

MEDYCYNĄ.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

TREŚĆ. Ś. p. Józef Konstanty Rosé.—Prace oryginalne. Przyczynek do kazuistyki t. z. „zupełnego wyzdrowienia“ po ostrem zapaleniu wsierdzia. Podał dr. W. Glibowski. — Żegadło galwaniczne w leczeniu gruźlicy górnych dróg oddechowych oraz uwagi o wartości leczenia miejscowego t. z. suchot gardłanych. Napisał Z. Srebrny. (Ciąg dalszy). — Streszczenia i przekłady. 8. Historyczka siedm razy operowana. — Krytyka i bibliografia. Prof. Riedel. O kamicy żółciowej w połączeniu z żółtaczką lub bez niej. Streścił Dr. J. Grundzach (Dokończenie). — Sprawozdanie z wykładu profesora M. Nenckiego o cholery, mianego w Tow. Lek. Warsz. na posiedzeniu nadzwyczajnem w d. 10 Stycznia r. b. (Dokończenie).— Listy o organizacji pomocy lekarskiej przy fabrykach. List III. D-ra W. Biegańskiego.—Drobniejsze wiadomości różnej treści. — Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.



Ś. P.

Józef Konstanty Rosé

Profesor b. Szkoły Głównej.

Rok bieżący rozpoczęliśmy wśród smutku, opłakując stratę jednego z najzaczniejszych i najpożyteczniejszych członków naszego ciała lekarskiego. Z szeregu dawnych pracowników świetną dobę naszego rozwoju naukowego reprezentujących, ubył znów jeden, zmniejszywszy i tak już szczupłe grono dawnych przodowników. Dla naszego pisma strata to tem boleśnieszka, gdyż zmarły profesor był stałym „Medycyny“ współpracownikiem i zawsze jaknajwiększą otaczał ją życzliwością. Jeszcze w dniu 17 Grudnia t. j. na dwa tygodnie przed śmiercią, brał udział w obradach Redakcyi „Medycyny“ i z czynną pismu przyszedł pomocą.

Ś. p. prof. Rosé urodził się dnia 30 Kwietnia 1825 r. w Poznaniu i tamże do szkół początkowych oraz gimnazjum uczęszczał. Nauki lekarskie studyował w Berlinie, gdzie w r. 1854 stopień doktorski uzyskał, oddając się jeszcze przez czas pewien pracom naukowym i uczęszczając do szpitali tamecznych. Z Berlina powrócił do rodzinnego miasta i tam w szpitalu miejskim jako młodszy lekarz pracował. Z chwilą otwarcia b. Akademii Medycznej w r. 1857 u nas, przeniósł się ś. p. prof. Rosé na stałe do Warszawy, i na zasadzie odbytego konkursu posadę ordynatora w szpitalu Dz. Jezus uzyskał.

Wysokie naukowe uzdolnienie, wielka pracowitość, powaga i takt, jakim się w całym swem życiu ś. p. Rosé odznaczał, nie mogły nie zwrócić uwagi osób w naukowej organizacji akademii udział biorących. W sposób właściwy przez nie oceniony, stanął Rosé po raz drugi do konkursu, a wyszedłszy i tu zwycięzko zajął w r. 1860 stanowisko adjunkta-profesora. Po dokonanej zamianie Akademii na Szkołę Główną ś. p. prof. Rosé pełnił w dalszym ciągu obowiązki adjunkta; w roku zaś 1864 tytuł profesora nadzwyczajnego, a 1868 r. zwyczajnego uzyskał. Uwolniony w pełni sił i gorącej chęci do pracy od służby w r. 1871, oddał się Rosé praktyce, zjednawszy sobie i na tem polu wielkie uznanie i powszechną sympatyę. Rozległa praktyka i praca bez wytchnienia,

nadszarpnęły nie mało siły prof. ROSÉGO. Zaczął często zapadać na zdrowiu, a choroba, która Go na całe miesiące powalała o łóżko, była przyczyną, że nie mógł przyjąć ofiarowanej mu w r. 1872 po prof. GILEWSKIM katedry chorób wewnętrznych w Krakowie. Aczkolwiek z rokiem tym karyera profesorska ROSÉGO się skończyła, nie ograniczył się on jednak na samej tylko praktyce, lecz w dalszym ciągu z całą energią pracował nad nauką, i do ostatnich chwil swego życia wiernym jej pozostał. Jeszcze w ostatnich latach opracowywał na nowo niektóre działy z anatomii, uczęszczając do prosektoryum, aby mieć możność gruntuwnego rozumienia czytanych przez siebie nowszych autorów.

Działalność ś. p. prof. ROSÉGO była bardzo wszechstronną i w różnej objawiała się formie. Był on bowiem ordynatorem szpitalnym, profesorem patologii szczegółowej oraz czas jakiś historii medycyny, prowadził zastępczo klinikę chorób wewnętrznych; był autorem prac oryginalnych, tłumaczem wielu dzieł poważnych, bardzo wziętym praktykiem, wreszcie, w swoim czasie pracował gorliwie w tutejszem Tow. Lek. Warsz. jako jeden z jego najczynniejszych członków, i wiceprezes tegoż Towarzystwa. Na wszystkich tych polach spełniał swe obowiązki sumiennie i pożytecznie.

Cechą znamioną zmarłego prof. było przedewszystkiem to, że w różnorodnych swych pracach naukowych szedł ręką w rękę z postępem. Odnosi się to szczególnie do prac z wczesnej doby Jego działalności. On to pierwszy zapoznał naszych lekarzy z zasadami patologii celularnej VIRCHOW'A, przedstawivszy je w treściwym zarysie i opatrzywszy ze swej strony uwagami w ówczesnym Tyg. Lekarskim w r. 1859. Gdy znakomite ze wszech miar dzieło Feliksa NIEMEYER'A z zakresu patologii szczegółowej zwróciło na siebie uwagę całego naukowego świata, ś. p. prof. ROSÉ podjął natychmiast mozolną pracę ułożenia całego kursu patologii i terapii szczegółowej według dzieła tegoż autora, w czym mu Fr. CZAJCZYŃSKI i Szymon PORTNER, ówczesni studenci akademii dopomagali, porządkując i litografując dostarczane przez Niego notaty. Już w późniejszym wieku, zainteresowany oryginalnymi poglądami BENEKEGO, przełożył „Listy o Balneologii“ tegoż autora, starając się zawsze i wszędzie przyłożyć rękę do rozpowszechnienia nowych w nauce kierunków. Niezależnie od licznych prac kazuistycznych (których szczegółowe wyliczenie ciekawy czytelnik znajdzie w Słowniku St. KOŚMIŃSKIEGO) dowodzących wielkiej sumienności w obserwacji i wszechstronnej erudycji, ze szczególnem jednak zamiłowaniem uprawiał ś. p. prof. ROSÉ dyagnostykę fizyczną chorób narzędzi oddychania i krążenia; a jego dzieło p. t. Dyagnostyka fizyczna chorób płuc i serca ze szczególnym względem na auskultację i perkusję (r. 1860), zjednało mu u nas imię pierwszego na tem polu autora. Lubo zasługa praktycznego obznajmienia naszych lekarzy z tą nową naówczas gałęzią dyagnostyki, należy się D-rowi DWORZACZKOWI, to jednakże dzieło ROSÉGO, jako autora, który się umiał przejąć zasadami genialnego SKODY, i pierwszy pisał o przedmiocie nie mającym jeszcze wyrobionego słownictwa, zawsze piękny dla literatury naszej stanowić będzie nabytek.

Cześć świętej pamięci prof. ROSÉGO, wzorowego lekarza i kolegi, sumiennego profesora; cześć jako jednemu z najpożyteczniejszych członków naszego społeczeństwa, dla którego od zarania swego życia, aż do dnia swej śmierci, niezmordowanie pracował!

Z oddziału D-ra A. Chełmońskiego w szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Przyczynek do kazuistyki t. z. „zupełnego wyzdrowienia“ po ostrem zapaleniu wśierdzia.

Podał W. Glibowski.

Dnia 3-go Grudnia 1891 roku przybyła do oddziału chora Agnieszka Kozłowska, 56 lat wieku mająca. Chora dobrze zbudowana i odżywiona, skarży się na bóle w różnych stawach i darcie w kończynach; napady

duszności wdecho-wydechowej i bicia serca, na ból głowy bez stałego umiejscowienia, oraz na nieokreślony ból w bokach. C. 37,8°; T. 120, Od. 66.

Bóle w stawach, darcie w kończynach trwają z przerwami lat 18; od czasu do czasu stawy obrzmiewają. Bicia serca, duszność wystąpiły przed 3 tygodniami, poprzedzone bólem głowy, dreszczami, wymiotami. Duszność od 3 tygodni stała, wzrasta się od czasu do czasu; wtedy również wystąpiło obrzmienie stawów; obrzęku twarzy chora nie zauważyła. Innych chorób chora nie przechodziła. Rodziła 4 razy. Peryody co miesiąc, trwają 5—6 dni, i są skąpe.

Przy szczegółowym badaniu stwierdzono: obrzęk twarzy; nieznaczne obrzmienie stawów kolanowych oraz ich bolesność przy ucisku; niewielkie obniżenie dolnych granic płuc i mała ich ruchomość; granice serca prawidłowe, tony czyste; *retroflexio uteri, lateropositio sinistra, parametritis chronica sinistra*. Mocz 1,000 sz. c. barwy ciemnawej; ciężar właściwy 1,014; odczyn kwaśny; białko w dość znacznej ilości; wałeczki ziarniste i czerwone ciała krwi. Na zasadzie powyższych danych rozpoznano: obostrzenie przewlekłego gościa stawowego, oraz ostre zapalenie nerek, tudzież rozedmę płuc.

Przebieg choroby był następujący: gorączka zwalnająca, nieprawidłowa; wieczorowe nasilenia nigdy nie przechodziły 38,8° C., ranne zwolnienia nigdy niżej 37,5° C.; stan bezgorączkowy zdarzał się, trwał jednak najwyżej dzień, dwa.

Tętno od 84 do 120 uderzeń na minutę, małe, miękkie; ilość oddechów w okresie gorączkowym 40—66 na minutę. Ilość moczu w tymże okresie zmniejszona (od 300 do 800 sz. c. na dobę); pod koniec choroby moczu bywało znacznie więcej (do 2,000 sz. c.).

Mocz przy zmniejszonej ilości był prawie zawsze nasycony, o wysokim ciężarze właściwym (do 1,028), oddziaływał kwaśno, zawierał białko, czerwone ciała krwi i wałeczki ziarniste.

13/XII 91. Skargi chorej: uczucie ciśnienia w okolicy serca i bicia serca; bóle w stawach mniejsze. Stawy mniej obrzmiałe; górna granica serca na linii mostkowej w 4-em międzyżebżu, lewa przechodzi cokolwiek za linię sutkową, prawa na linii mostkowej lewej; uderzenie serca w 5-em międzyżebżu na lewej linii sutkowej; u wierzchołka serca wyraźny szmer skurczowy, podmuchowy; drugi ton nad tętnicą płucną nie wzmocniony. C. 37,6° C.; tętno 120, oddechów 40; ilość moczu 500 sz. c., ciężar właściwy 1,020; białko, ciała czerwone krwi, wałeczki ziarniste.

14/XII 91. Chora skarży się na kaszel i krwioplucie. Plwocina różowawa, pienista; w dolnych częściach prawej połowy klatki piersiowej, od tyłu, odgłos opukowy na niewielkiej przestrzeni nieco stłumiony; na miejscu stłumienia oddech pęcherzykowy silnie zaostrozony, liczne trzeszczenia; w dolnych odcinkach lewej połowy klatki piersiowej oddech pęcherzykowy zaostrozony, trzeszczenia. C. r. 37,8° C., C. w. 38,6° C., T. 120, Od. 48.

15/XII 91. Chora opowiada, iż wieczorem poprzedniego dnia miała dreszyczki i że nagle doznała mocnego bólu w lewej górnej kończynie. Przy badaniu lewej górnej kończyny skonstatowano: nieznaczny obrzęk ręki i przedramienia, sięgający powyżej łokcia; silna bolesność przy ucisku; tętno *art. radialis* zaledwie wyczuwalne; uczucie mrowienia i zimna w zajętej kończynie. T. 100, Od. 40, C. r. 37,6° C., C. w. 38,8° C. W ciągu 2 następnych dni (16, 17) ta sama sprawa powtórzyła się w obu

dolnych kończynach: nagły ból, uczucie mrowienia, utrata tętna *art. tibialis anticae*, poczem wkrótce obrzęk stóp i połowy goleni.

Do dyagnozy pierwotnej dodano: *endocarditis acuta, emboliae multiplices (renum, pulmonum, extremitatum)*.

W dalszym przebiegu choroby obrzęk i bolesność lewej górnej kończyny stopniowo się zmniejsza, kiedy tymczasem na dolnych kończynach już 19-go XII obrzęk dochodzi do kolan, wzmagając się stopniowo. W ten sposób przechodzi dni kilka. Skóra na wyprostnej powierzchni stóp powoli zmienia swą barwę, kłujące bóle wzmagają się, aż wreszcie 27-go Grudnia zarysowały się wyraźnie powierzchowne czarne zgorzelinowe strupy, poczem (14 Stycznia 92 roku) wytworzyły się owrzodzenia na pomienionych miejscach.

Opisując przebieg sprawy zatorowej w kończynach, pominęliśmy inne organa; dla porządku chronologicznego powracamy do nich, zaczynając od płuc.

Trzeszczenia, silnie zaostrozony oddech pęcherzykowy i krwioplucie, jakie nagle wystąpiło 14 Grudnia, trwały zaledwie 6 dni (do 20 Grud. 91), poczem krwioplucie zupełnie ustąpiło; pozostało cokolwiek treszczeń i nieco zaostrozony oddech pęcherzykowy. Mocz wciąż jeszcze zawierał białko, i wałeczki ziarniste; jednak ciałek czerwonych już bardzo mało. Wreszcie, poczynawszy od 1-go Lutego 1892 roku ani białka, ani wałeczków nie można było wykryć. A teraz co do serca. Szmer skurczowy, stale umiejscowiony u wierzchołka, mało ulegał zmianie co do natężenia; powiększenie stłumienia serca w wymiarze podłużnym zmniejszyło się cokolwiek dopiero około 6 Lutego. Objawy podmiotowe, trwając przez cały okres chorobowy z niewielkimi zmianami, poczęły stopniowo słabnąć pod koniec Stycznia.

Jednem słowem, kiedy chorą 6 Lutego, ze względu na zgorzelinowe owrzodzenia, przepisywano do oddziału chirurgicznego, stan jej był następujący: w moczu ani śladu białka; wałeczków i czerwonych ciałek nie ma; dobową ilość 1,300 sz. c., ciężar właściwy 1,018; obrzęku twarzy nie ma, również obrzęk dolnych kończyn zmniejszył się. Lewa górna kończyna zupełnie zdrowa. W płucach pozostał jeszcze oddech zaostrozony, nieco rzężeń; w sercu zaś szmer i powiększenie stłumienia prawie bez zmiany.

Na oddziale chirurgicznym chora leżała blisko miesiąc aż do zupełnego zagojenia się owrzodzeń. Tutaj to właśnie kol. PIETRZYKOWSKI, który znał chorą z oddziału wewnętrznego, skonstatował brak szmeru w sercu; badanie przedsiębrano kilkakrotnie (różne położenia, spokój, po ruchu) z tym samym niespodziewanym skutkiem: szmeru nie ma.

Chora wreszcie opuściła szpital (8 Marca). W tydzień potem zgłosiła się do ambulatorium szpitalnego; badanie wykazało: brak szmeru, prawidłowy wymiar serca; uderzenie serca w 5-tem międzyżebżu wewnątrz od *l. mammillaris sinistra*; żadnych zaburzeń cyrkulacyjnych, brak objawów podmiotowych. Skargi chorej dotyczą lewej górnej kończyny, w której od czasu do czasu uczuwa ból. Toż samo stwierdzano kilkakrotnie, gdyż chora zgłaszała się do ambulatorium prawie co tydzień.

Zdawałoby się, iż mamy przed sobą jeden z tych nielicznych przypadków ostrego zapalenia wsierdza, które kończą się „zupełnem wyzdrow-

wieniem.“ Lecz idźmy dalej. 27 Lipca 1892 roku chora A. K. znowu skarży się na bicie serca, zawroty głowy i darcie w kończynach.

Badanie wykazało: tętno 96, małe; oddechów 24; nieznaczne powiększenie stłumienia serca w wymiarze poprzecznym oraz drugi ton u wierzchołka ze szmerem (*s. praesystolicus*); szmer ten nie rozprzestrzenia się ku górze. Drugi ton nad tętnicą płucną nie wzmocniony; brzeg wątroby da się wyczuwać; obrzęk dolnych kończyn jako ślad byłych obrzęków pochodzenia zatorowego. Mocz nie zawiera białka.

Stan ten trwał czas krótki, gdyż od 8-go Sierpnia do 23 Grudnia. Pomimo niejednokrotnie przedsiębranego badania znowuż nie można było wykryć żadnych zmian w sercu, żadnych zaburzeń w krążeniu, czego nie wskazywała również wątroba, organ, jak wiadomo, bardzo wrażliwy na zaburzenia cyrkulacyjne. Chora czuje się zupełnie dobrze, i od dawna powróciła do swoich zwykłych zajęć.

Na tem kończymy opis tego przypadku. W streszczeniu przedstawia się on jak następuje: u chorej dotkniętej przewlekłym gościcem stawowym, występuje obostrzenie sprawy gościcowej wraz z ostrem zapaleniem wsierdzia i następczymi zatorami do nerek, płuc i kończyn.

Komunikując ten przypadek, mieliśmy na względzie sceptyczne zapatrywania autorów na kwestyę pomyślnych zejść zapaleń wsierdzia (brodawkowatych). Że taki sceptycyzm bywa w większości przypadków uzasadnionym, nie ulega najmniejszej wątpliwości; przedewszystkiem ma on najzupełniejszą rację bytu odnośnie do przypadków, w których rozpoznanie stawiano zbyt szablonowo, bezkrytycznie. Że nieco dowolne rozpoznawanie spraw zapalnych wsierdzia należało, a może i należy do zjawisk częstych, dość wspomnieć, iż BOUILLAUD rozpoznawał omawianą sprawę na zasadzie jedynie szmeru skurczowego, zjawiającego się w przebiegu ostrego gościca stawowego, VERNAY ¹⁾ zaś konstatuje *Endocarditis*, jeżeli u osobnika przedtem zdrowego nagle występują w przebiegu ostrego gościca stawowego: szybkie tętno, gorączka, bicie serca.

Pominąwszy jednak przypadki z wątpliwem rozpoznanem, pozostaje kilka niewątpliwie sumiennie obserwowanych, notowanych przez EICHHORST'A, STILLER'A ²⁾ BIEGAŃSKIEGO ³⁾. Opis kilku z pomienionych przypadków jest zbyt ogólnikowy, zaledwie bowiem można się dowiedzieć, iż sprawa zakończyła się wyrównaniem zmian; więcej pouczające są spostrzeżenia EICHHORST'A ⁴⁾: w 2 przypadkach po pewnym czasie znikły szmery, również znikły i objawy podmiotowe, a po roku, nawet po 2 latach obserwacji, pomimo najdokładniejszego badania, nie można było wykryć żadnych zmian na zastawkach serca.

Prawie toż samo da się powiedzieć i o naszym przypadku; i tutaj bowiem przez długi przeciąg czasu (5 miesięcy) nie można było skonstatować żadnych zmian w sercu. Jest jednak wybitna różnica; różnica ta polega na tem, iż nam się udało stwierdzić, że w danym przypad-

¹⁾ Cytowani w podręczniku chorób serca Widmanna i Ziemssen'a VI tom.

²⁾ B. Stiller. Praktische Bemerkungen über Herzkrankheiten.

³⁾ W. Biegański. Dyagnostyka różniczkowa chorób wewnętrznych.

⁴⁾ Eichhorst. Tom I. str. 95.

ku zupełne wyzdrowienie nie nastąpiło, gdyż po upływie blisko 5 miesięcy wystąpiły objawy niewątpliwego zwężenia lewego ujścia żylnego. Po upływie tygodnia, znowu żadnych objawów chorobowych ze strony serca nie znaleźliśmy, i stan takiego rzekomego wyzdrowienia trwał znowuż 5 miesięcy.

Otóż ten fakt, iż u chorej, zdawałoby się wyleczonej, zdrowej, występowały objawy organicznej choroby serca, uważamy za najciekawszy punkt, za punkt kulminacyjny w naszym przypadku. Taki bowiem niespodziewany zwrot w przebiegu może nam do pewnego stopnia ułatwić zrozumienie sposobu, w jaki następuje owo najpomysłniejsze zejście zapalenia wsierdza— „zupełne wyzdrowienie.“

Rozpoznanie zapalenia wsierdza najczęściej opieramy na obecności szmerów organicznych i zmian następczych w mięśniu sercowym. Szmer, jakkolwiek jest bardzo ważnym, jednak nie zawsze decydującym znakiem rozpoznawczym; szmery bowiem nawet organiczne są niestałe.

Według STILLER'A, LEUBE'GO i innych, najniestalszym jest właśnie szmer występujący przy zwężeniu lewego ujścia żylnego; tą właśnie niestałością szmeru ciż autorzy tłumaczą sobie, dla czego wada ta bywa tak często nierozpoznawaną.

Dalej, spostrzeżenia kliniczne pouczają, że zmian następczych w mięśniu sercowym również nie można uważać za bardzo stałe; zdarza się bowiem niejednokrotnie, iż powiększenie stłumienia serca na czas pewien się zmniejsza, poczem znowu się powiększa. Wyraźną zmienność, niestałość powiększenia stłumienia serca spotykamy właśnie w naszym przypadku.

W końcu wypada nadmienić, iż rozpoznanie zwężenia lewego ujścia żylnego zrobiliśmy na zasadzie nieznacznego powiększenia serca w wymiarze poprzecznym i przedskurczowego szmeru u wierzchołka, nie rozprzestrzeniającego się ku górze. Brakło tu, niejako, wzmocnienia drugiego tonu nad tętnicą płucną; lecz i ten objaw nie jest niezbędny do rozpoznania: zwiótczenie mięśnia sercowego, równoczesne wzmocnienie drugiego tonu nad aortą wystarcza, aby objawu tego nie było ⁵⁾).

Teraz przystępujemy do ostatecznych wniosków, jakie z punktu klinicznego można wyprowadzić z tego wszystkiego cośmy dotąd powiedzieli.

Wnioski te są następujące:

1) W szeregu zejść ostrego niewrzdziejącego zapalenia wsierdza zdarzają się zejścia, które w pewnych okresach czasu możnaby nazwać zupełnem wyzdrowieniem.

2) Wyzdrowienia te, prawdopodobnie, nie są zupełnemi, ponieważ przy częstszem badaniu, być może, udałoby się wykazać te lub inne objawy, świadczące o obecności zmian anatomo-patologicznych na zastawkach.

3) Prawdopodobnie większość przypadków t. z. zupełnego wyzdrowienia należy odnieść do takich zmian na zastawkach, które sprowadzają zwężenie lewego ujścia żylnego.

⁵⁾ Porównaj Leube'go: Specielle Diagnose etc. 1891, str. 23.

Żegadło galwaniczne w leczeniu grzylicy górnych dróg oddechowych oraz uwagi o wartości leczenia miejscowego t. z. suchot gardlanych.

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

Napisał Z. Srebrny.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 2).

9. Spostrzeżenie. M. kobieta l. 46 od roku prawie dotknięta chrypką, czuje lekki ból przy łykaniu. Kaszle mało, czuje się dobrze. Dziedzicznie nie obarczona, mąż i dzieci cieszą się dobrem zdrowiem. Odżywianie dobre. Nad grzebieniem łopatki prawej stępienie i oddech oskrzelowy. W płwocinie laseczniki Koch'a. W krtani owrzodzenie części międzynalewkowej, pokryte wybujałą ziarniną. 16 Marca 1890 r. przypalenie żegadłem galwanicznym. 2 Kwietnia powierzchnia owrzodzenia czysta, ale nie zagojona. Powtórne przypalenie z wytworzeniem blizny, której trwanie skonstatowałem po raz ostatni w Lipcu r. b.

10. Spostrzeżenie. K. panna l. 18. Od 4 miesięcy ma ból przy łykaniu z prawej strony, który w ostatnich tygodniach stał się nieznosnym, i chrypkę od 10 miesięcy. Kaszle od 2 lat; w ostatnim roku kilkakrotnie pluła krwią. Poci się w nocy, gorączkuje, i skarży na brak łykania. Matka zmarła na suchoty. Odżywianie bardzo łyche. Nad prawym obojczykiem *gargouillement*, oddech amforyczny, pod prawym obojczykiem do 4-go żebra oddech oskrzelowy, *bronchophonia*, stępienie. Nad grzebieniem łopatki prawej objawy zgęszczenia. W płwocinie laseczniki. W tylnej części struny rzekomej lewej duże owrzodzenie, przechodzące na błonę śluzową, pokrywającą chrząstkę nalewkową. Ostatnia mocno nacieczona, stoi nieruchomo w położeniu trupiem, tylny koniec lewej struny prawdziwej zaczerwieniony, obydwie wyrostki głosowe owrzodzone. Po 3 tygodniach penzlowania kwasem mlecznym chora zgodziła się na przypalenie, które wykonałem 12 Sierpnia r. 1888. Płaskim żegadłem głębokop przypaliłem owrzodzenie struny rzekomej i chrząstki nalewkowej. Po miesiącu pierwsze okazało się zabliznionem, drugie nieco mniejszem. Po powtórnych rękoczynach owrzodzenie to zdawało się być blizkiem zagojenia, ale po upływie kilku tygodni nanowo rozszerzać się zaczęło. Powoli wystąpiło nacieczenie drugiej chrząstki nalewkowej i pogorszenie stanu ogólnego. W Lutym r. 1889 chora zmarła.

11. Spostrzeżenie. A. mężczyzna l. 30. Od 3 miesięcy chrypi, pokasłuje trochę oddawna. Brat ojca zmarł na suchoty. Odżywianie średnie. W lewym płucu nad, na i pod obojczykiem stępienie, oddech oskrzelowy, *bronchophonia*. W krtani nacieczenie struny prawdziwej lewej i części międzynalewkowej. Laseczniki w płwocinie. W Lutym r. b. zniszczyłem naciek części międzynalewkowej na jednym posiedzeniu. W Marcu przypaliłem strunę prawdziwą lewą. Po odpadnięciu strupa przedstawiała się ona jeszcze nacieczoną, wskutek czego powtórzyłem przypalenie. W końcu Kwietnia struna przedstawiała się zdrową. W Lipcu chory przybył znowu z nasiękiem struny prawdziwej lewej i owrzodzeniem brzeżnem w tylnej połowie struny prawdziwej prawej. Fałda międzynalewkowa w stanie prawidłowym. Chory wyjechał do Gleichenberga.

12. Spostrzeżenie. P. mężczyzna l. 70 doznaje od 3 tygodni bólu z prawej strony gardła. Przed rokiem miał chrypkę, która pod wpływem wdmuchiwań jodoformu minęła. Przymiotu nie przechodził. Kaszle potrochu oddawna. Na naradzie z D rem KRYŻEM, znaleźliśmy na prawym migdałku dosyć rozległe owrzodzenie, niegłębokie, pokryte skąpą wydzieliną, bez odczynu naokoło. W krtani objawy nieżytu przewlekłego, zgrubienie nabłonka części międzynalewkowej. *In fossa supraspinata dextra* stępienie, oddech oskrzelowy, *bronchophonia*. Rozpoznałem owrzodzenie grzylcicę migdałka, co też stwierdzone zostało przez badanie bakteryologiczne wyskrobanej z migdałka tkanki, dokonane przez pros. PRZEWOSKIEGO. 18 Marca r. 1889 przypaliłem owrzodzenie. 10 Kwietnia widać było jeszcze dwa małe punkty niezabliznione, które powtórnie przypaliłem. Więcej chorego nie widziałem. Zmarł, jakem się dowiedział, w Lutym r. 1890. W jakim stanie znajdował się migdał, nie jest mi wiadomem.

13. Spostrzeżenie dotyczy 18-letniej panny, którą miałem zaszczyt przedstawiać tutaj w roku zeszłym z powodu wstrzykiwań tuberkuliny. Chora zgłosiła się do mnie w Grudniu r. 1888 z powodu zatkania nosa. Chorób ciężkich nie przebywała. Ojciec zdrowy, zdrowie matki wątpliwe (*habitus phthisicus*, kaszel przewlekły). Serce, płuca, gardziel i krtani zdrowe. Na chrzęstnej przegrodzie nosa z obu stron guzowatości rozlane w kształcie grochu szablatego, małe nierówności na przednim końcu dolnej muszli prawej wielkości ziarnka siemienia lnianego; pomiędzy częścią błoniastą a chrzęstną przegrody nosowej znajduje się szpara, przepuszczająca zgłębnik, nadto, widoczne są małe blizny na zewnętrznej powierzchni lewego skrzydła nosa, pochodzące od przypalenia żegadłem Paquelin'a, dokonanego w Październiku tegoż roku przez D-ra TANENBAUMA w Łowiczu, który łaskawie chorą do mnie skierował.

Zastosowałem kilkakrotnie przypalenie żegadłem galwanicznym, poczem objawy wyżej wymienione, ustąpiły. W Sierpniu r. 1890 t. j. po 7 kwartałach, stwierdziłem ponowne wystąpienie guzowatości i zwiększone przedziurawienie przegrody. Zastosowałem znowu galwanokaustykę dla zniszczenia guzowatości z dobrym skutkiem. W tym samym czasie rozpoczęło się nacieczenie lewego skrzydła nosa, wskutek czego pacjentka w Listopadzie poddana została leczeniu tuberkuliną. 23 Listopada 1890 r. badanie wykazało: zacerwienie i lekkie nacieczenie lewego skrzydła nosa, przegrody błoniastej oraz końca nosa; na tychże miejscach kilka drobnych guziczków wielkości prosa, lekkie wciągnięcie w pośrodku lewego skrzydła nosa, widoczne przy porównaniu ze skrzydłem zdrowym. Błona śluzowa przegrody gładka, przedziurawienie w części chrzęstnej owalne, duże, brzegi jego równe, gładkie, nienacieczone; na środku prawej dolnej muszli nierówności, krwawiące przy dotykaniu zgłębnikiem.

Po wstrzyknięciu płynu Koch'a w ilości 0,01 grm. tylko nierówności na muszli okazały się gruzliczemi, reszta błony śluzowej żadnego odczynu nie zdradzała.

Leczenie wstrzykiwaniami tuberkuliny trwało do Stycznia r. b. i dało wynik o tyle dodatni, że część nacieczeń znikła; pozostały jeszcze dotkniętymi sprawą chorobową: wewnętrzna połowa lewego skrzydła, koniec nosa po stronie prawej i prawa połowa przegrody błoniastej. Błona śluzowa pozostała zupełnie zdrową. W Lutym straciłem chorą z oczów.

A więc we wszystkich 13 przypadkach byłem w stanie otrzymać mniej lub więcej długotrwałe wyleczenie miejscowe.

Szczegółowe wyniki przedstawiają się tak: w 4 przypadkach stan dobry konstатовany był w przeciągu 1—3 miesięcy, przyczem dalsze losy chorych są mi nieznane; 4 przypadki zakończyły się śmiercią w 6, 4, 6 i 10 miesięcy po operacji, przy czem przypadek 5 i 10 należały do bardzo ciężkich postaci gruźlicy krtaniowej i płucnej; 12-ty dotyczył 70 letniego, którego ostateczna przyczyna śmierci została mi nieznana. W pierwszych trzech z tych przypadków wystąpiły powroty bądź w tem samym miejscu krtani, bądź w innem, w 4-ym stan migdałka niewiadomy.

5 przypadków znane mi są, jako żyjące: 4-ty, 2½ roku po operacji, dalszy los nieznany, 6-ty, 2 lata po operacji — dalszy los nieznany, 8-my, 15 miesięcy po operacji — według informacji późniejszej żyje i ma się dobrze dotychczas, 9-ty 15 miesięcy po operacji — według informacji późniejszej żyje i ma się dobrze dotychczas, 13-ty, w 20 miesięcy po pierwszej operacji recydywa, powtórne przypalenie — dobry stan do Lutego r. b. — dalszy los nieznany.

Przystępując do przypalania, znieczulałem dokładnie chory narząd; stosowałem zawsze żegadło płaskie, którem posuwałem się wgłąb, w miarę zniszczenia części powierzchowniejszych. Jeżeli po odpadnięciu strupa powierzchnia przedstawiała się jeszcze nacieczoną lub owrzodzoną,

powtarzałem przypalanie dopóty, dopóki nie doszedłem do takiej głębokości, że wytwarzała się gładka blizna. Trudności nastroczają się tutaj tylko przy nacieczeniu strun prawdziwych, których zbyt energicznie przypalać nie można, nie chcąc ich zupełnie zniszczyć. Dlatego też tu otrzymywałem powroty cierpienia. Strup oddzielał się zwykle po upływie 12-20 dni.

Ból po przypalaniu był umiarkowany, ani razu chory nie skarżył się na to zbyt, prócz tych przypadków, naturalnie, w których bolesność już przed operacją w wysokim stopniu istniała. Jeden tylko chory, któremu kol. WRÓBLEWSKI przypalał nacieczoną strunę prawdziwą, a którego był łaskaw z powodu wyjazdu skierować później do mnie, skarżył się długi czas na silny ból. Odczyn zapalny stale był tak mały, że z początku wprowadzało mnie to w podziw; poważniejszego obrzęku nigdy nie widziałem. Nie jest on jednak niemożliwym, gdyż spostrzegany był przez kol. HERYNGA, jak o tem świadczą słowa jego w referacie z pracy mojej, drukowanej w r. 1888 ⁵⁾. Należy więc na poważniejszy obrzęk być przygotowanym, jakkolwiek mnie dotychczas szczęśliwie to ominęło. Ze spostrzeżeń moich nabrałem wrażenia, nie wiem, zresztą, czy słusznego, że kauteryzacja gruźliczo zmienionych tkanek nie daje dużego odczynu zapalnego; jaskrawo wystąpił on u chorej z wilkiem błony śluzowej nosa, mogłem bowiem w tym razie przeprowadzić paralełę z odczynem, jaki się widzi po przypaleniu przerosłej błony śluzowej nosa. W tym ostatnim razie przypalenie wywołuje tak silny obrzęk, że odnośna strona nosa staje się na kilka dni i dłużej zupełnie niedrożną, gdy tymczasem u wspomnianej pacjentki odczyn zapalny był bardzo umiarkowany.

Jeżeli teraz zechcemy porównać galwanokaustykę z łyżeczkowaniem gruźlicą dotkniętej krtani, to przekonamy się, że nie może być mowy o wyższości ostatniego nad pierwszą:

1) Ilość posiedzeń potrzebnych do zabliznienia, jak przy stosowaniu żegadła, tak i przy łyżeczkowaniu jest rozmaita stosownie do rozległości sprawy chorobowej: jedno przypalenie wystarczyło do zniszczenia nacieku części międzynałekowej w 3 przypadkach (spostrzeżenie 1, 7, 11), do zniszczenia nacieku jednej struny rzekomej w 1 przypadku (spost. 4), do zagojenia owrzodzenia nagłośni (spostrzeż. 8) i owrzodzenia struny rzekomej (spostrz. 10). W innych przypadkach wypadało przypalać 2, 3 i 4 razy. Największej ilości posiedzeń wymagały nacieczenia strun prawdziwych, gdzie kauteryzację musiałem robić ostrożnie, aby nie spalić strun.

A więc ilość posiedzeń, potrzebnych do zniszczenia chorych tkanek, nie jest znów tak wielką. Z drugiej strony i przy łyżeczkowaniu nie zawsze można za jednym zamachem wszystko co chore usunąć, a zapewne częściej wypada kilkakrotnie operować. Nawet i przy bardzo ograniczonych naciekach powtórzenie rękoczynu może okazać się koniecznem, gdy rana nie goi się po pierwszym. W pracy kol. HERYNGA „o wynikach chirurgicznego leczenia suchot krtaniowych“ ⁶⁾ na tablicy III znajdujemy:

Nr. 2. Kilkakrotne wyskrobanie tylnej ściany i strun prawdziwych.

Nr. 4. Czterokrotne wyskrobanie ziarniny i owrzodzeń.

⁵⁾ Centralbl. f. Laryngol. V. Nr. 5.

⁶⁾ Gaz. Lek. Nr. 3, 1890.

- Nr. 6. Trzykrotne wyskrobanie tylnej ściany i strun fałszywych.
- Nr. 7. Dwukrotne wyskrobanie.
- Nr. 8. Trzykrotne wyskrobanie.
- Nr. 9. Trzykrotne wyskrobanie.
- Nr. 11. Dwukrotne energiczne wyskrobanie tylnej ściany.
- Nr. 13. Pięciokrotne wyskrobanie tylnej ściany.
- Nr. 14. Trzykrotne kiuretowanie.
- Nr. 15. Dwukrotne kiuretowanie struny prawdziwej.
- Nr. 16. Dwukrotne kiuretowanie.
- Nr. 19. Dwukrotne kiuretowanie tylnej ściany.

Wszystkich spostrzeżeń jest tu 19.

Nie można zatem twierdzić, aby leczenie żegadłem wymagało częstszych zabiegów, niż łyżeczkowanie.

2) Ból po zastosowaniu żegadła ani razu, jak mówiłem, nie był przedmiotem szczególnej skargi chorego. Zapewne, że w przeciągu pierwszych kilku dni chory czuje lekki ból, ale i po łyżeczkowaniu musi to samo mieć miejsce. W dwóch przypadkach, w których użyłem zwyczajnej łyżeczki HERYNGA, chorzy skarżyli się po operacyi na nieznaczny ból, w jednym przypadku zaś, gdzie zapomocą podwójnej łyżeczki KRAUZE'GO usunąłem wiąz nagłośnio-nalewkowy lewy i chrząstkę nalewkową lewą, chora nazajutrz po operacyi nic łykać nie była w stanie. Jest to zresztą zupełnie naturalne i wobec spodziewanego wyleczenia nie może być brane w rachubę.

3) Obrzęk. Sam go nie widziałem ani razu, ale wobec słów kol. HERYNGA należy być przygotowanym na to powikłanie po przypalaniu. Że zaś to samo zdarzyć się może i po łyżeczkowaniu, dowodzi przypadek, zakomunikowany przez kol. SOKOŁOWSKIEGO na jednym z zebrań laryngologów i otiatrów warszawskich.

Podobne spostrzeżenie podaje Dr. HALBEIN ⁷⁾ z Salzburga, przypuszcza tu jednak przypadkowy zbieg okoliczności. W każdym razie obrzęk krtani zarówno po galwanokaustyce, jak i po łyżeczkowaniu należy uważać za powikłanie bardzo rzadkie.

Jeżeli tedy pod rozebranymi względami żegadło nie ustępuje łyżeczce, to dwie okoliczności pozwalają pierwszemu górować nad ostatnią.

a) Po zastosowaniu galwanokaustyki przy gruźlicy górnych dróg oddechowych krwotok jest niemożliwy, gdy tymczasem po użyciu łyżeczki ostrej zwyczajnej lub podwójnej powikłanie to zdarzyć się może. Przypadek tego rodzaju, w którym krwawienie trwało 3 godziny po operacyi, zakomunikował kol. WRÓBLEWSKI na jednym z zebrań laryngologów i otiatrów w Warszawie.

b) Rana krtani, gardzieli lub nosa, powstała po łyżeczkowaniu, narażoną jest na zakażenie bądź zzewnątrz, bądź dostającą się z płuc płwociną. Przy użyciu żegadła cała sprawa gojenia odbywa się pod strupem; miejsce operowane zatem zabezpieczone jest od wszelkiego zakażenia. Nastręczyć się tu może uwaga, że dla zabezpieczenia rany po łyżeczkowaniu można ją natychmiast przypalić żegadłem. Ale myśl ta nie daje się wykonać z przyczyny zalania krwią pola operacyjnego; dokładne więc zaaplikowanie żegadła jest niemożliwe z powodu trudności widze-

⁷⁾ Sprawozdanie z 63 zjazdu lekarzy i przyrodn. niem. Centralbl. f. Lar. VII. Nr. 8.

nia rany, a gdyby się nawet chciało manipulować pociemku, czego jednak stanowczo unikać należy, to wytworzenie porządnego strupa będzie niemożliwe, gdyż w płynnej krwi żegadło gaśnie.

Stając w ten sposób w obronie żegadła galwanicznego w leczeniu gruźlicy górnych dróg oddechowych, nie myślę bynajmniej twierdzić, że dało mi ono lepsze wyniki, niż innym łyżeczkowaniem; pragnę tylko zwrócić uwagę na tę metodę operacyjną i na jej dobre strony. Naturalnie, chcąc ją stosować, nie należy zrażać się pierwszym niepowodzeniem, w udoskonaleniu bowiem każdej metody leczniczej największą rolę gra wytrwałość. Najlepszy dowód tego mamy właśnie na metodzie chirurgicznej kol. HERYNGA, metodzie, która pomimo obojętnego zachowania się względem niej wielu zbyt wysoko ceniących tradycję lekarzy, znajduje sobie coraz więcej zwolenników, dzięki tej wytrwałości, z jaką postępowanie swoje rozwijał i doskonalił jej twórca.

O żegadle galwanicznym zresztą wyrażają się w znaczeniu dodatniem z lekarzy polskich PIENIAŻEK ⁸⁾ i SOKOŁOWSKI ⁹⁾, z obcych—SCHRÖTTER ¹⁰⁾, SCHAEFFER ¹¹⁾, LUBLIŃSKI ¹²⁾, KÜSTER ¹³⁾. Ostatni na jednym z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Berlińskiego w r. 1889 z powodu przedstawionego przez B. BAGINSKY'EGO przypadku gruźlicy języka, bezskutecznie leczonego kwasem mlecznym i łyżeczkowaniem, powiada, że w tych razach termokauter dawał mu doskonałe wyniki. Do zwolenników galwanokaustyki w leczeniu gruźlicy krtani należy także i GOUGUENHEIM ¹⁴⁾, który unosi się nad dobrymi wynikami, jakie dawała, i nad łatwością, z jaką znoszona była przez chorych. Do r. 1886 autor ten stosował galwanokaustykę na obszerną skalę, od czasu zaś rozpowszechnienia się kwasu mlecznego pomiędzy laryngologami, ograniczył znacznie jej użycie. Obecnie stosuje on przypalania, które w dalszym ciągu nazywa postępowaniem łagodnem i dobrze znoszonem przez chorych, przy wypadnięciu błony śluzowej zatoki MORGAGNI'EGO i przy polipowatych wyrostkach natury gruźliczej. „W tym ostatnim razie“, powiada on, „wyrzwanie zapomocą szczypczyków, prócz bólu i gorączki, może spowodować zakażenie rany, czego unika się przy użyciu żegadła” ¹⁵⁾. Tak znaczne ograniczenie stosowania galwanokaustyki na korzyść kwasu mlecznego nie wydaje mi się uzasadnionem, gdyż nigdy środek ten nie jest w stanie działać na taką głębokość, jak żegadło; duże nasięki gruźlicze nie ustąpią pod wpływem kwasu mlecznego, a pod względem szybkości działania nie można go wcale porównywać z żegadłem. (d. c. n.)

STRESZCZENIA I PRZEKŁADY.

8. W Towarzystwie Medycyny wewnętrznej w Berlinie LEYDEN demonstrował ciekawy okaz histeryczki, siedm razy operowanej. Była to 37-letnia inte-

⁸⁾ Sprawozdanie z pracy Herynga „o chirurg. lecz. such. krt.“ Przegl. Lek. 1888.

⁹⁾ O wyleczalności i leczeniu t. z. suchot krtaniowych. Gaz. Lek. 1888. Nr. 35.

¹⁰⁾ Vorlesungen über die Krankheiten des Kehlkopfes etc. 1887.

¹¹⁾ Chirurgische Erfahrungen in der Rhinologie u. Laryngologie. 1885.

¹²⁾ Tuberkulose der Tonsillen. Monatsschr. f. Ohrenheilk. etc. Nr. 9. 1887.

¹³⁾ Berl. klin. Wochenschr. Nr. 14. 1889.

¹⁴⁾ Gouguenheim et Tissier. Phtisie laryngée 1889.

¹⁵⁾ Ibidem.

ligentna szwaczka, dotknięta prawdziwą manią poddawania się operacji. LEYDEN nazywa stan taki *furor operativus*. Pacjentka była przekonana o niezbędności każdej operacji, gdyż powiedziano jej jakoby, że na innej drodze uleczone być nie może. LEYDEN'OWI udało się jednak wyśledzić, iż przeciwnie, niektórzy chirurgowie na wyraźną jedynie prośbę chorej dali się skłonić do wykonania operacji, która nie była koniecznie wskazana.

Nie jest to według LEYDEN'a przypadek odosobniony. Miał on już przed laty chorą, u której wykonano gastroenterostomię z powodu jakoby zwężenia odźwiernika (były wymioty). Po kilku latach z powodu owarialgii wycięto jej obadwa jajniki. W końcu okazało się, iż chora dotknięta była wiałdem rdzenia. U innej znów pacjentki kilkakrotnie powtarzało się *Perityphlitis* z przypadłościami zamknięcia kiszek (*Ileus*). Zdecydowano operację, chora leżała już na stole, ale operator (BARDELEBEN) nie chciał jej wykonać, mając pewne wątpliwości,—i słuszne, bo napad minął i pacjentka wyzdrowiała. Później, przy podobnym napadzie *Ileus* dostała się w ręce innego chirurga, który na jej usilne żądanie wykonał laparotomię, ale żadnego zboczenia nie znalazł. Po upływie pół roku chora ponownie poddała się operacji w celu sprawdzenia, czy nie zostało czasem coś chorobliwego w jej brzuchu.

I wśród mężczyzn trafiają się podobne indywidua. Pewien inteligentny chory skarżył się na ucisk w okolicy żołądka, który nie pozwalał mu oddawać się zwykłym zajęciom. Udało mu się przekonać o konieczności operacji pewnego znakomitego chirurga, który otworzył jamę brzuszną, obejrzał żołądek, lecz nic nie znalazł. Mimo to ból pozostał, tak iż po roku chory żądał powtórnej laparotomii.

Nie tylko na polu chirurgii, ale i medycyny wewnętrznej napotyka się podobnych chorych. Są tacy, którzy chwytają się coraz nowych i gwałtownych środków leczniczych. Do tej samej kategorii należy epidemiczny niemal popęd do poddawania się wstrzykiwaniom różnych cudownych specyfików (spermina, mózg barani, witalina).

Wracając do wymienionej na początku pacjentki, historia jej jest pokrótce następująca: przed 10 laty miała jakoby wrzód żołądka (wymioty krwawe); uleczyła ją przepłukiwania. Po 5 latach spadła z drabiny. Skutkiem uszkodzenia brzucha poddała się jakiejś operacji, wykonanej w pochwie. W rok później zrobiono jej amputację szyjki macicy. Wkrótce, z powodu nowych przypadłości żołądkowych poddała się operacji wycięcia wrzodu żołądka. Gdy po 9 miesiącach opuściła klinikę, uczuła jakiś guz ruchomy w brzuchu, który rozpoznano jako nerkę ruchomą; wykonano więc 4-tą operację przyszczenia nerki. Z powodu powtórzenia się wymiotów i bólów brzucha zrobiono w pewnej prywatnej klinice laparotomię; znaleziono zrosty żołądka, które oddzielono. Operacja 6-ta polegała na odjęciu członka palca u stopy z powodu odmrożenia. Wreszcie ostatnią, zrobiono z powodu bólów żołądkowych i usunięto, jak chora utrzymuje, jakiś nowotwór.

(*I. med. Woch.* 1—93).

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

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

Streścił Dr. J. Grundzach.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 2).

Rozpoznanie. Mówiąc o rozpoznawaniu kamicy żółciowej, autor zwraca uwagę na wielką trudność, jaką ono w wielu razach przedstawia, dopóki nie mamy żółtaczki. Obecność jej nie rozjaśnia bynajmniej wszystkiego, daje jednak już bardzo wiele, musimy bowiem wyłączyć jedynie niektóre anomalie, wywołujące zwężenie przewodu żółciowego, zapalenie dwunastnicy (*gastroduodenitis*), nowotwory, uciskające przewód żółciowy (nowotwory trzustki, wątroby, bąblowiec), aby sobie rozpoznanie ułatwić; najczęstsze są: wtórny rak wątroby i zapalenie dwunastnicy. Te mogą nas częstokroć w błąd wprowadzić, opieramy się bowiem zwykle w rozpoznaniu na statystyce, która opiewa, że najczęstsza jest w tych razach—kamica żółciowa.

Musimy uwzględnić pewne dane przy rozpoznawaniu: a) chorują na kamice przeważnie kobiety, które rodziły (z 56 przypadków 50 kobiet), b) przed 20-ym rokiem choroba rzadko wybucha, c) cierpienie to jest często dziedziczne. Istnieją całe rodziny, składające się z wielu mężczyzn i kobiet, z których prawie wszyscy chorują na kamice żółciową. Nie zawsze natężenie objawów klinicznych odpowiada wielkości zmian anatomicznych, zdarzają się bowiem przypadki, w których małym zmianom anatomicznym odpowiadają burzliwe objawy kliniczne i odwrotnie, co przedstawia pewną wartość pod względem rozpoznawczym.

Jeżeli nie ma żółtaczki i napadów kolki, trudności dla rozpoznania są wielkie: kamieni częstokroć nie wyczuwamy, chorzy skarżą się na dotkliwy, ciągły, niewyraźny „ucisk w okolicy żołądka“, niektórych potraw nie znoszą, nie mogą się ścisnąć gorsetem (ciasnem ubraniem w ogóle), męczy ich chodzenie lub praca, twarz ma wyraz cierpienia, „żadne leki nie pomagają“, „żaden lekarz nie pomógł“. Objawy więc są ciemne. Możemy mieć do czynienia z chronicznym katarą żołądka (z niestrawnością najrozmaitszego charakteru. *Gr.*), z wyleczonym wrzodem okrągłym żołądka lub dwunastnicy, rozwijającą się przepukliną smugi białej (epigastralną), której nie wykrywamy przy badaniu, z opuszczoną prawą nerką, ciągnącą odźwiernik, z nerwicami żołądka i t. d. Chorych v. chore badać należy z całą starannością i przenikliwością. Przykład: chora Z. cierpi „na żołądek“, wymiotuje kilka razy dziennie masami żółciowymi; miewa bóle w dolku. Po środku czyszczącym udaje się wyczuć pod wątrobą coś twardego. Operacja. Znalaziono kilka dość dużych kamieni w pęcherzyku. Po kilku dniach z rany płynie żółć. Szybkie zagojenie. Chora przytęła i „zaokrągliła się“, wszystkie objawy znikły ¹⁾.

„Jako! powie ktoś, „operować gdy nie ma guza, żółtaczki i kolki!“ Mieć chorych z temi objawami, to rzecz bardzo wygodna dla nas, gdyż nie mamy potrzeby łamać sobie głowy nad rozpoznaniem, lecz—mocno niewygodna dla chorego, gdyż żółtaczka bardzo utrudnia zadanie chirurgowi. Mówi się o kolce! 10 operowano (z liczby 50) chorych, którzy jej wcale nie mieli. Guz? Z 50 przypadków 14 razy wyczuwano pęcherzyk bez wielkiej pewności, w 11 był on ukryty pod „wyrostkiem językowym“ i niewyraźnie dawał się wyczuwać. Żółtaczka? Większa liczba operowanych nigdy jej nie miała. Jeżeli na te trzy objawy mamy czekać, w takim razie chorzy nasi godni są pożalowania.

Co się tyczy kamicy żółciowej połączonej z żółtaczką, doświadczenie poucza, że żółtaczka co prawda jest najpewniejszym objawem kamicy żółciowej, że jednakże wraz z żółtaczką zaczyna się szereg pytań, których nie mamy wcale w kamicy żółciowej bez żółtaczki. Jeżeli kamica żółciowa przebiega objawiając się jedynie napadami kolki, dla leczenia mamy pole otwarte. Skoro przyłączyła się żółtaczka, nie wątpimy tyle o kamicy żółciowej, ale zapytujemy: gdzie się kamienie znajdują? czy są w pęcherzyku lub przewodzie pęcherzykowym (żółtaczka zapalna, towarzysząca), czy zawędrowały kamienie już do przewodu żółciowego? wszystkie czy tylko niektóre? czy pozostały tam jedno, a drugie drogą naturalną zostały wydalone? czy nie ma czasem *gastroduodenitidis*? czy nie ma innych zmian chorobowych, które zniosły drożność *d. choledochi*? a rak wtórny wątroby lub inny jaki nowotwór wątroby? Słowem, nieskończona litania pytań, dręczących sumiennego lekarza. W braku żółtaczki zapytujemy jedynie: czy są kamienie w pęcherzyku żółciowym czy też ich nie ma?

Leczenie. „Ponieważ rozpuścić kamieni nie możemy, cały nasz arsenał środków lekarskich dąży do powiększenia ciśnienia żółci (*gallentreibende Kraft*) w celu wypędzenia kamieni, jeżeli te nie są zbyt wielkie“. Są to słowa FÜRBRINGERA. Nie można zaprzeczyć, że pod wpływem alkaliów to się udaje, ale kamienie często także zostają wepchnięte w przewody i zatykają je. Małe kamienie (do $\frac{3}{4}$, ct. grubości) przechodzą do dwunastnicy (wywołując wielkie bóle), to prawda, lecz jeżeli wpędzamy wię-

¹⁾ Chore takie miałem sposobność widzieć. Obraz kliniczny jest tak straszny, że chore w oczach naszych nikną (litrami całemi chore wymiotują żółć zmienioną, zmieszaną często ze śluzem i ropą), a jednak wczesna operacja niewątpliwie by je uratowała. Obydwie chore, jakie widziałem, zmarły, nie poddawszy się operacji. Może nastąpić i samowyleczenie, jeżeli przetoka żołądko-przewodowa zabiłżni się i skurczy, co również widziałem. Nigdy nam jednak na to liczyć nie wolno; takie chore musimy operować i to jaknajśpieszniej, aby najlepszej chwili nie stracić dla uratowania chorej, która bez operacji zginie prawie niechybnie. *Grundzich.*

ksze kamienie do przewodu pęcherzykowego, czynimy choremu wielką krzywdę. Kamień w łatwo dla noża przystępnym pęcherzyku jest czysto miejscowem cierpieniem, stosunkowo niewinnem, kamień zaś w głębszych przewodach jest ciężkiem ogólnem cierpieniem, musimy go zatem wydalic zanim się wgląb dostanie, jeżeli tylko posiada nieco większe rozmiary.

„W przypadku, w którym mimo wszystkie środki higieniczne, farmaceutyczne, balneologiczne, kolkę wątrobową i inne dolegliwości dalej trwają, zamieniając życie chorego w pasmo cierpień, gdy grozi zatrucie żółcią (*cholaemia*) i ropnica, usilnie doradzam choremu, aby położył kres niebezpieczeństwu jakie mu zagraża, poddając się operacji“ mówi FÜRBRINGER. „Nie, Szanowny Kolego, (mówi RIEDEL) w początku tragedji, nie zaś w końcu, współczesna chirurgia powinna wkraczać w swoje prawa, powinna ona działać profilaktycznie, usuwając kamienie z pęcherzyka, zanim przejdą do głębokich przewodów; wtedy przynosi nam ona prawdziwe błogosławieństwo“. Ratuszek mamy i wówczas, gdy grozi zatrucie żółcią i ropnica, ale zabiegi operacyjne są bez porównania poważniejsze, gdy w pierwszym wypadku zabiegi te są łatwe (*spie-lend leicht*), i pozbawione wszelkiego niebezpieczeństwa, gdy idzie o usunięcie kamieni z pęcherzyka! Jeżeli zechcemy w jednym rzędzie postawić operację kamienia pęcherzykowego z otwarciem jamy brzusznej (coeliotomią) przy *ileus*, jak to uczynił FÜRBRINGER, popełnimy duży błąd. Przy zamknięciu światła kiszek z góry wiemy, że idzie o zabiegi poważne, szeroką ranę brzuszną wobec złych warunków (wzdęte kiszkę, zapalenie otrzewny); tam zaś działamy w warunkach możliwie doskonałych (powierzcho-wny narząd, mała rana brzuszna (5 ctm. wynosząca), zdrowy brzuch i t. d.). Dzień od nocy, powiada autor, chyba się więcej nie różni, niż cięcie pęcherzyka od cięcia *d. choledochi*, a wszakże pomiędzy tem ostatniem a operacją *ilei* jest jeszcze spora różnica. A więc, operować wcześniej, nie późno, powinno być naszym zadaniem.

Ale głos ten, mówi autor, będzie głosem wołającego na puszczy. Co poradzi jednostka lub szereg jednostek wobec doświadczenia i zwyczaju datującego od stuleci? Silne mury Karlsbadu odbijają wszelkie napady nawet wówczas, gdy setki i tysiące ludzi straci zdrowie i życie. Ileż by ta miejscowość zyskała na sławie, gdyby tam dobrze motywowano wskazania lekarskie. Ilość gości zmniejszyłaby się trochę, ale wieniec sławy, jaki otacza tę miejscowość, zieleniałby i kwitł, jak dotąd nigdy!

Oto są wskazania, jakie autor podaje:

1) Środki wewnętrzne są wskazane przy kamicy żółciowej (a więc i wody alkaliczne), jeżeli nastąpiła kolkę z żółtaczką bez długotrwałych antecedenów (ściskanie w dolku, bóle, wymioty). Ponieważ ich nie ma, przypuszczamy, że żółtaczką jest kamieniopochodną, dalej, że w pęcherzyku są tylko małe kamienie, które łatwo przechodzą; można się tu pomylić, dla większej jednak liczby chorych pogląd ten będzie odpowiadał istocie rzeczy.

Jeżeli w stolcu znajdziemy małe kamienie, będziemy dalej dawać alkalia, gdyż kamienie są zwykle równe (co do wielkości swojej); środki takie jak rheum będą tu również właściwe. Przyjeliśmy wyżej, że w większej (?) liczbie przypadków kamicy mamy małe kamienie, dobrze przechodzące przez przewody, więc większa (?) liczba chorych dotkniętych kamicią będzie leczoną i wyleczoną przy pomocy środków wewnętrznych.

2) W pewnej części tych przypadków kolkę trwać będzie dalej, kamienie nie ojedną, choć czekać będziemy miesiące, i wówczas przyjdziemy do przekonania, że podejrzewane małe kamienie (a może są i duże z małemi pospół) nie przechodzą—pozostaje jedynie operacja.

3) Zupełnie inaczej ma się rzecz, gdy kolkę wraz z żółtaczką poprzedziły długo trwające objawy chorobowe. Wówczas poweźmiemy przekonanie, że mamy do czynienia ze starą puchliną pęcherzyka żółciowego (*hydrops vesicae felleae*), a żółtaczką jest towarzyszącą, zapalną. Jeżeli dalsza obserwacja to potwierdzi (znikanie żółtaczki, zjawianie się kolek bez żółtaczki), operować musimy bez straty czasu, aby kamienie wgląb się nie dostały.

4) Bezwarunkowo wskazaną jest operacja przy kolkach bez żółtaczki; w tym razie dawać środki żółciopędne jest więcej niż błędem, gdyż z pęcherzyka łatwo kamień usunąć, z głębi—trudno. Ponieważ w tych razach kamienie są przeważnie duże, żółciopędne środki na szczęście nic nie robią, ale nie należy ich stosować (strata drogiego czasu, możliwa szkoda z ich zastosowania).

5) Wskazaną jest również operacya przy kamieniach, które dają trwale dolegliwości (bez kolki) a więc w części przypadków z otwartym przewodem pęcherzykowym. Kolka wystąpić może lada chwila i kamienie wsunięte zostaną głębiej.

6) Wskazaną jest operacya przy uporczywej długotrwałej żółtaczce (zatkanie przewodu żółciowego (*d. choled.*) przez kamienie). Lepiej operować aniżeli pozwolić, aby kamienie siały zniszczenie (owrzodzenia), wywoływały cholemię i t. d.

7) Wskazaną jest wreszcie operacya we wszystkich zaniedbanych przypadkach kamicy (lub źle leczonych). Nie zawsze tu chorego wyratujemy, gdy sprawa jest ropną, gdy żołądek i kiszkę są przedziurawione, wątroba zwyrodnioną, gdy grozi cholemia i ropnica, przychodzimy tu bowiem z operacją za późno, zupełnie jak przy zamknięciu światła kiszek, gdy wystąpiło zapalenie otrzewny. Ale przy dobrotliwym (*sic!*) (*benigne*) cierpieniu, jak kamica żółciowa, musimy walczyć do ostatniej chwili, aby śmierci wyrwać ofiarę.

„Świętym obowiązkiem rozumnego lekarza jest ciągle zwracanie uwagi chorego na wszystkie możliwe zejścia kamicy żółciowej i ciągle stałe doradzanie choremu, aby się poddał operacyi, jeżeli się wskazaniamu ku temu. Tego od nas wymaga wiedza i uczucie ludzkości”.

Musiałbym ramy tego streszczenia rozszerzyć niepomniernie, gdybym zechciał przytoczyć rozmaite spostrzeżenia i uwagi autora, dotyczące się rozpoznania i leczenia kamicy żółciowej. Główne podałem; są one wysoce cenne zarówno dla praktyka jak dla chirurga. Niech mi darowanem będzie, żem pominął szczegóły samej operacyi. Autor wykonywał cholecystotomię (*zweizeitig*). Jestem przekonany, że chirurg przeczyta dzieło to w oryginale.

Warszawa 9 Grudnia 1892.

Sprawozdanie z wykładu profesora M. Nenckiego o cholery, mianego w Tow.

Lek. Warsz. na posiedzeniu nadzwyczajnem w d. 10 Stycznia r. b.

(Dokończenie. — Zobacz Nr. 2).

Jednocześnie z wyżej wymienionemi pracami, prowadzone były badania praktyczne nad wyjąławianiem wody. Woda wodociągów nigdy nie jest wolną od mikrobów. Filtry Chamberlanda działają niezmiernie powolnie i są drogie; natomiast nowo wynalezione przez inżyniera niemieckiego Berkenfelda filtry z ziemi okrzemkowej nie przepuszczają nawet najdrobniejszych bakterii (np. b. posocznicy myszy) i filtrują bezporównania prędzej. Woda z tych filtrów jest absolutnie wolną od wszelkich tworów morfotycznych. Filtry te są bardzo rozpowszechnione w Niemczech, gdzie kosztują 30 marek (w Petersburgu 30 rsr.); oddzielna świeca na zmianę 5 marek. Czyszczenie jest łatwe. Filtrów tych są dwa rodzaje; jeden stosowany do wodociągu, drugi do filtrowania wody wprost, nawet z kałuży. Ten ostatni jest nieco droższy. Badania nad nieprzepuszczalnością i szybkością działania filtrów prowadzi obecnie asystent Instytutu DZIERZGOWSKI, który wyniki swych badań niebawem ma ogłosić.

Dalsze prace Instytutu miały na celu wynalezienie dobrego i taniego środka antyseptycznego, gdyż zapasy karbolu już w początku epidemii zostały wyczerpane. Jeszcze w Bernie zwrócił uwagę prelegent na dziegieć (bukowy) jako na przetwór posiadający własności dezynfekcyjne. W Rosyi rozpowszechniony jest dziegieć brzozy i sosnowy. Środek ten, odznaczający się tanią i ciesząc się sympatją ludu rosyjskiego, należało zbadać pod względem chemicznym i bakteriologicznym. Badania, rozpoczęte w tym kierunku przez prelegenta, już obecnie dały wyniki pomyślne. Dziegieć brzozy zawiera fenole: gwajakol, krezol, homogwajakol i związki pyrogallowe, które powodują czernienie tego dziegciu na powietrzu, gdy tymczasem w dziegciu sosnowym przeważają związki pyrokatechinowe. Pod względem własności przeciwniepalnych dziegieć nie ustępuje fenolowi. Badania bakteriologiczne robione były nad fenolami wydzielonemi i dziegiem *in toto*. Okazało się, że dziegieć sosnowy działa przeciwnie 6 razy silniej i jest 10 razy tańszy, aniżeli dziegieć brzozy. Sosnowy więc dziegieć ma przed sobą przyszłość w Rosyi jako *antisepticum*. Początkowo, aby otrzymać płyn antyseptyczny, mieszano dziegieć z roztworem ługu potasowego lub sody; następnie przekonano się, że dostatecznem jest dziegieć dobrze rozmieszać z wodą ciepłą w stosunku 1:10. W mieszaninie tej bakterie choleryczne giną w ciągu kilku minut, *streptococcus pyo-*

genes, staphylococcus aureus w ciągu półgodziny. Oczywiście byłoby właściwiej wydzie-
lić z tej mieszaniny czyste gwajakole i stosować jako antyseptyk; to tylko, co od-
powiada czystemu fenolowi. Jest to rzecz nietrudna, która z postępowaniem chemii farma-
ceutycznej zapewne w niedługim czasie rozwiązana będzie jako w zupełności możliwa.
Życzeniem, ażeby postęp w tym kierunku jak najprędzej przeszedł w dziedzinę faktów
spełnionych, zakończył prelegent swoje przemówienie

Dyskusya.

Kol. BUJWID zapytuje, czy wobec niewątpliwie swoistego działania jodoformu na
hodowle bakterii cholery, nie były robione w Instytucie dalsze próby w celu przekona-
nia się o leczniczych własnościach jodoformu w cholere.

PRELEGENT. Doświadczeń z jodoformem nie robiono, gdyż chodziło głównie o wy-
nalezienie taniego, praktycznego środka dezynfekcyjnego, dostępnego dla ogółu.

Kol. BUJWID. Czy filtry Berkenfelda próbowano w Instytucie przez czas dłuższy.
Z badań BUJWIDA wynika, że filtry działają dobrze 2—3 dni; następnie, w wodzie
przefiltrowanej przez nie znajduje się więcej bakterii, aniżeli w wodzie wziętej do fil-
trowania. Zależy to od tego, że bakterie przerastają przez ściany filtru i następnie odry-
wają się w znacznych ilościach przy filtrowaniu. Próby nad dziegieciem, prowadzone
u nas przez BUJWIDA, dały nieco odmienne wyniki. Nasz dziegieć brzozowy jest lepszy
od sosnowego. Brzozowy działa lepiej od słabych roztworów fenolu. Należy zwrócić
uwagę, że fenol surowy (zawierający 16% fenolu czystego) działa silniej od fenolu kry-
stalicznego. 1 *pro mille* surowego fenolu zabija hodowle choleryczne w buljonie już po
upływie kwadransa, gdy w tymże czasie wywiera działanie dopiero 5% czyli półpro-
centowy roztwór krystalicznego fenolu. Stąd BUJWID wyprowadza wniosek, że w kwasie
karbolowym nie fenol, lecz związki uboczne działają właściwie dezynfekcyjnie, przynaj-
mniej co się tyczy cholery. Gdzie więc fenolu niema, można zalecać dziegieć; u nas
jednak dziegiu mamy w ogóle mało, natomiast posiadamy wielką obfitość wapna, które
czyni używanie dziegiu jako środka dezynfekującego zbyt cennym. 1 *pro mille* emulsji
wapiennej zupełnie wystarcza do zabicia bakterii cholerycznych w ciągu kwadransa.
(Do tegoż potrzeba 2⁰/₀₀ dziegiu).

PRELEGENT. Rad jestem, że kol. BUJWID zwrócił uwagę na sprawy zanieczysz-
czania się filtrów. Filtry 2 razy na tydzień należy czyścić szczotką zewnętrznie. Naj-
przód należy zebrać osiadającą masę z powierzchni, a następnie filtr dobrze wygoto-
wać w wodzie z sodą. W ten sposób traktowana świeca filtrowa nawet po 4 miesią-
cach jest jeszcze zdalna do użytku. Filtry Chamberlanda mają cieńsze ściany, więc
pasorzyty łatwiej przez nie przerastają. W filtrach Berkenfelda błękit lazurowy nawet
po kilku dniach filtrowania zabarwił zaledwie 1—3 milimetrów grubości ściany świe-
cy, gdy reszta pozostała biała.

Dziegieć bynajmniej nie jest lepszym od wapna jako *desinficans*; zalecać go nale-
ży tam tylko, gdzie się znajduje w obfitości. Co się tyczy użycia wapna, to przede-
wszystkiem musi ono być świeże, niegaszone, a następnie winno dobrze być rozmieszane
w roztworze, gdyż w pewnej koncentracji płynu pozostające grudki są nieczynne,
a skuteczność środka wtedy jest wątpliwa.

Kol. BUJWID ponownie zaznacza, że, chcąc mieć z filtru Chamberland'a czy Ber-
kenfeld'a wodę wyjałowioną, należy co 3—7 dni po oczyszczeniu szczotką, świeczki filtru-
jące wygotować w ciągu 1/2—1 godziny. Inaczej woda jest niepewna. Filtr Berkenfelda
prędzej filtruje ale się równie prędko zanieczyszcza jak i filtr Chamberland'a. Przytem
jest on u nas niepomieranie drogiem.

Kol. FABJAŃ zapytuje, czy istnieją dowody doświadczalne, że we wspomnianej
mieszance bakterii cholerycznych mamy do czynienia nie tylko z *symbiozą* ale
także z *syngenezą* pasorzytów?

PRELEGENT odpowiada, że, zdaniem jego, jest to prosta mieszanina kultur, bez
wzajemnej koniecznej zależności biologicznej; przyczem możliwe są najrozmaitsze kom-
binacje.

PREZES. W Warszawie nie było obszernej epidemii cholery, ten jednak materiał,
jakim rozporządzano, był wyzyskany należycie. Mówca miał sposobność zrobić 27 ba-
dań posmiertnych (3 w Lublinie i 24 w Warszawie). Pod względem bakteriologicznym
przedewszystkiem zwracano uwagę na bakterie KOCHA i te znaleziono we wszystkich
przypadkach (jeden tylko był wątpliwy). Hodowle otrzymywane zawsze były mniej lub

więcej zanieczyszczone domieszką innych bakterii, których natury bliżej nie badano. Dr. REKOWSKI ze swych sekcji przyszedł do wniosku, że ludzie zdrowi są odporniejsi na laseczniki choleryczne; zapadają zaś na cholere przeważnie ludzie przedtem już chorzy. Wyniki badań mówcy były odmienne. Prawie wszystkie trupy należały do ludzi przedtem zupełnie zdrowych i zmiany anatomo-patologiczne w nich znajduwane, zależne były li tylko od cholery. Raz tylko znaleziono wyraźne zapalenie nerek, raz amyloidalne zwyrodnienie nerek i wątroby. Natomiast zwrócił uwagę mówcy fakt, że kobiety ciężarne łatwo ulegają cholercie; w szeregu sekcji, dokonanych przez mówcę, były 3 trupy położnic.

Prof. NENCKI. Rzecz tę wykryją dalsze badania. Co się tyczy położnic, to w statystyce REKOWSKIEGO jest ich 25% *post partum* lub *abortionum*.

Kol. BUJWID zwraca uwagę na to, czy szerzenie się pasorzytów cholerycznych w organach osób zmarłych na cholere w statystyce REKOWSKIEGO, nie należy do pewnego stopnia poczytać za zjawisko pośmiertne, w obec tego, że REKOWSKI robił sekcye w 8—11 godzin po śmierci chorego.

Na tem zakończono dyskusję, po której Prezes podziękował prelegentowi za łaskawe podzielenie się z Towarzystwem wynikami tak ważnych badań.

Listy o organizacyi pomocy lekarskiej przy fabrykach.

L I S T I I I.

Treść: Dozór sanitarny w fabrykach, jego względna moralność.—Opisy sanitarne fabryk, ich wartość naukowa i praktyczna.—Badanie stanu zdrowia nowowstępujących robotników, korzyść stąd wynikająca dla właścicieli i pracujących.—Wartość naukowa badań stanu zdrowia nowowstępujących.—Szczepienie ospy robotnikom.

Ustawa fabryczna, jak to już nadmieniliśmy, wkłada jeszcze na lekarza obowiązek dozoru sanitarnego nad fabryką i lekarskich oględzin nowowstępujących robotników. Co do pierwszego, przyznać musimy, teoretycznie rzecz biorąc, że taki dozór sanitarny, sumiennie spełniany, przynieść powinien wielką korzyść pracującym. W praktyce jednak rzecz ta zupełnie inaczej się przedstawia. Lekarz fabryczny jest najpierw w zupełności zależny od właścicieli i administracyi fabryk; może więc on być ich doradcą, lecz nigdy kontrolerem lub stanowiącym przepisy. Powtóre, nie posiadamy wcale objętych prawodawstwem przepisów higieny fabrycznej; lekarz więc musi sam te przepisy stanowić na zasadzie tego, co mu nauka dyktuje. Wykonywanie zaś zleceń lekarza zależeć będzie jedynie od dobrej woli właściciela lub administracyi. O jakimś zobowiązaniu lub nacisku ze strony lekarza i mowy tu być nie może. Ograniczając się tylko na roli doradcy, mógłby lekarz wiele zrobić, lecz przedewszystkiem powinien się sam dokładnie wtajemniczyć w warunki sanitarne fabrykacyi, dokładnie poznać stan zdrowotny robotników; wtedy, przedstawiając wyrozumowane wnioski właścicielowi, mógłby prędzej wpłynąć na pewne zmiany w kierunku sanitarnym. Mając na uwadze doniosłość tych obowiązków, lekarz nie powinien szczędzić swych trudów w celu sumiennego i wszechstronnego zbadania sanitarnego stanu fabryki. Jest to jego obowiązek obywatelski. Już w r. 1889, w opisie sanitarnym fabryki worków jutowych firmy Hille i Dietrich, zwracałem uwagę na ten obowiązek lekarzy fabrycznych, mając nadzieję, że opisem tym dam początek całemu szeregowi prac podobnych, tymczasem oprócz jednej pracy kol. Edwarda KOHNA, pomieszczonej w „Zdrowiu” w 1892 r., żadnego ruchu w tym kierunku dotychczas nie spostrzegam. A szkoda! poznalibyśmy tym sposobem stan zdrowotny całej setki tysięcy ludzi, wpływ olbrzymio rozwiniętego naszego przemysłu na masy ludności, a w końcu umiemytnem i oględnem podawaniem wskazówek sanitarnych wpłynęlibyśmy na ich uwzględnienie przez właścicieli, co przyniosłoby nieobliczone korzyści samym robotnikom. Do tego wszystkiego potrzeba tylko odrobinki dobrej woli, nie więcej. Wzory są gotowe, bądź w pracy mojej i kol. KOHNA, bądź w całych tomach podobnych wydawnictw rossyjskich POGOŻEWA, ERICHSENA i t. p. Talent pisarski do tego rodzaju prac sprawozdawczych, cyfrowych, nie jest wymagany, a brak czasu nie może być wymówką, gdyż zbieranie dat prowadzić można dorywczo w czasie wykonywania praktyki lekarskiej. Potrzeba nam jednym słowem trochę dobrej woli i zrozumienia swego obowiązku, a opisy sanitarne zakładów przemysłowych nie będą się pojawiać tak rzadko, jak dotychczas.

Badanie lekarskie nowowstępujących robotników nie we wszystkich fabrykach jest praktykowanym. Ustawa nie kładzie na badanie to zbyt wielkiego nacisku, a właściciele nie pojmują dokładnie korzyści systematycznego i ścisłego przedwstępnego badania robotników. Tylko ci właściciele, którzy już mieli sprawę sądową o przyznanie wynagrodzenia robotnikom wskutek utraty zdrowia przy pracy w fabryce, pojmują całą doniosłość tych oględzin lekarskich i wymagają ich koniecznie od swych lekarzy. Rzeczywiście, sprawy sądowe łatwo w tych warunkach wynikać mogą. Przyjęty np. do fabryki bywa robotnik z jaglicą oczu: pod wpływem kurzu i jaskrawego oświetlenia gazowego stan jego choroby pogarsza się, występuje nieraz przy nieodpowiednim zachowaniu się zniekształcenie rogówki i utrata wzroku. Robotnik całą winę przypisuje wówczas pracy fabrycznej i wymaga od właściciela, żeby mu dał utrzymanie dożywotne. Podobne przypadki mogą się zdarzać często; niekiedy odgrywa tu też rolę nadużycie ze strony robotnika. Inspekcje fabryczne mogłyby dać tu najlepsze świadectwo, przytaczając tylko liczbę tego rodzaju skarg i zażaleń ze strony robotników, zupełnie niesłusznych w większości przypadków.

Nietylko samym właścicielom badanie nowowstępujących robotników korzyść przynieść może. Weźmy podany powyżej przykład robotnika z jaglicą: gdyby ten robotnik nie pracował w fabryce, lecz otrzymał zatrudnienie mniej szkodliwe dla jego wzroku, zapewne stan jego choroby nie pogorszyłby się w takim stopniu i długie jeszcze lata pozostałby zdolnym do pracy. To samo powiedzieć można o żylakach na dolnych kończynach, które zwykle przy robocie fabrycznej, wymagającej całodziennej pracy w postawie stojącej, pogarszają się znacznie i czynią w końcu człowieka niezdolnym do pracy. To samo *mutatis mutandis* powiedzieć można o przewlekłych chorobach płuc i t. d. Dla samego więc robotnika, dla jego przyszłego losu, nie może być bez korzyści ścisłe zbadanie przez lekarza jego zdolności do pracy fabrycznej. Wynika stąd, że podobne przedwstępne badanie powinno być obowiązkiem.

Niepodobna ułożyć ścisłych ogólnych przepisów co do chorób, jakie mogą być przeszkodą do przyjęcia robotnika. Rodzaj fabrykacji i wymagania rodzaju pracy odgrywają tu najważniejszą rolę. Od pracującego przy drodze żelaznej wymagane są głównie: bystrość wzroku, dokładne rozpoznawanie barw i dobry słuch. Braki w tych zmysłach przeszkadzają stanowczo w przyjęciu do służby, gdy tymczasem te same braki są nieznaczające dla pracującego w mechanicznych fabrykach. Rozważając tedy warunki samej fabrykacji, jej możliwe wpływy, lekarz powinien w każdym poszczególnym przypadku ułożyć sobie pewien szemat, którym przy badaniu kierować się należy. Wrazie odnalezienia wad, które nie przeszkadzają bezwzględnie w możliwości pracy, ustawa, mając na uwadze zarobkowanie robotnika, pozwala administracji przyjmować dotkniętych wadą organiczną, wymaga tylko koniecznie, żeby robotnik o swej chorobie był powiadomiony i dał piśmienne poświadczenie, że nie będzie rościł do fabryki pretensyi w razie pogorszenia swej choroby. To ostatnie uwzględnienie ustawy, przy dużym u nas popycie pracy, nie bywa zwykle stosowane przez właścicieli: dotkniętych wadą organiczną, notowaną przez lekarza, fabryka wcale nie przyjmuje. Co do chorób, jak świerzb, syfilis i t. p. to nie mogą one bezwzględnie przeszkadzać w przyjmowaniu do fabryki. Uwzględniając jednak możliwość rozszerzenia się tych chorób drogą zarażenia, należy koniecznie wymagać, żeby robotnik był z nich zupełnie wyleczony przed wstąpieniem do fabryki. Na syfilityków należy prócz tego baczną zwracać uwagę i od czasu do czasu poddawać ich ścisłej rewizyi. Są to wszystko kwestye, o których ustawa nie wspomina, ale które często nasuwają się lekarzowi fabrycznemu, i lekarz rozwiązywać je powinien, kierując się wskazówkami nauki.

O szczepieniu ospy przepisy również nie wspominają. Należy jednak przy przedwstępnem badaniu baczną na tę okoliczność zwracać uwagę i szczepić każdemu nowowstępującemu robotnikowi ospę ochronną, jeżeli jej nie miał poprzednio szczepionej, lub nie przechodził naturalnej. Tym sposobem może unikniemy tych strasznych epidemii ospy, jakie grasowały w ostatnich czasach w Łodzi, w Dąbrowie górniczej i w innych miejscowościach fabrycznych.

Wogóle ścisłe badanie nowowstępujących robotników jest rzeczą pod względem sanitarnym niesłychanie ważną i należy wykonywać je sumiennie, z zupełnem przeświadczeniem o wielkiej wadze tej czynności. Nawiasem mówiąc, nie zawsze się ono tak odbywa. Przeciężony robotą lekarz fabryczny patrzy na tę czynność z niechęcią i często załatwia ją pobieżnie. Wprowadzenie osobnego wynagrodzenia za tę czynność zmieniłoby prawdopodobnie sposób jej traktowania.

Trzeba uwzględnić przy badaniu przedwstępnem jeszcze jedną okoliczność, mianowicie przyczynę naukową, jaki te badania stanowią. Dlatego też w kartach przyjęcia radziłbym notować wiek wstępującego, miejsce urodzenia, poprzednie zajęcie, stopień wykształcenia i t. p. uwagi, które może bezpośredniego sanitarnego znaczenia nie mają, ale mogą stanowić ważny materiał statystyczny.

Powyższem kończę listy o organizacji pomocy lekarskiej przy fabrykach. Szczupłość miejsca nie pozwala mi szczegółowiej kwestyi tej rozbić; lecz uwagi moje, choć luźne, wynikają nie z teoretycznego rozumowania, ale z 7-oletniej praktyki fabrycznej. Każdy punkt, podnoszony tutaj, był już wielokrotnie przeze mnie obmyślany, a nawet przedyskutowany w gronie kolegów lekarzy fabrycznych. W każdym razie uwagi na tem polu innych kolegów, głównie zaś starszych lekarzy fabrycznych, byłyby, sądzę, mile widziane. Rzecz sama, roztrząsana z różnych stron, zyskałaby tym sposobem na wyświetleńiu, a nie pozostałoby to bez wpływu na jej praktyczne zastosowanie.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= *Clou de Biskra*. Mimo sławy Algieru jako miejscowości klimatycznej, mimo piękności oazy Biskry z jej wspaniałymi lasami palmowemi, istnieje tam jednak choroba endemiczna, znana pod wyżej wymienioną nazwą. Napada ona po krótkim już tam pobycie wszystkich prawie europejczyków, szczególnie w październiku. Powstaje ropień niebolesny, najczęściej na twarzy, który goi się powoli i pozostawia szpetne blizny. Istota choroby dotąd pozostaje niewyjaśnioną. (D. med. Ztg. 1—93).

= Pod nazwą *Mediterranean fever* opisują pewną chorobę, zjawiającą się w niektórych punktach morza Śródziemnego, szczególnie na Malcie. *Heughes* odróżnia ją ściśle od tyfusu i malarji. Jest to przewlekła, miesiące trwająca gorączka o charakterze zwałniającym; w odstępach 1—3 tygodni występuje 2—3 dniowa intermisja. Śledziona z początku znacznie powiększona, później twardnieje i kurczy się. Gruczoły krezkowe lekko obrzmiewają. H. wyhodował ze śledziony mikrokok, który z dodatnim wynikiem szczepił małpom. Kokki te są owalne, żywo się poruszają, układają w krótkie łańcuszki i łatwo się barwią anilinowemi barwnikami. (Lancet 3614—92).

= *Kovacs* opisał przypadek dysenterji amebowej, która powstała u chorej przed 12 laty na Sumatrze i przeszła w stan przewlekły. 2—3 śluzowo-krwawe stolce dziennie, w których znaleziono bardzo liczne *ameba coli Lösch'a*. K. wprowadzał kotom do odbytnicy stolce te, i z 50 doświadczeń otrzymał w 5 wynik dodatni. Badanie histologiczne kiszek zwierząt tych, które za życia oddawały stolce z amebami, wykryło, iż ameby wcale do błony śluzowej nie wnikały, a jeśli napotykało się wnikanie, to jedynie tam, gdzie poprzednio istniały zmiany nekrotyczne w kiszce. A zatem ameby są w stanie wywołać nieżyt kiszek grubej i, w razie uszkodzeń błony śluzowej, mogą w nią wnikać, podtrzymując w niej sprawy wrzodziejące. Jest to choroba bardzo uporczywa. Ławatywami chi-

niowemi osiągnął K. skutek zaledwo przemijający. (D. med. Ztg. 100—92).

= Z liczby 243 kobiet, leczonych przez *TIPIAKOWA* w szpitalu Saratowskim na cholerę, było 7 ciężarnych; z tych jedna pierwiastka. U wszystkich nastąpiło przerwanie ciąży. Skurcze macicy wystąpiły jednocześnie z kurczami w łydkach. Pierwszy okres porodu następował szybko, drugi (wydalający) trwał bardzo długo, skutkiem braku bólów. Płody były obumarłe. Łożysko pokryte było pośrodku czarnym twarzym skrzepem i było wydalaniem jednocześnie z płodem. Mimo słabych skurczów macicy po porodzie, krwotok nie występował. Tylko pierwiastka pozostała przy życiu, reszta zmarła. Połóg przebiegał normalnie, lecz brakło odchodów, a inwolucja macicy postępowała bardzo powolnie. (Med. Obozr. 18—92).

= O szkodliwych składnikach zabawek gumowych podaje niektóre szczegóły *BULOWSKI*. W ogóle, nieszkodliwymi są te, które pływają po wodzie, są elastyczne i miękkie. Im większym bywa ciężar gatunkowy zabawki, tem więcej zawiera ona części mineralnych, a zatem należy do gatunków gorszych. Czarne lalki zawierają trujący tlenek ołowiu, szare, tlenek cynku. (Arch. f. Hyg. 15—92).

— „*The musical Times*“ dowodzi, iż fortepiany często bywają krzewicielem zarazy, skutkiem nagromadzonego w nich pyłu z bakteriami chorobotwórczymi.

= *G. BELDAU* w swojej broszurce: *Über die Trunksucht und Versuche ihrer Behandlung mit Strychnin* Jena 1892, przychodzi do wniosku że: 1) Leczenie pijaństwa saletrzanem strychniny daje zawsze mniej lub więcej pomyślne rezultaty i 2) Strychnina jest do pewnego stopnia fizyologicznym antagonistą alkoholu. Im większe dawki i im dłużej je stosowano, tem lepsze otrzymywano wyniki (3 razy dziennie strychniny 0,005—0,01 podskórnie lub 0,03 wewnątrznie). Alkoholicy znoszą względnie duże da-

wki strychniny; obawy działania kumulacyjnego niema.

— Senat paryżki 22 Listopada r. z. wydał prawo, mocą którego każda osoba, nie posiadająca dyplomu lekarskiego a zajmująca się pra-

ktą, skazaną będzie na karę pieniężną od 100 do 500 frank., powtórnie od 500 do 1000 frank. i więzieniem od 6 dni do 6 miesięcy. Za nieprawne przywłaszczanie sobie tytułu lekarza, kara dochodzi do 3000 frank. i roku więzienia.

Wiadomości bieżące.

— Pan A. Baumgarten właściciel apteki w Drobinie (Gub. Płocka) uwiadamia nas, iż w temże mieście, gdzie poprzednio stale przez czas dłuższy zamieszkiwał lekarz, jest do zajęcia miejsce w każdej chwili. Mieszkańcy miejscowi upraszają za pośrednictwem korespondenta którego z pp. lekarzy, o zamieszkanie w tej miejscowości. Mieszkanie wraz z usługą i umeblowaniem, jak p. B. zapewnia, oczekuje w każdej chwili lekarza.

— Dnia 25 Grudnia nastąpiło w Petersburgu otwarcie zjazdu lekarskiego, mającego obradować nad cholera. Przybyło 150 lekarzy, wysłanych z 78 gubernii; oprócz tego przybyli delegaci różnych ministerjów, członkowie Rady Lekarskiej, profesorowie Akad. Lek., lekarze szpitali miejscowych i t. d. Odczytano 3 referaty: o przebiegu i ruchu cholery w Państwie, o środkach zapobiegawczych i o drodze przedostania się epidemii do Rosyi. Nazajutrz rozpoczęły się posiedzenia sekcyjne (S. Pet. m. Woch. 51—92).

— Wszyscy studenci uniwersytetu Tomskiego, czynni podczas epidemii cholery, zwolnieni zostali od opłaty wpisowego i czesnego aż do ukończenia kursów.

— 20 Grudnia otworzono uroczyste nową pracownię chemiczną w petersburskim instytucie dla medycyny doświadczalnej.

— Odeski wojenny sąd okręgowy, w sprawie nieporządków zaszłych w Józowie podczas epidemii cholery, skazał 4-ch wichrzycieli na powieszenie, 8-iu na 15-letnie ciężkie roboty, 30-tu na rotę aresztanckie, 32-ch na więzienie, 7-u niepełnoletnich na areszt 3-tygodniowy, 27-iu zaś uniewinnił. (Wracz 51—92).

— Sąd wojenny w Saratowie, z powodu zamieszek w czasie epidemii cholery, skazał 23 na powieszenie, 38 na ciężkie roboty, 18 na więzienie, 75 uniewinnił. (Progr. med. 50. 92).

— 24-go Grudnia Uniwersytet Dorpacki obchodził 90-ą rocznicę swego założenia. Prof. KOBERT wydał z tego powodu dzieło, w którym między innemi zestawiono działalność wydziału lekarskiego za cały czas ubiegły. Wymieniono tu 1500 nazwisk. (SPet. m. Woch. 51—92).

— Nagroda Leonte Paryskiej Akad. Nauk w ilości 50000 franków przyznana została dziełu Villemain'a o zakaźnych własnościach gruźlicy. Autor odznaczonej pracy, którą Pasteur nazwał epokową, nie doczekał się niestety jej uwieńczenia.

— Tow. opieki nad ofiarami zawodu lekarskiego przyznało 1000 fr. jednorazowo, oraz 200 fr. rocznie wdowie po lekarzu Piaseckim, który padł ofiarą cholery w Hawrze.

— Na wszystkich fakultetach francuskich jest 18545 słuchaczy, z tych w samym Paryżu 10212, najmniej w Besançon (140). Z uniwersytetów angielskich Oxford liczy 3212, Cambridge 2909.

— Od 1 Stycznia r. b. zaczęło w Berlinie wychodzić nowe czasopismo „*Medicinische Reform*“, poświęcone wyłącznie kwestjom bytu lekarskiego.

— Komitet międzynarodowego zjazdu lekarskiego w Berlinie zamknął teraz dopiero rachunki, ciągnące się od r. 1890-go. Dochody wynosiły 210000 marek, wydatki 206000 m., kosztą druku rozpraw 57000 m.

— Tow. Lek. Lond. osiągnęło dotąd 650000 marek drogą subskrypcyi, a to na cel założenia instytutu zapobiegania chorobom. Do wykonania projektu potrzeba jeszcze pół miliona marek.

— W Lizbonie założono Instytut bakteryologiczny, w którym stosowaną będzie także metoda leczenia wścieklizny sposobem Pasteura.

— Statua spiżowa słynnego ginekologa amerykańskiego Marion Sims'a wkrótce odsłoniętą zostanie w N. Yorku.

— Jak nisko cenią pracę lekarską w Peszcie, dowodzi fakt, iż miejscowa kasa chorych ogłosiła wynagrodzenie za udzielenie porady u chorego w domu w cenie 40 krajcarów. Mimo to mnóstwo lekarzy zgłosiło się. (Int. kl. Rundschau Grudz. 92).

— W Uniwersytecie Helsingforskim na 1852 studentów jest 55 studentek, z tego na wydziale lekarskim 128 słuchaczy i 4 słuchaczki. Cały okres studiów lekarskich trwa lat 8.

Sprostowanie. W Nrze 2-im na str. 32 wiersz 16, 32 i 33 zamiast pokarmowym, winno być: pęcherzykowym; w. 24 zamiast błon śluzowych, winno być: błony śluzowej.

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

Дозволено Цензурою. Варшава 7 Января 1893 г. Друк М. Зiemkiewiczowej, Krak.-Przedm. Nr. 6. Cena numeru pojedyńczego kop. 15.