego ruchu ich specjalne siły. Nestor anatomo-patologów słowiańskich, prof. HLAVA z Pragi, w dalszym ciągu badań nad ospą, zapoczątkowanych w r. 1888, przeprowadza od roku zeszłego (1895) doświadczalne studia nad działaniem surowicy zwierząt uodpornionych szczepieniem od ospy, na ustrój nieuodpornionych, oraz na ludzi. Ewentualne wyniki rzeczonych doświadczeń mogą stać się punktem wyjścia do zastrzykiwania surowicy ochronnej ospowej ludziom, chorym na ospę, w celach leczniczych.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

58. RAMON GUITERAS (New-York). **Przemieszczenie jądra na pracę.** 52-letni mężczyzna zeskoczył z wozu o tyle nieszczęśliwie, że upadł, a koło od wozu przeszło mu przez lewą pachwinę, kość łonową, i prześliznęło się po lewym boku klatki piersiowej. Odwieziono go do szpitala i tam znaleziono, obok złamania 2 lewych żeber i mocnego stłuczenia lewego uda, ranę w częściach miękkich lewej okolicy łonowej. Wkrótce wystąpiło znaczne obrzmienie i sinicowe zabarwienie moszny, prącia i sąsiednich okolic lewego biodra i uda, połączone ze znaczną bolesnością. Po możliwie najdogodniejszym ułożeniu narządów płciowych, przykryto je workiem z lodem. Owo obrzmienie i bolesność już po tygodniu znikły prawie całkowicie, a po 3 tygodniach chory opuścił szpital, doznając jedynie bólu w udzie, podczas wypadku obrażeniem.

Atoli już po 2 tygodniach udał się do oddziału autora, uskarżając się na ból i pewne przykre uczucie, podczas ruchów w prąciu doznawane. Zaburzeń czynności narządów moczopłciowych chory nie spostrzegał, jedynie uderzał go brak naprężenia prącia, które to naprężenie przed owym nieszczęśliwym wypadkiem odbywało się prawidłowo.

Badanie chorego wykazało, że moszna w dolnej części wyglądała spłaszczona i jakby pozbawiona zawartości, zaś prącie było u podstawy swej niezwykle grube, miało bowiem $5\frac{1}{2}$ cala w obwodzie. Najbardziej zyskała na objętości lewa strona owego narządu w bliskości spojenia łonowego; bardziej dokładne obmacywanie wykazało tu obecność ciała podłużno-kulistego, elastycznego, postacią swą jądro przypominającego, ku dołowi zaś przechodzącego w masę guzową, leżącą na wysokości połączenia moszny z prąciem. Zniekształcenie to narządów płciowych bardziej jeszcze uwydatniało się przy unoszeniu prącia ku górze. W lewej połowie moszny wyczuwać się dawał twór powrózkowaty, od owej masy guzowej do dna worka przebiegający i nieznacznie zgrubieniem zakończony.

Na podstawie owych danych z łatwością rozpoznano przemieszczenie lewego jądra na prącie; chodziło tylko o to, w jaki sposób powstało takie przemieszczenie.

Owo owalne ciało, u podstawy prącia wyczuwane, było oczywiście lewym jądrem; guzowata masa, w dolnej części tegoż leżąca, odpowiadała głowie przyjądra; zaś twór powrózkowaty i dolne zgrubienie—była to część pośrednicząca oraz ogon tegoż. Uraz więc musiał oderwać te ostatnie części przyjądra od jądra, zaś samo jądro przekreślić ku górze, ponad głowę przyjądra i po przerwaniu listka ściennego błony surowiczej (i powłoki włóknistej wspólnej—*tunica vaginalis communis*), wypchnąć je z tychże powłok i wtłoczyć pod powłokę błoniastą prącia.

Po uśpieniu chorego, próbowano odprowadzić jądro na drodze bezkrwawej, lecz bez pomyślnego skutku. Wówczas poprowadzono cięcie po bocznej powierzchni prącia. Po przecięciu skóry i powłoki błonistej mięśniowej, ponownie próbowano zepchnąć obnażone jądro na właściwe miejsce, lecz na przeszkodzie temu stały bardzo mocne zrosty. Dodano tedy drugie cięcie na miejscu, gdzie wyczuwano głowę przyjądra, i porozrywano zrosty, jądro unieruchamiające. Przez to samo cięcie obnażono *tunicam vaginalem*, która wskutek skurczenia się nie mogła pomieścić w sobie jądra. Rozciągnięto ją palcami, włożono jądro na swoje miejsce i ranę w mosznie zamknęto szwem trzypiętrowym. Po tygodniu rana była zagojona. Chory, widziany w miesiąc potem, opowiadał, że wszelkie wyżej wymienione dolegliwości znikły, a w dodatku zakłóconą czynność płciową odzyskał.

(*Medical Record*. 1896. N. 1).

A. Leśniowski.

59. Ks. GAŁĘZOWSKI. O dziedziczeniu przymiotowych chorób oczu w trzecim pokoleniu. Autor zwrócił uwagę na istnienie pewnych objawów chorobowych w rogówce, a szczególnie w naczyniówce, zupełnie odpowiadających postaciom przymiotowym, u osób, u których nie można było wykryć żadnych śladów zakażenia. Leczenie przymiotowe dawało w takich przypadkach wyniki wybitne. Staranne poszukiwania wykazały, że choć w przypadkach tych nie było najmniejszego podejrzenia przymiotu nabytego ani u chorych, ani u ich rodziców, u tych ostatnich były objawy przymiotu odziedziczonego. G. podaje opis czterech takich przypadków: 1) u 11-letniej dziewczyny miąższowe zapalenie rogówki (*keratitis interstitialis*), a w 9 lat później zapalenie naczyniówki charakteru przymiotowego. U jej ojca było to samo w 19-ym roku życia, dziadek zaś leczony był przez RICORD'a na przymiot nabyty; 2) u chłopca 13-letniego zapalenie tęczówki i zanikowe zapalenie naczyniówki; ojciec przed ożenieniem się leczony był przez G. na miąższowe zapalenie rogówki, dziadek zaś na przymiotowe zapalenie tęczówki; 3) 28-letnia kobieta, pochodząca z rodziców przymiotem dotkniętych, przechodziła miąższowe zapalenie rogówki, dwoje pierwszych jej dzieci zmarło w pierwszym roku życia, trzecie zaś w 5-ym roku przebyło tę samą chorobę rogówki, a oprócz tego miało objawy przymiotowe w naczyniówce; 4) w przypadku czwartym u dziecka, w trzecim pokoleniu od dotkniętych przymiotem pochodzącego,

były objawy ze strony rogówki, naczyńówki i nerwu wzrokowego (*perineuritis*). Ogólne uwagi, dotyczące się tych stwierdzonych przypadków przejścia przymiotu do trzeciego pokolenia, G. kończy tem, że za najpewniejszy sposób leczenia w tych przypadkach uważa wcieranie szaruchy w ciągu lat dwóch, tak samo, jak i w innych postaciach chorób przymiotowych.

(*Recueil d'Ophthalmol. N 1. I. 1896*).

B. R. G.

ODCINEK.

SPÓŁCZESNA KAZUISTYKA LEKARSKA PRZED SĄDEM LOGIKI,

napisał Władysław Biegański.

Opis przypadku chorobowego—t. z. kazuistyka lekarska—odgrywa w naszej nauce bodaj czy nie najważniejszą rolę. Kazuistyka lekarska stanowi zbiór faktów, zapomocą których sprawdzamy wszystkie nasze rozumowania teoretyczne, a nawet doświadczenia, mozolnie nabyte w pracowniach. Żaden fakt, wynikający z doświadczeń, dokonanych na zwierzętach, żadna, choćby najpiękniejsza teoria nie ma i nie może mieć prawa obywatelstwa w naszej nauce, dopóki nie będzie sprawdzona klinicznie. Wobec więc takiego znaczenia kazuistyki lekarskiej, musi ona odpowiadać wszystkim warunkom ścisłości i pewności naukowej. Czy jednak odpowiada ona w rzeczywistości tym warunkom,—oto pierwsze pytanie, jakie tutaj stawiamy. Już przed 20 laty CHAŁUBIŃSKI¹⁾ zauważył, że cała społeczna mu literatura kazuistyczna przedstawiała bardzo małą wartość naukową. Szczególniej autor ten krytykował surowo literaturę niemiecką, przeciwstawiając jej kazuistykę autorów francuskich początku bieżącego wieku, kazuistykę takich klasyków klinicznych, jak TROUSSEAU, BRETONNEAU, DUPUYTREN i wielu innych. Od czasu, kiedy CHAŁUBIŃSKI wypowiedział te słuszne uwagi, wartość kazuistyki lekarskiej nie tylko nie poprawiła się, lecz przeciwnie zmalała. W powodzi społecznej nam kazuistyki, jakże mało znajdujemy spostrzeżeń wartościowych, bezwzględnie obiektywnych; cała zato kazuistyka, zamiast być obiektywnym sprawdzianem naszych poglądów teoretycznych, stała się środkiem do dowodzenia subiektywnych pojęć autorów. Dziś doszliśmy do tego, że lekarz nieuprzedzony i krytycznie myślący przestaje zupełnie wierzyć całemu materiałowi klinicznemu, tendencyjnie nieraz, z bólem to wyznaczyć musimy, w celach osobistej reklamy ogłaszanemu.

Jedną z głównych przyczyn takiego stanu rzeczy, jeżeli pominiemy w zupełności złą wolę, jest niedokładne zastanawianie się nad logicznymi warunkami, jakie koniecznie na uwadze mieć należy przy opisie spostrzeżeń klinicznych. Zła metoda, a właściwie zupełny jej brak, jest główną przyczyną, że cała nasza społeczna literatura kazuistyczna ma tak małą wartość naukową. Najsumienniejsi nawet nauczyciele kliniczni sądzą, że wyczerpali całe swoje zadanie, jeżeli nauczili swoich słuchaczy rozmaitych sposobów badania chorych i wpoili w nich pewien porządek badania, pewien szemat mniej więcej uzasadniony. Zapominają zaś najzupełniej o tem, że badanie kliniczne—to nie praca mechaniczna, gdzie wprawa

¹⁾ Patrz studjum CHAŁUBIŃSKIEGO „Zimnica“ w przypisku.

stanowi wszystko; że pomiędzy pierwszym rozpytywaniem się chorego, a wnioskiem rozpoznawczym odbywa się w umyśle badającego cała praca psychiczna, która również wpływa na wynik badania. Umysł odgrywa tu rolę kierownika naszych zmysłów; gdzie więc kierownik ten rolę swoją źle spełnia, tam wynik musi być fałszywym pomimo całej naszej wprawy w badaniu chorego. Otóż, mając to wszystko na względzie, chciałbym w niniejszym krótkim szkicu przypomnieć niektóre zasady logiczne, niezbędne dla ścisłości i obiektywności spostrzegania naukowego.

Przy badaniu chorego postępujemy podług metody analitycznej. Całość, przypadek chorobowy, rozbieramy na szczegółowe zjawiska, cechy, objawy, suma których stanowi właśnie kliniczną stronę całego przypadku chorobowego. Opis zaś przypadku klinicznego stanowi jego definicję logiczną. Jasną jest rzeczą, że taka indywidualna definicya wtedy będzie dobrą, jeżeli zawierać będzie wszystkie cechy danego indywiduum, i jeżeli cechy te będą rzeczywiste, właściwe danemu osobnikowi. Do tych dwóch warunków możnaby dodać w przypadkach, gdzie liczba cech jest wielką, warunek trzeci, polegający na tem, że cechy w definicyi powinny być ugrupowane w pewien układ. Stąd wynikają trzy główne zasady opisu przypadku chorobowego: 1) opis powinien być zupełny t. j. powinien zawierać wszystkie objawy; 2) opis powinien być systematyczny t. j. ujęty w pewien układ; 3) opis powinien być możliwie obiektywny.

Rozbierzmy kolejno te warunki. Co do pierwszego, to jest on tak sam przez się widoczny, że szczegółowego objaśnienia nie potrzebuje. Kazyistyka jednak społeczna i pod tym względem często grzeszy. Nieraz ogłaszane bywają przypadki, niedokładnie zbadane, z pominięciem szczegółowego rozbioru wydzielin, dokładnego zbadania stosunków przy spostrzeganym naprzykład guzie i t. p. Takie przypadki, rzecz jasna, nie mogą być przekonywające. Tutaj dodać winniśmy, że warunek powyższy nie może być pojmowany bezwzględnie. Wobec ogromu, jaki obecnie przedstawia nauka klinicznego badania chorych, często dla skrócenia można w opisie pominąć niepotrzebne szczegóły. Zbadać należy z całą dokładnością chorego, opisywać zaś tylko objawy chorobowe. Możemy śmiało pominąć cechy które nie zawierają w sobie zboczenia od normy. Za to wszelkie zboczenie patologiczne powinno być jaknajszczegółowiej opisane. W każdym razie należy koniecznie w opisie czynić wzmiankę o zachowywaniu się wszystkich wogóle czynności w ustroju, a to w tym celu, żeby uniknąć posądzenia, iż badanie było niezupełne.

Nie będę się tutaj dłużej zastanawiał nad tym warunkiem, gdyż wykroczenie przeciw niemu jest zwykle łatwo spostrzegalne i może być również łatwo odpowiednio ocenione.

Drugi warunek wymaga, żeby opis objawów chorobowych był podany w pewnym porządku, układzie. Jakość tego układu jest rzeczą podrzędną, można zacząć opis od układu nerwowego, a kończyć na płucach, lub odwrotnie. Pamiętać jednak należy, aby porządek, przyjęty przez autora, był przejrzysty, łatwo zrozumiały dla czytającego. Najlepiej opisywać objawy w porządku, jak były spostrzegane, gdyż tym sposobem czytelnik najłatwiej śledzić może myśl autora. W większości opisów obecnie przyjęty jest następujący porządek: na pierwszym planie stawia się te objawy, które stanowią treść choroby, a zatem w chorobach nerwowych objawy ze strony układu nerwowego, w chorobach dróg oddechowych objawy ze strony płuc i t. p. Taki porządek uważać należy za zupełnie uzasadniony, gdyż od razu kieruje uwagę czytelnika na najgłówniejsze w danym przypadku objawy chorobowe.

Wykroczenia przeciwko drugiemu warunkowi zdarzają się względnie rzadko. Naszej kazuistyce (mam tu na myśli głównie naszą i niemiecką literaturę) można wiele zarzucić, odmówić jej jednak nie można porządku w opisie. Spostrzeżenia, opisane chaotycznie, bez ładu i składu, zdarzają się, jeszcze raz powtarzam, bardzo rzadko. Jest to dobry zwyczaj, wyniesiony z klinik uniwersyteckich, gdzie nauczyciele, jak to już wspominałem, uważają za główny swój obowiązek nauczyć porządku badania.

Trzeci i, jak to zaraz zobaczymy, najważniejszy i najtrudniejszy do spełnienia warunek stanowi obiektywność opisanych objawów. Pozornie zdawałoby się, że to, co spostrzegamy przez nasze zmysły, co widzimy, słyszymy lub wyczuwamy, ma już samo przez się pewność rzeczywistości, pewność obiektywną. Tymczasem w rzeczy samej tak nie jest. Powszechnie wiadomo, że zmysły często zawodzą, że człowiek narażony bywa na rozmaite złudzenia. Przyczynę tych ułud zmysłowych należy upatrywać w spóldziałaniu czynnem umysłu. Postrzeganie [percepcja²⁾] nie jest czynnością bierną, lecz przeciwnie, umysł nasz przyjmuje tutaj udział czynny, łącząc z treścią świeżo spostrzeganą treść już poprzednio nabytą. Każde świeże wyobrażenie zawiera pierwiastki podobnych wyobrażeń dawniejszych, a które zwykle przy postrzeganiu łączą i zlewają się z treścią świeżo nabytego wrażenia.

Spółczesna psychologia tę czynność psychiczną nazywa *zlewaniem się wrażeń* [(la *fusion*³⁾, *assimilation*, *Verschmelzung*⁴⁾]. Zlewanie się wrażeń podobnych, lecz różnych co do czasu ich odbierania, ma niepoślednią wartość dla czynności postrzegania. Tym tylko sposobem dochodzimy do coraz gruntowniejszego i coraz więcej szczegółowego poznania zjawisk przedmiotowych. Przedmiot lub zjawisko po raz pierwszy postrzegane nie może być nigdy poznane gruntownie, wiele cech szczegółowych uchodzi wtedy z pod naszej uwagi. Dopiero przy częstem spostrzeganiu tego samego lub wielu podobnych przedmiotów, owe cechy szczegółowe stają się dostrzegalne i nabywamy coraz to dokładniejsze wyobrażenie o postrzeganym przedmiocie. Istnieje jakoby pewien ograniczony, że tak powiem, widnokrąg naszej percepcji, obejmujący za każdym razem tylko pewną ilość postrzeganej treści. W miarę powtarzania się wrażeń, treść poprzednio nabyta łączy się z treścią świeżych wrażeń i, jako już poznana, usunięta zostaje na drugi plan, uwaga zaś cała skierowaną bywa na inne, mniej wybitne cechy, które przy poprzednim postrzeganiu nie zostały poznane.

Zlewanie się wrażeń ma jednak i swoją stronę ujemną. Ujemna ta strona występuje wtedy na jaw, jeżeli spostrzegamy zjawiska i przedmioty podobne, a nie identyczne. Wtedy to przez zlewanie się treści istniejących w umyśle naszym wyobrażeń z wrażeniem świeżo otrzymanem, nie jesteśmy w stanie odróżnić, co właściwie obecnie spostrzegane było, a co należy odnieść do wrażeń poprzednio nabytych. Tym sposobem każde postrzeżenie staje się z konieczności subiektywnem, t. j. treść jego zależy w pewnym stopniu od zapasu i jakości wyobrażeń, znajdujących się w naszym umyśle podczas percepcji. Idealnej więc obiektywności osiągnąć nigdy nie możemy, gdyż temu stoi na przeszkodzie zasadnicza czyn-

²⁾ „Percepcja jest to zlew reprodukcji (odtworzenia) z danem wrażeniem. Percepcję przedstawić sobie należy, jako złożoną z wyobrażenia i wrażenia“. HÖFFDING: Psychologia doświadczalna w zarysie. Tłom. pol. DASZYŃSKIEGO, str. 39, część II.

³⁾ BINET: Psychologie du raisonnement. 1886 r.

⁴⁾ KÜLPE. Grundriss der experimentellen Psychologie. 1892. Właściwie niemiecka psychologia szkoły WUNDT'a odróżnia trzy rodzaje zlewania się wrażeń i wyobrażeń, mianowicie: *Verschmelzung*, *Assimilation* i *Complication*. Ten rodzaj percepcyjnego zlewania się wrażeń z wyobrażeniem, o jakim tutaj mówimy, szkoła ta nazywa *assimilacją*. Szczegóły znajdzie czytelnik w dziele KÜLPE'go powyżej cytowanem oraz w Logice WUNDT'a.

ność naszego umysłu. Stąd nawet niektórzy autorowie (TAINÉ, SULLY) nazywają wszystkie nasze postrzeżenia illuzjami, podnosząc przez tę nazwę znaczenie pierwiastku subiektywnego. W takim określeniu jednak przebija wyraźna krańcowość. Pod nazwą illuzji należy rozumieć postrzeżenie z przewagą po stronie pierwiastku subiektywnego, tymczasem w prawidłowym postrzeganiu przewaga właściwie znajduje się po stronie postrzeganej rzeczywistości. Pierwiastki wyobrażeń, istniejących już w naszym umyśle, dopełniają tylko w pewnym, zwykle dość ograniczonym stopniu, wrażenie świeżo otrzymane i tylko w wyjątkowych przypadkach występują na pierwszy plan. W przeciwnym razie nie byłoby granicy pomiędzy bądźco bądź patologicznym objawem illuzji, a psychologiczną percepcją.
(D. n.).

List otwarty do Redakcji Medycyny.

Szanowny Panie Redaktorze.

W NN. 15, 16, 17 i 18 „Medycyny“ znajdują się uwagi D-ra Rogowicza, odnoszące się do działalności Przytułków dla Rodzących w Warszawie. Ponieważ uwagi te bezpośrednio mnie dotyczą — jako ordynującego w jednym z Przytułków — pozwól więc Szanowny Redaktorze odpowiedzieć w Twym organie, na niektóre z poczynionych zarzutów.

Przedewszystkiem chciałbym na wstępie przypomnieć znany aksjomat: „la critique et aisée, l'art est difficile.“ Zdaje mi się, że i w uwagach D-ra R. prawdziwość tego orzeczenia jeszcze raz doznała potwierdzenia. Według mego zdania, u nas, gdzie tak chętnie pisma niespecyalne pochwytyują wszelkie sposobności krytykowania działalności lekarzy i instytucji szpitalnych (że przypomnę np. niezbyt dawno pomieszczoną w „Kraju“ korespondencję p. S. o szpitalach), wystąpienie krytyczne lekarza powinno być nadzwyczaj ścisłe, opierać się na faktach, na przestudiowaniu dokładnem danej kwestyi. Nie wiem, o ile Dr. R. studiował inne Przytułki, ale to wiem, że od lat 10 nie był ani razu w Przytułku Nr. 3 i ani razu ze mną o działalności tego Przytułku nie rozmawiał; podstawy więc, wymaganej do wydawania sądu o tym Przytułku, nie posiada wcale. Nic więc dziwnego, że i wnioski, do jakich dochodzi, są zupełnie mylne.

Pierwszy zarzut D-ra R. odnosi się do wadliwego—według Niego—rozmieszczenia Przytułków w Warszawie. Specyalnie nie podoba mu się pomieszczenie Przytułku Nr. 3 na ulicy Nowo-Wielkiej Nr. 11 (choć Przytułek ten istnieje tam od samego założenia — t. j. od lat 13 — ku wielkiemu pożytkowi okolicznej ludności!) i proponuje „umieścić ten Przytułek na ulicy Siennej, przy zbiegu jej z ulicą Twardą.“—Jakież są motywy tej propozycji? Gołosłowne twierdzenie, że tak byłoby lepiej, bo obecnie Przytułek Nr. 3 znajduje się za blisko Przytułku Towarzystwa opieki nad biednymi matkami przy ulicy Hożej—Przytułku Nr. 5, pomieszczonego przy Placu Ś-go Aleksandra — i Kliniki akuszerskiej (Marszałkowska róg Zgody).

Zobaczmy, o ile fakty zgodne są z powyższem twierdzeniem. Otóż Przytułek przy ulicy Hożej jest rzeczywiście blisko, ale na to nie ma rady, gdyż Przytułek Nr. 3 dawniej był założony i istniał już lat dziesięć na ulicy Nowo-Wielkiej, gdy Towarzystwo opieki nad biednymi matkami osiedliło się na ulicy Hożej. Co się zaś tyczy Kliniki akuszerskiej, to obecnie odległość między nią a Przytułkiem Nr. 3 wynosi 1650 kroków. Dla punktu, proponowanego przez D-ra R., odległość

ta wynosi 1280 kroków. Od ulicy Nowo-Wielkiej Nr. 11 do Placu Ś-go Aleksandra Nr. 13 jest 1550 kroków — gdy tymczasem od punktu proponowanego przez D-ra R. do rogu ulicy Łuckiej i Żelaznej będzie 620 kroków! Dziwnie więc wygląda motyw przenosin w oświetleniu cyfrowem! — A może wskutek swego sąsiedztwa Przytułek jest ciągle pusty? nie spełnia rzeczywiście w tem miejscu swego zadania, bo wszystkie rodzące udają się na Hożą, na plac Ś-go Aleksandra, lub do Kliniki? I to nie; Przytułek ma tyle porodów, ile normalnie wypada rocznie na taki zakład (667 porodów za ubiegłe 3 lata, a więc po 222 w przecięciu rocznie). Gdyby Sz. Dr. R. był zechciał przestudyować kwestyę: skąd też przychodzą owe rodzące — czy z dalekich stron, czy z blizkiego sąsiedztwa zakładu? — i zwrócił się do mnie o odpowiednie informacje, byłbym Mu jaknajchętniej udzielił dokładnych wiadomości. Nie zużytkował Dr. R. tych danych dla krytyki; zużytkuje je więc ja dla odparcia krytyki. Oto na 667 rodzących z ostatnich lat trzech, mieliśmy mieszkankę 25 ulic, w najbliższym sąsiedztwie przytułku położonych, 483, to jest około 72%; cyfra wcale okazała! Reszta, t. j. 184 rodzące, przypada na 112 innych ulic miasta Warszawy. Te dalekie mieszkanki rozpadają się na różne kategorie: większość między niemi stanowią takie, które wskutek pewnych rekomendacyi (czy to przez znajome, czy to że same już odbywały porody w danym Przytułku), jadą do danego Przytułku bez względu na miejsce, gdzie się on mieści. Do Przytułku przy ulicy Nowo-Wielkiej przyjeżdżały chore ze Szmulowizny, z Pelcowizny, z różnych ulic Pragi, z Woli, z Czystego, z Wilanowa, z Mokotowa, z Cytadeli, z ulic koło Cytadeli położonych, z ulicy Żelaznej, Łuckiej, z Leszna, z Nowolipia, Dzikiej, Gęsiej, Nalewek, Nowolipek, Dobrej, Solca, Tamki etc. etc. Co więcej, bywały i takie, które, mieszkając o pięć domów od któregośkolwiek z innych Przytułków, nie wiedziały nawet wcale o jego istnieniu. Na takie więc rzeczy przenosiny Przytułku nie pomagają. Myli się też Dr. R., twierdząc, że okolica ulicy Nowo-Wielkiej (którą zalicza do śródmieścia! gdy to jest chyba prawie kraniec miasta), nie jest zamieszkała przez ludność biedną. Nie wiem nawet, na czem opiera to twierdzenie. Nie trzeba przecie zapominać, że bardzo znaczny kontyngens klienteli przytułkowej stanowią służące, które się znajdują w każdym domu i na każdej ulicy, a i żony stróżów są też w tem położeniu. Byłoby rzeczywiście dla biednej rodzącej bardzo dogodnem, gdyby odległość Przytułku od jej mieszkania była zredukowaną do *minimum* — ależ i to ma swoje granice, które zmniejszyć można jedynie, powiększając liczbę Przytułków, a nie przerzucając dowolnie Przytułków z jednego końca miasta w drugi.

To wszystko, co pisma nielekarskie opowiadają — bez przytaczania odpowiedniej statystyki — o częstości porodów ulicznych, wydaje mi się wielce przesadzonym, a opieram się w tem orzeczeniu na 13 - letniej działalności Przytułku. Zresztą pewna liczba takich porodów wszędzie i zawsze się zdarza i zdarzać się będzie. Mają nawet w akuszeryi specjalną nazwę. Niedawno czytałem wzmiankę, że pewna żona stróża przy ulicy Pięknej, koło Marszałkowskiej (a więc bardzo blisko Przytułku Nr. 3 i Przytułku przy ulicy Hożej), wyszła na ulicę, by się udać do Zakładu i przed bramą zaraz urodziła dziecko po jednym bólu. Na takie przypadki niema rady i ich brać niepodobna w rachubę. W pewnych okolicznościach blizkie sąsiedztwo innego Przytułku jest bardzo pożyteczne, gdyż, jeśli w jednym z nich niema miejsca, rodząca nie potrzebuje znów przejeżdżać lub przechodzić kilkunastu ulic dla znalezienia odpowiedniego pomieszczenia.

Tyle co do strony cyfrowej. Wypada ze wszystkiego, wyżej przytoczonego, że Przytułek Nr. 3 mieści się w punkcie odpowiednim i bardzo pożytecznie służy okolicznej ludności, niema więc żadnego powodu do przenoszenia go w punkt,

wskazany przez D-ra R. Ale wspomnieć też tu musimy, że przy obiorze mieszkania na Przytułek, trzeba uwzględnić rozmaite inne okoliczności. Najważniejszą jest ta, że zależnym jest się zawsze od dobrej woli właścicieli domów, którzy w kolosalnej większości są przeciwnikami wynajmowania lokali w swych domach na Przytułki. W roku bieżącym właśnie ekspirował kontrakt z właścicielem domu Nr. 11 przy ulicy Nowo-Wielkiej i pomimo, że Dr. R. twierdzi, iż „nikt poprostu nie myślał o przeniesieniu Przytułku“ (nawiasem zauważę, że bardzo mi się dziwnemu wydaje, skąd Dr. R. może wiedzieć, o czym ja myślę lub nie myślę?) — obszedłem bardzo wiele ulic i lokali, ale nieraz, gdy już warunki ceny, pomieszczenia i t. d. okazały się odpowiedniami, to właściciel domu, gdy dowiedział się, że chodzi o Przytułek, stanowczo odmawiał wynajęcia mieszkania. Co więcej, zdaje mi się, że gdyby na ulicy Nowogrodzkiej pod Nr. 26 było mieszkanie do najęcia, to może właściciel tego domu także dałby mi odmowną odpowiedź? (Bardzo przepraszam za tę niewinną uwagę, ale doprawdy łatwiej jest drugim radzić, niż samemu zrobić). Przy tych moich poszukiwaniach lokalu, udałem się też i w punkt, z taką matematyczną dokładnością wskazany mi na planie miasta Warszawy przez D-ra R., jako najlepszy, t. j. „przy zbiegu ulicy Siennej z Twardą.“ I cóż się okazało? Na jednym rogu jest plac zajęty na skład desek i wapna, na drugim budynek parterowy, zajęty na piekarnię, na dwóch pozostałych rogach są domy większe, ale w nich nie było żadnego lokalu do najęcia! Zmierzywszy więc odległość od tego punktu do ulicy Łuckiej i do Kliniki położniczej, z żalem zrezygnowałem z myśli skorzystania z rady D-ra R. i prawdopodobnie Przytułek Nr. 3, pozostanie na dawnej swojej siedzibie.

Zarzuty, odnoszące się do innych Przytułków, pomijam, nie znam bowiem tak dokładnie ich działalności, bym w danej chwili mógł o niej pisać. Przechodzę do następnej kwestyi, która mnie interesuje. Otóż Dr. R., rozbierając ustawę i warunki funkcjonowania Przytułku dla Mamek, utworzonego przy Przytułku Nr. 5, i skrytykowawszy wszystko, proponuje: „znieść Przytułek dla mamek i przy żadnym Przytułku go nie zakładać,“ a siedm wierszy niżej: „osobom, mamek potrzebującym, uprzystępnienie poszukiwania ich po przytułkach, za opłatą 5 rub. za każdą znalezioną tam kandydatkę.“

Dziwi mię mocno, że Dr. R. nie spostrzegł, w jaką sprzeczność wpada: oto proponuje znieść istniejący jeden centralny przytułek dla mamek, a natomiast otworzyć przy każdym przytułku położniczym kantor stręczeń mamek (a więc sześć)!! Przyznam się, że takiej propozycji od lekarza i akuszerza wcale się nie spodziewałem. Jeżeli D-rowi R. chodzi o dobro rodzących po Przytułkach, to nie rozumiem, jak może proponować, by pozwalano szukać mamek w każdym Przytułku? Toż by to była nieustanna procesya osób, przychodzących z miasta, roznoszących ewentualnie różę, ospę, dyfteryt, szkarlatynę i gorączkę połogową. Jakżeby wyglądał Przytułek przy takich nieustających odwiedzinach? Często przecież w Przytułkach bywają porody — personel przytułkowy jest nieliczny (jedna akuszerka i jedna posługaczka, oprócz kucharki) i byłby ciągle odrywany od swych czynności przez rozmaite odwiedziny (którym przynajmniej akuszerka asystować by powinna)—a także pogawędki przy umawianiu mamek trwają nieraz godzinami całemi! Dalej—w ustawie dla Przytułków zagwarantowano rodzącym tajemnicę ich pobytu (są przecież nawet zwolnione od meldunków!). Ładnieby ta tajemnica wyglądała, gdyby każdy mógł przeglądać co chwila, pod pozorem poszukiwania mamki, kto się w Przytułkach znajduje! A owe rajfurki — owa plaga biednych mamek—wtedy śmiało gospodarowałyby po Przytułkach i zabierałyby sobie

mamki, gdyż niktby im słowa nie miał prawa powiedzieć. Oneby właśnie poszukiwały mamek!— A możeby to było lepiej dla samych mamek? Teraz, taka położnica, która chce być mamką, po wyleżeniu w Przytułku 5—7 dni, ma prawo żądać, by ją przewieziono do Przytułku dla Mamek i tam pozostaje jeszcze kilka dni. Równa się więc pobyt tamże pobytowi w Przytułku dla Rekonwalescentów i kilkodniowy odpoczynek tylko na korzyść wyjść może dla jej zdrowia. Według propozycji D-ra R., mamki zabieranoby wprost z Przytułku położniczego, w 5—7 dni po porodzie. Wątpię, czy Dr. R., mając do wyboru mamkę w 10—14 dni po porodzie i drugą w 5—7 dni po porodzie, radziłby komu brać tę ostatnią. Zdaje mi się, że tylko twarda konieczność zmusza do brania tak wczesnych mamek, boć nawet kwestyi: czy dane dziecko (*respective* mamka) nie jest obciążone przymiotem, często przed 4—6 tygodniami rozstrzygnąć nie możemy!—A może publiczność na tem by wygrała? Pominąwszy, że kwestye: czy mamka będzie miała pokarm, czy nie, oraz czy mamka jest zdrowa, czy nie,—stanowczo byłyby trudniejsze do rozstrzygnięcia,—to przy proponowanej reformie, ktoś potrzebujący mamki, zamiast udać się do punktu centralnego, gdzie odrazu powiedzianoby mu, czy i jakie są kandydatki, musiałby objeżdżać nieraz 6 Przytułków, zanimby znalazł taką, któraby odpowiadała jego wymaganiom. Zarobiliby więc dorożkarze, a straciliby: poszukujący mamek, same mamki, a co najważniejsza, Przytułki pod względem czystości i zdrowotności oraz spokoju.

By już raz skończyć z temi mamkami, muszę zauważyć także, że możeby też wypadało D-rowi R. — zanim publicznie wystąpi z propozycją obciążenia wszystkich lekarzy Przytułków obowiązkiem zajmowania się stręczeniem mamek — porozumieć się z tymi lekarzami, czy też zechcą przyjąć tak dyktatorsko (jakim prawem?) wkładane przez D-ra R. nowe czynności? Mogą się zdarzyć i tacy, którzy takiego zajęcia podjąćby się nie chcieli; w dziwnie drażliwym położeniu postawić ich może Dr. R. swem niepowołaniem wystąpieniem.

Co się tyczy uwag D-ra R., o wprowadzeniu skarbonek i ofiar, pobieranych od rodzących w Przytułkach, to najzupełniej zgadzam się z Jego poglądami w tym względzie, i mam nadzieję, że w przyszłości pobieranie tych ofiar będzie zniesione; wobec bowiem zaprowadzenia podatku szpitalnego, nie mają one racyi bytu. Ofiary mogłyby być pobierane tylko od tych osób, które podatku tego nie opłacają. Chociaż rzeczywiście zwierzchność nałożyła obowiązek przypominania rodzącym o tych ofiarach, to jednak mogę zapewnić D-ra R., że takie, które nie posiadają rubla, bywają przyjmowane do Przytułku Nr. 3. Sądzę, że tak samo dzieje się i gdzieindziej. Utworzenie po Przytułkach łóżek płatnych także nie ma, według mnie, racyi bytu, a jest często powodem kolizyi z przybywającymi do Przytułku rodzącymi, w razie, gdy niema miejsca na łóżkach bezpłatnych. Nie ulega wątpliwości, że pierwotny charakter Przytułków, t. j. jak najszerzej pojęta filantropia najodpowiedniejszą jest dla tej instytucyi.

Kończąc te kilka słów obrony, chciałbym też podać projekt, w jaki sposób możnaby ułatwić biednym kobietom z miasta dostawanie się do Przytułków, uchronienie ich o ile możliwości od ewentualności odbycia porodu na ulicy, lub w brudnej dorożce. Oto organizuje się obecnie w Warszawie nowa instytucja: „Pogotowie ratunkowe“, która prawdopodobnie będzie miała kilka stacyj, rozrzuconych po mieście, połączonych telefonami, i rozporządzać będzie odpowiednim aparatem ratunkowym: noszami, wozami do przewożenia chorych i t. p. Zdaje mi się, że tak, jak dla donoszenia o wybuchu pożaru, możnaby ludności pozwolić korzystać z telefonów prywatnych dla meldowania stacyi Pogotowia ratunkowego, że na danej ulicy pod Nr. XX jest rodząca, którą trzeba przewieźć do Przytułku. Stacja może w cią-

gu dwóch minut skomunikować się telefonicznie z Przytułkami, dowiedzieć się, gdzie jest miejsce, zapowiedzieć przywiezienie rodzącej i wysłać swój wóz wraz z personelem do wskazanego mieszkania, dla uskutecznienia przewiezienia. Sądę, że czynności te najzupełniej odpowiadają celom nowej instytucji i że taka działalność okaże się bardzo pożyteczną. Obwieszczenia o tem mogą być rozesłane drogą urzędową do wszystkich właścicieli domów, a ludność prędko zapewne przyuczy się do korzystania z takiego dobrodziejstwa.

Zdaje mi się, że projekt niniejszy — taki prosty — wydać może daleko lepsze skutki, aniżeli przenoszenie Przytułku z ulicy Nowo-Wielkiej na Sienną dlatego tylko, że D-rowsi R., który, jak widzieliśmy, niezbyt dokładnie obznajmiony jest z działalnością Przytułków, owa Sienna ulica wydaje się dogodniejszą.

Racz przyjąć, Szanowny Redaktorze, oprócz przeproszenia za nadużycie łaskawie mi udzielonego miejsca w Twem szanownem Piśmie, zapewnienie szczerego szacunku, z jakim postaje.

Dr. Stanisław Kondratowicz.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= A. FRAENKEL (Wiedeń), opierając się na danych z dosyć bogatej już literatury, a także na trzech spostrzeżeniach własnych, sądzi, że wypełnienie brakujących części w czaszce blaszkami z celluloidu przedstawia bardzo prosty i dobry sposób. Przy urazowym uszkodzeniu czaszki metoda ta nie wymaga żadnej szczególnej biegłości chirurgicznej. Szczególnie pomyślne i widoczne wyniki daje ten sposób u dzieci. Leczy w tych przypadkach, w których braki w czaszce zależą od sprawy patologicznej, celluloid pod względem praktyczności przewyższa inne sposoby osteoplastyczne. Najważniejszą stroną tego sposobu autor widzi w tem, że blaszki z cel-

luloidu nie wywołują zrostów (*adhaesio*) twardej opony mózgowej z czaszką, tak częstych przy innych metodach. Względ ten ma szczególniejsze znaczenie przy trepanacjach, wykonywanych z powodu padaczki korowej. (Arch. f. klin. Chir. t. L).

= J. PUTNAM komunikuje nowy wczesny objaw wiatru rdzenia. W pierwszych okresach tej choroby można zgąć nogę w stawie biodrowym, doprowadzając stopę prawie do ucha. Chory przytem nie doświadcza żadnego bólu, kiedy tymczasem człowiek zdrowy doznaje bolesnego uczucia w stawie kolanowym.

(Wiener medicin. Pres. 12. I. 96).

Wiadomości bieżące.

— VIII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie, odbędzie się r. b. d. 13 i 14 lipca, a jeżeli liczba wykładów tego wymagać będzie, jeszcze i 15 lipca. Przeszłoroczny zjazd był ożywionym większym udziałem kolegów prymariuszów. Spodziewamy się, że i tego roku przybędą wszyscy, którzy się chirurgią interesują. Zjazdy nasze nie są przeznaczone wyłącznie dla specjalistów, ale teraz, kiedy chirurgia coraz to szersze koła obejmuje, coraz częściej styka się z interną, pożądanem być musi dla każdego lekarza, żeby poznać nowsze zdobycze tej części naszych nauk.

Zbawienny wpływ ustnego porozumiewania się i demonstracji czy to chorych, czy też nowych operacji lub narzędzi, właśnie w dziedzinie chirurgii jest ogólnie uznany.

Chorych, przeznaczonych do przedstawienia, przyjmuje na ten czas klinika chirurgiczna, dokąd również nadsyłać można narzędzia, przeznaczone na wystawę, jaka się odbędzie podczas zjazdu.

Dla szanownych kolegów, chcących przedstawić nowe operacje na trupie, będzie wszystko odpowiednio przygotowane.

Jeżeli się zbierze odpowiednia liczba wykładów treści ginekologicznej, przeznaczymy jeden dzień lub jedno posiedzenie wyłącznie na ginekologię.

Uprasza się o jak najrychlejsze zgłaszanie wykładów.

Prof. L. Rydygier

Przewodniczący zjazdów chirurgów polskich.

— Zakład kąpielowy w Druskiennikach przeszedł na własność towarzystwa akcyjnego, którego zarząd stanowią: D-r ERBSZTEJN, STRAUSS, HUSZCZA, WENCEWSKI i JUNDZILL. Do licznych ulepszeń w zakładzie kąpeli solankowych, ma przybyć urządzenie do leczenia hydropatycznego.

— W Berlinie, dzięki staraniom D-ra Maksymiliana WOLFHEIM'a, dojdzie w tym roku do skutku organizacja kolonii letnich dla słabowitych dzieci polskich.

Towarzystwo Lekarskie Warszawskie ogłasza następujące kwoty do nagród konkursowych z funduszu zapisanego przez Walentego KOCZOROWSKIEGO: 1) Zbadać ostateczne produkty rozkładu białka i węglowodanów przy i bez dostępu tlenu, wywołane przez jedną ze znanych, a dotąd pod tym względem nie zbadanych bakterii chorobotwórczych; 2) Sprawdzenie poglądów HORBACZEWSKIEGO na powstawanie kwasu moczowego z nukleiny; 3) Zmiany anatomiczne przy chronicznem kataralnem zapaleniu dróg oddechowych (lub jednego z ich odcinków); 4) Zapalenie kataralne płuc z punktu widzenia anatomo-patologicznego i bakteriologicznego; 5) Histologia *portionis vaginalis uteri* z uwzględnieniem zmian zależnych od wieku, poczynszy od okresu zarodkowego, a skończywszy na uwięździe starczym; 6) Zbadać zmiany anatomiczne, wywołane przez długotrwałe działanie na organizm toksyn *staphylococcus aureus*; 7) Rozstrzygnąć doświadczalnie kwestyę dotychczasowo sporną: czy ciśnienie krwi tętniczej powiększa się (LANDOIS, MAREY), lub też, czy takowe zmniejsza się (BASCH, FREY, LENZMANN) w okresie silnego wydechania, a mianowicie w doświadczeniach VALSALVY; 8) Znaczenie Prof. SZOKALSKIEGO dla nauki o zmyśle mięśniowym; 9) Zasługi Prof. SZOKALSKIEGO dla nauki o uczuciu barw. Termin nadsyłania rozpraw oznacza się do dnia 31 marca 1897 roku. Za najlepszą pracę, napisaną na którykolwiek z wyżej wymienionych 9 tematów, wyznacza się nagroda rs. 300. Rozprawa nagrodzona, wydrukowaną będzie nakładem Towarzystwa Lekarskiego, najmniej w 300 egzemplarzach, które stanowić będą własność autora. Prace nadesłne być mogą w rękopismach pod adresem Sekretarza Stałego Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała Nr. 7) z zachowaniem zwykłych form konkursowych, t. j. nazwiska autorów i miejsce ich zamieszkania mają być podane w osobnych kopertach zapieczętowanych i opatrzonych stosownymi dewizami.

Z upoważnienia Towarzystwa, Sekretarz Stały

D-r Brodowski.

Od Redakcyi.

Od dnia 23 b. m. wszelkie listy, dotyczące spraw naukowych oraz artykułów dla „Medycyny“, winny być nadsyłane pod adresem: D-r med. M. Sadowski, Krakowskie Przedmieście N. 7 w Warszawie.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów cennik wód mineralnych apteki D-ra T. HEINRICH'a.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.	REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki
Довзголено Цензурою. Варшава 16 Мая 1896 г.	Друк К. Ковалевського, Warszawa Mazowiecka 8.