

GAZETA LEKARSKA

PISMO TYGODNIOWE

POŚWIĘCONE

WSZYSTKIM GALEZIOM UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKIEJ,
FARMACYI I WETERYNARYI.

Cena Gazety Lekarskiej. W Warszawie: rocznie rsr. 5, półrocznie rsr. 2 kop. 50. W Królestwie i Cesarstwie: w redakcyi (z przesyłką) rocznie rsr. 6, półrocznie rsr. 3.

Cena Biblioteki Umiejętności Lekarskich. W Redakcyi półrocznie (od 1 lipca 1873 do 1 stycznia 1874) rsr. 10; od początku wydawnictwa do 1 stycznia 1874 r. rsr. 128 (z przesyłką).

Cena Przeglądu Postępów Nauki Lekarskiej. Rocznie: rsr. 8; dla prenumeratorów Gaz. Lek. rsr. 6; dla prenumeratorów Gaz. Lek. i Bibl. Um. Lek. rsr. 4.

TREŚĆ. Rozprawy Naukowe. Przyczynek do operacyjnego leczenia zawinięcia powiek (*entropium*). Przez Dra Med. *Cywińskiego* w Wilnie (dokończenie). — Kronika zagraniczna. Przewlekłe niezżytowe zapalenie płuc. Przez Dra *Aufrechta* (ciąg dalszy). — Korespondencya. Trzeci międzynarodowy kongres lekarski (ciąg dalszy). — Wiadomości bieżące. Zakład przyrodo-leczniczy w Nowém-Mieście nad Pilicą. — Patologia Ogólna. — Dodatek. Akuszeryi T. I, ark. 46. Pat. i Ter. szczeg. Choroby przyrz. jamy brzusznej ark. 3. Choroby nerek, ark. 6. Patologii ogólnej, ark. 60, oraz tytuł i treść dzieła (dzieło ukończone). Medycyny Sądowej T. I, ark. 31. Chirurg. operac. T. II, ark. 13.

Przyczynek do operacyjnego leczenia zawinięcia powiek (*entropium*).

Przez D-ra Med. *Cywińskiego* w Wilnie.

(Dokończenie).

Herzenstein z Odessy ogłosił¹⁾ w 1866 roku sposób niszczenia rzęs przez przeprowadzenie zawłoki pod skórą w kierunku cebulek włosowych. Według autora wywołując zawłoką tą ropienie w cebulkach włosowych otrzymujemy ich wypadanie, a zatem zetknięcie rzęs z gałką oczną zamieniamy na zetknięcie z miękkim brzegiem powiekowym. Z własnego doświadczenia o tym sposobie nie mogę powiedzieć, gdyż ani razu nie miałem wskazania do jego użycia, a zniesienie tarcia otrzymawałem innemi sposobami. Prof. Braun w swym podręczniku chorób ocznych powiada, że sposób ten da się zastosować tylko w takich okoli-

1) Archiv f. Ophtalmologie 1866 r. str. 76—82.

cznościach, gdzie rzesy znacznie są zmienione i nie ma najmniejszej korzyści w ich pozostawieniu, chociaż tu także może łatwo się zdarzyć, że pewna liczba rzes może pozostać, a zatem cel operacji będzie chybnym. Rzeczywiście, skoro nie można mieć nadziei na zupełne zniszczenie sposobem tym wszystkich rzes nieprawidłowo ustawionych, to nawet przy zupełnej ich bezużyteczności, gdy bezrzes (*madarosis*) stałby się nawet koniecznym, sposób ten uważamy za nadzwyczaj niepewny. Powodzenia przy postępowaniu takim, tém mniej możemy oczekiwać jeszcze z tego powodu, że jednocześnie ze zmienionymi rzesami mamy także brzeg sam zmienionym, a zetknięcie tego ostatniego z gałką oczną bynajmniej nie jest bez szkodliwego wpływu. Gräfe ¹⁾ twierdzi, że wypukły brzeg powiekowy sam przez się w stanie jest podtrzymywać podrażnienie i złuszczenie się rogówki. Jeżeli zniszczenie rzes nawet zupełne, nie może mieć wpływu na położenie brzegu rzesowego, to możemy zadać sobie pytanie: czy warto narażać chorego na tak bolesną operację, jaką jest zawłoka, i na tak długie ropienie. W samej rzeczy sposób ten nie znalazł naśladowców, a nawet sam autor, przy ogłoszeniu go nie przedstawia dość danych, przekonywających, na zasadzie których możnaby się zgodzić z jego zdaniem. Podając swój sposób 1866 r. zrobił on tylko porównanie ze sposobem Jäsche-Arlta. Wytknąwszy niedogodności ostatniego sposobu, mniemał, że można ich uniknąć przyjmując sposób autora. Lecz w sposobie Gräfe go niedogodności owe prawie zupełnie są zniesione, a przytem sposób Gräfe go został ogłoszonym w tymże Archiwie jeszcze w roku 1864; autorowi przeto w każdym razie wypadało uczynić porównanie, wskazać wyższość lub przynajmniej pewne dogodności swego sposobu w porównaniu z Gräfowskim. Skoro nie czyniono tego, wyższość pozostaje przy sposobie Gräfe go, choćby się i można było zgodzić z autorem, że bezrzes (*madarosis*) wywoływany przez niego nie posiada szczególniejszego znaczenia i da się zastąpić przez okulary.

Rozpatrując dalej sposób Jäsche go ²⁾ i nie wiele odeń się różniący sposób Arlta śmiało możemy powiedzieć, że zasadnicza myśl obu jest racjonalną. Oto pokrótce technika tego sposobu: po rozdwojeniu powieki na dwa listki, z których przedni zawiera skórę, tkankę podskórną i mięsień, tylny zaś chrząstkę i łącznicę, z przedniego listka na pewnej odległości od brzegu rzesowego wycinamy odpowiedniej wielkości fałdkę skóry; pozostałą tasiemkę skóry u dołu wycięcia za pomocą szwu przymocowujemy do skóry znajdującej się nad wycięciem: w ten sposób po zagojeniu otrzymujemy podjęcie brzegu powiekowego w górę i po nad gałkę oczną. Przy całym swym dowcipie, sposób ten jednak na praktyce przedstawia następujące niedogodności: 1) Jest niedostatecznym dla zmiany w położeniu rzes znajdujących się w kątach oka. 2) Pasemko skóry dolne, otrzymując odżywianie z boków, gdzie tylko na niewielkiej przestrzeni pozostaje w związku z pozostałą skórą, bardzo łatwo podlega zgorzeli i skutkiem tego operacja stosunkowo często się nie udaje. Na 208 operacyj wykonanych przezemnie, podług tego

¹⁾ Gräfe, Archiv f. Ophthalmologie X. Band II. Abth. 1864, str. 226.

²⁾ Jäsche, Medic. Zeitung Rusland's 1844, str. 71.

sposobu, miałem 10 całkowitych a 6 częściowych zgorzeli dolnego pasemka skóry. Nie zdaje mi się, aby inni używający tego sposobu byli o wiele szczęśliwsi, gdyż wszyscy bez wyjątku w liczbie innych niedogodności wspominają i o tój. Wprawdzie, zdaniem G r ä f e' g o, można uniknąć tój niedogodności robiąc dolne pasemko nieco szerszem, i zwracając baczną uwagę, aby pasemko to zawierało wszystkie warstwy, aż do chrząstki powiekowej; lecz przytem także bardzo często następuje ropne nacieczenie w pośrodku płatu, zejściem którego jest cząstkowa rzesz utrata. 3) Po operacyi łatwo następuje recydywa i nowe zawinięcie powieki rozwija się głównie w kątach oka, gdzie rzeszy bardzo mało zostały podjętemi. 4) Często się zdarza, że w chrząstce pozostaje kilka cebulek włosowych, te z biegiem czasu wyrastają poniżej blizny; z drugiej znów strony wiele z podjętych rzesz giną na zawsze. 5) Zastosowanie sposobu tego nie wszędzie w równej mierze jest dogodnym; daleko dogodniejszym jest ono na powiece górnej, niż na dolnej. 6) Sposób ten témbardziej jest niedogodnym przy nieprawidłowym li tylko rzesz rośnięciu. 7) W końcu technika tego sposobu dość jest trudną i wymaga znacznej straty czasu, mniej więcej pół godziny.

Przy takich niedogodnościach i wadach opisanego sposobu, sposób G r ä f e' g o ogłoszony przez niego w r. 1864 w Archiv f. Ophthalmologie (X Band, II Abth. str. 225—227) stanowi ważny krok naprzód. Wyższość sposobu G r ä f e' g o polega na przeprowadzeniu dwóch cięć pionowych do brzegu rzesowego z boków powieki, rozdwojonej podobnie jak w poprzednim sposobie na dwa płatki przedni i tylny. Otrzymany w ten sposób płat skóry, już nie posiada owego pasemka wąskiego, jak to mieliśmy w sposobie poprzednim; przeciwnie płat skórnym stosunkowo jest dużym, ograniczonym z dołu i boków przez cięcia, a u góry zaś przez całą rozciągłość powieki znajduje się on w ścisłym z pozostałą skórą połączeniu, przez co znajduje się w lepszych warunkach odżywiania. Skrócenie się skóry, stanowiącej płatów, wywołuje skrócenie samego płatu, a przez to stopniowe podjęcie rzesowego brzegu powieki. Podjęcie to można powiększyć jeszcze przez wycięcie niewielkiego okienka owalnego w powiece. Do płatu łatwo można włączyć rzeszy znajdujące się nawet w samych kątach oka. Płat taki daje nam gwarancję przeciw łatwo następującej zgorzeli, jak to było w sposobie J ä s c h e' g o, jak również daje możność podejmowania wszystkich rzesz powieki. Chociaż usunięcie dwóch głównych niedogodności sposobu J ä s c h e' g o - A r l t' a, stanowi zasługę G r ä f e' g o, jednakże sposób jego dzieli wraz z poprzednim niektóre wspólne im obu niedogodności.

Do ostatnich należą. 1) Znaczna strata czasu dla wykonania operacyi. 2) cały efekt operacyi zależy od przypadku, gdyż niemożliwym jest ściśle określić w każdym z danych wypadków stopień kurezliwości płatu, a zatem cięcia nasze mogą się okazać zanadto długimi lub przeciwnie; nie pomoże tu także wycięcie okienka szczególnie, skoro się wycina ono wysoko i bez miary. W ogóle brak ściślej dokładności szkodzi znacznie powadze tego sposobu, pomimo całej zasłużonej sławy swego wynalazcy. Oprócz tego podług uwagi prof. B r a u n' a sposób ten zupełnie nie da zastosować w wypadkach, gdzie mamy znaczne wygięcie chrząstki powiekowej i gdzie szpara powiekowa jest zwężoną.

Ukończywszy rozbiór krytyczny kilku sposobów operacyi, obecnie używanych przy zawinięciu powieki, spodziewam się, że dość wydatnie okazałem niedogodności i trudności, z jakimi będzie miał do czynienia każdy lekarz, spotykający się z opisanem cierpieniem. Jakim wyżej powiedział, zamieszkałem w kraju obfitującym w ludność żydowską, wśród której choroby oczne a między niemi jaglicze zapalenia są jednymi z najczęstszych. Po trzechletnim zwiedzaniu znakomitszych klinik oftalmicznych Europy, zacząłem obrabiać olbrzymi materiał, jakiego mi dostarczały warunki życiowe ludności żydowskiej, materiał prawie nieknięty z powodu dziwnej obojętności dawniejszych lekarzy do téj gałęzi nauk medycznych istniejącej w owe czasy. Najprzód zacząłem tedy stosować sposób *J ä s c h e' g o*. W miarę jak mi przybywało zapasu doświadczenia i obserwacyi coraz widoczniej się okazywały niedogodności tego sposobu. Z początku niepowodzenia przypisywałem albo przypadkowi albo niedość wyrobionej technice przy wykonywaniu operacyi. Prokowałem tedy operować podług innych sposobów, w końcu jednakże przyszedłem do przekonania, że sposób *J ä s c h e' g o* jest najlepszym, chociaż wymaga modyfikacyi i ulepszeń. Głównemi wadliwościami w tym sposobie są bez wątpienia: 1) Powolność w wykonywaniu operacyi. 2) Często stosunkowo zgorzel płatu z rzęsami. 3) Operowani podług sposobu tego wymagają dłuższego lub krótszego dozoru i leczenia klinicznego. Mając ciągle do czynienia z biedną ludnością, której domowe warunki bytu nie pozwalały nie tylko na byle jaki dozór chorego, lecz nawet na czyste jego utrzymanie, począłem się starać o otwarcie lecznicy chorób ocznych, co mi się udało r. 1860, przy pomocy prywatnych dobroczyńców. Z otwarciem lecznicy téj, z początku załedwie na 6 łózek, przypływ materiału znacznie się powiększył, a jednocześnie powiększyła się liczba znaczniejszych operacyj (katarakty, iridectomie), a chociaż środki lecznicy wzrastały, tak że obecnie posiada już 16 łózek, to jednakże warunki rozbieranój operacyi bynajmniej się nie zmieniły, gdyż miejsca w klinice zazwyczaj były zajmowane przez poważniejsze wypadki. Przeto znowu, chcąc niechcąc, trzeba było o tyle uprościć operacyę w mowie będącą, aby bynajmniej nie cierpiała od braku dozoru szpitalnego, i aby przy jój wykonaniu jak najmniej zajmowała czasu. Ponieważ w początkach praktycznej swój działalności, najczęściej operowałem podług sposobu *J ä s c h e' g o*, uważając wtedy go za najlepszy, przeto modyfikacye zaprowadzone przeze mnie dadzą się odnieść do tego sposobu, chociaż w całości stanowią one zupełnie nowy sposób zasadniczo się różniący od swego pierwowzoru, o czem każdy może się przekonać z następującego opisu:

Po zwyczajnych przygotowaniach do operacyi, chory siada tak, aby wierzchołek głowy odpowiadał wysokości podbródka siedzącego na przeciw niemu operującego. Pomocnik staje z tyłu chorego, jedną ręką mocno ustala głowę, przyciskając ją do swej piersi, w drugiej zaś ręce trzyma dostateczny zapas małych gąbek dla oczyszczenia okrwawionych powierzchni. Operujący pincetą *B e e r a* (do rzęs), ściąga fałdkę skóry powieki górnej równoległą do brzegu rzęsowego, i wprowadza ją w rozziw pincety *D e m a r a*, ustawiając ją tak, aby nóżka dolna (bez okna) pozostawała w odległości 7 do 8 mm. od brzegu rzęsowego. Wielkość tałdki po-

zostaje w prostym stosunku do stopnia rozciągliwości skóry i waha się między 8 a 12 mm., ściśle jednakże określenie wielkości tej dla każdego z danych wypadków jest niezbędnem, gdyż po wyrżnięciu zamałej fałdki otrzymamy recydywę cierpienia, a znowu za wielkiej — niedomykalność powiek ze wszystkiemi stanami tego następstwami. Skoro ujęta fałdka ściśle została wymierzona i umocowana w rozziwie pincoty, operujący podejmuje pincetę do góry i na niej odwraca powiekę, jak to się czyni w celu przyżegania. Późem operator, trzymając pincetę z powieką w nadanem mu położeniu za pomocą lewej ręki, prawą bierze mały skalpel brzuchasty i rozdważy brzeg intermarginalny w głąb na 5 do 6 mm., aby zająć za podstawę cebulek rzęsowych; przyczem w listku górnym ma się znajdować skóra, tkanka podskórna, mięśnie i cebulki rzęsowe, w dolnym zaś listku chrząstka, gruczołki Meiboma i łącznica. Cięcie to na powiece prawej poczynamy od spoidła zewnętrznego i kończymy przy punkcie łzowym, na lewej zaś powiece odwrotnie. Rozdwarzając powiekę przed wyrżnięciem fałdki skórnej, mamy na celu uniknąć krwotoku, który w każdym razie stanowi przeszkodę, czasem dość nieprzyjemną. Natychmiast po rozdzieleniu, operujący przywraca powiekę do normalnego położenia i odcina małemi nożyczkami Cooper'a ujętą w pincecie fałdkę. Krwotok przy tem jest tak nieznaczny, że bezwzględnie możemy przystąpić do założenia szwów, które się nakładają sposobem następującym: zwyczajna mała igła chirurgiczna nawleka się jedwabną nitką nawoszczoną; wprowadzamy igłę w rozcięcie brzegu intermarginalnego, wkłówiamy ją w górę, aż do brzegu górnego wyciętego defektu i wyklówiamy przez brzeg ów na zewnątrz, nitkę jedwabną zawiązujemy zwyczajnym węzłem a końce odcinamy. Przy wyborze miejsca dla nałożenia szwu mamy na względzie, ile możliwości miejsce to wybierać tam mianowicie, gdzie się znajduje najwięcej rzęs zawiniętych. Robimy to w celu, aby nitka pozostając w zetknięciu z cebulką podobnej rzęsy, wywołała w niej podrażnienie i zniszczenie przez utworzenie małego ropnia, przez co rozumie się zapobiegamy skłonności do cząstkowej recydywy.

Co się zaś tyczy ilości szwów, to zazwyczaj trzech bywa dosyć. Po założeniu szwów oko operowane starannie się oczyszcza ze krwi i przewiązuje suchym bandażem. Z bandażem tym chory pozostaje aż do zdjęcia szwów co ma miejsce prawie bez wyjątku po upływie 48 godzin. Cała operacya ciągnie się maximum 2—3 minuty, wskutek czego najczęściej odbywa się ona bez użycia chloroformu, wyjątek robimy zaledwie dla osób nerwowych i dzieci.

Samo przez się rozumie, że nie każdy wypadek da się operować ściśle podług opisanego sposobu. Spotykamy takie powikłania, gdzie musimy uciekać się jeszcze do bocznych cięć *Gräfe'go*, do rozszerzenia szpary ocznej i in., co jednakże nie stanowi już głównej części operacyi.

Z powyższego opisu widocznym jest, co jest wspólnego i czem się różni dopiero co opisany sposób od sposobu *Jäsche'go*, i dla tego nie widzę tu potrzeby powtarzania. Czuję się w obowiązku powiedzenia jeszcze kilku słów o główniejszych momentach operacyi. Zacznę od pierwszego, odjęcia i wymierzania fałdki skóry powieki górnej. Znając z doświadczenia, jak wielką odgrywa rolę przy zejściu operacyi wielkość fałdki wyciętej i jak trudnym jest to wymierzenie, na-

wet dla bardzo doświadczonych, usuwam trudność tę za pomocą okienka pincety Demara, która odosobniając ujętą fałdkę, stawia nas w możności ściśle ocenić skutek operacyi wprzód nim ją odetniemy.

Przy takich warunkach uietylko błąd każdy łatwiej i prędzej daje się naprawić, lecz prędzej go także można odkryć, gdyż temu nie przeszkadza krwotok, zaciemniający znacznie pole operacyjne, ani ruchomość i rozciągliwość części otaczających, co tak często wprowadzało w błąd nawet bardzo zręcznych operatorów, ani żadne inne okoliczności. W końcu wycięcie samo ułatwia się dzięki formie rozcięcia pincety, który w zupełności odpowiada formie mającej się wyciąć części skóry.

Nieco większego znaczenia jest drugi moment operacyi—rozdwojenie brzegu intermarginalnego powieki. Robiąc rozdwojenie to w głąb 5 do 6 mm. od brzegu rzesowego, (co najzupełniej odpowiada położeniu cebulek rzesowych), i pozostawiając brzeg dolny wyciętego okienka prawie na 2 mm. w połączeniu z warstwami głębiej leżącymi, stawiamy go przez to w lepszych warunkach odżywiania, przez co także zapobiegamy przytrafiającej się zgorzeli tego brzegu przy operacyach Jäschego. Okoliczność poprzednia nie przeszkadza ruchliwości brzegu dolnego przy przemieszczaniu z powodu obfitój i wiotkiój tkanki podskórnej.

Oto więc myśli, jakie kierowały mną przy wykonywaniu proponowanej obecnie operacyi, i oto te dane, z których możemy się przekonać, o ile tamte się sprawdziły.

W ciągu 12-to letniej praktyki w obowiązku zawiadującego Wileńską Lecznicą Prywatną, miałem w kuracyi 392 chorych na zawinięcie powieki, na których wykonałem 777 operacyj podług rozmaitych sposobów, co najwidoczniej okazały następujące cyfry z 10 lat ostatnich. Sposobem Jäschego-Arlt'a 208, Jeger'a 16, Rau 6, Gräfe'go 61, Ammon'a 99, proponowanym przeze mnie 387.

Ponieważ ocenę zalet każdego sposobu stanowi głównie najzupełniejsze znieśnienie niedogodności, z powodu których uciekamy się do operacyi, przeto tu także musimy dodać podobną miarę. Mając do czynienia z nadzwyczaj upartem cierpieniem bardzo skłonem do powtarzania się, zaledwie wtedy możemy śmiało liczyć na skuteczność naszego działania, skoro posiadamy środki uchylenia lub osłabienia téj skłonności. Chociaż zbieranie danych w podobnych okolicznościach jest nadzwyczaj trudnem, czego dowodzi jeszcze ta okoliczność, że nie spotykamy takich wskazówek u żadnego autora co do kwestyi nas zajmującej; jednakże zdołałem uzbierać kilka cyfr, które okazują choć w przybliżeniu procent recydyw po operacyach zawinięcia, podług trzech sposobów. Otóż z 392 operowanych osób przeze mnie, 301 osób znowu udawały się do mnie po pewnym przeciągu czasu (od 1 roku do lat 7) z rozmaitych powodów, z téj liczby 87 było z recydywami zawinięcia: z nich 41 po operacyi według sposobu Jäschego-Arlt'a, 9 operowanych sposobem Gräfe'go i 37 operowanych opisanym przeze mnie sposobem. Jeżeli porównamy te cyfry z ogólną liczbą wykonanych operacyj podług trzech wzmiankowanych sposobów, to otrzymamy co do recydyw następujące dane: że przy operacyach sposobem Jäsche-Arlt'a mieliśmy 19,6%, sposobem Gräfe'go 14,7%, podanym przeze mnie sposobem 9,5%. Bez wątpienia, powtarzam raz jesz-

eze, że liczby te zbyt są małe, aby z nich można było wyciągać ostateczne wnioski, lecz w braku większych one także posiadają niejaka wartość.

Na zakończenie pozwolę sobie zrobić następujące wnioski:

- 1) Sposob ten zasadniczo się różni od sposobów przede mną podanych i opisanych.
- 2) Daleko jest prostszym przy wykonywaniu i dla tego mniej zabiera czasu.
- 3) Daje większą gwarancję przeciw powtórzeniu się cierpienia.
- 4) Z jednakową dogodnością da się zastosować do powieki górnej jak i dolnej.

KRONIKA ZAGRANICZNA.

Przewlekłe nieżyłowe zapalenie płuc.

Przez Dra. Aufrechta.

(Dalszy ciąg).

Wprawdzie teraz Perl i Lipman ¹⁾ doświadczalnie wykazali, że krew, która przez otworzoną tchawicę do płuc królików spłynęła, nie wywołała wcale procesów zapalnych, muszę jednak zwrócić uwagę, że nie możemy tego faktu z całą ścisłością stosować do faktów klinicznych, gdyż w doświadczeniach owych mamy do czynienia z krwią czystą, spływającą aż do pęcherzyków płucnych; w ludzkich zaś płucach, gdzie ognisko zapalne albo jama jest nieczystym źródłem krwotoku, dosyć często razem z krwią cząsteczki w rozpadzie znajdującego się ogniska lub jamy zostają porwane i w cieńszych oskrzelach się zatrzymują; albo jeżeli nawet krew nie porywa z sobą żadnych grubo-ziarnistych cząsteczek, to już przez samo dotknięcie się z rozpadłymi massami ogniska resp. ścian takich jam, łatwiej rozkładowi ulega. Prawdopodobnie i jedno i drugie ma miejsce; sprawa ta jest podobną do zakrzepowych ognisk, które częścią przez zator, częścią za pomocą zakażenia gnilnego procesu zapalne wywołać mogą. Że zaś krew, która przy takich warunkach do pęcherzyków płucnych się dostaje, szczególnie jest usposobioną do wywołania zapalnych procesów, zaledwie zaprzeczyć można.

Ważnym jednak pomocniczym momentem dla powstawania ognisk zapalnych wskutek dostania się krwi do oskrzeli i pęcherzyków płucnych, a pochodzącej z pękniętych naczyń we wnętrzu zapalnych ognisk przebiegających, jest zrośnięcie się listków opłucnej. Ponieważ przez to kurczliwość ścianek pęcherzyków płucnych zostaje ograniczoną, zostaje przeto uniemożliwiony ważny pomocniczy środek, do wydalania wylaną do nich krwi. Mogę podać obserwację potwierdzającą cośmy wyżej powiedzieli. W Lipcu 1872 roku badałem chłopca czternasto-letniego, wzrostu dużego i dobrze zbudowanego. W drugim roku życia swego przebył chorobę, trwającą kilka tygodni i która według opisu rodziców, przebiegała z gorączką i kaszlem (ostre nieżyłowe zapalenie płuc?). Do siódmego roku życia miewał bardzo często napady krupy. Od tego czasu począwszy był zdrowy; dopiero przed niedawnym czasem, zaczął się skarżyć na bicie serca, przyczem zaczęły zwracać na siebie uwagę błada cera i krótki oddech przy chodzeniu po schodach. Badanie klatki piersiowej wykazało lekkie stłumienie odgłosu w wierzchołku lewego płuca, drobno-pęcherzykowe rżenia przy wdychaniu i przedłużony wydech. Jednem słowem było dosyć danych do przyjęcia niewielkiego nacieczenia w wierzchołku lewego płuca. Zresztą badanie ani w reszcie płuc ani w sercu, nic nienormalnego nie wykazało. Chłopiec pojechał z rodzicami do Hare, dla spędzenia tam lata; po czternastodniowym pobyciu w tém miejscu, zachorował na lewostronne zapalenie opłucnej z bardzo obfitym wysiękiem. Po 4 tygodniach, stan jego o tyle pole-

¹⁾ Perl i Lipman, Experimenteller Beitrag zur Lehre von der Lungenblutung, Virch. Archiv Bd. II. p. 552.

pszył się, że jeszcze tylko z tyłu u podstawy na wąskiej przestrzeni, płuco dawało przy opukiwaniu odgłos stępiony. W trzy miesiące od początku zapalenia oplucnej, chłopiec dostał gwałtownego krwotoku, który w następnych dniach kilkakrotnie się powtórzył. W 8 dni od pierwszego krwotoku począwszy, nastąpiła śmierć. Podajemy najważniejsze zmiany przy sekcji znalezione. Lewe płuco było na całej przestrzeni przyrośnięte i bardzo ciężkie. W wierzchołku jego była jama wielkości gołębiego jaja o ścianach zupełnie gładkich, a w środku tej jamy, tętniak wielkości grochu. W zrazie górnym i dolnym płuca lewego było bardzo wiele ognisk, począwszy od wielkości grochu do orzecha laskowego, kształtu, jak się przy przecięciu pokazało, częścią groszkowatego, częścią morwowego. W żadnym oskrzeliu krwi nie było. Serce było zdrowe.

W tym przypadku, liczne ogniska zapalne w lewym płucu, dopiero po krwotoku wystąpiły. Jeżeli z tego cośmy wyżej powiedzieli, istotnie wypływa, że krew w takim wypadku trzeba za bodziec zapalny uważać, wyłączne tedy zajęcie lewego tylko płuca, musimy kłaść na karb całkowitego przyrośnięcia, resp. na karb spowodowanej przez to niemożności wydalenia nienormalnej zawartości przy pomocy sprężystości tkanki płucnej, podczas gdy w prawym płucu było to możebnem. Że jednakowoż krew do prawego płuca dostać się musiała, leży tu jak na dłoni, bacząc na to, jak znaczne ilości krwi na zewnątrz wydalone zostały.

Krwotoki w przebiegu nieżyłowego zapalenia płuc zależą od trzech warunków. Zjawiają się one w chwili powstawania jam, albo powstają z powodu pęknięcia tętniaków (*aneurysma*) albo nareszcie pochodzą z nadgrzyzionych naczyń, leżących w ścianie jamy. Ilość krwi może być bardzo rozmaita, począwszy od łyżeczki herbacianej do tak znacznej krwi utraty, że śmierć spowoduje. Pomijam tu więc prązki krwi, jakie dosyć często widzimy w płwocinie w pierwszych okresach nieżyłowego zapalenia płuc i ową rdzawą i czekoladowo zabarwioną płwocinę, jaka tak często w końcowych okresach tej choroby się pokazuje a powstająca bez wątpienia z ścisłego zmieszania się ropy z krwią; krew ta pochodzi z włosowatych krwotoków ścian jam.

Na szczęście, rzadko pęknięcie albo szczeliny niezapadłych ścian tętniaków dają powód do krwotoków. Są one tém niebezpieczniejsze o ile z powodu wielkości otworu naczynia, rzadko tylko wytwarza się mocno zamykający zakrzep. Krwotoki powtarzają się w krótkich odstępach czasu, tak, że bezkrwistość w połączeniu z gorączką, po największej części niepomysłne zejście choroby powodują; albo krwotok jest tak gwałtowny, że już po kilka sekundach śmierć następuje. Dwa takie wypadki w Szpitalu Magdeburgskim widziałem. W obydwóch tych wypadkach śmierć nastąpiła, nim na zawołanie posługacza z pokoju o jedno piętro niżej leżącego przybyć zdążyłem.

O wiele częściej, choć znacznie mniejsze, powstają krwotoki, spowodowane tworzeniem się jam. Każde ognisko zapalne może wskutek ucisku wywołanego komórkami, znajdującymi się w pęcherzykach płucnych i drobnych oskrzelach na naczynia krwionośne, dalej wskutek zapalnego zastoju i skrzepnięcia krwi w naczyniach samych, przejść w zgorzel i przez ropienie od zdrowej albo przynajmniej krwią dostatecznie zaopatrzonej tkanki oddzielić się. Jeżeli proces ten powoli postępuje, to wtedy naczynia dochodzące do linii demarkacyjnej, wypełniają się zakrzepem i krwotok miejsca nie ma. Tylko wtedy, gdy oddzielenie się zgorzelowej części przed tą chwilą przychodzi do skutku, zjawia się krwotok. Za przyczyny uspasabiające takie oddzielenie się trzeba uważać: wysilenie cielesne, nadużycia in Baccho et Venere; sądzę jednak, że bezkrwistość także jest istotnym uspasabiającym momentem ¹⁾.

¹⁾ Dawniejszy pogląd, według którego jamy z początku są zamknięte (*vomicae occultae*) a później stają się otwarte (*apertae*), zaledwie potrzebuje odparcia. W każdym ognisku zapalnym znajdują się oskrzela i od szerokości ich resp. możności wypełnienia się wysiękiem zapalnym będzie zależeć, czy jama z początku z powietrzem komunikowała czy nie. Wyjątkowym jednak sposobem, komunikacya ta przychodzi do skutku, przy powiększaniu się jamy, spowodowanym owrzodzeniem ścian. Potem nastęrcza się pytanie, co się dzieje z początku ze zgorzelową częścią płuca, z powodu oddzielenia się której od części zdrowej, powstaje jama. We wszystkich wypadkach, w których oddzielenie się to jest całkowite, a więc zgorzelowy kawał tkanki płucnej w całym swoim obwodzie otoczony jest ropą—a kazuistyka takie wypadki podaje — musi ropa masę tę stopniowo zużywać, tak że massa ta częścią może zostać wessaną, częścią przez ekspektoracyę wydaloną. Częstsze jednak są wypadki,

Tak samo jak krwotok, nie mogę również i nieżyt uważać za przyczynę powodującą suchoty płucne i zgadzam się najzupełniej na zdanie Leberta ¹⁾, że powszechne mniemanie, jakoby zaniedbany nieżyt do suchot miał prowadzić, jest fałszywe. Wszędzie gdzie miałem sposobność obserwować nieżyt od samego początku, stanowił on tylko albo komplikację suchot albo był następczym objawem przewlekłego nieżytego zapalenia płuc; w żadnym jednak wypadku nie miałem najmniejszego punktu oparcia odwrotny przyjął stosunek. Z resztą w dziele Hirscha ²⁾ znajdujemy obiektywne spostrzeżenia, które mniemaniu, że zwyczajny nieżyt krtani lub oskrzeli, może suchoty spowodować, wszelką podstawę odejmują. Hirsch utrzymuje, że w Islandyi, na wyspach Färöer i w północnej Skandynawii są bardzo częste nieżyte cierpienia przewodu oddechowego a mimo to miejscowości te są od suchot wolne. Jeżeli fakta te są sprawiedliwe, o czem ja ani na chwilę nie wątpię z powodu powagi Hirscha, to o żadnym przyczynowym związku między nieżytem a suchotami i mowy być nie powinno.

I przeciwnie za ledwie zaprzeczyć można, że wskutek zwyczajnego zrazowego zapalenia górnego ³⁾ płatu płucnego i jeszcze częściej wskutek w dzieciństwie występującego nieżytego zapalenia płuc, pewna część wysięku pozostać może a wcześniej albo później stać się punktem wyjścia suchot płucnych (chronicznej bronchopneumonii) ⁴⁾.

Nieżyte właśnie zapalenie płuc u dzieci mam w podejrzeniu, że jemu przypisać trzeba później występujące niektóre wypadki suchot, nawet wtedy, jeżeli lata całe pozornego zdrowia oddziela je. Wprawdzie, ponieważ przez krótki tylko czas robionemi obserwacyami rozporządzałem, nie mogłem jeszcze powyższe przypuszczenia z całą pewnością uzasadnić; w każdym razie jest to dostateczne, aby dzieci, które po jednorazowym przejściu nieżytego zapalenia płuc, bez względu na to czy zapalenie to samo przez się powstało, czy rozwinęło się po płonicy lub koklusz, kazać starannie strzedz, skoro tylko w następnej zimie zaczęną kaslać albo w zimie i na jesieni często na tak zwane napady krupu zapadają, chociaż nie zawsze, jednakowoż dosyć często badanie obiektywne powinno wykazać zajęcie szczytu płuc nieżytem.

Jednakowoż, krupowe zapalenie górnego zrazu płuca, nieżyte zapalenie płuc w wieku dziecięcym jak również i wdychanie pyłu z różnych materij mogą tylko jako rzad-

a takich dużo obserwowałem, gdzie chorobliwie zmieniona część płuca nie w całości, lecz tylko częściowo oddziela się, tak, że z początku tylko szczelina powstaje, której ściany ulegają powolnemu rozpadowi, powodując powiększenie się jamy.

¹⁾ Lebert, Handbuch der pract. Medicin, III Aufl. Tübingen 1863, Bd. II. p. 131.

²⁾ Hirsch, Handbuch der hist.-geograph. Pathologie, Erlangen 1859—64, Bd. II, p. 2, 25.

³⁾ Porów. F. Niemeyer Vorträge p. 10.

⁴⁾ Podług Buhla (Lungenentzündung, Tuberculose und Schwindsucht, München 1872) nieżyte zapalenie płuc (l. c. p. 69) powstaje tylko ze wspomnianego prawdziwego łuszczącego zapalenia płuc (*Desquamativ-Pneumonie*), właściwego tamże szczegółowo opisanego zapalenia płuc, które nie wspólnego z innymi zapaleniami płuc nie ma. Ponieważ jednak dodaje (l. c. p. 50, 150, 154), łuszczące zapalenie płuc, może z powodu gorączki, rozległego rżenia treszczącego, nieco próżniejszego, czasami wyraźnie tympanicznego tonu przy opukiwaniu, nieoznaczonego (*indefinita*) albo nawet oskrzelowego oddechu, a dalej krwawej płwociny z krupowym zapaleniem płuc zmieszane być może, to dla zbitcia jego poglądu, co do związku między łuszczącym zapaleniem płuc a przewlekłym nieżytem zapaleniem, mogę się zadowolnić odpowiedzią, jaką każdy lekarz mający za sobą 20 i więcej lat praktyki, by dał na zapytanie: ilu chorych zmarłych na suchoty, których od urodzenia obserwował, cierpieli na chorobę, którąby można wziąć za, albo choćby tylko podejrzewać, jako krupowe zapalenie płuc, albo jakiego cierpienia przybliżenie podobnego.

O ile mało zresztą czuję się usprawiedliwionym powstawać przeciwko przyjęciu łuszczącego zapalenia płuc, obok innych zapaleń, o tylebym się nigdy nie zgodził na przyjęcie osobnej postaci zapalenia, za podstawę przewlekłego nieżytego zapalenia płuc resp. suchot, a owe widmo, które się nazywa specyficznością, specyficznem usposobieniem chorobnem i t. d. na nowo teraz wskrzesić, kiedy właśnie zaczynamy się przekonywać, że istnieje sto różnych przyczyn suchot, ale ani jednej nie ma specyficznej.

kie przyczyny przewlekłego nieżyłowego zapalenia płuc (chronicznej bronchopneumonii) uważać. Wymienione wyżej sprawy chorobne tylko jako przyczyny okolicznościowe uważać należy, do których przyłączyć się musi dopiero moment uspasabiający, aby mogły szkodliwy ów wpływ w takim znacznym stopniu wyrzeć.

Na pierwszym miejscu stoi tu dziedziczność, której znaczenie dla powstawania suchot płucnych prawie powszechnie jest uznawane ¹⁾. Ja sam zgodnie z Niemeyerem wypowiedziałem w tym względzie pogląd, że nie usposobienie do gruźlicy prosówkowej, lecz usposobienie do przewlekłego nieżyłowego zapalenia płuc odziedziczonym być może. U dwudziestu z 88 na suchoty chorych, u których później miałem sposobność robić sekcję, ojciec lub matka na tę samą chorobę zmarli. Stosunek wypadków dziedzicznych był przeto jak widzimy jak 1 do 4²⁾.

Jeżeli następnie zolży, przewlekłe zapalenia jako uspasabiające momenta przytaczam, czynię to dla tego, że o istnieniu takiego związku tak samo jestem przekonany, jak ci autorzy, którzy przeciw temu występują ²⁾. Bez wątpienia wspomniane cierpienia to mają wspólnego, że wszystkie rodzaje podrażnienia powolnie przebiegają, wszystko jedno czy obrażenie (*trauma*) było przyczyną albo nie.

Na szczególniejszą jednak uwagę zasługują w tym miejscu staranne poszukiwania Buchananam ³⁾, których rezultat w kilku mieści się słowach: „Wilgotność gruntu jest

¹⁾ W nowszych czasach Mac Cormac (*Consumption and the breath rebreathed London 1872 p. 13*) wystąpił z wielką stanowczością przeciw przyjęciu dziedziczności przewlekłego nieżyłowego zapalenia płuc resp. suchot.

²⁾ Porów. między innymi Dittlich - Martius, *Die Combinations-Verhältnisse des Krebses und der Tuberculose, Inauguar-Abhandlung, Erlangen 1853, p. 26, 29.* Hérad et Cornil, *De la phthise pulmonaire, Paris 1867 p. 610.*

³⁾ Buchanan, Ueber den Einfluss der Bodenfeuchtigkeit auf die Entstehung der Lungenschwindsucht, citirt nach dem Ref. in der Viertel-Jahrschrift f. öffentl. Gesundheitspflege, B. 1, p. 232. Uważam za właściwe wnioski przez Buchananam wyprowadzone, dla wysokiej swojej wartosci dosłownie tu podać. Są one następujące:

1) W hrabstwach Kent, Surrey i Sussex mniej jest suchotników między ludnością zamieszkującą miejscowości wysokie, mające grunt przepuszczalny, niż między ludnością zamieszkującą miejscowości z gruntem nieprzepuszczalnym.

2) W środku tych samych hrabstw jest mniej suchotników między ludnością, zamieszkującą wysokie z przepuszczalnym gruntem miejscowości, niż nizkie z przepuszczalnym gruntem.

W tych samych hrabstwach jest mniej między ludnością, zamieszkującą miejscowości pochyłe z gruntem nieprzepuszczalnym, niż zamieszkującą płaskie o nieprzepuszczalnym gruncie miejscowości.

4) Związek między wilgotnością gruntu a suchotami płucnymi w poszukiwaniach tych na pewno wykazany został:

a) przez istnienie ogólnej zgodności co do stosunku śmiertelności suchotników w tych miejscowościach, które odnośnie do przepuszczalności wody te same geologiczne i topograficzne własności posiadają;

b) przez to, że miejscowości, które w odmiennych pod tym względem znajdują się warunkach, inną też okazują śmiertelność;

c) przez wykazanie dosyć prawidłowej zgodności w wahaniu się obu stanów, z jednej strony znaczna liczba wypadków suchot przy znacznej wilgotności gruntu, z drugiej strony mała liczba wypadków suchot przy małej wilgotności gruntu. Związek między wilgotnością gruntu a suchotami okazał się w przeszlorocznem sprawozdaniu na innej drodze, a mianowicie:

d) że częstość suchot bardzo znacznie się zmniejszyła w tych miastach, w których wilgotność gruntu za pomocą sztuki oddalono, i że częstość suchot bynajmniej nie zmniejszyła się, gdzie gruntu nie osuszano.

5) Wszystkie ztąd wypływające wnioski, dadzą się w jedno zdanie połączyć, które także teraz jako ogólne a nie dla pewnych miejscowości tylko uważać należy, a mianowicie, że właśnie wilgotność gruntu jest przyczyną suchot ludzi w tej miejscowości mieszkających.

przyczyną suchot płucnych ludności na tym gruncie mieszkającej. Jeden dowód więcej, jak bezzasadnym jest wszelkie przypuszczenie specyficzności suchot płucnych; ważny zarazem przyczynek dla nowych poglądów odnośnie do leczenia tej choroby.

Na nieszczęście jednak brak wszelkiego związku między wspomnianymi etiologicznymi momentami i zmianami anatomicznymi, które do suchot prowadzą.

Ja z mojej strony mógłbym za pomocą jednego tylko przypuszczenia związek taki uzasadnić; przypuszczenie to wydaje mi się tym bardziej usprawiedliwione, że przy pomocy tegoż, można etiologię, symptomatologię, podczas początkowych okresów, jak i zmiany anatomiczne znalezione, w bliższy przywieść związek. Następujące fakta służą mi za podstawę:

1) Suchoty płucne prawie bez wyjątku poczynają się w szczytach płuc albo górnych zrazach ¹⁾.

2) Tam gdzie suchoty niepowstają bezpośrednio z krupowego albo nieżyłowego zapalenia płuc, albo nie zdradzają się nieczem w początku swego powstawania ²⁾ albo takimi objawami, które tylko niedostatecznie charakteryzują chorobę, tak, że nie zawsze pozwalają domyślać się powstania tej choroby.

3) Początkowe okresy choroby, jak poszukiwania na trupach przekonywają, muszą być uważane za rezultat zapalenia, to jest zmian chorobnych, które spowodowały wypełnienie drobnych oskrzeli i pęcherzyków płucnych komórkowym wysiękiem. Rozpad samej tkanki płucnej tylko wtedy ma miejsce, gdy wysięk odkłada się w podścielisku komórek i w ścianie oskrzeli.

4) Jako momenty usposabiające uważać należy: dziedziczność, zolży, przymiot, długotrwałe zapalne choroby, wilgotność gruntu, przebywanie w źle odwietrzanych przestrzeniach, do których światło słoneczne skąpo dochodzi ³⁾, zmartwienia ⁴⁾, troski o utrzymanie się i t. p.

Opierając się na tych faktach, o słuszności których każdy przekonać się może, wyprowadzam następujące wnioski:

1) Skoro owo cierpienie płuc, które do suchot prowadzi, wyłącznie w szczycie płuc się poczyna, jakkolwiek tkanka płucna wszędzie jest ta sama, to pierwszą przyczynę (*causa remota*, przyczyna uspasabiająca) trzeba szukać w takiej okoliczności, z powodu której wierzchołki płuc w przeciwstawieniu z innymi częściami już w normalnym stanie w nieprzyjaznych znajdują się warunkach. Owe nieprzyjazne warunki, znaleźć możemy tylko w budowie klatki piersiowej, która jak wiadomo jest tego rodzaju, że nie pozwala na wdechowe rozszerzenie się szczytów płuc, przez co wdechowanie nie może być tak zupełne, jak w innych częściach.

2) Suchoty płucne prawie nigdy nie poczynają się pod formą ostrzej choroby.

3) Skoro najpierwsze, wykazać się na trupie dające zmiany polegają na wysięku, znajdującym się w drobnych oskrzelach i pęcherzykach płucnych i gdy każdy wysięk jest następstwem miejscowego podrażnienia, to i tutaj musiał działać jako *causa proxima*, bodziec na powierzchnię drobnych oskrzeli i pęcherzyków płucnych resp. na ich nabłonek.

4) Wszystkie wymienione wpływy mają to z sobą wspólne, że przez nich organizm staje się mniej odpornym na zewnętrzne szkodliwe wpływy, że szybsze i trwalsze następuje oddziaływanie na bodźce, że wysięk zapalny bardzo jest obfity, że nie następuje *prima intentio*, lecz ropienie i gojenie się trwa długo.

6) Po starannem zbadaniu całego zebranego materiału, nie można znaleźć żadnej innej okoliczności, któraby w wyższym stopniu tak się zgadzała z większą lub mniejszą liczbą wypadków suchot, jak właśnie własności gruntu.

7) W tych poszukiwaniach znaleziono kilka od tego prawidła pozornych wyjątków. Prawdopodobnie nie wszystkie te wyjątki są błędami w samej rzeczy, albo obserwacyi, lecz raczej wskazują one na istnienie innego jeszcze prawidła, odnośnie do własności gruntu, które jednakowoż nie dało się jeszcze wykryć.

) Mówię prawie bez wyjątku, gdyż niekiedy suchoty biorą początek z dolnego zrazu płucnego w skutek wrzodu, zatoru, ciała obcego, jednakowoż, jak z dalszego ciągu wynika, nie potrzebuję tych wypadków wzięść pod uwagę.

²⁾ Porów. także Laennec. *Traité de l'auscultation médiate*, Paris 1826 Vol. 1, p. 699.

³⁾ Porów. Hérard A. Cornil (l. c. p. 584).

⁴⁾ Laennec (l. c. p. 646) podaje uderzający w tym względzie przykład.

Jakim zaś sposobem niedostateczne wdychowe rozszerzenie przewodów powietrznych w szczytach płuc może stać się powodem, że one stają się punktem wyjścia przewlekłe i bez objawów przebiegającego zapalenia płuc, na to odpowiedzieć mogą tylko to, że strumień wdychowy i wydechowy nie jest w stanie przewyciężyć żadnej prz. szkody w najcieńszych oskrzelach. Taka przeszkoda zaś, która przy pewnych warunkach bezpośrednio lub pośrednio prowadzić może do przewlekłego zapalenia, łatwo powstać może z powodu wydzielającego się śluzu, oddzielających się nabłonków, komórek wysiękowych przy krupowem i nieżytowem zapaleniu płuc ¹⁾.

Na podstawie powyższych danych, dochodzimy do następujących wniosków:

Przewlekłe nieżytowe zapalenie płuc, którego końcowy okres na zasadzie klinicznych zjawisk nazywamy suchotami płuceniemi, powstaje przez kombinację następujących momentów przyezynowych:

1) *gdy w najcieńszych oskrzelach szczytów płuc poczyna się wydzielać śluz a nabłonki odłuszczać, spowodowane wdychaniem powietrza, zawierającego cząsteczki, które drażnią chemicznie lub mechanicznie błonę śluzową przewodów oddechowych, jednem słowem przez oddychanie zepsutem powietrzem, (jak to ma miejsce w źle przewietrzanych miejscowościach, niedostatecznie oświetlonych słońcem — w okolicach z gruntem bardzo wilgotnym i spowodowanym przez to rozkładzie ciał organicznych — w kopalniach węgla i tym podobnych miejscowościach);*

2) *gdy już przedtem istniała albo się przyłączyła niemożność dostatecznego rozszerzenia się pęcherzyków płucnych a szczególnie w szczytach płuc, przez co wydzielający się śluz i odłuszczony nabłonek w najcieńszych rozgałęzieniach oskrzeli zostają i pośrednio lub bezpośrednio dają powód do zapalenia (jak to ma miejsce przy paralitycznej klatce ²⁾), przy słabości muskulatury klatki piersiowej wskutek długotrwałych chorób, przy siedzącym sposobie życia i t. p.)*

3) *gdy wszystkie momenta uspasabiające istnieją albo przyłącza się niernormalny skład krwi wskutek czego na działanie miejscowego bodźca występuje szybka i długotrwała reakcja, prowadząca po większej części do przewlekłych zapaleń (jak to ma miejsce u ludzi z dziedzicznym usposobieniem do suchot płucnych, u żółzowatych, u dotkniętych przymiotem, wskutek długotrwałych ostrych chorób, wskutek przebywania w źle odwietrzanych miejscowościach, do których światło słoneczne skąpo dochodzi, w których powietrze nie tylko miejscowo działa drażniąco na płuca, lecz także chemiczne zmiany w krwi samej, jakoteż przemianę materji w tkankach modyfikuje na niekorzyść całego organizmu, wskutek zunieszkiewania w okolicach z wielką wilgotnością gruntu, wskutek zmartwień, trosk, w skutek braku odpowiedniego i w dostatecznej ilości pokarmu i t. p.)*

Naturalnie, że i tutaj stosuje się prawo przez patologię ogólną podane a mianowicie, że gdzie wiele przyczyn jest koniecznych do wywołania jednej choroby, jedna może być bardzo słaba, gdy działanie innej sięga głębiej. Gdzie istnieje szczególne usposobienie do przewlekłego nieżykowego zapalenia np. z powodu dziedziczności, to bodziec drażniący błonę śluzową najcieńszych oskrzeli szczytów płuc może być weale nieznaczny i zaledwie dostrzegalny; i odwrotnie, tu gdzie bodziec drażniący tkankę szczytów płuc ciągle wraca, jak to np. u robotników pracujących w kopalniach węgla, u kamieniarzy i t. p., ma miejsce, usposobienie do nieżykowego zapalenia może być weale nieznaczne, aby choroba rozwijać się mogła.

(Dalszy ciąg nastąpi).

1) Mówię bezpośrednio lub pośrednio, gdyż w zakońzeniach oskrzeli, znajdujące się masy mogą drażnić błonę śluzową oskrzeli, jak również i spowodować zapad tej części płuca, która jest w związku z temi oskrzelami. Jakim zaś sposobem, zapad płuc wywołuje mięszowe zapalenie, to nam Ziemssen (Pleuritis und Pneumonie im Kindesalter, Berlin 1862 p. 303—305) pięknie i jasno dowiódł.

2) Zgadza się z Waldenburgiem (l. c. p. 186), że działanie klatki paralitycznej w istocie swojej tylko na miejscowem zaburzeniu polega.

KORRESPONDENCYA.

Wiedeń, dnia 4 Października 1873 r.

Trzeci międzynarodowy kongres lekarski.

Pierwsze posiedzenie.

1-go Września, godzina czwarta po południu.

(Ciąg dalszy).

Tajny Radea zdrowia Günther (z Drezna). Nie zgadza się na to, aby pierwotna limfa słabiej działała od humanizowanej i aby szczepienie miało być źródłem niebezpiecznych a nawet śmiertelnych chorób. To ostatnie na mocy licznych, własnych doświadczeń, uważa w zupełności za fałszywe. Co zaś się tyczy możności wystąpienia ciężkich chorób, wskutek szczepienia, fakt ten przyjmuje tylko z wielkiem zastrzeżeniem.

Mówca w ogóle jest jak najmocniej przekonany, że szczepienie jest pewnym środkiem przeciw ospie; a fakt, że śmiertelność zostaje zmniejszoną wskutek szczepienia, jest bezspornym, gdyż według jego doświadczeń na 100 nieszczepionych około 30 umierało, zaś na 100 szczepionych 3.

Dr. Schneider (z Jawy). Dwudziestoletnie obserwacye ospy na Jawie i na otaczających wyspach przekonało mnie, że szczepienie jest pożytecznym. Na Jawie w 1855 r. panowała epidemia ospy; szerzyła się ona z wschodu na zachód; mój okręg leżał w samym środku, miasto Sole na wschodzie, Diakia na zachodzie; ja szczepiłem na zachodniej granicy ku wschodniej, z tém skutkiem, iż ospa ominęła mój okręg.

Tajny Radea zdrowia Dr. Müller (z Berlina). Panowie! Pierwszy mówca odwoływał się do moich statystycznych wykazów; powiedział on, że liczba szczepionych dzieci umarłych na ospę miała być bardzo znaczną. Jest to najzupełniejszą prawdą; zapomniał jednak dodać, na co ja we wszystkich moich wykazach statystycznych, odnoszących się do epidemii ospy, kładę nacisk, że nie można ufać danym co do prawdziwości poprzedniego szczepienia. — Dane te, przemawiające na korzyść przeciwników szczepienia ospy, są nieściśle; bo skoro dziecko zostanie umieszczone w wykazie chorujących na ospę, i gdy pytamy czy ono miało ospę, otrzymujemy od rodziców, wstydzających się swego niedbalstwa, zwykle twierdzącą kłamliwą odpowiedź; albo téż w innych razach szczepienie ospy było bezskutecznym; w innych jeszcze razach zdarza się, że dziecko istotnie było szczepione, ale wtedy dopiero, gdy ono już było zarażone jadem ospowym, a więc za późno. I z tych to przyczyn wykazy statystyczne stają się niedokładnymi.

W jednej z dawniejszych epidemij ospy w Berlinie, poleciłem lekarzom miasta, przez cały rok, aby przy każdym wypadku śmierci dziecka w pierwszych latach życia z powodu ospy, ściśle badać czy dzieci te były szczepione, czy téż nie i mogę zapewnić i za pomocą akt dowieść, że ani jeden nie zdarzył się wypadek śmierci dziecka, jeśli ono było dobrze i we właściwym czasie szczepione.

Tak samo rzecz się ma i z powtórnym szczepieniem; tak, że jeżeli indywiduum, mające powtórną zaszczipioną ospę dobrze i we właściwym czasie, umarło, ja w takim razie o przyjęciu się zarodka powtórnego szczepienia wątpię.

Pozwalam sobie zrobić jeszcze uwagę odnośną do szczepienia krowianki. Jako radea zdrowia i dyrektor instytutu szczepienia ospy, robiłem wiele doświadczeń w tym względzie i miałem zawsze sposobność przekonać się, że szczepienie krowianki nie wywoływało nigdy miejscowego silnego oddziaływania, bez względu na to czy szczepiono pierwotną limfę, czy téż limfę już szczepioną. Nie widziałem nigdy silnego miejscowego oddziaływania i odróżnia się ono tylko tém od zwyczajnej ospy ochronnej, że występuje jedna tylko krosta ospowa, która dochodzi znacznej wielkości i dopiero 10 lub 11 dnia w zupełności dojrzewa; złych skutków jednakowoż nigdy nie widziałem. Co się zaś tyczy skutku, nie zgadzam się z poprzedniemi mówcami, lecz raczej z wnioskami programu.

Jedno jeszcze chcę dodać, że nie jestem tak wprawny w tego rodzaju szczepienie, zwykle tylko w celu robienia doświadczeń zaszczipiałem pierwotną limfę; dla przykładu jednakowoż przytaczam Dra Pissin z Berlina, który kilka lat przeważnie się tem zajmuje.

Rok rocznie przybywa pewna liczba dzieci do królewskiego zakładu szczepienia ospy, w którym Dr. Pissin bezskutecznie szczepił ospę; ja ospę im zaszczyliłem i ospa jak najświeżniej się przyjęła. Z tej przyczyny nie mogę wyrzec się przekonania, że szczepienie krowianki jest mniej pewne. Potwierdził mi to pewien lekarz, przełożony zakładu szczepienia ospy w Rotterdamie, który przed kilku laty był u mnie; powiedział mi on, że do szczepienia dzieci bierze krowiankę, a jeśli ta nie przyjmuje się, to jesteśmy przekonani, żeśmy źle szczepili, i w takim razie jeszcze raz szczepimy. Do powtórnego zaś szczepienia, nie bierzemy krowianki, gdyż jeżeli ospa nie przyjmuje się, nie wiemy czy w tym jest wina danego indywiduum czy też limfy.

To wszystko co chciałem o krowiance panom powiedzieć; chcę jednak jeszcze dodać krótką uwagę.

Jeden z poprzednich mówców, który przeciwko szczepieniu wystąpił, powiedział, że między 10 a 20 rokiem życia najwięcej ludzi na ospę zapada. Według moich doświadczeń, opartych na dokładnych, bom sam opracowywał statystykę Berlina, odnoszącą się do szczepienia ospy, jest to zupełnie fałszywem, gdyż między 10 a 20 rokiem życia wypadki zapadania na ospę prawie się nie zdarzają, a wypadki śmierci są nader rzadkie. Po 20 roku życia występuje usposobienie do zapadania na ospę, a od 30 do 40 usposobienie to powiększa się.

Na koniec muszę nadmienić, że na wszystkie inne punkta programu zgadzam się, z wyjątkiem tylko odnowionej limfy (*regenerirten*). Tej ostatniej nigdy nie używam. Dostę często otrzymuję krowiankę z prowincyi, używam jej bardzo chętnie, dla zadośćuczynienia żądaniu publiczności. W przerodzenie się limfy wskutek wielokrotnego szczepienia niewierzę. Jeżeli lekarz dobrze szczepi i bierze limfę tylko ze zdrowych dzieci, to w takim razie siła ochronna limfy nigdy nie słabnie. Ja używam pierwotnej limfy, którą mi przysyłają, trzymam ją w zapasie, mieszając ze słodnikiem i przez to w każdej chwili jestem w stanie, zaszczyliwszy krowiankę, otrzymać nową ilość humanizowanej ospy.

Pozwolę sobie jedną uwagę dodać, że właśnie roztwór glicerynowy limfy ospowej inne oddaje usługi. Udaje się bowiem tym sposobem tak znaczne ilości limfy ospowej otrzymać, jak to w innych warunkach jest niemożliwe. Jakie rezultaty w tym względzie inne zakłady otrzymały? nie wiem, ale nie przypuszczam, aby gdziekolwiek otrzymano lepsze rezultaty od moich; ja bowiem w r. 1870 i 1871 całe północne Niemcy zaopatrzyłem w limfę ospową. W owym czasie przysyłałem limfę we flaszczkach. Nie można nigdy w zimie mieć w takiej ilości limfę, aby nią można było powtórnie szczepić na wielką skalę i tylko roztwór słodzinowy limfy ospowej uczynił możliwem w każdej porze roku mieć w znacznej ilości limfę, dostateczną dla zaszczylenia tysiącom ludzi i sądzę, że użycie wyżej wspomnianego roztworu położy koniec epidemii ospowej (oklaski).

Prezydent. Teraz ma głos pan Eulenberg z Berlina.

Tajny Radca zdrowia Eulenberg (z Berlina, delegowany Królewsko-Pruskiego ministerium oświaty i rady zdrowia).

Panowie! Pozwólcie mi kilka słów powiedzieć. Uważam sobie za obowiązek zastanowić się jeszcze nad najważniejszymi kwestyami, które mają tu być rozbieganymi, a będącemi dla ludzkości największej wagi.

Ci panowie, którzy przeciwko szczepieniu mimowoli odwołują się do statystycznych wykazów, nie potrzebują wcale nadmieniać na jak ślizkim gruncie stoi statystyki.

Jeżeli panowie zwrócą uwagę na statystykę ospy, to mogę powiedzieć, że brak jej wszelkiej podstawy; co więcej uważam wszelką statystykę ospy odnośnie co do wyprowadzenia wniosków o wartości szczepienia w obecnym czasie za zupełnie jeszcze nie możliwą, gdyż jestem zdania, że jeśli się chce korzystać z dotychczasowych danych statystycznych, trzeba przedewszystkiem upewnić się, czy szczepienie było *lege artis* wykonane. Nie ulega wątpliwości, że skutek szczepienia zależy od dokładnego i prawidłowego dokonania tej czynności, jakoteż, że złe szczepienie jest niedostateczną ochroną od ospy. Skoro np. mam ułożyć statystykę ospy i z niej wyprowadzić wnioski, muszę być przedewszystkiem przekonany, czy też dane indywidua były dobrze szczepione, czy krosty ospowe przechodziły wszystkie okresy rozwoju i czy co nie stało temu na przeszkodzie. Gdy to wszystko wiem, dopiero wtedy mogę wyprowadzić wnioski ze statystyki ospy.

Tak jak rzeczy dotychczas stoją, to tylko takie statystyczne wykazy mogą być użyte, które pochodzą ze szpitali, albo odnoszą się do małych przestrzeni.

Oprócz tego ważne są doświadczenia robione nad szczepieniem ospy, podczas epidemij ściśle ograniczonych, a które są ważne ze skutków tą drogą otrzymanych i z téj to przyczyny winny być uwzględnione.

Wszędzie zrobiono to spostrzeżenie, że za pomocą natychmiastowego i powtórnego szczepienia, zdołano stawić zaporę epidemii ospowój.

Są to dane, które zaprzeczyć się nie dadzą i zawsze o tem przekonać się można, gdy właściwe środki w odpowiednim czasie zastosowane zostaną.

Powtarzam jednak, że technika szczepienia i tu ważną rolę odgrywa i że wiele zależy tak od jakości, jakoteż od ilości.

Ci panowie, którzy przeciwko szczepieniu mówili, odwołują się do Marsona i Gregorygo, aby przekonać, jak mały wpływ wywiera szczepienie na pomniejszenie liczby zapadłych na ospę i że w ogóle ospa również często panuje teraz jak i przed zaprowadzeniem szczepienia.

Przeoczono jednak tutaj, że właśnie Marson i Gregory, wielki kładą nacisk na prawidłowe dokonanie téj czynności; autorzy ci zarazem wykazali, jak ściśle jest związana, tak liczba zapadłych na ospę, jak téż i śmiertelność z tém, czy u ludzi zapadłych na ospę znajdowały się blizny ospowe w odpowiedniej liczbie i czy posiadały właściwy sobie charakter.

Marson opierając się na 16-letnich swoich obserwacyach, doszedł do rezultatu, że u tych chorych na ospę, którzy mieli 10 blizn, pochodzących od szczepienia ospy, śmiertelność była prawie żadną. Autor tak jest tego pewny, że uważał za niepotrzebne czynić dalszych w téj mierze obserwacyj.

Staranne szczepienie zawsze nam poda środek, aby nie dozwolić powstawania, tak morderczych epidemij, jakich doczekaliśmy się w ostatnich czasach.

Że i później także ospa panować będzie, nie ulega wątpliwości; zyskujemy jednak to, że będziemy w stanie, śmiertelność w ospie sprowadzić do minimum.

A jeżeli posuniem się jeszcze dalej i będziemy uważać szczepienie za środek wątpliwy, to możemy i wtedy jeszcze holdować staremu przysłowiu: „Remedium anceps melius quam nullum.“

Sądzę jednak, że zadaniem 3-go międzynarodowego kongresu lekarskiego jest, głośno i otwarcie wypowiedzieć, jak jest mocno przekonany o wysokiem znaczeniu szczepienia dla zdrowia publicznego (oklaski).

Wice-Prezydent Prof. Dr. Hebra. Czy panowie zgadzacie się, aby dzisiejsze posiedzenie na tém zakończyć. (Zgoda).

(Posiedzenie zostaje zamknięte — 6 godzina 15 minut).

(Dalszy ciąg nastąpi).

Wiadomości bieżące.

— Zakład przyrodo-leczniczy w Nowém-Mieście nad Pilicą. Nowe-Miasto położone na 500 blisko stóp nad poziom morza przedstawia warunki sprzyjające i potrzebne dla zakładu leczniczego środkami naturalnemi (Naturheilanstalt). Dość wyniosłe położenie i blizkie sąsiedztwo wielkich sosnowych lasów czyni, że okolica tutejsza posiada bardzo dobre powietrze. Wzgórza, na których znajduje się miasto, idące równolegle z rzeką Pilicą, pokryte dość bujną roślinnością, mają na swych stokach bardzo wiele źródeł zimnej wody, której temperatura 6 do 7° R. pozostaje w lecie i zimie niezmienną. Woda ta nie przedstawia wprawdzie szczególnych składników chemicznych, w niektórych jednak zawiera wiele części wapniowych. Wytryski zdrojów są o tyle wysoko położone, że u stóp wzgórz da się z łatwością urządzić tusze z naturalnym spadkiem 20 przeszło stóp angielskich (według niwelacyjnych pomiarów inżyniera Mizerskiego.) Pod Nowem-Miastem przepływa rzeka Pilica, tu już spławna, która przedstawia warunki wybornych kąpiei na wodzie bieżącej. Nieopodal za Pilicą, w odległości dwóch wiorst od miasta, znajduje się w lesie kilka źródeł żelaznych, około których znaczne przestrzenie są przesiąknięte częściami żelaznemi jest to borowina żelazista, z której możnaby przyrządzać kąpiele szlamowe. Obszerne łąki i pastwiska pozwalają na wielką hodowlę inwentarza; tym więc sposobem okolica jest w stanie dostarczyć znaczną ilość wyborowego mleczywa, z którego serwatki, kumys i t. p. dałyby się wyrabiać. Wresz-

cie sama miejscowość Nowego-Miasta i okolicy, posiada wiele pięknych ogrodów owocowych i dzikich, jak również zajmujących i malowniczych spacerów. Zachęcony wspomnionymi warunkami, pracuję od lat paru nad urządzeniem zakładu leczniczego, w którym leczenie wodą, kąpielami, mlekiem i innymi środkami naturalnymi zaprowadzam. W tym celu nabyłem włókę ziemi, na której znajduje się kilka bardzo obfitych źródeł (jedno z nich daje 25,000 wiader wody na dobę). Wybudowałem dwa domy, w których znajduje się kilkanaście oddzielnych pokoi dla chorych, wspólny salon, czytelnia, pomieszczenie na kuchnię i dla służących. W trzecim zaś tuż obok pierwszych położonym urządzałem natryski, jeziora z wodą ustawicznie przebiegającą, kąpiele ciepłe, zimne, parowe, aromatyczne, igliwiowe, terpentynowe, żelazisto-borowinowe i inne lekarskie. Porobiłem starania o uzyskanie pozwolenia otwarcia zakładu; i właśnie przed miesiącem otrzymałem z Petersburga ustawę zatwierdzoną przez Ministerium Spraw Wewnętrznych, jak również pozwolenie do otwarcia zakładu. Zakład ten prowadzony tylko pojedynczymi siłami nie może mieć widoków o wiele większego rozwinięcia się; z drugiej zaś strony nastęcza się wyjątkowo szczęśliwa sposobność nabycia pałacu z parkiem i sąsiednim laskiem niedaleko od moich domów położonych. Sprawa ta potrzebowałaby większego kapitału, a ponieważ jest sposobność, która rzadko się nadarza, z tych powodów zwracam się do Kolegów, aby poparli projekt spółki, która stosunkowo niewielkimi nakładami wydzwignie zakład od razu na większą skalę i nabędzie wielkiej doniosłości pod względem dobra i zdrowia publicznego. Zakład ten pod względem praktyczno-lekarskim posiadać będzie następujące sposoby leczenia. 1) Leczenie hydroterapeutyczne to jest natryski, jeziora wody bieżącej, kąpiele zimne, ciepłe, parowe, aromatyczne, igliwiowe, terpentynowe, szlamowe i inne sztuczne lekarskie. 2) Kąpiele rzeczne w Pilicy. 3) Leczenie mlekiem, serwatką, kumyseem i t. p. 4) Leczenie ścieśnionem powietrzem. 5) Leczenie elektrycznością. 6) Gimnastyka. 7) Wody mineralne.

Pod względem własności do zakładu należałoby: 1) Pałac murowany o piętrze, w którym już nateraz może być 25 pokoi oddzielnych, sala wielka jadalna, salon dla towarzystwa, pomieszczenie dla administracyi, w przyszłości na 2-gim piętrze niewielkim nakładem można by urządzić kilkanaście jeszcze oddzielnych pokoi. 2) Oficyna wielka murowana, gdzie kuchnie, pralnie, składy i służba mogą pomieścić się. 3) Dwa moje murowane domy, w których 15 oddzielnych pokoi i pomieszkanie lekarza znajduje się. 4) Dom murowany już do kąpiele i natrysków urządzony. 5) Park z ogrodem spacerowym ogrodami owocowymi i obok laskiem sosnowym blisko dwie włoki przestrzeni zajmującymi. 6) Około moich domów ogród spacerowy i owocowy, pola orne, łąki i źródła wszystko około włoki przestrzeni wynoszące. 7) W parku dom murowany, w którym mieści się oranżerya, mieszkanie ogrodnika i składy ogrodnicze. 8) Murowana stajnia, drwalnia i lodownia. 9) Należałoby jeszcze wybudować przenośny budynek dla kąpiele rzecznych. 10) Budynek, w którym pomieściłoby się: mleczarnia, wody mineralne, gabinet elektryczny, gabinet do ścieśnionego powietrza, gimnastyka. 11) Parę małych zabudowań gospodarskich. *(Dalszy ciąg nastąpi).*

— Patologia Ogólna. Zwracamy uwagę Kolegów nieprenumerujących Biblioteki Umiejętności Lekarskich, że w dniu dzisiejszym opuściła prassę Patologia Ogólna *Wagnera-Hartmanna*, w tłumaczeniu polskim Prof. Dra Luczkiewicza. Jest to dzieło obejmujące 60 arkuszy druku i w zupełności wyczerpuje wszystkie działy wchodzące do zakresu tej nauki. Znajdzie w niem czytelnik prawie całkowitą terminologię lekarską polską, która dla wielu lekarzy piszących po polsku, a nie obeznanych z wyrazownictwem naszym, będzie rzeczywistą pomocą. Cena dzieła rs. 7 kop. 20.

Redaktor i wydawca Prof. Dr Girsztowt.

Redakcyja Gazety Lekarskiej i Biblioteki Umiejętności Lekarskich przy rogu ulicy
Jasnej i Zielonego placu, w domu Jaroszyńskiego, Nr 1364, mieszkania Nr 6.

W Drukarni Gazety Lekarskiej. Ulica Śto-Krzyzka Nr 1343 (nowy 9). Дозволено Цензурою
