

GAZETA LEKARSKA

I. DUSZNICA BOLESNA,

jako objaw samozatrucia ustroju.

(Angina pectoris toxico - alimentaria ex autointoxicacione).

Opisał

Dr med. J. Pawiński.

Starszy ordynator szpitala Ś-go Ducha w Warszawie.

„Nie ma róży, bez kolców“. Nie tylko bieda, lecz i dobrobyt przyczynia się do rozwoju cierpień, niekiedy bardzo dokuczliwych, a nawet zagrażających życiu chorego. Mam tu na myśli dusznicę bolesną, a zwłaszcza pewną jej odmianę, w etiologii której nadużycia w jedzeniu i picciu, wygodny, siedzący sposób życia pierwszorzędną odgrywają rolę.

Dotychczas rozróżniamy dwie postaci duszniczy bolesnej: 1) t. zw. prawdziwą (*angina pectoris vera*) i 2) fałszywą (*ang. pectoris spuria*). Różnią się one znacznie pod względem patogenetycznym i prognostycznym. Źródłem pierwszej są przede wszystkim zmiany w tętnicach wieńcowych serca, w aorcie i w mięśniu serca. Źródłem zaś drugiej są głównie zaburzenia w układzie nerwowym. Stąd też *ang. pectoris vera* daje gorsze rokowanie, aniżeli *ang. pectoris spuria*. Jedną i drugą postać cechuje się niezmiernie silnym bólem w okolicy mostka, promieniującym głównie w lewą kończynę górną, niekiedy w prawą, to znów w szyję i t. p.

W typowych napadach, opisanych tak wybornie naprzód przez Rougnon'a i Heberden'a, brak zazwyczaj duszności. Istnieje tylko pewnego rodzaju ściśnienie w piersiach, jakby zatamowanie oddechu, obawa głębszego oddychania—połączone z jakimś niepokojem, trwogą (*angor*). Niekiedy obok bólu występuje w czasie napadu i duszność (*asthma cardiale*) i wtedy właśnie odpowiednią jest dopiero polska nazwa: dusznica bolesna. Wogóle jednak pamiętać należy, że cechą *ang. pectoris* nie jest duszność, lecz ból. Do wyróż-

nienia jednej postaci od drugiej posłużyć może dla lekarza praktyka przede-
wszystkiem spostrzeżenie, że przy *ang. pect. vera* bóle występują przy ruchu,
przy *ang. pect. spuria*—wśród zupełnego nieraz spokoju.

Oprócz tych dwóch postaci, z których pierwsza, jako choroba naczyń
spotyka się przeważnie u mężczyzn, a druga, jako cierpienie nerwowe—u ko-
biet, zwłaszcza histeryczek, bywają i inne. Nie mówiąc już o postaciach
mieszanych, posiadających właściwości to jednej, to drugiej postaci, zdarzają
się i takie, które do żadnej z powyżej wspomnianych zaliczyć się nie dają.
Włączamy je do grupy duszniczy bolesnej toksycznej, którą, celem wyróżnienia od
takiejże, powstałej wskutek zatrucia nikotyną, malarją, ołowiem, alkoholem,
przmiotem i t. d., nazywamy dusznicą bolesną, z samozatrucia ustroju powsta-
jąca, (*ang. pect. toxico-alimentaria ex autointoxicacione s. enterogena*). Występuje
ona przeważnie u mężczyzn, a źródłem jej są przede wszystkim ostre zaburze-
nia w czynności kanału pokarmowego, wywołane już to jednorazowymi błędami
w dyecie, lub też przekroczeniami w żywieniu się słabszego stopnia, lecz
częściej powtarzającymi się, przy siedzącym sposobie życia. Odpowiednio do
powyższego ugrupowaliśmy nasz materiał obserwacyjny w dwa działy.

Dział I-y obejmuje przypadki, należące do t. zw. *ang. pectoris toxico-ali-
mentaria acuta stricte sic dicta (ex autointoxicacione gastrointestinale)*. Wystę-
puje ona w postaci ostrej, z groźnemi dla życia objawami. Przebieg bywa
szybki, zakończyć się może śmiercią, rzadziej wyzdrowieniem. W II-im dziale
pomieściliśmy przypadki o przebiegu przewlekłym, dające wogóle lepsze roko-
wanie, aniżeli przypadki, należące do I-go działu. Dusznicę bolesną tutaj od-
noszącą się nazywamy *ang. pectoris toxico-alimentaria chronica*. Występuje
przeważnie u osób z zaburzeniami w przemianie materji, noszących piętno
t. z. skazy moczanowej (*diathesis urica, arthritica*). Można ją także nazwać
ang. pectoris bradytrophica vel metabolica.

Pierwszą postać, ze względu na jej groźny przebieg należałoby zaliczyć
do kategorii *ang. pectoris vera*, drugą do fałszywej (*spuria*), czynnościowej.

Spostrzeżenia.

DZIAŁ I-y.

Ang. pectoris toxico-alimentaria acuta stricte sic dicta.

Spostrzeżenie I-e. Do p. X. artysty teatru, lat 42, wezwany
zostałem na naradę przez kol. W. 9-go marca 1901 r. Chory w nocy z 8-go
na 9-go marca dostał niezmiernie silnych bólów w klatce piersiowej, umiejscowio-
wionych głównie w okolicy mostka i rozchodzących się ku kończyom górnym
i ku łopatkom. Towarzyszyło im jakby zatamowanie oddechu, niepokój, trwo-
ga przysercowa. Tętno, według słów lekarza, było wówczas częste, niemiaro-
we, na twarzy sinica, kończyny górne i dolne były chłodne, przytem obfite
poty. Brzuch mocno wzdęty, nieco bolesny. Zastrzyknięto przede wszystkim
pod skórę kofeinę, poczem morfinę, następnie zastosowano ławatywę z se-

nesu, *Mixt. anglic. acid.* Od otoczenia chorego dowiedzieliśmy się, iż w dniu poprzednim chory popełnił kilka błędów w dyecie, przed nocą zaś spożył dużą ilość mięsa i t. z. sałaty z zimnych kartofli, śledzia, ogórków, popijając suto zimnem piwem.

W ostatnich kilku latach chory czuł się zupełnie dobrze, żadnych przypadłości, któreby można odnieść do nieprawidłowej czynności narządów obiegu krwi i oddychania nie doświadczał, przed 10-u laty miał silny atak stenokardji fałszywej [nerwowej], trwającej kilka godzin. Napad, w czasie którego widziałem chorego, wystąpił pod wpływem wzruszenia i minął bez żadnych złych następstw dla ustroju. W sercu, ani też w naczyniach nie byłem w stanie wówczas stwierdzić zmian organicznych.

Status praesens. Budowa i odżywienie dobre, podkład tłuszczowy obfity, kończyny chłodne, sinicowe, tętno niewyczuwalne. Chory siedzi na łóżku, leżeć bowiem, z powodu bólów stenokardjalnych i duszności, nie może. Granice płuc obniżone, oddech pęcherzykowy zaostrowany, brak wszelkich rzężeń. Tępość serca powiększona w obu wymiarach w umiarkowanym stopniu. Tętno serca bez szmerów, słabe, rytm do embrjonalnego zbliżony. Częstość uderzeń serca znaczna, około 180—200 na minutę. Wątroba nieco powiększona, brzuch dość duży, przepełniony; pomimo użycia dużej ilości różnych leków czyszczących stolca nie było [wypóźnienia nastąpiły dopiero późno wieczorem po podaniu kalomelu z jalapą]. Mocz skąpy, mocno kwaśny; białka, cukru ani waleczków nerkowych nie zawiera, osad składa się przeważnie z moczanów.

Nazajutrz bóle stenokardjalne znikły, natomiast duszność przyjęła większe rozmiary, serce uległo znacznemu rozszerzeniu w obu wymiarach, a rytm serca był ciągle niezmiernie przyspieszony. Język mocno obłożony, odbijanie. Nad wieczorem wystąpiły nudności i wymioty, mocno cuchnące, kolorem do czekolady zbliżone. Wyczerpanie sił ogromne. Zastrzyknięto kofeinę i kamforę. W nocy straszny niepokój, duszność, sinica twarzy i kończyn. Chory uskarżał się na silne bóle w lewej kończynie górnej. Nad ranem zauważono, że ręka, jak również przedramię są znacznie chłodniejsze, niż inne części ciała, przyczem były pozbawione czucia. Słowem, mieliśmy do czynienia ze zgorzelą, zależną od zatoru w tętnicy ramieniowej. Tętna w tętnicy promieniowej, ani łokciowej wyczuć nie podobna było, rytm serca zarodkowy [około 200-u uderzeń na minutę]. Chory na wpół przytomny, jakby odurzony, zakończył życie po kilku godzinach, trzeciego dnia choroby.

Dodać tu winniśmy, iż nikt z otoczenia chorego, które przyjmowało te same, co i on pokarmy, tylko w mniejszej ilości, nie zapadł na zdrowiu.

S p o s t r z e ż e n i e II. Do p. P. obywatela ziemskiego, lat 44 liczącego, zostałem wezwany 19-go kwietnia 1900 r. Uskarżał się na silne bóle rozpierające w klatce piersiowej. Rozpoczynają się jakby w dołku podsercowym, rozchodzą się ku górze w przebiegu mostka, do łopatek, do kończyn górnych. Łączą się z uczuciem jakiejś nieokreślonej trwogi. Wszelki ruch zwiększa bóle, jak również pozycja leżąca, z tego też względu chory unika instynktownie wszelkiego poruszenia się, siedząc w fotelu. Bóle trwają już od

kilkunastu godzin, wystąpiły dość nagle po spożyciu bardzo obfitego obiadu i wypiciu kilku kieliszków wódki i koniaku.

Od blizkich chorego dowiedziałem się, iż od kilku miesięcy prowadzi on życie w najwyższym stopniu niehygieniczne. Bardzo często przepędza noce przy grze hazardowej w karty, przy tem dopuszcza się dużych nadużyć w jedzeniu i piciu napojów wysokowych. Pomimo to wszakże uważał się za zdrowego, chodzić mógł dość dużo, bez chorobliwego zmęczenia; żadnych bólów, podobnych do ostatnich, nigdy nie doświadczał; ciężkich chorób w ogóle nie przebywał, uskarżał się tylko od czasu do czasu na bóle reumatyczne mięśniowe (*lumbago*). Życie poprzedni prowadził czynne, gospodarując na wsi, od kilku dopiero miesięcy przeprowadziwszy się do miasta, zmienił tryb życia na siedzący i pełen różnych nadużyć.

Budowy dobrej, wzrostu średniego, z obfitym podkładem tkanki tłuszczowej. Twarz blada, stan bezgorączkowy, tętno małe, miękkie, nieco niemiernowe, oddech powierzchowny, niejednostajny, zwłaszcza w czasie nasilenia bólów. Granice płuc obniżone, oddech pęcherzykowy mocno zaostrzony, zwłaszcza w górnych częściach klatki piersiowej, w dolnych zaś nieco wilgotnych rzężeń. Plwocina śluzowa, nieco pienista, z domieszką krwi. Tępość serca w ogóle nieco zmniejszona wskutek rozedmy płuc; tony głuche, słabe, lecz czyste. Brzuch duży, wzdęty, bolesny przy omacywaniu w okolicy nadpępkowej. Badanie moczu, wykonane nazajutrz po widzeniu chorego, wykazało: ciężar właściwy 1030, odczyn kwaśny, dobową ilość około 800, mocznika około 30‰, duża ilość kwasu moczowego w roztworze i w osadzie, dużo szczawianu wapna, ślady białka i cukru, dużo indykanu, skatolu i chromogenów. Pomimo opróżnienia kanału pokarmowego bóle nie ustępowały, zmuszeni więc byliśmy uciec się do podskórnego zastrzyknięcia morfiny [$\frac{1}{8}$ grana]. Bóle na pewien czas złagodniały, wkrótce jednak wystąpiły na nowo i to w towarzystwie duszności; oddech stał się częstym, a tętno nierównem. Należało więc przejść do środków pobudzających, jak kofeina, kamfora i t. p. Noc przepędził chory bezsennie, siedząc przeważnie, mimo chłodnej pory, przy otwartem oknie, pragnąc jak najwięcej zaczerpnąć powietrza.

Przez następne dni, w miarę wzrastania duszności, bóle zmniejszały się, lecz objawy niedomogi lewej komory występowały coraz wyraźniej: tępość serca przybrała znaczne rozmiary, rzężenia wilgotne słyhać było nie tylko w dolnych, lecz i w górnych odcinkach płuc (*oedema pulmonum*). Plwocina z domieszką krwi. Pomimo podskórnych zastrzykiwań kofeiny, kamfory, tętno słabe, nieregularne. Tony serca głuche. Wydzielanie moczu bardzo skąpe. W ostatnim dniu choroby duszność i niepokój przyjęły tak znaczne rozmiary (*ortopnoë*), iż chory nie mógł ani siedzieć, ani leżeć dłużej nad kilka minut. Często rzucał się na ziemię, wołając o ratunek, to prosząc, aby się zlitować i dobić go. Na kilka godzin przed śmiercią uległ połowicznemu prawostronnemu porażeniu z zachowaniem przytomności. Wkrótce potem zauważyliśmy jakieś mimowolne podrzucanie rytmiczne tułowia i klatki piersiowej, któremu towarzyszyły głębokie ruchy inspiracyjne, jakby zależne od skurczu przepony.

Przebieg choroby był nadzwyczaj szybki. Śmierć nastąpiła po 5-u dniach u człowieka, jak mnie upewniał lekarz domowy, poprzednio zupełnie zdrowego. Bóle stenokardjalne były pierwszym, a niedomoga serca ostatnim przejawem tego groźnego, pełnego wzruszających scen cierpienia.

Odmiennej nieco przedstawia się następujące:

S p o s t r z e ż e n i e III. Napad rozpoczął się od stenokardji, później przyjął postać *polypnoe*, wreszcie zakończył się porażeniem serca.

Pan G. obywatel ziemski, lat 53 liczący, zgłosił się do mnie po poradę w końcu listopada 1898 r., skarżąc się na bóle reumatyczne w różnych częściach ciała, które mu zwykle w wilgotnej, dżdżystej porze dokuczały. Prócz tego narzekał na kaszel, częste wzdęcie żołądka, skłonność do zaparcia stolca. Przymiotu nie przechodził. Życie prowadził czynne, napojów wysokokowych używał w umiarkowanej ilości, natomiast palił bardzo dużo.

Przy badaniu chorego o średniej budowie i odżywieniu, znalazłem przewlekły niezbyt oskrzeli i niewielką rozedniętą płuc, miażdżycę tętnic słabo rozwiniętą. Lewa komora znajdowała się w stanie umiarkowanego przerostu. Tętno o wzmożonym napięciu, zresztą regularne, około 76 na minutę. Brzuch dosyć wzdęty, mocz nie zawierał białka, ani cukru.

Po kilku miesiącach [4-go marca 1899 r.] zostałem wezwany do chorego na wieś. Od lekarza miejscowego dowiedziałem się, iż pacjent dostał przed 2-a tygodniami influency z zajęciem dróg oddechowych. Po kilku dniach, czując się dobrze, porzucił łóżko i pomimo wyraźnego zakazu ze strony lekarza, zaczął chodzić, jeździć. Po upływie 3-ch dni, po zjedzeniu obfitego obiadu, składającego się ze zwierzyny, pasztetu, bigosu i t. p., a następnie wieszery, złożonej z surowej, kiszzonej kapusty i dużej ilości mięsa, zaczął doznawać, po położeniu się do łóżka, mocnych bólów *in epigastrio*. Do bólów tych przyłączyło się niezmiernie silne rozpieranie, gniecenie w górnej części klatki piersiowej, tamujące oddech. Wkrótce wystąpiło uczucie, jakby łamania w stawach łokciowych, ze zdrętwieniem w palcach. Wszelkie środki domowe żadnej ulgi choremu nie przyniosły, przybyły lekarz, widząc, że ma do czynienia z dusznicą bolesną, zastrzyknął pod skórę morfinę, poczem bóle złagodniały. Cały napad trwał około 20-u godzin. Poprawa jednak trwała niedługo, już po 2-ch godzinach, z ustąpieniem bólów stenokardjalnych zjawilo się *polypnoe*. Chory oddychał, jak pies zziąjany, według wyrażenia otaczających, a w płucach wystąpiły jednocześnie liczne rżenia, wskazujące na obrzęk płuc. Tętno było przyśpieszone, około 140 na minutę, słabe, małe. Pomimo zastosowania lawatyw, kofeiny, kamfory i innych środków pobudzających duszność nie ustępowała, jak również owo nadmierne częste oddychanie. Trwało ono 3 dni, po ustąpieniu tegoż zauważono inny typ oddechania, a mianowicie CHEYNE-STOKES'a. Występowało ono bardzo wyraźnie, głównie w nocy i spać choremu nie pozwalało. W perjodzie zwolnienia oddechu zasypiał on i budził się w okresie poczynających się głębszych oddechów. Podczas dziennego czuwania miał zupełną świadomość owego nieprawidłowego oddechu, a jednak zapanować nad nim mógł. Badanie wykazało wówczas: tętno niemiarowe, około 160 na minutę, małe, słabo napięte. Na twarzy lekka sinica, oddech o typie powyżej opisanym, granice płuc znacznie obni-

zone, serce prawie zupełnie pokryte płucami, tony serca słabe, niemiarowe. Dawne rzeżenia znikły, oddech zaostrzony, w prawym wierzchołku wydłużony. Wątroba niepowiększona, nieco tylko opuszczona ku dołowi, brzuch dość duży, wzdęty. Kończyny dolne bez obrzęku. Mocz skąpy, bez białka, cukru i cylindrów nerkowych. Obok lekkich środków czyszczących zastosowano *cardio-tonica*, stare wino węgierskie. Wśród wzmacniającej się coraz więcej niedomogi serca i porażenia ośrodków naczyniowych chory po kilku dniach życie zakończył.

Przypadek ten zasługuje na uwagę ze względu, iż przed napadem chory czuł się bardzo dobrze, był czynnym, natury energicznej. Żadnej duszności, nawet przy bardzo dużym chodzeniu, nie doznawał, ani też żadnych bólów, podobnych do ostatnich, nie odczuwał. Na polowaniach wytrzymałością przewyższał nawet znacznie młodszych od siebie. Przyczyną więc ostatniej śmiertelnej choroby mogły być tylko ostre zaburzenia w kanale pokarmowym, spowodowane dużymi wykroczeniami w dyecie. Usposabiającem zaś tłem mogła być świeżo przebyta influenza, która, jak wiadomo, podkopuje w wysokim stopniu sprawność ośrodków cyrkulacji i innerwacji.

DZIAŁ II.

Angina pectoris toxico-alimentaria chronica s. bradytrophica s. metabolica.

S p o s t r z e ż e n i e IV. Do p. S. urzędnika, 47 lat liczącego, wezwany zostałem po raz pierwszy 8-go grudnia 1893 r. Uskarżał się wówczas na łatwe męczenie się przy pędzszym chodzeniu, przy wejściu na schody, na przyspieszone, to znowu jakby zwolnione, uderzenia serca. Już w młodszych latach doznawał często niepokoju serca, a w 27-ym roku życia miał jakiś napad sercowy, któremu jakoby podwójne widzenie towarzyszyło. W kilka lat później pokazał się piasek w moczu, a następnie kamienie nerkowe, podejrzewano nawet istnienie kamieni wątrobianych, wskutek czego odbywał wielokrotnie kurację w Karlsbadzie. Jednocześnie z powyższymi dolegliwościami wytworzyła się u chorego pełnokrwistość brzuszna. W tymże czasie wystąpiły na jaw objawy neurasteniczne, należące przeważnie do kategorii neurastenji mózgowej [męczenie się przy pracy umysłowej, lekkie zawroty głowy, niepokoje, trwoga przysercowa], w części zaś do grupy hipochondrji. Chory wspomina też o neuralgicznych bólach w prawej kończynie dolnej (*ischias*), które mu przez pewien czas mocno dokuczały, a po kuracji karlsbadzkiej zazwyczaj ustępowały. Przed kilku laty strata ukochanej siostry, a w ostatnich czasach długa choroba i śmierć matki, mocno oddziaływały na chorego. Wynikłe stąd osamotnienie przyczyniło się do pogorszenia stanu zdrowia chorego. Chory jest kawalerem, prowadzi życie siedzące, wygodne, jada dość dużo, przeważnie pokarmy mięsne, napojów wysokowych używa umiarkowanie, pali dość dużo, umysłowo pracuje po kilka godzin dziennie, sypia dobrze. Z natury wrażliwy, uczuciowy, temperamentu limfatycznego.

Status praesens [w końcu roku 1893]. Budowa i odżywianie dobre, tkanki tłuszczowej ilość znaczna, twarz rumiana. Tętno 80 na minutę, dość duże i dość napięte, ścianki tętnic powierzchownych nie przedstawiają zmian miażdżycowych. Ze strony narządu oddechowego nie znaleźliśmy nic nieprawidłowego. Uderzenia wierzchołkowego serca nie czuć, tępość serca powiększona nieco w wymiarze poprzecznym w kierunku na prawo. Tony serca czyste, u podstawy głośniejsze, niż u wierzchołka. Brzuch z obfitą tkanką tłuszczową. *Epigastrium* wypukłone. Wątroba nieco powiększona, wystaje z pod prawego podżebrza, dość miękka. Stolce opieszale. Mocz wydziela się w ilości około 1200—1500 ctm. sz. na dobę, oddziaływa mocno kwaśno, zawiera mało mocznika 18 — 20‰, bardzo dużo kwasu moczowego w osadzie i w roztworze, kryształki szczawianu wapna, ślady białka, cukru, wałeczki szkliste. Ciężar właściwy 1025 — 1030. Choremu zalecono wodę *Vichy*, masaż, więcej ruchu i odpowiednią dyetę.

W pierwszych dniach stycznia 1898 r., a więc po upływie lat 5-u od pierwszego mego badania, chory w drodze z Warszawy na wieś, w wagonie, dostał niezmiernie silnego napadu, który sam sercowym nazywał. Napad ten poprzedziły kilkodniowe nadużycia w jedzeniu, piciu, jak również niedospane noce podczas świąt Bożego Narodzenia. Atak wystąpił w 3 godziny po spożyciu bardzo obfitego obiadu, w postaci bólów, które, według opowiadania chorego, rozpoczęły się w dolnej części mostka, a następnie rozprzestrzeniły się na całą klatkę piersiową, lewą kończynę górną i na łopatki. Bóle były tak silne, iż zdawało się, iż rozsada mu klatkę piersiową. Trzymały go przez kilka godzin wskutek czego zmuszony był zatrzymać się na stacji, czując się niezdolnym do odbycia kilkunastowiorstowej drogi końmi na wieś. Zawezwano lekarza, który wobec objawów ostrej niestrawności żołądka, zalecił środek czyszczący. Stan był bezgorączkowy, tętno około 100, dość miękkie, nierówne co do siły i niemiarowe. Tępość serca była wówczas, jak to w liście do mnie lekarz wspomina, nieco powiększoną, tony serca głuche. Po zastosowaniu leku opróżniającego i stosownej diety bóle stenokardjalne ustąpiły, trzeciego wszakże dnia wystąpiły znowu w postaci silnego napadu duszniczy bolesnej, trwającej od godziny 4-ej zrana do godziny 11-ej przed południem. Lekarz, który przybył tegoż dnia o 9¹/₂ zrana, opisuje stan chorego następującymi słowy: „zastałem go jeszcze w ciężkim i groźnym stanie: sinica twarzy i silna duszność, gwałtowne bóle w całej lewej połowie klatki piersiowej, rozpromieniające się na całą lewą kończynę górną, szyję, plecy, i na górną część brzucha. Wyraz twarzy chorego cierpiący i wystraszony, tętno bardzo nikle, około 120 na minutę, tony serca głuche, uderzenia serca niemiarowe. Chory tylko w pozycji siedzącej może jako tako oddychać. Wobec takiego stanu podałem jedną pastylkę nitrogliceryny $\frac{1}{100}$ grana, po której — po upływie 15 — 20 minut — nastąpił zadziwiający skutek: napad zupełnie ustąpił i przez kilka dni następnych nie powtórzył się. Już nazajutrz po napadzie stan chorego znakomicie się poprawił, tak iż po kilku dniach był w stanie wybrać się z powrotem do Warszawy”.

Uważając powyższe cierpienie za dusznicę bolesną prawdziwą (*angina pectoris*), zależną od stwardnienia tętni wieńcowych, lekarz zalecił użycie jodku potasu przez czas dłuższy, blizkich chorego uprzedził o poważnym charakterze choroby. Nazajutrz po przybyciu chorego do Warszawy tętno było słabe, miękkie, małe, tępość serca, wskutek wzdęcia żołądka, podniesiona ku górze, u wierzchołka podmuch systoliczny, wogóle tony bardzo słabe. Język był jeszcze obłożony, brzuch duży, wzdęty, wątroba nieco powiększona, miękka. Chory żadnych bólów, ani duszności nie doświadczał, nawet przy przedszym chodzeniu, lub wejściu na schody. Nie przypuszczając, aby w danym przypadku powodem stenokardji były zmiany organiczne w naczyniach wieńcowych serca, a oprócz tego, mając przed sobą tętno małe, miękkie, tony serca słabe — nie byliśmy za stosowaniem przetworów jodu, natomiast zaleciliśmy wodę *Vichy*, lekką, nie obciążającą żołądek dyetę i krople walerjanowc. *Tr. nuc. vomit.*

Po upływie 2-ch miesięcy chory zaczął się uskarżać na zatrzymywanie się serca, czemu towarzyszyły przestanki w tętnie. Owe zatrzymywanie się serca zjawiało się bez żadnego widocznego powodu, często zrana, po przebudzeniu się, trwało średnio 1 — 2 godzin. Wprawiało go ono w niepokój, stan hipochondryczny, przypuszczał bowiem, że dotknięty jest wadą serca. Tymczasem badanie nasze nie potwierdziło tej obawy; przestanki w czynności serca należało odnieść do zaburzeń w trawieniu i w innerwacji serca. I rzeczywiście, po zastosowaniu odpowiedniej dyety, użyciu bromu, wód czyszczących, rytm serca stał się znowu prawidłowym.

W lecie chory odbył kurację w Karlsbadzie, skąd powrócił w bardzo dobrym stanie, duszności, ani też żadnych bólów nie doznawał, mógł odbywać długie spacery bez zmęczenia, bez odczuwania bicia serca.

Wśród takiej poprawy w połowie października, w godzinę po obfitym obiedzie, dostał napadu odmiennego od dawnych, który rozpoczął się od drżenia kończyn dolnych, zwłaszcza lewej. Później wystąpił zawrót głowy, wskutek czego chory upadł, nie tracąc wszakże całkowicie przytomności. Skoro po kwadransie do niego przybyłem, zastałem go mocno zaniepokojonego, był bowiem przekonany, że miał atak apoplektyczny. Twarz była mocno zaczerwieniona, tętno uderzało 100 razy na minutę, było dość pełne, duże. Żrenice oddziaływały dobrze na światło i akomodację. Żadnych objawów paralitycznych nie znalazłem. Brzuch był mocno wzdęty. Po podaniu środka czyszczącego i zastosowaniu okładów zimnych na głowę, a następnie bromku sodu, chory po 3-ch dniach był w stanie powrócić do zajęcia. Po upływie tygodnia zaczęły występować ataki, które również, jak i dopiero co opisany, należało odnieść do kategorii zaburzeń w innerwacji naczyniowo-ruchowej [n. sympatycznego]. Zwykle około godziny 2-jej po południu chory czuł rozgrzanie w twarzy, jakby od napływu krwi, później ściskanie w gardle, czemu ziębnienie kończyn towarzyszyło. Wówczas zwykł był kłaść się do łóżka. Po upływie mniej więcej 1/2 godziny następowało ziewanie, trwające około godziny. Następnie powyższe nieprzyjemne objawy ustępowały, chory opuszczał łóżko, powracał znowu do zajęcia, czując się tylko znużonym. Ataki takie trwały

około 3-ch tygodni. Kilkoletnia obserwacja wyrobiła we mnie przekonanie, iż przyczyną najważniejszą różnych zaburzeń, w obiegu krwi i inercji, poprzednio opisanych były błędy w diecie, w żywieniu się przeważnie mięsnymi pokarmami, przy małym ruchu. W myśl tego wpłynąłem na zmianę sposobu życia chorego, zaleciwszy mu żywienie się przeważnie pokarmami roślinnymi i mlekiem. Stan chorego przy zachowaniu powyższych przepisów i corocznej kuracji w Karlsbadzie poprawił się znakomicie. Obecnie nie doznaje chory żadnych dolegliwości ze strony serca, chodzić może dużo bez zadyszania się, a o ciężkich atakach stenokardji zupełnie zapomniał. Dodać tu winienem, iż przetworów jodu przez cały czas choroby chory nie zażywał.

S p o s t r z e ż e n i e V. Pan Ł., sędzia, lat 47, od kilku tygodni doświadcza silnego bólu w klatce piersiowej. Ból rozpoczyna się w okolicy serca w postaci jakiegoś nieprzyjemnego uczucia, którego sam chory dostatecznie określić nie umie, poczem przechodzi na średnią i górną część mostka. Tutaj występuje już jako wyraźny, rozpierający ból i promieniuje ku lewej stronie ciała, ku kończyźnie górnej, ku szyi i do łopatki. Zjawia się zwykle nie przy ruchu, lecz przy spokoju, najczęściej nad ranem, około godziny 4-ej, 5-ej, kiedy chory jeszcze w łóżku pozostaje, trwa mniej więcej $\frac{1}{2}$ —1 godziny. Z początku występował co kilka dni, w ostatnich czasach prawie codziennie, łagodnie zaś pod wpływem ciepłych okładów, synapizmów. Podczas bólu chory żadnej duszności nie doznaje, jak również przy chodzeniu. Przyczyny choroby obecnej podać nie może, z wywiadów wszakże okazuje się, że chory od 2-ch lat mocno przytył [wagi około 230 f.], używa mało ruchu, pije dość dużo piwa, jada wiele potraw mięsnych, często spożywa obfitą kolację. Pracuje po kilkanaście godzin umysłowo. Poprzednio ważniejszych chorób nie przechodził, doświadczał tylko bólów reumatycznych, mięśniowych, zwłaszcza w mięśniu lędźwiowym i w krzyżu (*lumbago*). Budowy doskonałej, wzrostu wysokiego, z obfitym podkładem tkanki tłuszczowej, zwłaszcza na brzuchu. Tętno 70 — 76, średniego napięcia i napełnienia, miarowe. W płucach nie szczególnego nie znaleziono. Tępość serca prawidłowa, tony u wierzchołka czyste, słabe, u podstawy nieco silniejsze.

Brzuch duży, z podniesioną dość wysoko przeponą, wątroba nieco powiększona, miękka, wypróżnienia skąpe, zaparcie stolca częste. O zaburzeniach gastrycznych chory nie wspomina, trawi pokarmy dobrze, po jedzeniu doświadcza tylko przez pewien czas pełności w brzuchu. Mocz często bywa ciemny, z drobnym, cegielkowatym osadem. Badanie szczegółowe wykazało brak białka i cukru, jak również cylindrów nerkowych. Znaleziono wszakże dużą ilość kwasu moczowego i moczanów, skatolu, indykanu, przy średniej ilości mocznika. Badanie układu nerwowego nie wykazało nic takiego, coby mogło mieć związek z obecnym cierpieniem. Z porady lekarza chory wyżył kilka flaszek jodku sodu, bez wyraźnego, dodatniego wpływu na wspomniane wyżej bóle. Zaleciłem więc choremu użycie wody Vichy z dodatkiem soli karlsbadzkiej przez 3 tygodnie, zmianę sposobu życia na więcej odpowiadający przepisom dyetetyki i higieny, jak również zarzucenie piwa. Bóle stanokardjalne ustąpiły już po pierwszych kilku dniach po dokładniejszym, niż dawniej bywało,

opróżnienia kanału pokarmowego. Waga ciała zmniejszyła się. W lecie odbył chory kurację w Marienbadzie, gdzie mógł robić kilkowieńskie spacerki bez zmęczenia, uczucia duszności i t. d.

Dotychczas, choć upłynęło lat kilka, bólów chory nie doświadcza żadnych w klatce piersiowej i w ogóle cieszy się dobrem zdrowiem.

Spostrzeżenie VI wykazuje, że i przepracowanie umysłowe, wzruszenia moralne, odgrywają obok błędów w dyecie ważną rolę w powstawaniu stenokardji toksycznej.

Pan N. lat 49 liczący, znakomitej budowy i wysokiego wzrostu, z obfitym podkładem tkanki tłuszczowej [wazy około 240 f.] pracuje dużo umysłowo, jako dyrektor pewnej naukowej instytucji, nocami nie dosypia, życie prowadzi przeważnie siedzące. W listopadzie 1895 r. po kilku dniach wyczerpującej pracy umysłowej, przeplatanej różnymi moralnymi nieprzyjemnościami, wybrał się na posiedzenie, odbywające się w dość dusznej, nieprzewietrzonej sali. Po zjedzeniu obfitej kolacji powrócił do domu; już w drodze, jadąc dorożką uczył silny ból w dolnej części mostka, rozchodzący się na górną część klatki piersiowej, do kolumny kręgosłupowej, w górę na boczne części szyi i na lewą kończynę górną. Ból ten był tak dokuczliwy, iż trzeba było przedewszystkiem morfinę zastrzyknąć, a dopiero, skoro bóle nieco złagodniały, podaliśmy środek czyszczący, język był bowiem mocno obłożony, a brzuch wzdęty i przepelniony. Napad cały trwał kilkanaście godzin, towarzyszyły mu obfite poty. Tępość serca była powiększona w wymiarze poprzecznym, tętno przedstawiało pewne wahania co do swej siły i częstości, nie wzbudzała wszakże poważnych obaw. To też śmiało mogliśmy się uciec do morfiny, a nie do kofeiny lub kamfory.

Po tygodniu, skoro chory powrócił do zdrowia, zbadaliśmy go szczegółowo. W układzie krwionośnym, t. j. w sercu i naczyniach, nie można było wykazać zmian poważniejszych. Napięcie tętnicze było w ogóle raczej zmniejszone, niż wzmożone. Wątroba wystawała z pod prawego podżebrza. Mocz wydzielał się w zmniejszonej nieco ilości około 800 — 1000 cc. na dobę, o ciężarze właściwym wysokim [1025 — 1030], zawierał dużo kwasu moczowego, indykanu, skatolu, kryształów, szczawianu wapnia. Choremu zaleciliśmy wodę gorzką Pilnau, dyetę mleczną, masaż i unikanie wszelkich nadużyć w jedzeniu i piciu.

Upłynęło już lat 6 od owego napadu, chory stracił na wadze około 30 ft., dotychczas czuje się zupełnie dobrze, bólów stenokardjalnych nie doświadcza, chodzić może dużo, bez zadyszania się.

[C. d. n.]

II. W sprawie chirurgicznego leczenia kamiey żółciowej.

Skreślił

Dr Franciszek Kijewski,

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 39].

Spostrzeżenie IX.

Cholelithiasis. Cholangitis purulenta. Abscessus multiplices hepatis. Cholecystostomia.

R., lat 45, żona kupca, bezdzietna, ciąży nigdy nie przechodziła. Od 15-u lat cierpi na napady kolki wątrobowej, — bóle w okolicy wątroby, wymioty, dreszcze, gorączka, żółtaczka przemijająca, oraz guz w prawem podżebrzu. Napady te początkowo ponawiały się co kilka miesięcy, zawsze chora jakiś czas musiała leżeć w łóżku; skutkiem swego cierpienia kilka razy jeździła do Karlsbadu w celach leczniczych, miała po tej kuracji poprawę, lecz niezbyt długo, napady się powtarzały pomimo zachowania wszelkich przepisów lekarskich. Bywały jednak przerwy, podczas których chora czuła się zupełnie dobrze, nie doznawała żadnych dolegliwości.

W marcu r. b. pani R. zaczęła uskarżać się na uczucie ciśnienia i przemieszczające bóle w okolicy pęcherzyka żółciowego, zwróciła się też zaraz do lekarza, który od dłuższego czasu miał ją w swojej opiece; przy badaniu wtedy znaleziono pęcherzyk żółciowy powiększony, napięty, bolesny, — wątrobę powiększoną, lekką żółtaczkę oraz stan gorączkowy. Zalecono chorej okłady rozgrzewające, spokój, środki kojące, w tej nadziei, że i tym razem napad kolki żółciowej przejdzie. Nagle bóle wzmogły się do tego stopnia, że chora straciła przytomność. Przywołani natychmiast lekarze znaleźli chorą w stanie ciężkiej zapaści, bez tętna, bladą, okrytą zimnym potem. Zastosowano natychmiast podskórne zastrzykiwania fizjologicznego roztworu soli kuchennej, kamfory, kofeiny i t. d. w celu podniesienia czynności serca, poczem stan chorej cokolwiek się poprawił. Badanie brzucha wtedy wykazało nadmierną bolesność, szczególnie w okolicy wątroby i pęcherzyka żółciowego, guza odpowiadającego woreczkowi nie znaleziono; tętno drobne, około 140, ciepłota 36,0°, wymioty. Chorą widziałem po raz pierwszy następnego dnia 21-go marca 1906 r. Chora średniej budowy, dobrze odżywiona, ze znacznym pokładem tłuszczu podskórnego, z żółtawym zabarwieniem skóry. Brzuch umiarko-

wanie wzdęty, bolesny, szczególnie bolesność się zaznacza w okolicy pęcherzyka żółciowego, wątroba powiększona; guza zaś w jamie brzusznej wymacać nie mogłem. Tętno 130—140, drobne, nikłe. Wymioty, od kilku dni nie było wypróżnień. Znaczne osłabienie, chora z trudnością odpowiada na pytania, leży na łóżku nieruchomo. Wybitnych jednak objawów rozlanego zapalenia otrzewnej nie znalazłem.

Wobec katorycznego twierdzenia stałego ordynatora chorej, że guz pęcherzyka żółciowego istniał, że przed dwoma dniami można było go dokładnie wymacać, przypuszczać należało albo przedziurawienie pęcherzyka żółciowego i opróżnienie się jego zawartości do jamy otrzewnej, albo zrost guza z kiszka i przejście kamieni do tej ostatniej, albo też nakoniec pod wpływem świeżego obostrzenia zapalnego i zwiększenia się zawartości płynnej w woreczku gwałtowne przedostanie się kamieni przez nagle rozszerzone przewody żółciowe (*ductus cysticus et choledochus*). Pierwsze przypuszczenie, aby kamienie i wogóle zawartość woreczka żółciowego przedostały się do wolnej jamy otrzewnej mało było prawdopodobne skutkiem braku odnośnych objawów otrzewnych, które stopniowo zwiększać się powinny, a nie tracić na swej sile. Pozostawało zatem przypuszczenie przedostawania się kamieni do kiszek drogą zrostów lub też *per vias naturales*.

Stan chorej był ciężki, osłabienie wielkie, tętno ciągle częste, drobne i nikłe, brzuch cokolwiek wzdęty.

Zastosowaliśmy ostrożne przemycie kiszek, przyczem wypłukała się znaczna ilość kału zabarwionego żółcią oraz gazów; w wypłuczynach kamieni jednak nie znaleziono.

Po kilku dniach pozostała bolesność brzucha tylko w okolicy woreczka żółciowego, wymioty zupełnie się uspokoiły, ciepłota jednak zaczęła się podnosić pomimo ustąpienia objawów otrzewnych. Obawiając się zakażenia dróg żółciowych, zaproponowaliśmy po wspólnej naradzie operację, na którą jednak otoczenie chorej nie chciało się zgodzić. Po upływie jednak tygodnia, kiedy stan chorej nie poprawiał się, a przeciwnie ciepłota podnosiła się do 40° i tegoż dnia opadała do 35,0° z dreszczami, obfitemi potami, chora sama zażądała pomocy operacyjnej.

29-go marca 1906 r. przy łaskawej pomocy prof. Kosińskiego oraz kolegów Solmana, Zacharewicza i Gantza wykonałem laparotomię. Cięcie powłok brzusznych poprzeczne, cokolwiek wyżej nad pępkiem z prawej strony pod łukiem żebrowym. W jamie otrzewnej cokolwiek przezroczystego żółtawego płynu, otrzewna niezbyt zaczerwieniona. Pęcherzyk żółciowy zrośnięty z *colon transversum*, jednak nie przedziurawiony; rozmiary woreczka znaczne, ściany jego wiotkie, z wyglądu podobny do kapełucha opróżnionego; przy obmacywaniu można w nim wyczuć kilka kamieni; *ductus cysticus et choledochus* szerokie, nie przedstawiają żadnych stwardnień. Pęcherzyk otworzyłem, wylała się zeń mętna wa żółć, oraz wydobyłem 8 kamieni swobodnie leżących, dosyć znacznych rozmiarów, wielkości średnich orzechów laskowych, nieprawidłowej postaci, ze ścianami oszlifowanymi, kantami ostrymi; błona śluzowa mocno zaczerwieniona, rozpułch-

niona. Sondowanie przewodu pęcherzykowego oraz wspólnego żółciowego udaje się i nigdzie nie wykazuje ciała twardego.

Przy baczniejszym oglądaniu wątroby można było rozpoznać na jej powierzchni drobne, wielkości ziarnka prosa albo i mniejsze białe-żółte ogniska ropne. Stan taki wątroby nie pocieszył nas. Mieliliśmy zatem do czynienia z ropnem zakażeniem wątroby i drobnymi ropniami jej, co rokowanie dawało jak najgorsze.

Dla ułatwienia odpływu żółci zakażonej pęcherzyk wszyłem w ranę ściany brzusznej i wprowadziłem węł głęboko sącdek aż w przewód pęcherzykowy.

Operacja sama nie wpłynęła na zakażenie, — ciepłota nie powróciła do normy, codzienne podwyższenia do 40° i wyżej, oraz spadki poniżej normy, niekiedy 2 — 3 na dobę nadzwyczajnie wyczerpywały siły chorej. Zastrzykiwałem jej codziennie po litrze fizjologicznego roztworu soli kuchennej, lecz poprawy stanu ogólnego nie widziałem.

Zaznaczyć muszę, że sącdek w danym razie źle funkcjonował, bardzo mało odpływało przezeń żółci.

Po upływie 3-ch tygodni przy objawach wyczerpania chora zmarła. Badanie pośmiertne w tym razie nie mogło być wykonane, gdyż rodzina na to zgodzić się nie chciała.

Spostrzeżenie X.

Cholelithiasis. Cholecystitis ichorosa. Cholecystostomia.

P. obywatel, lat 54, od kilku lat cierpiał na kolkę wątrobową. Napady bólów powtarzały się niezbyt często, z gorączką i dreszczami, trwały około tygodnia; guza jednak w okolicy pęcherzyka żółciowego i żółtaczkę nigdy nie było. Rozpoznano kamice żółciową i kilkakrotnie chorego wysyłano do Karlsbadu, zawsze z wynikiem dodatnim, gdyż P. w ciągu kilku miesięcy potem czuł się bardzo dobrze. Ostatni napad kolki był przed rokiem. Chory od dłuższego czasu nadużywał napojów wysokowych, cierpiał stale na katar kanału pokarmowego, a szczególnie żołądka i od kilku lat miewał napady stenokardyczne.

Przed kilkoma miesiącami wystąpiła gorączka z mocnymi dreszczami, bez objawów ze strony dróg żółciowych. Przyczyny tej gorączki wykazać nie można było. Przypuszczano nawet zimnicę.

Od 5-u tygodni znaczne pogorszenie w stanie zdrowia chorego. Ciepłota podnosiła się do 41,0° C. i opadła po kilku godzinach do 36°, niekiedy dwa i więcej razy dziennie, z nader silnymi dreszczami i obfitymi potami, co niezmiernie osłabiało chorego. Wątroba miernie powiększona, niebolesna jednak, zaburzeń ze strony innych narządów, usprawiedliwiających takie wahania ciepłoty, nie było. Od tygodnia wystąpiła żółtaczką w niewielkim stopniu, bolesność wątroby, a szczególnie w okolicy pęcherzyka żółciowego.

Chory silnej budowy, dobrze odżywiony, ze znacznym podkładem tkanki tłuszczowej podskórnej, ma nieznaczne zabarwienie żółte skóry i błon śluzo-

wych. Badanie wykazuje rozedmę płuc, mocno wyrażoną arterjiosklerozę, powiększoną wątrobę, bolesność szczególnie w okolicy pęcherzyka żółciowego, który z trudnością daje się wymacać, ślady białka w moczu, kał zabarwiony żółcią; osłabienie tak znaczne, że chory z trudnością przewraca się w łóżku. Rozpoznaliśmy kamice żółciową, oraz septyczne zapalenie pęcherzyka żółciowego; żółtaczkę uważałem jako wyraz ciężkiego zakażenia.

Ponieważ chory, pozostawiony swojemu losowi, niechybnieby zginął, a na drodze operacyjnej można było myśleć jeszcze o ratunku, przeto po naradzie zaproponowaliśmy operację z tem zastrzeżeniem, że ciężki stan chorego mało daje szans na powodzenie. 11-go lipca 1904 r. w jednej z lecznic prywatnych przy łaskawej pomocy kol. GĄBSZEWICZA wykonałem laparotomię w uśpieniu chloroformowem. Cięcie powłok brzusznych poprowadziłem na zewnętrznym brzegu mięśnia prostego. Pęcherzyk żółciowy wielkości dużego jaja kurzego był głęboko umieszczony pod wątrobą i przykryty kiszka, rozległe zrosty z *colon transversum*, *duodenum* i siecią. Po oddzieleniu częściowem zrostów w pęcherzyku wymacałem kamienie. Pęcherzyk otworzyłem i wylała się zeń ropa niezmiernie cuchnąca, pomieszana z żółcią; z głębi wydobyłem 8 kamieni, wielkości orzecha łaskowego. Ściany pęcherzyka były zgrubiałe, łatwo się rozrywały, błona śluzowa nabrzmiała, szara z owrzodzeniami. Pęcherzyk należało wyciąć, lecz z obawy, aby chory nie został na stole operacyjnym, ograniczyliśmy się do wszycia go w ściany brzuszne i wytamponowania.

Zabieg nasz nie uratował chorego, który na drugi dzień zakończył życie przy objawach zapaści.

Spostrzeżenie XI.

Cholelithiasis. Obstructio ductus choledochi Cholecystotomia. Choledochotomia.

18-go kwietnia 1905 r. zgłosiła się do kol. SOMMERA o poradę lekarską pani K. W., lat 43 mająca, żona urzędnika. Chora średniego wzrostu, miernej budowy, do 15-go roku życia podlegała częstym nieżydom dróg oddechowych, a nawet raz przebyła zapalenie płuc. Ojciec jej od lat wielu cierpi na organiczną wadę serca i schorzenie starcze, matka także w podeszłym wieku, dotknięta jest mocno rozwiniętą arterjiosklerozą. Starsza siostra chorej skutkiem organicznej wady serca oraz cukrowej choroby zmarła w 46-ym roku życia; brat jej od dzieciństwa ma organiczną wadę serca.

Chora w 24-ym roku życia wstąpiła w związek małżeński, przebyła 4 donoszone ciąży i 2 poronienia; jest matką 3-ch zdrowych córek.

Początek obecnej choroby p. W. datuje się od 1897 r., t. j. od 8-u lat. Wówczas po raz pierwszy pojawiły się silne bóle w okolicy wątroby z gorączkowym odczynem, nudnościami i wymiotami, jednak bez żółtaczki. Napad ten ustąpił po upływie tygodnia, poczem cały rok chora czuła się dobrze i mogła spełniać swoje mozolne obowiązki przy bardzo miernych środkach do życia.

Po upływie roku wystąpił już w silniejszym nateżeniu drugi napad, podobny do pierwszego, również bez żółtaczk, który trwał 6 tygodni i ustąpił po przeprowadzeniu kuracji karlsbadzkiej z kąpielami przy odpowiedniej diecie. Następna przerwa trwała około 2-ech lat, podczas której chora czuła się zupełnie dobrze. W 1904 r. jesienią wystąpiły nie w tak ostrem, jak uprzednio nateżeniu bóle tępe, dokuczliwe w okolicy wątroby przy objawach ze strony żółćki i kiszki oraz pojawieniu się po raz pierwszy żółtaczk z gorączką. Stan taki niemal bez zmiany trwał do wiosny 1905 r. Podówczas 18-go kwietnia 1905 r. badanie wykazało, co następuje.

Chora o mocnem żółtem zabarwieniu skóry i widocznych błon śluzowych, miernej budowy i marnego odżywienia. Drogi oddechowe nie przedstawiają nic godnego uwagi. Serce ma tony słabe, bez szmerów. Wątroba bardzo powiększona, opuszcza się poniżej pępka, twarda, na ucisk bolesna, zwłaszcza w okolicy pęcherzyka żółciowego, odźwiernika i dwunastnicy. W moczu obfitość barwików żółciowych, bez białka i cukru. Kał bezbarwny, bez żółci.

Rozpoznano kamieć żółciową oraz zatkanie przewodu żółciowego wspólnego przez kamień, które trwa już około 8-u miesięcy. Ponieważ przedsięwzięte usiłowania na drodze terapeutycznej, wyłącznie stosowane w ciągu kilku miesięcy, nie sprawiły żadnego działania, dolegliwości ze strony cierpiących narządów chociaż z pewnymi przerwami dawały się odczuwać, odżywianie jednak organizmu podupadło i nie można było się spodziewać poprawy, owszem zachodziła obawa głębszych zmian w wątrobie, pozostała jedyna jeszcze nadzieja, zdaniem kol. SOMMERA, uratowania chorej na drodze chirurgicznej interwencji.

W tym też celu zostałem zaproszony na naradę lekarską w czerwcu 1905 r. Chora na natychmiastową operację nie mogła się zdecydować, odkładała to do wygodniejszej dla niej pory. W ciągu tego czasu w lipcu i sierpniu miała kilka razy podniesienia ciepłoty, dosyć wysokie, trwające po kilka dni.

20-go sierpnia 1905 r. w jednej z lecznic prywatnych w Warszawie przy łaskawym współudziale kol. SOLMAŃA i SOMMERA w uspieniu chloroformowem wykonałem laparotomię. Cięcie powłok brzusznych poprowadziłem na zewnętrznym brzegu *m. recti abdominis dextri*. Po otworzeniu jamy brzusznej znalazłem liczne zrosty pęcherzyka żółciowego z *colon* i siecią. Po oddzieleniu tych zrostów pęcherzyk mały, skurczony, wypełniony całkowicie kamieniami, przedstawiał się pod postacią twardego ciała podługowatego. Otworzyłem pęcherzyk, nie zawierał on zupełnie płynnej zawartości, a tylko kilka mocno przylegających do siebie kamieni, zbitych w jedną masę, które wy dobyłem zapomocą łyżeczki; po opróżnieniu pęcherzyka żółć się nie pokazywała, a starannejsze badanie wykazało, że drożności *ducti cystici* niema. Woreczek cały otworzyłem aż do *ductus cysticus*; wewnętrzna jego powierzchnia przedstawiała jedną obszerną bliznę. Wymacałem starannie *ductus cysticus* i *choledochus* i w tym ostatnim wyczułem stwardnienie długości około 4—5 ctm., a grubości wielkiego palca dorosłego człowieka.

Po próbnem nakłuciu okazało się, że to kamień, zajmował on część przewodu przed dwunastnicą i w mniejszej części zachodził pod nią. Kamień nie-

zmiernie mocno był zaklinowany w przewodzie i o przepchnięciu go do *duodenum* mowy być nie mogło.

Dostęp do kamienia niezmiernie był utrudniony ze względu na znaczne powiększenie wątroby, pomimo to wydobyć kamienia w danym razie stanowiło wskazanie życiowe dla chorej. Od strony przewodu pęcherzykowego wejść nie mogłem, gdyż przewód był zarośnięty. Woreczka żółciowego nie wycinałem, a użyłem go do podtrzymania powiększonej wątroby. Zapomocą woreczka uniosłem wątrobę ku górze i odwróciłem, aby uprzystępnić sobie drogę do *ductus choledochus*; następnie na kamieniu przeciąłem ścianę przewodu, wprowadziłem pod nią ostrożnie kleszczyki i tą drogą chciałem wydobyć kamień, który jednak podczas tych manipulacji pękł w kleszczykach na kilka kawałków. Tym sposobem kawałkami przez otwór w przewodzie wydobyłem cały kamień, pozostałe zaś resztki skutkiem skruszenia usunąłem zapomocą cienkiej łyżeczki; żółć natychmiast zaczęła się wylewać i otwór zmuszony byłem zatkać palcem. Do przewodu w kierunku do *ductus hepaticus* wprowadziłem dren znacznych rozmiarów, a obok niego dwa paski gazy wyjałowionej, które wraz z drenem wyprowadziłem na zewnątrz brzucha.

Pęcherzyk żółciowy, przedstawiający rodzaj sznurka łączno-tkankowego, otworzyłem niemal na całej długości i wszyłem w górny brzeg rany brzusznej, ustalając tym sposobem wątrobę, co przy zmianie drenu i tamponów odgrywa pewną rolę.

Przebieg pooperacyjny — wyborny. Tętno dobre, pełne, 80 na minutę; stan bezgorączkowy; dobową ilość moczu podczas pierwszych dni około 800, a następnie 1000—1500; moc stopniowo tracił barwki żółciowe. W ciągu pierwszych kilku dni po operacji wymioty bardzo męczyły chorą. Po tygodniu chora dostała *ol. ricini*, po którym kał otrzymaliśmy zabarwiony żółcią, lecz wydzielanie się żółci do kiszki zostało wstrzymane i trwało to w ciągu niemal 3-ch tygodni. Po upływie tego czasu przy zmianie opatrunku wraz z gazą, założoną do przewodu żółciowego, wydostał się na zewnątrz odłamek kamienia. Odłamek ten według wszelkiego prawdopodobieństwa zamykał otwór na *papilla Vateri* i tamował swobodny odpływ żółci do dwunastnicy. Odtąd żółć zawsze można było wykryć w kale. Zabarwienie skóry z wolna ustępowało. Chora szybko wracała do sił i 12-go września 1905 r. jeszcze z drenem opuściła lecznicę. Sączek wkrótce usunąłem, a przetoką zupełnie się zagoiła w połowie października 1905 r., t. j. po upływie niemal 2-ch miesięcy od wykonania operacji.

Od tego czasu co kilka miesięcy mam możność badania chorej; ostatni raz ją widziałem w końcu maja r. b. po przebytej kuracji karlsbadzkiej. Zabarwienie skóry zupełnie normalne, odżywienie prawidłowe; chora zyskała wogóle na wadze; sprawność kanału pokarmowego prawidłowa; wątroba nie opuszcza się poniżej łuku żebrowego, bolesności w okolicy jej niema. Blizna w miejscu uprzednio wprowadzonego sączka i tamponów cokolwiek się rozciągnęła. Obawiając się utworzenia przepukliny, zaleciłem chorej noszenie pasa odpowiedniego.

Wogóle wynik operacji i następczego leczenia w danym razie uważać należy za świetny.

Spostrzeżenie XII.

Cholelithiasis. Carcinoma vesicae felleae.

Karolina K., lat 58, wdowa, przybyła do szpitala Wolskiego 17 go sierpnia 1903 r. skutkiem bólów stopniowo wzmagających się w brzuchu, a szczególnie w okolicy wątroby.

Chora pochodzi z rodziny zdrowej, sama też zawsze cieszyła się dobrem zdrowiem aż do obecnego swojego cierpienia. W 18-ym roku życia—pierwsza menstruacja, —od tego czasu zawsze odbywała się prawidłowo co cztery tygodnie i trwała po 3 — 4 dni bez żadnych dolegliwości. W 21-ym roku życia chora wyszła za mąż, w rok potem pierwszy poród; wogóle chora przeżyła trzy ciąże prawidłowe, ostatni poród odbyła w 36-ym roku życia.

W listopadzie 1902 r. pacjentka uczuła silne bóle w prawym podżebrzu, a jednocześnie sama zauważyła, że pod wątrobą ma twarde guz, bolesny przy omacywaniu. Guz ten zwolna się powiększał, a napady bólów pojawiały się coraz częściej i trwały niekiedy 3 — 4 dni bez gorączki i bez żółtaczki z zaburzeniami jednak ze strony kanału pokarmowego [nudności i zaparcie stolca, trwające niekiedy po tygodniu]. Chora w ciągu kilku miesięcy znacznie schudła i opadła na siłach, co ją zmusiło do szukania pomocy w szpitalu.

Chora średniego wzrostu, miernej budowy, wychudzona nadmiernie. Płuca i serce nie przedstawiają zmian; wątroba cokolwiek powiększona, brzegi jej twarde. Pod wątrobą w okolicy pęcherzyka żółciowego—guz, wielkości pięści dorosłego człowieka, guz—o powierzchni nierównej, mało ruchomy, niebolesny, z wyraźnym chębotaniem, w ścisłym związku z wątrobą i w większości pokryty kiszka.

Badanie narządów płciowych oraz pęcherza moczowego nie wykazuje żadnej łączności tych organów z guzem. Mocz nie zawiera ani białka, ani cukru.

Rozpoznaliśmy nowotwór pęcherzyka żółciowego, nie wykluczając kamieni żółciowych.

27-go sierpnia 1903 r. w uśpieniu chloroformowem wykonałem laparotomię. Cięcie na zewnętrznym brzegu *m. recti abdominis dextri*, długości 15 cm. Guz jest pęcherzykiem żółciowym, wypełnionym przez kamienie. Ruchomość guza bardzo mała, zrosty z wątrobą, dwunastnicą, poprzecznicą i siecią. Powierzchnia guza nierówna.

Oddzieliłem cokolwiek zrosty i pęcherzyk otworzyłem; po wylaniu się żółci mętnej, cuchnącej żółci wydobyłem 35 kamieni wielkości orzechów łaskowych, a niektórych nawet większych. Ściany pęcherzyka mocno zgrubiałe, pokryte na wewnętrznej powierzchni rozpadającym się nowotworem, który pod postacią guza zajmuje głównie odcinek pęcherzyka w okolicy szyjki. Gruczoły w *mesenterium* powiększone; w sieci oddzielne guziki. Wobec rozległych zrostów i przerzutów o wycianiu pęcherzyka nie było co myśleć; rozpada-

jący się nowotwór zniewolił mię do oczyszczenia wnętrza pęcherzyka, przyszycia ścian jego do rany brzusznej, i wytamponowania.

Przebieg pooperacyjny bez powikłań, prawidłowy; stan bezgorączkowy; wydzielina z woreczka obfita, zwolna nabierała charakteru czysto ropnego.

Po upływie miesiąca w jamie brzusznej można było wyczuć przez powłoki zewnętrzne drugi guz. Chora uskarżała się na bóle w brzuchu. Osłabienie się zwiększało; stopniowe wyniszczenie, upośledzenie działalności serca.

25-go listopada 1903 r. śmierć z wyniszczenia. Sekcja wykazała liczne guzy w jamie brzusznej, w *mesenterium*, sieci, a także przerzuty w wątrobie.

[C. d. n.]

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

238. Tokujiro Suzuki. Przyczynek do nauki o miejscowych zmianach po podskórnych wstrzykiwaniach oleju jodowego (zawierającego siarkę) w syfilisie.

Miejscowe zmiany, wywołane przez wewnątrzmięśniowe wstrzykiwania nierozpuszczalnych soli rtęciowych, są dokładnie opisane przez niektórych autorów, jakim jednak zmianom podlegają w tkankach wstrzyknięte przetwory jodowe, jest mniej wiadomem, pomimo iż podskórne ich stosowanie w syfilisie jest obecnie bardzo rozpowszechnione.

Do najczęściej używanych przetworów jodowych zaliczyć należy jodipinę, która według KLINEMUELLER'a, KINDLER'a, LESSER'a i innych nie wywołuje żadnych podmiotowych, ani przedmiotowych zaburzeń i przez dłuższy czas pozostaje w organizmie w postaci jodku potasu; w ostatnich jednak czasach spostrzegano nieraz nieprzyjemne skutki podskórnych wstrzykiwań tego leku. O histologicznych zmianach przy stosowaniu jodipiny i o miejscowym działaniu na tkankę żaden z autorów nie wspomina. Latem 1903 roku SUZUKI miał okazję dokładnie opracować sprawę działania oleju jodowego, zawierającego siarkę, w szpitalu bowiem w Dreźnie chory, leczony przez niego z powodu trzeciorzędnych objawów syfilisu podskórnymi wstrzykiwaniami tego preparatu, zmarł w pięć miesięcy po ostatnim zastrzyknięciu z powodu cierpienia wyrostka robaczkowego (*appendicitis*). Podczas sekcji w miejscach, gdzie były robione wstrzykiwania środka leczniczego [okolica m. piersiowego] po odpreparowaniu skóry stwierdzono liczne równoległe idące podłużne 10 — 15 ctm. długości mające spoiste sznurki, szersze lub węższe, najczęściej grubości palca; przy nacięciu z licznych małych owalnych lub okrągłych przestrzeni występował kroplami oleisty płyn zielonkawej barwy. Tkanka, otaczająca owe przestrzenie, przedstawiała szarozółtawą, spoistą, zgrubiałą tkankę łączną. Oddzielne takie ogniska znaleziono i w samym mięśni. Badanie drobnowidzowe wykazało, iż wspomniane przestrzenie są wypełnione olejkami lub też że olejek cienką warstwą przylega do wewnętrznej ściany przestrzeni. Wielkość ich jest rozmaita, postać okrągła lub owalna, ściany składają się z wazkich, podłużnych komórek, przypominających komórki śródbłenka. Niektóre prze-

strzenie były wysłane komórkami olbrzymimi, pomiędzy którymi napotymano oddzielne wązkie komórki z pojedynczymi jądrami. Prócz mniejszych przestrzeni znajdowano duże szczeliny otoczone tkanką obfitującą w komórki, ściany zaś ich najczęściej składały się z olbrzymich komórek wielojądrowych. Na wszystkich cięciach spostrzegano komórkowe nacieczenie tkanki łącznej, utworzone przeważnie z jednojądrowych komórek okrągłych, stałych komórek tkanki łącznej, dużych leukocytów, po części z wielojądrowych leukocytów, także z t. zw. *Plasmazellen* i *Mastzellen*. Po środku więcej nacieczonych ognisk spostrzegano jaśniejsze miejsca, zależne od obumarcia komórek powstałego wskutek silnie drażniącego wpływu olejku jodowego. Ogniska te z nekrotycznym ośrodkiem bardzo przypominają *gummata miliaria* albo *tubercula*. Włókna mięśniowe były w stanie zaniku lub też w stanie zwyrodnienia woskowatego, naczynia w obfitej liczbie spostrzegane w tkance, wykazywały łącznotkankowe zgrubienie ścian, a nieraz nieznaczne bujanie śródbłonna. Prócz opisanych powyżej przestrzeni i komórkowo nacieczonych ognisk wstrzykiwany olejek jodowy znajdowano także około nowopowstałych naczyń i w pobliżu ognisk zapalnych i wogóle w młodo - komórkowej tkance łącznej pomiędzy włóknami mięśniowymi.

Co się tyczy powstania owych przestrzeni, to według WOLTERS'a są to puste torebki około mięśnia, „*Sarcolemmschläuche*“, które pozostały po zniszczeniu drogą chemiczną włókien mięśniowych, według PEZZOLI'ego są to przestrzenie limfatyczne, zdaniem zaś autora powstały one na drodze mechanicznej, a pod drażniącym wpływem zastrzykiwanego środka doszło do odczynu zapalnego. Jak wykazały doświadczalne badania autora na królikach i szczurach, zmiany w tkankach po wstrzyknięciu olejku siarkowo - jodowego zależą od samego przetworu, nie zaś od czystego olejku (*Ol. sesami*), który żadnych silniejszych zmian zapalnych nie wywołał. Być może, iż siarkowódór, tworzący się wskutek rozkładu wstrzykiwanego przetworu, jest przyczyną opisanego zapalenia.

W końcu swej pracy autor stawia następujące wnioski:

1) Przy podskórnych wstrzykiwaniach olejku jodowego, zawierającego siarkę, występują w tkance silne objawy podrażnienia, w przeciwieństwie do zwykłego olejku, specjalnie olejku sezamowego.

2) Wskutek mechanicznego działania wstrzykniętego przetworu tworzą się puste przestrzenie w szczelinach tkankowych.

3) W 3 dni po wstrzyknięciu, około kropli tłuszczu występuje silne zapalenie, przyczem znajdujemy wtedy leukocyty i komórki tkanki granulacyjnej, później zaś komórki olbrzymie; miejscami dochodzi do tworzenia się ognisk, przypominających *gummata miliaria* albo *tubercula*.

4) Tkanka granulacyjna zamienia się stopniowo w tkankę łączną.

5) Podskórnie wstrzyknięty olejek jodowy, zawierający siarkę, wchłania się powoli w ciągu paru miesięcy.

6) Podrażnienie wywołane olejkiem siarkowo - jodowym, jest takie samo, jak spowodowane salicylanem rtęci.

7) Podskórne wstrzykiwanie olejku siarkowo - jodowego nie ma żadnego znaczenia odżywczego, znaczenie zaś jego w leczeniu syfilisu jest tylko wazniskowe.

(*Archiv für Dermatologie und Syphilis* 1905 T. LXXV).

J. Rosenberg.

OBCEINEK.

Kartka z dziejów położnictwa w Polsce

Zestawienia i porównania w oświetleniu obcem i faktycznem.

Czasy obecne nie sprzyjają wczytywaniu się w historję dziejów minionych i wydarzeń przeszłych. Wszyscy zajęci jesteśmy niezwykle ważną w wypadki terażniejszością i niepewną przyszłością.

Z tem wszystkim jest prostym obowiązkiem czasopiśmiennictwa naszego bacznie śledzić to, co o nas, o naszej naukowości, o naszej pracy umysłowej bywa mówione, szczególnie przez obcych. Tem bardziej, gdy bywają robione zestawienia i porównania nieuniknione z powodu historycznych wypadków losowych, które nas, naród o odrębnej kulturze i oświacie, o dążeniach odmiennych, sztucznie do współzycia pod względem państwowym złączyły z naszym sąsiadem wschodnim.

Wychodząc z powyższych przesłanek, uważnie śledzę głosy autorów i uczonych rosyjskich, którzy piszą o ruchu umysłowym u nas, bądź obecnym, bądź w czasach dawniejszych.

Ot przed rokiem, o ile pamiętam, znany ginekolog rosyjski NIENADOWICZ, napisał zarys ruchu naukowego z dziedziny ginekologii i położnictwa wśród lekarzy słowian... z wyłączeniem lekarzy Polaków, pod berłem rosyjskim, w Królestwie Polskiem i na Litwie zamieszkałych. Znaleźli się więc w tym zarysie nasi koledzy rodacy z Poznańskiego, z Galicji, wyszczególnienie ważniejszych ich prac, ocena ich działalności naukowej; o nas, z Warszawy, Łodzi, Wilna i o całej reszcie wogóle z pod zaboru rosyjskiego, dr NIENADOWICZ nie wspomniał jednym słowem. Do lekarzy rosyjskich nie mógł, jak to czyniono dotychczas na Zjazdach międzynarodowych lekarskich, nas zaliczyć, do lekarzy Polaków brakło mu najwidoczniej odwagi nas włączyć. Zresztą pomijam pobudki autora, stwierdzić jednak muszę, iż wartościowe studjum literackie NIENADOWICZA z powodu tak dowolnego i nieuzasadnionego wykreślenia dorobku piśmiennego lekarzy Polaków, zamieszkałych pod berłem rosyjskim, dużo straciło na swej aktualności, właśnie dla czytelników Rosjan.

Wobec tego każdy ma uzasadnione prawo — ściśłość faktyczną i bezstronność autorską poddać w wątpliwość poważną.

Nie idzie mi w tej chwili tutaj o nas, współczesnych, z których niejeden nad tem dorobkiem naukowym nadal pracuje i pracować mimo zmienne, a zawsze jak dotychczas niekorzystne dla takiej pracy u nas, koleje losu, pracować nie przestaje.

W tej chwili pragnę, mówić o tych, których praca już skończona, działalność zamknięta i otworzyć księgę historii Uniwersytetu, a następnie Akademji medyko-chirurgicznej Wileńskiej, aby krótko i zwięźle przypomnieć kilka szczegółów chlubnej działalności na kresach dawnej Rzeczypospolitej.

Powodem wystąpienia mego jest ciekawe studjum prof. uniwersytetu w Kazaniu, W. GRUZDJEWA, p. n. Krótki zarys historyczny położnictwa i ginekologii w Rosji. (Żurnal akuszerstwa i żeńskich boleznij T. XX r. 1906). Studjum to właśnie obecnie jest drukowane i jeszcze nieukończone.

Profesor W. GRUZDJEW przyznaje, że, aczkolwiek uniwersytety w Dorpacie, Wilnie i w Warszawie, właściwie mówiąc, w tym okresie czasu, t. j. przez pierwsze 40 lat XIX-go stulecia nie były, w ścisłym słowa znaczeniu, uczelniami rosyjskimi, jednakże wobec tego, że wielu akuszerów Rosjan w tych wszechnicach otrzymało swe wykształcenie specjalne, autor uważa za rzecz słuszną zająć się rozpatrzeniem stanu katedr akuszerji w wymienionych uniwersytetach.

Zatrzymuję się na uwagach autora o Uniwersytecie Wileńskim.

W Uniwersytecie Wileńskim—pisze prof. GRUZDJEW—po jego przekształceniu w r. 1893, pierwszym wykładowcą położnictwa był MATUSEWICZ, a potem M. MIANOWSKI, który zatrzymał katedrę tę, jak się zdaje, i po przekształceniu uniwersytetu na akademię medyko-chirurgiczną.

Autor przyznaje, że nie posiada prawie żadnych danych do historii epoki tej, bezpośrednio jednak potem pisze: Przy MATUSEWICZU, w każdym razie, wątpliwem jest, aby sprawa wykładów posuwała się zupełnie dobrze, ponieważ sam MATUSEWICZ nie był akuszerem specjalistą. Poprzednio zajmował on katedrę chirurgii, a wszystkie prace jego z dziedziny akuszerji ograniczyły się na przetłómaczeniu na język polski podręcznika PLENCKA.

MIANOWSKI, mówi dalej prof. G., również dopiero później objął katedrę położnictwa; w początkach swej kariery naukowej „debiutował” w roli wykładowcy anatomję i fizjologję; następnie jednak, najzupełniej ovladnął on specjalnością swoją, o czem świadczą jego artykuły liczne z położnictwa, i podręcznik dla akuszerki (Nauka sztuki położniczej dla niewiast. Wilno, 1818 i 1826 r.).

W końcu, autor dodaje, że MIANOWSKI prowadził wykłady nie tylko teoretycznie, lecz, „jak się zdaje”, i klinicznie. Wogóle, wiadomości te zarówno odnośnie osób, jak i o katedrze położnictwa i wykładach, są niedokładne, nieściśle. Brak tutaj podania najistotniejszych faktów. To też nauka położnictwa w Akademji, a następnie w Uniwersytecie Wileńskim w zestawieniu autora z ówczesnymi klinikami i stanem nauki położnictwa w uniwersytetach rosyjskich przedstawia się bardzo niekorzystnie, bodaj gorzej i wogóle nijako.

Tymczasem rzecz ta ma się całkiem inaczej.

Opierając się na źródłowym dziele J. BIELIŃSKIEGO¹⁾ oraz M. ZIELENIWSKIEGO²⁾, przekonywamy się, iż nauka położnictwa zarówno w Uniwersytecie Wileńskim, jak i w Akademji medyko-chirurgicznej, na ogół, daleko wyżej stała, niż w ówczesnych uniwersytetach rosyjskich.

Przedewszystkiem, co do osób, to już w ostatniem ćwierćwieczu XVIII-go stulecia (w r. 1771) położnictwo, jako naukę, zaczął wykladać jeszcze w Akademji Jezuickiej, M. REGNIER, który posiadał stopień doktora medycyny za rozprawę *De asphyxia neonatorum. Regiomonti 1789*.

Po śmierci REGNIERA, w r. 1800, jego uczeń A. MATUSEWICZ, objąwszy katedrę położnictwa, prowadził wykłady, przyswajając to wszystko, co się nowego na zachodzie Europy pojawiało.

¹⁾ Dr J. BIELIŃSKI. Stan nauk lekarskich za czasów Akademji Medyko-Chirurgicznej Wileńskiej, bibliograficznie przedstawiony. Warszawa. 1889.

²⁾ M. ZIELENIWSKI. Notatki do historii akuszerji w Polsce. Warszawa. 1862.

Więcej on zrobił — pisze BIELIŃSKI¹⁾—od REGNIERA, przede wszystkim, dlatego, że był ucześniejszym od swego nauczyciela; powtórze, że młodzintka naówczas akuszerja, rozwijając się z dniem każdym, wyjaśniała wątpliwości za czasów REGNIERA nie podobne do rozwiązania; trzeci wzgląd był nie mniej ważnym, — t. j. społeczeństwo zaczęło wyrabiać w sobie przekonanie, że lekarze pod względem położniczym lepiej wykształceni, będą nieśli rodzajem pomocą rozumną.

Kurs położnictwa w Szkole Głównej Litewskiej był dwuletni. MATUSEWICZ dla ułatwienia uczniom swego studjowania położnictwa ogłosił w języku polskim — Początki nauki położniczej JANA JAKUBA PLENCKA. Wilno 1806. Książka, jak na owe czasy, dobra, tylko wielka zwięzłość wykładu stanowi ujemną stronę dzieła tego.

Już za czasów Uniwersytetu MATUSEWICZOWI pomagał w zajęciach przy szkole położniczej w szpitalu Ś-go Jakóba M. MIANOWSKI, a następnie zastępował na studjach akuszeryjnych, bezwzględnie objął nowe obowiązki [1818 r.]; odtąd działalność jego w Uniwersytecie zaczęła się najszczęśliwiej rozwijać, błogie przynosząc owoce.

Po śmierci MATUSEWICZA [1816 r.] katedrę położnictwa w Uniwersytecie przeznaczono M. MIANOWSKIEMU, który po powrocie z Wiednia, gdzie przebywał na studjach akuszeryjnych, bezwzględnie objął nowe obowiązki [1818 r.]; odtąd działalność jego w Uniwersytecie zaczęła się najszczęśliwiej rozwijać, błogie przynosząc owoce.

Szczególniej klinikę doprowadził w bardzo krótkim czasie do możebnej doskonałości.

Dał się on poznać jako bardzo sumienny, pracowity i wymowny profesor i znakomity praktyk - akuszer²⁾.

M. MIANOWSKI urządził klinikę położniczą wzorowo; pierwsiastkowo na siedem łózek; później, za czasów Akademji, liczba łózek była powiększoną do 12-tu. Czynności w klinice odbywały się w ten sposób: Zarządzał nią profesor akuszerji, mając do pomocy adjunkta, który prowadził wykłady dla akuszerki i w każdym razie zastępował profesora podczas jego nieobecności. Przy klinice mieszkała akuszerka. Deżury spełniali, po kolei, słuchacze i sposobiacze się na akuszerki kobiety. Każda wstępująca ciężarna do kliniki oddawaną była pod nadzór kończącemu medycynę studentowi. Ten obowiązany był asystować przy porodzie i pisać historję porodu i położu dla egzaminu klinicznego. Prócz ordynatora obowiązkowo musiało się znajdować czterech studentów 4-go, lub 5-go kursu, kolejno wyznaczanych. Wizyty profesora rozpoczynały się o 7-ej z rana, codziennie, w późniejszych latach, o 10¹/₂ z rana.

Przy klinice znajdował się gabinet instrumentów i przyrządów pomocniczych dla teoretycznych wykładów, jak również dla operacji.

Umyślnie prawie dosłownie według historyka Akademji przytaczam dane o klinice położniczej w Uniwersytecie, a następnie w Akademji, aby mieć możność w następstwie czynienia zestawień i porównań z urządzeniami ówczesnymi w uniwersytetach rosyjskich.

O stanie położnictwa podówczas w Akademjach medyko - chirurgicznych — Petersburskiej [1798 — 1804] Moskiewskiej [1808 — 1844], powiadamia nas właśnie studjum historyczne prof. W. GRUZDJEWA. W Akademji Petersburskiej, według ustawy, położnictwo wykładane było razem z medycyną sądowną. Pierwszym istotnym wykładającym tam położnictwo był lekarz Su-

¹⁾ l. c.

²⁾ J. BIELIŃSKI l. c.

CHAREW [1802 r.]. Później wykładał, już, jako prof. nadzwyczajny DJAKOW, a jednocześnie po niemiecku RUDOLF [podówczas w Akademii tej były dwa równoległe oddziały: rosyjski i niemiecki]. Po śmierci pierwszego [1806 r.] RUDOLF został profesorem położnictwa w obu oddziałach, wkrótce jednak objął katedrę botaniki i farmakologii.

Zarówno SUCHAREW, jak i jego poprzednik KONRADI nie ogłosili żadnej pracy z dziedziny położnictwa, DJAKOW przetłumaczył jedną część podręcznika PLENCKA.

RUDOLF był, specjalistą, lecz nie w akuszerji, a w botanice.

Prof. GRUZDJEW sposób prowadzenia wykładów tak charakteryzuje: SUCHAREW przez cały rok niby chorował. DJAKOW był suchotnikiem, a i RUDOLF nie był zdrowym. Wszyscy oni i każdy z osobna przepuszczali lekcje z powodu choroby. Nakoniec, — co najważniejsza — wykład profesorów tych był wyłącznie teoretyczny. Nawet wykład teoretyczny — mówi autor ¹⁾ — nie mógł być prowadzony w sposób odpowiedni, ponieważ przy katedrze tej nie było gabinetu; brakowało porządnego fantomu!

Nie też dziwnego, że studenci niechętnie uczęszczali na te wykłady, co spowodowało, że w kwietniu r. 1803 prof. DJAKOW zaniósł formalną skargę do konferencji Akademii, iż studenci IV-go kursu nie chcą uczęszczać na wykłady położnictwa. Pzez długie lata następne, do r. 1835, wykładał położnictwo, również teoretycznie, GROMOW. Gdy w tym roku postanowiano utworzyć samodzielną katedrę położnictwa oraz ginekologii i chorób dziecięcych, a niezależnie katedrę medycyny sądowej i higieny, prof. GROMOW, z zawodu akuszer, uznał dla siebie za odpowiedniejsze objąć tę ostatnią katedrę, t. j. wykłady medycyny sądowej i higieny.

Nie lepiej działo się pod względem stanu nauki położnictwa w Akademii medyko-chirurgicznej Moskiewskiej.

Pierwszym profesorem położnictwa i medycyny sądowej był POPOW. Sprawa wykładów, podług twierdzenia autora omawianego studjum, przedstawiała się smutnie, ponieważ prof. Popow nie otrzymał wykształcenia specjalnego i nie pozostawił po sobie ani jednej pracy naukowej; powtórę, wnosząc z inwentarza gabinetu akuszerskiego, okazuje się, że katedra położnictwa przy nim nie miała najniezbędniejszych pomocy naukowych. Następcy POPOWA — LEWITSKI i KORABLEW byli wykształconymi akuszerami. Stan jednak położnictwa był tam opłakany, gdyż do końca istnienia Akademii nie otworzono kliniki położniczej. Nawiasowo dodam, że kliniki chorób wewnętrznych i chirurgicznych w Akademii Moskiewskiej miały do r. 1833 wszystkiego po 6 łóżek; o położniczej więc, mówi prof. G., nie można było nawet myśleć.

Tak się działo w obu akademjach rosyjskich; spojrzymy, jakie stosunki panowały w uniwersytetach. W Kazaniu, przez lat 30 [od 1823 — 1853] na katedrze położnictwa pozostawał lekarz LENTOWSKI, który według prof. G. był typem profesora *en tout cas*, a takich było wielu w owe dawne czasy w Rosji. Katedrę objął, nie będąc do niej przygotowanym; nie posiadał nawet stopnia naukowego; nie ogłosił żadnej pracy; różnymi czasy oprócz położnictwa wykładał fizjologję, patologję ogólną, medycynę sądową. Podówczas [od roku 1833] w Kazaniu była już klinika położnicza na 6 łóżek, lecz przez pierwsze 9 lat istnienia kliniki odbyło się w niej tylko 145 porodów, t. j. przeciętnie 16 na rok. Nawet ów szczupły materiał nie był użytkowany odpowiednio.

Bodaj jeszcze gorzej przedstawiał się stan nauki położnictwa w tym okresie czasu w Charkowie. Pierwszym wykładającym był prof. KAMIENSKI, acz

1) 1. c.

akuszer-specjalista, lecz w braku kliniki wykładający teoretycznie. Następcą jego był prof. BLUMENTHAL, wychowaniec uniwersytetu w Dorpacie, za którego staraniem otworzono w Charkowie klinikę położniczą [1829 r.] o 4-ch łózkach, w jednym pokoju. W ciągu pierwszych 6-u lat liczba porodów w tej klinice wynosiła 20! Przy klinice nawet akuszerka nie mieszkała, a do śledzenia porodu każdorazowo wzywano akuszerkę z miasta! Stosunki te poprawiły się nieco przy prof. HANIE [1838 — 1858], również wychowauca uniwersytetu w Dorpacie; powiększył on klinikę do 6-u łózek; przyjmował też chore ginekologiczne. Najwyższą liczbą chorych i rodzących rocznie była cyfra 35.

Wobec takich stosunków, mówi prof. GRUZDJEW, zarówno w klinice kazańskiej, jak i charkowskiej nie mogło być mowy o opracowywaniu naukowym materiału klinicznego.

Powyższe zestawienia same przez się nastroczają porównania co do stanu nauki położnictwa w Polsce, mianowicie, w Uniwersytecie a następnie w Akademii medyko-chirurgicznej Wileńskiej, z akademiami i uniwersytetami rosyjskimi.

W Uniwersytecie i Akademii Wileńskiej katedrę położnictwa od pierwszej chwili jej powstania zajmowali ludzie, zawsze ze stopniem naukowym, wykwalifikowani w swej specjalności: REGNIER, MATUSEWICZ, M. MIANOWSKI, adjunkt przy klinice tej AL. WOELCK. Wszyscy oni pozostawili, mniej lub więcej, poważne prace z zakresu położnictwa i chorób kobiecych, bądź oryginalne, bądź przyswojone z obcych języków. Z oryginalnych „Nauka sztuki położniczej dla niewiast“ M. MIANOWSKIEGO doczekała się 2-ch wydań i była przez parę dziesiątków lat podręcznikiem bardzo poszukiwanym. Wileńscy profesorowie położnictwa odznaczali się znajomością gruntowną przedmiotu swego i rzadkiem zamiłowaniem do wykonawstwa lekarskiego, co w połączeniu z ogólnie panującą atmosferą naukową w sławnej uczelni sprzyjało do podejmowania prac naukowych z tej dziedziny. W epoce tej wyszedł długi szereg rozpraw specjalnych, pisanych głównie dla pozyskania stopnia naukowego. Nie mam zamiaru choćby cząstki ich wyliczać. Powiem ogólnie, że J. BIELIŃSKI, wymieniając kolejno, co ogłoszono wówczas drukiem po polsku lub po łacinie z dziedziny położnictwa lub ginekologii, podaje liczbę tę na 50.

Ważniejsze rozprawy są tam streszczone i zaopatrzone w opinię fachową, najeźdźciej korzystną, tak surowego krytyka, jakim jest M. ZIELENIEWSKI.

Już sama liczba, a także różnorodność podejmowanych tematów, wymownie świadczą o dążeniach i usposobieniu, jakie panowały w uczelni Wileńskiej.

Środki naukowe katedry i kliniki położniczej, jak na owe czasy, były najzupełniej odpowiednie.

Gdym szczegółowo rozpatrzył spis instrumentów i przyrządów pomocniczych do wykładów teoretycznych, jak również do operacji, składający się z 13-u oddzielnych pozycji, a 292 przedmiotów, przyszedłem do wniosku, że ówczesna klinika położnicza Wileńska rozporządzała środkami naukowymi znakomitymi.

Był to zbiór bogaty i cenny. Powiem więcej—*risum teneatis amici*—gabinet, przy klinice położniczej Wileńskiej posiadał takie środki pomocnicze do nauczania, jakich dziś, tak dziś, niema klinika Warszawska. Do takich zaliczam np. figurę woskową, przedstawiającą położenie płodu i części płciowe kobiety w czasie porodu; miednicę kobiety z masy papierowej z pokazaniem wszystkich jej wymiarów zapomocą drutu i z opisem; wyobrażenie z wosku macicy w różnych jej kształtach i stanach, wyobrażenie z gumy elastycznej macicy we wszelkich jej przemianach i t. d.

Tak więc, gdy ówczesne wszechnice rosyjskie nie posiadały często niezbędniejszych środków pomocniczych do wykładów, jak np. nawet odpo-

wiedniego fantomu, to środki pomocnicze do nauki położnictwa w Akademji Wileńskiej odpowiadały w zupełności wymogom pedagogicznym i współczesnemu stanowi wiedzy.

O sposobie prowadzenia kliniki i wykładów już pisałem; tutaj dodam, że z rozkładu nauk okazuje się, iż klinikę położniczą prowadził M. MIANOWSKI, codziennie od 10 — 11 z rana i w każdym zdarzonym wypadku. Pomocnikiem w klinice był A. WOELCK. Położnictwo łącznie z nauką o chorobach kobiet wykładał po łacinie M. MIANOWSKI dla studentów IV-ej klasy, 3 razy na tydzień. Położnictwo dla akuszerki w ostatnich 6-u miesiącach roku szkolnego wykładał po polsku A. WOELCK, 3 razy na tydzień.

Ruch chorych w klinice położniczej podaje J. BIELIŃSKI w tablicy [za lata 1833 — 1842] — 495 rodzących. Księgi kliniczne sięgają jednak właściwie już r. 1816. Materiał ten starannie i umiejętnie układał adjunkt kliniki A. WOELCK. Brak tylko księgi z r. 1838/39. WOELCK razem z MIANOWSKIM w tym roku byli więzieni, najprawdopodobniej dlatego brakuje danych za ten czas.

Ten przykład zamiłowania do nauki ze strony profesorów działał dodatnio na młodzież. Nie znajdujemy w historii Akademji, tak, jak to się zdarzało gdzieindziej, ani skarg na przepuszczanie wykładów lub zajęć praktycznych. Zresztą ówczesna młodzież, jak wiemy, zawiązywała Towarzystwa doskonalenia się [np. Towarzystwo Filaretów]. Przyjmowano do nich tylko ludzi zdolnych, pracowitych i moralnych. W pracach Towarzystw takich brali udział nie tylko studenci, lecz i niektórzy profesorowie. Do tych należał i prof. M. MIANOWSKI. Wogóle, omal z każdej karty Akademji wileńskiej widnieje, że powołanie lekarskie, stanowisko profesora uważane tam było za najwyższy zaszczyt, za godność istotną. Wezytując się w historję, spostrzegam to między innymi i w tym drobnym szczególe, który poniżej przytaczam. Gdy do sprawdzenia inwentarza gabinetu kliniki położniczej w r. 1832 przybył z Petersburga prof. GROMOW, podpisał protokół: „Diejstwitielnyj Statskij Sowietnik—S. GROMOW“.

Na protokole tym jest i drugi podpis: „NICOLAUS MIANOWSKI prof. *artis Obstetriciae*“.

W tych tak różnych dwu podpisach widać dwóch zupełnie odmiennych ludzi, dwie odrębne kultury.

To, co MIANOWSKI ukochał całą siłą swej inteligencji, dla GROMOWA było obojętnem. Wszak on po 27-u latach profesury na katedrze akuszerji przeszedł do wykładów medycyny sądowej i higieny.

Jeżeli zatrzymałem się nieco przydługo nad tą, jedną z wielu, chlubnych kart tej przeszłości świetlanej, uczyniłem to z dwóch względów. Nasamprzód, aby sprostować niedokładne, błędne historycznie twierdzenia autora obcego o stanie nauki położnictwa w Akademji Wileńskiej; powtóre, aby przez zestawienia faktyczne wykazać, że nawet przy niezbyt sprzyjających warunkach zewnętrznych, siła i napięcie życia umysłowego, ruch naukowy pozostaje w zależności od zapału, dzielności i talentu pracowników.

Pokolenie ówczesne wykonało chlubnie przypadający nań w udziale w tej części Polski odłam pracy kulturalnej.

Pracowaliśmy tam nie mało, my Polacy, a w nas, jako ferment, te tysiącoletnie dorobki kulturalne, które nie były udziałem sąsiadów naszych.

Stąd różnice duże przy zestawieniach i porównaniach, stąd wskazówki na przyszłość.

Józef Jaworski.

Wiadomości bieżące.

— Na zebraniu ogólnem Stowarzyszenia lekarzy polskich dn. 7-go października oznaczono wysokość rocznej składki członkowskiej na 12 rb. i postanowiono pobrać od członków 3 rb. składki za ostatni kwartał r. b. Wybrano na członków zarządu i ich zastępców kol.: BRONOWSKIEGO, CHEŁCHOWSKIEGO, DOBRSKIEGO, DUNINA, HEWELKEGO, JAKIMIĄKA, JAWORSKIEGO, KAMOCKIEGO, KOSMOWSKIEGO, KRAJEWSKIEGO, LEŚNIEWSKIEGO, MĘCZKOWSKIEGO, NUSBAUMA, PRZYBOROWSKIEGO AD., RZĘTKOWSKIEGO, SAWICKIEGO B., SOKOŁOWSKIEGO A., i SZUMLAŃSKIEGO. Do sądu koleżeńskiego wybrano 15-u kolegów, do komisji towarzyskiej 10-u, rewizyjnej 5-u, wyborczej — 24-ch i 6-u zastępców. Obecnych na zebraniu było 167 lekarzy. Życzący sobie zapisać się na członków Stowarzyszenia, zechcą zawiadomić o tem piśmiennie kol. RZĘTKOWSKIEGO [Marszałkowska 78], podając nazwiska dwóch bliżej znajomych sobie członków Stowarzyszenia.

— W d. 14 b. m. otwiera się oddział Towarzystwa higienicznego w Łowiczu.

— W Domu Wychowawczym przy szpitalu Dzieciątka Jezus wakuje posada miejscowego felczera. Do posady tej przywiązana jest pensja 350 rb. rocznie oprócz mieszkania, opału, światła i całodziennego utrzymania.

— Prof. LUDOMIŁ KORCZYŃSKI mianowany został prymarjuszem szpitala krajowego w Sarajewie.

— W Krakowie w d. 7-ym b. m. otwarty został nowy szpital OO. Bonifratrów.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska” wychodzić będzie w ciągu roku 1907 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku bieżącym.

Celem uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma, uprasza się o wczesne przesyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok bieżący, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

Druk K. Kowalewskiego, Warszawa, Mazowiecka 8.

Wydawca Dr Jan Pruszyński.

Redaktor Dr Wł. Gajkiewicz.