

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Kilka uwag o leczeniu blednicy, podał D-r Stanisław Klejn. (Ciąg dalszy).—Postępowanie lekarskie przy poronieniach, podał D-r M. Ehrlich. (Dokończenie).—**Wykłady kliniczne.** Syringomyelia, podał D-r nied. H. Iligier. — **Streszczenia i wyciągi.** 60. Krwawa płwocina u histeryków. 61. Poszukiwania nad własnością odkażającą roztworów mydła.—**Notatki bibliograficzne.** — **Odcinek.** Spółczesna kazuistyka lekarska przed sądem logiki, napisał Władysław Biegański. (Dokończenie). — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące.** — **Zmarli.** — **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.

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) D-r
M. Ehrlich — Ueber die Behandlung des Abortus.

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

KILKA UWAG O LECZENIU BLEDNICY,

podał D-r STANISŁAW KLEJN, ordynator kliniki terapeutycznej.

(Ciąg dalszy.—Zob. N. 22).

Z kolei musimy się zająć pytaniem: jaki czynnik jest podstawowy w leczeniu blednicy? Otóż wszyscy klinicyści, z małym chyba wyjątkiem (najdowodniej okazało się to na przedostatnim zjeździe internistów niemieckich w Monachium)³⁾, zgadzają się na jedno: iż żelazo jest środkiem swoistym i podstawowym dla blednicy. W jaki sposób ono działa przy blednicy, jest rzeczą drugorzędną; jedno jest pewne, że jest to środek empiryczny, ale niewątpliwy. Co się tyczy wyboru z pośród rozmaitych przetworów żelaza, to najwięcej chyba zwolenników liczą pigułki BLAUD'a w modyfikacji NIEMEYER'a, które, jak to sam się wielokrotnie przekonałem, rzeczywiście szybko i doszczętnie są w stanie usunąć objawy blednicy. Nie powiem, żeby inne przetwory żelaza nie miały tej siły leczniczej, byłoby to mniemanie błędne, większość bowiem przetworów żelaza równie dobrze i szybko leczy blednicę, jak pigułki BLAUD'a. Cała jednak rzecz tkwi nie w przetworze, lecz w dawce. Otóż, jakim przetworem leczyć będziemy blednicę, zawsze pamiętać należy, ile dany przetwór zawiera żelaza metalicznego i do tego dawkę zastosować. Jest to również rzecz bardzo prosta, ale również niestety przez wielu pomijana. Bardzo słusznie też uwagę na nią zwrócił w roku zeszłym QUINCKE na zjeździe monachijskim.

³⁾ Verhandlungen des Congresses für Innere Medicin. XII. Congress, 1895.

Twierdzi on, że dzienna dawka żelaza metalicznego winna wynosić 0,05—0,1; 0,2 uważa on już za dawkę wysoką. Sądząc jednak z głosów poważnych, które dały się słyszeć na wspomnianym zjeździe, należy uważać nawet 0,2 dziennie za dawkę zaledwie wystarczającą. Pigulek BLAUD'a wspomnieni klinicyści dają po 9 sztuk dziennie, co równa się 0,27 metalicznego Fe, a przewyższa *maximum* QUINCKE'go; niektórzy zaś, jak NIEMEYER i TROUSSEAU, dawali po 15 pigulek dziennie, a więc 0,45 Fe. v. ZIEMMSEN nawet, wielki zwolennik dużych dawek żelaza, daje bez szkody dla chorego, oprócz 9 pigulek BLAUD'a, 3 łyżki *liq. ferri albuminati*, razem więc olbrzymią dawkę żelaza, co znów stanowczo trąci przesadą. Osobiście przy 9 pigułkach BLAUD'a widziałem niekiedy powolny przyrost hemoglobiny, przy 15 jednak wyleczenie następowało nadzwyczaj szybko. Z tego też względu sędzę, że dawka dzienna 0,45 Fe będzie we wszystkich przypadkach wystarczająca. O pigułkach BLAUD'a u nas również bardzo przychylnie wyraził się DUNIN, w tym też sensie mniej więcej brzmiała wszczęta po jego odczycie dyskusja. Co do innych przetworów żelaza, to przekonałem się, iż działają one zupełnie tak samo dobrze, jak pigułki BLAUD'a, które, w porównaniu z niektórymi z nich, mają tę wyższość, iż można je dawać w postaci nie brudzącej i nie psującej zębów i nie mającej przykrego smaku żelaza. Trzeba je tylko podawać w odpowiedniej dawce, co niestety rzadko się zdarza.

Celem łatwiejszego oryentowania się, podaję tu wyciąg z tablicy QUINCKE'go, wskazującej zawartości metalicznego żelaza najbardziej używanych przetworów, do czego dodałem stosownie obliczoną dawkę dzienną przetworu.

Przetwór	%Fe	Dawka dzienna	Przetwór	%Fe	Dawka dzienna
Ferrum hydrog. red.	100	0,45	Ferr. citr. efferv.	4	11,25
" oxydat.	70	0,6	" carb. sacch.	10	4,5
" hydricum.	56	0,8	" dialys. cum natrio	31—33	1,4
" carb. oxydul.	50	0,9	[citrico		
" phosph. "	39	1,1	Liq. ferri sesquichl.	10	4,5
" sulf. "	20	2,25	Tr. ferri acet. aeth.	3,8	12,0
" lact. "	20	2,25	" " chlor.	3,6	12,0
" jodatum	18	2,5	" " " aeth.	1,2	36,0
" pyrophosph. cum	15	3,0	" " pomati	1,4	32,0
[ammon. citr.			Syr. ferri jodati	0,7	64,0
Extr. ferri pomati	7—8	6,0	Woda z pyrofosfor. żel.	0,03	1500,0

O wartości nowych przetworów organicznych żelaza nie będę się tu rozszerzał, sprawę tę wyjaśniłem w pracy powyżej przytoczonej; tu dodam tylko, że dotychczas nikt jeszcze o wyższości ich przed nieorganicznymi przetworami żelaza nie przekonał się. Jeden z przytoczonych poniżej przykładów zdawałby się raczej przemawiać za zupełną ich bezskutecznością.

Kilka słów jeszcze muszę poświęcić stosowanemu często przy blednicy arszenikowi, w ostatnich czasach zachwalanemu przez v. NOORDEN'a⁴⁾. Otóż w tym względzie pozwolę sobie przypomnieć doświadczenia RALF'a STOCKMAN'a (mówiłem już o nich w roku zeszłym), z których wynika, że najskuteczniej leczy się blednicę samem żelazem, mniej skutecznie żelazem w połączeniu z arszenikiem, a najgorzej samym arszenikiem. Co się tyczy leczenia blednicy samym arszenikiem, to pod tym względem nie mam żadnego do-

⁴⁾ C. v. NOORDEN. *Altes und Neues über Pathologie und Therapie der Chlorose*. Berl. klin. Wochenschrift. 1895 N. 9 i 10.

świadczenia; co jednak widziałem, lecząc chore żelazem w połączeniu z arsenikiem, wcale mnie do tej metody nie zachęciło (jedno ze spostrzeżeń poniższych może służyć za dowód). Z tego też względu środek ten uważam za zbyt cenny przy leczeniu błędnic typowej.

*

*

*

Zdawałoby się, że skoro mamy w żelazie swoisty środek przeciwbłędniczy, to już chyba zbyt cenne będą inne zabiegi lecznicze, czy w postaci leków, czy też w postaci czynników higieniczno-dyetytycznych. Co się tyczy leków, to te uważają obecnie powszechnie prawie za zbyt cenne; co do tych ostatnich zaś, są one mniej lub więcej konieczne, jak w każdej prawie chorobie. Nie będę jednak nad tem szczegółowo się zastanawiał, odsyłając czytelnika do pracy swojej, w zeszłym roku ogłoszonej. Tu pragnę tylko poruszyć dwie sprawy, a mianowicie: ogólne żywienie chorych na błędnicę i sprawę konieczności spokoju, czy też ruchu podczas leczenia tej choroby.

Co się tyczy pierwszego punktu, a mianowicie żywienia chorych na błędnicę, to uważałbym go za rzecz mniejszej wagi i nie poruszałbym na tem miejscu, gdyby nie wspomniana praca v. NOORDEN'a, który w sprawie tej podał kilka bardzo ważnych uwag, mogących mieć zastosowanie szersze, niż w błędnicę. v. NOORDEN dzieli chore swoje na 2 kategorie: na mające obfity pokład tłuszczowy i na chude. Każda kategoria wymaga zdaniem jego innego rodzaju pożywienia: chore pierwszej kategorii powinny w ciągu dnia spożywać 120,0 białka, 60,0 tłuszczów i 270,0 węglowodanów; ilość ta, wytwarzająca w sumie 36 kaloryi na kilo wagi, zupełnie wystarcza do odżywiania chorych i, przy odpowiedniej ilości ruchu, zapobiega tyciu. U chorych chudych podaje v. NOORDEN w obfitości tłuszcze i węglowodany, do których bez obawy dodaje trochę wysoku. Szczególnie ważne znaczenie ma także u takich chorych pora jedzenia. Wychodząc z założenia, że chore, które rano spełniają rozmaite czynności fizyczne lub umysłowe, powinny posiadać pewien zapas materjału odżywczego, szybko wchłanianego i jednocześnie łatwo spalającego się w ustroju, zaleca on chorym najobficiej i najczęściej jadać przed południem. Już w łóżku chore jego wypijają powoli, w ciągu pół godziny, pół litra mleka; po półgodzinnem leżeniu wstają i zjadają sporą porcję mięsa, bułkę z masłem i filiżankę herbaty. Po 2½ godz. chore znów dostają bułkę z masłem, dwa jajka i szklankę mleka. W ciągu dnia za to mogą jeść stosownie do potrzeby. Przy takim rozkładzie pożywienia chore bardzo szybko tyją, żelazo zaś dopełnia reszty.

Przyznać muszę, iż rada ta, szczególnie w zastosowaniu do chorych wyniszczonych, jest bardzo skuteczna—i, ilekroć ją stosowałem, nigdy mnie nie zawodziła. Dlatego też śmiało mogę ją polecić nietylko w błędnicę, gdzie ona zresztą nie ma tak dużego znaczenia; ale, rozumie się, z pewnem ograniczeniem, jako postępowanie wysoce higieniczne i dla zdrowych ludzi. Niejednemu może z nas dało się we znaki przykre uczucie głodu i osłabienia, jakiego doznajemy w godzinę może już po spożyciu zwykłej rannej szklanki herbaty z bułeczką, uczucie niezmiernie denerwujące, czyniące niemożliwem wykonanie jakiegobądź większego wysiłku fizycznego lub umysłowego. Przypomnijmy sobie, że w ten sposób odżywia się większość naszej młodzieży uczęszczającej do szkół, szczególnie zaś płci żeńskiej, a dojdziemy do wniosku

że postępowanie to, ze względu na częstość blednicy wśród tej części młodzieży, należy uważać za niezmiernie szkodliwe. Nie wywołuje ono, co prawda, blednicy wprost, ale niewątpliwie przyspiesza jej wybuch. Z tego też powodu powinno być obowiązkiem lekarzy, szczególnie domowych, zwracanie uwagi rodziców na złe stąd wypływające i wpłynięcie przez ich pośrednictwo na młodzież.

Przyznając powyższym przepisom v. NOORDEN'a ważne znaczenie ogólne, musimy się jednak zastrzedz przed uznawaniem ich za środek wyłącznie mogący usunąć blednicę. Pod tym względem większość klinicystów znajduje się w zupełnej zgodzie, nieliczne zaś wyjątki, tyczące się jakoby wyleczenia blednicy odpowiednią dyetą, albo też metodą WEIR-MITCHELL'a, nie były prawdopodobnie blednicą, lecz po większej części nerwicą z następczą niedokrwistością.

IMMERMAN, REINERT, v. ZIEMSSSEN i EWALD jednogłośnie twierdzą, że typowej blednicy w żaden sposób najforsowniejsem nawet odżywianiem wyleczyć się nie udaje. Niektórzy z nich przeprowadzili w tym celu szereg ścisłych bardzo doświadczeń i przekonali się, że przy kilkotygodniowym nawet leczeniu takim ilość hemoglobiny krwi wzrasta zaledwie o kilka odsetek i na tej wysokości wciąż pozostaje. Że tak jest, przekonywamy się na przypadkach blednicy u panien z lepszych domów (przykład poniżej podany do tej grupy należy): panny takie tyją coraz bardziej, a blednica pozostaje wciąż na jednakowym stopniu. Odżywianie zatem w leczeniu blednicy gra rolę drugorzędną.

Przechodzę do sprawy konieczności spokoju, czy też ruchu dla chorych na blednicę. W ostatnich czasach kilku klinicystów wypowiedziało pogląd, iż chore na blednicę daleko prędzej i pewniej poprawiają się, jeżeli się je położy do łóżka na kilka tygodni; natomiast, jeżeli im pozwolimy chodzić i pracować, zawsze wystąpi pogorszenie albo leczenie będzie trwało znacznie dłużej. Napozór zdawałoby się, że nie jest to rada wcale zła, rozumowanie zaś teoretyczne za nią zdaje się przemawiać. Sądzę jednak, że sprawę tu doprowadzono do przesady, czyniąc z niej przepis bezwzględnie obowiązujący. Materiał, na zasadzie którego wniosek ten postawiono, jest tego rodzaju, że dobre wyniki, tą metodą otrzymane, dadzą się w inny sposób objaśnić. NOTHNAGEL, który niedawno temu na wspomnianym zjeździe zwrócił uwagę na błogie skutki leżenia przy blednicy, opiera się na tem, że chore w jego klinice daleko prędzej się poprawiają, niż chore na mieście, chociażby nawet mające lepsze warunki higieniczne. Sądzę, że rdzeń rzeczy tkwi tu nietylko w spokoju chorych, ile w ciągłej ich obserwacji, ciągłym kontrolowaniu ich stanu ogólnego, regularnem badaniu krwi i ścisłem przestrzeganiu przepisów lekarza i t. d., i t. d. Chore szpitalne—mówię tylko o dotkniętych blednicą,—znajdując się w ciągłej obserwacji, niewątpliwie są leczone systematyczniej, niż w domu; w ostatnim przypadku lekarz wcale wiedzieć nie może, na jakie wpływy szkodliwe wystawiona jest chora, która wprawdzie otrzymała od niego stosowne przepisy, ale niezawsze je wypełnia. Leżenie zatem w łóżku redukuje się właściwie do ścisłej obserwacji, która dla dotkniętych blednicą jest nieodzowna. Przyznaje to także i EWALD, który, zalecając chorym spokój bezwzględny, radzi je usuwać od otoczenia domowego i umieszczać w szpitalu lub w lecznicy prywatnej.

Inny znów powód, mający nas przekonać o potrzebie nakazania spokoju bezwzględnie chorym na blednicę, podał ostatnio DUNIN. Przekonał się on, że chore, wysyłane do wód, w góry, zwykle wracają stamtąd bardziej chore, niż przed wyjazdem, a to dlatego, iż nadużywały tam ruchu, robiły forsowne wycieczki po górach, tańczyły po reunionach. Że jest to powód pogorszenia stanu chorych, nie ulega wątpliwości; ale żeby to było powodem, wystarczającym do zapędzania ich na kilka tygodni do łóżka, na to trudno się zgodzić,— kara byłaby zbyt wielka i niezasłużona, a zresztą nie jest to jeszcze powód do wpadania z jednej ostateczności w drugą. Nikt chyba jeszcze nie dowiódł, żeby chore, wykonywające pewne konieczne czynności fizyczne i umysłowe, odbywające kilka razy dziennie lekką przechadzkę, nie mogły być wyleczona z blednicy; odwrotnie nawet, każdy z nas miał pewną ilość chorych, które, pomimo, iż nie leżały podczas leczenia, szybko przechodziły do zdrowia. Nie odmawiając zresztą w niektórych przypadkach absolutnemu spokojowi znaczenia środka pomocniczego przy leczeniu blednicy, zauważyć musimy, a co zaznaczył także EWALD, iż większość chorych nie czuje się do tego stopnia słabą, ażeby ta rada trafiała odrazu do ich przekonania. Niektóre może za radą tą pójdą, ale co zrobić z temi, które muszą pracować, a nie mogą na kilka tygodni położyć się do łóżka, bo nie miałyby co jeść. Sądzę przeto, że zalecanie w s z y s t k i m, n a w e t c i ęż k o chorym na blednicę, absolutnego spokoju nie jest rzeczą konieczną. Doświadczenie nauczyło mnie, że, jak z jednej strony leżenie nawet w ciężkich przypadkach nie ma wcale tak decydującego wpływu na przebieg leczenia, tak z drugiej znów pewna ilość pracy podczas leczenia tej choroby nie przeszkadza wcale pomyślnemu zakończeniu leczenia. Że tak jest, za dowód niech posłużą następujące dwa spostrzeżenia.

(D. n.).

Postępowanie lekarskie przy poronieniach.

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

D-r M. Ehrlich.

(Dokończenie.—Zob. N. 22).

Jak długo mogą bezkarnie pozostawać w jamie macicznej błony płodowe, przekonały mnie te przypadki, w których po kilku miesiącach, a w tym roku nawet po 15 miesiącach od daty poronienia płodu, wydobywałem łożysko i resztki błon płodowych.

Przy tej sposobności nie mogę nie uczynić wyznania, że prawie każde odstąpienie od powyżej skreślonej metody postępowania z pozostałemi w jamie macicznej błonami płodowemi lub łożyskiem, pociągało za sobą mniej lub więcej smutne następstwa dla chorych. Najczęściej zgrzeszyło się zbyt uporczywością w stosowaniu jednostronnych zabiegów, a mianowicie uporczywem powtarzaniem odklejania łożyska w przypadkach, gdzie takowe zabiegi już kilkakrotnie były bez skutku stosowane przez innych kolegów; prawie wszystkie, w podobny sposób maltretowane chore, przechodziły potem

mniej lub więcej groźne zakażenia i zapalenia, a wiele z nich, po długich cierpieniach, padło ofiarą śmierci. Nauczony tem smutnem doświadczeniem, postawiłem sobie za prawidło: w przypadkach bezskutecznych zabiegów ze strony lekarza ku wydaleniu palcem łożyska lub błon płodowych, nigdy nie nalegać na ten sam zabieg, a natomiast odklejenie i wydobywanie uskutecznić zapomocą zgłębnika łyżeczkowego, albo też tępej łyżeczki - pętli. Tęgoż samego prawidła trzymam się i w postępowaniu z samym sobą, t. j. jeżeli od pierwszego wprowadzenia palca do jamy macicznej nie zdołałem odkleić i wydać całego łożyska lub wszystkich błon, to tego zabiegu już nie powtarzam, a natomiast odklejanie i wydobywanie uskuteczniłam zapomocą tępej łyżeczki - pętli. Takie postępowanie bowiem jest mniej dolegliwe dla chorej i mniej ją naraża na zakażenie, aniżeli brutalne szarpanie i skrobanie palcami.

Wyżej powiedziałam, że przy znacznych krwotokach przy pozostaniu łożyska używam tamponady podwójnej. Wynikiem tego jest zwykle to, że krwotok napewno się wstrzymuje, a po wyjęciu tamponu natychmiast odchodzą błony i łożysko. Gdyby to nie nastąpiło, to zapomocą palca staram się je wygarnąć. Mniej pewnem jest użycie łyżeczki tępej; a jeszcze mniej można zdziałać łyżeczką ostrą, gdyż tem narzędziem wcale nie można odróżnić powierzchni łożyska od ściany macicznej; albo więc pozostawia się łożysko w macicy, albo też przedziurawia się jej ścianę. W takich przypadkach używam albo zgłębnika łyżeczkowego, albo też łyżeczki - pętli, ale jedynie tylko do oddzielenia brzegu łożyska, resztę zaś wykonywam palcem. Wydalenie jednak łożyska już odklejonego z najmniejszą krzywdą dla chorej, odbywa się zapomocą zgłębnika łyżeczkowego albo łyżeczki ostrej (zamiast kleszczyków).

Rzadziej zdarzają się odejścia łożyska i błon z pozostaniem płodu w jamie macicznej. Spostrzegałem zaledwie 3 podobne przypadki, z nich ostatni w tym roku. Chora przedstawiła mi się w 5 miesięcy po poronieniu, które jakoby nastąpiło w 4-ym miesiącu ciąży, z odejściem błon płodowych i łożyska; płodu jakoby akuszerka znaleźć nie mogła. Macicę znalazłem powiększoną, jakby w 2-gim miesiącu ciąży; z rozwartego i owrzodzonego ujścia wydzielal się ciągnący śluz ropno-krwawy. Przypuszczając w jamie macicznej obecność resztek błon albo błony doczesnej, użyłem do ich wygarnięcia zgłębnika łyżeczkowego; jakoż i wydobyłem kilka strzępów błon, a nakoniec cały płód w kształcie spłaszczonego pęcherza (*foetus papyraceus*), wielkości orzecha włoskiego, o ścianach czerniałych, zewnątrz chropawych, wewnątrz gładkich; zawartość składała się z niewielkiej ilości mętnego, brunatnego śluzu.

Po wydobyciu całego jaja płodowego, t. j. płodu i łożyska z błonami, uważam swoje zadanie lekarskie za skończone. Wyskrobywania *deciduae* i drobnych resztek łożyska, jakto zalecają zagorzali zwolennicy skrobania, nigdy nie robię; z obawy niepotrzebnego obrażenia macicy, pozostawiam załatwienie tej sprawy siłom fizyologicznym macicy.

III. Postępowanie w okresie poporonieniowym.

Po wydaleniu całego jaja płodowego z macicy postępuję z choremi zwykle, jak z położnicami, z wyjątkiem, że przez wzgląd na wolniejsze zwijanie się (*involutio*) macicy, wymagam dłuższego, niż po prawidłowych porodach, leżenia. Tak postępuję w przypadkach poronień niezupełnych, o czem szczegółowo mówiłem poprzednio.

Zdarzają się jednak przypadki, że chore, pomimo pozornie zupełnego polepszenia, przez dłuższy czas nie mogą wrócić do zdrowia. Użalają się przez

długie miesiące, a nieraz i przez całe lata na ogólną niemoc, na mniej lub więcej znaczne odpływy z części rodnych, na nieregularne i bolesne miesiączkowanie, na przewlekłe krwawienia nietypowe z macicy, na bezpłodność i utratę popędu płciowego. Badanie zwykle wykazuje u takich chorych mniej lub więcej znaczne obrzmienie i rozpulchnienie macicy, szyję jej zgrubiałą, ujście rozwarłe, z wargami wywinętymi, a z ujścia wypływ śluzu albo śluzoropy o właściwościach żrących, wskutek czego powstają owrzodzenia części pochwowej, pochwy i wejścia do pochwy.

Przyczyną tych zbroczeń i zaburzeń w sferze rodnej bywają pozostałe po poronieniach w jamie macicznej resztki błon płodowych, łożyska albo błony doczesnej, wypełniające jamę maciczną w postaci ziarniaków i polipów. Im świeższe bywają takie przypadki, tem łatwiej poddają się wyleczeniu, a im więcej zastarzałe, tem uporczywiej, a czasem i wcale nie mogą być uleczone, gdyż nabierają cech nowotworów złośliwych.

Postępowanie moje w podobnych przypadkach jest nader proste. Po zaprowadzeniu odpowiedniego do stanu macicy wziernika (najczęściej NEUGEBAUER'a), zgłębnikiem łyżeczkowym, a gdzie szerokość przewodu szyi macicznej na to pozwala, łyżeczką ostrą wyskrobuje ziarniaki i nabrzmiałą błonę śluzową jamy macicznej w tych tylko miejscach, gdzie więcej wystają do światła jamy macicznej, a szczególnie dokładnie w okolicy ujścia wewnętrznego, a to w celu ułatwienia odejścia zeszkrobanych przez operację części. Przedwstępnych rozszerzeń przewodu szyi używam tylko przy stwardnieniu tejże. Chloroformu, na parę tysięcy przypadków wyskrobywania, nie stosowałem ani razu, ponieważ wyskrobuje macicę *in situ*, bez ściągania jej na dół. Skutek jednak takich wyskrobywań bywa po większej części natychmiastowy. Krwawienia, które trwały przez całe miesiące, nie ustępowały najrozsądniejszym zabiegom lekarskim i doprowadzały chore do ostatecznej bezkrwistości, —zaraz po wyskrobanu kilku drobnych ziarniaków ustają po większej części odrazu. Nieraz całe leczenie kończyło się na tem jednym wyskrobanu, bo chora, po ustąpieniu krwawienia, z każdym dniem coraz szybciej zaczyna wracać do zdrowia. W większej części jednak przypadków, prócz takiego wyskrobania, potrzeba jeszcze stosować przyżegania całej błony śluzowej jamy macicznej, ażeby odnowić i te części, które nie uległy wyskrobanu. W tym celu na 3-ci dzień po wyskrobanu smaruję zapomocą pendzelka z włosia bobrowego całą błonę jamy macicznej 10% roztworem lapisu i powtarzam to co 4-ty dzień aż do ustania wszelkich odpływów, zamknięcia się ujścia macicznego i przyprowadzenia macicy do objętości normalnej, na co zwykle potrzeba od 3-ch do 8-iu tygodni czasu. Stosowałem kilka razy zamiast lapisu nalewkę jodową, ale kilka przypadków ostrego jodyzmu zniewoliło mię do porzucenia tego środka. Prócz lapisu, bardzo dobrym środkiem okazał się roztwór kwasu chromowego w równych częściach z dymiącym kwasem saletrzanym; na powstrzymanie krwawienia działa on daleko energiczniej, aniżeli saletrzan srebra, ale zato stosowanie jego wywołuje bóle i wymaga kilkodniowego zupełnego spokoju, przez co niebardzo się nadaje do praktyki ambulatoryjnej.

Dodać muszę, że przy stosowaniu dopiero co wymienionych zabiegów lekarskich, żadnych środków przeciwniętnych z zasady nie używam. Narzędzia chirurgiczne po każdym użyciu podlegają, po umyciu, wypolerowaniu zapomocą papieru szmerglowego, a bezpośrednio przed użyciem wyjaławiają się przez zanurzenie w wodzie wrzącej; do oczyszczenia pola operacyjnego

używam wody przegotowanej 35° R. i waty BRUNS'a; po ukończonej operacyi wyjaławiam pochwę przestrzykiwaniem wodą wyjałowioną albo też roztynem nadmanganianu potasu (1 : 2000); zastrzykiwań do jamy macicznej żadnych, a tem mniej sublimatowych, nigdy nie robiłem, bo mię kilka przypadków zatrucia przez środki przeciwnie, do wnętrza macicy zastrzyknięte, od tego odstraszyło.

Na zakończenie mogę zapewnić Szan. Kol., że, przy stosowaniu powyższej metody w kilku tysiącach przypadków, moje chore, z wyjątkiem kilku przypadków nieznacznych kalek macicznych wskutek nieostrożnego zachowania się ze strony samych-że chorych, nie miały żadnych dokuczliwych niedogodności, a przecież były to po większej części chore ambulatoryjne. Żadna z nich nie uległa zapaleniu macicy albo jej przydatków, żadna nie podległa zarostowi jamy macicznej albo przewodu jej szyi, jak tego w ostatnich latach spostrzegłem dwa przypadki, pochodzące: jeden z kliniki wrocławskiej, a drugi z kliniki berlińskiej.

Nie potrzebuję chyba dodawać, że oprócz leczenia miejscowego, stosowane bywały środki odpowiednie dla podniesienia ogólnego stanu zdrowia. Najczęściej wypadło stosować jodek żelaza *in statu nascendi cum ergotino et ext. rhei comp.*, albo wody Marienbad, Kissingen, Francensbad równocześnie z ciepłemi kąpielami z solą kuchenną (2 — 5%):

WYKŁADY KLINICZNE.

Syringomyelia,

opisał D-r. Med. H. HIGIER.

Nazwa „syringomyelia“ dosłownie oznacza rdzeń kręgowy wewnątrz pusty, (σῦριξ — rura) i pochodzi od OLLIVIER's'a (1837), który ją stosował we wszelkich przypadkach istnienia kanału środkowego w rdzeniu kręgowym u osób dorosłych. W owym bowiem czasie w nauce było sprawą sporną istnienie stałego kanału środkowego w rdzeniu kręgowym, chociaż o istnienie jego z zapałem walczył ETIENNE. Kanał—wyrażał się CALMEIL w roku 1828—mógłby tylko wtedy istnieć we wnętrzu rdzenia kręgowego, gdyby rdzeń zrosł się w życiu zarodkowym przypadkowo tylko brzegami, pozostając niezrośniętym w środku.

Gdy w roku 1859 STILLING dowiódł, że w rdzeniu kręgowym u dorosłych fizjologicznie istnieje kanał, pokryty nabłonkiem, i wytworzył hipotezę, że zbyt szerokie jamy w rdzeniu powstają nie wskutek niedomykania się rdzenia, lecz wskutek późniejszego rozszerzenia się kanału, zaczęto powoli pod wpływem ROKITANSKY'ego, WALDEYER'a i VIRCHOW'a baczniejszą zwracać uwagę na powstawanie patologiczne wydrzeń oraz jam w rdzeniu. Już w r. 1875 mógł SIMON na zasadzie obfitego materiału przeprowadzić ściśle rozróżnianie pomiędzy hydromyelią i syringomyelią, pozostawiając pierwszą nazwę dla wszystkich przypadków chorobliwego rozszerzenia się środkowego kanału rdzenia i obejmując nazwą „syringomyelia“ wszystkie przypadki, w których wolne, zazwyczaj niekształtne przestrzenie w rdzeniu zjawiały się obok i niezależnie od kanału środkowego. Około r. 1870 zajmowano się przeważnie anatomo-patologiczną i patogenetyczną stroną tej sprawy, jak tego dowodzą klasyczne prace HALLOPEAU, LOCKHARD'a, CLARKE'a, SIMON'a,

WESTPHAL'a, LEYDEN'a, SCHULTZE'go, ROTH'a, KAHLER'a, PICK'a, CHARCOT'a i JOFFROY'a. Temu to okresowi czasu zawdzięczamy zasadnicze teorie budowy i powstawania jam patologicznych: teorię t. zw. periependymarnego myelitu, teorię nowotworów glejowatych unaczynionych w rdzeniu kręgowym, teorię wrodzonych anomalii rdzenia kręgowego. Z nielicznych notatek kazuistycznych tego okresu zdawało się klinicznie nie ulegać wątpliwości, że po za rozlaniami zmianami czuciowymi i troficznymi kończyn górnych może się ukrywać syringomyelia. Ścisłe opracowanie kliniczne tej postaci nozologicznej zaczyna się dopiero w latach 1882—1885, kiedy Fr. SCHULTZE i KAHLER, zupełnie samodzielnie, starali się odosobnić z całego szeregu zjawisk objawy kardynalne tej choroby i przez to umożliwić jej rozpoznanie. Ich to zasługą jest wskazanie stałego współistnienia charakterystycznego zaniku mięśni z t. zw. częściową utratą czucia—objawu patognomonicznego, dokładnie zbadanego przez SCHULTZE'go. Późniejsze prace potwierdziły zasadnicze wnioski powyższych autorów w każdym względzie. Ilość spostrzeganych przypadków zaczęła się niezmiernie szybko powiększać i udało się przy troskliwszem rozejrzeniu się w piśmiennictwie lekarskiem wyszukać przypadki syringomyelii, dokładnie pod względem klinicznym notowane, lecz błędnie tłumaczone, nawet wśród spostrzeżeń, opisanych przez DUCHENNE'a, ROMBERG'a, ERB'a i innych, a dane anatomo-patologiczne o takich przypadkach udało się znaleźć u BRUNNER'a (1688) i MORGAGNI'ego (1740) — t. j. w epoce, kiedy wyjątkowo rzadko dokonywano zupełnych sekcji. W ostatnich latach wszechstronnie wystudyowano symptomatologię i anatomię patologiczną tego względnie dość często zdarzającego się cierpienia rdzenia kręgowego, oraz najdokładniej opracowano genetyczny związek pomiędzy cierpieniem powyższem i innymi grupami chorobowymi, na pierwszy rzut oka zupełnie odrębnymi (choroba MORVAN'a, trąd, zanik mięśni postępujący, choroba RAYNAUD'a, sklerodermia, akromegalia, hematomyelia i inne).

Jako najbardziej znane i wyczerpujące monografie o syringomyelii z ostatniego dziesiątka lat należy wymienić prace: A. BAEUMLER'a (1881), R. WICHMANN'a (1887), W. ROTH'a (1887 i 1890), E. BRUHL'a (1889 i 1890), J. HOFFMAN'a (1891 i 1892) i H. SCHLESINGER'a (1895). U nas w sprawie tej pisali: kol. BERNSTEIN (Medycyna 1892) i BIERNACKI (Gaz. lek. 1892).

Anatomia patologiczna. Przy badaniu makroskopowem rdzeń kręgowy wydaje się albo zupełnie niezmiennym, lub też mocno spłaszczonym i wstążkowatym. Najbardziej uwydatnia się zagłębienie bruzdy przedniej, rzadziej zwężenie rdzenia we wszystkich wymiarach. Jeżeli jama osiągnęła znaczniejszych rozmiarów, to przy poruszaniu zamkniętego jeszcze rdzenia zauważyć można falowanie, a jednocześnie przy obmacywaniu ma się uczucie wyraźnego chęłbotania. Przyglejakach wewnątrzrdzeniowych z jamami znajdujemy rdzeń często obrzmiały i jednolicie lub wrzecionowato zgrubiały, z zawartością bądź dość ścisłą, bądź też we wnętrzu nowotworu miękką i chęłbocącą.

Obraz, jaki się badającemu przedstawia na przecięciu, jest u rozmaitych osobników rozmaitym, i może u tegoż osobnika znacznym podlegać zmianom, zależnie od wysokości dokonanego przekroju. W niektórych przypadkach spotykamy znacznie rozwiniętą, przezroczystym płynem wypełnioną jamę, która osiąga znaczniejszych rozmiarów w zgrubieniu szyjowem rdzenia i zwęża się wrzecionowato ku górze i ku dołowi, pozostając jednak widoczną dla gołego oka na całej przestrzeni od opuszki aż do nici końcowej. Innym zaś razem kanał pozostaje otwartym tylko na nieznacznym przestrzeni i rozmiary jego wahają się między grubością pióra gęsiego lub koniuszeczka palca, a grubością cienkiej igły. W większości przypadków jama w rdzeniu jest nieznaczna i sprawia wrażenie kanału rozszerzonego w kierunku poprzecznym a najbardziej w przednio-tylnym.

Spotykana na przecięciu eliptyczna lub półksiężycowata jama rozciąga się zazwyczaj w kierunku bruzdy tylnej podłużnej i rozsuwa mniej lub więcej znacznie pęczki tylne, nie dotykając wcale tworzącej je tkanki. Jama jest otoczona przez lśniąca, gładką powłokę, wszędzie jednakowo grubą, z wyglądu jednolitą, składającą się z równolegle przebiegających włókien i ubogą w komórki, wewnątrz pokrytą nabłonkiem, zwykle niezupełnie dobrze zachowanym. Taką jamę należy uważać za wynik niedostatecznego lub wadliwego rozwoju embryonalnego, jako kanał środkowy zbyt rozszerzony przez niezupełne zamknięcie się zarodkowej blaszki rdzeniowej (*Medullarplatte*). Przynajmniej przemawia za tem i nabłonek, spotykany na ścianie jamy, i wreszcie jej postać, stale spotykana u zarodków. W najbliższym otoczeniu jamy leżą na przecięciu poprzecznym komórki w znacznej ilości, które zarówno ze względu na swą budowę, jak i ze względu na własności zabarwiania się, mają wielkie podobieństwo do komórek ependymalnych, stanowiących pokrycie kanału środkowego rdzenia. Nierzadko obok jamy środkowej spotykamy liczne wypustki i mieszkowato rozszerzone kręte uchyłki, które, przebiegając równolegle do jamy środkowej, mają rozmaitą postać na różnych wysokościach (owalne, okrągłe, czworokątne, szparowate, gwiazdźiste, eliptyczne). Gdy uchyłki takie wychodzą z jamy centralnej, skośnie ku górze lub ku dołowi, to na przekroju poprzecznym, który zarówno dotyka i jamy centralnej i uchyłku, przebiegającego na tej wysokości bez połączenia z nią, otrzymujemy dwa lub kilka pozornie zupełnie samoistnych, odosobnionych kanałów obok siebie. Kanał, na całej rozciągłości rdzenia przebiegający obok centralnego, jest zjawiskiem dość rzadkiem. Opisane rozszerzenie kanału środkowego — *hydromyelus* — wikła się często z chorobowem rozszerzeniem komór mózgowia — *hydrocephalus internus*.

W wielu innych przypadkach spostrzegamy na przecięciu poprzecznym kanał środkowy nie rozszerzony, a natomiast na rozległym terytorium znaczne bujanie neuroglii substancji szarej: *gliosis*. Bujanie tkanki tej poczyną się zwykle w najbliższym otoczeniu kanału środkowego i polega na znacznym rozroście komórek, które zupełnie niszczą prawidłową budowę tkanki nerwowej. Jeżeli nowowytworzona zbita tkanka zajmuje przestrzeń ograniczoną, centralną, to zwykle taką sprawę nazywamy *periependymarną sklerozą*. Do środka i ku przodowi skierowane wierzchołki słupów GOLL'a bywają zazwyczaj najwcześniej zniszczone przez nowowytworzoną tkankę, przyczem może pozostać bardzo wyraźna granica między tkanką prawidłową i chorobową. W dalszym przebiegu gliozja zajmuje nie tylko części *periependymarne*, lecz dosięga też odśrodkowo położonych części rdzenia kręgowego, zwłaszcza zaś rogów tylnych, spoidła tylnego, pęczka tylnego, jednej lub obu stron. W wyjątkowych razach istota nerwowa zniszczona zostaje przez gliozję bezpośrednio do błony miękkiej, rdzeń otaczającej.

W przypadkach bardzo rozległego bujania neuroglii, cała istota szara z wyjątkiem nieznacznej części rogów przednich pozostaje zniszczoną, a i z istoty białej pozostaje niezmienną tylko nieznaczna otoczka. Jamy, wskutek rozpadu tkanki patologicznej powstałe, stanowią właściwą *syringomyelię*. Wymiar poprzeczny takich jam może wynosić do 12 mm. i więcej, wymiar podłużny 3—5 mm. (SCHLESINGER). Miejscami powstają wskutek rozpadu tkanki nowotworowej i następczego wessania się produktów rozpadowych liczne jamy, bądź łączące się ze sobą, bądź też oddzielone przegródkami, niepokrytymi nabłonkiem (HOFFMANN), które nic nie mają wspólnego z kanałem środkowym, rozszerzonym przy *hydromyelii*. Zdarza się czasami, że znacznie w kierunku podłużnym wybujała jama, jest na pewnej wysokości swego przebiegu zamkniętą przez patologi-

czną tkankę glejową i występuje znowu na przecięciu poprzecznym, tylko nieco wyżej lub niżej. Co do kanału środkowego, to przebiega on albo z przodu od jamy patologicznej, odsunięty nieco w prawą lub lewą stronę, albo też jest pochwycony we wspólną sprawę rozpadową. W oddzielnych przypadkach spotykamy w jednym rdzeniu kręgowym hydromyelię w nieznacznym stopniu, skle rozę periependymarną i niezależną od niej ośrodkowo rozwijającą się sprawę glejową z następczem wytwarzaniem się jam (syringomyelię).

Wielu bardzo autorów odróżnia od sprawy chorobowej, zwanej gliozą, jeszcze gliomatozę, obejmując ostatnią nazwą przypadki, w których nowotworowy charakter tkanki występuje bardziej wyraźnie. SCHULTZE, któremu zawdzięczamy wprowadzenie tej terminologii, zalicza do gliozy przypadki, w których prawidłowe elementy nerwowe zanikają pod wpływem rozlanej hyperplazji neuroglii, nie ulegając gromadnemu przemieszczeniu, natomiast pod gliomatozą rozumie przypadki, w których wybujała neuroglia tworzy mniejsze lub większe ogniska, odsuwające *in toto* tkankę nerwową i sprowadzające stopniowy jej zanik. Na stopniu najwyższego swego natężenia, gliomatoza ma być zupełnie identyczna z prawdziwym glejakiem (*glioma*). Taki glejak, przedstawiający się w postaci okrągłej, owalnej lub nieprawidłowej, głównie zajmuje istotę szarą rdzenia, rozrasta się także w kierunku podłużnym i różni się od gliozy głównie tem, że objętość rdzenia staje się o wiele większą, gdyż rozrost tkanki nowotworowej jest o wiele szybszy, zaś sprawy rozmiękczenia, wessanie produktów rozpałowych i wtórne krwawienia występują stosunkowo o wiele później. W wyjątkowych razach nowotwór może zająć istotę szarą tylko po jednej stronie rdzenia, a nawet ograniczyć się tylko do tylnego rogu, zmieniając na znacznej przestrzeni swego przebiegu prawidłową jego budowę. Przy glejakach właściwych budowa całego rdzenia zostaje mniej więcej zmienioną lub zupełnie zatraconą, a środek przekroju poprzecznego zajmuje tkanka szaro-czerwonawa. Nowotwór nigdzie nie jest wyraźnie odgraniczony od prawidłowej istoty nerwowej, lecz daje liczne wypustki, wklinowane w otaczającą tkankę. W wyjątkowych tylko razach daje się glejak z pośród otaczającej tkanki bez uszkodzenia wyłuszczyć.

Glejaki o kształcie wydłużonym są to zwykle obficie unaczynione nowotwory, złożone z komórek wrzecionowatych lub też postaci mieszane z innymi nowotworami (*myxoglioma, neuroglioma, gliosarcoma*). Czasami tkanka nerwogleju do tego stopnia ustępuje na plan drugi, że można śmiało mówić o guzie heterotopicznym w rdzeniu z następczem utworzeniem się jam (mięsak wrzecionowato-komórkowy, mięsak-naczyniak). Przejście bujania tkanki nerwogleju t. j. gliozy w glejak, spostrzegane było tylko wyjątkowo. Ścisłe odgraniczenie gliozy od gliomatozy, hydro- od syringomyelii daje się rzadko kiedy anatomo-patologicznie przeprowadzić.

Dla wszystkich przypadków i postaci syringomyelii oraz hydromyelii należy za prawo uważać, że sprawa chorobowa umiejscawia się w rdzeniu centralnie w okolicy kanału środkowego lub z tyłu za kanałem środkowym i stąd przechodzi na sąsiednią istotę szarą, a później i na białą, wybierając przeważnie dolny odcinek rdzenia szyjowego i górny rdzenia grzbietowego. Dlaczego *locus praedilectionis* jam bywa zwykle okolica nabrzmienia szyjowego; dlaczego sprawa chorobowa zajmuje częściej rogi tylne i tylne spoidło szare rdzenia, a spoidło przednie pozostawia prawie stale nietkniętem; dlaczego jama zwykle wybiera kierunek odpowiadający *septum posticum*; dlaczego pierwotne lub wyłączne zajęcie sprawą chorobową części lędźwiowej rdzenia należy do rzadkości? Oto są zasadnicze pytania, na które stanowczej dotychczas nie mamy odpowiedzi.

Obraz drobowidzowy rdzenia, dotkniętego syringomyelią, jest następujący: Część rdzenia środkowo położona, odpowiadająca tkance glejowatej, uległej rozpadowi, jest bardzo ubogą w komórki, gdy części, położone na obwodzie, są mocno unaczynione i wybijają, oraz zawierają obfite ilości jąder i komórek tkanki nerwogleju. Wogóle obraz histologiczny sprawia wrażenie neuroglii i hyperplastycznej z jej licznymi długimi i cienkimi włóknami, splatającymi się i przecinającymi w rozmaitych kierunkach, a w punktach węzłowych zawierającymi komórki, niezmiernie ubogie w protoplazmę. Pomiędzy włóknami spotykamy zmienną ilość rozrzuconych bezładnie komórek okrągłych, polyedrycznych, piramidalnych i t. zw. pajęczkowatych, Obok bujania tkanki nerwogleju (*hyperplasia*) spotyka się nieraz i przerost jej (*hypertrophie*), wyrażający się tem, że oddzielne włókna pięciokrotnie przewyższają objętość normalną. Ciałek skrobiowatych (*amyloide*) i ziarnistych (*Körnkörperchen*) w bujającej tkance nerwogleju nie wykrywa się.

Tkanka glejowata może w rozmaitych miejscach uleść zwyrodnieniu szklistawemu lub żelatynowemu i wskutek następczego wessania mas rozpadowych dać początek jamom z zawartością mętną, kleistą i przez mocno zmieniony barwnik krwi rdzawo zabarwioną. Jama jest zwykle otoczona pozornie jednolitą powłoką, o budowie złożonej z delikatnych włókien. Środkowy kanał rdzenia, prawidłowy lub rozszerzony hydromyelicznie, jest zwykle odsunięty ku przodowi i oddzielony od tkanki nowopowstałej pasmem tkanki nerwowej. Gdy sprawa chorobowa dotknie i tę oddzielającą przegrodę, gdy i ona ulegnie rozpadowi, to następuje bezpośrednie połączenie pomiędzy kanałem środkowym rdzenia, a jego uchyłkami, mocno wskutek bujania neuroglii rozszerzonymi i zniekształconymi, *respective* jamami, powstałymi patologicznie na drodze rozpadowej. Ściana kanału jest albo gładką, albo zawiera na swej wolnej powierzchni brodawkowate wyrośle, złuszczone komórki nabłonkowe i włókna łączno-tkankowe, powstałe po uległej rozpadowi tkance. Sąsiednia tkanka wskutek ucisku ze strony nowotworu podlega obrzękowi, krwawieniu i sprawom zapalnym. Jako zapowiedź powstać mającej jamy, spotyka się pośród wybijającej neuroglii ogniska rozpoczynającej się nekrobiozy, zwyrodnienia klejowatego albo szklistego, świeże wybroczyny krwawe lub eksudację wzdłuż zmienionych naczyń. Przy hydromyeli, niepowikłanej innem cierpieniem, ulegają elementy nerwowe tylko przemieszczeniu, lecz zachowują swą budowę prawidłową i mogą aż do późnego wieku odbywać swą czynność prawidłowo.

Co do zmian w oddzielnych pęczkach rdzeniowych, to przy oględzinach pośmiertnych w przypadkach przewlekłych (97 przypadków zestawionych przez Annę BAEUMLER) najczęściej zmiany spostrzegano w rogach tylnych (32), w rogach przednich (24) i w pęczkach tylnych, rzadziej w pęczkach bocznych, a tylko wyjątkowo w pęczkach mózdkowych rdzenia, pozostających w ścisłym związku ze słupami CLARKE'a. W pęczkach tylnych, często i dość wcześnie dotykanych gliozą, spotykamy trzy miejsca, w których najchętniej i najwybitniej występuje sprawa chorobowa (SCHLESINGER): 1) w części pęczka tylnego, przylegającej bezpośrednio do spoidła szarego tylnego (pole tylnopęczkowe centralne FLECHSIG'a); 2) w części pęczków GOLL'a, graniczącej z *septum posticum* (pole owalne FLECHSIG'a); 3) w pasie leżącym pomiędzy *funiculus gracilis* i *funiculus cuneatus* (pole przecinkowate SCHULTZE'go). Zarówno pas wnikania korzonków (*Wurzel-eintrittszone*), jak i korzenie tylne pozostają zwykle nietknięte. W tych zaś przypadkach, w których wyjątkowo i te podlegają cierpieniu, daje się zazwyczaj wykazać istniejący jednocześnie wiađ rdzenia (EISENLOHR, NONNE, REDLICH, SCHLESINGER,

OPPENHEIM), który, jak niżej zobaczymy, uważać należy za sprawę pierwotną, bezpośrednio wywołującą patologiczne bujanie neuroglii lub też znakomicie usposabiającą do gliozy tkanki przyległe.

Mniej znana jest gliozą w rdzeniu przedłużonym i w mózgu. Jest ona zwykle sprawą wtórną, zwyrodnieniem wstępującem z rdzenia kręgowego (zwyrodnienie wstępujące korzeni nerwu trójdzielnego, *corporis restiformis, lemnisci*) albo też wynikiem postępującego bujania tkanki nerwogleju, *respective* glejaka aż do rdzenia przedłużonego. W tym ostatnim przypadku spostrzegamy nieraz na przecięciu poprzecznym rdzenia przedłużonego blisko całą jego połowę, zniszczoną przez wybujałą tkankę i zamienioną w jamę, przyczem podlega uszkodzeniu znaczna część nerwów ruchowych i czuciowych, rzadziej istota biała opuszki (*bulbus*).

Wybitne zmiany spostrzegamy w naczyniach, obficie spotykanych przy syringomyelii w tkance glejowatej. Często są one węzowato wygięte, znacznie zgrubiałe, niekiedy zamknięte (*thrombosis, obliteration*). Błona zewnętrzna naczyń (*adventitia*) jest znacznie zgrubiała, z koncentrycznie występującymi prążkami, rzadziej bez wyraźnej budowy; błona średnia (*media*) jest jednolita, szklistawo zwyrodniała. Najmniej zmieniona jest błona wewnętrzna (*intima*). Przypadkowo może dojść do pęknięcia naczynia, szklisto zwyrodniałego, z następczym wylewem krwawym. Gliomatozę, bardzo obfitującą w naczynia, niektórzy autorowie (SIMON) nazywają *glioma telangiectaticum*.

Zmiany oponowe i rdzeniowe przewlekłe (*meningitis et myelitis chronica*) ze zwyrodnieniem zstępującem i wstępującem zawsze można spostrzegać w późniejszym okresie syringomyelii, a zwłaszcza często spotyka się t. zw. *pachymeningitis cervicalis hypertrophica*. Zmiany degeneracyjne, przypadkowo spotykane w nerwach obwodowych, ruchowych i czuciowych skóry, *respective* w zwojach rdzeniowych i w korzeniach tylnych, uważać należy za objawy wtórne, zależne od spraw chorobowych w rdzeniu, nb. o ile nie są pochodzenia wędrowego lub oponowego.

Zachowywanie się mięśni jest przy gliozie mniej charakterystyczne: włókna mięśniowe wykazują w wysokim stopniu zwyrodnienie zanikowe, są bardzo cienkie, poprzecznie wyraźnie prążkowane i zawierają nieznacznie powiększoną ilość jąder; włókienka pojedyncze przerosłe są również rzadkie, jak puste pochowki mięśniowe. Tkanka tłuszczowa prawidłowa, tkanka łączna międzymięśniowa nieco wybujała, naczynia o świetle zwykłym, ilościowo nie powiększone, bez śladów spraw zapalnych, nerwy międzymięśniowe są nieraz w stanie zaniku.

(C. d. n.).

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

60. A. MATHIEU i MILIAN. **Krwawa plwocina u histeryków.** W r. 1893 JOSSE-RAND ogłosił pod nazwą *haemosialemesis hysterica* nieznaną objaw u histeryków. Wprawdzie oddawna spostrzegano wymioty krwawe w histeryi, lecz bliższe badania przekonały, że nowego objawu nie można utożsamiać z wymiotami. Objaw ten polega na tem, że chory, najczęściej w nocy, wypłuka ciecz krwawą, czerwoną, która po pewnym czasie nabiera barwy ciemniejszej. Ciecz ta nigdy nie krzepnie, ilość jej bywa zawsze nieznaczna (60—100 gramów). Całą tę ilość zwykle chory wypłuka odrazu. Zazwyczaj chory doświadcza pewnych swoistych sensacyi (duszenie, kula, niepokój, ból w dołku podsercowym); następnie usta napełniają się śliną krwawą, poczem następuje wyrzucenie jej, co sprawia choremu zupełną ulgę. Mamy tu więc do czynienia jakby z małym napadem histerycznym, z poronną je-

go postacią. Niekiedy zdarza się prawdziwy napad i chory traci przytomność, wypręga się; po kilku chwilach pokazuje się ślina krwawa, przytomność wraca, a chory jednocześnie wyrzuca z ust masę krwawą. Czasami ową plwocinę krwawą poprzedzają mdłości, innym znów razem, choć rzadko, z plwociną chory wyrzuca i masy pokarmowe: w tym wypadku mamy prawdziwe wymioty. Niekiedy napad rozpoczyna się aurą, po której następuje albo prawdziwy napad drgawek, albo też wyrzucenie plwociny krwawej. Widzimy więc, że plwocina krwawa może przedstawiać rodzaj równoważnika napadu histerycznego. Jest to jakby napad w miniaturze.

Objaw ten najczęściej spotyka się u tych histeryków, którzy jednocześnie cierpią na różne zaburzenia w trawieniu, przytem znacznie częściej u kobiet, niż u mężczyzn. Występuje on codziennie w ciągu paru tygodni albo też w przerwach krótszych lub dłuższych, często pod wpływem jakiegoś wzruszenia, a także w czasie miesiączkowania. Że objaw ten należy do całokształtu histeryi, przekonanywa fakt, że bywa spostrzegany wyłącznie u osób, które przedstawiają wyraźne znamiona (stygmata) histeryi. Co się tyczy natury tej plwociny, to, zdaje się, nie ulega żadnej wątpliwości, że składa się ona z krwi i śliny. Lecz skąd krew ta pochodzi, dotąd nic stanowczego powiedzieć nie można. Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że badanie narządów wewnętrznych chorego (żołądek, drogi oddechowe, jama ustna) tylko wyjątkowo rzadko mogło wskazywać źródło. To też różni autorzy przyjmowali rozmaite źródła krwi: żołądek, krtań, migdałki, nagłośnię, nasadę języka, gardziel i t. p. Najprawdopodobniej jednak różne mogą być jej źródła i nie można zawsze i stale wiązać pochodzenia jej z cierpieniem jednego narządu. Podobnie, jak FRERICHs objaśnia *salivatio matutina potatorum*, autorowie sądzą, że ślina w czasie nocy dostaje się do żołądka, skąd znacznie wcześniej, niż to się dzieje u alkoholików, bywa wyrzucana z domieszką krwi.

Rozpoznanie objawu tego zwykle nie bywa trudne. Plwocina krwawa bywa porównywana z syropem porzeczkowym lub syropem z partwinu (*ratanha*). Zresztą pewne objawy poprzedzające lub towarzyszące, aura, dalej brak jakichkolwiek danych ze strony jamy ustnej, serca, płuc, żołądka, wreszcie ogólne tło histeryczne—wszystkie te względy mogą usunąć wątpliwości. Jakkolwiek objaw ten bywa często uporczywy, jednak żadnego niebezpieczeństwa nie przedstawia, ponieważ nie jest wyrazem jakiegokolwiek uszkodzenia anatomicznego. Zabiegi lecznicze winny uwzględnić tę okoliczność. Nie należy więc chorych męczyć dyetą ścisłą, jak przy wrzodzie żołądka. Należy tylko usuwać wszelkie napoje i pokarmy ostre, drażniące; zalecać w razie potrzeby narkotyki (morfinę, kodeinę), napoje ciepłe, hydroterapię albo miejscowe okłady na dołek podsercowy, wreszcie sugestję, jako zawsze ważny środek leczniczy w histeryi.

(*Gazette des hôpitaux*. 6 II. 1896).

W. Męczkowski.

61. JOLLES. **Poszukiwania nad własnością odkażającą roztworów mydła**¹⁾. Po wykazaniu odkażających własności mydła względem wibryonów cholery, dokonał J. doświadczeń nad lasecznikiem tyfusu brzuszego i okrzężnicy. Ponieważ rozmaite gatunki mydła posiadają własność odkażającą w przybliżeniu jednakową, przeto wybrano do doświadczeń pewien gatunek, z którego przygotowano roztwory od 1 do 10% w wodzie wyjałowionej. Ponieważ ciepłota może wpływać na działanie roztworu, doświadczeń przeto dokonano przy ciepłocie 4–8° C., 18° C., i 30° C. Wyniki doświadczeń z lasecznikiem tyfusu są następujące.

¹⁾ Patrz „Medycyna“ N. 38. 1894

Roztwory mydła szybciej zabijają laseczники przy niższej ciepłocie, niż przy wyższej. Gdy przy 4—8°C. wystarcza do zniszczenia laseczników po 12 godzinach 1‰ roztwór mydła, po kwadransie 6‰ wy, to przy 18°C. 1‰-wy roztwór wywiera to samo działanie dopiero po 24 godzinach, a 6‰-wy po 30 minutach; przy 30°C. działanie roztworów jest wogóle podobne. Znacznie szybciej działa roztwór mydła, jeśli działać nim na kawałki płótna napojone hodowlą tyfusu: laseczники giną w 6‰-ym roztworze już po kwadransie, a w 1‰-ym po 2 godzinach.

Cokolwiek słabiej działają roztwory mydła na lasecznika okrężnicy, co zresztą zgadza się z większą odpornością tego pasorzyta w porównaniu z lasecznikiem tyfusu. Przy 4—8°C. wystarcza 2‰-wy roztwór do zabicia wszystkich laseczników w 6 godzinach; 8‰-wy roztwór zabija je po kwadransie. Przy 18° i 30°C. działanie mydła jest i tutaj cokolwiek słabsze.

Na zasadzie badań tych można słusznie wnioskować, że roztwory mydła posiadają bardzo wydatną własność odkażającą względem najczęściej spotykanych bakterii chorobotwórczych. Właśnie w przypadkach, w których mydło używane bywa i jaknajczęściej używane być winno, t. j. przy odkażaniu zanieczyszczonej bieleziny chorych, stanowi ono nieoceniony naturalny i najwłaściwszy środek odkażający. Przy powszechnie znanych własnościach pod względem higienicznym nie posiada mydło żadnych stron ujemnych, właściwych innym środkom odkażającym, jak zapach lub wpływ niszczący.

(*Zeit. f. Hyg. u. Inf.* 1895 str. 130).

A. Ż.

Notatki bibliograficzne.

„Wykaz oryginalnych prac lekarskich polskich za czas od r. 1831 do 1890 włącznie“.

Pod takim tytułem „Pamiętn. Warsz. Tow. Lek.“ zaczął drukować wielce pożyteczną pracę, której początek znajduje się w IV zeszytce roku zeszłego, a ciąg dalszy w I z r. b. Wykaz ten dotyczy prac, umieszczanych we wszelkich polskich czasopismach: lekarskich, przyrodniczych, farmaceutycznych, higienicznych, w różnych pamiętnikach, a nawet w publikacjach peryodycznych, nie należących do wyżej wymienionych, lecz zawierających prace z zakresu nauk, związek z medycyną mających i t. d. i t. d.,—słowem we wszelkich podobnego rodzaju publikacjach, jakie w powyżej wymienionym okresie czasu w języku polskim wychodziły. Współpracownicy w sposób bardzo sumienny pojęli swoje zadanie; nie ograniczyli się bowiem na podaniu tytułów ogólnych, lecz w każdej jakiejś zbiorowej pracy lub sprawozdaniu, obejmującym liczne i różnorodne pytania, każde z tych pytań pod właściwą rubryką podano, tak, że najmniejszy fakt, najdrobniejsze spostrzeżenie nie ginie w tym chaosie, który prawdopodobnie kilkanaście tysięcy numerów obejmie. Dziś już zarejestrowanych jest do czterech tysięcy numerów; a o ile z układu pracy wnosić można, jest to może jakaś czwarta lub piąta część całości. Dotąd wydrukowanych jest 21 arkuszy. Prawdopodobnie całość przekroczy 50 arkuszy; obecnie bowiem wykaz doprowadzony jest do działu X, który ma za przedmiot medycynę wewnętrzną i którego to działu dopiero pewna część wydrukowana została. Pozostaje jeszcze dalszy ciąg medycyny wewnętrznej, cała chirurgia oraz cały szereg gałęzi do medycyny praktycznej należących, jak wiadomo, największej ilości prac dostarczających. Dotąd opracowane zostały działy następujące: etologia, antropologia, histologia, embryologia, fizjologia, chemia lekarska i fizyka lekarska, anatomia patologiczna, patologia ogólna i doświadczalna, para-

zytologia, dyagnostyka, terapia ogólna, farmakologia i toksykologia, i pewna część działu medycyny wewnętrznej; pozostaje więc jeszcze część medycyny wewnętrznej i XIV działów dotąd nie tkniętych, jeśli będzie przyjęta taż sama klasyfikacja, co w przeglądzie piśmiennictwa corocznie przy pamiętniku ogłaszającym. Liczba źródeł, których wykaz obecny dotyczy, wynosi trzydzieści dziewięć. Niepominięty został żaden może naukowy organ, z których niejeden już rzadkość bibliograficzną stanowi. Praca ta wraz ze słownikiem lekarzów polskich KOŚMIŃSKIEGO, Przeglądem piśmiennictwa redagowanym przez lat 10 przez D-ra ROGOWICZA, oraz z Przeglądem piśmiennictwa corocznie przez „Pam. Tow. Lek.” wydawanym, stanowić będzie piękną bibliograficzną całość. Każdy z naszych autorów, chcący na przyszłość uwzględnić własne piśmiennictwo, będzie miał to wielce ułatwione. Byliśmy zawsze dalecy od tego, aby autorów polskich podejrzewać o lekceważenie własnej literatury, uważając, że jedynie trudność zdobycia źródeł mogła być przyczyną tego zaniedbania. Dziś, trudność ta została całkowicie usunięta; a Pam. Tow. Lek. War., który na drodze do ulepszeń i wywalczenia sobie stanowiska organu, zaszczyt naszemu piśmiennictwu przynoszącego, ciągle postępuje, dał nowy dowód dbałości o potrzeby lekarzy polskich. Byłoby zdawkową monetą powiedzieć o autorach, „że im się należy uznanie”; ta utarta formułka nie wystarczy: należy im się niekłamana wdzięczność od nas wszystkich za tę nad wyraz mozolną, nużącą i ogrom czasu pochłaniającą pracę. Zasługa ich jest tem większą, iż rezygnując z zaszczytów, jakie autorstwo przynosi, umieli swój czas i pracę tak ciężką na pożytek ogólny poświęcić. Najusiłniej wszystkie pisma lekarskie i przyrodnicze polskie prosimy, aby zechciały w łamach swych, bliższych szczegółów o tej publikacji swym czytelnikom udzielić.

H. D.

D-r W. OŁTUSZEWSKI. Rozwój mowy u dziecka oraz stosunek tego rozwoju do jego inteligencji. Warszawa 1896.

Pod powyższym tytułem wyszło świeżo doskonałe studium psychologiczne znanego ze swych prac z zakresu logopatologii kol. OŁTUSZEWSKIEGO. W studium tem autor podaje nader ściśle i systematycznie przeprowadzone spostrzeżenia w ciągu pierwszych trzech lat życia nad rozwojem inteligencji oraz mowy u dziecka. Praca dzieli się na trzy części: w pierwszej autor przedstawia stopniowy rozwój czynności duchowych dziecka, w drugiej — stopniowy rozwój jego języka; w trzeciej — porównywa rozwój inteligencji z rozwojem języka, i z porównania tego wnioski odpowiednie wyprowadza. W części pierwszej autor wykazuje na zasadzie skrupulatnie zebranych spostrzeżeń, że pierwotna inteligencja dziecka w pierwszych trzech miesiącach życia zawiera już w sobie zaczątki trzech składników przyszłego życia duchowego, a mianowicie: elementarne poznanie (wrażenia zmysłowe, elementarna pamięć), elementarną wolę (odruchy, ruchy instynktowe), i elementarne uczucia (głód, sytość). Każdy z tych składników stopniowo coraz bardziej się doskonali. Począwszy od 4-go miesiąca, dziecko zaczyna już kojarzyć wyobrażenia w sposób dostępny dla sprawdzenia; w tymże czasie zaczyna objawiać uczucia wyższe (bojaźń, radość i t. d.) oraz wolę popędową. W 8-ym miesiącu dziecko zaczyna już rozumieć wyrazy, odtwarzać wrażenia, okazywać zdolność do naśladownictwa. W 12-tym zaczyna wnioskować i rozumować, w 16-tym już dokładnie rozpoznaje i porównywa. Z końcem 20-go miesiąca zaczyna już łączyć pojęcia z wyrazami czyli zaczyna mówić, a w 24-ym występują pierwsze zarysy samowiedzy.

W drugiej części autor bada rozwój mowy u dziecka. W rozwoju tym autor widzi trzy okresy: 1) okres języka pierwotnego, w którym to okresie mowa składa się z odruchowych głosów oraz pewnych min i gestów; 2) okres rozwoju zdolności rozumienia oraz powtarzania wyrazów, co się znajduje w związku z rozwojem ośrodków pamięci mowy (pamięci słuchowej i ruchowej); 3) okres tworzenia się mowy samodzielnej czyli okres łączenia pojęć z wyrazami.

Porównyując rozwój inteligencji z rozwojem języka u dziecka, autor przychodzi do wniosku, że sprawa myślenia znacznie wyprzedza mowę, tak, iż myślenie, które w przyszłości ściśle jest związane z mową, w początkach odbywa się niezależnie od niej. Stąd autor wyciąga inny, ogólniejszy wniosek, a mianowicie, że, choć mowa stanowi najdoskonalsze narzędzie do kształcenia naszego umysłu, nie stwarza jednak inteligencji, lecz przeciwnie, jest jej wytworem dziejowym. Oto w krótkości treść pracy kol. OŁTUSZEWSKIEGO, której przeczytanie możemy gorąco każdemu polecić.

A. W.

ODCINEK.

SPÓŁCZESNA KAZUISTYKA LEKARSKA PRZED SĄDEM LOGIKI,

napisał Władysław Biegański.

(Dokończenie.—Zob. N. 22).

Tak się cała ta rzecz przedstawia z punktu widzenia psychologicznego. Psychologia stwierdza tylko fakt zawartości w każdym postrzeżeniu subiektywnych pierwiastków, i na tem, jako nauka obiektywna o stanach naszego umysłu, poprzestaje. Rzeczą już logiki jest rozebrać dalej ten fakt psychologiczny w zastosowaniu do praktycznych, metodologicznych celów. Otóż percepcji, postrzeganiu, jako czynności psychologicznej, odpowiada logiczna czynność spostrzegania (obserwacja)⁵⁾. I w tej również czynności logika stwierdzić musi połączenie pierwiastków subiektywnych z obiektywnymi. Z punktu widzenia jednak logicznego, można przez zastanawianie się i krytykę spostrzeganej treści usunąć w pewnym stopniu tę niedogodność. Można, rozbijając w umyśle treść spostrzeżenia, oddzielić to, co obecnie spostrzeganiem jest, od tego, co poprzednio spostrzeganiem było. Taki jednak rozdział nigdy nie będzie zupełny i zawsze treść spostrzeżenia będzie posiadała pewne cechy subiektywne. Stąd wynika, że nasze spostrzeżenia naukowe są zawsze w pewnym stopniu subiektywne, stopień jednak subiektywności zależeć będzie od stopnia krytycznego wyrobienia umysłu. Jeżeli badający zachowa się niekrytycznie do swego spostrzeżenia, to jego spostrzeżenie przybrać może do takiego stopnia cechy podmiotowe, że staje się już iluzją. Badający wtedy bardzo często nie spostrzega, nie widzi przedmiotu tak, jak on jest w rzeczywistości, lecz tak, jak go chce widzieć lub jak poprzednio nabyte wyobrażenia każą mu widzieć. Wtedy powstaje błąd logiczny, który nazywamy uprzedzeniem. Uprzedzenie więc polega na przewadze pierwiastku subiektywnego w spostrzeganiu, przewadze, wynikającej z braku krytyki umysłu nad treścią spostrzeżenia. Uprzedzenie

⁵⁾ Co do różnicy terminów postrzegania i spostrzegania, patrz pracę moją „Logika Medycyny“, str. 71, w przypisku.

jest błędem logicznym i odpowiada temu, co w psychologicznej percepcji nazywamy iluzją.

Wyjaśnijmy teraz to powyższe rozumowanie na przykładach, zaczerpniętych ze spostrzegania, z t. zw. kazuistyki lekarskiej. Nigdzie w nauce uprzedzenie nie sprowadza tak często błędnych wniosków, jak w medycynie. W nauce naszej nie posiadamy praw, wyprowadzonych z matematyczną ścisłością, nie posiadamy prawie przyrządów, kontrolujących czynność naszych zmysłów; nic więc dziwnego, że spostrzeganie nasze nie posiada i nie może posiadać tej ścisłości, jaką odznacza się spostrzeganie astronoma, fizyka lub chemika. Pamiętam kilka lat temu zdarzenie, które dało mi wtedy wiele do myślenia. Byłem wezwany z jednym z lekarzy na poradę do chorego, u którego przy ścisłym badaniu odkryłem tętniaka aorty. Rozpoznanie to na mojego konsultanta wywarło pewne wrażenie. Powtarzał wtedy kilkakrotnie badanie, rozpytywał się szczegółowo o objawy tętniaków, słowem, okazywał duże zainteresowanie się przypadkiem, który mieliśmy sposobność wspólnie spostrzegać. Po upływie tygodnia od czasu tej narady, wezwany zostałem przez tegoż lekarza do innej jego chorej. Przed badaniem, kolega mój nadmienił, że ma chorą w leczeniu od kilku dni i że postawił u niej rozpoznanie tętniaka aorty. Przystąpiłem do zbadania i nie znalazłem ani śladu jakichkolwiek organicznych zmian w sercu, a tylko ciężką postać błednicy z objawami sercowymi, jakoto: szmerami anemicznymi u podstawy serca, częstem tętnem, falowaniem w okolicach nadobojczykowych i t. p. Kolega mój tymczasem, będąc pod świeżem wrażeniem rozpoznania tętniaka aorty, spostrzegał u swojej chorej i stłumienie w górnej części mostka, którego ja odnaleźć nie mogłem, i tętnienie w dolku szyjowym, i nawet nierówność fali tętna w obu tętnicach promieniowych. A więc mieliśmy do czynienia z błędnem spostrzeganiem wskutek uprzedzenia. Dodać winienem, że kolega ten, jakkolwiek może nie pierwszorzędných zdolności, był jednak jednym z lepszych lekarzy praktyków. Skądinąd wiedziałem, że okazywał dużo doświadczenia i wiedzy, z badaniem fizycznym był dobrze obeznany, a rozpoznania jego po największej części były trafne.

Mógłby mi ktokolwiek zarzucić, że podobnie błędne spostrzeganie zdarzyć się może tylko w praktyce gdzieś na głębokiej prowincyi, wśród lekarzy, nie celujących wiedzą i znajomością przedmiotu, że w literaturze, gdzie przyjmują udział tylko wykształceni jednostki, takie błędne spostrzeganie zdarza się bardzo rzadko. Otóż jestem wręcz przeciwnego zdania. Kiedy dziś rozważam niektóre swoje dawniejsze przypadki, jakie ogłosiłem drukiem, to sumiennie przyznać muszę, że wiele rzeczy tam było błędnie tłumaczonych, a nawet błędnie spostrzeganych. Kierując się panującymi teoryjami, nie mogłem oprzeć się pewnemu uprzedzeniu, i kiedy dziś, po upadku tych teorii, rozważam w pamięci wszystkie szczegóły, przychodzę do przekonania, że spostrzeżenia moje nie były zupełnie obiektywne, że dziś może inaczejbym opisywał. Niech każdy z autorów zrobi taki rachunek sumienia, a przekona się, że mam słuszość twierdzić, czy bodaj nie większość naszej kazuistyki, jeżeli nie w całości, to w części przynajmniej pozbawiona jest obiektywności.

Kiedy FRIEDREICH po raz pierwszy w 1881 r. opisał przypadek nowej nerwicy od nazwą: *paramyoclonus multiplex*, posypały się zewsząd podobne spostrzeżenia. Ścisła jednak krytyka UNVERRICHT'a i WEISS'a zaledwie drobną odsetkę tych spostrzeżeń zalicza do postaci FRIEDREICH'a. Cóż więc się stało z resztą przypadków? Zaliczone zostały przez UNVERRICHT'a i WEISS'a do najrozmaitszych innych chorób nerwowych, były więc błędnie spostrzegane i błędnie opisane jako *paramyoclonus*. Dodać muszę, że krytyka kazuistycznych spostrzeżeń na zasadzie samego opisu, bez sprawdzenia ze spostrzegającym i opisywanym przypadkiem, jest bardzo trudna,

Opis spostrzeżenia może być bez zarzutu, tymczasem samo spostrzeganie mogło być błędne. Ten sam wypadek, co z *paramyoclonus*, spotykamy prawie corocznie. Opíše ktoś jakieś niezwykle ciekawe spostrzeżenie, zaraz zjawiają się w literaturze całe dziesiątki podobnych opisów. Mimowoli przychodzi na myśl ten mój kolega, który pod świeżem wrażeniem tętniaka aorty, spotykał następnie tak często tę sprawę.

Nigdzie jednak mała wartość kazuistyki nie występuje tak na jaw, jak w kazuistyce terapeutycznej. Gdzież się podziła owa skuteczność tuberkuliny w suchotach płucnych, kairyny, talliny, antypiryny w chorobach gorączkowych, całych dziesiątków rozmaitych środków w błonicy i t. p.? Gdzież się podziła, pytam się, gdyż kazuistyka, na poparcie tej skuteczności, przytaczana była tak przekonywająca, że żadnej chyba wątpliwości pod tym względem być nie mogło. Smutny i bardzo smutny jest jeszcze stan naszej nauki. Czy na to tylko ludzie zapisują całe stosy papieru, aby własnymi ułudami łudzić innych? Czy niema na to rady, aby subiektywność naszych spostrzeżeń sprowadzić do *minimum* i tym sposobem podnieść ich wartość naukową?

Jedyną radę na to upatrywać możemy w ścisłej kontroli naszych zmysłów. Kontrolę taką dokonać moglibyśmy najściślej przez wynalezienie i zastosowanie rozmaitych przyrządów, które, wynierzając ściśle zmiany spostrzegane, usuwałyby wszelką dowolność w naszych spostrzeżeniach. Tak postępuje fizyka i do tego w pewnym stopniu dąży cała nauka kliniczna. Wprowadzenie na przykład termometru do badań klinicznych, usunęło wszelką dowolność w określaniu ciepłoty ciała. Spółczesna sfigmometria i kardjometyra stara się również zastąpić niepewne i względnie dowolne określanie jakości tętna przez wyczuwanie palcem; rozmaite przyrządy hematologiczne mają na celu ograniczyć dowolne, na pierwszym rzucie oka oparte, określanie stopnia zubożenia krwi i t. p. Są to wszystko jednak zaledwie pierwsze próby, którym daleko jeszcze pod względem ścisłości do przyrządów, jakich używa fizyka w swych badaniach. Miejmy nadzieję, że w przyszłości potrafimy zwalczyć wszystkie spotykane tutaj trudności i osiągniemy ten ideał kontroli dla naszych zmysłów. Na dziś pozostaje nam przeważnie tylko kontrola umysłu. Zwodniczość naszych zmysłów możemy trzymać w pewnym stopniu na wodzy przez sprawdzanie wyników badania, otrzymanych drogą jednego zmysłu przez inny zmysł lub inne wrażenie. Znakomity filozof niemiecki WUNDT wyraził tę myśl w sposób następujący ⁶⁾: „uważać należy za obiektywnie pewne w nauce to tylko, co przez ciągłe wzajemne sprawdzanie percepcji nie da się już usunąć ze spostrzeżenia“. Do takiej kontroli wrażeń potrzebne jest krytyczne rozumowanie, oparte na poprzednim doświadczeniu i wychodzące z tej kardynalnej zasady, że wrażeniom bezwzględnie wierzyć nie można. Jeżeli przy opukiwaniu znajdę stłumienie w okolicy wątroby, sięgające do linii pępkowej, to na tem wrażeniu nie powinienem poprzestać, lecz muszę je sprawdzić przez wymacywanie, czy ono rzeczywiście odpowiada rozmiarom powiększonej wątroby. Jeżeli gdziekolwiek na klatce piersiowej na miejscu odpowiadającym płucom znajdę stłumienie odgłosu opukowego, to wynik ten sprawdzam przez wysłuchiwanie i tym sposobem kontroluję pierwsze wrażenie i t. d. Wszędzie tu rozumiuję w sposób następujący: stłumienie odgłosu opukowego nie dowodzi jeszcze niczego; może ono zależeć od wielu okoliczności, może na koniec być zwodniczem zjawiskiem, dlatego sprawdzam je innym sposobem; w innych

⁶⁾ W. WUNDT. Logik, I B, II Auflage, 1893. Str. 433.

przypadkach powtarzam badanie kilkakrotnie, wśród zmienionych warunków i dopiero, jeżeli wtedy objaw ten zawsze stale spotykam, jeżeli taka kombinacja wrażeń przemawia za możliwością tego zjawiska, dopiero wtedy, powtarzam, mam prawo twierdzić, że objaw ten z całą pewnością istnieje. Drobiazgowa krytyka taka szczególnie wtedy jest konieczną, jeżeli rozchodzi się o sprawdzenie jakiegokolwiek teorii naukowej lub stwierdzenie działania jakiegokolwiek środka. Tutaj badający łatwo znaleźć się może pod wpływem uprzedzenia, przez autosuggestyę łatwo przeoczyć może istniejące, a spostrzedz nieistniejące objawy. Dlatego największa doza niedowierzania i krytyki nigdy w tych przypadkach nie zaszkodzi.

Nim skończę niniejszą pracę, pozwolę sobie jeszcze zwrócić uwagę czytelnika na inny jeszcze logiczny błąd, bardzo często spotykany w społecznej kazuistyce, a szkodliwie oddziaływający na jej wartość naukową. Błąd ten polega na wprowadzaniu do opisu wniosków zamiast przesłanek, na których wnioski, ostatecznie, przy omawianiu dyagnozy, oparte być winny. Bardzo często spotykamy w opisach takie zdania: „w wierzchołku prawego płuca spotykamy wyraźne zmiany gruźlicze”; „w płucach w dolnej części z prawej strony objawy zapalenia mięszu”; „w lewym podżebrzu wyczuwamy powiększoną śledzionę”, albo: „śledzionę znajdujemy powiększoną, wymacalną”; czucie mięśniowe w zupełności zniesione” i t. p. Mają to być skrócenia, zamiast szczegółowego opisu objawów, spostrzeganych w płucach, w jamie brzusznej lub przy badaniu ruchów chorego. Tymczasem skrócenia te zawierają coś więcej, aniżeli zbiór objawów: zawierają one przyczynę zamiast skutku, zamiast objawów—całą dyagnozę, która dla czytelnika niczem nie jest uzasadniona i wierzyć musimy na słowo autorowi, że w rozpoznaniu się nie omylił. Tym sposobem do opisu wprowadzamy nieopatrznie pierwiastek subiektywny i zmniejszamy w wysokim stopniu obiektywność naszego spostrzeżenia.

Dziwna rzecz, ale błąd ten jest tak powszechny, że bodaj czy w całej literaturze znalazłoby się wiele spostrzeżeń pozbawionych tego błędu. Jest on wynikiem powszechnej właściwości umysłu ludzkiego wyszukiwania wszędzie przyczyny zjawisk i utożsamiania przyczyny ze skutkiem. Im umysł jest mniej wyrobiony krytycznie, tem częściej właściwość tę spotykamy. Każdy lekarz wie, jak trudno jest zebrać anamnezę u chorych szpitalnych. Trudność ta polega, pomijając brak pamięci, głównie na tem, że chorzy nigdy nie opisują swoich dolegliwości, lecz wymarzone przez siebie przyczyny cierpień. Wieśniak chory nigdy prawie nie powie, że ma bóle brzucha, nudności, lecz że go macica trapi, że robaki kłębią się do dołka. Nawet inteligentni chorzy używają często takich przenośni, jak uderzenie krwi do głowy, rozpieranie gazami i t. p. Potrzeba pewnego wyrobienia umysłu, aby umieć obiektywnie opisać swoje spostrzeżenie, nie używając przenośni, wkraczających w dziedzinę wnioskowania. Należy więc i autorom wystrzegać się tego, bądź—co bądź z punktu widzenia logicznego, poważnego błędu.

A ustrzedz się błędu logicznego łatwo, należy tylko wiedzieć, że błąd taki jest możliwy i przy spostrzeganiu i opisie zawsze o nim pamiętać.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= SCHAEFFER (Heidelberg) gorąco poleca ferripirynę, jako *haemostaticum*. Niejednokrotnie stosował przy krwotokach z macicy skutkiem *oophoritis* i *endometritis fungosa*, środek ten na wacie, zmoczonej w 16% roztworze. Pomyślnie wyniki zachęciły autora do stosowania ferripiryny w wielu innych przypadkach w postaci proszku i w postaci 15% roztworu, w praktyce ambulatoryjnej. Środek ten nie działa żrąco, tylko ściągająco, a jednocześnie uspakaja bóle. Pod tym względem posiada wyższość nad *fer. sesquichlor.*, nadto może być używany w postaci proszku, co również stanowi stronę dodatnią. Również bezpiecznie *f.* może być wprowadzana do macicy (1 — 16% roztwór), do pęcherza. Wreszcie może być stosowana wewnętrznie, mianowicie przy *melaena neonatorum*, po 0,2 — 0,3 na dawkę. Ferripiryna stanowi połączenie antypiryny i półtorachloru żelaza. (Münch. med. Woch. 53 1895) *W. M.*

= THIERRY od kilku lat z powodzeniem stosuje kwas pikrynowy przy oparzeniach. Po obmyciu miejsc oparzonych 10—15‰ roztworem kwasu pikrynowego ból wkrótce znika, a gojenie następuje po kilku dniach. Żółte plamy, pozostające po kwasie pikrynowym na skórze, usuwa kwas borny. (Wien. med. Pres. 12. I. 96).

= Wiadomo, że chleb stanowi prawie trzy czwarte całego pożywienia ludu pod względem swojej pożywności, zupełnego jednak pożywienia nie stanowi, z powodu braku tłuszczu i niedostatecznej ilości białka. Braki te starano się zapełnić, używając do chleba różnych domieszek. Najważniejszą z nich jest dodatek mleka zbieranego (*Magermilch*) w stosunku pół litra na kilo chleba (które się dodaje zamiast wody do zarobienia mąki). Doświadczenie przekonało, że chleb tego rodzaju wybornie bywa znoszony przez przewód pokarmowy. Doświadczenia wykonane w pracowni przez REHSTEINER'a i SPIRIG'a (z St. Gallen) dowiodły, że dodatek mleka w wysokim stopniu zwiększa pożywność chleba. Zapach, smak i strawność takiego chleba nie pozostawiają nic do życzenia, a cena takiego chleba (w Szwajcarii) nie jest wyższą od zwykłej. (Corresp. f. Schw. Aerzte. Nr. 22).

Gr.

= Wielu autorów (KRAKAUER, MENDELSON, HOLTZ) zwraca uwagę na znakomite działanie *urecidinum Strocherni*, w napadach dny i wogóle skazie moczowej. Środek ten zawiera sól i *lithium*, które w swych połączeniach z kwasem cytrynowym, siarczanym i solnym tworzą słabo kwaśną sól. *Urecidinum* nie ma żadnego przykrego działania pobocznego, ani przykrego smaku. Posiada własności rozpuszczania kwasu moczowego; działa powoli i pewnie, jak o tem przekonały liczne doświadczenia. Nadto bardzo dobre wyniki dawał w kamieniach nerkowych i żółciowych, także w przewlekłym gościecu stawowym. W dniu środka ten usuwa lub zmniejsza w krótkim czasie bóle. (Deut. Med. Zeit. 1895. Nr. 95).

= LANGSTERN (Teplitz-Schönau) stosował w wielu przypadkach dny z pomyślnym wynikiem *urecidin. Strocherni* i tak się wyraża o jego własnościach: 1) jest to środek, który nawet w większych dawkach 10,0 *pro die* nie wywiera przykrego działania pobocznego; 2) nawet przy dłuższym użyciu nie wywiera złego wpływu na żołądek i serce, jak inne środki używane w dnie; 3) zwiększa dobową ilość moczu; 4) działa pewniej, chociaż niezawsze prędzej od innych środków w kierunku wydalania kwasu moczowego; 5) usuwa i zmniejsza bóle; 6) dzięki niskiej względnie swej cenie winien znaleźć szersze zastosowanie nawet w praktyce ubogiej. (Prag. medic. Woch. 45. 94). *W. M.*

= KLEMPERER w 15 przypadkach raka żołądka, stwierdzonego badaniem posmiertnem, nigdy nie znajdował kwasu mlecznego. K. wnioskuje stąd, że kwas mleczny jest tylko wyrazem dłuższego przebywania mas pokarmowych w żołądku, co zresztą najczęściej ma miejsce w przypadkach raka. Dlatego też znajdujemy rak żołądka bez kwasu mlecznego i odwrotnie, wprawdzie rzadziej, kwas mleczny przy cierpieniach żołądka natury nierakowatej. Pomimo to oznaka BOAS'a nie traci swej wartości praktycznej, jeżeli tylko kwasowi mlecznemu nie będziemy przypisywali dogmatycznego znaczenia cechy swoistej dla raka. (Deut. med. Woch. 1895. N. 14).

Wiadomości bieżące.

— Nowozaprowadzony podatek szpitalny w naszym mieście przyniósł dochodu rs. 203,271. Szpitale z sumy tej za bezpłatne leczenie otrzymały 42,425, pozostała suma 160,846 rubli ma być użyta na budowę nowego szpitala i urządzenie drugiego przytułku położniczego na Pradze.

— We Włoszech została dozwolona w aptekach sprzedaż surowicy przeciwgruźliczej prof. MARAGLIANO.

— W Londynie zaczęło wychodzić nowe czasopismo p.t. „Archives of Clinical Skiagrfy”, poświęcone zastosowaniu w medycynie promieni ROENTGEN’a.

— W nagrodę za odkrycie promieni X, rząd włoski mianował ROENTGEN’a komandorem korony włoskiej.

— Czwarty międzynarodowy zjazd geologiczno-klimatyczny odbędzie 28 września r. b. w Clermont-Ferrand.

— **Zmarli.** W Kijowie w ubiegłym miesiącu zmarł d-r Antoni KRZYŻANOWSKI, b. prof. tamtejszego uniwersytetu. Zmarły urodził się w Tarnowie w Galicyi w r. 1830, po ukończeniu wydziału przyrodniczego i lekarskiego w roku 1851 i po zwiedzeniu klinik zagranicznych mianowany został pomocnikiem dyrektora kliniki terapeutycznej, z obowiązkiem wykładu. Po opuszczeniu stanowiska w uniwersytecie, oddał się następnie praktyce lekarskiej i zaskarbił sobie ogólną wziętość i szerokie uznanie.

— W Paryżu zmarł znany powszechnie terapeuta, prof. wydziału lekarskiego, d-r Germain SÉE, w 78 roku życia.

Komitet zarządzający Kasą pomocy dla osób pracujących na polu naukowem, imienia J. MIANOWSKIEGO, podaje do wiadomości, że z zapisu Jakóba NATANSONA przyznane zostaną w r. 1897 dwie nagrody pieniężne. Jedna nagroda przyznana będzie za najlepszą pracę z dziedziny nauk ścisłych (matematyka, nauki przyrodnicze włącznie z biologicznymi), ogłoszoną drukiem w języku polskim w latach: 1893, 94, 95 i 96; druga za taką pracę w dziedzinie nauk społecznych, filozoficznych, prawnych lub tym podobnych. Zgodnie z ustawą Kasy pomocy i stosownie do zastrzeżeń uczynionych przez zapisodawcę, powyższe nagrody udzielone być mogą jedynie: poddanym rosyjskim, mieszkańcom Królestwa Polskiego, w Królestwie urodzonym. Komitet zarządzający Kasą, własnem staraniem usiłuje zebrać, dla poddania ocenie, prace ogłoszone drukiem w wymienionym okresie; dla uniknienia jednak możliwych przeoczeń, prosi o składanie prac, o których mowa, w biurze Komitetu (Bank Handlowy) lub na ręce jednego z członków komitetu przed końcem roku bieżącego.

Prezes Komitetu *Antoni Okolski*. Członek Komitetu Sekretarz *Stanisław Libicki*.

— Komitet Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych, uprasza wszystkich Członków tejże Kasy o przybycie na ogólne zebranie, odbyć się mające w dniu 12 czerwca r. b. w piątek o godzinie 7½ wieczorem, w sali posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego (ulica Niecała № 7), na którem Komitet w myśl § 13 obowiązującej ustawy, złoży publiczne zdanie sprawy ze swych działań za rok 1895.

Od Redakcyi.

Wszelkie listy, dotyczące spraw naukowych oraz artykułów dla „Medycyny”, obecnie winny być nadsyłane pod adresem: D-r med. M. Sadowski, Krakowskie Przedmieście N. 7 w Warszawie.

WYDAWCA Dr. L. Gurański.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Доводено Цензурою. Варшава 24 Мая 1896 г.

Друк K. Kowalewskiego, Warszawa Mazowiecka 8.