

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Prace oryginalne. O stosowaniu wód mineralnych w chorobach przewodu pokarmowego. Podał Henryk Pacanowski. (Dokończenie).—Zegadło galwaniczne w leczeniu gruźlicy górnych dróg oddechowych oraz uwagi o wartości leczenia miejscowego t. z. suchot gardlanych. Napisał Z. Srebrny.—**Streżczenia i przekłady.** 4. O krwiopłuciu podczas ciąży. 5. Zastosowanie lecznicze błękitu metylenowego w gorączce przepuszczającej. 6. Przyczyny anemii pierwotnej czyli samoistnej. 6. Anewryzm aorty piersiowej i stosunek tegoż do krwotoków płucnych. 7. Leczenie niektórych uporczywych krwotoków odciąganiem (derywacją) na okolicę wątroby lub śledziony.—**Krytyka i bibliografia.** Prof. Riedel. O kamicy żółciowej w połączeniu z żółtaczką lub bez niej. Streścił Dr. J. Grundzich (Ciąg dalszy).—Sprawozdanie z wykładu profesora M. Nenckiego o cholery, mianego w Tow. Lek. Warsz. na posiedzeniu nadzwyczajnem w d. 10 Stycznia r. b.—**Korespondencja „Medycyny“** Z Mławy. Przez Rajkowskiego.—Listy o organizacyi pomocy lekarskiej przy fabrykach. List II.—**Drobniejsze wiadomości różnej treści.**—**Wiadomości bieżące.**—**Ogłoszenia.**

O stosowania wód mineralnych w chorobach przewodu pokarmowego.

Podał Henryk Pacanowski.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 1).

Zanim przystąpię do wyszczególnienia pojedynczych wskazań, powiedzieć należy słów kilka o ogólnych przeciwwskazaniach do stosowania wód w chorobach przewodu pokarmowego. Dają się one sprowadzić do dwu głównych grupp: a t o n i i (względnie rozszerzenia) i n e r w i c.

A t o n i ą nazywamy zwiotczenie, osłabienie siły mięśniowej. Bywa ona bądź to pierwotną, wyrazem osłabienia pobudliwości nerwów żołądka, bądź wtórną skutkiem spraw nieżytowych, skutkiem sokotoku żołądkowego, wreszcie, bywa następstwem zwężenia odźwiernika. Najczęściej osłabienie siły ruchowej idzie w parze ze zboczeniami wydzielniczymi. Atonia jest sprawą wciąż postępującą, rozwija się nieustannie, tak iż w końcu doprowadzić może do rozszerzenia. Zczasem występują sprawy zwyrodnienia w mięśniach żołądka, mianowicie, gdy niedowład towarzyszy nieżyтови. Następstwem atonii bywa to, iż dolna granica żołądka obniża się coraz bardziej, a wydalanie treści staje się coraz trudniejszym, gdyż posuwać się ona musi w kierunku przeciwnym ciśnieniu. Szczególniej wpływa na postęp niedowładu większa ilość płynu w żołądku, który nie tylko nie może być należycie i w czasie właściwym wydalonym, ale prócz tego z trudnością ulega wessaniu. Z tego powodu wody mineralne są przeciwwskazane przy atonii i rozszerzeniu żołądka. Wprowadzane w zbyt małej ilości, nie mogą działać skutecznie, w większej zaś obciążają żołądek mechanicznie i nie zostają należycie wessane. Bezwarunkowo przeciwwskazaniem bywa użycie wód przy atonii i rozszerzeniu, powstającym na gruncie nerwowym.

To naprowadza nas na drugie przeciwwskazanie, a tem są n e r w i c e żołądka. Stanowią one bardzo częste formy chorobowe, podług LEUBEGO o wiele częstsze od nieżytu. Nerwice mogą być czystymi, a ich typem jest t. zw. niestrawność nerwowa, albo też powikłanemi przez zboczenia wydzielnicze i ruchowe. Wody wpływają szczególnie szkodliwie na nerwice czyste, w których badanie zgłębnikiem stwierdziło prawidłowe za-

chowywanie się mechanizmu i chemizmu trawienia. Najszkodliwsze skutki powodują zwłaszcza wody glauberskie, gdy tymczasem słone zachowują się obojętniej. Natomiast pomyślniej mogą działać w nerwicach wody żelaziste, same lub w połączeniu z arsenem, tam zwłaszcza gdzie mamy niedokrewność. Inne nerwice występują jednocześnie ze zboczeniami wydzielniczymi: zwiększoną lub zmniejszoną kwaśnością soku. Tu mogą z pewnemi ograniczeniami być wskazane wody: w pierwszym razie szczawy i glauberskie, w drugim słone, lecz w bardzo małych ilościach z powodu często towarzyszącej tym sprawom atonii; w takich razach wpływ wód musi być tu nader nieznacznym.

Jeśli, mimo tak wyraźnie zaznaczonego niekorzystnego działania wód glauberskich i solnych w nerwicach, osiągamy niekiedy pewne wyniki dodatnie, to następuje to w każdym razie nie wówczas, gdy chory pije wody u siebie w domu, lecz wyłącznie wtedy tylko, skoro wyjeżdża do danej miejscowości leczniczej. Oczywiście działa tu nie sama woda mineralna, lecz zupełnie inne uboczne czynniki, jak: powietrze górskie, spokój moralny i fizyczny, wreszcie pewne zabiegi specjalne (masaż, elektryczność i t. p.)

Sądzę, iż zupełnie analogicznie z żołądkiem, zastosować można powyższe przeciwwskazania *mutatis mutandis* do k i s z e k.

Najwybitniejszym objawem klinicznym jest tu zaparcie czyli atonia kiszek. Utrudnienie wydalania zawartości ich nie ogranicza się wyłącznie do kiszek grubych, ale dotyczy także cienkich. Atonia kiszek nie jest bynajmniej jednolitą, określoną postacią chorobową, lecz raczej pojęciem klinicznym. Składają się na jej powstawanie przyczyny różnorodne: przewlekły nieżył różnych odcinków kiszek, nieodpowiedni sposób żywienia się, siedzące życie, organiczne zwężenia, opadanie poprzecznicy, zwiótczenie powłok brzusznych po licznych porodach i t. p.; rodzaj leczenia zatem musi być również rozmaitym. Jedną z nader częstych przyczyn zaparcia stanowi osłabienie pobudliwości pierwiastków nerwowych w kiskach. W tej formie działanie przeczyszczające wód glauberskich i solnych bywa niekorzystnem i trwa zazwyczaj dopóty tylko—dopóki chory wody te stosuje; z chwilą gdy je pić przestaje, dawna atonia powraca, i to najczęściej w wyższym jeszcze stopniu.

O innych nerwicach kiszek wiemy bardzo mało, niepodobna jednak oprzeć się myśli, iż one są możliwe. EWALD zwrócił uwagę na t. zw. neurastenię kishkową, podobnie jak przyjmuje neurastenię żołądkową czyli niestrawność nerwową LEUBEGO. Dalej, każdy z nas miał niewątpliwie sposobność obserwowania długoletnich biegunek, leczonych bez żadnego skutku w Karlsbadzie lub Kissingen, a które natomiast ustępowały po jednokrotnej kuracyi hydropatycznej. Zresztą znane są biegunki, powstające pod wpływem strachu i innych pobudek psychicznych. Biegunka nie bywa zawsze objawem nieżyty kiszek, lecz jedynie dowodem wzmożonej ich czynności ruchowej, tak jak zaparcie bywa wyrazem jej osłabienia. Prawdopodobnie istnieć może i w żołądku analogiczne wzmożenie perystaltyki na gruncie nerwowym, niekoniecznie w znaczeniu „niepokoju robaczkowego“ KUSSMAULA, formy bądź co bądź rzadkiej, lecz wzmożenie niedostrzegalne przez powłoki brzuszne. Opieram się w tym względzie i na faktach, stwierdzających istnienie przyspieszonego wydalania treści

z żołądka (LEUBE, RIEGEL) w połączeniu ze zboczeniami wydzielniczymi (nadkwasność) lub nawet bez tych ostatnich.

Wskazania poszczególne.

Żołądek. Dla ułatwienia podzielimy formy chorobowe na dwie główne grupy, pozostające w zależności od zboczeń czynności wydzielniczej, polegającej na wzmożeniu i na zmniejszeniu wydzielania soku, względnie kwasu solnego. Wzmoczenie przejawia się w rozmaitych stopniowaniach. Najniższy stopień stanowi nadmierna kwasność soku podczas aktu trawienia; tu wystarcza działanie wód najłagodniejszych t. j. szczaw prostych (lepsze ogrzane). W wyższym stopniu mamy wydzielanie soku nadmiernie kwaśnego, ciągłe, stałe, nawet po za obrębem aktu trawienia. Stan ten może być także wyrazem nieżytu, zwanego przez JAWORSKIEGO kwaśnym (obecność śluzu). Tu najskuteczniejszymi są wody glauberskie, stosowane przez czas dłuższy w ilości niewielkiej (200—400 gram.). Częstokroć towarzyszy temu stanowi niedowład i w dalszym ciągu rozszerzenie żołądka. Stosujemy zazwyczaj źródła gorące, mianowicie karlsbadzkie, jeszcze lepsze będą przepłukiwania żołądka temi wodami. Znakomita skuteczność Karlsbadu w podobnych przypadkach uwidoczniła się zwłaszcza od chwili, gdy VELDEN i RIEGEL wykazali związek pomiędzy nadmiernie kwaśnym sokiem a wrzodem żołądka. Już o wiele dawniej zachwalali skuteczność Karlsbadu przy wrzodzie na drodze empirycznej ZIEMSEN i LEUBE, lecz dopiero RIEGEL i JAWORSKI wyjaśnili fakt ten naukowo. Żadne inne źródła nie posiadają tak znakomitego wpływu na gojenie się wrzodu żołądka (względnie dwunastnicy) oraz na zmniejszenie bolesności. Karlsbad bywa zalecanym w dawkach większych i przez czas dłuższy (do 6 tygodni); LEUBE podaje $\frac{1}{2}$ —1 litra zrana naczczo.

Zmniejszone wydzielanie soku, względnie zmniejszona ilość kwasu solnego czyli niedomaganie wydzielnicze, bywa według JAWORSKIEGO najczęściej sprawą wtórną, następstwem istniejącej uprzednio nadmiernej kwasności lub kwaśnego nieżytu. Ten ostatni przeistacza się w t. zw. nieżyt śluzowy, cechujący się obecnością mniejszej, niż normalnie, ilości kwasu solnego w soku, oraz znaczniejszym wydzielaniem śluzu. Stan ten dojść może aż do zupełnej utraty wolnego kwasu solnego, którą to formę opisali GRUNDZACH i EWALD pod nazwą nieżytu zanikowego. Przypuścić tu należy rozwój poważnych zmian wstecznych w gruczołach trawiennych. We wszystkich opisanych postaciach będą wskazaniami wody słone; gdzie mamy także oznaki niedowładu żołądka, stosować należy źródła o małej zawartości gazu węglanego, np. Wiesbaden. W przypadkach zupełnego ustania wydzieliny soku nie otrzymamy przy wodach słonych tak dodatniego wyniku; wpłynąć one jednak mogą na poprawę subiektywną. Niekiedy spostrzegamy współcześnie z zupełnym brakiem kwasu solnego rozwój raka żołądka; wtedy stosowanie wód będzie przeciwwskazaniem.

Co do nieżytów zastoinowych (np. przy rozedmie płuc, nieżycie oskrzelowym przewlekłym), dalej, nieżytów żołądka występujących w początkach gruźlicy, to stosowane bywają wody, wskazane dla owych cierpień zasadniczych, a mianowicie alkaliczno-solne. Zresztą badania nad stanem trawienia u suchotników wykazały częste zmniejszenie zdolności wydzielniczej żołądka, a zatem wody te mają znaczenie uzasadnione.

Kiszk. Nie rozporządzając tak ścisłymi metodami jak przy bada-

niu żołądka, opierać się musimy przeważnie na dwu głównych przejawach czynności ruchowej, a temi są: osłabienie jej czyli zaparcie, oraz wzmożenie czyli biegunka. Wody zalecamy tu o tyle, o ile nie przypuszczamy nerwowej podstawy cierpienia. Niekiedy może nam dać ważne wskazówki badanie kału.

W zaparciach, zależnych od zastojów w krążeniu ogólnem, od otyłości, przepełnienia układu żyły wrotnej, przy guzach hemoroidalnych i t. d. działają z równie dobrym skutkiem wody glauberskie i słone t. j. czyszczące. Przyjętem jest zdanie, iż pierwsze należy stosować u ludzi silnych, dobrze odżywianych, gdy tymczasem słone u słabszych, ponieważ glauberskie wybitniej wpływają na ogólny stan ustroju. Zalecamy zwykle wody zimne i obfitujące w gaz węglany (Marienbad, Kissingen). Wody gorzkie przy tego rodzaju zaparciach stosowane być nie powinny przez czas dłuższy, lecz zalecane jedynie wtedy, gdy chodzi o działanie doraźne.

W nieżytych kiszek przewlekłych, przebiegających zarówno z zaparciem, jak i z biegunką, stosujemy zazwyczaj wody glauberskie i słone gorące. Które z nich w danym razie byłyby właściwie wskazane?—o tem nie wiemy, gdyż nie posiadamy żadnych sposobów badania czynności wydzielniczej gruczołów kiszkowych; nie wiemy, czy i w jakich razach zaburzenia wydzielnicze przy nieżycie kiszek polegają na wzmożeniu lub upośledzeniu wydzielania soku kiszkowego. Zmuszeni więc jesteśmy powodować się najczęściej doświadczeniem. Znam np. przypadki, w których Karlsbad okazał się bezskutecznym, a natomiast doskonale działał Kissingen lub Wiesbaden. Przeciwwskazaniem jest użycie wód przy biegunkach przewlekłych, w których przypuszczamy istnienie owrzodzeń błony śluzowej kiszek (gruźlica).

Żegadło galwaniczne w leczeniu gruźlicy górnych dróg oddechowych oraz awagi o wartości leczenia miejscowego t. z. suchot gardłanych.

(według odczytu, wygłoszonego w r. z. na posiedzeniu Towarzystwa Lek. Warsz.)

Napisał **Z. Srebrny**.

I.

Gdy przed 10 mniej więcej laty odważył się ktoś powiedzieć, że wiódł zagojony wrzód gruźliczy krtani, nie wahano się zarzucić mu fałszu, albo w najlepszym razie, niezajomości rzeczy. Rozprawy nad tym przedmiotem rozpoczęły się w r. 1880 na pierwszym zjeździe laryngologów w Medyolanie i toczone były bardzo żywo, przeważnie w formie silnej opozycji. Szczególniej powstawali francuzi pod przewodnictwem nieżyjącego już KRISHABER'A. Jednym z obrońców kwestyi uleczalności gruźlicy krtani był wówczas STOERK, który powoływał się na ogłoszone przez niego w r. 1872 odnośne spostrzeżenia.¹⁾ Gdy w kilka lat po tym zjeździe KRAUZE, a za nim inni zaczęli ogłaszać przypadki, już dosyć liczne, zagojonych owrzodzeń gruźliczych krtani, śmiano się pocichu z ich naiwności, twierdząc, że ludzie ci w istocie mogli zagoić owrzodzenia krtani

¹⁾ Stoerk. Dyskusya nad odczytem Schmidt'a, Krause'go i Heryng'a na 59 zjeździe przyrodników i lekarzy niemieckich.

u suchotników, ale owrzodzenia te nie były gruźliczemi, lecz czysto niezytowemi: takie owrzodzenia, mówiono, mogą zdarzać się u suchotników. Gdy jednak później pod wpływem kwasu mlecznego uzyskiwano zagojenia bardzo rozległych i głębokich owrzodzeń, nie pozostawiających najmniejszej wątpliwości co do swego charakteru gruźliczego, sceptycy zaczęli się cofać, sami próbować zalecanych środków i zostali przekonani, ale tylko w połowie: fakty zabliznienia owrzodzeń gruźliczych krtani uważali za wyjątkowe. Przeciwno zdaniu temu walczył uporczywie KRAUSE, twierdząc, że każde owrzodzenie gruźlicze, przy jakim takim chociażby stanie ogólnym chorego, pod wpływem bezpośredniego zetknięcia się z kwasem mlecznym musi się zabliznić.²⁾ Obydwa poglądy były przesadzone: pomyślne wyniki leczenia kwasem mlecznym były w istocie częstsze, niż dotychczasowe, ale bynajmniej nie stałe. Zauważył to HERYNG w rozprawach nad tym przedmiotem na 59 zjeździe lekarzy i przyrodników niemieckich w r. 1886 i dodał, że widział się niejednokrotnie zmuszonym do manipulacji, ułatwiającej kwasowi mlecznemu jego działanie lecznicze—do wyskrobywania dna owrzodzenia.³⁾ Prócz tego nie same owrzodzenia tylko wymagały leczenia; pozostały jeszcze nasięki gruźlicze, przeciwko którym kwas mleczny nie mógł działać tak zwyczajko, jak przeciw owrzodzeniom. Tu więc pierwiastkowo proponował HERYNG nacięcia, po których dopiero kwas mleczny wcierany mógł przeniknąć w miąższ nacieczonej tkanki.

Jako modyfikację tego postępowania polecił jeszcze tenże autor wstrzykiwania miąższowe kwasu mlecznego lub emulsyi jodoformowej.

Jakkolwiek przy tem leczeniu otrzymywało się wyniki bez porównania lepsze, niż przy dawniejszych sposobach traktowania gruźlicy krtani, jednak badacza, gorąco oddanego tej sprawie, nie mogły one zadowolnić. Ztąd wyrodziła się chęć znalezienia czegoś skuteczniejszego. Już w propozycji wyskrobywania owrzodzeń gruźliczych dla łatwiejszego wnikania w nie kwasu mlecznego kryła się druga idea, najracyonalniejsza w leczeniu, idea doszczętnego usunięcia tego, co jest chore. W tym celu podał HERYNG⁴⁾ w r. 1887 cały szereg narzędzi, mających służyć do usuwania tkanek gruźliczych zarówno owrzodzonych, jak nacieczonych. Widzimy tu rozmaitego kształtu łyżeczki ostre i noże. Techniczna stroina tej metody została wkrótce udoskonaloną przez wprowadzenie t. z. podwójnej łyżeczki KRAUSE'GO i LANDGRAF'A. Sama nazwa tego narzędzia „Doppelcurette“, nawiasem mówiąc, wybraną została dosyć nieszczęśliwie, gdyż ani narzędzie nie ma nic wspólnego z łyżeczką, ani manipulacja, jaką się niem wykonywa, w niczem nie przypomina skrobania. Metoda HERYNGA z biegiem lat znalazła wielu zwolenników, a liczba ich coraz bardziej wzrasta. Myśl usuwania chorych tkanek daje się wypełnić jednak nie tylko za pomocą narzędzia ostrego; rozporządzamy jeszcze innym środkiem potężnym, nie ustępującym w działaniu poprzedniemu. Środkiem tym jest żegadło. Gdy narzędzie ostre usuwa chorą tkankę, żegadło niszczy ją *in loco*. Skutek atoli jest ten sam: uwolnienie ustroju od

²⁾ Krause. Die Milchsäure in der Therapie der Larynxphthise. Verhandl. der Section f. Laryngol. und Rhinol. d. 59 Versamml. deutscher Naturforsch. und Aerzte. Odbitka z „Deutsche med. Woch.“ 1887.

³⁾ Heryng. Ein Beitrag zur chirurgischen Behandl. der Larynx tuberculose. Ibidem.

⁴⁾ Heryng. O chirurgicznym leczeniu suchot krtani. Odbitka z Gaz. Lek. 1887.

tęgo, co jest chore. Przy operacjach w tak wązkich przestrzeniach, jak krtani, używaniem bywa żegadło galwaniczne, którego wyższość nad żegadłem PAQUELIN'A polega na tem, że można je doprowadzić do miejsca chorego nierozpalonem.

Spostrzeżenia moje dotyczące użycia żegadła galwanicznego w gruźlicy górnych dróg oddechowych, obejmują: II przypadków suchot krtaniowych, I przypadek izolowanej gruźlicy migdałka i I przypadek wilka błony śluzowej nosa.

1. Spostrzeżenie. B. kobieta l. 35 dotknięta chrypką od 8 miesięcy, kaszle od kilku lat; krwią nie pluła, dziedzicznie nie obarczona, w ostatnich czasach trochę schudła, łaknienie i sen ma dobry, niepoci się w nocy, bólu przy łykaniu nie ma. Odżywianie doskonałe. Z prawej strony nad grzebieniem łopatki stępienie, oddech oskrzelowy, bronchofonia, rzężeń nie słycać; pod lewym obojczykiem oddech mocno zastrzony, rżenia drobne, ton wypukowy niezmienny. W krtani w części międzynałkowej rozpadający się nasięk, struny głosowe prawdziwe zlekka zaczerwienione; zresztą zmian wybitniejszych niema. W płwocinie laseczniki Koch'a. Na jednym posiedzeniu zniszczony został nasięk zapomocą płaskiego żegadła galwanicznego 20 Października 1887 r. Ostatni raz widziałem chorą w Styczniu r. 1888 z zablżnieniem zupełnem.

2. Spostrzeżenie. Ł. kobieta l. 41, od $\frac{1}{2}$ roku chrypi, w ostatnich dwóch tygodniach miała lekką duszność, szczególnie przy pędsem chodzeniu lub zmęczeniu. Bólu w gardle nie ma. Kaszle od kilku lat, schudła bardzo w przeciągu tego czasu. Sama przypuszcza, że zaraziła się od męża, który zmarł przed 3 laty na suchoty. Ojciec, brat i siostry zdrowe, matka zmarła przed 20 laty po porodzie. Czasami poci się w nocy. Przed 2-ma miesiącami pokazała się krew przy kaszlu. Łaknienie słabe, sen niezły, osłabienie. Odżywianie liche. Z prawej strony ztyłu do dolnego kąta łopatki stępienie, oddech oskrzelowy, w szczycie drobne rżenia; przodu pod obojczykiem *bruit du pôt felé*. Z lewej strony nad grzebieniem łopatki oddech nieokreślony, lekkie stępienie. W krtani nacieczenie obu strun rzekomych, prawdziwych wcale nie widać, szpara głosowa zwężona. Nacieczenia zniszczone zostały zapomocą żegadła galwanicznego na 4 posiedzeniach w odstępach dwutygodniowych w miesiącach Listopadzie i Grudniu 1887 r. Po ukończeniu leczenia ani śladu nasięku, obie struny prawdziwe widoczne na całej przestrzeni, szpara głosowa szersza. Późniejszych wiadomości o chorej nie mam.

3. Spostrzeżenie. H. mężczyzna l. 36, skierowany został łaskawie do mnie przez D-ra ODERFELDA dnia 26 Września r. 1887. Chory opowiedział, że w czasie pobytu w Reinerz, dokąd wysłany został z powodu kaszlu, dostał szumu w uchu prawem, przyczem zaczęło się sączyć z tegoż ucha trochę wodnistej wydzieliny. Bólu nie miał żadnego. Pochodzi z rodziny zdrowej, żona zmarła przed kilku laty na gorączkę połogową. Odżywianie dobre, łaknienie i sen bez zarzutu. W obu płucach oddech pęcherzykowy zastrzony, w szczytach nieco drobnych rzeń. W przewodzie usznym zewnętrznym prawym, niewielka ilość ropy, błona bębenkowa prawa mocno zaczerwieniona, w przednim dolnym odcinku małe przedziurawienie. Pomimo braku wybitnych objawów ze strony płuc, pomimo tego, że ani płwocina, ani ropa z ucha nie zostały zbadane, rozpoznałem gruźlicze zapalenie średniego ucha, opierając się na braku bólu ze strony tego narządu przed wystąpieniem ropotoku. Jest to objaw charakterystyczny, dla zapalenia gruźliczych jamy bębenkowej. Długie i różnorodne leczenie ucha pozostało bez żadnego skutku. W końcu Lutego 1888 r. chory przybył ze skargą na chrypkę i lekki ból z prawej strony gardła. Znalazłem nacieczenie tylnej trzeciej części struny prawdziwej prawej i jakby nadżarcie nabłonka na prawym wyrostku głosowym. W Marcu chory wyjechał na dwa miesiące do Meranu. Po powrocie skonstatowałem ogólny stan gorszy, w szczytach obu płuc oddech nieokreślony i liczne rżenia drobne. Prawa struna prawdziwa cała nacieczona, na wyrostku głosowym prawym wyraźne owrzodzenie. *Fistula ani*. Częste rozwolnienie. Gorączka wieczorna. Poty nocne. 20 Maja przypaliłem żegadłem galwanicznym całą strunę prawdziwą prawą i owrzodzenie na wyrostku

głosowym. 7 Czerwca znalazłem przypaloną strunę zupełnie białą, błyszczącą. Owrzodzenie nie zagojone. Teraz już i struna prawdziwa lewa przedstawiała się nacieczoną. 11 Czerwca przypaliłem znowu owrzodzenie na wyrostku głosowym prawym oraz nacieczoną strunę lewą. 22 Czerwca obie struny przedstawiają się jeszcze nacieczonemi, wskutek czego przypalenie zostało powtórzone. 6 Lipca skonstatowałem prawidłowy stan obu strun głosowych, poczem chory wyjechał znowu, aby po kilku tygodniach wrócić w stanie, dającym mało nadziei utrzymania go przy życiu. Rozwolnienie ciągłe, gorączka wieczorna, upadek odżywiania, postęp sprawy w płucach. W krtani zniszczenie zupełne prawej struny prawdziwej, lewa bez zmian; błona śluzowa pokrywająca chrząstki nalewkowe, w stanie wodnistego obrzęku. Łykanie nieco bolesne. W tym stanie widziałem go wspólnie z D-rem DUNINEM i D-rem HERCEM, poczem chory wyjechał do rodziców swoich do Częstochowy, gdzie po kilku tygodniach zmarł.

4. S p o s t r z e ż e n i e. E. kobieta l. 28, od roku dotknięta chrypką. Ojciec i jeden z braci zmarli na suchoty, matka zdrowa. W ogóle czuje się dobrze, nie pluła nigdy krwią, kaszle bardzo mało. Łykanie nie bolesne. Odżywianie dobre. W prawym płucu nad obojczykiem stępienie, oddech nieokreślony, głos wzmocniony. W krtani naciek twardy prawej struny rzekomej, pokrywającej w zupełności prawdziwą. Innych zmian w krtani nie ma. W płwocinie bardzo mała ilość laseczników. Na jednym posiedzeniu—4 Maja 1888 r.—zniszczyłem żegadłem cały nasięk. Strup oddzielił się po 16 dniach, pozostawiając prawidłową strunę. Widziałem chorą w Październiku r. 1890 i skonstatowałem trwałość wyleczenia. Sprawa w płucach nie postąpiła. Ogólny stan bardzo dobry.

5. S p o s t r z e ż e n i e. M. mężczyzna l. 38 skarży się na silny ból przy łykaniu i chrypkę, trwającą od pół roku. Kaszle od kilku lat, w ostatnich miesiącach kilkakrotnie pluł krwią. Schudł bardzo, łaknienie złe, sen przerywany, poty nocne. Ojciec zmarł na suchoty. Odżywianie liche. W szczycie prawego płuca objawy jamy, z lewej strony zprodu do 4 żebra, ztyłu prawie do dolnego kąta łopatki oddech oskrzelowy, *bronchophonia*, stępienie. W krtani nacieczenie nagłośni, więzów nagłośnio-nalewkowych i okolicy chrząstek nalewkowych. Obie struny prawdziwe na wolnym brzegu owrzodzone. Jakkolwiek stan ogólny i stan krtani był prawie rozpaczliwy, spróbowałem jednak przypalić dnia 16 Lipca 1888 r. nacieczoną nagłośnię i powtórzyłem ten sam rękoczyn jeszcze raz po upływie dwóch tygodni. Przez kilka tygodni po tym zabiegu nagłośnia przedstawiała się prawidłowo. Stan ogólny jednak podupadał coraz bardziej, tak iż od dalszego leczenia żegadłem odstąpiłem. W 4 miesiące później chory zmarł, przyczem nacieczenie nagłośni powoli powróciło.

6. S p o s t r z e ż e n i e. G. konduktor drogi żelaznej Terespolskiej l. 34 wstąpił w Lutym r. 1888 do szpitala na Pradze z powodu chrypki, gdzie przez D-ra KRYŻEGO łaskawie powierzonym mi został do leczenia. Kaszle oddawna, obarezony dziedzicznie. Odżywianie liche. Klatka piersiowa wązka, długa, w obu szczytach oddech oskrzelowy, stępienie. Obie struny prawdziwe wzdłuż całego wolnego brzegu owrzodzone, w tylnych połowach mocno nacieczone, zwłaszcza prawa. W płwocinie laseczniki KOCH'A. W przeciągu 6 tygodni pod wpływem wcierań kwasu mlecznego zupełne zabliźnienie owrzodzeń, nacieczenie tylnych części strun mniejsze. W 4 tygodnie po opuszczeniu szpitala i objęciu obowiązków chory powrócił w stanie takim samym, w jakim był przed rozpoczęciem leczenia. Zaproponowałem przypalenie żegadłem, co zostało przyjęte. W przeciągu miesiąca 4 razy przypaliłem struny, poczem owrzodzenia były zabliźnione, tylne końce strun przedstawiały się zgrubiałemi. Stan ten sam skonstatowałem w Marcu r. 1890.

7. S p o s t r z e ż e n i e. N., kobieta lat 47, od 7 miesięcy dotknięta chrypką, w ostatnich tygodniach lekki ból przy łykaniu. Matka zmarła na suchoty. Podejrzanie przymiotu u nieżyjącego męża. Roniła dwa razy. Pięcioro dzieci zmarło w wieku od 1—2 lat. Kaszle niewiele. Odżywianie mierne. Pod lewą łopatką oddech nieokreślony. Struna prawdziwa prawa lekko nacieczona. W części międzynalewkowej nasięk dosyć duży. Laseczniki w płwocinie. Po kilku dniach penzlowania kwasem mlecznym przypaliłem dnia 3 Kwietnia r. 1890 nasięk części międzynalewkowej płaskim żegadłem. W 3 tygodnie potem fałda międzynalewkowa przedstawiała się zupełnie gładką, prawidłową. To samo jeszcze raz

skonstatowałem w Czerwcu, w którym to miesiącu chora wyjechała na wieś, poczem jej już więcej nie widziałem.

8. Spostrzeżenie. K. mężczyzna l. 24. Od pół roku chrypka i lekki ból przy łykaniu. Kaszle od roku, krwią nie pluł. Często w nocy się poci. Łaknienie liche, sen dosyć dobry. Osłabienie. Ojciec kaszle, matka zdrowa, z czworga rodzeństwa on jeden żyje, dwaj bracia i jedna siostra zmarli na suchoty. Mężczyzna wysoki, chudy, klatka piersiowa długa, płaska, odżywianie liche. Błony śluzowe blade. W górnym płacie obu płuc oddech oskrzelowy, bronchofonia. Nagłośnia mocno zaczerwieniona, guz nagłośni owrzodzony, z przedniego kąta strun wychodzi guz czerwony, mięsisty, dochodzący do $\frac{1}{4}$ przedniej części szpary głosowej. Innych poważniejszych zmian w krtani nic ma. 18 Grudnia 1889 r. usunąłem pętlą galwanokaustyczną guz, a w 4 dni później przypaliłem energicznie owrzodzenie nagłośni. Guz okazał się tworem gruzliczym. Po upływie 3 tygodni widać było na miejscu owrzodzenia gładką bliznę bez żadnego nacieczenia w sąsiedztwie. Chory wyjechał na południe i przybył do Warszawy w Marcu r. 1890 z zupełnie zdrową krtanią. To samo sprawdzić mogłem znowu w Listopadzie, poczem chory wyjechał do San-Remo. W Kwietniu r. b. stan krtani dobry; w szczycie prawego płuca objawy jamy. Chory wkrótce znowu wyjechał, i od tego czasu nie widziałem go. (d. c. n.)

STRESZCZENIA I PRZEKŁADY.

4. Dr. JUAN de DIOS PEINADO. O krwiopluciu podczas ciąży. Podczas ciąży dwa główne są czynniki, które już w normalnych, szczególnie jednak w indywidualnych patologicznych stosunkach sprawdzają krwioplucie: 1) *Plethora serosa*, która się rozwija skutkiem redukcji białka i czerwonych ciałek krwi oraz ilościowego wzrostu tej ostatniej w połączeniu ze zwiększonym napięciem naczyń; 2) *hypertrophia* (przerost) serca, rezultat wzmożonej akcyi serca wskutek utrudnionego odpływu krwi z dolnych części ciała i krążenia zwiększonej ilości krwi. Oba te czynniki, którym często towarzyszy bicie serca, uczucie duszności, nawał krwi do mózgu, obrzęk mózgu, płuc etc. powodują łatwo poważne komplikacye, jeżeli się przyłączą do przedtem istniejących zaburzeń w przekrwionych narządach. Co się tyczy tych właśnie zaburzeń, które mogą się przyczynić do rozwoju hemoptozy podczas ciąży, podnosi autor szczególnie niezbyt oskrzelowy, chroniczne zapalenie płuc, a przede wszystkim gruźlicę płuc, które to cierpienia nadają oskrzelowopłucnym naczyniom większą skłonność do poddania się parciu krwi. Prócz tych zaburzeń może służyć jako moment usposabiający znaczna kruchość ścian naczyniowych narządu oddechowego, jaką znajdujemy u źle odżywionych osobników, które z tego powodu cierpią w dzieciństwie na częste krwotoki nosowe i okazują usposobienie do gruźlicy. Krwotoki płucne podczas ciąży różnią się znacznie pod względem ilości wylanej krwi i punktów wyjścia, co do których mogą się rozwinąć na całej przestrzeni poczynszu od krtani aż do pęcherzyków płucnych; ilość zaś wylanej krwi waha się między zaczerwienieniem płwociny a setkami gramów, które w przeciągu kilku chwil sprawdzają zgon przez uduszenie. Krwotoki zwykły się powtarzać, nie przedstawiają jednak niebezpieczeństwa przy niezbyt wysokim stopniu i nie pozostawiają żadnych następstw, jeżeli nie komplikują się z innem ciężkiem cierpieniem narządu oddechowego. Terapia krwotoków płucnych jest różną, i zależy od stopnia utraty krwi, równoczesnego większego lub mniejszego nawału krwi do płuc, oraz od jakości tętna i stanu ogólnego pacjentki. Należy także brać pod rozwagę patogenezę tych krwotoków, które prawie stale związane są z nadmiarem parcia w tętnicach i uważane być muszą za czynne lub bierne. Przy małej utracie krwi i niezbyt twardem tętnie, wystarcza spokój, leżenie w łóżku i nieco zredukowane pożywienie, łatwo strawne pokarmy w celu zapobieżenia odruchowemu nasileniu pracy serca; jeżeli jednak w takim przypadku serce nadmiernie pracuje, można z dobrym skutkiem przepisać bromek potasu. Skoro utrata krwi jest większą a puls twardszym się staje, należy natychmiast przystąpić, jeżeli stan ogólny chorej na to pozwala, do mniej lub więcej obfitego upustu krwi stosownie do sił pacjentki i zastosować morfinę podskórną lub ławatywę z opium; w razie nie dość szybkiego ustania krwotoku, można do morfiny dodać octanu ołowiu, który nie tylko czyni krew mniej płynną a przez to mniej usposobioną do wystąpienia z naczyń, lecz także przewyższa w działaniu wszystkie inne środki wiodące do usunięcia tych ob-

jawów jak: podwyższenie temperatury, twarde tętno, kaszel i duszność. Jeżeli z pewnych względów wenesekcyja użyć się nie daje, można podwijać kończyny w celu przemijającego zatrzymania w nich pewnej ilości krwi i zniżenia w ten sposób parcia w naczyniach płucnych. Środki odwodzące zastosowane często i rozlegle na przednią ścianę klatki piersiowej, jako też gorące mokre okłady dają dobry rezultat, wywołując przez podrażnienie skurcz naczyń płucnych i pożądaną anemię płuc. Rumienniki (*rubefacientia*) zastosowane na środkową część kręgosłupa, mogą również w znacznym stopniu przyczynić się do odciągnięcia krwi z płuc. Zewnętrzne użycie środków chłodzących może wprowadzić w niektórych przypadkach sprowadzić polepszenie, w ogólności jednak powoduje częściej zaburzenia. Wewnętrzne środki, szczególnie skurcz naczyń wywołujące, jak: digitalis, ergotyna, chinina, mają w ogóle tę złą stronę, że przy swem korzystnem działaniu na naczynia, równocześnie drażnią włókna mięsne macicy, sprowadzając skutkiem tego, szczególnie u nerwowych kobiet, krwotoki maciczne. Co więcej, ponieważ skurcz naczyń nie ogranicza się do narządu oddechowego, lecz odnosi się do całego organizmu, musi się koniecznie parcie w naczyniach podnieść, co przy pęknięciu naczynia większego kalibru raczej sprzyja utracie krwi aniżeli jej przeszkodza i może przyczynić się do usunięcia tworzącego się skrzepu, zamykającego otwór, który był punktem wyjścia krwotoku. Wyżej wspomniane środki wskazane są tylko przy biernym charakterze krwotoku wskutek rozstrzeni (*dilatatio*) serca bez jego przerostu. Preparaty bromowe zaś, szczególnie bromek potasu, mogą znaleźć zastosowanie przy niezbyt obfitym krwotoku wobec przerostu serca. Środki wymiotne, polecane przez niektórych autorów, rzadko nadają się do użycia; najwyżej daje czasem dobry wynik ipekakuanha w małych dawkach. Jeżeli krwotok się nie zatrzymuje mimo użycia wszelkich środków, należy przystąpić do przyspieszenia porodu, przekonawszy się poprzednio o normalnej budowie dróg miedniczych.

(D. Med. Zg. r. 92). B. K.

5. BOURDILON. **Zastosowanie lecznicze błękitu metylenowego w gorączce przepuszczającej *** (*Intermittens*). Błękit metylenowy, dający w roztworze piękną barwę niebieską, używanym był początkowo tylko jako barwnik. W 1889-ym EHRLICH spostrzegł, iż po podskórnem wstrzyknięciu go otrzymuje się zabarwienie zakończeń nerwowych, skutkiem czego zaproponował użycie tego preparatu jako środka ból kojącego. Według COMBEMALE u świnek, karmionych błękitem, cała powierzchnia wewnętrzna przewodu pokarmowego oraz jego zawartość barwi się na niebiesko. Z organów wewnętrznych barwi się istota mózgowa szara oraz wszystkie inne narządy, za wyjątkiem wątroby i nerek. Cylindry osiowe nerwów, wbrew zdaniu EHRLICH'A, zostają wolnemi od barwnika. Z ustroju wydziela się on z moczem, barwiąc go na niebiesko, lecz po dłuższem staniu mocz dzieli się na dwie warstwy: górną błękitną i dolną barwy normalnego moczu. Część zostaje wydalona i przez płuca, które wraz z płwociną otrzymują barwę niebieską. Ślina i wydzieliny skórne nie są zabarwione.

Objawy po zastosowaniu błękitu metylenowego są sprzeczne: jedni widywali zaburzenia gastryczne i zmniejszenie ilości moczu, inni nie spostrzegali tego, a nawet powiększenie wydzieliny moczu. Niedawno temu EHRLICH i GUTTMAN wskazali na zdolność zabijania drobnoustrojów malaryi we krwi i usuwania gorączki. B. w 3-ich swych przypadkach widział skutek szybki i stały; nazajutrz po zastosowaniu błękitu nie było więcej napadu febry, mimo to, B. przedłużał leczenie do 10 dni. Stan ogólny wszako poprawiał się wolniej, niż po chininie. U dwu suchotników nie dostrzegał B. wpływu żadnego na gorączkę. Dawka wynosi 0,1 w pigułkach, od 3—10 dziennie. Na nerwobóle błękit skutecznie nie wpływa, z wyjątkiem może n. pochodzenia malarycznego. Co do teoryi działania błękitu metylenowego, COMBEMALE znalazł, iż krew psów, otrutych nim, daje widmo methemoglobiny, nie zaś smugi absorpcyjne właściwe błękitowi. Prawdopodobnie więc tak zmodyfikowana krew zdolną jest zmieniać czynność zarówno ośrodkowych jak i obwodowych nerwów czuciowych, oraz staje się ośrodkiem niesprzyjającym żywotności pasorzytów malarji.

(Rev. de Med. 9—92).

6. KRÜGER. **Przyczyny anemii pierwotnej czyli samoistnej.** Powstawanie niedokrewności, której prototyp stanowi blednica i t. zw. *Anaemia perniciosa*, nie jest jeszcze wyjaśnionem. Sekcyja często nie wykazuje żadnych zmian pierwotnych; pewne zaś oznaki w narządach wewnętrznych (wyrodnienia tłuszczowe, wylewy do błon surowiczych) są niewątpliwie natury wtórnej. Największe zmiany znaleziono w szpiku kostnym, mianowicie zanik komórek tłuszczowych oraz wejrzenie galaretowate.

*) W 1-ym N-rze Przegl. Lek. i w 1-ym *Thérapeut Monatsch.* z r. b. prof. Pareński i dr. Blatteis głosili pracę w tym samym przedmiocie, którą podamy w streszczeniu w jednym z najbliższych numer. „Med.“

Nie wdając się w wyliczanie hipotez o pochodzeniu anemii pierwotnej, K. sądzi, iż nie stanowi ona choroby *sui generis*, lecz jedynie objaw, podobnie jak np. puchlina. Źródłem wytwarzania się i niszczenia hemoglobiny jest śledziona, w której jednak proces pierwszy (tworzenie) przeważa. Śledziona otrzymuje unerwienie swe od nerwu współczulnego, którego drażnienie, jak stwierdzono, powstrzymuje tworzenie się hemoglobiny. Otóż K. przypuszcza, że blednica wywołana zostaje przez podrażnienie nerwu współczulnego. W podobny też sposób da się wyjaśnić anemię wtórną, występującą przy raku i zaniku gruczołów żołądka, *Anchylostomum duodenale* oraz niekiedy podczas ciąży. Wszystkie te sprawy mogą na drodze odruchowej wpływać drażniaco na *N. sympat.*

Co do anemii pierwotnej, to ona powstawać zwykła w okresie rozwoju płciowego, zwłaszcza u dziewcząt, których narządy płciowe są nader ściśle związane z *n. sympat.*; podrażnienie przechodzi z genitaliów na nerw współczulny, a stąd na jego rozgałęzienia w śledzionie, której czynność zostaje upośledzona. (*S. Pst. med. Woch.* 50—92).

6. HAMPELN. **Anewryzm aorty piersiowej i stosunek tegoż do krwotoków płucnych.** Rozpoznanie aneurysmu bywa dotychczas bardzo trudnem. Najczęstszą przyczynę śmierci stanowi krwotok z worka aneurysmatycznego do tchawicy, oskrzeli, osierdza, opłucnej, przelyku, żyły czężej górnej, tętnicy płucnej i t. d. Według pojęć dzisiejszych krwotoki takie są zejściem ostatecznem i stale do śmierci prowadzą; nikt natomiast nie uznaje istnienia krwawień powolnych, długotrwałych. Autor jest przeciwnego zdania, a to zgodnie z poglądem autorów dawnych; krwotoki takie mogą się objawiać powoli, przez czas dłuższy. NIEMEYER pierwszy zaprzeczył staremu temu pogładowi, utrzymując, iż przedziurawienie kończy się zawsze nagłą śmiercią. Stąd mniemanie to przeszło do wszystkich podręczników nowoczesnych.

H. obserwował 18 przypadków z zejściem śmiertelnem wskutek pęknięcia aneurysmu. Z tych w 3-ch istniał poprzednio okres krwiopłucia, trwający 8 dni, 5 tygodni i 4 miesiące. Stopniowe przedziurawienie H. poczytuje za zjawisko wcale nie rzadkie. Wtedy krwawienia przybierają cechę nawykowych, prodromalnych, trwających tygodnie, miesiące, a nawet i lata całe. (*Berl. kl. Woch.* 40—92).

7. PETIT. **Leczenie niektórych uporczywych krwotoków odciąganiem (derywacją) na okolicę wątroby lub śledziony.** W 1887-ym VERNEUIL zwrócił uwagę na pomyslny wpływ derywacji przy gwałtownych krwotokach z nosa. Odtąd namnożyły się liczne spostrzeżenia, na zasadzie których wyprowadzić można wnioski następujące: w przebiegu przewlekłych chorób wątroby (zastoje, marskość i t. p.) zjawiają się niekiedy samoistne krwotoki z nosa, ust, płuc, odbytu, przypadkowych ran. Po większej części można je zatamować przy pomocy rewulsyi na skórę okolicy wątroby dużemi wezykatoryami lub przyżeganiem. Jeśli się przypuszcza, iż krwotok z nosa czy inny, powstał skutkiem stanu patologicznego nie wątroby, a śledziony (np. przy malarii) lub nerek (*Neph. interstitialis*), w takim razie należy dokonać rewulsyi na okolicę tych właśnie narządów. (*Bull. gen. de therap.* 32—92).

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

Prof. RIEDEL z Jeny. **O kamicy żółciowej w połączeniu z żółtaczką lub bez niej.**

Streścił Dr. J. Grundzach.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 1).

Jaki jest przebieg kliniczny kamicy żółciowej?

Chorzy dotknięci kamieniami w pęcherzyku, albo wcale nie doznają objawów chorobowych, lub niewyraźne jedynie: „ściskanie w dolku“, „niektóre pokarmy trudno się trawia“, czasem „pełność przed żołądkiem“, małe bóle, które pod okładem giną, niemożność wkładania gorsetu; czasem gwałtowny ruch wywołuje bóle, z podżebrza pokazuje się jakiś guz twardy, który przyjmowany bywa często za nerkę opuszczoną i t. d. Chorzy tacy leczą się domowymi środkami lub wcale się nie leczą i częstokroć umierają, nie wezwawszy pomocy lekarskiej, gdyż większych dolegliwości nigdy nie doznawali.

Wyraźniejszym objawem kamicy żółciowej są: częstokroć powtarzające się napady wymiotów i bólów coraz wzmagających się aż do straszliwego bólu, w którym chory się poprostu wiję, dalej, ucisk przed żołądkiem coraz mocniejszy, brak apetytu, wychudnienie, a czasem otyłość (skutkiem braku ruchów, sprawiających bóle). Żółtaczki jednak jeszcze nie ma, tej pożądaney dla rozpoznania żółtaczki! W większej liczbie przypadków w nigdy do niej nie dochodzi, zczasem jest ona przejściową

(trwa kilka dni lub tygodni), w innych jest stałą. Czasem zjawia się ona zaraz po ataku, czasem skóra zabarwia się powoli przy powiększającym się ucisku w dolku podsercowym, a większe bóle zjawiają się dopiero po wytworzeniu żółtaczki. Nie zawsze jednak przebiega kamica żółciowa w ten właśnie sposób. Czasem chorzy (*v. chore*) jak piorunem rażeni, dostają gwałtownego napadu bólów bez poprzedzających zwiastunów tego cierpienia. Niekiedy i tu usłyszymy o istniejącym ucisku przed żołądkiem i t. d. Jeżeli od pierwszego napadu upłynęło 10—20 lat aż do drugiego, wówczas najinteligentniejsi nawet chorzy będą nas zapewniać, że przed pierwszym atakiem byli zupełnie zdrowi, napad bowiem kolki tak się wrył w pamięć chorego, że inne drobniejsze sensacje, poprzedzające napad, całkowicie z niej wyrugował.

Z liczby 52 u 25 cierpienie rozpoczynało się nie w różnie, u 25 chorych—w sposób ostry, kolką wątrobową. Wogóle z liczby 50 operowanych 40 miało kolkę wątrobową, 10 wcale jej nie miało (byli operowani przed wystąpieniem kolki). W tem miejscu autor analizuje wszystkie swoje przypadki, dzieli je na grupy podług objawów, opisując ciekawsze z nich. W końcu dzieła znajdujemy listę wszystkich chorych, podzieloną na grupy i uszykowaną tak, aby ją łatwo można było przeglądać, a przypadki porównywać.

Mówiąc o przypadkach (3), przebiegających prawie bez objawów, autor opisuje jeden z nich, godny uwagi, w którym przypadkowo na sekcji (przerost gruczołu krokowego, zator obudwóch tętnic płucnych) znaleziono tak rozległe zmiany, iż wydaje się nieprawdopodobnem, aby one mogły istnieć bez wywołania objawów u człowieka bardzo nerwowego, niepospolicie inteligentnego. Znaleziono: odźwiernik (*pylorus*) zrosnięty mocno z pęcherzykiem, ściągniętym naokoło kamieni, jakie się w nim znajdowały. Zrosty uwidoczniają się na błonie śluzowej żołądka przez płaską bliznę. W środku tej blizny—dwie przetoki, prowadzące do pęcherzyka. Widzimy więc, że istnieją chorzy nadzwyczajnie indyferentni na najrozmaitsze i najrozleglejsze zniszczenia, jakie wywołuje kamica żółciowa ¹⁾.

7 chorych miało bóle brzucha i „ucisk przed żołądkiem” od początku do końca choroby, nigdy tu jednak do kolki nie dochodziło. Jeden z tych przypadków dowiódł, że kamienie mogą wiele lat przebywać w pęcherzyku a nawet wklinać się w przewód pęcherzykowy bez wywołania objawów kolki.

15 chorych wiele lat cierpiało na zaburzenia żółdkowe, zanim się cierpienie wyjaśniło przez pierwszy mniej więcej typowy napad kolki.

25 chorych, jak widzieliśmy wyżej, miało się za zupełnie zdrowych, gdy nagle wystąpiła kolka.

Tylko 7 chorych wraz z kolką miało i żółtaczkę, 14—wcale jej nie miało, w 4-eh przypadkach zjawiała się ona później. Ciekawem jest, że z pomiędzy 50 spostrzeżeń tylko w 3 przypadkach bywały kolki z powtarzającą się zawsze (przy kolce) żółtaczką.

Jeżeli zechcemy sobie utworzyć obraz kliniczny kamicy żółciowej na zasadzie tych danych anatomopatologicznych i klinicznych, będzie on następujący:

Kamienie żółciowe tworzą się w pęcherzyku i będąc małemi, mogą przy objawach kolki, zależnej od ucisku wywieranego na przewody, a przebiegającej w początku bez żółtaczki a później z żółtaczką, zostać wydalonymi do dwunastnicy. Przypuszczać należy, że większa (?) liczba przypadków kamicy żółciowej przebiega w sposób tu opisany, gdyż takie pojęcia trwają w medycynie od niepamiętnych czasów i obraz kliniczny kamicy żółciowej tak właśnie jest naszkicowany przez dawnych i nowych badaczy klinicystów. Zapewne i dzisiaj kamica żółciowa nie inaczej przebiega, ale przypadki te widzi klinicysta-lekarz, chirurg zaś widzi chorych innego rodzaju. Chirurg ma głównie do czynienia z kamieniami, które pozostają w pęcherzyku, gdyż w swoim czasie nie były wydalone; fakt ten najlepiej dowodzi, że pęcherzyk stosunkowo często nie jest w stanie wypęścić małych lub względnie małych kamieni, gdyż każdy kamień był przecież kiedyś małym, lub przynajmniej miękkim! W takich osłabionych pęcherzykach małe kamienie pozostają, powiększają się coraz bardziej, wreszcie liczba ich

¹⁾ Pozwolę sobie tutaj powiedzieć, że dobry stan ogólny, brak objawów cierpienia zależał w znacznej części od tego, że nie było w tym razie zwężenia bliznowatego w odźwierniku (choć blizna była), jak to było w przypadku kol. Bądzkiewicz (opisanym w Gaz. Lekarskiej przed kilku laty), nie było przedostawiania się żółci do żołądka w ogromnych ilościach, które warunkuje ciężki stan ogólny (wyczerpujące wymioty etc.). Jeden taki przypadek rozpoznany za życia chorej opisałem w Gaz. Lekarskiej przed kilku laty w pracy pod tytułem: Kamienie żółciowe w żołądku. *Gr.*

również wzrasta, gdyż obecność kamieni ma wpływ niezawodny na tworzenie się ich. W mniejszej liczbie przypadków kamienie te nie wpływają na stan pęcherzyka i przewod pęcherzykowy; ten ostatni pozostaje otwarty, żółć przyplwya stale. W większej zaś liczbie—powstaje obrzmienie błony śluzowej pęcherzyka i przewodu pęcherzykowego, ten ostatni traci światło; jednakże wystarcza usunięcie kamieni z pęcherzyka, aby drożność jego przywrócić, jeżeli tylko nie zwiększył się chwilowo (po operacji) stan zapalny pęcherzyka. Skoro tylko przewód pęcherzykowy się zamknie, zamiast żółci mamy w pęcherzyku surowicę lub śluz, „*hydrops vesicae felleae*” zatem gotów. Stan ten może żadnych zgoła objawów nie wywoływać, czasem jednak daje objawy następujące: lekki nacisk przed żołądkiem, czasem bóle i brak apetytu, prawdopodobnie wskutek drobnych zmian zapalnych pęcherzyka. Ściany pęcherzyka mogą nawet potężnie zgrubieć bez wywołania ważniejszych objawów. Pęcherzyk nie tylko grubieje ale i powiększa częstokroć swoją objętość bez zgrubienia ścian. Powiększony i zgrubiały pęcherzyk opuszcza się czasem nisko, zrasta się z otaczającymi narządami, głównie zaś z siecią i poprzecznicą; później zaś, gdy kamienie dostaną się do przewodów, następują zrosty z żołądkiem i dwunastnicą. Wielu chorych z obrzękniętym przewodem pokarmowym i wtórną puchliną pęcherzyka (*hydrops v. f.*) umiera skutkiem najrozmaitszych chorób, nie doznawszy nigdy silniejszych bólów. Inni—dostają ich w mniej lub więcej ostry sposób przy objawach gwałtownych, które zwiemy kolką wątrobową. „Kolka” ta zależy od dwóch odrębnych zgoła przyczyn. W pewnej części przypadków jest ona wynikiem ostrego zapalenia pęcherzyka bez wdrażania kamieni do przewodu pęcherzykowego. (a może z tem drażnieniem), w innej znów—wdrażanie to łączy się ze stanem zapalnym pęcherzyka. Zapalenie ma niewątpliwie zawsze miejsce przy kolce bez żółtaczki, wdrażenie zaś kamieni—nie zawsze. Jako dowód, że zapalenie błon śluzowych pęcherzyka jest w stanie wywołać kolkę, służyć mogą choroby, u których znaleziono zarosnięty przewód pęcherzykowy, tak że ani jedna kropla żółci nie dostała się (po operacji) do pęcherzyka, którzy jednakże mieli wybitne objawy kolki typowej. Drugi dowód: otwieramy pęcherzyk (chora skarży się na straszliwe bóle), wyjmujemy dwa duże kamienie, pogrążone w płynie surowiczym lub surowiczo-ropnym, na drugi dzień wypływa żółć (dowód nie zatkania przez kamień, lecz obrzmienia poprzednio istniejącego w przewodzie pokarmowym). Co dziwniejsza jeszcze, znajdowano kamienie uwięzione w przewodzie pokarmowym bez wywołania objawów kolki.

Po dłuższem istnieniu kolek bez żółtaczki, jeżeli operacji nie wykonano, zjawia się żółtaczka wraz z kolką. Żółtaczka ta przyjmowaną bywa zwykle również jako skutek uwięźnięcia kamieni w przewodzie żółciowym wspólnym (*d. choledochus*), gdyż tu dopiero mogą one tamować odpływ żółci. I autor był tegoż zdania, dopóki doświadczenie nie nauczyło go czegoś bardziej do prawdy zbliżonego. Tylko w $\frac{3}{5}$ przypadków żółtaczka daje się w ten sposób objaśnić, reszta zaś zależy od zapalenia pęcherzyka, które rozszerza się na przewody, dochodzi do przewodu żółciowego wspólnego (*d. choledochus*), wywołując jego obrzmienie, wreszcie, obejmuje i drobne przewody wątrobowe. Dwie te postaci żółtaczki różnią się klinicznie: pierwsza jest trwała (jeżeli kamienie są dość duże), druga przejściową, choć trwać może nieraz tygodnie. Autor pierwszą nazywa „prawdziwą kamienio—pochodną żółtaczką” (*„reell lithogener Icterus*), drugą—„zapalną” (*entzündlicher*). Niektóre przypadki są bardzo interesujące: chora K. posiadała kołosalny ostry kamień, siedzący na granicy przewodu wątrobowego i żółciowego wspólnego, tak że obadwa jego końce sterczały w obudwach przewodach, dalej—trzy tetraedryczne kamienie wielkości wiśni tuż u wejścia do dwunastnicy—żadnej żółtaczki! Objasnia się to w ten sposób, że żółć pomimo to przedostawała się pomiędzy kamieniami, na co autor w innych przypadkach liczne posiada dowody. W takich przypadkach obrzmienie przewodów (skutkiem drażnienia przez kamienie) przyczynia się głównie do powstawania żółtaczki. Wogóle biorąc, kolka z żółtaczką zależy częściej od uwięźnięcia kamieni w przewodzie żółciowym (*d. choled.*), jeżeli kamienie dostają się do przewodu względnie zdrowego, zapalenie zaś odgrywa większą rolę w przypadkach, w których małe kamienie dostają się do silnie rozszerzonych przewodów, mających zgrubiałe ściany; ciągle tarcie o ściany wywołuje stan zapalny, zwężenie przewodów i żółtaczkę. Zwykle obadwa te czynniki współdziałają: powstaje zapalenie, które wywołuje obrzmienie przewodu żółciowego, wątrobowego i jego drobnych rozgałęzień, a przewód żółciowy obrzmiały ściska kamień tem mocniej i wywołuje zamknięcie światła (wraz z żółtaczką). Mamy więc razem i żółtaczkę „kamienio—pochodną” i „zapalną”, jakkolwiek obiedwie te formy napotykalą się i oddzielnie.

(d. n.)

Sprawozdanie z wykładu profesora M. Nenckiego o cholery, mianego w Tow.
Lek. Warsz. na posiedzeniu nadzwyczajnem w d. 10 Stycznia r. b.

Prof. NENCKI rozpoczął wykład swój od zaznaczenia, że chociaż go więcej obchodzą obecnie inne kwestye, o których chciałby pomówić, z uwagi jednak na przewidywane niebezpieczeństwo ponowienia się epidemii cholery, uważa za właściwe zdać sprawę z prac dokonywanych nad cholera w instytucie medycyny doświadczalnej w Petersburgu.

Z inicjatywy założyciela instytutu księcia OLDENBURSKIEGO, w samym początku epidemii utworzone zostały czasowe oddziały tegoż instytutu w ogniskach epidemii Baku i Astrachaniu, do których wydelegowano z pracowni prof. NENCKIEGO czterech lekarzy: SZUBENKĘ i BLACKSTEINA do Baku, a HAHNA i ZUNFTA do Astrachania. BLACKSTEIN już poprzednio pracował nad bakteryologią zawartości kiszek; na niego też liczono najwięcej pod tym względem; inni mieli na celu stronę kliniczną kwestyi oraz wypróbowanie nowych przeciw cholery środków. Ekspedycye były dobrze uposażone, a laboratorium w Baku wzorowo urządzone. Lekarze ci byli w ciągłej korespondencji z instytutem, gdzie niezależnie od nich prowadzono badania.

Wyniki poszukiwań były następujące:

1) B a d a n i a b a k t e r y o l o g i c z n e .

Tu należy skonstatować przede wszystkim, że pierwotne zdanie KOCHA, „jako niema gruźlicy bez właściwych laseczników, tak również nie ma cholery bez spiryllów specyficznych“, wszędzie potwierdzone zostało w zupełności, z tą tylko różnicą, iż jednocześnie zwrócono uwagę i na inne pasorzyty, występujące obok spiryllów w zawartości kiskowej chorych na cholere. BLACKSTEIN odrazu zaznaczył fakt, że w niektórych przypadkach bardzo trudno było znaleźć przecinkowce, w innych zaś otrzymywano prawie czyste hodowle. Należało więc zwrócić uwagę i na inne pasorzyty. BLACKSTEIN powtórzył znane eksperymenty BOUCHARD'A w Paryżu, wykazujące, że po wstrzyknięciu wypróżnień cholerycznych zwierzętom pod skórę, śmierć szybko następuje; czysta zaś hodowla bakterii cholery nie wywołuje śmierci. Po wprowadzeniu hodowli do żołądka, trzeba całego szeregu zabiegów przygotowawczych (zalkalizowania soku żołądkowego, wstrzykiwania narkotyków), ażeby one mogły podzielać chorobotwórczo. Mimo to zwierzęta często pozostają przy życiu. Zdaniem prelegenta, zupełnie czyste hodowle spirylli cholerycznych są nieszkodliwe przy podskórnem wstrzykiwaniu. GAMALEJA wprowadził utrzymywał przeciwnie, lecz prelegent przypuszcza, że w tym razie hodowle nie były czyste. Dr. BLACKSTEIN wydzielił z wypróżnień, obok czystych hodowli bakterii KOCHA, kilka innych rodzajów bakterii, które tymczasowo nazwał *basillus caspicus* α , β , γ . Po wstrzyknięciu zwierzętom czystej hodowli b. KOCHA, lub też czystej hodowli jednego z nowo znalezionych pasorzytów, objawy cholery nie występowały; skoro jednak wstrzyknięto jedno- lub dwudniową hodowlę bulionową spirylli KOCHA wraz z takąż hodowlą jednego z wyżej wzmiankowanych rodzajów bakterii, śmierć zwierząt następowała po 24—48 godzinach. Stąd wynika, że tylko mieszanina tych bakterii lub wypróżnienia choleryczne są chorobotwórcami.

Dwa z nowoznalezionych mikrobów BLACKSTEIN wraz z ZUNFTEM wykryli również w wodzie petersburskiej. Połączenie ich z bakterią KOCHA dawało mieszaninę zabójczą.

Znaleziono również w kale krowim bakterie podobne do *b. coli commune*, które zmieszane ze spiryllami KOCHA działały zabójczo.

KOCH w swych pracach nad cholera nie zwrócił uwagi na inne bakterie, które zdaniem jego nie mają znaczenia patogenicznego. Doświadczenia natomiast BOUCHARDA i BLACKSTEINA stwierdzają, iż tak nie jest; że właśnie owe towarzyszące spiryllom bakterie mają ważne znaczenie w powstawaniu choroby. Teoryę więc KOCHA należy zrehabilitować w ten sposób, że i inne bakterie grają ważną rolę w powstawaniu choroby, a przebieg kliniczny zależy od rodzaju mieszaniny, która różne stopnie szkodliwości przedstawiać może.

Cholera jest chorobą biednego ludu, żyjącego w warunkach niehigienicznych. To upoważnia nas do przypuszczenia, że w kiskach rzeżonych osobników mogą istnieć takie mikroby, których nie ma w kanale pokarmowym ludzi dobrze odżywianych, oraz że odporność pierwszych jest mniejszą niż drugich. Zgodnie z tem przypuszczeniem Dr. REKOWSKI wykazał na zasadzie sekcji w szpitalu Piotra i Pawła w Petersburgu dokonanych, że 90% zmarłych na cholere miało zapalenie nerek, 70% rozszerzenie żo-

ładka, a 40% marskość wątroby. W tak wyniszczonym ustroju łatwo mogło się znaleźć mnóstwo różnych posorzytów w kiszkaach, które w połączeniu ze spiryllami KOCHA stały się punktem wyjścia choroby.

Cholera jest chorobą ludzi; typowej cholery u zwierząt dotąd nie spostrzegano. Spirylle KOCHA w sprawie cholery są tylko *primum movens*. Niekiedy przypadkowo połyka się spirylle KOCHA a rzecz kończy się tylko na bieguncie. PETTENKOFER i EMMERICH pożykali mikroby KOCHA w stosunkowo znacznej ilości, cholery jednak nie dostali; należy to objaśnić w ten sposób, że hodowle te były czyste, bez domieszki np. *bac. caspicus*.

Prelegent zapowiada dalszy ciąg badań nad wytworami rozkładu białka pod wpływem czystych i mieszanych hodowli wogóle, i cholery w szczególności. Zauważył on, że produkta rozkładu białka pod wpływem hodowli mieszanych w ogólności, nie stanowią tak pod względem ilościowym jak i jakościowym summy produktów wytworzonych przez oddzielnie wziętą czystą hodowlę danych rodzajów bakterii.

2) Leczenie cholery.

Tam gdzie w samym początku choroby systematycznie stosowano salol i inne preparaty fenolowe, otrzymywano dobre wyniki (HAHN w Astrachaniu, WOŁKOWICZ w N. Nowogrodzie). Z drugiej strony nie brak spostrzeżeń, dowodzących zupełnej bezskuteczności salolu. Sprzecznosci te tłumaczy prelegent tem, iż zwolennicy salolu stosowali go w początku, przy pojawianiu się lekkiej nawet biegunki (4,0—6,0 *pro die*). W późniejszych zaś okresach choroby, przy szybkim przebiegu, lub w *stadium algidum* stosowanie salolu nie ma racji bytu, ponieważ czas jest zbyt krótki, ażeby fenol mógł się wydzielić i zostać wchłoniętym.

Daleko lepsze wyniki dawały połączenia bizmutu z fenolami. Jeśli na saletrzan bizmutu podziałamy sodowym związkiem krezolu, fenolu lub naftolu, otrzymamy proszek bez smaku, w wodzie nierozpuszczalny, zawierający 75—82% tlenku bizmutu. Gdy rozpuszczalne sole bizmutowe są trujące, to w powyższy sposób otrzymywane związki podawać można nawet w dużych dawkach (2—4,0 β -naftol-bizmutu *pro dosi*, u zwierząt nawet 5—6,0—JASIŃSKI). Tłumaczy się to nierozpuszczalnością związku, gdyż, jak wykazały ściśle badania, zaledwo $\frac{1}{1000}$ podanego bizmutu wydziela się przez nerki, gdy pozostała ilość odchodzi z kałem. Ściśle rzecz biorąc, środki te antyseptycznie nie działają; działanie ich natomiast objaśnić należy w ten sposób, że bizmut tworzy z toksynami i ptomainami związki nierozpuszczalne, które jako takie stają się nieszkodliwymi.

Z dotychczasowych badań wynika, iż do dalszych doświadczeń w tym kierunku polecić należy: β -naftol-bizmut, metakrezol-bizmut i fenol-bizmut, które, zdaniem prelegenta, mają najwięcej widoków powodzenia. (d. n.)

KORESPONDENCYE „MEDYCYNY“.

Mława 1 Stycznia 1893 r.

Z chwilą pojawienia się cholery w kraju a szczególnie w Warszawie, wzięto się z gorączkowym pośpiechem do oczyszczania miast gub. Płockiej i przygotowywania szpitali dla cholerycznych. Tymczasem między ludnością poczęły krążyć pogłoski, że lekarzom polecono truć chorych na cholere a pościel i sprzęty domowe niszczyć. Źródła podobnych wieści odnaleźć niepodobna. Przenikły one prawdopodobnie zdaleka, podtrzymywane przez indywidua okrywane tajemnicą, a które podobno wszędzie widziano. Faktem jednak jest, że do dzisiejszego dnia lekarze są podejrzewani i że żaden chory mniej oświecony nie szuka porady u lekarza w chorobie przewodu pokarmowego z przebiegiem ostrym. Nawet biegunki w tyfusie starannie ukrywano, jakto mieliśmy sposobność stwierdzić w Mławie z kol. WIEŁOBYCKIM.

Łatwo zrozumieć, wobec podobnego usposobienia ludności względem lekarzy, możliwość swobodnego rozwoju epidemii w danej miejscowości.

Historia tegorocznej cholery w Mławie jest tego dowodem. Cholere do Mławy przeniósł żyd z Lublina, skąd przybył zarażony. W domu, w którym zamieszkał, ukazała się choroba w dniu 4 Października. Z pierwszych dziewięciu chorych jedni przebywali w tym domu, inni brali jedzenie z mieszkania chorego przybyłego z Lublina. Następne przypadki spotykano już w różnych częściach miasta i trudno było wykazać stosunek z zarażeniami pierwotnie. Wobec energicznych środków zaradczych epidemia się zmniejszała, a z 17 przypadków zdawało się, że wygasa. Zamknięto szpital. Było

to jednak złudzenie. Ludność więcej się obawiała szpitala i dezynfekcyi aniżeli choroby. Odtąd starannie ukrywano chorych. Zwiększona ilość zejść nagłych obudziła podejrzenie istnienia cholery, szczególnie z chwilą, kiedy u zmarłego nagle niby epileptyka stwierdzono przy sekcyi cholere. Szpital otwarto jeden dla chrześcian a drugi przygotowano dla żydów. Do dnia 25 Grudnia było leczonych w szpitalach przeszło 60 chorych, z tych w żydowskim 28. Miasto zostało zarażone na większej przestrzeni, szczególnie ulica Warszawska, najgęściej zamieszкана przez żydów i najgorsze mająca warunki higieniczne.

Pracznica, piorąca bieliznę żydowską, przeniosła cholere na t. z. Wójtowstwo za Mławą położone, uległszy wraz z dziećmi chorobie. Ogólna liczba chorych prawdopodobnie była około 100, licząc od początku epidemii do 25 Grudnia.

Podług uprzejmie mi udzielonych danych przez kol. WIEŁOBYCKIEGO, śmiertelność wynosi przeszło 60%. Charakter epidemii jest bardzo złośliwy. Do szpitali przywożą przeważnie chorych w *stadium algidum*. Chorują prawie wyłącznie biedacy. Procent dzieci i starych jest znaczny. Dzieci umierają wśród objawów mózgowych. Kobieta dwudziestoletnia dobrze odżywiana zmarła przy objawach t. z. cholery suchej t. j. prawie bez wypróżnień. Bardzo często wypróżnienia są zabarwione na kolor fusów czarnej kawy; podobną zawartość spostrzegano w kiszka przy sekcyach (których wykonano pięć) prawie we wszystkich przypadkach. Wydatny zastój w żyłach: kiszki, wątroby, śledziony i organów oddechowych. Powierzchnia błon surowiczych pokryta lepka wydzielina, ciągnąca się w nitki. Śledziona w jednym przypadku znacznie powiększona.

Ze wszystkich środków leczniczych jedne tylko środki opróżniające (*meth. evacuating*) najlepsze dawały wyniki, tak że dziś kol. WIEŁOBYCKI zaniechał wszelkich prób ze stosowaniem zalecanych środków w ostatnich czasach. Kol. W. przekłada olej rycynowy nad kalomel, po którym spostrzegał często wypróżnienia krwawe (prawdopodobnie takie były już w kiszka, jakto widzieliśmy ze wzmianki o sekcyach. R.). Olej rycynowy dawany łyżeczkami od kawy, wywołuje wypróżnienia żółciowe i chorzy prędko zdrowieją bez wyjątku. Dla łatwiejszego zastosowania oleju rycynowego kol. W. naprzód podaje mentol z kreoliną lub sam mentol w celu zmniejszenia lub zniesienia wymiotów. Środków wymiotnych nie stosowano, albowiem wszyscy chorzy są przywożeni w późniejszych okresach choroby, kiedy już trudno liczyć na wywołanie wymiotów żółciowych. Dezynfekcyja kiszki zapomocą wszystkich środków używanych, enteroklizmy i hypodermoklizmy bardzo energicznie stosowane, jak również środki pobudzające, nie wywierały dobroczynnego wpływu na czas dłuższy. Tętno i podmiotowe uczucie polepszenia pojawiało się na czas krótki. Kąpiele ciepłe były wprost szkodliwe. U jednej chorej, której często zastrzykiwano sztuczną surowicę krwi i wodę pod skórę obok środków pobudzających, znikła sinica, wróciło tętno, chora siadła na łóżku, czując się zupełnie dobrze. W krótkim jednak czasie przy uczuciu ciśnienia w dołku nastąpiła śmierć nagle.

Niepokój chorych był zawsze najgorszym objawem w rokowaniu. Przecinkowce KOCHA spostrzegano w każdym przypadku.

W początkach Grudnia cholera ukazała się we wsiach: Nosarzewo i Chojnowo po jarmarku w Przasnyszu. Przypuszczają tu zakażenie studni przy pojeniu koni. Podług ostatnich wiadomości cholera w Mławie się wzmacnia.

Rajkowski z Ciechanowa.

Listy o organizacyi pomocy lekarskiej przy fabrykach.

LIST II.

Treść: Ambulatorya fabryczne; korzyść, jaką stąd chorzy odnoszą i odnieść mogą.—Praktyka lekarska przy fabrykach, jej strony ujemne dla lekarzy i dla chorych.—Sposoby wynagradzania lekarzy fabrycznych.—Felcerzy fabryczni i ich stosunek do lekarzy i chorych.

W poprzednim liście nadmienilem, że ustawa kładzie główny nacisk na t. z. ambulatorya fabryczne. Mają one służyć do udzielania pomocy lekarskiej nieobłożnie chorym robotnikom fabrycznym. Zależy więc bardzo na tem, żeby odpowiedniemi urządzeniami tych ambulatoryów osiągnąć z nich możliwą korzyść. Praktyka wykazuje, że ambulatorya nie zawsze cel swój osiągają, a to najczęściej wskutek nadmiaru zgłaszających się po poradę lekarską chorych. Nieraz liczba chorych w takich ambulatoryach przechodzi sto dziennie i lekarz, chcąc przyjąć wszystkich, nie jest w stanie nawet po-

bieżnie ich zbadać. Każdy lekarz fabryczny wie, że wśród chorych ambulatoryjnych jest wielu symulantów, wielu radzących się o drobnostki, a zaledwie część drobna prawdziwie chorych, potrzebujących porady. Jednakże wśród nadmiaru pracy, przy szybkim, powierzchownym załatwianiu się z chorym, nie mówię już badaniu, lekarz nie może odróżnić prawdziwie chorego od symulanta i jednakowo ich traktuje z wielką szkodą dla pierwszego. Tym sposobem korzystać, jaką powinny przynosić ambulatoria, sprowadza się do zera. Chcąc zmienić ten stan rzeczy, należy przede wszystkim zmniejszyć frekwencję ambulatoryów przez usunięcie symulantów i pozornie chorych, radzących się lekarza w drobnostkach, nie zasługujących na uwagę.

Kwestię tę podnosiłem nieraz wobec administracyi fabryki, lecz nie powiem, aby rady, jakich mi udzielano, trafiały do mego przekonania. Radzono mi np. ściśle kontrolować odwiedzających ambulatoria i o każdym symulancie donosić administracyi, w celu poddania go karze porządkowej. Rady tej nie uważam wcale za szczęśliwą. Stosunek lekarza do robotnika powinien głównie polegać na zaufaniu. Robotnik widzieć powinien w lekarzu człowieka, przeznaczonego do niesienia mu pomocy, ulgi; nie powinien nigdy uważać go za kontrolera swych czynności. Jeżeli robotnik słusznie czy niesłusznie zapłaci karę porządkową, będzie on zawsze czuł urazę do lekarza jako do winowajcy, który go naraził na stratę pieniężną. Następnie nie jest rzeczą łatwą określić, czy radzący się jest symulantem lub nie. Chcąc dowieść z czystym sumieniem symulacyi, lekarz straciłby musiał tyle czasu na szczegółowe badanie, że to przechodziłoby granice jego możliwości w licznie odwiedzanem ambulatoryum.

Pozostaje nam tedy wyszukanie innych środków dla usunięcia symulantów z ambulatoryum. Najlepszym, sędzę, środkiem, jest wyznaczenie godzin przyjęcia w ambulatoriach poza godzinami pracy w fabryce. Robotnik fabryczny zwykle udaje chorego w celu wydostania się na czas jakiś z fabryki: urwać z roboty jaką godzinke, wypalić papierosa, pogawędzić z kolegami, oto powód, dla którego nieraz robotnik melduje się przed majstrem jako chory i udaje się z kartką do ambulatoryum fabrycznego. Jeżeli jednak godziny przyjęcia ustanowić wieczorem, po zamknięciu roboty w fabryce, to najgłówniejszy powód symulacyi sam przez się ustaje i ambulatoryum pozbywa się tego wielce szkodliwego balastu.

Trudniej poradzić sobie z radzącymi się o nic nieznaczące drobnostki. Bezpłatna pomoc lekarska ma to właśnie do siebie, że wywołuje nadużycia ze strony chorych. Małeńki jakiś pryszczek, nieznaczne swędzenie w uchu, zwykły katar i t. p. sprawy, na które w innych warunkach człowiek nie zwróciłby uwagi, przy ułatwionej i bezpłatnej poradzie sprowadzają do ambulatoryum tłumy chorych w celu otrzymania jakiegoś środka, który najczęściej nie bywa stosowanym przez chorego. Jedyń sposob pozbycia się tych amatorów leczenia stanowi pewne utrudnienie dostępu do ambulatoryum. Jestto bezwzględny pewnik, że darmo otrzymane porada i lekarstwo nigdy nie są tak cenione jak te, za które trzeba zapłacić. Ponieważ o zapłacie pieniężnej w ambulatoriach i mowy być nie może, przeto innym sposobem należy zmniejszyć łatwość otrzymania porady i lekarstwa. Wymagać trzeba, żeby każdy radzący się przychodził do ambulatoryum z kartką od majstra lub z kantoru fabrycznego. Dla prawdziwie chorego stanowić nie będzie wielkiej przeszkody wydostanie takiej kartki (kartki powinny być wydawane na żądanie, bez robienia trudności); jeżeli zaś choroba jest nic nieznaczącą, to meldowanie się u majstra lub w kantorze, jako wymagające pewnego zachodu, będzie już hamulcem dla tego rodzaju chorych. Sposób ten bez kwestyi nie usunie z ambulatoryum całkowicie amatorów niepotrzebnego radzenia się, lecz w każdym razie zmniejszy znacznie ich ilość.

Jeżeli sposoby te okażą się skuteczne w celu zmniejszenia frekwencji ambulatoryów fabrycznych, już tem samem da się lekarzowi możność więcej sumiennego badania prawdziwie chorych i ci odnosić będą z porady ambulatoryjnej większą korzyść, aniżeli to ma miejsce w warunkach obecnych.

Korzyść z ambulatoryjnej porady dla chorych robotników zależy bardzo od ordynującego lekarza. Wprawdzie praktycy dochodzą do tego, że od pierwszego rzutu oka prawie nieomylnie określają, kto jest rzeczywiście chory, a kto symuluje lub radzi się dla drobnostki. Umiejętność ta, zresztą czysto indywidualna, nabywa się przez wprawę i dlatego też najgorzej prowadzą ambulatoria lekarze młodzi, nie posiadający dostatecznego praktycznego doświadczenia. Z początku lekarze tacy badają każdego chorego szczegółowo, przesiadują całemi godzinami w ambulatoriach, aż w końcu znużeni i zniechęceni ujemnymi wynikami badania wpadają w drugą ostateczność i traktują całą

sprawę zbyt lekko. Wogóle, dodać muszę, że praktyka fabryczna psuje zwykle lekarza młodego. Wielka ilość symulantów i lekko chorych, nadmiar pracy przyzwyczajają lekarza do powierzchownego a szybkiego badania. Przyzwyczajenie to tak w końcu opanowuje lekarza, że nawet w odmiennych warunkach nie potrafi on badać inaczej: lekarz taki szybko uogólnia, powoduje się mimowoli pierwszą myślą dyagnostyczną, jaka mu się na pamięć nasuwa, często przeoczyć może ważne objawy chorobowe i, co za tem idzie, błądzi w rozpoznaniu. Brakuje mu przytem tego ważnego bodźca do postępu, jakim jest w praktyce lekarskiej konkurencya. Wynagradzany stale, jest on w pewnym stopniu urzędnikiem fabrycznym, mającym stale określone obowiązki do wypełniania. Ścisłość dyagnozy, powodzenie zabiegów leczniczych nie obchodzą go tak jak innego, wolno-praktykującego lekarza. Ten ostatni pracuje ustawicznie pod grozą opinii publicznej i konkurencyi z innymi lekarzami; musi on się starać leczyć jak najlepiej, bo od tego byt jego zależy. Tymczasem lekarz fabryczny, jako zależny tylko od administracyi fabryki, mniej dba o opinię publiczną, nie obawia się konkurencyi u swoich pacjentów: im mniej ma roboty, tem lepiej dla niego. Taki stan rzeczy musi oddziaływać ujemnie na wartość naukową lekarza. Człowiek, niestety, nie jest ideałem; tylko wyjątkowi ludzie dla samej idei pracować mogą, większość zaś znaczna pracuje dla pobudek czysto materyalnych, a gdzie tych brakuje, ustają najczęściej praca i postęp. Jeszcze u nas, w obecnych warunkach, szkoda stać wynikająca nie jest wielką. Mało posiadamy lekarzy, którzy cały czas swój poświęcają działalności, z góry opłacanej; najczęściej każdy lekarz obok stałych zajęć ma mniejszą lub większą praktykę prywatną, łagodzącą w pewnym stopniu ujemny wpływ praktyki stałej. Poruszając tę kwestyę, miałem na myśli tych idealistów teoretyków, którzy marzą o upaństwowieniu praktyki lekarskiej, a głównie chciałem poddać krytyce praktykujący się sposób wynagradzania lekarzy przy fabrykach. Najczęściej lekarze otrzymują stałą pensyę, bez względu na ilość pracy. To też posady takie albo wyczerpują lekarza w zupełności, albo stają się bajecznymi synekurami. Mojem zdaniem należałoby koniecznie zastosować wynagrodzenie do ilości pracy i tym sposobem zbliżyć ten rodzaj praktyki do warunków praktyki prywatnej, która, bądźco bądź, przy obecnym utylitarnym kierunku społeczeństwa jest stosunkowo najodpowiedniejszym urządzeniem. Za każdą swą czynność lekarz powinien być osobno wynagrodzony. Kontrolę nad tą czynnością objąć powinna administracya fabryki przez wydawanie każdorazowe kartek. Możliwość zastosowania praktycznego tego rodzaju wynagradzania nie może być kwestyonowaną, gdyż w kilku większych fabrykach w Częstochowie jest już zastosowaną oddawna. Lekarz fabryczny za stałe ambulatorya (2 razy tygodniowo) pobiera stałą sumę rocznie, każda zaś wizyta lekarza u chorego robotnika, każda porada, udzielona robotnikowi w mieszkaniu lekarza, są płatne oddzielnie i rachunki przedstawiane bywają zarządowi fabryki w końcu półroczia na zasadzie kartek, wydawanych przez administracyę chorym. O ile wiem, ani administracya fabryk, ani lekarze nie mieli z tego powodu żadnych nieporozumień. Skargi na nieprzybycie lekarza są wtedy niemożliwe; lekarz również nie skarży się na nadmiar roboty, gdyż stosownie do jej powiększenia więcej zarabia, a i chory robotnik, mówiąc nawiasem, bywa lepiej traktowany.

Co jednak jest najważniejsze, to to, że przy tym sposobie wynagradzania lekarz pilnuje się więcej i nie wyręcza się felczerem, co ogólnie w praktyce fabrycznej dość często się zdarza. Ustawa fabryczna obowiązuje fabryki do utrzymywania felczerów, ale nadaje im rolę ściśle pomocniczą. Felczer, mówi ustawa, powinien spełniać zlecenia lekarza, nigdy jednak nie powinien samodzielnie udzielać porad chorym. Tymczasem w praktyce dzieje się inaczej. Felczer zastępuje lekarza i w ambulatoryum, i u chorych. W wielu fabrykach do każdego chorego robotnika najpierw bywa wysyłany felczer i dopiero jak ten zdecyduje, że obecność lekarza jest konieczną, lekarz przybywa; w przeciwnym razie felczer sam przez się ordynuje leczenie. Że to urządzenie jest stanowczo szkodliwem dla chorych, że felczer nigdy nie jest w stanie rozpoznać rodzaju choroby, ani jej znaczenia, tego dowodzić nie potrzeba. Ma to jednak i inną złą stronę: felczer przyzwyczajają się samodzielnie występować w roli lekarza i wyradza się tym sposobem owa fatalna konkurencya, na którą obecnie tak często koledzy się skarżą. Tymczasem wiele tutaj winni sami lekarze, a może jakoś i warunki wynagrodzenia przy stałych posadach. Dziwić się czasem nie można, że marnie wynagradzany lekarz wobec nawалу roboty, zajęty przytem praktyką prywatną, gdyż stała posada nie może mu dać utrzymania, w wielu przypadkach wyręczy się felczerem. Podobny grzech mają na sumieniu wszyscy chyba fabryczni, a najwięcej kolejowi lekarze. A jednak tak

być nie powinno, tego należy unikać. Sądzę, że radykalna zmiana warunków wynagrodzenia wieleby tu zmieniła. W powyżej wymienionych częstochowskich fabrykach, przy praktykującym się tam sposobie wynagradzania, felczer jest rzeczywiście tylko pomocnikiem lekarza, nigdy zaś go nie zastępuje.

Czy ten sposób wynagrodzenia dalby się zastosować wszędzie, i przy wielkich zakładach przemysłowych, tego nie śmiem przesądzać. Praktykujący tam koledzy powinni kwestyę tę rozważyć, a może da się ona szerzej zastosować z ogólnem zadowoleniem i chorych, i administracyi, i lekarzy.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= W Towarz. Lek. Berlińskiem *PERLES*, okulista, miał wykład o przyczynach *anemiae perniciosae*. Chorobie tej, jak wiadomo, towarzyszą często wylewy krwawe do siatkówki. Badając krew takich chorych, P. znajdował bardzo drobne twory swoiste, wykonywające ruchy samodzielne i zgoła niepodobne do żadnego ze znanych dotąd składników krwi. P. poczytuje je za drobnoustroje. (S. Peter. med. Woch. 50—92).

= W Tow. Medycyny Wewnętrznej w Berlinie, *GUTTMAN* przedstawił obraz pochodzenia epidemii cholery w r. z. Przekroczywszy granice Indyi w Maju, dostała się ona do Heratu i do Persyi (Meszed). W Czerwcu zajęła południowe wybrzeże morza Kaspijskiego i doszła z jednej strony do linii kolei Zakaspijskiej, z drugiej do Baku. W Lipcu posunęła się z Baku dwiema drogami: jedną—na północ do Astrachania, Carycyna, Saratowa, Samary, Kazania, N. Nowogrodu, Moskwy, Petersburga aż do Rygi; druga droga szła na Tyflis, Rostow, Woroneż i Teodozyę. Z Tyflisu przeszła do Trapezundu; z Rostowa do Królestwa Polskiego, a stąd do Galicyi, Pesztu i Wiednia. Prócz tego wielkiego szlaku wschodniego cholera obrała także inną drogę—zachodnią. Już 5 Kwietnia notowano w Paryżu i 34 wsiach okolicznych podobne do cholery przypadki, które jednak za prawdziwą cholereą azyatycką uznano dopiero 10 Lipca w Paryżu, gdy tymczasem 5 Lipca ukazała się w Hawrze, przyniesiona przez pewną kobietę z Courbevois pod Paryżem. 19 Sierpnia nawiedziła Hamburg i Altonę, prawdopodobnie z Hawru. Z Hamburga zjawiła się w Berlinie i wielu miastach północno-niemieckich.

= Lekarz amerykański *WELLS* zaleca kokainę jako środek usmierzający pobudzenie płciowe. Po zakokainowaniu błony śluzowej nosa i krtani zauważył on zmniejszenie pobudliwości żołądka oraz retrakcyę prącia. Stosuje 4^o/_o-wy roztwór wewnętrznie.

= Tow. Lek. szpitalnych w Paryżu wyznańczyło 1000 fr. nagrody (*Lemiére'a*) za najlepszą pracę o chorobach zakaźnych. Termin 31 Lip. r.b.

= Stosunkową częstość krótkowzroczności u uczniów szkół chrześcijan i żydów badał *SYDNEY-STEPHENSON* w Londynie. Krótkowr. bywa między żydami 5 razy większą, niż między chrześcijanami i wynosi prze-

szło 10^o/_o ogólnej cyfry uczniów żydowskich. Częściej napotyka się miopię u chłopców niż u dziewcząt (stosunek 2:1). Wszystkie dzieci badane znajdowały się w jednakowych mniej więcej warunkach higienicznych. (Ztschr. für Schulgesundh.—Dec. 92).

= W instytucie patologicznym w Tübingen *Beck* przedsięwziął poszukiwania, mające na celu sprawdzenie, o ile obawy chirurgów i akuszerów przed zaraźliwością trupów są uzasadnione. Badał on krew, kiszkę i ich zawartość oraz inne narządy rozmaitych trupów, i przekonał się, iż bakterye rozprzestrzeniają się w trupie z kanału pokarmowego. We krwi trupiej również bakterye gnilne się rozwijają. Szczepienie czystych hodowli ich rozmaitym zwierzętom dawały wynik ujemny, są one przeto dla ustrojów żywych nieszkodliwemi. B. badając także powietrze sali anatomicznej, operacyjnej i kliniki ginekologicznej, nie znajdował wybitnej różnicy w zawartości bakteryi. W powietrzu sali sekcyjnej najczęściej napotykał *Bacill. liquefaciens*, natomiast nie widywał wcale patogenicznych. (Aerztl. Prakt. 52—92).

= Sprzeczne dane różnych autorów o wpływie działania chininy przez karmiące na niemowlęta, pobudziły *D-ra Our* do nowych spostrzeżeń. W dawkach 0,75 do 1,0 siaraczan chininy przechodził do mleka w ilości minimalnej, nie dającej się określić; raz tylko przy 0,8 chininy autor znalazł 2—3 miligram. na 100 c. sz. mleka. Dzieci zyskiwały na wadze normalnie, narówni z takimi, których matki nie otrzymywały chininy. (Ann. de Gyn. Nov. 92).

= *His* opisał 3 przypadki chorób serca przy tryprze. Pierwszy na związek obu tych spraw zwrócił uwagę *MOREL* w r. 1878-ym, który zebrał 13 przypadków. Zazwyczaj w 4 lub 5-ym tygodniu trwania trypra występowało zapalenie wsierdza, rzadziej osierdza. Później zjawiały się inne prace *DERIGNAC'a*, *VELDEN'a* i *GLUZIŃSKIEGO*. Zajęcie serca wystąpić może nawet bez gościa stawowego. Najczęściej przebieg bywa pomyślny, rzadko powstaje wada serca. Ponieważ często zjawia się i obrzmienie stawów, przeto starano się zaprzeczyć specyficznemu charakterowi zapalenia wsierdza. Pogląd ten jednak krytyki nie wytrzymuje, gdyż zajęcie stawów gra taką rolę, jak i inne sprawy metastatyczne.

W razie istniejącej już, lecz nie dającej żadnych objawów wady zastawkowej zarażenie się tryprem pogorszyć może chorobę serca, która, przebiegając dotąd niepostrzeżenie, daje ciężki obraz zapalenia wsierdzia, osierdzia i mięśnia sercowego, podobny nieraz do ropnicy.

— Że przeniesienie gruźlicy drogą spółkowania może mieć miejsce, przypuszczano często; powątpiewano jednak przytem, aby tu następowało rzeczywiste zaszczepienie miejscowe. SCHUCHARDT obserwował przypadki, jak utrzymuje, niewątpliwego zakażenia. W dwóch do zwykłych szankrów przyłączyła się ciężka gruźlica gruczołów chłonnych. U innego chorego wystąpiło 3-go dnia po zarażeniu się tryprem obrzmienie prawego przyjądrza, które wymagało kastracyi i okazało się zajętem gruźlicą. Z 6-u chorych na trypra, znaleziono u dwóch, obok gonokoków, liczne laseczники Koch'a w wydzielinie cewki, jakkolwiek chorzy ci nie okazywali żadnych innych oznak gruźlicy. (Oest.-Ung. Ctbl. 24—92).

— Z różnych stron zalecają nowy sposób chloroformowania, który jeśli się okaże dobrym, stanowić będzie epokowy postęp w chirurgii. Pierwszy podał go LABBÉ w r. 1882-im. Polega on na tem, iż nie leje się naraz większej ilości na maskę, ale kroplami co kilka sekund.

Po 15—20 minutach następuje zupełna narkoza, dla której wystarcza zaledwo dziesiąta część dawnej ilości chloroformu. Po uspianiu dodaje się co minuta po 2—3 krople. Maski nie trzeba ani na chwilę odejmować, musi ona pokrywać szczelnie usta i nos. Zamiast próbowania wrażliwości rogówki, BRANDT radzi zwracać uwagę na wewnętrzną powierzchnię uda, której wrażliwość gaśnie daleko później. Zalety nowego sposobu są następujące: 1) sam rękoczyn nie przeraża pacjenta; 2) okresu podniecenia nie ma prawie nigdy; 3) po obudzeniu chory nie doznaje mdłości; 4) można przedłużyć narkotyzację godzinami, nawet u ciężarnych, alkoholików, przy chorobach serca i płuc; 5) ilość zużywanego chloroformu wynosi na godzinę 15—20 gramów (dawniej 100—200). (D. med. Woch. 52—92).

— Jako przyczynek do leczenia karbunkułu przytacza VASELLI przypadek, w którym mimo kilkakrotnego przypalania żegadłem obrzęk złośliwy rozprzestrzenił się z wargi dolnej szybko na twarz, szyję i tułów. Po zaleceniu nalewki jodowej (kroplę co 2 godziny) wewnątrznie, nastąpiło w ciągu 3 dni ograniczenie sprawy chorobowej. Przypadek niniejszy stwierdza zdawna przez DAVAINÉ'a zachwalaną skuteczność jodu w karbunkule. (Münch. m. W. 41.92).

Wiadomości bieżące.

— „Gazeta Lekarska“ rozpoczęła w numerze noworocznym swą naukową działalność pod dewizą:

„A nam tymczasem młynek na strudze
Obraca plewy cudze“.

Pobudką do jej przyjęcia za swoje godło ze strony „Gazety“ w której dotąd często i zdrowe ziarna odnajdywaliśmy, był program „Medycyny“ w N-rze 51-ym r. z. zamieszczony. Programu naszego nigdy nikomu nie narzucaliśmy i nie narzucamy; że ktoś może mieć interes inaczej go pojmować niż on został napisany, i wyczytywać w nim rzeczy, które tam wyrażonemi nie zostały, to inna zupełnie kwestya. Natomiast z całą stanowczością musimy odeprzeć zarzut przez „Gazetę“ nam uczyniony, iż „o pracach oryginalnych, w programie naszym, z ironią się odzywamy“. Twierdzenie to nie ma nic wspólnego z prawdą, i nigdzie go też bezstronny czytelnik w programie naszym nie dopatrzy.

Na pogląd „Gazety“ dotyczący znaczenia prac oryginalnych piszemy się całkowicie, nie mogąc przy tej sposobności niewyraźnie swego zadowolenia, że jej członkowie, którzy niegdyś stawiali pierwsze kroki na polu naukowym w piśmie naszym, zupełnie się z nami w tym względzie solidaryzują.

Jeszcze słówko: nie drapujemy się w toge, nie hypnotyzujemy własną wielkością, i nie odgry-

wamy roli mistrzów względem kolegów prowincjonalnych; owszem, idziemy z nimi ręką w rękę nie windykując sobie praw do żadnej wyższości. Najlepszym chyba dowodem tego jest ten fakt, iż więcej niż dziesięciu z pośród kolegów z prowincyi są nie tylko właścicielami „Medycyny“ lecz i jej stałymi współpracownikami.

Wreszcie, dość jest odczytać raz jeszcze naszą odezwę, aby się przekonać, że w niej nie istnieje żaden motyw do zarzutów, jakie nam autor artykułu z epigrafem „o plewach“ stawia.

Nemo omnibus horis sapit.

— Komitet Obywatelski utworzony z powodu cholery rozpoczął swe czynności w początku listopada r. z. Prezesem komitetu z wyboru jest senator Władysław Nowakowski, sekretarzem rejent St. WYDZGA. Z lekarzy do komitetu należą koledzy BARANOWSKI, St. MARKIEWICZ i Ludw. NATANSON. Narady nad rozmaitemi nasuwającymi się zagadnieniami odbywały się w trzech sekcjach: lekarsko-technicznej, filantropijnej i finansowej. Jak wiadomo, w początku grudnia pewna część wniosków z zakresu profilaktyki lekarskiej poddana została przez Komitet pod obrady Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego. Po całym szeregu narad odbytych w trzech rzeczonych sekcjach i w komitecie *in pleno* nastąpiło w d. 4 b. m. odczytanie i przyjęcie w ostatecznej redakcyi

obszernego memoriału, jaki złożonym zostaje panu Oberpolicmajstrowi jako naczelnikowi służby sanitarnej naszego miasta. W memoriale tym na wstępie skreślony jest obraz dotychczasowej przygotowawczej działalności komitetu, po czym następują wnioski dotyczące 1) środków zapobiegawczych, bezwzględnie stosować się mających i 2) środków ratunkowych mogących znaleźć zastosowanie z chwilą pojawienia się cholery i ewentualnego jej rozszerzenia się w mieście. Do pierwszej kategorii zaliczone są następujące środki: bezpłatne wydawanie lekarstw, domy noclegowe, kąpiele ludowe, dostarczanie taniej, zdrowej strawy. Do drugiej kategorii komitet zalicza: kamery dezynfekcyjne, pomieszczenia dla chorych cholerycznych, płatne pomieszczenie dla osób zamożniejszych, pomieszczenia izolacyjne i organizację dozoru obywatelskiego. Każdy ze środków rzeczonych jest obszernie motywowany z uwzględnieniem wymagań profilaktyki przeciwocholerycznej a nadto, są wskazane szczegółowo rozmiary, w jakich dany środek z uwagi na ilościowe i jakościowe stosunki ludności Warszawy zastosowanie znaleźć by powinien. Memoriał kończy się wnioskami treści finansowej. Zgodnie z rozporządzeniem władzy komitet wybrał z grona swego tak zwaną komisję wykonawczą, która pod bezpośrednim zwierzchnictwem pana Oberpolicmajstra, w miarę potrzeby i możliwości ma wprowadzać w czyn wnioski komitetu. Do komisji wykonawczej weszło po 2 członków z każdej z pomiędzy trzech sekcji, a nadto, prezes i sekretarz komitetu. Sekcja techniczno-lekarska reprezentowana jest w komisji wykonawczej przez p. BRAUMANA i kol. St. MARKIEWICZA. Komitet przed paru dniami, zgodnie z zawartymi w swym memoriale wnioskami finansowymi ogłosił we wszystkich pismach odezwę wzywającą do składania ofiar. Memoriał komitetu w znacznej liczbie egzemplarzy będzie bezwzględnie opublikowany w całości.

— Fیزیologii CYBULSKIEGO wyszły, jak wiadomo, dotąd dwa zeszyty stanowiące dopiero połowę całego dzieła. Otóż w tej chwili już cały nakład owych dwóch zeszytów (1000 egzemplarzy) został wyczerpany. Prawdopodobnie przyjdzie do natychmiastowego bicia drugiego wydania niezależnie od dalszego ciągu dzieła którego

trzeci zeszyt w lecie roku bieżącego autor wydać obiecuje.

— Wydawnictwo przekładu patologii ogólnej zakażeń, zaburzeń odżywiania i t. d., stanowiących pierwszy tom wielkiego dzieła, *Traité de Médecine* pod redakcją CHARCOT, BRISSAUD i Bouchard, doprowadzone już zostało do 40 arkuszy. Najdalej za 2 miesiące całość znajdzie się w ręku czytelników. Przekładu jak wiadomo dokonywają koledzy CIAGLIŃSKI i St. MARKIEWICZ.

— Sprawozdanie o koloniach letnich w r. 1892 organizowanych (wysłano ogółem 884 dzieci) w tych dniach złożonym zostaje Radzie Miejskiej Dobroczynności Publicznej. Sprawozdanie dla ogółu publiczności przeznaczone, w krótkim czasie drukiem ogłoszone będzie, wtedy doń powrócimy. Czynności mające na celu organizację kolonii letnich w roku bieżącym, już rozpoczęto.

— Kol. RAJKOWSKI z Ciechanowa w liście swym do Red. Med. pisanym, podnosi myśl, która zasługuje na zaznaczenie, mianowicie, iż dobrze było w „Medycynie“¹⁾ notować miejsca w których brak jest lekarzy, a w których lekarzy mógł by mieć być zapewniony. „Najczęściej młodzi lekarze szukają wiadomości w kuryerach; a nie zawsze też w sposób dokładny przez pp. aptekarzy są informowani. Otóż, lekarze z prowincyi, dobrze z miejscowością obeznani, mogliby do pism lekarskich nadsyłać wiadomości o takich miejscach. W tym względzie, pisze kol. R. robię początek i proponowałbym zajęcie Szeńskiego (p. Mławski) gdzie lekarz mógłby liczyć na 1200 do 1500 rs. rocznie dochodu. Znam dobrze tę okolicę, a cyfrę podaną opieram na wiadomości od lekarzy tamże przedtem praktykujących. Drugą miejscowością jest Grzedusk (powiat Ciechanowski) na szosie między Przasnyszem a Mławą położony i od tych obu miast po 18 wiorst odległy, w okolicy zamożnej i gęsto zaludnionej. Był tam Dr. Bilewicz, który miał rozległą praktykę i wpływał na lud, który się do leczenia już zaczął przyzwyczajać. Młodzi lekarze miejsce te zająć chcący z pewnością nieźły byt tam znajdą.“

— W pracowni kol. BUJWIDA niedawno leczyl się pokąsany przez psa wściekłego, przez Kocha do Warszawy przysłany.

Z powodu nagłej choroby zecera „Medycyny“ i skutkiem tego niedopatrzenia się ze strony drukarni, poprzedni Nr. bez wiedzy Redakcyi oddany został na prasę przed zrobieniem w nim zaznaczonych w ostatniej korekcie poprawek. W ten sposób powstały liczne błędy tak literalne jak i rzeczowe, z których najważniejsze są: Str. 9 wiersz 19 od dołu zamiast polimetr, winno być: polarimetr, str. 10 wiersz 14 od góry zamiast wodan tlenku, winno być: tlenek miedzi, str. 10 wiersz 1 od dołu zamiast ciałek białkowych, winno być: przy obecności ciał białkowych, str. 13 wiersz 12 od góry zamiast rozpoznawania, winno być: rozpoznawane, str. 13 wiersz 11 od dołu zamiast pęcherz, winno być: przewód pęcherzykowy, str. 14 wiersz 15 od dołu zamiast spółnie, winno być: spokojnie, str. 15 wiersz 2 od dołu zamiast środek, winno być: środka.

¹⁾ Jak również i w innych pismach lekarskich (*Przyp. Red.*).

REDAKTOR I WYDAWCA Dr. Henryk Dobrzycki. Adres Redakcyi: Oboźna Nr. 5.

Дозволено Цензурою. Варшава 31 Декабря 1892 г. Друк М. Зiemkiewiczowej, Krak.-Przedm. Nr. 6. Cena numeru pojedynczego kop. 15.