

GAZETA LEKARSKA.

I. PRZYPADEK TREPANACYI JAMY CZOŁOWEJ.

Opisał

Antoni Gabszewicz.

Choroby jamy czołowej (*sinus frontalis*) stosunkowo rzadko się spotykają; nie mówię tu naturalnie o nieżytych nosa, które przez przewód, łączący jamę nosową z czołową, przechodzą czasami na tę ostatnią, sprawiając nieraz nadzwyczaj przykre i dolegliwe bóle, ale jedynie mam na uwadze sprawę poważniejszej natury, mianowicie sprawy zapalne, ropne, obierające sobie siedlisko w jamie czołowej i szkielecie kostnym ją tworzącym. U małych dzieci naturalnie spraw tego rodzaju nie spotykamy, gdyż do 7-go roku życia jama ta nie istnieje, i dopiero od tego czasu powstając, bardzo powoli dochodzi do stosunkowo dużych rozmiarów: wysokość jej dosięga nieraz 3 ctm., a po bokach rozszerza się do wewnętrznego kąta krawędzi oczodołu. Podług zdania większości autorów, sprawy zapalne, rozwijające się w jamie czołowej, mają zwykle za punkt wyjścia albo pierwotne cierpienie jamy nosowej, albo przyczyną ich bywa zatkanie przewodu łączącego obie jamy, lub rany bezpośrednio drążące do jamy czołowej. Zdarzają się jednak, choć nadzwyczaj rzadko, zapalenia ropne jamy czołowej, których początek nie da się wytłómaczyć przez żadną z wyżej wymienionych przyczyn. Otóż to i w tych przypadkach rozpoznanie pierwiastkowe bywa nieraz bardzo trudne. Na te trudności rozpoznawcze zwrócił uwagę w roku zeszłym, PANAS ¹⁾ który spostrzegając aż 4 przypadki ropnia jamy czołowej; we wszystkich tych przypadkach rozpoznawano z początku albo sprawę zapalną kostną, czy to przewlekłą, czy ostrą górnej krawędzi oczodołu, albo cierpienie na tle przymiotowem, lub też zapalenie tkanki komórkowej oczodołu i woreczka TENON'a. Powyżej cytowany autor dodaje od siebie bardzo słuszną uwagę, że właśnie tych pomyłek należałoby unikać, pamiętając o tem, że sprawy chorobowe w kościach, czy na tle gruźliczem, lub przymiotowem najczęściej obierają sobie siedlisko na krawędzi dolnej oczodołu, i to przeważnie w zewnętrznym jej kącie; trudność więc rozpoznawczą wahałaby się w ten sposób pomiędzy zapaleniem tkanki komórkowej oczodołu i sprawę zapalną jamy czołowej; przy pierwszej sprawie chorobowej *exophthalmus* dosięga wysokiego

¹⁾ Bulletins et memoires de la société française d'ophtalmologie. 1890.

stopnia; przy drugiej zaś najczęściej gałka oczna wcale nie jest wysadzona z oczodołu, z wyjątkiem chyba daleko posuniętej sprawy zapalnej w jamie czołowej, jak np. w przypadku SCHLEGTENDAL'a ²⁾, gdzie przewlekłe istniejący ropień niszczył prawie zupełnie przednią kostną blaszkę jamy czołowej i wytworzył w okolicy gładyszkowej guz wielkości dużego jabłka; w tym przypadku *exophthalmus* był stosunkowo dosyć znaczny. Mając te dane ogólne na względzie, należy zawsze w tych przypadkach, w których sprawa zapalna rozpościera się w okolicy gładyszkowej, podejrzewać sprawę chorobową w jamie czołowej.

Poniżej opisany przypadek, spostrzegany przezemnie, będzie doskonałą ilustracją powyższych uwag:

Strutyński, lat 16. Ojciec umarł na tyfus brzuszny, matka zdrowa; sam odznaczał się jaknajlepszym zdrowiem. W miesiącu Wrześniu 1890 roku w czasie zabawy z rówieśnikami otrzymał od jednego z nich przytka w okolicę gładyszki; po tym poczęstunku, po którym w pierwszej chwili słabo mu się zrobiło, w kilka godzin poczuł dość gwałtowny ból w okolicy czołowej; stosowano zimne okłady bez skutku; po kilku dniach wystąpił miękki guz w tej okolicy, bóle się wzmacniały; chory oddany był do Instytutu oftalmicznego, tam stosowano okłady; chory zaczął gorączkować, guz się zwiększał, bóle się wzmacniały. Chorego widziałem w 3 tygodnie po wypadku po raz pierwszy i po naradzie z kolegą GERNEREM i KAMOCKIM przyjąłem go do szpitala Ś-go Rocha w stanie następującym: nad lewem okiem i w okolicy gładyszki guz wielkości kurzego jaja, guz chęlboczący, skóra na nim nieco zaczerwieniona, i na dotyk bardzo bolesna; lewa górna powieka nabrzmiała i opadnięta; chory nie może otworzyć oka; ucisk na powiekę nie sprawia bólu, gałka oczna wcale nie wysadzona. Ciepłota ciała podwyższona, w dniu przyjęcia do oddziału chirurgicznego dochodziła wieczorem do 39° C., tętno 120. Chłopak wogóle nieźle odżywiany; badanie wewnętrznych narządów nie wykazuje nic nieprawidłowego, gruczoły chłonne nigdzie nie powiększone. Błona śluzowa nosa nie przedstawia nawet objawów najmniejszego przekrwienia, wogóle na nieżyt nosa nie zapadał. Mieliliśmy więc do czynienia z ostrym ropniem pozostającym w związku ze stosunkowo niewielkim urazem. Na drugi dzień po uspieniu chorego zrobiłem 2 cięcia długie od 3—4 ctm., jedno równoległe do górnej krawędzi oczodołu, a drugie pionowe do pierwszego przez okolicę gładyszki; wylało się dużo gęstej, niecuchnącej ropy; badanie palcem wykazało obnażenie kości w okolicy gładyszki i części wewnętrznej górnej lewej krawędzi oczodołu. Najdokładniejsze badanie nie wykazało obecności przetoki, prowadzącej do jamy czołowej. Opatrunek z gazy jodoformowej. Ciepłota spadła do stanu prawidłowego po operacji, bóle zupełnie ustąpiły; rany szybko się goiły, a obnażone miejsca kości prędko pokrywały się dobrą ziarniną, obrzęk powieki wkrótce zupełnie zniknął, i chory doskonale mógł otwierać lewe oko. W 4 tygodnie po operacji chłopak opuścił szpital. W 10 dni jednak później zjawia się na nowo, uskarżając się na mocny ból w okolicy gładyszki, ból ten zwiększa się przy dotyku. Zewnętrznie okolica ta nie przedstawiała żadnego obrzmienia, żadnego zaczerwienienia skóry, powieka górna lewego oka trochę tylko opadnięta; ciepłota ciała dochodzi do

¹⁾ Centralblatt für Chirurgie. 1885.

38,5° C.. Chory zupełnie przytomny, określa dokładnie miejsce bólu, sam pieszo przyszedł do szpitala. Wobec takiego stanu rzeczy przypuszczałem, że u naszego pacjenta sprawa chorobowa, pomimo zupełnego zablźnienia ran, jeszcze się nie-zakończyła, i że najprawdopodobniej albo będziemy mieli do czynienia z powierzchownym martwakiem drażniącym części miękkie, lub też ze sprawą głębszą, t. j. z ropieniem w samej jamie czołowej; zajęcie błon mózgowych wykluczałem na zasadzie przytomności zupełnej chorego, bólu ograniczonego do pewnej okolicy, i braku wysokiej ciepłoty. Chory powtórnie został przyjęty do szpitala, z powodu gwałtownych bólów wstrzyknięto mu $\frac{1}{8}$ grana morfiny. Na drugi dzień zrana ciepłota 38,2° C..

Dnia 31 Października 1890 r, wziąłem chorego na stół operacyjny. Przez dawne blizny poprowadziłem cięcie do samej kości, nie znalazłem jednak na powierzchni żadnego przypuszczalnego martwaka, a kość poprzednio obnażona wszędzie była teraz pokryta, wobec tego, wykluczając zajęcie błon mózgowych, jak już wyżej nadmieniałem, dla braku odpowiednich objawów, mogłem być teraz prawie pewnym, że moje przypuszczenie co do możliwości ropnia w jamie czołowej okaże się zupełnie słusznem. Używając dłutka i młotka, wytworzyłem otwór z początku niewielki w dolnej części przedniej blaszki jamy czołowej; przez otwór ten wylało się z dobry naparstek gęstej ropy, w której następnie pod drobnowidzem znalazłem tylko dużo streptokoków. Zgłębnik, wprowadzony do jamy, wykazał w niej obecność ruchomego martwaka; dla wydobycia go powiększyłem otwór na tyle, aby przez niego przeprowadzić palec; dzięki temu, wprowadziwszy palec, wydobyłem z głębi jamy czołowej 2 zupełnie ruchome martwaki; przy badaniu palcem tylna blaszka robiła wrażenie, jakoby znacznie była ścięńczona, cała jama wypełniona była łatwo krwawiącą ziarniną, ani śladu zdrowej błony śluzowej. Ziarninę wyskrobałem ostrą łyżeczką, i jamę przemyłem roztworem 1 na tysiąc sublimatu. Jednocześnie chciałem się przekonać o drożności przewodu, łączącego jamę czołową z nosową, za pomocą cienkiego zgłębnika; próba ta jednak dała rezultat ujemny, co często się zdarza, gdyż średnica w stanie prawidłowym przewodu tego wynosi zaledwie 2 mm., nie chciałem zaś w tym razie używać gwałtu, gdyż łatwo, jak opisują niektórzy autorowie, można przedziurawić kość sitową, wytworzyć fałszywą drogę. Cewnika zaś takiego, jaki radzi używać w podobnych razach PANAS, t. j. niezbyt miękkiego i zakrzywionego ku przodowi, aby uniknąć wejścia do gardzieli, nie posiadałem; przekonałem się jednak wkrótce o istnieniu drożności przewodu, kiedy skierowawszy kaniulę szprycki mniej więcej w kierunku przewodu, od strony jamy czołowej, dostrzegłem, jak płyn wypływa przez nos stosunkowo niezbyt cienkim strumieniem. Wobec tego całą jamę czołową wypełniłem gazą jodoformową. Ciepłota wieczorem spadła do 36,8° C.. Bóle zupełnie ustały; przebieg wogóle pooperacyjny był jak najpomyślniejszy. Opatrunek zmieniałem co drugi dzień, jamę przemywałem sublimatem, starając się jednocześnie przemywać jamę nosową przez przewód od strony jamy czołowej, co zawsze zupełnie dobrze się udawało. Kilka razy ranę wypędzłowałem nalewką jodową, kilka razy azotanem srebra. Jama względnie szybko się wypełniała; w pierwszych dniach Stycznia 1891 roku, t. j. nieco więcej niż w 2 miesiące po operacji rana zupełnie się zagoiła. W przypadku tym, jak widzimy, cierpienie

dość poważne znajdowało się w bezpośrednim związku ze stosunkowo niewielkim urazem. Że sprawa ta nie miała nic wspólnego z jamą nosową, świadczy brak wszelkiego cierpienia tej ostatniej; we wszystkich 4 przypadkach, spostrzeganych przez PANAS'a i w przypadku, opisanym przez SCHLEGTENDAL'a, jamy nosowe również były prawidłowe. Rozpoznanie tego cierpienia naturalnie bywa o wiele łatwiejsze w tych przypadkach, gdzie istnieje już przetoka, prowadząca do jamy czołowej, co miało miejsce w jednym przypadku PANAS'a lub w przypadku SCHLEGTENDAL'a, gdzie wyraźnie można było wyczuć brzegi zniszczonej przedniej blaszki kostnej.

W moim przypadku rozpoznanie o tyle było utrudnione, że poprzednie obnażenie kości pokryło się zupełnie ziarniną i że nie wytworzyła się przetoka do jamy czołowej, czego możnaby było oczekiwać wobec podobnego przebiegu sprawy chorobowej. Wynika z tego przypadku, że stopień bólu, jego umiejscowienie w kierunku nerwu górno-oczodołowego i nosowego, co zależy od tego, że błona śluzowa jamy czołowej bogato jest zaopatrzoną w nitki nerwowe, pochodzące od nerwu trójdzielnego, podwyższona ciepłota ciała, mogą najpewniej pozwolić nam podejrzewać sprawę zapalną ostrą w jamie czołowej. W naszym przypadku za punkt wyjścia całej sprawy chorobowej musimy przyjąć ostro przebiegające *osteoperiostitis* przedniej blaszki jamy czołowej z początkowym wytworzeniem ropnia zewnętrznego podskórnego, a następnie z oddzieleniem się martwaków i wytworzeniem ropnia w jamie czołowej; przebieg więc tej sprawy chorobowej prawie zupełnie był zbliżony do tej, jaką spostrzegamy przy ostrych osteomyelitach trzonu kości rurkowatych. Cała ta sprawa pozostawała w związku z bardzo niewielkim urazem. Na jakiej drodze tak mało znaczący uraz u zupełnie zdrowego osobnika mógł wywołać tak poważną sprawę chorobową, nie umiem na razie dokładnie wytłumaczyć. Przypuścić jednak należy, że obok urazu, odgrywającego rolę bodźca w pewnym stopniu, musiały niemały wpływ wywrzeć streptokoki na rozwój tej choroby, a właśnie tych drobnoustrojów znalazłem znaczną ilość w ropie, znajdującej się w jamie czołowej. Musiałbym się jednak zabawić w hipotezy, gdybym zechciał objaśnić, jak one się tam dostały.

Pozostaje mi jeszcze kilka słów powiedzieć o postępowaniu z przewodem, łączącym obie jamy. Najczęściej radzą przeprowadzać cienki, dość długi sączek od jamy czołowej przez nos, i oba wystające końce wiązywać, sączek ten pozostawia się aż do zagojenia rany; w ten sposób postępował w swoim przypadku SCHLEGTENDAL. PANAS wprowadzał tylko kawałek sączka od strony jamy czołowej do przewodu. KALT zupełnie nie używał sączka, a po prostu przemywał sublimatem, wypełniając jamę gazą jodoformową. W moim przypadku również tak postąpiłem, starając się zawsze przepłukać przewód i nos od strony jamy czołowej; rezultat był zupełnie dobry. Sądzę więc, że w przypadkach, w których płyn przechodzi, świadcząc o istnieniu drożności przewodu, wystarcza przemywanie tego ostatniego przy zmianie opatrunku. W żadnym ze znanych do dzisiaj przypadków nie spostrzegano przejścia sprawy zapalnej na tylną blaszkę jamy czołowej i *eo ipso* na błony mózgowe, czego niekiedy można było się spodziewać, i co tak często ma miejsce przy cierpieniu kostnym ucha. Nawet w przypadku SCHLEGTENDAL'a, gdzie tylna blaszka była na tyle zniszczona, że nie wszędzie przedstawiała kostną

konsystencyję tak, że przez nią można było czuć tętnienie mózgu, jednakże ani przedtem, ani po operacji nie wystąpiły żadne objawy ze strony mózgu i chora wyzdrowiała.

Z ODDZIAŁU CHORYCH NERWOWYCH SZPITALA STAROZAKONNYCH W WARSZAWIE D-ra W. GAJKIEWICZA.

II. Z DZIEDZINY HISTERYI.

Napisał

A d a m W i z e l,

asystent oddziału.

[Ciąg dalszy — Patrz Nr. 14].

Pomijamy tu rozmaite przykłady amnezji w zakresie faktów zmysłowych i umysłowych [jak np. amnezja pewnych tonów lub barw, zapomnienie liczb, kształtów, obcych języków, imion własnych i t. d.], i przejdziemy wprost do amnezji częściowej w dziedzinie czynności ruchowych.

Od dawien dawna znaną jest ta postać afazji, w której zachowaną jest pamięć dźwięków, służących do wyrażenia tego lub innego pojęcia, a utraconą została tylko pamięć ruchów, niezbędnych do wymawiania (*aphasia motoria*). Chorzy doskonale pojmują, co się do nich mówi, jaknajlepiej wykonywają wszystkie ruchy językiem, wargami, podniebieniem, atoli mówić w żaden sposób nie mogą. Wszystko to dowodzi, że t. zw. *aphasia motoria* nie zależy ani od amnezji znaków dźwiękowych, ani od bezwładu mięśni, ale od amnezji wyobrażeń ruchu, warunkujących prawidłową koordynację ruchową aktu mówienia.

Prócz afazji, znamy kilka innych jeszcze mniej pospolitych przykładów amnezji parcyjalnej w zakresie ruchu. Tutaj należy przedewszystkiem amimija, t. j. utrata pamięci gestów. Chorzy, dotknięci afazją, częstokroć nie umieją jednocześnie wyrażać w gestach swych uczuć: zapominają płakać i śmiać się. HUGHLINGS JACKSON zauważył, że niektórzy afatycy potwierdzają lub przeczą za pomocą gestów zupełnie na chybił trafił. U TROUSSEAU'a znajdujemy następujące spostrzeżenie. „Układałem moje ręce“, powiada ten autor, „i poruszałem palcami, jak człowiek grający na klawecie i mówiłem, żeby chory to samo uczynił. Wykonał to zupełnie dokładnie. Widzisz pan, mówiłem mu dalej, że wykonywam ruchy, używane przy grze na klawecie. Chory potwierdził. Po kilku minutach prosiłem go, żeby jeszcze raz powtórzył te same ruchy. Namyslał się i po większej części nie był w stanie powtórzyć tej zupełnie prostej mimiki“¹⁾:

Dalej, znajdujemy jeszcze oryginalniejsze przykłady; do takich należy np. przypadek [wspominany przez RIBOT'a], w którym muzyk pewien zapomniał grać, jakkolwiek w tymże czasie pisał nuty, komponował i poznawał zagraną melodyję.

¹⁾ TROUSSEAU. Clinique méd., T. II. Cyt. z RIBOT'a „Chorób pamięci“.

Wracając teraz do astazyi-abazyi, zapytujemy, czy zboczenie to można utożsamiać z przytoczonymi powyżej przykładami amnezyi częściowej ruchowej?

Na pozór podobieństwo jest zupełne. Jak chory, dotknięty afazją, mimo to, iż swobodnie wykonywa ruchy mięśniami, służącemi do mówienia, nie mówi wskutek utraty specjalnej pamięci ruchowej, tak samo zdawałoby się, że i chory, cierpiący na abazję, chory, który posiada całkiem prawidłową siłę mięśniową w dolnych kończynach, jeżeli chodzić nie może, to tylko wskutek utraty pamięci potrzebnych do tego ruchów. Dlatego sądzićby należało, iż astazję-abazję mamy prawo zaliczyć do tej samej dziedziny „*amnésie partielle motrice*“, do której CHARCOT zalicza afazję ruchową.

Nie ulega wątpliwości, iż w niektórych rzadkich przypadkach cierpienie to jest bezpośrednim skutkiem zakłócenia pamięci. Do takich przypadków należy przedewszystkiem zacytowany powyżej przykład SÉGLAS'a i SOLLIER'a. Tam istniała ogólna dezorganizacja pamięci: wobec ciężkich zaburzeń pamięci intelektualnej mamy zupełne prawo przypuścić dla objaśnienia abazyi jednoczesne zakłócenie pamięci ruchowej.

To samo możnaby powiedzieć o słynnym przypadku, opisanym jeszcze w 1816 r. przez MACNISH'a i NOTT'a.

Pewna młoda amerykanka od czasu do czasu zapadała [po długotrwałym śnie] w nienaturalny stan psychiczny [przeobrażenia osobowości], w którym nie pamiętała nic z tego, czego kiedykolwiek się uczyła. W stanie tym musiała na nowo się uczyć czytać, pisać, mówić, chodzić i t. p., zupełnie tak, jak w latach dziecińczych. Tutaj peryjodyczna abazja była niewątpliwie wynikiem peryjodycznie powtarzającej się amnezyi.

Tego rodzaju jednak wyjątkowe fakty nie upoważniają do szerokich uogólnień. Gdzie istnieje astazja-abazja współcześnie z ogólną dezorganizacją pamięci, tam mamy prawo przypuszczać amnezyję ruchową; gdzie jednak zboczenie występuje izolowane, tam tłumaczenie astazyi-abazyi zakłóceniem pamięci byłoby wysoce ryzykownem.

Słusznie też uczynił BLOCQ, że oparł hipotezę swą na innym czynniku, na sugestyi; zarzucić mu można tylko to, iż przez niezbyt ścisłą analizę zjawiska dał pochop do fałszywych interpretacyj wypowiedzianych przezeń poglądów [co np. spotykamy u wspomnianych SÉGLAS'a i SOLLIER'a].

Zastanówmy się nad mechanizmem suggestyjnym astazyi-abazyi; rozberzmy, z jakich składa się on czynników psychologicznych.

Mechanizm ten, jak każdy wogóle mechanizm suggestyjnny, redukuje się do dwóch momentów: 1) w mózgu danej osoby zjawia się tą lub inną drogą [pomiędzy na razie, jaką] pewne wyobrażenie, 2) wskutek specjalnego chwilowego, lub stałego usposobienia wyobrażenie to przekształca się w odpowiednie zjawisko fizjologiczne. Osoba, ulegająca sugestyi, słyszy wmówioną melodyję, widzi poddany przedmiot, wykonywa ruch, którego wyobrażenie obudziliśmy w jej mózgu. Spełnianie się aktów fizjologicznych z racyi jedynie panujących w umyśle wyobrażeń nazywa się ideoplastyją. W mózgu danej osoby zjawia się wyobrażenie niemocy chodzenia, i wyobrażenie to pociąga za sobą efekt fizjologiczny — niemoc chodzenia.

Godnem jest zastanowienia, czemu przy danem wyobrażeniu niemożności wykonania tego lub innego ruchu zjawia się ten lub inny rodzaj bezwładu?

Powiadam pewnej osobie, że nie będzie mogła podnieść ręki, i ręki podnieść nie może. Czy w mózgu osoby tej wywołaliśmy chwilową amnezję wyobrażeń ruchowych, warunkujących czynność podnoszenia ręki? Niektórzy autorowie, analizując zjawiska sugestyi, przyjmują podobną hipotezę. Tak w doskonałej pracy D-ra MOLL'a czytamy:

„Do amnezji możnaby zaliczyć nadto wiele zaburzeń ruchowych, o których mówiliśmy powyżej. Jeżeli np. mówię komu, że nie może podnieść ręki, lub gdy powiadam, że nie może mówić, natenczas chodzi tu niekiedy o pewnego rodzaju amnezję, albowiem dana czynność dlatego nie może przyjść do skutku, że dany obraz pamięciowy (*Erinnerungsbild*) nie może być odtworzony. To samo tyczy się owych bezwładów, które niektórzy autorowie francuzcy [BINET, FÉRÉ] nazywają *paralysies systématiques*. Bezwład systematyczny nie pociąga za sobą całkowitej nieudolności czynnościowej jakiejś grupy mięśniowej, powoduje tylko zakłócenie pewnej określonej czynności“¹⁾.

Nie sądzimy wszakże, aby pogląd powyższy można było przyjąć bez wielkiego zastrzeżenia. Kto zdoła przeniknąć w świat psychiczny osoby, ulegającej sugestyi? Zkąd pewność, że w umyśle człowieka, nie mogącego podnieść ręki wskutek sugestyi lub autosugestyi, zatarło się wspomnienie niezbędnych do tego aktu obrazów ruchowych? Człowiek ten, być może, jaknajlepiej pamięta dawne wrażenia organiczne, towarzyszące tej lub innej czynności ruchowej, wykonać jej jednak nie jest w stanie li-tylko wskutek hamującego wpływu poddanego wyobrażenia. Przyjmowanie więc amnezji tam, gdzie istnieje brak dostatecznych danych do sądzenia, gdzie z równą słusnością możnaby przypuścić inne czynniki, jest rzeczą całkiem nieracjonalną. Dla nas wystarcza samo przyznanie faktu: astazyja-abazyja może się rozwinąć w drodze sugestyi, jak tego dowodzi doświadczenie.

A teraz zapytajmy, jaka jest geneza autosugestyi w znanych nam przypadkach astazyi-abazyi?

Odpowiedź na to pytanie znajdziemy łatwo w badaniach CHARCOT'a nad t. zw. bezwładami histero-traumatycznymi. Bezwłady te, według CHARCOT'a, rozwijają się pod wpływem dwóch momentów²⁾: a) urazu, który gra rolę czynnika wywołującego (*agent provocateur*) i b) specjalnego stanu umysłowego. Stan umysłowy, na tle którego powstaje dane zjawisko, może się rozwinąć w następstwie różnorodnych przyczyn, cechuje się wszakże zawsze jedną stałą cechą, a mianowicie pewnem odrętwieniem psychicznem, pewną redukcją świadomości, dzięki którym sugestyje urzeczywistniają się z łatwością i transformacja wyobrażenia w czynność zachodzi automatycznie. Przykład podobnego stanu

¹⁾ D-r A. MOLL. Der Hypnotismus. Zweite vermehrte und umgearbeitete Auflage. Berlin. 1890. str. 102.

²⁾ Wiadomości szczegółowe o tem zjawisku czerpiemy ze świeżej pracy, przedmiotowi temu poświęconej, D-ra P. SÉRIEUX'a, Choc nerveux local et hystérotraumatisme. Arch. de Neurol. 1890. Vol. XX. N. 59.

umysłowego znajdujemy w okresie somnambulicznym wielkiego hipnotyzmu istnieje atoli wiele innych stanów, podobnych do nastroju duchowego somnambulików. Do takich należą: stan umysłowy histeryków [CHARCOT], alkoholików [MAGNAN], nadużywających haszyszu [CH. RICHER], stan taki wreszcie zjawia się w następstwie shock'ów nerwowych [*nervous shock* anglików], wywołanych przez emocje, silny strach (*railway spine*) i t. d.

Co się tyczy urazu, powodującego bezwład hysteryczny, to zauważyć winniśmy, że czynnik ten sam przez się bez względu na stan umysłowy osoby, ulegającej mu, wywołuje zazwyczaj pewne nieprawidłowości czuciowe i ruchowe. Fakt ten został zbadany jeszcze przez chirurgów [PIROGOFF, БИРОТН] i znany jest pod nazwą shock'u miejscowego. Nieprawidłowości, o których mówiliśmy, polegają na pewnem odrętwieniu, znieczuleniu i osłabieniu części ciała, na którą został skierowany uraz. Otóż, shock miejscowy może być uważany, jako zaczątek, jako zarys (*esquisse*) bezwładu histero-traumatycznego. U osoby, której mózg pod wpływem histeryi, zatrucia, lub żywej emocyi stał się skłonny do ulegania sugestyi, „bezwład zaczątkowy (*rudimentaire*) urzeczywistnia się i rozwija w wysokim stopniu“ [CHARCOT].

Potwierdzenie tej hipotezy znajdujemy w doświadczeniu hipnotycznym. CHARCOT dowiódł, że, jeżeli uspiąną osobę uderzyć niezbyt nawet silnie w bark, to w następstwie tego częstokroć zjawia się bezwład całej kończyny. CHARCOT z niezwykłą subtelnością opisuje stan umysłowy, warunkujący tego rodzaju histero-traumatyczne bezwłady.

„Jakie są cechy, zapytuje CHARCOT, stanu tego w okresie somnambulizmu? Zupełny brak odczynu; jedna myśl, jak pasorzyt, przenika do mózgu i opanowuje go; nie ma innych idei; wszystko drzemie. To samo prawdopodobnie miało miejsce i u naszej chorej [histeryczki, która po uderzeniu dziecka w twarz dostała bezwładu kończyny górnej. Przyp. aut.]. Istniała tylko jedna idea, która przyszła zzewnątrz, było nią: wyobrażenie o doznaniem uderzenia. Wystawmy sobie, że wyobrażenie o uderzeniu i o wszystkim, co go się tyczy, a zatem o osłabieniu czucia i ruchu, przenika do mózgu wówczas, kiedy wszystkie inne wyobrażenia są nieobecne, kiedy wszystkie myśli drzemią, prócz tej, dla której w danej chwili istnieje bodziec. W takich warunkach wyobrażenie to nie tylko rozwija się z potężną siłą, ale nadto utrwała się na dłuższy przeciąg czasu“¹⁾.

Całe rozumowanie powyższe znakomicie się stosuje do zajmującej nas kwestyi astazy-abazy.

Wiemy, że nader często cierpienie to zjawia się w następstwie silnych emocyj, jak np. strach, a emocje te, jakieśmy mówili, wytwarzają stan psychiczny, przy którym istnieje nadzwyczajna wrażliwość sugestyjna. To wszakże nie wystarcza: potrzebny jest jeszcze bodziec, któryby wywołał chorobliwe wyobrażenie. Wiemy, iż przy silnych wstrząśnieniach psychicznych, zwłaszcza strachu, następuje chwilowe odrętwienie, obezwładnienie. Znale nam są dobrze wyrażenia: „nogi drżały pod nim ze strachu“, lub: „stał, jak wryty“. Otóż, tego

¹⁾ CHARCOT. Leçons du mardi à la Salpêtrière. Policlinique. Paris, 1887. 1888. 7-e leçon.

rodzaju chorobliwe sensacje prawdopodobnie wywołują w umyśle wyobrażenie niemocy stania lub chodzenia, a wyobrażenie to już w dalszym ciągu, wskutek specjalnego nastroju umysłowego, przekształca się w zjawisko pozytywne astazy-abazy.

Niezawsze jednak tłumaczyć można w ten sposób rozwój zaburzenia, o którym mówimy. Wiemy wszak, iż często powstaje ono nie nagle, ale stopniowo, i nie pod wpływem wstrząśnień psychicznych, ale pod wpływem ogólnego osłabienia, wyniszczenia, co np. ma miejsce po przebyciu jakiejś gorączkowej choroby. I w tym przypadku mechanizm psychiczny zjawiska redukuje się do sprawy suggestyjnej. Wskutek ogólnego upadku sił chory doznaje uczucia niepewności w nogach zarówno przy staniu, jak i chodzeniu. Uczucie to rodzi wyobrażenie niemożności stania i chodzenia, które przy histerycznym nastroju umysłowym łatwo przekształca się w rzeczywistą i trwałą niemożność stania i chodzenia.

Tak się przedstawia hipoteza suggestyjna, której zarys znajdujemy u BLOCQ'a; sądzimy, że szersze jej rozwinięcie, któregośmy się dopuścili, uczyniło ją tem prawdopodobniejszą. [D. n.]

III. O LECZENIU GRUŻLICY PŁYNEM KOCH'A.

Zebrał

K. Chęłchowski.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 14].

Oczywiście więc trzeba zważyć te dodatnie i ujemne strony płynu Koch'a, porównać otrzymane wyniki z wynikami dotychczasowych metod leczenia, wyrobić wskazania dla nowej metody. Jest to jeszcze zadanie przyszłości, do wykonania którego dotychczasowe wyniki najmocniej zachęcają. Cała ta masa pracy spada przeważnie na kliniki i szpitale niemieckie, w których badania, rozpoczęte ze zbytnim może entuzjazmem, prowadzą obecnie wytrwale, spokojnie, ostrożnie i krytycznie. W pracy tej czynny i życzliwy udział, choć na mniejszą już skalę, biorą Austria i Włochy. W daleko mniejszym stopniu widać to w Anglii i Rosji. Francja wreszcie po nielicznych i niedość wytrwałych próbach zajęła stanowisko całkiem nieprzychylnie dla płynu Koch'a. Na ową wcale niuesprawiedliwioną obojętność we wspomnianych krajach wpłynęły niezawodnie i niechęci narodowe, i okoliczności, które towarzyszyły podaniu nowego środka do wiadomości ogółu.

Co się tyczy przedewszystkiem wilka, to jeden tylko BESNIER, w zbiorowym ogólnikowym sprawozdaniu ze szpitala S. Louis w Paryżu, stawia płyn Koch'a niżej od dotychczasowych metod leczenia. Oględniej już odzywają się o nim CORNIL, DUJARDIN i HUTSCHINSON, który zebrał odnośne spostrzeżenia angielskie. HUTSCHINSON twierdzi, że płyn Koch'a wcale nie usuwa właściwych guziczków wilkowych, tylko zmiany zapalne w otaczającej tkance. Zaleca go

więc tam, gdzie owe zmiany zapalne są rozległe i wybitne. [Podobne poglądy wypowiadał i VIRCHOW o gruźlicy wogóle].

Wszystkie inne zresztą doniesienia o wilku brzmią dość jednoznacznie. Płyn KOCH'a daje tu daleko lepsze, a zwłaszcza szybsze wyniki, niż wszelkie inne znane środki. Poprawa, na którą dawniej trzeba było miesięcy, nawet lat wytrwałego leczenia, daje się teraz osiągnąć w kilka tygodni [ba, nawet w 8 dni. BARDENHEUER]. O blizkiem prawie zupełnem zagojeniu donosił niemal każdy z piszących, na tem się jednak spostrzeżenia urywały. Zupełne wyleczenie wilka zaznaczali: BRIEGER, ESMARCH, SOCIN, BAUM, BARDILE, MAZZUCHETTI, PAWŁOWSKI, SCHNEIDER. Łatwo tu jednak się pomylić, przeoczyć drobne guziczki w bliźnie i zagojenie pozorne przyjąć za ostateczne. Przypadki, w których płyn KOCH'a nie okazywał pożądanego wpływu na wilka, zdarzały się rzadko [wilk usadowiony głęboko w tkance podskórnej, zastarzały, przerosnięty tkanką włóknistą, wreszcie niekiedy całkiem świeże guziczki]. Jak dotąd, nieczęsto jeszcze łączono płyn KOCH'a z leczeniem operacyjnem [galwanokaustyka, wyłyżeczkowanie], co wydaje się jednak najodpowiedniejszym. Ostatecznie już dziś uznanoby płyn KOCH'a za środek nieodzowny w leczeniu wilka, gdyby nie niepewność dalszego przebiegu. Zachodzi wątpliwość, czy osiągnięta poprawa nie będzie mniej trwałą, niż po dawnych sposobach leczenia. Na ogół powtarza się to zjawisko, że pierwsze tygodnie leczenia zapowiadają się świetnie, zupełne zagojenie wydaje się już blizkiem, jednakże ostatecznie osiągnąć się nie daje; z zaprzestaniem wstrzykiwań guziczki wilka wracają. W kilku przypadkach spostrzegano szybkie i ciężkie powroty. Czy te obawy powrotów i nietrwałości poprawy są uzasadnione, czy płyn KOCH'a leczy wilka doszczętnie, na to dopiero przyszłość odpowie.

Dodać wreszcie trzeba, że wilk błon śluzowych przebiegał lepiej jeszcze, niż wilk skóry, oraz, że w przypadkach niepowikłanych gruźlicą wewnętrzną przerzuty [metastazy] gruźlicze spostrzegano kilka razy tylko, a o gruźlicy prosówkowej nie donoszono wcale.

Pomiędzy chirurgami, gorącymi zwolennikami płynu KOCH'a są: BARDELEBEN, BARDENHEUER, BAYER, ESMARCH, HAHN, JASIŃSKI, BIEGNER, SONNENBURG. Niekorzystny sąd wydali: PEAN, DUPLAY, J. ISRAEL, KOERTE, WOLFF, SCHNEIDER, wszyscy na podstawie wcale nielicznych spostrzeżeń. Wyczekujące stanowisko zajęli KOVACS, LUMNICZER, SKLIFASOWSKI, MIKULICZ. Wszyscy stwierdzają słuszność żądania KOCH'a, żeby leczenie płynem KOCH'a łączyć z operacyjnem. Otwarta gruźlica z wolnym odpływem ropy daje daleko lepsze wyniki, niż zamknięta. I w tej ostatniej otrzymywano dość często zupełne nawet wyleczenie [gruczoły, stawy]; w innych jednak razach cierpienie przybierało przebieg postępowy [ISRAEL, KOERTE, WOLFF]. Leczenie operacyjne nie oznacza jeszcze operacji radykalnych, np. wycięcie zajętego gruźlicą stawu. Staw często da się jeszcze uratować; chodzi tylko o zapewnienie odpływu ropy i masom rozpadowym.

Leczenie operacyjne daje wyniki daleko lepsze i szybsze przy jednoczesnem stosowaniu płynu KOCH'a, niż bez tego. Wpływa on korzystnie na granulację,

wydzielinę i sprawę gojenia się. Nie wspominano ani o powrotach choroby, ani o owem upartem pozostawianiu jej śladów, jak to bywa w wilku.

Gruźlica chirurgiczna, niepowikłana zajęciem narządów wewnętrznych, w wyjątkowych tylko razach dawała przerzuty, a nawet gruźlicę prosówkową podczas leczenia. Przypadki powikłane częściej narażały na niepomysłny przebieg.

Zaznaczyć wreszcie trzeba brak sprawozdań z wielu jeszcze klinik chirurgicznych i to pierwszorzędnych.

Najwięcej prac ogłoszono o stosowaniu płynu KOCH'a w gruźlicy płuc, ale też tu właśnie najtrudniej ocenić skuteczność danego środka. Stanowczo za płynem KOCH'a oświadczyli się: CANTANI, B. FRAENKEL, FUEBRINGER, GUTTMANN, JACKSCH, LEICHTENSTERN, LICHTHEIM, OPPENHEIM, RUMPF, BARDILE, SILVA, SOKOŁOW. Również stanowczo przeciwko są lekarze francuzcy i znakomity pedyjatra HENOC. Raczej nieprzychylnie: DUEHRING, HOCHHAULT, KORCZYŃSKI, MARAGLIANO, RENZI [podobnie wypadły i spostrzeżenia w Warszawie]. Wyciekające, nieco podejrzliwe stanowisko zajęli: EWALD, A. FRAENKEL, NAUNYN, SENATOR, WEBER. I tu wielu pierwszorzędnych klinicystów nie wypowiedziało dotąd swego zdania nawet podczas ożywionych rozpraw w towarzystwach lekarskich.

Bynajmniej nie brakuje takich spostrzeżeń, gdzie chorych na gruźlicę płuc można byłoby uważać za zupełnie wyleczonych, gdyby nie obawa, co dalej będzie; gdzie ustała gorączka, poprawił się stan ogólny, zniknął kaszel i prątki gruźlicze w płwocinie zmniejszyły się, lub wcale zniknęły zmiany fizykalne. O takich przypadkach [40 kilka] donosili: A. FRAENKEL [3], B. FRAENKEL, FRAENTZEL [2], FEILCHENFELD [3], FUEBRINGER [3], GUTTMANN [3], KORANYI [3], LEICHTENSTERN [2], LICHTHEIM [2], MERKEL [2], STRICKER [6], EWALD, SCHWANN, MESCHÉDE [2], BOBRIK [4], BARDILE [2], SILVA. Oczywiście sami autorowie tym wyzdrowieniom tymczasowym nie przypisują bezwzględного znaczenia. Przyznać jednak trzeba, że dotąd prawie nie słychać o powrotach w przypadkach płucnych.

Bez porównania więcej zebrało się takich spostrzeżeń, gdzie osiągnięto płynem KOCH'a znakomitą, nieoczekiwaną poprawę, jakiej się nie przywykło spotykać w szpitalach ¹⁾. Jeżeli pomimo tego najwięcej potępień ściąga na płyn

¹⁾ Przytaczam tu niektóre dane statystyczne, z góry jednak zastrzegając, że nie można do nich przywiązywać wielkiej wagi; rubryki bowiem: przypadek ciężki, lekki, wyzdrowienie, znakomita poprawa, pozostawiają zbyt szerokie pole dla dowolności osobistego sądu. GUTTMANN zaznacza wyraźną poprawę u 38% suchotników leczonych w szpitalu Moabit [164], u 76% z pomiędzy dotkniętych początkami gruźlicy [51 chorych]. FUEBRINGER: na 40 suchotników wyzdrowiało 3, znakomita poprawa u 15, poprawa u 10, pogorszenie u 9, zmarło 3.

A. FRÄNKEL. Z 61 chorych wyzdrowiało 3, poprawa u 28 [13 przypadków lekkich, 15 średnich], 20 bez zmiany [3 lekkie, 13 średnich, 4 ciężkie], 9 pogorszeń [6 średnich i 3 ciężkie], umarło 2. WEBER. W 24 przypadkach poprawa, w 10 pogorszenie, w 16 stan bez zmiany.

EWALD. Ze 114 chorych 5 umarło, 27 ukończyło kurację, w tej liczbie 22 w stanie zupełnie lub bardzo dobrym.

DÜHRING. 6% śmierci, 11% pogorszeń, 19% poprawy.

Koch'a właśnie gruźlica płuc, to dlatego, że tutaj właśnie częściej zdadrają się pogorszenia i powikłania.

O wyborze przypadków do leczenia dotąd nie może być jeszcze mowy. Niektórzy chcieliby się ograniczyć do początkowych tylko [nacieczenie wierzchołkowe] okresów choroby, i to bezgorączkowych. Inni gorąco protestują przeciwko temu: osiągnęli bowiem znakomitą poprawę właśnie w przypadkach gorączkowych, lub pomimo rozległych zmian [z 19 np. gorączkujących suchotników FUEBRINGER'a, gorączka zniknęła zupełnie u 6]. O ustawianiu gorączki, potów, o poprawie łaknienia, przybytku na wadze, nawet w cięższych przypadkach donoszono z wielu stron. O leczeniu operacyjnym jam płucnych obok stosowania płynu Koch'a, była mowa już wyżej. MOSLER zaleca obok płynu Koch'a silne środki wykrztuśne.

Gruźlica kiszek prawdopodobnie stanowiłaby, wbrew początkowym obawom, bardzo wdzięczne pole do leczenia [częste na sekcjach zagojenie rozległych nawet i licznych wrzodów]. Cierpienie to jednak rzadko bywa samoistnem, zwykle przyłącza się do istniejącej już gruźlicy płuc. Wreszcie wczesne jego okresy trudno rozpoznać.

Co do gruźlicy krtani, bardzo często widziano zagojenie pojedynczych wrzodów, rzadziej wyleczenie krtani [B. FRAENKEL, LENZMAN], jeszcze rzadziej wyzdrowienie zupełne chorych [FRAENKEL]. I tu bowiem choroba rzadko ogranicza się do krtani. Zwykle cierpią oddawna i inne narządy. Dość często spostrzegano powroty choroby. Kilkakrotnie donoszono o przerzutach gruźlicy podczas leczenia, umiejscowionych właśnie w krtani. Z laryngologów FRAENKEL B., GRABOWER, HERYNG gorąco bronią płynu Koch'a, inni wyczekują, SCHROETTER, FLATAU występują nieprzyjaźnie.

Oznaczanie ściślejszych wskazań do stosowania płynu Koch'a właściwie jest obecnie obowiązkiem i zadaniem medycyny. Rozpoczętą już pracę w tym kierunku tłómaczy się dotychczasowe milczenie wielu lepszych klinicystów.

Przeciwwskazania. Przedewszystkiem 1) upadek sił i odżywiania [kollaps po wstrzyknięciu, niemożność wykrztuszenia płwociny]. 2) Choroby organiczne i nerwice serca. 3) Choroby nerek wymagają wielkiej ostrożności, chociaż dość często już stosowano bez złych następstw płyn Koch'a pomimo istniejącego zapalenia, lub zwyrodnienia mączkowatego nerek. 4) Gruźlica mózgu i jego opon [ZIEMSEN jednak widział poprawę w *mening. tuberc.*]. 5) Gruźlica płuc stara, nie postępująca, wyleczona. [Zdarzały się tu ciężkie następstwa już po jednym nawet wstrzyknięciu]. 6) Gruźlica płuc bardzo rozległa [zajęcie kilku zrazów] z jednoczesną gorączką trawiającą. 7) Ostra gruźlica prosówkowa, na którą płyn Koch'a nie działa wcale.

Gruźlica zamknięta mniej się nadaje wogóle do leczenia od otwartej, częściej naraża na powikłania. Wymaga to jednak dalszych spostrzeżeń. W pojedynczych przypadkach osiągnęto znakomitą poprawę w zamkniętej gruźlicy gru-

Dla porównania przypomnę, że SĘDZIAK na 175 chorych, leczonych w oddziale SOKOŁOWSKIEGO kreozotem, notuje 66 śmierci, 73 poprawy. Z 70 zaś przypadków wcześniejszych 18 śmierci, 36 poprawy.

czołów, stawów, opłucnej, otrzewnej. BARDENHEUER sądzi, że ma tu wielkie znaczenie wysoka zdolność błon surowiczych do chłonięcia produktów rozpadu. W kilku przypadkach *spondylit. tuberc. c. myelit. ex compressione* donoszono o znakomitej poprawie przypadłości nerwowych [HAHN, WEBER, BAYER, PAWŁOWSKI]; w kilku innych o ciężkich pogorszeniach [CZERNY, MIKULICZ].

W gruźlicy krtani z góry obawiano się groźnych następstw po wstrzyknięciach (*oedema circa rimam*). Objawy groźnego zwężenia rzeczywiście widziano wielokrotnie; tracheotomia konieczną była w jednym tylko przypadku [ALSBERG, MICHAEL].

Zdaje się, że stosowanie płynu KOCH'a u dzieci winno być niezmiernie oględne. HENOCH zwraca uwagę, że gruźlica u dzieci zwykle bywa uogólniona, bardzo często zajmuje głębokie gruczoły [zwłaszcza oskrzelowe].

W kilku przypadkach cięży leczenie nie sprowadziło żadnych złych następstw.

Kilkakrotnie *lupus erythematosus* dawał odczyn miejscowy po wstrzykiwaniach płynu KOCH'a, a nawet korzystne wyniki po dłuższem jego stosowaniu [KAPOSI, LEWIN, ELSENBURG]. Wskutek tego wspomniani autorowie skłaniają się do poglądu dermatologów francuzkich, którzy i różycowego wilka zaliczają do gruźlicy. Inni odczynu miejscowego w *lup. erythem.* nie widzieli, a pozytywne spostrzeżenia pierwszych padają w wątpliwość, twierdząc, że to był wilk zwykły, a nie różycowy.

Również nie została jeszcze wyjaśnioną sprawa trądu. Z kilku stron doniesiono, że chorzy na trąd oddziaływają na płyn KOCH'a [KAPOSI, ARNING, GOLDSCHMIDT, BABES i KALENDERO, HALLOPEAU]. Przy pierwszych wstrzyknięciach zwykle odczynu brakowało, przy dalszych zjawiała się reakcja ogólna, zrazu słaba i opóźniona, potem silna i długa [trwająca kilka do kilkunastu dni]. Odczyn miejscowy występował jeszcze trudniej, polegał zaś na rozległym różowatym zapaleniu skóry, dotkniętej trądem. Po przejściu zapalenia zmiany trądowe znikwały lub znacznie malały. NEISSER i ARNING przypominają jednak, że chorzy trądowaci łatwo gorączkują za najbliższym powodem, że łatwo u nich występują różowate zapalenia [np. po chryzarobinie], po których nacieczenie trądowe znika z dawnych miejsc, a zjawia się zaraz lub wkrótce w innych. Czy taka właśnie sprawa nie zachodziła i przy stosowaniu płynu KOCH'a, trudno powiedzieć. W każdym razie po powyższem wyjaśnieniu NEISSER'a doniesienia o odczynie trądowych ucichły.

Kilkakrotnie próbując działania płynu KOCH'a na osoby niegruźlicze, spostrzegano niespodziany pomyślny jej wpływ na przewlekły nieżyt oskrzeli, pęcherza. Donoszono też i o powrocie tyfusu po wstrzyknięciu, o szybkim wzroście raka, o szybkim złośliwym przebiegu marskości wątroby, śmiertelnym krwotoku przy wrzodzie żołądka. Trudno powiedzieć, co tu przypisać wstrzyknięciu, a co przypadkowemu zbiegowi wstrzyknięcia i naturalnego zwrotu w przebiegu choroby.

Dawkowanie. Smutne doświadczenie wykazało konieczność ostrożnego dawkowania. Zaczynać więc należy nawet i w wilku od małych [$\frac{1}{2}$ milgr.] ilości, [u dzieci $\frac{1}{10}$ — $\frac{1}{20}$]. Ciężkie następstwa trafiały się nawet po pojedynczem wstrzyknięciu 1—2 milgr.. Nie przechodzić do wyższej dawki, póki poprzednia

daje choćby słaby odczyn. Podnosić dawkę bardzo powoli [z początku o $\frac{1}{2}$ —1 mlgr.]. Wstrzykiwań nie powtarzać często; pozostawiać pauzy 2, 3, nawet 8 dniowe.

Dla osiągnięcia pomyslnych wyników, odczyn gorączkowy wcale nie jest koniecznym. Właśnie w najpomyślniejszych przypadkach gruźlicy płuc doprowadzono chorych do wysokich dawek [100 i więcej mlgr.] prawie bez gorączki. Przy takim ostrożnem postępowaniu chorzy najlepiej się czują, a powikłania najrzadziej się zdarzają. Pomyslnie wyniki lecznicze zależą przedewszystkiem od odczynu miejscowego.

W ostatnim czasie próbują minimalnych dawek.

Płyn Koch'a zastosowany zewnętrznie nie wywiera żadnego działania. Wstrzyknięty w pobliżu miejsca dotkniętego gruźlicą działa bez porównania silniej, niż przy zastrzykiwaniu na grzbiecie. Zapewne znajdzie to praktyczne zastosowanie. MOSLER wstrzykiwał go wprost do miąższu płucnego.

Dłuższa gorączka po wstrzyknięciu w gruźlicę chirurgicznej stanowi wskazanie do operacji. W gruźlicy narządów wewnętrznych większość radzi w takim razie przerwać wstrzykiwania, póki gorączka nie przeminie.

Niektórzy wstrzykiwali płyn Koch'a i podczas miesiączkowania bez złych następstw; inni tego nie potwierdzają. Lekkie zapalenie miejscowe skóry po wstrzyknięciu widywano często; o jednym przypadku ropnia po wstrzyknięciu płynu Koch'a doniósł KIRCHHEIM. Szprycka, zalecona przez Koch'a, okazała się niepraktyczną: pęcherzyki powietrza łatwo się dostają do wstrzykiwanego płynu.

Na zakończenie tego długiego referatu nie od rzeczy może będzie jeszcze zwrócić uwagę na niesłychany przewrót, jaki się dokonał w ciągu ostatnich kilkunastu lat w naszych poglądach na wyleczalność gruźlicy.

Przed laty 15 o środku swoistym na gruźlicę nawet nie marzono. Gdyby go ktoś ofiarowywał medycynie, patrzanoby na niego, jak na szarlatana lub warijata. Jeżeli bakteriologija wogóle tępi szybko nihilizm w terapii, to mianowicie prace Koch'a o gruźlicy wyrwały medycynę z bezradnego pogodzenia się ze smutnym, ale jakoby nieuniknionym przebiegiem tej choroby. Dzisiaj wiara w to, że opanowanie gruźlicy jest tylko kwestyją czasu, tkwi w nas wszystkich bezwiednie, czy świadomie. Ztąd gorączkowe poszukiwanie tego środka, który jest, tylko go trzeba znaleźć. Od lat 10 każdy rok przynosi nam coraz liczniejsze próby w tym kierunku i wszyscy je sprawdzają [*natr. benzoic.*, kwas karbolowy, sublimat, jodoform, siarkowodór, kwas węglany, tymol, mentol, wlewania do krtani, kreoform, gorące powietrze, fluoro-wodór i t. d.]. Prawdziwem źródłem wszystkich tych prób była bakteriologija. Czuli to wszyscy, skoro proste doniesienie Koch'a zatrzęsło całym światem i wywołało ów bajeczny entuzjazm.

Jakikolwiek byłby los zastosowania leczniczego płynu Koch'a w dzisiejszej jego postaci, najzawziętsi przeciwnicy nie odmówią mu tego, że otworzył on całkiem nową drogę do pokonania gruźlicy, a może i innych chorób zakaźnych. Na tę nową drogę zwracają się już nowe usiłowania. LIEBREICH, zalecając obecnie kantarydynę przeciwko gruźlicy, otwarcie przyznaje, że do swego środka doszedł bez żadnych prób, doświadczeń, drogą czystej dedukcyi z tego, co widział przy stosowaniu płynu Koch'a.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNA REDAKCYJO!

Odpowiedź niniejszą na krytykę mego odczytu klinicznego „Leczenie syfilisu“, krytykę, pomieszczoną przez kol. MAJKOWSKIEGO w №№ 9, 10, 11 i 12 „Medycyny“, podałem pierwotnie do tegoż pisma. Po zrobieniu już korekty i po otrzymaniu przyrzeczenia, że owa odpowiedź znajdzie się w № 15 „Medycyny“, redaktor tego pisma już wydrukowaną moją replikę cofnął, żądając odemnie daleko sięgających poprawek i zapewniając, iż bez owych poprawek repliki w „Medycynie“, nie pomieści. Zrażony powyższym faktem nie zgodziłem się na późniejsze propozycje redaktora „Medycyny“ pomieszczenia mej repliki już bez żadnych zmian, i dla tego proszę szanowną Redakcyję o pomieszczenie tych kilku uwag w swem piśmie.

Antoni Elsenberg.

Odpowiedź kol. J. Majkowskiemu na jego ocenę odczytu klinicznego „Leczenie syfilisu“.

Niewątpliwie najprzyjemniejszego wrażenia doznaje każdy autor, gdy pracę jego czytają, a tembardziej, gdy ocenę jej piszą. Takiego wrażenia z początku i ja doznałem, gdym aż w 4-ch numerach „Medycyny“ [№ 9, 10, 11, 12 z r. b.] ujrzał ocenę mojej pracy „Leczenie syfilisu“, napisaną przez kol. J. MAJKOWSKIEGO, lekarza zakładu zdrojowo-kąpielowego w Busku. Zdziwiło mię jednak niemało, gdy kol. M., zamiast rzeczywistej oceny, postanowił tylko skorygować niektóre jakoby zbyt jednostronne moje poglądy, dowodząc tem chyba, iż nie chce przyswoić sobie poglądów, które dziś liczą coraz więcej zwolenników. Kol. MAJKOWSKIEMU mogą one nie przypadać do gustu, może mu być ciężko rozstać się z pojęciami, z jakimi się zrośł już oddawna i w które wierzyć przywykł. Pojmuję to dobrze i nikomu bynajmniej ich nie narzucam: wolna wola każdego przyjąć lub odrzucić to, czego niezbite fakty i obserwacyja codzienna nas uczą. Kol. M. widocznie jednak niektórych z tych poglądów nie zrozumiał, skoro tak „obcesowo“ przeciw nim występuje.

Nie odpowiadałbym na tego rodzaju zarzuty — każdy znający przedmiot gruntuownie, wie bardzo dobrze, jak dalece zarzuty kol. M. są bezpodstawne — ale ton niewłaściwy; jaki autor przyjął w całej swej ocenie, skłania mię do kilku poniższych uwag.

Koledze M. nie podoba się np., że reinfekcyja nie jest dowodem wyleczenia z syfilisu. Mówi on gołosłownie jak z trójnoga: „Po wygaśnięciu zabezpieczenia możliwem jest powtórne zarażenie (*reinfectio*). Że zaś wygaśnięcie zabezpieczenia tylko po zupełnem ustąpieniu lub wyleczeniu choroby jest dopuszczalnym, przeto powtórne zarażenie przymiotem stanowi najprawdopodobniejszy dowód wyleczenia z poprzedniej choroby“. Jeżeli kol. M. w początku tego ustępu ustanawia tak absolutne prawo, dla czegoż kończy go tak chwiejnie, mówiąc, że reinfekcyja jest tylko „najprawdopodobniejszym“ dowodem, a czemuż konsekwentnie nie idzie dalej, i nie ogłasza jej za bezwarunkowy dowód wyleczenia. Czy bezstronnemu lekarzowi, mającemu jasny pogląd na rzeczy, uchodzi pomijanie milczeniem obserwacyj takich badaczy, jak BOULEY'a, GIBERT'a, KOEBNER'a, MERCKEL'a, GASCOYEN'a i DUCREY'a, którzy u syfilityków, dotkniętych objawami późnemi, widzieli obok tych objawów pierwotne owrzodzenie syfilityczne, *scleradenitis inguinalis*, łepieże płaskie, wysypki powierzchowne, właściwe wtórnemu okresowi choroby? A nie są to bynajmniej odosobnione fakty; sam GASCOYEN podaje ich aż sześć! Gdyby nawet i jeden tylko fakt taki

istniał, to już nie godziłoby się z nim załatwiać tak „krótko i bez ceremonii“, jak to kol. M. czyni; nie zapominajmy bowiem, że jeden fakt pozytywny więcej znaczy, aniżeli setki negatywnych. Wszak takie fakty warte głębszego zastanowienia: czy je tak objaśnić, jak to na str. 5 mego odczytu podałem, czy inaczej, o to tu teraz nie idzie; te obserwacje dowodzą tylko, że reinfekcja zdarza się niewątpliwie przy istniejących objawach syfilisu późnego, a skoro to jest pewnem, to do nastąpienia reinfekcji nie potrzeba wygaśnięcia zupełnego poprzedniej choroby, nie może być więc ona wcale dowodem wyleczenia z syfilisu.

Jeżeli zarzut powyższy kol. M. opierał się na niezajomości odpowiedniej literatury lub niezrozumieniu przedmiotu, to następny zarzut, oznaczony № 3, dowodzi już niedbalstwa w sprawdzeniu cytaty, którą kol. M. za mną tylko powtarza. Kol. M. zarzuca mi niedokładne przytaczanie cyfr w celu poparcia moich poglądów, a jako dowód powiada: że wyczytał w podręczniku FINGER'a, „że SIGMUND zanieczyścił owrzodzenia lub starcia niesyfilitycznych chorych wydzieliną syfilityczną i t. d.“. Być może, że SIGMUND to robił około 1880 roku i nie ogłosił tego, lecz to co ogłosił, a co AUSPRITZ podaje — wierzę zaś, że ten poważny badacz rozumiał, co czyta — brzmi tak, jak ja podałem: „*So hat v. Sigmund Versuche mit Aetzungen an Personen vorgenommen, welche mit nichtsyphilitischen Verletzungen behaftet, die Wundstellen in Berührung mit syphilitischen Formen gebracht hatten*“.

Gdyby kol. M. w dalszym ciągu przeczytał odpowiedni ustęp w pracy AUSPRITZ'a i porównał z moim, przekonałby się, że właśnie w owej pracy AUSPRITZ'a są pewne drukarskie pomyłki, które kol. M. *in crudo* powtarza; AUSPRITZ bowiem powiada, że z 35 osób statystyki SIGMUND'a 25 się nie zaraziło, tymczasem, specyfikując te osoby, jak to na str. 20 podałem, na grupy, wypada:

I kategorii 15 osób		
II	„	24
III	„	11 ¹⁾ „osób.
Razem 50 osób.		

Z tych zapadło na syfilis 11 osób. Procent osób, które syfilisem się zaraziły, podaje AUSPRITZ na 28, ja zaś na 25 [ale i to jest pomyłką zecerską, gdyż powinno być 22%].

Nie powiększyłem więc wcale odsetki, co mi kol. MAJKOWSKI bezzasadnie zarzuca, ale podałem mniejszą, niż AUSPRITZ. Szło mi zaś w tym razie tylko o wykazanie, że w znacznej części przypadków, pomimo wczesnego wypalania ranek, zarazek już na 2—3 dzień wnika do dróg limfatycznych.

Dalej, kol. M. zarzuca mi, że nie jestem w zgodzie z liczbami, gdyż na str. 30 mego odczytu podaje, że SIGMUND, wypalając takie ranki, więcej niż w połowie przypadków, widział syfilis i t. d.. Gdyby kol. M. nie obawiał się przeczytać kilku wierszy dalej, znalazłby na tejże samej stronnicy [108] w artykule AUSPRITZ'a, że SIGMUND na 147 osób, które wielokrotnie [po podejrzanem spółkowaniu] były poddane przyżeganiom, u 53 widział rozwijające się objawy syfilisu, chociaż źródło syfilityczne tylko w 92 przypadkach było stwierdzone, czyli inaczej: że 147 chorych, 92 mężczyzn spółkowało z kobietami niewątpliwie syfilitycznymi, a z tych 53 syfilisem się zaraziło ²⁾. A że 53 jest przeszło połową 92, więc powyżej przytoczone moje zdanie jest zgodne z rzeczywistością; z całej zaś ilości 147 chorych 53 stanowi prawie 40%. Doświadczenia więc te nie tylko popierają moje twierdzenie, ale z nich wprost każdy je sobie wysnuć może. Jeżeli nadto zwrócimy

¹⁾ Podobne liczby podaje JULLIEN w znanem swem dziele.

²⁾ v. SIGMUND hat auch über die Erfolge von Aetzungen bei Personen berichtet, welche nach einem geschlechtlichen Verkehr Verletzungen darboten. Besonderes Gewicht legt v. S. auf 147 Fälle, welche mehrere Male [nach verschiedenen verdächtigen Berührungen] sich der Aetzung unterzogen und von denen er an 92 die Ansteckungsquellen als notorisch syphilitisch eruiert konnte. Von diesen 147 erkrankten an Syphilis 53. [Vierteljahresschrift f. Dermatol. und Syphilis 1. 1877, str. 108].

uwagę, że z 22 chorych SIGMUND'a, których ranki były w zetknięciu z tworami syfilitycznymi, a którym ranek nie przyżegano, tylko u 11, a więc u połowy wystąpił syfils, a widzieliśmy powyżej, iż przy wypalaniu ranek mniej więcej połowa osobników na syfils zapadła; efekt tedy przy wypalaniu i bez wypalania takich ranek był jednaki. Chyba to kolegę M. przekona, że nie ja, lecz on właśnie, jak sam się grzecznie wyraża, „falszywie rozumuje i że nie rozumiejąc toku i zasady doświadczeń SIGMUND'a, wpada w konfuzję, albo przeinacza liczby, tendencyjnie dla swoich celów“, a jego prostowanie cytat, których nie zna, czyż nie jest gmatwaniem przedmiotu, obalamującym czytelnika?

Również bezzasadnym, jak i powyższe, jest robiony mi zarzut, że zamiast 7 przypadków ekscyzyi KLINKA, o których wspominam, znajduje się ich na str. 23 dziesięć. Tu już trzeba chyba albo uprzedzenia, albo niechęci osobistej, by widoczną pomyłkę drukarską kłaść na karb autora, chociaż kol. MAJKOWSKI w takich razach powinienby być bardzo pobłażliwym, ze względu na własne swe w tym kierunku grzeszki. Przecież pamiętamy jeszcze pomyłkę drukarską w artykule kol. MAJKOWSKIEGO, pomieszczonym w № 3 „Medycyny“ z r. 1888, gdzie zecer umieścił tytuł „P o k r z y w k a b a r w n i k o w a“ (*Urticaria pigmentosa*), a w artykule zupełnie o czym innym była mowa.

Niesłusznego zarzutu, jaki mi kol. M. robi co do przytoczonej statystyki БОЕХМ'a, nie myślę tu uwzględniać. Za dużoby to miejsca pismu, a czasu mnie zajęło. Zauważę tylko, że kto zna całą literaturę wycięć wrzodów twardych, kto wielu widział chorych, którym takie wrzody wycięto, komu się udało niejednego takiego chorego widzieć, u którego objawy syfilisu wystąpiły po dłuższym nieco przeciągu czasu [a co ważniejsza po zamieszczeniu go w statystyce, pomiędzy tymi którzy jakoby uniknęli syfilisu], ten oceni dobrze wartość tej chybionej metody poronnej, która ludziom tak wiele krzywd już wyrządziła. Wreszcie nie chcę tu powtarzać tego, o czem już w odpowiednim rozdziale mego odczytu mówiłem, a co kol. M. pomiął milczeniem, podstawiając swoje dowody, nie wytrzymujące żadnej krytyki. Dziś niewielu chyba znajdziemy takich lekarzy, którzyby sądzili, że przez wycięcie wrzodu twardego, a więc objawu już ogólnego, uchronią chorego od syfilisu.

Pomijam tu inne niepotrzebnie odświeżane przez kol. M. dawne poglądy, jak np. o odwarze ZITTMANN'a i t. d.; kilka tylko słów wspomnę o zarzucie № 7, w którym autor ubiera mię w szaty stanowczego przeciwnika wstrzykiwań nierozpuszczalnych przetworów rțęciowych. Ten zarzut muszę uważać za chybiony dydaktyczny wysiłek krytyka. Wywody moje opierają się na bardzo licznych obserwacjach szpitalnych i z praktyki prywatnej czerpanych, oraz na doświadczeniach na zwierzętach, i dotyczą niemal wszystkich środków rțęciowych rozpuszczalnych i nierozpuszczalnych, o których w odczycie wspominam. Otóż, wywody moje są bezstronnem tylko ocenieniem każdego środka oddzielnie, a metody SCARENZIO'a bynajmniej nie potępiam. Zaznaczyłem tylko, że niemal wszystkie dotychczas stosowane nierozpuszczalne przetwory rțęciowe mają tyle wad, że do ogólniejszego zastosowania przejść nie mogą i nie przechodzą. Najczęściej żywot ich bywa krótki, panują czas jakiś w klinikach i oddziałach specjalnych, a niewielkie już później mają zastosowanie w praktyce prywatnej. Tylko salicylan i tymolany rțęci (*hydrarg. thymolo-aceticum* i inne) zyskały sobie dziś rozleglejsze zastosowanie, gdyż z pośród dotychczas znanych przetworów wywołują najmniejsze bóle, nasięki i t. d., ale działanie ich jest niezbyt energiczne. O tych więc środkach mówiłem, zwłaszcza o salicylanie, że jest jednym z najlepszych przetworów rțęciowych do wstrzykiwań. Ale i ten nie jest jeszcze takim, żeby nie życzyć sobie lepszego. Miejmy nadzieję, że niezadługo zdobędziemy nowe środki, które może więcej jeszcze zalet posiadać będą, a mniej wad, a wtedy metoda SCARENZIO'a bardziej rozpowszechnioną się stanie i niewątpliwie wiele dla

chorych okaże pożytku, jeżeli tylko nie będą oni wyłamywać się od przestrzegania odpowiednich przepisów higienicznych.

Dojść muszę do wniosku, że do wszystkich swych rozmyślań kol. M. sam niewiele przywiązuje wagi. Szło mu chyba zupełnie o co innego. Pobudką do tej „oceny“ była troska o losy wód siarczanych, o których aż w 2-ch numerach kol. M. się rozpisyje [№ 11 i 12] i co niemal połowę tekstu tej dziwnej krytyki zajmuje. Trzy małe stronicie, pomieszczone w moim odczycie o znaczeniu kąpeli i wód mineralnych w leczeniu syfilisu, wywołały ze strony kol. M. takie oburzenie, że swoje jeremijady rozlał aż na 6-ciu kolumnach „Medycyny“. Cześć ta jest już zupełnie chaotycznie napisaną, cytaty powyrywano z różnych miejsc i zestawiono do woli, a następnie przyjęto tak niewłaściwy sposób wyrażania się, że w końcu kol. M. nie umiał zapanować nawet nad swojemi nieuzasadnionemi, a gwałtownemi niepokojami co do przyszłości Buska.

Przedewszystkiem ośmielił się tu zwrócić uwagę Szan. Kol., że w ten sposób, taką polemiką nigdy nie wywalczy dla wód siarczanych uznania, jakiegoby pragnął. To, com w odczycie wygłosił, kolega M. mógłby zbić tylko... opublikowaniem pracy doświadczalnej i obserwacyjnej, dotyczącej się skombinowanego leczenia wcieraniami szaruchy i kąpielami siarczanemi i t. d., pracy, którą kol. MAJKOWSKI bardzo łatwo mógł przeprowadzić, od tylu lat już kierując zakładem w Busku. Czytalibyśmy ją chętniej, niż coroczne wiosenne książeczki aż nadto ogólnie otrzymywane.

Kol. M. wolał przytoczyć kilka cytat z prac SIGMUND'a, które właśnie przemawiają na korzyść ustalającej się dziś opinii o niewłaściwości jednoczesnego stosowania wcierań szaruchy i kąpeli siarczanych. Fakty, przez SIGMUND'a notowane, bardzo cenimy, ale wnioski ostateczne uważamy za optymistyczne.

Nie mogłem się jednak zbyt obszernie rozpisywać o pomocniczych środkach; ramy odczytów „Gaz. Lekarskiej“, jak koledze M. wiadomo, są na to za szczupłe; odczyt mój skróciłem prawie o połowę jego zamierzonej objętości, a i tak zajął o 4 arkusze więcej, aniżeli mu przeznaczono. Cytaty zaś, których brak tak niepokoi kolegę M., z małym tylko wyjątkiem musiałem usunąć, jako balast niepotrzebny, a wiadomo przecież, ile one miejsca zajmują. W biblijografii PROKSCH'a ¹⁾ spis samych tylko autorów, stanowi książkę o 200 przeszło stronicach, a wymienienie tytułów prac trzy dosyć grube tomy zajmuje ²⁾. To powinniśmy kol. M. wytlómaczyć ów brak cytat, które pożytku czytelnikowi nie przynoszą, a pragnący obznajmić się z literaturą jakiegokolwiek działu znajdzie ją dokładnie zebraną w biblijografii PROKSCH'a.

Mimo tak zwięzłego opisanie środków pomocniczych, niezasłепiony czytelnik nie wyczyta tego, co kol. M. wyczytał, a co ubarwił jeszcze, jak sam wykwintnie się wyraża, „swojem fałszywym rozumowaniem i nielogicznym wnioskowaniem“. O znaczeniu kąpeli siarczanych powiedziałem to, co powszechnie znanem jest każdemu, a wskazania do zastosowania ich wypływają z samego działania, nie mają więc i nie mogą mieć wyłącznego znaczenia w leczeniu li-tylko syfilisu. Kolegę M. wszakże zadrażniły głównie dwa moje wywody: 1) że dla leczenia się kąpielami siarczanemi wyjazd do wód nie jest niezbędnym, i 2) iż kąpiele siarczane, współcześnie z wcieraniami szaruchy stosowane, unicestwiają to działanie, jakie rtęć miała wyrzucić po wessaniu.

Co do 1-go punktu, to uważam go jako specjalne zastosowanie tych trafnych uwag, jakie kol. ZYG. KRAMSZTYK wypowiedział w odcinku „Gaz. lek.“ pod tytułem „wyprawa po zdrowie“, a na które zapewne każdy się podpisze. Manija wyjeżdżania w razie choroby do miejscowości kuracyjnych, bezwarunkowo w porze letniej, tak ośwładnęła u nas wszystkimi, że nawet ludzie bardzo

¹⁾ Die Litteratur über die venerischen Krankheiten. Bonn. 1889, 1890, 1891 r..

²⁾ Tom pierwszy ma stronic 592, drugi 450, trzeci 777.

niezamożni dążą w te ślady. Otóż, szło mi o wykazanie, że dla leczenia syfilisu, wyjazdu do wód siarczanych nie są niezbędne, gdyż w razie potrzeby chorzy też samo w miejscu zamieszkania mieć mogą: kąpiele np. buskie lub inne nietylko w Busku, Trenczynie, lub Akwizgranie działają. A co do korzyści leczenia się w miejscowościach kuracyjnych, wspominam na str. 133, ale kol. M. widocznie na ten ustęp nie zwrócił uwagi.

Co do 2-go punktu, to o prawdziwości tej tezy łatwo się może każdy przekonać. Rtęć metaliczna, kłócona z wodą, nasyconą siarkowodorem [z chlorkiem sodu lub bez niego], albo ze sztuczną wodą akwizgrzańską [*resp.* buską i inną], daje nierozpuszczalny siarek rtęci. Musi więc, powiada NEISSER ¹⁾, i cała rtęć, znajdująca się w powierzchniowych warstwach naskórka, w podobny sposób przechodzić w nierozpuszczalny, niedziałający siarek rtęci [SHg]. Kol. M. nieraz to pewnie stwierdza na swoich chorych w Busku.

Gdy więc tak rzeczy stoją, rozumiąłem jest, dlaczego podczas przyjmowania kąpeli siarczanych wcierania szaruchy nie okazują żadnych działań ubocznych, a w ogóle okazują działanie słabe, pomimo bardzo dużych dawek. Dlatego też kombinacja lecznicza wcieraniami szaruchy i kąpielami siarczanymi należy do najmniej logicznych; prędzej już można zrozumieć wstrzykiwania nierozpuszczalnych przetworów rtęci przy jednoczesnych kąpielach siarczanych. Co do mnie, zwykle chorym zalecam dokonywanie wcierań w ich mieszkaniu, pod okiem lekarza domowego, na którego właśnie... „cała sława wyleczenia chorych spada“, jak się wyraża kol. M., a w kilka tygodni dopiero po ukończeniu tej kuracji i zapewnieniu owej sławy, zalecam, w razie potrzeby, kąpiele siarczane i t. d..

Dowodzenie kol. M., że jeżeli kąpiele siarczane zubożniają część rtęci, nie może to mieć żadnego znaczenia, jest co najmniej dziwnem. Albo chory powinien przebyć leczenie rtęciowe, a wtedy stosować je musimy tak, jak należy, albo go nie potrzebuje — a wtedy wcale go nie stosować. Ale nikt chyba nie rozumie tak dziwnego postępowania: **jedną ręką rtęć podawać, a drugą ją zabierać.** Jeżeli zaś tylko mała część rtęci ma uleść wessaniu, to po cóż chorzy mają wcierać 5,0, żeby np. efekt był taki, jak po 1 gramie, lub mniejszej jeszcze ilości; zalecamyż więc do wcierań takie tylko ilości szaruchy, jakie w przekonaniu naszem wystarczą do wywołania zamierzonego efektu leczniczego. Tu dodam jeszcze, że kol. MAJKOWSKI często mówi tak, jak mu dogodniej; gdy np. w książeczce swej „Busko“ z r. 1890, powiada, że w **trzy godziny** po wcieraniach zaleca kąpiel siarczaną, to w swojej obronie wód buskich [Medycyna № 11, str. 175] utrzymuje, że zwykle w **kilkanaście godzin** dopiero kąpiel siarczaną daje.

Cała filipika kol. M. tchnie jakby jakąś urazą osobistą do mnie, jakobym na powodzenie Buska się targnął i chciał szkodzić samym zdrojowiskom. Kol. M. niektóre moje wywody nazywa nawet „antikoleżeńskimi“. Jaką drogą kol. M. przyszedł do takiego przeświadczenia, trudno mi dociec, bo powodów do tego w owych nieszczęsnych kilkunastu wierszach nie dałem, a zapatrywanie moje na znaczenie i działanie kąpeli i wód siarczanych tylko na ich korzyść wypada. Kol. M., jako dbający o sławę zakładu zdrojowo-kąpielowego w Busku, widocznie uląkł się, że szerzenie takich poglądów na skombinowane leczenie wcieraniami szaruchy i kąpielami siarczanymi, oraz przytrzymanie w domu jakich 100 biedaków, może niepomyślnie na rozwój zdrojowisk wpłynąć. Nie sądzę, aby to zakładowi groziło miało, tembardziej, że do leczenia kąpielami siarczanymi nie sami syfilitycy tylko się kwalifikują. Jeżeli zaś który z nich zmuszonym będzie lub zechce kąpeli siarczanych używać, to przyjmować je będzie po dokonanych w domu wcieraniach; trudno bowiem, aby lekarz negował fakty, z obserwacji

¹⁾ Prof. Alb. NEISSER. Ueber die verschiedenen merkuriellen Methoden der Syphilis-Therapie. Sonder-Abdruck aus „Klinisches Jahrbuch I“, pag. 231.

wypływające i drogą eksperymentu chemicznego zdobyte, a na pierwszym miał względnie czyjekolwiek interesy.

Sadzę więc, że dostatecznie wyjaśnił niezrozumiałe dla kol. M. kwestyje, z których mi zarzuty czynił; radzę zresztą przejrzeć artykuł NEISSER'a z r. 1889, o którym kol. M. nie wiedział lub może nie chciał wiedzieć, a w którym właśnie mowa o wątpliwej wartości skombinowanego leczenia kąpielami siarczanemi i wcieraniami szaruchy. Co więcej—i w naszej literaturze posiadamy tę kwestyję obszernie traktowaną przez kol. F. GŁOGOWSKIEGO [Dodatek do kilku uwag o leczeniu w Busku, Klinika Tom IX. № 1—5], który w polemice z D-re DYMNI-CZYM wypowiedział wiele trafnych myśli i odrazu rzecz postawił, już dwadzieścia lat temu, na racjonalnym gruncie.

Antoni Elsenberg.

Wiadomości bieżące.

— Departament lekarski ogłosił sprawozdanie GREBIENSZCZYKOWA z zeszłorocznego kartkowego spisu lekarzy w Rosyi. Obszerne wyciągi z tego sprawozdania podało Zdrowie w ostatnim numerze. Przytaczamy tu niektóre tylko dane z pracy GREBIENSZCZYKOWA.

Cała Rosyja liczy lekarzy 12500, z czego na Królestwo przypada 1291 [w tem wojskowych 326], na kraj zaś północno i południowo zachodni 2100, pomiędzy którymi było Rosyjan 6800 [54,3%], Polaków przeszło 2 tysiące [16,3%], Żydów blisko 1700 [13,4%], Niemców 1000 [8,1%], Litwinów blisko 300 [2,2%]; liczba więc Polaków w Rosyi jest większą, niż można byłoby przypuszczać. Rozproszyli się oni po całym państwie. Stanowią $\frac{3}{4}$ ogółu lekarzy cywilnych [po wyłączeniu wojskowych] w guberniach Królestwa, blisko połowę w guberniach litewskich [wileńska, kowieńska, grodzieńska], $\frac{1}{3}$ w południowo-zachodnich [wołyńska, podolska, kijowska], $\frac{1}{4}$ w białoruskich [witebska, mińska, mohylewska], $\frac{1}{2}$ w noworosyjskich [chersońska, taurycka, jekaterynosławska] i w Rosyi azyatyckiej, $\frac{1}{15}$ w guberniach pozostałych. Lekarzy cywilnych Żydów najwięcej, bo $\frac{2}{5}$ ogółu było w guberniach noworosyjskich, blisko $\frac{1}{3}$ w guberniach litewskich, prawie $\frac{1}{4}$ w białoruskich, $\frac{1}{5}$ w guberniach południowo zachodnich i w Królestwie, $\frac{1}{8}$ w małosyjskich i nadbaltyckich, $\frac{1}{13}$ w reszcie cesarstwa. Lekarze niemcy stanowią $\frac{3}{4}$ ogółu lekarzy cywilnych w guberniach nadbaltyckich.

Winnśmy jeszcze zrobić uwagę, dotyczącą podanej w sprawozdaniu „narodowości żydowskiej“. Autor sprawozdania wyraźnie powiada, że wielu lekarzy wyznania mojżeszowego podało się na kartkach za Rosyjan, Polaków i t. d. Układając jednak swe sprawozdanie, autor nie chciał tego uwzględnić; przeciwnie — zaliczał do narodowości żydowskiej nawet i prawosławnych lub katolików, jeżeli o nich wiedział, że są pochodzenia żydowskiego.

— W Paryżu odbył się w dniach między 30 Marca i 4 Kwietnia piąty zjazd chirurgów francuzkich.

— W Wiesbaden odbył się Kongres medycyny wewnętrznej [w d. 6 Kwietnia].

— Pisma wiedeńskie donoszą, że prof. KOCU [który, powróciwszy z Egiptu, znajdował się na posiedzeniach odbytego w tych dniach zjazdu chirurgów w Berlinie, podczas dyskusyj nad tuberkuliną], przystępuje obecnie i ogłosi odpowiedź na zarzuty, podniesione głównie przez VIRCHOW'a.

— Nakładem VOGEL'a w Lipsku zacznie wychodzić czasopismo zeszytowe „*Ztschr. f. Nervenheilkunde*“ przy udziale ERB'a, LICHTHEIM'a, FR. SCHULTZE'go i STRÜMPFEL'a. Redakcyję objął STRÜMPFEL w Erlandze.

Zmarli: C. BRAUN von FERNWALD w Wiedniu d. 28 Marca z choroby serca. Był profesorem akuszerji i ginekologii. Znany jako praktyk, autor „*Klinik d. Geburtshülfe u. Gynäkol.*“ [wspólnie z CHIARI'm i SPAETH'cm].

W Pradze: RYSZARD MAŁY znany i zasłużony prof. chemii.

DO PP. PRENUMERATORÓW.

Upraszamy o wczesne nadsyłanie przedpłaty na I-sze półrocze r. b., tych zaś Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą, opraszamy o rychłe uregulowanie rachunków.

Sprostowanie. W N-rze 15 Gaz. Lek. na str. 281 w tablicy pod przypadkiem Nr. 4 w rubryce platej, t. j. wynik badania zwłok, powinno być: „Ścianki żołądka zgrubiałe, szczególnie dno i wpust. Błona podśluzowa na całej przestrzeni nacieczona ropą, na błonie śluzowej, w okolicy wpustu, małe otwory; surowicza i podsurowicza zgrubiała i zmętniała. Wyśiek w jamie brzusznej“, oraz na str. 287 w tablicy w rubryce platej po wyrazach „Błona podśluzowa“ powinno być: „nacieczona ropą“.