

# MEDYCYNĄ

I

## KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 22.

Warszawa d. 28 maja 1910 r.

Rok XLV.

### WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką } rocznie . . . rb. 8 kop. —  
{ półrocznie . . . " 3 " 50 pocztową } półrocznie " 4 " —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz jednodzielnym drobniem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

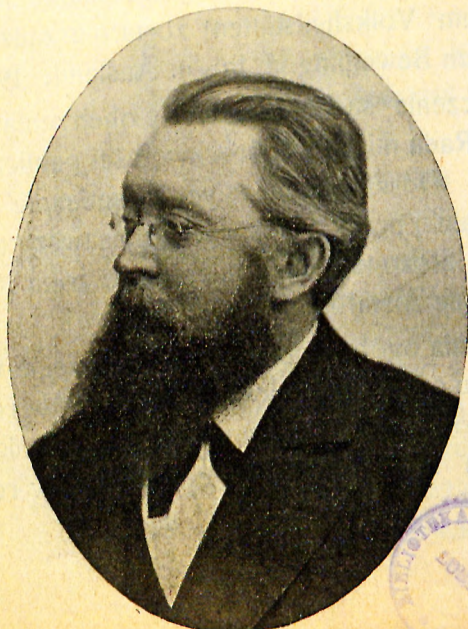
Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej“, Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourcy 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcji i Administracji, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

Numer jubileuszowy Henryka Dobrzyckiego zawiera: Życiorys d-ra Dobrzyckiego. — Spis prac dr-a Dobrzyckiego — Słowno o działalności artystycznej d-ra Dobrzyckiego. — PRACE ORYGINALNE. W sprawie profilaktyki osobistej w tyfusie wysypkowym, przez W. Biegańskiego. — Powstawanie guziczek po wypuszczeniu wysięków opłucnowych gruźliczych, przez K. Chelchowskiego. — Gościec krtani, przez T. Herynga. — Wpływ ciąży na przebieg suchot krtaniowych i płucnych, przez L. Lublinerę. — Wpływ ciąży na przebieg gruźlicy płuc i krtani, przez A. Sokolowskiego. — W sprawie wpływu suchej łaźni na wydzielenie kwasu moczowego, przez K. Rzętkowskiego. — O leczeniu gruźlicy gardzieli i krtani za pomocą galwanokautyki, przez Z. Srebrnego. — O spirometrii, przez H. Wilczyńskiego. — BIBLIOGRAFIA. H. Dobrzycki. O kołtunie, przez J. Majkowskiego. — Program obchodu jubileuszowego. — OGŁOSZENIA.

## HENRYK DOBRZYCKI

Z powodu 50 lecia Jego pracy naukowej i społecznej.



Poświęcając numer dzisiejszy „Medycyny i Kroniki Lekarskiej” czcigodnemu Jubilatowi, koledze Henrykowi DOBRZYCKIEMU, postanowiliśmy na czele tego numeru skreślić chociaż pobieżny rys działalności, zdaniem naszym, niedocenionego w naszym społeczeństwie człowieka, który, dotąd nie zaprzestawszy być jego czynnym członkiem zasługuje na wszechstronniejszą ocenę swej pracy, niż da się to uczynić w pojedynczym numerze naszego czasopisma.

Henryk DOBRZYCKI urodził się w Kaliszu 5 Stycznia 1843 roku; po ukończeniu szkoły wyższej realnej w tem mieście, w roku 1858 zapisał się na wydział budownictwa w Warszawskiej Szkole Sztuk Pięknych; widoczna jednak chęć do studyów nad medycyną zmusiła DOBRZYCKIEGO do wstąpienia

już w roku 1859 do Akademii medyko-chirurgicznej w Warszawie. W roku 1861 przenosi się do Wrocławia, lecz już po jednorocznym tam pobycie powraca do Warszawy i w roku 1865 otrzymuje dyplom lekarski.

Od samego początku działalność lekarska DORZYCKIEGO nosi na sobie cechę pracy społecznej, jest tak różnorodna, tylu dotyka dziedzin życia naszego, że dla lepszego zorientowania się w niej należałoby charakterystykę tej działalności podzielić na pewne grupy.

Zdaniem naszym, na pierwszym miejscu należy postawić w a l k ę z g r u ż l i c ą; w walce tej wybitną rolę w naszym kraju odegrał DORZYCKI.

W czasach, w których rozpoczął praktykę DORZYCKI, t. j. w roku 1865, już nawet i u nas zaczęła się popularyzować myśl korzystania z własnego klimatu dla leczenia gruźlicy; Przystano wierzyć w to, że tylko klimat ciepły coś zdziałać może, a poczęła się natomiast utrzymywać myśl wielkiej skuteczności górskiego klimatu. Później zaś siłą konieczności narzucała się myśl spożytkowania w tym celu klimatu własnego, gdy wzięto pod uwagę potrzeby niezamożnej klasy społeczeństwa, która ze stacyi klimatycznych korzystać nie może.

Bardzo korzystne, względnie biorąc, położenie szpitala w Mieni, którego lekarzem w roku 1866 został mianowany Szanowny jubilat, wydało mu się odpowiednim miejscem dla stosowania leczenia gruźlicy klimatem swojskim. W tym celu wystąpił on do ówczesnego Inspektora Szpitali cywilnych miasta Warszawy w roku 1875 z przedstawieniem, aby przy szpitalu w Mieni, mogącym pomieścić do 100 chorych, a latem dającym przytułek zaledwie kilkunastu chorym, urządzić dla ubogich chorych piersiowych, ze szpitali Warszawskich kwalifikowanych, specjalną lecznicę.

Inspektor lekarski polecił DORZYCKIEMU napisać sposób żywienia chorych oraz wszystkie szczegóły, dotyczące organizacyi podobnej lecznicy. DORZYCKI w niedługim czasie zadasyć uczynił żądaniom Inspektora. Wybuch wojny z Turcyą w roku 1877 wpłynął ujemnie na sprawę lecznicy dla chorych piersiowych, i mogła ona być otworzona dopiero w roku 1879; lecznica ta istniała do roku 1882. Z czteroletniej działalności lecznicy tej przy szpitalu w Mieni ogłosił DORZYCKI drukiem 4 sprawozdania w ówczesnej „Medycynie“.

Była to pierwsza lecznica dla niezamożnych chorych piersiowych nie tylko w kraju, lecz i w ogóle wszędzie, gdyż w Niemczech, w których najwcześniej do zakładania sanatoryów dla chorych niezamożnych się wzięto, pierwsze takie sanatorium (Volkssanatorium Volkshelstätten) zostało urządzone w roku 1892 (G. LIEBE. Der Stand der Volkshelstätten Bewegung im In—u. Auslande 1900).

Dla bliższego zbadania innych metod leczenia suchot płucnych i obejrzenia zakładów, poświęconych leczeniu chorób piersiowych, Rada miejska dobroczynności publicznej delegowała DORZYCKIEGO na dłuższy czas zagranicę. DORZYCKI nadzwyczaj sumiennie wywiązał się z włożonego nań zadania, z czego w specjalnej pracy zdał sprawę, opisawszy cały szereg miejscowości leczniczych. Sprawozdanie to, złożone Radzie miejskiej w roku 1881, pomimo obietnic, danych przez Radę, wydrukowane nie zostało.

Działając wytrwale w kierunku obznajmiania ogółu z sanatoryami DORZYCKI wygłosił w Warszawie w roku 1882 dwa odczyty p. t. Suchoty i cywilizacya, w roku zaś 1886 wydał w przekładzie pracę HERMANA WEBERA. „O higienicznym i klimatycznym leczeniu przewlekłych suchot płucnych, a w roku

1890 w tymże samym celu obszerny artykuł w „Medycynie“ O konieczności oddzielnych sanatoryjów dla chorych piersiowych.

W następnym roku (1891) DOBRZYCKI znów porusza sprawę suchot płucnych i w tym celu wygłasza odczyt w sali ratuszowej, wzięwszy sobie za przedmiot leczenie suchot. W odczycie tym porusza autor sprawę pożytku pod względem zdrowotnym z zakładania szkół średnich, jak n. p. gimnazyjów w okolicach zamiejskich w możebnie korzystnych warunkach klimatycznych.

Jak widzimy obecnie, myśl, rzucona przed 20 laty przez DOBRZYCKIEGO, dopiero w naszych czasach znalazła urzeczywistnienie.

Sławuta, którą jako zakład kumysowy i stację leśną objął DOBRZYCKI w roku 1884, a która w znaczeniu leczniczym była pustynią, zapewniła DOBRZYCKIEMU obszerny materiał obserwacyjny, wynoszący po czas obecny, według słów jego, do 15,000 chorych.

Korzystając z tego materiału, ogłosił DOBRZYCKI szereg sprawozdań, a między innymi obszerniejsze p. t. Działalność lecznicza stacji klimatycznej oraz Zakładu kumysowego i wodoleczniczego w Sławucie za ubiegłych lat 25.

W roku 1898 ogłasza Jubilat pracę p. t. Higiena zecerów, w której proponuje założenie zecerni w pobliżu Warszawy, w okolicy leśnej, dla pracowników, usposobionych do chorób piersiowych.

Wychodząc z zasady, że skuteczna walka z usposobieniem do choroby powinna się rozpocząć już we wczesnym okresie życia, DOBRZYCKI na jednym z posiedzeń Towarzystwa Higienicznego przedstawił szczegółowy projekt założenia Kolonii zdrowotnej dla słabowitych dzieci w Brzegach pod Otwockiem. Projekt ten był przyjęty bardzo gorąco, DOBRZYCKI wystarał się nawet o zatwierdzenie Towarzystwa Akcyjnego Brzegi, lecz niepokoje krajowe, które wkrótce nastąpiły, uniemożliwiły urzeczywistnienie tego projektu.

W tem miejscu jeszcze zaznaczyć należy, że DOBRZYCKI, jako członek delegacji, wyznaczonej przez Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, a złożonej z DOBRZYCKIEGO, ŁUCZKIEWICZA i SOKOŁOWSKIEGO, opracował w roku 1884 Kwestyonariusz, dotyczący zaraźliwości suchot, wreszcie DOBRZYCKI od roku 1901 był członkiem Komitetu budowy sanatorium w Rudce, a po śmierci DUNINA został przewodniczącym w tymże Komitecie.

Przedstawiając działalność DOBRZYCKIEGO w sprawie walki z gruźlicą, przejdziemy do spraw ludowych.

DOBRZYCKI rozpoczął swą pracę lekarską w roku 1866 w szpitalu, położonym na wsi, miał tu więc wszelką sposobność zetknięcia się z ludem, a poznawszy go bliżej, postanowił wszelkich sił dołożyć, aby go podnieść i stać mu się pożytecznym.

Pierwszym faktem, który w sposób nader smutny zwrócił uwagę DOBRZYCKIEGO, były wypadki strasznego kalectwa, wydarzające się u ludu bardzo często przy obsłudze maszyn rolniczych. Przez rok 1867 i 1868 DOBRZYCKI zbierał odpowiednią statystykę zarówno z Królestwa, jak i z Cesarstwa ze źródeł rosyjskich i doszedł do przekonania, że przypadków tych w Królestwie zdarzało się od 400—500 rocznie, a w Cesarstwie od 5000—6000. Wobec podobnego stanu rzeczy DOBRZYCKI w roku 1876 występuje z obszerną pracą i projektem prawa w Towarzystwie lekarskim Warszawskim; również w tej

sprawie występuje DOBRZYCKI niejednokrotnie w tutejszej Sekcji rolnej przy Muzeum Przemysłu i handlu. Podczas 2-jej Wystawy higienicznej rozsyła ponowny kwestyionaryusz, wreszcie w roku 1898 ma blisko godzinne posłuchanie u ówczesnego ministra Jermołowa w Petersburgu, dążąc wciąż do tego, aby uchwalone zostało prawo obowiązkowego używania maszyn rolniczych tylko z odpowiednimi ochronnikami.

Niestety, skutek tej przeszło 30 letniej pracy DOBRZYCKIEGO pozostał bez rezultatu. Ministeryum w tym względzie dotąd nic nie zrobiło.

Nie mniej smutną wydała się DOBRZYCKIEMU, obcującemu z ludem, sprawa kołtu na, który nad ludem polskim wisi, jak klątwa, o czem nazwa *plica polonica* dowodnie świadczy, chociaż zwać się powinna według DOBRZYCKIEGO *plica germanica*, gdyż, jak dowiodła historia na podstawie faktów, kołtun już w XIII wieku zauważony został nad Renem i dopiero potem jako zgubny przesąd posuwał się na wschód. DOBRZYCKI w roku 1877 ogłasza pracę p. t. O kołtunie pospolicie *plica polonica* zwanym. Praca ta otrzymała dwie nagrody i raz na zawsze usunęła kołtun z patologii, a co ważniejsza, usunęła go oniemal zupełnie zpośród ludu. Ze względu na doniosłość tej pracy DOBRZYCKIEGO obszerniejsze jej streszczenie pióra d-ra MAJKOWSKIEGO znajdzie czytelnik w numerze dzisiejszym naszego czasopisma. Zawdzięczając swej energii i zamiłowaniu do spraw, dotyczących higieny ludu naszego, DOBRZYCKI w roku 1896 na placu wystawy higienicznej stawia naturalnej wielkości projekt chaty zdrowotnej dla jednej rodziny włościańskiej. Chata owa, zdaniem znawców, odpowiada wszelkim warunkom higieniczno-kulturalnym niezbędnym dla naszego włościanina. Na tejże wystawie z inicjatywy DOBRZYCKIEGO w oddziale ludowym, którego był przewodniczącym, rozbiegana była ważna kwestya: o ile lud miejski i małomiasteczkowy korzysta ze szpitali, t. j. o ile się w nich leczy. Wyniki otrzymano smutne, gdyż względnie do zaludnienia powinno się było leczyć wówczas 5 razy tyle.

Szpitalnictwo w szerokim tego słowa znaczeniu zawsze interesowało DOBRZYCKIEGO. Objąwszy posadę w Mieni jako lekarz szpitala, podał on niezadługo projekt spożytkowania szpitali, jako instytucji, rozrzuconych po całym kraju, celem systematycznego zbierania materiału statystycznego, meteorologicznego i geofizycznego, aby rozstrzygnąć związek, zachodzący pomiędzy działaniem czynników geometeorologicznych i powstawaniem chorób. W tym celu ogłosił DOBRZYCKI po niemiecku pracę, którą przedstawił w roku 1873 na Zjeździe międzynarodowym lekarskim w Wiedniu p. t. Von der Benutzung der Hospitäler für die Statistik, Meteorologie u. Geophysik in ärztlicher Hinsicht.

Praca ta była tłumaczona na czeski i rosyjski, a potem wygłoszona została w Krakowie na jubileuszu MAJERA. Nadto do pracy tej dodana została mapa okręgów szpitalnych Królestwa polskiego, służąca do tego, aby ze względu na przestrzeń i zaludnienie można było w sposób racjonalny wskazać te miejscowości, w których nowe szpitale zakładane być winny.

Gdy około roku 1880 wypowiedziana została myśl ze strony sfer rządowych, aby wytworzyć organizację, zapewniającą prawidłowy sposób niesienia pomocy lekarskiej ludowi po wsiach i miasteczkach, myśl, nad którą już w roku 1859 pracowało Towarzystwo Rolnicze, DOBRZYCKI podał projekt utworzenia organizacji obywatelskiej,

polegający na pewnym ugrupowaniu majątków, w jednym z których osiadłby lekarz, mający obsługiwać dany rejon. Projekt podobny, uwzględniający i stronę finansową, DOBRZYCKI opracował dla powiatu Nowo-Mińskiego.

Ruchliwy umysł DOBRZYCKIEGO zniewalał go zajmować się i rzeczami społecznymi w ścisłym tego słowa znaczeniu.

Wrażliwy na piękno natury, zwrócił uwagę na jedną z najpiękniejszych miejscowości w granicach Królestwa, tj. na P i e s k o w ą s k a ł ę. Gdy w roku 1902 rozeszła się wiadomość, że zamek ten miał przejść w niepowołane ręce, zebrała się grupa ludzi dobrej woli, w których liczbie znalazł się i DOBRZYCKI, i postanowili uratować zagrożoną pamiątkę. DOBRZYCKI włożył duszę w całą tę sprawę, i w roku 1905 powstało Towarzystwo akcyjne, które powołało DOBRZYCKIEGO na swego prezesa.

Dziś Towarzystwo to funkcjonuje bardzo dobrze, i miejscowość ta historyczna od zagłady uratowana została.

W nowo powstałym Towarzystwie Biblioteki Publicznej w naszym mieście, jako członek zarządu, pracuje DOBRZYCKI bardzo gorliwie od początku założenia tej instytucji.

Do spraw społecznych, którymi zajmował się tak gorliwie jubilat, zaliczyć należy i kwestyę felczerską. Towarzystwo lekarskie Warszawskie, wiedząc, że sprawą tą zajmował się DOBRZYCKI, wyznaczyło w roku 1883 specjalną komisję do opracowania sprawy felczerskiej. DOBRZYCKI był referentem w tej komisji i pracę swoją odczytał w tymże roku na jednym z posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego.

W rzędzie zasług społecznych jubilata pomieścić należy i spopularyzowanie przez DOBRZYCKIEGO w Warszawie odczytów publicznych. DOBRZYCKI już w roku 1866 wygłosił 10 odczytów z zakresu anatomii i fizjologii na rzecz pogorzalców na Pradze. Odczyty objaśniane były własnoręcznie wykonanymi rysunkami i niektórymi eksperymentami; odbywały się one w sali Resursy Obywatelskiej i cieszyły się wielką frekwencją, tak, że potem na katedrę występowali liczni prelegenci z różnych sfer fachowych i niefachowych.

Dążenie do podniesienia stanu zdrojownictwa krajowego również za wielką zasługę poczytać należy DOBRZYCKIEMU. Źródłami krajowymi oraz miejscowościami klimatycznymi zajmował się on oniemal w równej mierze, jak i sprawą gruźlicy, zwłaszcza, gdy utworzono w roku 1898 Towarzystwo higieniczne, a przy nim wydział higieny z zdrojowisk i miejscowości klimatycznych i gdy DOBRZYCKIEGO powołano na przewodniczącego tegoż wydziału. W naszym kraju odartym ze wszelkiej inicjatywy i samodzielności, na każdym kroku jest wiele do zrobienia. W tym względzie sprawa zdrojownictwa i klimatologii krajowej, kto wie, czy nie na pierwszym stoi planie. Przedewszystkiem brak nam w stosunku do miejscowości leczniczych jakiegokolwiek reglamentacji, opartej na prawie obowiązującym.

DOBRZYCKI zrozumiał wybornie położenie naszych zdrojowisk i dlatego już na samym wstępie swej działalności, zanim jeszcze Towarzystwo higieniczne funkcjonować zaczęło, opracował rzecz: O konieczności sanitarnego prawa dla miejscowości leczniczych, wygłoszoną w grudniu 1898 w Petersburgu. Rzeczą ta była uważana za jedną z najpoważniejszych prac i kwestyi poruszonych na ówczesnym zjeździe balneologów. Później wielokrotnie w ciągu swej 10 letniej kadencji w Towarzystwie higienicznym poruszał DOBRZYCKI tenże sam temat, i rzadki był ten rok, w któ-

tarz, pisany jeszcze na ławie szkolnej. Dlatego wreszcie DOBRZYCKI rymby też sama sprawa czy to bezpośrednio, czy pośrednio roztrząsana nie była. Skutek tych usiłowań był przynajmniej taki, iż się sama idea spopularyzowała, i odpowiedni materiał przygotowany został, aczkolwiek realnych wyników dotąd osiągnąć się nie udało.

Opracowana i wydana przez DOBRZYCKIEGO książka w roku 1896 p. t. *Zdrojowiska, zakłady lecznicze i stacje klimatyczne w gub. Królestwa Polskiego i najbliższych gub. Cesarstwa oraz prywatne zakłady lecznicze w Warszawie* miała na celu przedstawienie współczesnego całokształtu naszych pomocy lekarskich tego rodzaju i stała się podstawą i poniekąd wzorem dla zbierania krytycznych materiałów o naszych zdrojach i miejscach klimatycznych, poniekąd pracą źródłową, na którą się późniejsi balneologowie powoływali i powołują, chociaż już od wydania książki 14 lat upłynęło.

Ponieważ w związku z kwestią miejscowości klimatycznych lub leczniczych jest kwestya letnich mieszkań, wcześniej, niż Towarzystwo higieniczne, bo już w roku 1895 opracował kwestyonaryusz, dotyczący warunków niezbędnych dla miejscowości, zwanych „letniem mieszkaniem”, wespół z panem BIRENZWEIGIEM.

Walkę z hakatyzmem uważał DOBRZYCKI za święty obowiązek polskiego balneologa i rozpoczął ją już przed 20 laty przeszło, występując niejednokrotnie w tej sprawie w *Kuryerze Warszawskim* z artykułami na temat: jakimi zdrojami i lecznicami innych krajów lub zdrojami własnego kraju dadzą się zastąpić zdroje i lecznice pruskie.

Dalej opracował DOBRZYCKI tablicę porównawczą źródeł niemieckich ze zdrojami krajowymi i zdrojami innych krajów, uznaną przez wszystkich naszych lekarzy i przedrukowywaną wielokrotnie celem wydobywania się z pod wpływów niemieckich. W dalszym niejako ciągu walki z hakatyzmem ogłosił DOBRZYCKI w roku 1908 broszurę p. t. *Zdrojowiska i miejscowości lecznicze w Niemczech oraz nasze względem nich stanowisko* (z dodaniem wywspomnianej tablicy).

Opracował również DOBRZYCKI rzecz na podstawie danych, zebranych drogą kwestyonaryusza: *O przyczynach niepowodzeń naszych miejscowości leczniczych* oraz ogłosił sprawozdanie z pierwszego zjazdu balneologów polskich w Krakowie.

O licznych pracach i tematach, poruszanych przez DOBRZYCKIEGO w wydziale higieny zdrojowisk i miejscowości klimatycznych, świadczą zeszyty *Zdrowia* od roku 1899 do 1908 oraz częste artykuły w czasopismach nielekarskich n. p. w *Biesiadzie literackiej* oraz *Kuryerze Warszawskim*.

Skończywszy ze sprawą zdrojowisk, w której, jak z powyższego widać, wybitną rolę odegrał DOBRZYCKI, przechodzimy do omówienia właściwej działalności Jego piśmienniczej, którą rozpoczął DOBRZYCKI jeszcze wcześniej, niż został lekarzem, bo już w roku 1859. W tym roku bowiem umieścił w ówczesnem czasopiśmie *Zdrowie*, redagowanem przez D-ra GREGOROWICZA artykuł p. t. *O chorobach i niebezpieczeństwach na które wystawieni są pracujący nad przetworami mineralnymi*.

Chcąc się przyczynić do zmniejszenia analfabetyzmu, tak szeroko w naszym kraju rozpanoszonego, wydał DOBRZYCKI w roku 1862 elementarz p. t. *Ułatwiona nauka*

czytania polskiego. O elementarzu tym znajdujemy wzmiankę, napisaną przez J. I. Kraszewskiego w ówczesnej Gazecie polskiej.

Bardzo ważną rolę odegrał DOBRZYCKI w naszym piśmiennictwie lekarskim.

Na rok 1866 przypada założenie „Kliniki“, której jednym ze współzałożycieli był DOBRZYCKI. W roku 1872 „Klinika“ zamieniła się na „Medycynę“, a po usilnych staraniach w roku 1893 udało się pismo to odnowić i zorganizować na podstawie współwłasności. DOBRZYCKI sowiec był za swe trudy wynagrodzony, gdyż ani jeden z kolegów, do których zwracał się, nie odmówił swego poparcia i w ciągu niecałych 2 miesięcy liczba uczestników dosięgła setki.

Dziś „Medycyną“, również dzięki wpływowi DOBRZYCKIEGO połączywszy się z „Kroniką lekarską“, stanowi współwłasność całego szeregu kolegów.

Fakt ten, że na międzynarodowych kongresach lekarskich wszystkie działy wiedzy lekarskiej są reprezentowane i ujęte w odpowiednie sekcje, gdy tymczasem o prasie lekarskiej całkiem zapomniano, wydał się DOBRZYCKIEMU nienormalnym i na międzynarodowym zjeździe lekarskim w roku 1894 w Rzymie wystąpił z kategorycznymi wnioskami, aby na przyszłość każdy następny kongres w liczbie sekcji pomieścił i sekcję prasy lekarskiej.

Sprawa załatwiona została w sposób zadawalający, gdyż obecnie, jak wiemy, sekcja prasy lekarskiej stanowi integralną część każdego międzynarodowego kongresu lekarskiego.

Liczny szereg prac i spostrzeżeń DOBRZYCKIEGO z dziedziny czysto lekarskiej, którymi zasilał oniemal wszystkie czasopisma nasze lekarskie, znajdzie czytelnik w szczegółowym spisie prac DOBRZYCKIEGO w dzisiejszym numerze naszego pisma, tu tylko dodać musimy, że DOBRZYCKI, jako utalentowany publicysta, zasilał i zasila artykułami swoimi Kurjer Warszawski, Gazetę Warszawską, Tygodnik ilustrowany, Prawdę, Biesiadę literacką, a z dawniejszych Kłosa, Kurjer Codzienny i w in.

Powyższy szkic biograficzny byłby niezupełny, gdybyśmy słów chociaż kilku nie poświęcili charakterystyce DOBRZYCKIEGO jako człowieka i nie oparli tej charakterystyki na tle tych czasów, w których zaczął działać jubilat.

Zrozumieć bowiem działalność człowieka i jej pobudki można tylko w zestawieniu z epoką, w której działa, z tłem, na którym rozegrywa się życie.

DOBRZYCKI urodził się w chwili, gdy po kilkunastoletnim spokoju Europa gotowała się do nowych walk o wolność, i dziecięce jego lata właśnie przypadły na czasy walk w całej Europie, walk, budzących nowe nadzieje. Wprawdzie u nas pod rządami Paskiewicza tłumiono wszelką o tem myśl, a niedawne przejścia kraju nie sprzyjały wybuchom, ale niepodobna, by DOBRZYCKI nie odczuwał nawet jako dziecko tego nastroju ogólnego, który mimo zakazy, przekraczał granice.

I właśnie ten nastrój spowodował u DOBRZYCKIEGO, jak zresztą u wielu jego rówieśników, ową gotowość do pracy społecznej, to umiłowanie ogólnego dobra, tę chęć służenia wszelkimi siłami krajowi. Ztąd też DOBRZYCKI nigdy nie jest głuchy na potrzeby społeczne i gotów jest zawsze spieszyć, gdzie go woła głos miłości kraju. Dlatego właśnie jak widzieliśmy, nieomal pierwszą pracą, jaką podjął DOBRZYCKI była praca dla ludu, elemen-

nie wahał się z ławy szkolnej iść w szeregi bojowników o ojczystą ziemię, by nieść im pomoc lekarską na polu.

Wrażenia dziecięce przechowują się najsilniej i na całe życie zostają, okres między 1848 r. a 1861 r., obfitujący w wypadki doniosłości dziejowej, musiał wryć się głęboko w jego pamięć i serce. Ideałom tych czasów, spotęgowaniu uczucia miłości kraju i ludzkości, DOBRZYCKI pozostaje aż dotąd wierny.

A później Szkoła Główna z jej tradycjami, z jej gorącą chęcią podniesienia poziomu naukowego kraju, szkoła, której wpływ na umysłowości naszej jeszcze jest dotąd widoczny, musiała również na umysłowości młodzieńca wywrzeć wpływ nie mały. I wywarła, jak świadczy o tem wyżej rozpatrzona naukowa działalność Jubilata. Streściliśmy tę działalność powyżej, nie będziemy więc jej powtarzali, zaznaczymy tylko, że ukochanie piśmiennictwa polskiego naukowego znalazło u DOBRZYCKIEGO wyraz w ciągłych o rozwój tego piśmiennictwa zabiegach, w budzeniu w szeregu kolegów zamiłowania do sprawy tej niewdzięcznej u nas niwy pracy społecznej.

DOBRZYCKI nie idzie przez życie zapatrzony w przeszłość, ale ani na chwilę nie przestaje wpatrywać się w przyszłość narodu, umiał i umie z żywymi naprzód iść, w każdej dziedzinie życia społecznego spotykamy się z jego nazwiskiem, wszędzie, gdzie inicjatywa społeczna wymaga pracy, głębszej rozważki i odwagi społecznej, DOBRZYCKI, jak widzimy, staje do niej, nie bacząc na interesy własne. Umie sam dać inicjatywę, umie ją w czyn przyoblec i czyn ten na ciągłą przerobić pracę.

Piękna, myśląca głowa DOBRZYCKIEGO odcina się wyraźnie, wydatne czoło odrazu zdradza myśliciela, a łagodne obramienie ust dowodnie stwierdza dziwną zaiste pogodę umysłu i łagodność wrodzoną.

To też DOBRZYCKI w obcowaniu roztacza dookoła czar niezwyklej męskości i poczucia siły obok łagodności i uprzejmości, stanowczości obok cierpliwości niecodziennej.

Nabyty w długiej walce życiowej hart nie przerodził się u Jubilata w inny upór, jak w upór doprowadzenia do skutku przedsięwziętych zamierzeń.

W dyskusji umiarkowany, bronić jednak umie swego niezależnego zdania, nie upierając się przy niem, gdy uzna wartość argumentów przeciwnych.

Wrażliwy, artystyczny jego umysł chwyta w lot potrzeby społeczne, a umie się do nich dostroić.

Krzywdy narodu na ziemiach, przez Prusy zajętych, wywołują w nim okrzyk oburzenia, ale górę bierze znowu refleksja, propaguje więc nietyle bojkot wód pruskich, ile żąda utrwalenia bytu własnych zdrojowisk, wiedząc, że hasło bojkotu przeminąć może, natomiast rozwój wód krajowych, raz rozpoczęty, przysporzy krajowi dobrobytu.

DOBRZYCKI jest dobrym mówcą, mówi zwięźle, krótko, przekonywająco, umie zręcznie prowadzić dyskusję i zakreślać dla niej teren właściwy.

I nie tylko w kierunku umiłowanej wiedzy lekarskiej zużytkowuje swe siły, ale z właściwą sobie energią czyni toż samo w innych kierunkach.

Wszystko, co dotyczy sztuk pięknych i literatury, interesuje go żywo. Odczuwa prądy nowe, jak młodzieniec, i znajduje w nich, dzięki doświadczeniu życiowemu, to jądro zdrowe, jakie tkwi w każdym postępie.



DOBZYCKIEGO wydała epoka walk o wolność, tej epoki jest stale wiernym epigonem i jej hasłom nigdy się nie sprzeniewierza. Widział i odczuł dużo, świadczą o tem zmarszczki na czole, ale nigdy nie poddaje się zwątpieniu, zawsze wierzy w świetlaną przyszłość ukochanych idei....

Z tem wszystkim DOBZYCKIEGO zapoznaje społeczeństwo, mniej o wiele zasłużonym oddawna wkładano na czoło wawrzyny—Jemu nie szczędzono nieraz przykrości. Nie zrażało go to nigdy, nie oburzał się, gdy myśli jego, rzucane szczodrze, podchwycił kto i na swą osobistą korzyść obrócił, bo nie dla wawrzynów, ale dla umiłowanych idei pracował zawsze. Z hojnością bogacza rzuca więc myśli i cieszy się, gdy gdziekolwiek ziarno to padnie na glebę rodzajną.

To też gdy przez lat 50 zasług jego nie doceniało społeczeństwo, czas, by dziś mu to wynagrodziło, my zaś, bliżej stojący tej niezwykłej postaci, domagając się dla DOBZYCKIEGO uznania ogólnego, spełniamy tylko nasz obowiązek.

Wydając numer niniejszy, całkowicie poświęcony DOBZYCKIEMU, dajemy to, na co nas stać, ze szczerem uczuciem podziwu dla tej 50-letniej niezmordowanej pracy, pragnąc by Ojczyzna nasza znalazła więcej podobnych DOBZYCKIEMU mężów, by przykład jego świecił nam jeszcze długo, budząc do życia, do pracy, do czynu!

REDAKCJA.

## Spis prac D-ra DOBZYCKIEGO

- 1) O powstawaniu skurczowego (systolicznego) tonu serca. P. T. L. W. 1864, LI, 161.
- 2) Zasady badania przyczyn chorób w ogólności. Kraków, 1881, w 8-ce, br. oraz Dz. III Zj. lek. i przyr. polsk. w Krakowie, 1881, 41 i 49.
- 3) O podskórnem zastrzykiwaniu środków lekarskich. Tyg. Lek. 1868, XXII, 5, 9, 17, 60, 68, 83, 91, 100, 109, 113, 142, 150, 188, 201.
- 4) Emetyk podskórnie wstrzykiwany jako środek wymiotny. Klin. 1870, VI, 243 (w sprawozd. ze szpitala w Mieni).
- 5) O inhalacjach, stosowanych dla bezpośredniego działania na miąższ płucny. Med. 1881, IX, 785, 801, 817, 834.
- 6) Kilka słów o wskazaniach do kąpieli elektrycznych. Med. 1887, XV, 749.
- 7) Przypadek ostrego otrucia fosforem. Med. 1884, XII, 305, 321, 337.
- 8) Dwa przypadki otrucia grzybami. Emetyk podskórnie wstrzykiwany jako środek wymiotny. Klin. 1870, VI, 243.
- 9) Spostrzeżenia nad działaniem kairyny: Med. 1883, XI, 489, 509, 525, 541, 557.
- 10) O kairynie. P. T. L. W. 1883, LXXVII, 615.
- 11) Podophyllina jako środek przeczyszczający i żółciopędny. Med. 1873, I, 13.
- 12) Spostrzeżenia ze szpitala w Mieni za r. 1868 (Sprawozdanie ogólne). Klin. 1862, V, 337.
- 13) Spostrzeżenia ze szpitala św. Józefa w Mieni za rok 1868. Klin. 1870, VI, 207.
- 14) Toż za rok 1868. Klin. 1870, VI, 321, 337.
- 15) Sprawozdanie ze szpitala w Mieni. Med., 1880, VIII, 102, 132, 150, 165, 292, 309, 324.
- 16) S. „*Salva meliori*” (DOBZYCKI H.). Kołtun ze stanowiska histologii i poszukiwań doświadczalnych. (Przyczynek do fizjologii włosów). Jeden z rozdziałów, rozprawy konkursowej: „O kołtunie”.

- 17) S. „*Salva meliori*”. O tak zwanych paznogiach kołtunowych. Med. 1875, III, 497.
- 18) Rozbiór prac prof. M. A. ANDREJEWA o ko'tunie i t. zw. kołtunowym stanie. Med. 1876, IV, 55, 85, 118, 137, 154, 206, 347.
- 19) O kołtunie pospolicie (*plica polonica*) zwanym. Z 24 drzeworytami w tekście. Praca uwieńczona nagrodą konkursową imienia hr. Eus. Tyzenhauza przez Tow. Lek. Wileńskie w dn. 8 maja 1876 r. Warszawa, 1877, w 8-ce, str. 300.
- 20) Niedokrwistość z upustów krwi (ze sprawozd. ze szpitala w Mieni za r. 1867). Klin. 1868, III, 215.
- 21) Niedokrwistość z upustów krwi (Spraw. ze szpitala w Mieni w r. 1868). Klin. 1870, VI, 246 i 355.
- 22) Plamica WERLHOFA z ostym przebiegiem (w sprawoz. ze szpitala w Mieni za r. 1867). Klin. 1868, III, 205.
- 23) O przenośnikach zarazy gruźliczej. Med. 1883, XI, 809, 825, 845, 865; P. T. L. W. 1884, LXXX, 140, 143. (Prot. pos.).
- 24) Siedm przypadków wścieklizny (ze szpitala w Mieni spraw. za rok 1867). Klin. 1868, III, 209.
- 25) Sprawozdanie ze szpitala w Mieni dla chorych piersiowych. Med. 1881, IX, 228, 243, 281, 310, 325, 385, 404.
- 26) Z działalności lecznicy dla chorych piersiowych w Mieni za rok 1881 i 1882. Med. 1883 XI, 169, 185, 208, 225, 241, 257, 273.
- 27) Nieżyt jako przyczyna usposabiająca do suchot. P. T. L. W. 1884, LXXX, 260.
- 28) O konieczności oddzielnych sanatoryjów dla chorych piersiowych. Med. 1890, XVIII, 161, 177.
- 29) Dwa przypadki niedomykalności zastawki dwudzielnej (*insufficiencia valvulae mitralis*). (Sprawozd. ze szpitala w Mieni). Klin. 1868, III, 208.
- 30) Przypadek stwardnienia tętnic (*arteriosclerosis*) całego ustroju z wysoko położonymi następowymi zmianami w sercu. Med. 1875, III, 801.
- 31) Zapalenie ślinianek padszczękowych (Spraw. ze szpit. w Mieni za r. 1876) Klin. 1868, III, 206.
- 32) Przyrząd do przepłukiwania żołądka. Med. 1886, XIV, I.
- 33) *Gastromalacia ante mortem*. (Pęknięcie rozszerzonego żołądka). Med. 1873, I, 16, 33.
- 34) Przypadek wątroby wędrującej. Prot. pos. P. T. L. W. 1887, LXXXIII, 682.
- 35) Przypadek ruchomej trzustki. Med. 1878, VI, 113, 129.
- 36) Ropień napływowy w jamie brzusznej, przedziurawienie pęcherza moczowego i kiszki prostej, zakrzep żył zaskórnych wewnętrznych. Klin. 1866, I, 137. Spostrz. HIRSCHFELDA. Tłom. z francusk.
- 37) Przewlekłe zapalenia nerek z następowem białkomoczowem zapaleniem siatkówki. Klin. 1868, III, 213.
- 38) Tężec reumatyczny, wyleczony podskórnymi zysrzykiwaniami morfiny i belladonny. (Spostrz. ze szpit. w Mieni za r. 1868). Klin. 1870, VI, 227.
- 39) Z dziedziny chorób pamięci. Med. 1883, XI, 156.
- 40) Ropień napływowy w śródpiersiu tylnem, współniczący z jamą pajęczą kanału kręgowego. Spostrz. prof. HIRSCHFELDA. Klin. 1866, I, 97.
- 41) Bezwład obwodowy, wyleczony zastrzykiwaniem saletranu strychniny. Klin. 1870, VI, 230. (W spostrzeż. ze szpit. w Mieni).
- 42) Nerwoból trzewiowy natury reumatycznej. (Spostrz. ze szpit. św. Józefa w Mieni z r. 1868). Klin. 1870, VI, 241.
- 43) Sprawozdanie z czynności chirurgiczno - lekarskich szpitala św. Józefa w Mieni za rok 1867. Klin. 1868, III, 97, 121, 137, 205.
- 44) Rany i stłuczenia (spraw. ze szpit. w Mieni za r. 1868). Klin. 1869, V, 399.
- 45) Rany zadane maszynami rolniczemi (w spraw. z Mieni za rok 1867). Kazytyka. Klin. 1868, III, 140.
- 46) Rany zadane maszynami rolniczemi (w spostrzeż. ze szpitala w Mieni za r. 1868). Klin. 1869 V, 394, 1870, VI, 340.
- 47) O obrażeniach przy używaniu machin rolniczych. P. T. L. W. 1867 LXXII, 471.
- 48) Toż w osobn. odb. Warszawa, 1876, w 8-ce.
- 49) Wrzody atoniczne (w spraw. ze szpitala w Mieni). Klin. 1868, III, 122.
- 50) Toż, w spostr. za rok 1868. Klin. 1869, V, 393.

- 51) Przypadek tęcza przyrannego, leczonego morfiną. Med. 1882, X, 260.
- 52) 41 przypadków zakażenia jadem węglikowym. Meh. 1876, IV, I 17, 33; 49, 65.
- 53) Czarna krosta (wyp. 35 w ciągu roku). Spraw. ze szpit. w Mieni. 1869 r. Klin. 1870, VI, 358.
- 54) Rana przenikająca szyi, w celu samobójczym od strony jamy ustnej zadana. Med. 1877, V, 5.
- 55) Ropień napływowy w jamie brzusznej, skutkiem cierpienia kręgow powstały. Klin. 1870, VI, 353.
- 56) Przetoki kiszkowe (2 przyp.) (w spostrz. ze szpit. w Mieni). Klin. 1869, V, 385.
- 57) Złośliwy nowotwór kości udowej. Med. 1879, VII, 705.
- 58) Przypadek *luxationis foraminis ovalis* (w spraw. ze szpit. w Mieni). Klin 1868, III, 144.
- 59) *Psoittis* — zapalenie mięśnia lędźwiowego. Med. 1880, VIII, I.
- 60) Ropień zimniczy na lewej łopacie u 6-letniego dziecka, wzięty za tłuszczak. (W spraw. ze szpit. w Mieni). Klin. 1870, VI, 341.
- 61) Naczyniak na szypułku powieki dolnej (z rysunk.). (Spostrz. ze szpit. w Mieni w r. 1868). Klin. 1869, V, 400.
- 62) Rany zadawane maszynami rolniczemi (o zapobieganiu). Klin. 1868, III, 126.
- 63) O uszkodzeniach, wynikających z użycia machin rolniczych w Królestwie Polskiem. Dwutyg. hyg. 1876, 200, Nr. 24.
- 64) O chorobach i niebezpieczeństwach, na które wystawieni są pracujący nad przetworami mineralnemi, tudzież o leczeniu zapobiegawczem, odnoszącem się do zachowania przepisów higienicznych. Przyjaciół zdrowia. 1862, Nr. 18 — 20.
- 65) Projekt stacyi operacyjnej dla szpitali warszawskich po za granicami miasta. Warszawa, 1875, w 8-ce, br.
- 66) R. J. — Projekt (DOBRYCZKIEGO) stacyi operacyjnej dla szpitali warszawskich po za obrębem miasta. Med. 1875, III, 681.
- 67) Sławuta, stacya leśna oraz zakład kumysowy. Spraw. za rok 1887. Med. 1887, XVI, 105, 121, 141, 161, 184.
- 68) Toż. Spraw. za r. 1888 z działalności lekarskiej. Med. 1889, XVII, 121, 142, 182, 198.
- 69) Sławuta, klimatyczna stacya leśna oraz zakład kumysowy. Wskazówki dla leczących się kumysem. Warszawa, 1889, w 8-ce, str. 106.
- 70) Sławuta. Spraw. z dział. lek. za rok 1889. Med. 1890, XVIII, 198, 209.
- 71) Życiorys T. CHALUBIŃSKIEGO. Med. 1890, XVIII, 8, 24, 39, 59, 76, 89.
- 72) Życiorys H. HOYERA. Med. 1884, XII, 857.
- 73) Życiorys Wiktora SZOKALSKIEGO, Med. 1884, XII, 726.
- 74) W przedmiocie naszego słownictwa lekarskiego. Med. 1883, XI, 356.
- 75) Kwestyonaryusz w sprawie felczerskiej. Gaz. Lek. 1883, III, 427.
- 76) Kwestya felczerska. Kron. Lek. 1384, 142.
- 77) Wnioski w kwestyi felczerskiej. P. T. L. W. 1884, LXXX, 176.
- 78) W sprawie wydawania lekarstw za receptami felczarów. Med. 1887, XV, 185.
- 79) Kilka uwag z powodu monografii p. t. „O durze czyli tytusie zaraźliwym”, napisanej przez d-ra KARWACKIEGO Al. Tyg. Lek. 1864, Nr. 10.
- 80) Von der Benutzung der Hospitaler fur die Statistik, Meteorologie u. Geophysik in aertzlicher Hinsicht. Warschau, 1873, w 8-ce.
- 81) Trzeci mizynarodowy kongres lekarski w Wiedniu. P. T. L. W. LXX, 1874, str. 143.
- 82) Ob osnovach izsledowanja priczin bolezniej woobszczje, Warszawa, 1877, w 4-ce, br.
- 83) O zasadach zkoumanı prıchın nemoı vıbec. Prıdha, r. 1831, v 8-ce, br.
- 84) Sławuta, zakład kumysowy oraz klimatyczna stacya leśna. Spraw. z dział. lek. za rok 1891, Med. 1892, 321, 349.
- 85) Kilka słów o przyradach używanym do wlewaı podskórnych w napadzie cholery (wskazówki praktyczne). Med. 1892, Nr. 51, 52, str. 829, 345.
- 86) (Wspólnie z JAWDYŃSKIM). Przypadek znacznej wielkoı włókniaka tłuszczakowego. Med. 1892, str. 1.
- 87) Jubileusz d-ra Władysława FRANKOWSKIEGO w Charkowie. Med. 1892, str. 192.
- 88) WOYCIKOWSKI, pierwszy wykonawca owaryotomii z pomyślonym skutkiem we Francyi r. 1844. Med. 1893, Nr. 50.

- 89) Rzadki przypadek nabytego przemieszczenia wątroby (*dislocatio hepatis acquisita*) u 25-letniego mężczyzny. Med. 1894, Nr. 1, str. 8.
- 90) Prof. Włodzimierz BRODOWSKI. Med. 1894, str. 2.
- 91) Przypadek samoistnego włóknikowego zapalenia oskrzeli (*Bronchitis fibri-nosa idiopathica*). Med. 1895, str. 921.
- 92) Rys naukowo-społecznej działalności prof. W. F. SZOKALSKIEGO, ze szczegól-nym uwzględnieniem jego zasług, położonych dla Warsz. Tow. Lek., P. T. L. W. 1895, str. 123. Now. Lek. 1895, str. 133.
- 93) Władysław FRANKOWSKI. Med. 1895, str. 343.
- 94) Zdrojowiska, zakłady lecznicze i stacje klimatyczne w Król. Polskiem i naj-bliższych gub. Cesarstwa oraz prywatne zakłady lecznicze w Warszawie (z planem chro-molitografowanym, 9 tablicami, 16 cynkotypami i 3 wykazami). Warszawa, 1896, w dużej 8-ce, str. XL i 260.
- 95) Ś. p. Jakób ROGOWICZ. Med. 1896, str. 1288.
- 96) Kilka słów z powodu artykułu d-ra DUNINA p. t. „Władysław MATLAKOWSKI“, wizerunek pośmiertny. Krytyka Lek. 1897, Nr. 1, 2, 3.
- 97) Higiena zecerów, 1893. Zdrowie, Nr. 148, 149, str. 14, 83.
- 98) Sławuta. Zakład kumysowy oraz klimatyczna stacja leśna. Spraw. z dział. lek. za r. 1890. Med. 1891, str. 129, 145, 161, 177.
- 99) Sławuta. Zakład kumysowy oraz klimatyczna stacja leśna. Spraw. z dział. lek. za r. 1891. Med. 1892, str. 321, 344.
- 100) O konieczności sanitarnego prawodawstwa dla miejscowości leczniczych. Med. r. 1899. Toż samo po rosyjsku.
- 101) Sanatorium dla chorych piersiowych w Mieni. Medyc. 1899.
- 102) O budowie zagród włościańskich. Zdrowie 1900 Nr. 178 (?).
- 103) Typy spluwaczek kieszonkowych dla kaszlących. Zdrowie 1900, Nr. 182.
- 104) Kolejki jednoszynowe jako najstarsza dojazdowa komunikacja z naszymi miejscowościami leczniczymi. Zdrowie 1900, Nr. 183
- 105) Puch i pierze jako roznosiciele chorób zakaźnych oraz aparat do racjonal-nej ich dezynfekcji. Medyc. 1901, Nr. 13, 14. Zdrowie Nr. 4.
- 106) Typy spluwaczek. Zdrowie Nr. 6, 1901.
- 107) W sprawie spluwania publicznego. Zdrowie 1901, Nr. 8.
- 108) Działalność lecznicza stacji klimatycznej oraz zakładu kumysowego i wo-doleczniczego w Sławucie za ubiegłych lat 25. Medyc. 1901, Nr. 20, 21.
- 109) Profilaktyka gruźlicy w zdrojowiskach i uzdrowiskach w obrębie Króle-stwa i graniczących z niem guberniach Cesarstwa. Prace sekcji gruźl. IX zjazdu lek. i przyr. pols. w Krakowie w 1900 r.
- 110) O konieczności sanitarnego prawodawstwa dla miejscowości leczniczych. Zdrowie 1901, Nr. 1, 3.
- 111) Zdrojowiska i miejscowości lecznicze niemieckie oraz przewidywany nasz z nimi stosunek. Zdrowie 1902, Nr. 12.
- 112) Sanatorium dziecięce w Brzegach. Zdrowie 1902, Nr. 5.
- 113) Sanatorium dla chorych piersiowych w Zakopanem. Zdrowie 1903, Nr. 4.
- 114) Kolonia zdrowotna dla słabowitych dzieci w Brzegach. Zdrowie 1903, Nr. 4.
- 115) Projekt chaty zdrowotnej dla rodziny włośc. Zdrowie 1903 str. 654.
- 116) „Therapia“ Palace. Zakład przyrodolecznicy na wybrzeżu Kroackiem pod Cirkwenicą. Zdrowie 1903, Nr. 4.
- 117) O racjonalnym składzie wód leczniczych i ich stosowaniu według systemu prof. JAWORSKIEGO. Medyc. 1904, Nr. 15, 16.
- 118) Spostrzeżenia, dotyczące przeciwgorączkowego działania kryogeniny w gru-żlicy. Med. 1904, Nr. 46, 47, 48, 49.
- 119) Najprostszy i najtańszy przyrząd do kąpieli natryskowych. Zdrowie 1904 N. 4.
- 120) O paleniu odpadków m. Warszawy. Zdrowie 1904, Nr. 11.
- 121) Wody lecznicze prof. JAWORSKIEGO w zastosow. prakt. Medyc. 1904 Nr. 30, 39.
- 122) Pierwszy zjazd balneologów polskich w Krakowie. Zdrowie 1904, Nr. 11.
- 123) Przyczyny niepowodzeń naszych miejscowości leczniczych w ostatnim roku. Zdrowie 1907, Nr. 17.
- 124) O wyborze miejsca pod zakład dla leczenia dzieci skrofulicznych i leczenia gruźlicy chirurg. Zdrowie 1907, str. 50.
- 125) O polskiem Tow. balneologicznem w Krakowie. Zdrowie 1907, str. 150.

## Słówko o działalności artystycznej d-ra H. Dobrzyckiego.

Dzisiejszy nasz jubilat przyniósł z sobą na świat duszę artysty. Gdyby się był kształcił w tym kierunku, zająłby niezawodnie jako plastyk lub kompozytor stanowisko wybitne w rzędzie artystów polskich.

Już w wyższej szkole realnej w Kaliszu należał do najlepszych może uczniów w rysunkach ręcznych i technicznych. Mając lat 14, uczył się malarstwa olejnego u niejakiego Januszkiewicza, bardzo miernego kopisty, a jeszcze mierniejszego portrecisty w Kaliszu i patrzył z przerażeniem, jak jego bohomyzy były dalekie od przepięknego np. obrazu Rubensa, przedstawiającego Z d j ę c i e z k r z y ż a w wielkim ołtarzu w kościele Ś-go Mikołaja w temże mieście. Gdy zaś swemu mistrzowi podobne zdanie wypowiedzieć się ośmielił, wyrzucił go tenże bez ceremonii za drzwi, i na tem się karyera malarska naszego Jubilata zakończyła. Nie przez złość za ten czyn brutalny do swego maestro, lecz z przekonania uważał się za lepszego znawcę sztuki malarskiej od Januszkiewicza.

W mniemaniu tem utwierdziła go później, już jako ucznia warszawskiej Szkoły sztuk pięknych, gorąca pochwała Rafała Hadziewicza, profesora malarstwa, za grupę Laokoona, narysowaną z gipsu, co nie każdy z uczniów architektury wykonać się odważył. Do Szkoły tej, na wydział architektury, wstąpił był dr. DOBRZYCKI w r. 1859, po zdaniu odpowiedniego egzaminu. Lecz z powodu choroby oczu, idąc za radą prof. SZOKALSKIEGO, opuścił przybytek Sztuki i poświęcił się medycynie.

Jednakże architektura, rzeźba i malarstwo zawsze go silnie zajmowały i pociągały. To też, gdy w r. 1879 wyjechał na czas dłuższy za granicę, z równem zajęciem studyował dzieła sztuki, jak i organizację zakładów leczenia chorób piersiowych, w którym to celu wysłała go ówczesna Rada Miejska Dobroczyńności publicznej za poradą b. profesora Waltera. Zwiedzał przy tej sposobności muzea sztuki Niemiec, Francji, Włoch i Anglii, nie zaniedbawszy Krakowa, w którym wówczas majestatycznie wschodzić zaczęło słońce Matejki.

Na kilka lat przedtem trafił zrządził, że w r. 1875 zamieszkał w jego bliskim sąsiedztwie, w Stasinowie, pod Mińskim Mazowieckim o 5 wiorst tylko od Mieni—Andriolli. Nie trudno było poznać, że lekarz naczelny szpitala w Mieni należał do gorących miłośników i znawców sztuki. Andriolli też przylgnął do niego odrazu i wkrótce stał się codziennym niemal jego gościem. Pod jego też dachem powstały rysunki do „Lilli Wenedy“, „Balladyny“ oraz wiele luźnych tematów, pomieszczonych wówczas w naszych pismach obrazkowych.

To silne dążenie tych dwóch przyjaciół do wzajemnej wymiany myśli, te zwierzenia Andriollego o różnych pomysłach i planach na przyszłość miały ten skutek, że stali się oni dla siebie niezbędnymi. DOBRZYCKI podawał Andriollemu tematy do ilustracji, które on następnie opracowywał, i nieraz przyjmował od niego różne uwagi o swych utworach. Idąc wreszcie za radą przyjaciela, Andriolli udał się w r. 1882 (po śmierci Dorégo) do Pa-

ryża szukać szczęścia, na czem pod względem elegancyi w rysunku wiele skorzystał i sporo grosza zarobił.

Po zgonie tego artysty w r. 1893 opracował Jubilat nasz wraz z Henrykiem Piątkowskim album, pamięci jego poświęcone, p. t. „Andriolli w życiu i sztuce“.

Współcześni ilustratorowi „Maryi Malczewskiego“ przypomną sobie zapewne, iż w mieszkaniu d-ra DOBRZYCKIEGO w Warszawie, przy ul. Oboźnej pod № 5, Andriolli urządził wystawy dzieł swoich zarówno dla bliższych sobie kółek, jak i dla szerszego ogółu.

Lecz nie tylko sztuka ilustracyjna i wysoki artyzm Andriollego, który Jubilat nasz ocenić umiał, stały się owym pośrednikiem w ich zbliżeniu się. I muzyka w tym względzie odegrała poważną rolę, gdyż się wkrótce okazało, że obaj byli fanatycznymi wielbicielami sztuki muzycznej. Dla Andriollego muzyka, zwłaszcza muzyka Moniuszki, była szczytem rozkoszy. I nic w tem dziwnego, bo Andriolli, będąc jeszcze pacholęciem, śpiewał w Wilnie w chórach pod dyktyką samego twórcy „Halki“. Każdy też utwór Mistrza tego przypominał mu szczęśliwe chwile młodości i rozpędzał od razu chmury, osiadłe na jego czole i ognistym spojrzeniu. Sympatyzował też on bardzo z pogodnym, szczęśliwym usposobieniem Jubilata. Rad był, że ten nie zasklepił się cały w medycynie, lecz tworzył czasami tę lub ową piosenkę lub inny utwór muzyczny. Utworów takich skomponował dr. DOBRZYCKI kilkanaście. Trzy z nich zaledwie ukazały się w druku, dwa wykonano nawet publicznie, lecz za kompozytora muzycznego w prawdziwym słowa tego znaczeniu dr. DOBRZYCKI nie uważał się wcale. W chwilach wolnych od zajęć zawodowych, dla własnej przyjemności, a może więcej z wewnętrznej potrzeby, siadał do fortepianu i komponował z szerokim tematem pieśń melodyjną lub pełnego charakteru poloneza, na elegijną nastrojonego nutę.

Od chwili zamieszkania w Warszawie, t. j. od 1882 r., utrzymywał dr. DOBRZYCKI stały stosunek z naszym Towarzystwem Muzycznym, do którego rozwoju pracą swą i radą wielce się przyczynił. Był też wieloletnim prezesem tej instytucji, która za zasługi, dla niej położone, mianowała go w r. z. swoim członkiem honorowym.

W r. 1899, t. j. w pięćdziesiątą rocznicę zgonu Chopina, założył przy temże Towarzystwie wraz z p. Leopoldem Méyetem i nieodżałowanej pamięci Janem Karłowiczem Sekcyę imienia Chopina, jedyną w świecie instytucyę, poświęconą kultowi nieśmiertelnego poety tonów, której też do dziś dnia przewodniczy. W r. 1905 urządził wraz z p. Méyetem pierwszą wystawę pamiątek Chopinowskich, później wygłosił w sali ratuszowej odczyt p. t. „Narodowość Chopina, sprawa przewiezienia prochów Jego do kraju“. (Warszawa, druk P. Laskauera, 1908 r.). Z chwilą wreszcie zawiązania się komitetu budowy pomnika Chopina w Warszawie jest członkiem tegoż komitetu, zaś od roku 1905 Wice-Prezesem.

Jego niezmordowanej pracy i energii zawdzięczyć należy, że sprawa budowy pomnika posunęła się tak szybko naprzód, i że konkurs na projekt pomnika, przez komitet ogłoszony, tak świetnie zaznaczył się na polu artystycznej twórczości naszej i tak pięknie wydał wyniki.

A P T E K A  
**E. G E S S N E R A**

Jerozolimska 27, róg Kruczej

P O L E C A

**DRAGÉES MENTHOLI**

(Antisepticum-Anestheticum)

zawierające: Mentholi 0,02, Natr. boracici 0,10

stosowane przy katarze, zaflegmieniu kataralnym, zapaleniu dróg oddechowych, jak również i chronicznym krtaniowym katarze.

Doza: od 6 — 10 sztuk dziennie.

Pudełko 75 kop.

**„CASCARINE LEPRINCE„**

C<sup>12</sup> H<sup>10</sup> O<sup>5</sup>

Pierwiastek działający otrzymany z CASCARA SAGRADA

**Nawykowe zaparcie stolca**

Choroby wątroby. Atonia przewodu pokarmowego.

Działa prawidłowo, nie wywołuje przy użyciu następczego podrażnienia i chorzy się do niej nie przyzwyczajają.



**Wzmożone ciśnienie**

Miażdżycę tętnic, krwotoki płucne, skleroza w nerkach, zaburzenia w okresie przekwitania, podagra, krwotoki kongestyjne, migrena, zawroty głowy i t. d.

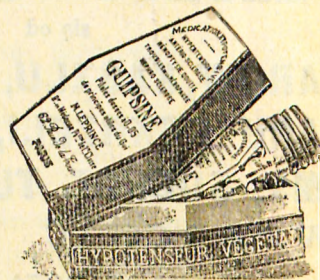
**GUIPSINE**

Nowy środek roślinny, obniżający ciśnienie

przeciw - miażdżycowy, przeciw - krwotoczny, przeciw - białkowy.

Zawiera pierwiastek działający Gui.

6 do 10 pigulek dziennie przed jedzeniem.



Próby na żądanie  
Dr. M. LEPRINCE  
62 Rue de la Tour  
Paris.

Docteur Maurice Leprince, 62 Rue de la Tour Paris, France.

## PRACE ORYGINALNE

### W sprawie profilaktyki osobistej w tyfusie wysypkowym.

podał

Władysław Biegański.

Jest to fakt, ogólnie znany, że tyfus wysypkowy jest dla lekarzy najniebezpieczniejszą chorobą. Nie mogę podać ścisłych danych statystycznych co do liczby ofiar, jaką ta choroba zabiera wśród lekarzy naszego kraju, ale niema roku, żebyśmy nie czytali w pismach lekarskich i codziennych o kilku podobnych zejściach śmiertelnych. W Galicyi podług dat krajowej Rady zdrowia umiera rocznie 3—4 lekarzy z duru osutkowego. MURCHISON podaje dokładną statystykę lekarzy w szpitalach irlandzkich za 25 lat (pierwsza połowa XIX w.) i wykazuje, że z 1,220 lekarzy szpitalnych w tym czasie chorowało na tyfus wysypkowy 560, a zmarło 132. GRIESINGER wspomina, że podczas epidemii w Pradze w 1855 r. zachorowało 20-tu lekarzy, z tych 5-ciu umarło. Więcej jeszcze ofiar zabiera tyfus wśród lekarzy wojskowych podczas wojen. Podczas wojny krymskiej np. umarło 80 samych tylko francuskich lekarzy. Wiemy również, jak wiele ofiar zabrała ta choroba wśród naszych lekarzy podczas wojny tureckiej.

Groza położenia powiększa się jeszcze przez to, że tyfus wysypkowy ma zwykle u ludzi, należących do klasy zamożniejszej i inteligentnej, przebieg o wiele cięższy. W naszych zwyczajnych wiejskich i miejskich epidemiach tyfus przebiega względnie lekko: w Galicyi śmiertelność wynosi około 10%; w epidemiach wiejskich, które sam obserwowałem w gub. Kałuskiej, śmiertelność nie dosięgała nawet 8%, tymczasem śmiertelność wśród chorych lekarzy jest wielka. Nie przesadzę, prędzej może ujęmę, jeżeli powiem, że dosięga ona tu 30%. W Galicyi w 1905 r. zachorowało na tyfus wysypkowy 8 lekarzy, z tych 3 zmarło. W Będzinie (miastopowiatowe

Piotrkowsk. g.) przed 3 laty panowała niewielka epidemia tyfusu wysypkowego. Podług relacji miejscowych kolegów było tam wszystkiego 60 przypadków tyfusu, z tych tylko 2 osoby zmarły, a jedną z nich był właśnie lekarz. Ten dziwny fakt notowany był już bardzo dawno, wspomina o nim GRIESINGER, a lekarz angielski CORRIGAN wprost wylicza, że tyfus wysypkowy u ludzi zamożnych i inteligentnych ma 10 razy cięższy przebieg, aniżeli u proletaryatu.

Jakże ten fakt tłumaczyć będziemy? Jest rzeczą możliwą, że proletaryat i ludność wiejska, jako od wieków bardziej narażona na tę chorobę, poniekąd dziedzicznie przystosowuje się do niej. Dzieje się z tyfusem może to samo, co z odra, względem której np. Europejczycy mają dziedzicznie przekazaną odporność i przebywają ją lekko, tymczasem ta sama choroba dla mieszkańców Polinezyi w swoim czasie była chorobą nową i niesłychanie wskutek tego morderczą. A może ma tu tylko wpływ większa wrażliwość i większe wyczerpanie układu nerwowego i serca, na które tyfus wysypkowy, jak wiadomo, toksycznie i destrukcyjnie działa. Tak, czy owak, fakt jednak pozostaje faktem i zwiększa tylko grozę położenia lekarza,

Cóż więc należy uczynić i jak się zabezpieczyć przed fatalnem zakażeniem? Odpowiedź na to pytanie jest bardzo trudna już choćby z tego względu, że dotychczas nie znamy właściwego zarazka tyfusu wysypkowego i musimy opierać nasze wnioski i zabiegi na niebardzo pewnych faktach epidemiologicznych.

Z takich faktów na pierwszym planie stawiamy zależność tej choroby od warunków kulturalnych. W dzisiejszym czasie tyfus wysypkowy występuje endemicznie tylko w krajach ubogich, stojących na niskim poziomie kultury. W Europie widzimy dwa główne ogniska endemiczne tej choroby, mianowicie: Irlandya i cały obszar Rosyi z przyległymi dzielnicami dawnej Polski (Galicya). W tych ogniskach tyfus wysypkowy nigdy nie



wygasa lub objawia się od czasu do czasu w postaci licznych drobnych epidemii po wsiach i miastach. Oprócz tych dwóch głównych ognisk epidemie tej choroby przytrafiają się jeszcze we Włoszech (głównie w Sycylii i Neapolu), na półwyspie Bałkańskim i na Węgrzech. Zupełnie zaś wolne od tej choroby i to od dłuższego już czasu są Francya, Szwajcarya, Zachodnie Niemcy, Dania, rzec można, prawie cała środkowa i zachodnia Europa. W Anglii i Szkocyi w obecnym czasie epidemie tyfusu plamistego są rzadkie i zawsze są następstwem przeniesienia tej choroby z Irlandyi. Tego geograficznego rozmieszczenia tyfusu wysypkowego nie możemy przypisać warunkom geologicznym i klimatycznym, gdyż historia dowodzi, że w wiekach XVI, XVII i XVIII tyfus szerzył się po całej Europie, nie wyłączając żadnego kraja. Dopiero po wojnach Napoleońskich wygasł zupełnie w Środkowej i Zachodniej Europie i pozostał stale we wskazanych przez nas ogniskach.

A zatem nie rasa, nie warunki gruntowe, klimatyczne mają wpływ na rozwój epidemii duru osutkowego, lecz jedynie zamożność i związany z nią dość ściśle stan kultury. Właściwie najważniejszą rolę odgrywa tu stan kultury. Widzimy np., że rozsprzestrzenie się tyfusu wysypkowego słabnie w miarę posuwania się od Wschodu na Zachód. W Rosyi środkowej i na Litwie epidemie tej choroby są stałe, doroczne. W Królestwie Polskiem zdarzają się o wiele częściej we wschodniej części kraju na prawym brzegu Wisły, aniżeli w zachodniej. Zwłaszcza gubernie Lubelska i Siedlecka mają złą sławę pod tym względem. Przeciwnie, Zagłębie Dąbrowskie pomimo niezmiernie gęstego zaludnienia i znacznej koncentracji ubożego proletaryatu fabrycznego jest stosunkowo rzadko nawiedzane przez epidemie tyfusu. W Częstochowie przez 25 lat ostatnich nie było ani razu większej epidemii tej choroby. Pojedyncze epidemie, jakie tu spotykałem, nie przekraczały nigdy kilkunastu przypadków, a bywały nawet lata, że duru osutkowego wcale nie notowano. To samo widzimy w Galicyi, gdzie także zachodnia część kraju jest względnie od niego wolna. W Poznań-

skiem w prowincyi pruskiej i na Śląsku epidemie tyfusu wysypkowego są dziś bardzo rzadkie i zwykle drobne, chociaż przed 40 — 50 laty było tam inaczej.

Zależności tyfusu wysypkowego od warunków społecznych i kulturalnych dowodzi jeszcze ten fakt, że choroba ta szerzy się najczęściej podczas ogólnych klęsk społecznych, podczas wojen i nieurodzaju; ztąd nawet powstała nazwa tyfusu wojennego i głodowego. Był nawet czas, że powstawanie tej choroby wiązano bezpośrednio z głodem i sądzono, że zły gatunek spożywanego pokarmu jest bezpośrednią przyczyną tej sprawy. Dziś jednak wiemy, że związek ten jest tylko pośredni, że w czasach głodu i ogólnej nędzy pogarszają się warunki sanitarno-higieniczne, i te dopiero sprzyjają szerzeniu się tyfusu. Zresztą fakty dowodzą, że nie każda wojna, choćby ciężka, i nie każdy głód wywołuje epidemie gorączki petociowej. W Indjach, gdzie w ostatnim czasie lata głodowe są bardzo częste, gdzie klęska ta przybiera ogromne rozmiary, tyfusu wysypkowego niema. Z wojen ostatnich tylko wojna krymska i rosyjsko-turecka odznaczały się ciężkimi epidemiami, tymczasem w wojnach francusko-pruskiej, angielsko-burskiej i rosyjsko-japońskiej nie notowano przypadków tej choroby.

A teraz zastanowimy się nad tem, co wiemy o sposobach szerzenia się tyfusu wysypkowego. Dziś uważamy za fakt niewątpliwy, że tyfus szerzy się głównie przez zakażenie bezpośrednie od chorego do osobnika zdrowego, mającego z nim jakąkolwiek styczność. Pod tym względem tyfus wysypkowy zaliczany jest do najbardziej zaraźliwych chorób. Świadczy o tem przodewszystkiem szerzenie się tej choroby w rodzinach. W epidemiach wiejskich i wśród proletaryatu miejskiego, gdy zachoruje jeden członek rodziny, inni członkowie wkrótce po nim zapadają. Sam widziałem w Rosyi całe rodziny z 5 — 6 osób, równocześnie złożone chorobą i leżące pokotem. Następnie za wielką zaraźliwością tej choroby przemawia jeszcze częste zapadanie lekarzy, sióstr miłosierdzia, posługaczy szpitalnych, notowane tak powszechnie. Nakoniec można bardzo często stwierdzić, że odwiedzanie chorych jest najczęstsza

przyczyną zachorowania. Notują to wyraźnie daty statystyczne, podawane przez Galicyjską Radę Zdrowia. Oddawna również przyjęto za prawidło, że, im dłuższa i bliższa jest styczność zdrowego z chorym, tem pewniejsza jest zakażenie. To też w szpitalach częściej zapadają posługacze i siostry miłosierdzia, aniżeli lekarze, a wśród lekarzy częściej asystenci, aniżeli prymaryusze i lekarze naczelni. Prawidło to zresztą nie jest bez licznych wyjątków. Opisywano dość często przypadki, że kilkuminutowy pobyt w sali szpitalnej tyfusowej wystarczał do zakażenia. Takie przypadki notują MURCHISON, GRIESINGER, SZWAJCER i wielu innych autorów.

Wszystkie te fakty zdają się przemawiać za niezmierną zaraźliwością tyfusu wysypkowego. Dziś uważamy to poniekąd za fakt niewątpliwy. A jednak z poglądem tym nie licują inne znane fakty. Wiadomo powszechnie, że zaraźliwość tyfusu zmniejsza się, jeżeli pomieszczenie chorych jest utrzymywane we wzorowej czystości. Fakt ten był zaobserwowany już bardzo dawno. Jeszcze podczas groźnych epidemii w Irlandyi i Anglii na początku XIX w. BATEMAN, utrzymując swój szpital w idealnej czystości, nie stwierdził w ciągu 14 lat ani jednego przypadku zarażenia się wśród służby szpitalnej. Podczas wojny krymskiej w szpitalach angielskich, które były pod względem sanitarnym lepiej urządzone i utrzymywane czysto, przypadki zapadania lekarzy i służby szpitalnej były o wiele radsze, aniżeli w szpitalach francuskich. LEBERT również zaznacza, że podczas ciężkiej epidemii we Wrocławiu w latach 1868 i 1869, przy zachowaniu wzorowej czystości w klinice, nikt ze służby, ani ze studentów nie zachorował. Tymczasem w innych szpitalach podczas tej samej epidemii działo się inaczej: w szpitalu np. Braci Miłosierdzia zachorowali na tyfus wysypkowy lekarz i 13 zakonników, obsługujących chorych. GRIESINGER, któremu wielkiego doświadczenia w sprawie tyfusu wysypkowego odmówić nie można, wprost zaznacza, że zaraźliwość tej choroby w domach zamożnych jest o wiele mniejsza, aniżeli wśród proletaryatu.

Na ten ostatni fakt ja sam już dawno zwróciłem uwagę. Obserwowałem i leczyłem w różnym czasie 8 przypadków tyfusu wysypkowego wśród klasy inteligentnej i zamożnej (w tej liczbie 4 lekarzy). Otóż w żadnym z tych przypadków nie stwierdziłem zakażenia domowników, którzy obsługiwali chorych, chociaż sposobności do tego bynajmniej nie brakowało. Pamiętam, że żony, które nie odstępowały swych chorych mężów ani na krok, spełniały wszystkie przy nich posługi, nie zachowywały żadnych środków ostrożności, na tyfus jednak nie zapadały. Wszystko zdawało się w tych przypadkach sprzyjać zakażeniu: bezpośrednia i ciągła styczność z chorym, wyczerpanie organizmu wskutek bezsennych nocy, złego odżywiania i alteracji psychicznej, a jednak, wbrew wszelkiemu prawdopodobieństwu, zakażenie nie nastąpiło. Nawet wśród klasy uboższej, jeżeli tylko w mieszkaniu chorego są zachowane elementarne warunki czystości, zakażenie należy do zjawisk względnie rzadkich. Pewien ślusarz kolejowy nabawił się ciężkiego duru wysypkowego prawdopodobnie przez nocleg na ławie w sali pasażerskiej klasy III-ej. Rodzina jego składała się z żony i 4-ga dzieci i zajmowała małe mieszkanie, złożone z jednego pokoju i kuchenki. Chory całą swą ciężką chorobę przebył w domu w ciągłej styczności z rodziną, pomimo to nikt więcej nie zachorował. Dodać tutaj muszę, że mieszkanie było schludnie utrzymywane, pościel i bielizna chorego były zawsze czyste. Takich przypadków mógłbym przytoczyć więcej; świadczą one niezbicie, że przy zachowaniu wzorowej czystości w pomieszczeniu chorego zakażenie osób, stale w niem przebywających, zdarza się w każdym razie bardzo rzadko. Jest to fakt niezmiernie ciekawy, który bynajmniej nie licuje z przyjętym obecnie poglądem na zaraźliwość tyfusu wysypkowego i który tłumaczy nam, dlaczego ta choroba szerzy się głównie wśród mało kulturalnego i żyjącego w nędzy proletaryatu, a omija zwykle sfery zamożne, kulturalniejsze.

Oprócz bezpośredniej styczności z chorym i przebywania z nim w jednym pomieszczeniu epidemiologia podaje jeszcze inne

źródła zakażenia. Do tych należą w pierwszym rzędzie mieszkania, gdzie poprzednio przebywali chorzy, ich pościel, siennik, barłóg. Ztąd pokoje noclegowe, areszty policyjne i źle pod względem sanitarnym utrzymywane więzienia są bardzo częstym źródłem zakażenia w epidemiach tyfusu wysypkowego. Następnie ubranie chorego może przez czas dłuższy utrzymywać zarazek. Tutaj jednak dodać musimy, że zarazek ten jest bardzo niestały i, jeżeli ubranie jest dobrze oczyszczone, przewietrzone, to nawet bez ściślej-szej dezynfekcyi traci swą własność zakażającą.

Oto są główne i, rzec można, jedyne źródła duru osutkowego. Prócz tego wiadomo napewno, że zarazek tej choroby nie przenosi się ani przez wodę do picia, ani przez materiały spożywcze. To jest wszystko, czego nam w tej sprawie dostarczyć może epidemiologia. Na podstawie tych danych nie jesteśmy w stanie wyprowadzić żadnych pewniejszych wskazówek profilaktycznych, tembardziej, że powyższe fakty epidemiologiczne nie są pozabawione pewnej pozornej przynajmniej sprzeczności. Brak nam dziś najważniejszej podstawy dla wniosków profilaktycznych, mianowicie, nie znamy dotychczas zarazka tyfusu wysypkowego.

W takim stanie rzeczy pozostaje nam tylko droga uboczna do rozwiązania tej sprawy, mianowicie, droga analogii. Znamy chorobę, która przedstawia wielkie podobieństwo pod względem epidemiologicznym do tyfusu wysypkowego; mówię tu o gorączce powrotnej, zwanej także tyfusem powrotnym. Choroba ta występuje w Europie endemicznie w tych samych krajach, co i dur osutkowy, a zatem w Irlandyi i Rosyi, ztamtąd jej epidemie szerzą się od czasu do czasu na inne kraje, które zresztą nigdy nie przekraczają granicy, oznaczonej powyżej dla tyfusu wysypkowego. Ztąd w kulturalnych krajach Europy Zachodniej gorączka powrotna jest również od dłuższego czasu nieznaną. Wiemy także, że obie te choroby panują nieraz równocześnie i szerzą się przeważnie wśród proletaryatu. Nakoniec, co do źródeł zakażenia, to w gorączce powrotnej doświadczenie epidemiologiczne wykazuje także identyczne okoliczności, mianowicie: bezpośrednią stycz-

ność z chorymi, pokoje noclegowe, areszty policyjne, więzienia i ubranie. Słowem, podobieństwo jest bardzo wielkie, i, jeżeli tu jest jaka różnica, to może tylko w stopniu zaraźliwości. Zdaje się, że gorączka powrotna jest mniej zaraźliwa od tyfusu wysypkowego, zwłaszcza przy bezpośredniej styczności z chorymi, przy przebywaniu np. w salach szpitalnych. Fakty te mimowoli nasuwają myśl, że sposoby zakażenia w tych chorobach muszą być poniekąd identyczne, podobne. Mówimy tu o sposobach zakażenia, lecz nie o zarazku, odrębny bowiem przebieg kliniczny tych chorób dowodzi, że zarazek musi być dla każdej z nich odrębny, odmienny. Jeżeli tak jest, jeżeli zgodne fakty epidemiologiczne dowodzą jednakowego sposobu zakażenia, to z tego, co wiemy o gorączce powrotnej, wnosić możemy także o sposobach szerzenia się tyfusu wysypkowego. Gorączka powrotna należy do spraw zakaźnych, lepiej poznanych. Wiadomo, że jeszcze w 1873 r. OBERMEIER odkrył właściwy zarazek gorączki powrotnej w krętkach (*spirochaetae*), noszących jego imię. Późniejsze badania MOCZUTKOWSKIEGO i innych autorów z przeszczepianiem krwi, zawierającej drobnoustroje gorączki powrotnej, dowiodły w zupełności ich chorobotwórczego znaczenia. Te odkrycia jednak nie wyjaśniły narazie sposobu zakażenia. Dopiero TICTIN w 1896 r. zauważył, że pluskwy, złapanie na łóżkach chorych z gorączką powrotną, zawierają w swem wnętrzu żywe krętki nieraz w znacznej liczbie. TICTIN różcił tak-że pluskwy, zawierające krętki, i miazgę roztartą wstrzykiwał małpom; małpy po takim zabiegu zapadały na gorączkę powrotną. Ten sam autor wykazał również, że krętki w ciele pluskwy mogą żyć dość długo, przez kilka dni. Na zasadzie tych faktów TICTIN wyprowadził hipotezę, że pluskwy, opite krwią chorych, przez ukąszenia przenoszą zarazek na zdrowych.

Hipoteza ta znalazła następnie mocne oparcie w poszukiwaniach DUTTONA i TODDA oraz KOCHA nad t. zw. afrykańską gorączką powrotną, która panuje w środkowej Afryce, głównie na pograniczu rzeki Oranje. Owa afrykańska choroba ma wielkie podobieństwo w przebiegu klinicznym do naszej gorączki powrotnej; znaleziono nawet we krwi chorych

podczas napadów te same krętki, a zatem identyczność tych spraw albo przynajmniej ich bardzo bliskie pokrewieństwo nie ulega najmniejszej wątpliwości. Otóż najpierw DUTTON i TODD, a następnie KOCH stwierdzili, że przenośnikiem zarazka w przypadkach afrykańskiej gorączki powrotnej jest rodzaj kleszcza, zwany *Ornithodoros moschata*. Kleszcz ten żyje krwią ludzką, krętki, wessane wraz z krwią, pozostają żywe przez czas dłuższy w ciele kleszcza, a nawet rozmnażają się tam, jak to stwierdził KOCH. Co więcej, stwierdzono również, że krętki przechodzą do jaj kleszcza i do młodych osobników, z nich wyleżonych. Czy przy tem rozmnażaniu w ciele kleszcza następuje odpowiedni cykl rozwoju krętków, tego dotychczas nie dowiedziono. Nie dowiedziono również z całą pewnością przechodzenia krętków do narządów, którymi kleszcz przekłuwa skórę, ale eksperymentalnie stwierdzono, że kleszcze, opite krwią chorych na gorączkę powrotną, przez ukąszenie mogą przenosić tę chorobę na małpy.

Przy tych poszukiwaniach zauważono, że wśród negrów afrykańskich w okolicach, gdzie panuje gorączka powrotna, znajdują się osobniki, którzy nie wykazują żadnych klinicznych objawów choroby, a pomimo to badanie wykrywa w ich krwi obecność krętków. Ztąd wynika, że zakażać mogą nie tylko chorzy w klinicznym znaczeniu tego wyrazu, ale i ludzie pozornie zdrowi, noszący w swoim ustroju zarazek. Przytaczam ten fakt, zresztą bynajmniej nie wyjątkowy (znane są takie przypadki i w tyfusie brzuszny), gdyż wytłomaczyć nam może owe tak trudne do wyjaśnienia przypadki, gdzie jakiś pozornie zdrowy włóczęga szerzy w swem otoczeniu chorobę. Przypadki takie są nie tylko znane w epidemiologii gorączki powrotnej, ale również w epidemiologii tyfusu wysypkowego i były powodem, że jakiś czas istniała w naszej nauce teoria samorodnego wytwarzania się zarazka duru osutkowego.

Fakty, zdobyte przez KOCHA, DUTTONA i TODDA uczyniły pierwotną hipotezę TICTINA wielce prawdopodobną. Jeżeli teraz uwzględnimy wielkie podobieństwo w sposobie szerzenia się pomiędzy gorączką powrotną i tyfusem

wysypkowym, to mimowoli z analogii powstaje myśl, że i tyfus plamisty szerzy się podobnym sposobem, t. j. przez pośrednictwo owadów domowych. Czy przenośnikami zarazka są tu także pluskwy, czy też wszy lub pchły — to pozostaje tymczasem nierozstrzygniętem pytaniem. W każdym razie pozostaje rzeczą wielce prawdopodobną, że te owady, stałe towarzysze braku kultury, niechlujstwa, spełniają rolę przenośników zarazka nie tylko w gorączce powrotnej, ale i w durze osutkowym.

Hipoteza ta, wyprowadzona z analogii, tłomaczy nam dobrze wszystkie sprzeczności, jakie poznaliśmy przy opisie epidemiologii duru osutkowego. Wobec niej staje się jasnym, dlaczego chory na tyfus plamisty w czystem otoczeniu nie zakaża osób, mających z nim styczność, i dlaczego tenże chory, leżący na barłogu w brudnej izbie, rojącej się od robactwa, jest tak niebezpieczny dla odwiedzających go osób. Ta sama hipoteza wyjaśnia nam dobrze, dlaczego pokoje noclegowe, areszty policyjne i baraki robotnicze są tak częstym źródłem tej choroby, dlaczego tyfus plamisty u nas po wsiach najwięcej grasuje zimową porą, słabnie zaś lub ginie podczas miesięcy letnich, kiedy ludzie przestają nocować w brudnych i dusznych izbach i przenoszą się na noc do stodoł. Nakoniec przy pomocy tej hipotezy jesteśmy w stanie wytłomaczyć, dlaczego tyfus plamisty szerzy się endemicznie tylko w pewnych krajach, gdzie niższe warstwy ludności są pozbawione odpowiedniej kultury, i gdzie czystość nie jest uważana za konieczną potrzebę życia.

Jakie wnioski profilaktyczne ztąd wyprowadzić możemy? Jeżeli przyszłe badania sprawdzą powyższą hipotezę, to w walce z tyfusem plamistym najważniejszą rolę odegra nie dezynfekcja, nie izolacja, lecz oświata i kultura. Oprócz profilaktyki ogólnej, która powinna być nakreślona na podstawie usilnej pracy nad oświatą ludu, wielkie znaczenie, zwłaszcza dla nas lekarzy, ma profilaktyka osobista. Wspominałem już na początku, jak groźna jest ta choroba dla leczącego ją lekarza, jak wielką liczbę ofiar zpośród nas zabiera. Dziś wobec braku pewnych dat etiologicznych stoimy wobec niej

bezradni i w obronie przed zakażeniem liczymy tylko na los szczęścia. Hipoteza, jaką powyżej wyłożyłem, ma tę wyższość, że daje nam w obronie pewien punkt oparcia; wskazuje nam w każdym razie, gdzie jest wróg ukryty i czego się mamy obawiać. Nie powinniśmy się obawiać chorego, lecz brudów, które go otaczają. Ztąd przedewszystkiem należy dbać o czystość w otoczeniu chorego. Lekarz szpitalny powinien zwrócić główną uwagę na czystość w oddziałach, gdzie leżą chorzy tyfusowi. Każdy taki chory, przyjęty do szpitala, powinien być wykąpany, ostrzyżony i oczyszczony dokładnie z robactwa; pościel i bielizna powinny być często zmieniane, łóżko czysto utrzymane. Lekarz więzienny powinien również zwracać wielką uwagę na czystość cel i czyste utrzymanie więźniów.

Najtrudniejsze zadanie w profilaktyce osobistej ma lekarz sanitarny, powiatowy lub wolnopracujący, którzy muszą odwiedzać chorych w ich brudnych mieszkaniach. Tutaj nie pozostaje nieraz nic innego, jak zwrócić całą uwagę na własne ubranie, które stanowić powinno rzeczywistą ochronę od ukąszeń owadów. Pod tym względem nasze zwykłe, miejskie ubranie z luźnymi kołnierzykami, z mankietami, pantoflami jest bardzo nieodpowiednie, gdyż daje otwarty przystęp owadom do własnej bielizny, *resp.* do własnego ciała. Lekarz, który ma do czynienia z chorymi tyfusowymi, nosić powinien ubranie zwierzchnie z kołnierzem, sięgającym wysoko na szyi i ściśle do niej przylegającym. Nie powinien nosić mankietów, lecz, przeciwnie, na rękawy ponad stawem napiętkowym powinien zakładać elastyczną podwiązkę. Obuwie nosić powinien z cholewami, a na nogawki nakładać również podwiązki, jakie nakładają zwykle cykliści podczas jazdy. Lekarze sanitarni, którzy często odwiedzają chorych tyfusowych po wsiach, powinni się zaopatrzyć w płaszcze długie płócienne, szczelnie zapinane, które po wizycie należy zdejmować i dokładnie miotełką oczyścić. Przy takim ubraniu pozostają tylko obnażone twarz i ręce, na których owady ze względu na wielką czułość skóry nie mogą się sadowić na czas dostatecznie długi dla ukąszenia. Zresztą, dla zupełnego bezpieczeństwa możnaby skórę twarzy i rąk

pokryć cienką warstwą tłuszczu. GRIESINGER cytuje zdania bardzo poważnych lekarzy, jak TWEEDIE, DAVIDSONA, HILDEBRANDA, którzy uważali, że ludzie, którzy mają wiele do czynienia z tłuszczem, jako to: wyrabiający świece łożowe, rzeźnicy, garbarze i inni, odznaczają się wyraźną odpornością wobec tyfusu wysypkowego. Autor ten stawia nawet przypuszczenie w formie pytania, czy warstwa tłuszczu na skórze nie przeszkadza wniknięciu zarazka do ustroju. Fakt ten daje się łatwo wytłumaczyć ze stanowiska podanej powyżej hipotezy.

Podaliśmy cały szereg szczegółów, dotyczących się ubrania, gdyż sprawę tę uważamy za bardzo ważną. Kto wie, czy właśnie odpowiedniemu ubraniu nie powinniśmy przypisać tego faktu, że księża, którzy po wsiach mają także wiele do czynienia z chorymi tyfusowymi, zapadają jednak bardzo rzadko na tę chorobę. Z innych środków profilaktyki osobistej wartoby również uczynić próbę ze stosowaniem t. zw. proszku perskiego; bliższe szczegóły tego stosowania pozostawiam osobistej wyalazczości lekarza.

Na tem kończę swoje uwagi w sprawie profilaktyki osobistej w tyfusie wysypkowym. Są to wszystko wnioski, wysnute z analogii i, jako takie, hipotetyczne tylko, ale jeżeli zważymy, że sprawę tę otaczają dziś nieprzenikalne ciemności, to musimy przyjąć każde światelko, które je choć w części rozprasza. Może w jego oświetleniu da się uchronić niejedno potrzebne dla społeczeństwa i dla rodziny życie.

## LITERATURA

- A. Hirsch. Handbuch der historisch-geographischen Pathologie. B. I. 1881.  
 Griesinger. Goriaczecznyja boliezni, tłum. rosyjskie. T. I. r. 1866.  
 Lebert. Tyfus wysypkowy w Podręczniku Ziemssena, tłum. polskie z 1875 r.  
 Murchison. Die typhoiden Krankheiten tłum. niemieckie z 1867 r.  
 Mosler. Flecktyphus w Encyklopedii Eulenburga.  
 Sz wajc er. O epidemii tyfusu wysypkowego w szpitalu zapasowym w Warszawie w roku 1889. Gaz. Lel., 1892.  
 Sprawozdania krajowej (galicyjskiej). Rady

zdrowia, streszczane przez Ciechanowskiego w Prz. lekarskim.

Tictin, Zentralblatt, f. Bakteryologie, 1897.

R. Koch, Ueber afrikanische Rekurrens, Berl. klin. Woch, 1906.

Dutton i Todd, Journal of tropical medicine, 1905.

## Powstawanie guziczek po wypuszczeniu wysięków opłucnowych gruźliczych.

Podał

K. Chełchowski.

W ciągu ostatnich lat w szpitalu Dziec. Jezus u kilku chorych z wysiękiem surowiczym w jamie opłucny natury niewątpliwie lub prawdopodobnie gruźliczej—po wielokrotnych przekłuciach opłucny próbnych i leczniczych widziałem powstawanie guziczek na miejscu przekłuć w powłokach klatki piersiowej. Guziczki te były małe — wielkości grochu, twarde, gładkie, kształtu kulistego lub owalnego, niewrażliwe na ucisk, leżały bądź w tkance podskórnej, bądź w głębszych warstwach ścian klatki piersiowej. Guziczek tych u każdego chorego było po kilka; miejsce ich odpowiadało dokładnie miejscu przekłuć próbnych, czy też leczniczych.

U pierwszego z tych chorych myślałem, że są to małe włókniaki, czy też wągry otorbione, na które nie zwróciło się uwagi przy przekłuciach. U następnych jednak chorych trudno już było nie połączyć ze sobą przyczynowo guziczka i przekłucia, gdy po dostrzeżeniu pierwszego guziczka nowe zjawiały się dopiero po kilku tygodniach i po nowych przekłuciach, gdy wreszcie jeden chory sam zwracał uwagę, że od przekłuć utworzyły mu się guziczki. Guziczki powstawały po przekłuciu nie zaraz, ale w jakiś czas, którego ściśle oznaczyć nie umiem.

U każdego z tych chorych widziałem nie jeden, ale kilka guziczek. Widocznie chorzy ci mieli jakieś szczególne usposobienie do ich powstawania—może jakąś wadliwość na-

czyn chłonnych. Natomiast u mnóstwa chorych z wysiękami gruźliczymi opłucny po przekłuciach guziczek tych nie widziałem. Nie widywałem ich też i przy próbach autose-roterapii—wstrzykiwaniu pod skórę wysięku opłucnowego. I w literaturze nie znalazłem wzmianki o tem powikłaniu przekłucia opłucny.

Guziczki te uważałbym za coś analogicznego z *tuberculum anatomicum*. Myślę, że wysięk gruźliczy może się sączyć przez otwór ukłucia opłucny do tkanek, powierzchowniej leżących, a zawarte w wysięku prątki gruźlicze mogą stać się powodem powstania guziczka gruźliczego.

Że wysięk z opłucny po jej przekłuciu może się wylewać do powłok powierzchownych, miałem tego jaskrawy przykład, który widziało ze mną kilku kolegów. Choremu w podeszłym wieku z dość dużym wysiękiem surowiczym, zapewne gruźliczym w jamie lewej opłucny wypuszczono (po raz trzeci) płyn przyrządem POTAINA. Po wyjęciu trójgrańca i zalepieniu otworu dokoła niego zjawiał się szybko rosnący obrzęk, wzniesiony ponad otaczającą skórę, w ciągu 10 — 15 minut dosięgnął wielkości dłoni, poczem przestał się powiększać. Nazajutrz nie było go już ani śladu.

Przytoczę inny podobny przykład: Nazajutrz po przekłuciu wysięku krwawego opłucnowego dokoła miejsca przekłucia powstało głębokie podbiegnięcie krwawe, nie znikające pod uciskiem palca, które następnych dni okazywało znane, stopniowe przestoczenia barwnika. Oczywiście, musiało ono powstać wskutek przedostania się wysięku krwawego do kanału przekłucia i do sąsiednich tkanek.

Że kanał po przekłuciu opłucny może ulegać zakażeniu, świadczy o tem spostrzeżenie UNVERRICHTA (Zeitsch. f. kl. Med. 1882, IV): wtórne guziki rakowe w kanale przekłucia opłucny, dotkniętej rakiem.

W zeszłym roku kol. M. GLIŃSKI przedstawił w Tow. lekarskim warsz chorego z gruźlicą płuc i obu opłucen, przysłanego do mojego oddziału po wielokrotnych przekłuciach próbnych i leczniczych z rozpoznaniem *empyema necessitatis*. Chory ten wysięku w opłucnach nie miał już wcale, jak to wykaza-

ły kilkakrotne przekłucia próbne w oddziale. Natomiast w okolicy łopatek prócz kilku drobnych guziczek w takich, jak wyżej opisane, miał on i większe twarde sprężyste guzy wielkości orzecha laskowego i włoskiego oraz dwa duże płaskie zimne ropnie. Chory twierdził, że guziki te i ropnie powstały wskutek przekłuc i na miejscu ich wykonania. Ropnie zimne i guzy sprężyste zawierały stłuszczoną ropę bez drobnoustrojów. Ropa ta, szczepiona pod skórę śwince morskiej przez kol. GRYGLEWICZA, nic nie wywołała; zaszczipiona jednak do jamy otrzewny, sprowadziła gruźlicę prosówkową. Kol. SZTEYNER na moją prośbę chciał wyłuszczyć choremu opisany wyżej mały twarde guziczek, ale guziczek rozplynał się przy wyłuszczeniu — składał się z otoczki tylko i ropy.

Powodem rozpoznania *empyema necessitatis* mogło tu być to, że przy przekłuwaniu opłucny poprzez zimny ropień nic się nie dostawało z opłucny do strzykawki, ale przy powrotnem wyciąganiu igły wpływało do strzykawki nieco ropy z zimnego ropnia.

Choremu temu przez parę miesięcy wstrzykiwaliśmy emulsię jodoformową do ropni, z małym zresztą skutkiem. Podczas tego leczenia powstało u niego kilka ropni zimnych. Jeden z nich (na linii pachowej) można było wiązać z naszym przekłuciem próbny opłucny. Inne jednak zjawyły się w odległych okolicach ciała: na pośladku, u łokcia.

I ten przypadek, choć odmienny od wyżej wzmiankowanych, uważałbym za zupełnie z nimi analogiczny, tylko zarazek gruźliczy byłby tu obfitszy i jadowitszy.

---

## Gościec krtani

przez

T. Herynga

---

Artrytyczne cierpienia krtani nie należą do rzadkości, jak to dotąd utrzymywano.

Mamy już kliniczne wiadomości o takich cierpieniach chrząstek SANTORINIEGO i stawów obrączko - nalewkowych. Znajdujemy opisy złożeń artrytycznych w mięśniach strun głosowych i w chrząstce obrączkowej. LITTEN znajdował je pod ochrząstną chrząstek nalewkowych, VIRCHOV — w tylnym odcinku strun głosowych, LÖRI spostrzegał w chrząstkach nalewkowych, w zewnętrznej ścianie zatok gruszkowatych i na przedniej powierzchni chrząstki tarczowej guziczki twarde, ruchome wielkości ziarnka prosa, konopi, niesymetrycznie ułożone.

Gościec krtani bywa wrodzony i nabyty. Ten ostatni występuje wskutek całego szeregu nadużyć w pokarmach i napojach, jak również i wskutek niehigienicznego trybu życia. Spostrzegano go przeważnie u osób powyżej lat 40. Chorzy tacy skarżą się nieraz na lekkie bóle mięśniowe, na obfitsze wydzielanie się śliny, często zapadają na katarę gardła i oskrzeli. Mocz ich bywa silnie nasycony, zawiera dużo kwasu moczowego i szczawianów. Cierpienie to, pomimo najściślejszych przestrzeżeń dyetetycznych i higienicznych, daje częste nawroty, rzadko kiedy lokalizuje się w mięśniach krtani. Być może, ciągła jej praca, powodując szybsze krążenie krwi i soków, ogranicza lub zupełnie znosi warunki, sprzyjające odkładaniu się złożeń artrytycznych. Wyjątek stanowią silne sforsowania muskulatury krtani u mówców, śpiewaków, oficerów i t. p. Jako przykład, niech posłuży następujące moje spostrzeżenie. Pani K. artystka opery, zasięgała mojej porady z powodu chrypki, bolesnego przelękania i osobliwego trzeszczenia, występującego podczas łykania śliny. Szmer ten, według słów chorej, powstawał w samej krtani. Wywoływała go, przesuwając krtani, ujętą w dwa palce, w poprzecznym kierunku.

Stwierdzając ten objaw, miałem wrażenie szmeru tarcia po nierównej powierzchni. Krtani na ucisk była wrażliwa. Ucisk dolnego brzegu chrząstki tarczowej wywoływał również nieprzyjemne uczucie. Pacjentkę od lat kilku miałem w obserwacji z powodu częstych nawrotów kataru gardła i krtani. Pomimo zupełnie prawidłowego wygładu krtani emisja wysokich tonów była u-

trudniona. Podczas spokojnego wdechu można było zauważyć lekkie kurczowe drganie strun głosowych (*tremor*). Na skutek zbyt forsownych studyów, przeprowadzonych w Paryżu pod kierunkiem jednego ze znanych profesorów śpiewu, wystąpiły wyżej opisane objawy. Chora przed kilku laty cierpiała na artretyzm w stawach kolanowych i w stawach palców. Badając krtań, znalazłem silne zaczerwienienie chrząstek SANTORINIEGO, lekkie obrzmienie ich wewnętrznych powierzchni. Zaleciłem zupełny spokój, odpowiednią dietę, ruch, salicylan sodu do wewnątrz i masaż krtani przyrządem Eversa. Po 6 tg. zaczerwienienie i obrzmienie chrząstek znikły, szmer ustąpił, bóle ustały. W danym przypadku mieliśmy cierpienie tylnej powierzchni chrząstki obrączkowej z niewielkim wysiękiem w stawach obrączko-nalewkowych. Na ten niezwykle szmer trzeszczenia, powstającego przy ruchach krtani, GRÜNWARD zwracał już uwagę. Drugi przypadek tyczy się panny L., lat 18 liczącej, która od roku cierpiała na przewlekły reumatyzm stawowy. Na skutek forsownej nauki śpiewu powstała chrypka, i coraz częściej występowało detonowanie głosu. W miesiąc po wystąpieniu tych objawów badałem chorą i znalazłem obie struny głosowe zlekka zaczerwienionymi, nieco zgrubiałymi, szczególnie na brzegach, w okolicy wyrostków głosowych dwa płaskie żółtawe nacieczenia, prawie w połowie górnej powierzchni strun głosowych. Badanie tych pasków sondą dawało uczucie twardego ciała, nieco wystającego nad powierzchnią strun. Przy wydawaniu dźwięku struny niezupełnie się schodziły. Tylne ściany krtani była nieco obrzękła. Nagłośnia normalna. W praktyce mojej nie spostrzegałem podobnego obrazu. Przypuszczałem, że mam do czynienia ze złoгами artrytycznymi w strunach głosowych. Dla potwierdzenia tego rozpoznania prześwietliłem krtań lampką VOHSENA. Umieściłem chorą w ciemnym pokoju, na chrząstce tarczowej ustawiłem gumowy lejek lampki. Początkowo struny głosowe odbijały się w lusterku krtaniowym, jako dwie jasno-czerwone smugi; w miarę zmniejszania światła zaznaczały się dwie przeczące ciemniejsze linje, przebiegające

wpoprzek strungłosowych, grube na  $1\frac{1}{2}$  mm, odpowiadające owym dwóm powyżej opisanym paskom. Przyjmując je za złogi moczanowe, zaleciłem salicylan sodu i po 4 tygodniowej kuracji zauważyłem powolne ich znikanie. Głos stawał się coraz lepszy, a po 6 tg. był już normalny. Po roku chora umarła wskutek zapalenia wsierdza i nerek reumatycznego pochodzenia.

---

Z oddziału oto-laryngologicznego szp. na Czystem

### **Wpływ ciąży na przebieg suchot krtaniowych i płucnych.**

Odczytał na posiedzeniach <sup>1)</sup> Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego

**D-r Leopold Lubliner**

Ordynator oddziału

---

Sprawa oddziaływania ciąży na gruźlicę krtani i płuc była już niejednokrotnie podnoszona bądź w pojedynczych spostrzeżeniach klinicznych, bądź to jako temat ogólny na zjazdach lekarskich i w oddzielnych monografiach, jednakże i do dnia dzisiejszego zdania lekarzy, phthiseo-terapeutów, laryngologów i akuszerów są jeszcze częstokroć tak rozbieżne, że na pewnych punktach, naprz. w kwestyi sztucznego poronienia przy gruźlicy, są nawet wręcz przeciwne. Jeżeli, opierając się na 20-u własnych spostrzeżeniach, pozwoliłem sobie wieczór dzisiejszy zająć, czynię to w tej myśli, że rzeczona dyskusja doprowadzi nas do porozumienia w kwestjach spornych i wnioski nasze przyczynić się mogą do rozjaśnienia niektórych punktów w interesującej nas sprawie wpływu ciąży na przebieg gruźlicy krtani i płuc.

W pierwszej linii należy postawić pytanie, czy ciąża ma wpływ na przebieg gruźlicy płuc i krtani dodatni, czy też ujemny i jeżeli spostrzeżenia kliniczne

<sup>1)</sup> W dniu 25 maja 1909 r. i 1 czerwca t. r.



wykazują wpływ ujemny, czy jesteśmy uprawnieni do przerwania ciąży, jako czynnika wpływającego na szybki rozwój choroby.

Akuszerów zazwyczaj więcej zajmowała sprawa: w jakim stopniu gruźlica oddziaływała na przebieg ciąży i u różnych autorów rozmaicie rzecz ta się przedstawia. Do roku 1850 (GRISALLE) panowało w medycynie przekonanie, że ciąża wstrzymuje rozwój gruźlicy (ROZIÈRE de la CHASSAQUE, BAUMES), tak że kobieta ciężarna, dotknięta gruźlicą, napewno przeżyć musi ciężarną, niedotkniętą tem cierpieniem. Pierwszy dopiero GRISALLE zwrócił uwagę na ten fakt kliniczny, że gruźlica szybko rozwija się u kobiet ciężarnych, ale „samej ciąży w niczem nie przeszkadza.“ LEBERT (1872) dowodził, że połóg wpływa gorzej jeszcze, niż ciąża, na szybki rozwój choroby i śmiertelne zejście u kobiet dotkniętych gruźlicą. Późniejsi klinicyści (AHLFELD 1898, FR. MUELLER 1901, BUMM 1905, CORNET, BOURGEOIS, d'ORTEGA, FELLNER, LARCHER, HEIMBS, FREUND, KAMINER, KUTTNER, MOSNY, TREUB van der MEY, MARFAN, J. JAWORSKI, RUNGE, TARNIER, BUDIN, EHIORA i wielu innych), wypowiadali zdanie, że ciąża wpływa fatalnie na dalszy rozwój gruźlicy i odwrotnie: gruźlica często doprowadza do wczesnego poronienia i do ewentualnego zejścia śmiertelnego z powodu szybkiego upadku sił i odżywiania. Taka zazwyczaj kolej rzeczy, że chora na gruźlicę niewiasta, skoro w ciążę zajdzie, ma przed sobą cały szereg smutnych horoskopów, a mianowicie: szybki rozwój sprawy gruźliczej, przedwczesne poronienie, a jeżeli ciąża dobiegnie do końca, dziecko chorowite, skłonne do cierpień gruźliczych i najczęściej niezdolne do życia, sam zaś połóg wpływa nader ujemnie na sprawę gruźliczą. FELLNER, opierając się na materyale 34,000 porodów, twierdzi, że gruźlica podczas ciąży zazwyczaj prowadzi do krwotoków i że w 70% zablizniona już poprzednio sprawa gruźlicza pod wpływem ciąży przechodzi w stan ostry. Tego sdania są MEISSEN, HAMBURGER, AHLFELD, BUMM i inni. Z tego też powodu HEGAR w pracy swej żąda, aby prawodawstwo wzbraniało zawierania małżeństw osobom dotkniętym gruźlicą w pe-

wnych okresach tej choroby. Dotychczas jedynie w trzech stanach Ameryki Północnej—Indyana, Dakota i Michigan prawo zabrania zawierania małżeństw osobom chorym na gruźlicę. W Hollandyi WYNAENDS FRANKEN, we Francyi CAZALIS wyrażają też życzenie, aby prawodawstwo rozstrzygnęło nareszcie te kwestye. Słusznie jednak de BRUINE twierdzi, że gdyby wszędzie prawo takie zostało wprowadzone, mielibyśmy ten wynik, że dzieci zrodzone z rodziców gruźliczych nosiłyby zawsze nazwisko matki. Najlepiej rozstrzygnął tę sprawę AUVARD, określiwszy wzajemny stosunek osobników gruźliczych w następujący sposób: Jeune fille—pas de mariage, femme—pas d'enfants, mère—pas d'allaitement. W tym oto zdaniu AUVARD'a streszcza się właściwie cała działalność lekarza w sprawach, dotyczących zawierania małżeństw między osobnikami dotkniętymi gruźlicą. Jeżeli gruźlica płuc daje smutne wyniki u kobiet w ciąży, to powikłania gruźlicą krtani i kiszek są rozpaczliwe i prawie beznadziejne. Już z literatury sprawy tej po zestawieniu znanych przypadków dochodzimy do najsmutniejszego przekonania, że nieszczęśliwa kobieta w ciąży, dotknięta gruźlicą płuc i krtani, nader rzadko wyzdrowieć może.

W tem miejscu pozwolę sobie przedstawić kilka cyfr zaczerpniętych z prac KUTTNERA, PRZEDBORSKIEGO, GODSKESENA, VEITA, LÖHNBERGA, LEVY'ego, E. GLASA i E. KRAUSA. Wymienieni tu autorowie zebrali i opisali w sumie, licząc i przypadki z naszej literatury SOKOŁOWSKIEGO, HERYNGA, HERTZA oraz moich własnych poniżej w krótkości podanych 20 przypadków, **159 przypadków**, z których w **115** odnotowano śmiertelne zejście podczas ciąży lub podczas albo też natychmiast po połogu; w 35-u przypadkach dalsze losy chorych są niewiadome, a w 9-u przypadkach nastąpiła poprawa lub też wyleczenie. Już cyfry te same za siebie mówią, jaki los osiąga nieszczęśliwą kobietę, dotkniętą gruźlicą krtani, jeżeli w ciążę zajdzie! A o losie dzieci zrodzonych z tych nieszczęśliwych matek nie wiele pocieszającego da się powiedzieć. Jeżeli wziąć pod uwagę dane, które posiadamy co do stosunku

gruźlicy płuc wogóle do ciąży, przekonamy się łatwo, że większość takich kobiet przedwcześnie rodzi, a tylko bardzo nieznaczna odsetka do końca doprowadza swoją ciążę, to i ta niewielka ilość dzieci, zrodzonych, z matek gruźliczych, dzieci skazanych na chowanie się bez matki, częstokroć w najgorszych warunkach higienicznych, dzieci skłonnych do wszystkich chorób zakaźnych, według słusznych spostrzeżeń klinicystów, jeżeli zestawimy wszystkie te dane i i wszystkie te poglądy, zrozumiemy, jak sprawiedliwie HAMBURGER w pracy swej tej kwestyi poświęconej dał nagłówek: „O uprawianiu i konieczności przerwania ciąży u żon robotników, dotkniętych gruźlicą”. Jeżeli u zamożniejszych kobiet, o ile dotknięte są gruźlicą płuc i krtani, należy przerwać ciążę, to już u robotnicy lub żony biednego robotnika należy tembardziej uskutecznić tę operację, o ile są choć najmniejsze szanse ratowania ginącego i gasnącego życia.

ED. MARTIN w najnowszej pracy swej, z kliniki uniw. prof. BUMM'a, zatytułowanej: „O odczynie ocznym i rokowaniu w chorobach gruźliczych u ciężarnych”, słusznie twierdzi, że chora na gruźlicę kobieta zazwyczaj łatwo i często zachodzi w ciążę, a wiadomo że każda ciąża pogarsza stan płuc i doprowadza do smutnego końca. Wobec tego w klinice prof. BUMM'a po oftalmoreakcyi dodatniej wycięcia macicy celem zapobieżenia nowym ciążom. Rękoczyn ten ma zdaniem MARTINA i terapeutyczne znaczenie, gdyż zazwyczaj po kastracyi niewiasta szybko tyje, co ma niezmiernie ważny wpływ na dalszy przebieg gruźlicy płuc.

W tej sprawie polemizuje z MARTIN'em SIEGFRIED KAMINER. Cytuje on HIS'a, który twierdzi, że wyniki prac laboratoryjnych, które nie przeszły jeszcze przez surową krytykę kliniczną, nie powinny być stosowane w praktyce. Sztuczne poronienie może być li tylko wówczas przedsiębrane, jeżeli po naradzie lekarskiej można mieć nadzieję, że pogarszająca się sprawa gruźlicza po przerwaniu ciąży zacznie się poprawiać. Zapłodnieniu kobiety chorej można zapobiedz przez umiejętne stosowanie środków antykoncep-

cyjnych. Autor ten w konkluzyi przestrzega przed hipotezami i nie radzi rozszerzać granic wskazań do wywoływania sztucznego poronienia.

Spostrzeżenia moje kliniczne nie różnią się od obserwacyi innych autorów. Wpływ ciąży na przebieg gruźlicy krtani i płuc jest jaknajgorszy. Chore na gruźlicę cierpią zawsze na blednicę. Anemia błon śluzowych jest jakby zwiastunem sprawy gruźliczej, a ciąża już sama przez się przynosi w pierwszych zaraz tygodniach objawy denutrycyjne, a zwłaszcza u kobiet, które przebyły sprawy gruźliczej natury. O ile w pierwszych tygodniach ciąży następują uporczywe wymioty,—organizm kobiety zdrowej może łatwo przewyciężyć te objawy, ale osłabiony lub wynędzniały ustrój kobiety, dotkniętej skrytą lub jawną postacią gruźlicy, już nader rzadko zwyciężko wyjść może, znalazłszy się w analogicznem położeniu.

Gruźlica krtani należy do ciężkich powikłań suchot płucnych i wogóle dość szybko, zwłaszcza w przypadkach połączonych z trudnością w polykaniu, prowadzi do upadku sił, do wycieńczenia i chorzy tacy prędkiej giną, niż dotknięci tylko suchotami płuc. Przeciętna długość życia po wystąpieniu pierwszych objawów ze strony krtani wynosi około trzech lat. Znane są jednak przypadki suchot krtaniowych, które trwają lat 15 i więcej, a nawet zdarzają się, co prawda nader rzadko, przypadki zupełnego wyleczenia. Ale przypadki uleczenia lub stałszej poprawy gruźlicy krtaniowej u kobiet ciężarnych do nadzwyczajnie rzadkich należą. Kobieta ciężarna, dotknięta gruźlicą krtani, albo ginie podczas ciąży, albo natychmiast po poronieniu lub też po porodzie. Te zaś kobiety, dotknięte suchotami płuc i krtani, które pozostały czas dłuższy po porodzie przy życiu, mogą mieć widoki, że ich cierpienie gruźlicze przyjmie przebieg przewlekły, jak to zazwyczaj ma miejsce. Z powyżej podanych cyfr widzieliśmy, że na 159 przypadków suchot krtani i płuc podczas ciąży—poprawa stała resp. wyzdrowienie odnotowano w 9-u przypadkach. W kwestyi rokowania da się powiedzieć, że im wcześniej podczas ciąży rozpoczyna się sprawa gruźli-

cza w krtani, tym ono jest gorsze. Jeżeli zaś w ostatnich miesiącach ciąży ma miejsce rozwój suchot krtaniowych i o ile z tego powodu z przyczyny trudności w oddechaniu dochodzi do konieczności wykonania tracheotomii, chora taka ma więcej szans na względne wyzdrowienie. KUTTNER, opierając się na takich danych, radzi wcześniej wykonywać przecięcie tchawicy i jeżeli operacja ta nie daje pożądanego wyniku t. j. stałej poprawy, wtedy dopiero należy przystąpić do wywołania sztucznego poronienia. Rozpatrzmy się obecnie w kwestyi, czy mają słuszość ci badacze, którzy radzą u kobiet ciężarnych, a dotkniętych gruźlicą krtani i płuc, wywoływać sztuczne poronienie, czy też rację mają drudzy klinicyści, którzy twierdzą, że należy zawsze cierpliwie wyczekiwać rozwiązania, ponieważ nie ma się prawa usuwać z organizmu chorej matki prawdopodobnie zdrowego płodu, zdrowego dziecka. Wiemy jednakże dobrze, że matka, chora na gruźlicę płuc i krtani, rzadko ciążę doprowadzić jest w stanie do końca, a jeżeli nawet ciąża dobiegnie do końca, to przyjsie na świat zdrowego dziecka jest bardzo wątpliwe. Ale pod tym względem powinniśmy przedewszystkiem przeczytywać za swój obowiązek ratować życie kobiety, poświęcając zawsze dziecko. Naturalnie, w przypadkach, gdy jesteśmy w stanie uratować życie matki i dziecka, tryumf jest zupełny, a gdy tylko możemy uratować jedno życie, — bezwarunkowo matka ma pierwszeństwo.

Z tego przeto wychodząc założenia będziemy musieli zgodzić się na pogląd, którego przedstawicielami w nauce są MARAGLIANO, RUNGE, HAMBURGER, Ploos van Limsteil Cuzzi, ACCONCI i wielu innych, że u kobiet, dotkniętych gruźlicą płuc, należy wykonać *abortum artificialem*, a u niewiast ciężarnych, dotkniętych gruźlicą płuc i krtani, mojem zdaniem, należy wykonać ten zabieg po skonstatowaniu pierwszych objawów gruźlicy krtani. Im dłużej wyczekiwać będziemy, tym gorsze rokowanie dla matki, a w tych przypadkach nie tygodnie, lecz literalnie każdy dzień stanowi o życiu matki. Tym

się też tłómaczy ten fakt, klinicznie tylokrotnie potwierdzony, że sztuczne poronienie, stosowane w tych razach w późniejszych miesiącach ciąży, nie daje wyniku dodatniego w sensie utrzymania matki przy życiu. MARAGLIANO dowodzi, że u kobiet dotkniętych gruźlicą płuc, u których wcześniej wywoływał poronienie sztuczne, znajdował stale poprawę stanu płuc, a nawet nieraz oznaki kliniczne wyzdrowienia. Tegoż zdania są również GUIRAUD, PANNEWITZ, RIBEMOND, DESSAIGNES, LEPAGE, KAMINER (na 17 przypadków sztucznego poronienia miał 5 przypadków śmiertelnego zejścia), HEYMANN, TREUB, krańcowy zwolennik sztucznego poronienia HAMBURGER i wielu innych. Bardzo wielu klinycystów i akuszerów zupełnie słuszenie nakazuje i sami wykonywają poronienie sztuczne w przypadkach ciąży u kobiet dotkniętych chorobami serca (v. LEYDEN), nerek (v. HELBRON, SILEX odłuszczenie siatkówki podczas zapalenia nerek), nerwowymi (BINSWANGER, JALEY), przy raku macicy (GAILLARD na 120 przypadków 40% poronień) i t. d.

Naturalnie, decydować może w tej tak ważnej sprawie w pierwszej linii matka, sama chora, a następnie mąż, lecz od zdania, opartego na doświadczeniu klinicznym lekarzy, zależeć powinna decyzja w tej tak ważnej sprawie dla życia matki.

Dla bezstronności musimy tu zaznaczyć, że berliński akuszer GUSSEHOW, a głównie paryski akuszer PINARD, który to głównie zajmował się sprawą sztucznego poronienia i w całym szeregu prac i odczytów kwestję tę rozbił, zajmują odmienne stanowisko w tej sprawie. Jest on zdeklarowanym przeciwnikiem sztucznego poronienia wogóle i broni prawa do życia płodu. Przy wahaniu się ze strony matki PINARD radzi „leczyć gruźlicę i śledzić za biegiem ciąży”. Tylko, niestety, w sprawie nas interesującej gruźlicy płuc i krtani, nie na długo rada taka się przyda. Jak największa bacność na przebieg ciąży nie wyda żadnego rezultatu, zwłaszcza, gdy już mamy przekonanie, że gruźlica robi olbrzymie postępy i lada chwila, a poronienie samo się zacznie, a gdy jeszcze nieco cierpliwości mieć będziemy — pożegnamy

się na zawsze z nieszczęsną chorą, jak poprzednio z jej płodem. GUSSEROW twierdzi, że wywołanie poronienia równa się co do niebezpieczeństwa grozie ciąży u suchotnic. KLEINWAECHTER nie uważa nawet chorób serca i płuc za wskazane do wywołania sztucznego poronienia, a KOSSMANN zezwala na wywołanie sztucznego poronienia tylko w przypadkach, w których śmierć matki (oraz i dziecka) napewno nastąpić musi. Na zakończenie, nim pozwolę sobie postawić wnioski z pracy niniejszej, zacytuję poglądy w tej sprawie niedawno wypowiedziane przez prof. FRITSCH'a.

„Każdy humanitarny lekarz zgodzi się na to, że przerwanie ciąży w niektórych przypadkach gruźlicy, a zwłaszcza przy owrzodzeniach gruźliczych krtani, jest, jak i inne ratujące życie kobiety zabiegi akuszeryjne — rękoczynem uprawionym. I każda matka zgodzi się na to, że widoki na wyleczenie z gruźlicy są lepsze, jeżeli sama jedna ma się odżywiać, a nie jednocześnie i płód w łonie swym.“ FRITSCH, opierając się na 40-letnim doświadczeniu radzi zabieg ten wykonywać z całym spokojem, nie spiesząc się, podaje swoją metodę postępowania i wymaga, zupełnie racjonalnie, ażeby bezwarunkowo tylko w szpitalu wykonywać tę operację dla dobra i moralnego spokoju chorej i dla usunięcia wszelkiej tajemniczości w tej tak ważnej dla życia kobiety sprawie.

Opierając się na materyale klinicznym zaczerpniętym z literatury przedmiotu i własnym, dochodzimy do następujących wniosków.

1. Obowiązkiem lekarza jest wtajemniczać każdą niewiastę, dotkniętą gruźlicą, aby unikała zachodzenia w ciążę.

2. Jeżeli kobieta, dotknięta gruźlicą płuc zajdzie w ciążę, należy pozostawić do jej uznania i na własne jej ryzyko doprowadzenie ciąży do końca, lecz w razie wystąpienia pierwszych objawów gruźlicy krtani w postaci owrzodzeń, nacieków, lub też zajęcia chrząstek nalewkowych lub nagłośni, należy natychmiastowo przerwać ciążę, postępując najlepiej podług zasad, wskazanych przez prof. FRITSCH'a.

3. W każdym przypadku gruźlicy płuc i krtani podczas ciąży, lekarze, internista laryngolog-phthiseoterapeuta, powinni naradzić się z akuszerem i jak najwcześniej rozstrzygnąć sprawę.

4. W przypadkach ciężkich i rozpaczliwych lekarz nie powinien stosować żadnych zabiegów, skierowanych ku przerwaniu ciąży, ponieważ nie prowadzi ono do celu, przyspieszając tylko i tak blizkie zejście śmiertelne chorej.

5. Przerwanie ciąży w ostatnich okresach może nastąpić tylko jako *indicatio vitalis*, choćby istniała pewność, że chora ulegnie cierpieniu swemu.

6. Prawo decydowania w kwestyach powyższych należy pozostawić lekarzom i chorej.

#### Spostrzeżenia własne.

Spost. 1. A. lat 28, leczona wspólnie z kol. ALEKSANDREM ZYLBERMANEM w Otwocku. *II para. VIII menses gravida. Infiltrationes tbc. partis interarytaenoideae ligg. aryepiglotticarum. Stenosis. Tracheotomia.* Ciąża dobiegła do końca. *Post partum mors* na 3-ci dzień.

Spost. 2. P. S. I. 35 z Kobrynia, leczona wspólnie z kolegą G. LEWINEM w Sanatorium własnym dla chorych gruźliczych w Otwocku. *V para. Gravida VI menses. Destructio apicis dextri. Infiltrationes tbc. partis interarytaenoideae, epiglottidis et chordarum jalsarum. Abortus. Mors subita.*

Spost. 3. J. S., I. 21. *I para, 5 m. gravida,* leczona przezemnie wspólnie z kolegą O. HEWELKE.

Nacieczenia obu szczytów. *Tuberculosis pharyngis, exulcerationes ad tonsillas, palatum molle, infiltratio larga epiglottidis, infiltratio partis interarytaenoideae, exulceratio ad processum vocalem sinistrum.*

Na naradzie z kolegami J. JAWORSKIM i HEWELKEM postanowiono ze względu na beznadziejny stan chorej nie wywoływać sztucznego poronienia. Po upływie miesiąca *abortus* i *exitus laetalis* na 5 y dzień.

Spostr. 4. R. Sz. I. 25 z Kowla. *Gravida 4 menses. I para. 3. XII. 1903* przybyła na oddział.

*Respiratio bronchialis supra claviculas. Infiltratio epiglottidis Exulcerationes epiglottidis et chordarum falsarum. Infiltrationes chordarum verarum et partis interarytaenoideae.* Silne bóle przy połykaniu. Dwunastego dnia pobytu w szpitalu nastąpiło poronienie samoistne i na trzeci dzień *post abortum exitus laetalis*.

Sp. 5. H. M. lat 21. *I para, gravida 6 menses* z Brześcia litewskiego. Nacieczenie w obu szczytach i rozsiane rżenia w prawym płucu. Nagłośnia bardzo zgrubiła i nacieczona. Obrzęki i nacieczenia chrząstek nalewkowych. Duszność—*respiratio stertorosa. Tracheotomia urgens. Abortus, exitus laetalis* nazajutrz po poronieniu.

Sp. 6. L. R. l. 24 z Parczewa, *II—para* (pierwsze dziecko żyło rok). *8 menses gravida*. Kaszle od miesiąca, chrypi od 2-u tygodni. Na oddział zapisała się 11. I. 1904. Stępienie w lewym szczycie. *Respiratio aspera ibidem. Crepitationes dispersae ad pulm. sinis.* Nagłośnia nacieczona i w czwórnasób powiększona. 19. I. 04 normalny poród. Po porodzie upadek sił, rozwolnienie i po upływie 10-u dni *exitus laetalis*.

Sp. 7. F. S. l. 26. Przybyła do szpitala 10. II. 1904. *III para. 6 menses gravida*. Dwukrotnie przedtem ronila i za każdym razem w 3-cim miesiącu. Matka i 3 siostry zmarły na suchoty.

*Infiltratio apicis dextri. Infiltratio chordae verae et falsae dextrae atque partis interarytaenoideae.* Po 3 tygodniach wypisana została na żądanie męża ze szpitala w stanie nierokującym żadnej nadziei. Na wywołanie poronienia nie zgodziła się. O dalszych losach chorej wiadomości nie posiadamy.

Sp. 8. T. W. lat 35 z Tarczyna przybyła do szpitala 13. 7. 04 VII-para, *VII menses gravida. Ex stirpe valde suspecta. Destructio apicis dextri. Infiltrationes chordarum verarum.* Bóle przy połykaniu. Duszność po nocach i bezsenność. *Status febrilis*.

Bez poprawy w stanie ciężkim wypisała się chora dnia 2. VIII. 04 ze szpitala.

Sp. 9. A. M. lat 42 z Kałuszyna, IX-para *VII menses gravida*. Podczas ostatniej ciąży przed dwoma laty miała ciężki krwotok płucny. Pięcioro dzieci zmarło w pierwszych

latach życia. *Destructio apicis sinistri. Respiratio bronchialis ibidem. Infiltratio tbc. cartilaginum arytaenoidarum. Exulcerationes chordarum.* Na naradzie z kolegą NATANSONEM zdecydowano nie wywoływać przedwczesnego porodu. 23 XII 04 urodziła przedwcześnie (8-y miesiąc), a po dwóch tygodniach dnia 10. I. 05 z m a r ł a przy objawach wycięczenia.

Sp. 10. F. K. lat 30 III-para, *7 menses gravida. Induratio pulmonis dextri. Destructio apicis dextri. Infiltratio epiglottidis exulcerationes epiglottidis et cart. arytaenoidarum.* Przybyła do szpitala 22. XII. 05, urodziła na 5-y dzień pobytu w szpitalu nie donoszone dziecko.

Wypisana na żądanie męża dnia 2. I. 06 *in extremis* i nazajutrz z m a r ł a.

Sp. 11. E. G. lat 23 z Wołynia, I-para, *gravida 6 menses. Caverna in apice dextro, respiratio amphorica. Infiltratio apicis sinistri. Exulcerationes epiglottidis, partis interarytaenoideae, chordarum verarum.* Silne bóle przy połykaniu. Po tygodniowym pobycie w szpitalu chora wypisała się (19. III. 06) bez poprawy w stanie beznadziejnym.

Sp. 12. G. G. lat 32 z Sochaczewa IX-para, *gravida 8 m.* Z dziewięciorga dzieci żyje dwoje.

Od 3 miesięcy chrypi i kaszle. *Haemoptoe. Destructio apicis dextri. Infiltrationes epiglottidis et cartilaginum arytaenoidarum.* Owrzodzenia gruźlicze na lewym łuku podniebionym. Po tygodniowym pobycie w szpitalu krwawienie ustało i chora wypisała się (dnia 14. IX. 06) w stanie bardzo ciężkim.

Sp. 13. F. R. lat 30, I-para, *gravida 5 menses. Infiltratio pulmonis dextri, destructio apicis dextri. Infiltratio partis interarytaenoideae valde expressa.* Chora przebyła w szpitalu trzy tygodnie i wypisała się (15. XI. 05) z p o p r a w ą.

Sp. 14. P. T. lat 30 z Mozyrza przybyła 23. III. 05. IV-para, *gravida 8 menses.* Z rodziny zdrowej ma troje zdrowych dzieci. Przed trzema miesiącami *pleuritis exs. sinistra. Respiratio bronchialis ad apicem sinistrum. Infiltratio tbc. cartilaginum arytaenoidarum et chordarum verarum. Enteritis tuberculosa* 27. III. 05 urodziła przedwcześnie chłopca,

który niebawem zmarł. Dnia 8. IV. 05 chora z m a r ł a przy objawach wycieńczenia.

Sp. 15. Ch. M. lat 32. IX-para, *gravida 8 menses*. Pięcioro dzieci żyje, Obydwa wierzchołki płuc nacieczone. Owrzodzenie gruźlicze prawej struny prawdziwej dokoła wyrostka głosowego oraz guz gruźliczy w postaci narośli na tylnej ścianie, który usunąłem za pomocą podwójnej kiurety dla usunięcia duszności. Dnia 7. V. 07 chora urodziła żywe dziecko. Stan chorej po porodzie stale pogarszał się i chora dnia 1. VI. 07 z m a r ł a z wycieńczanta.

Sp. 16. D. R. lat 30 ze Siedlec przybyła na oddział dnia 3. III. 07. I-para, *gravida 9 menses*. Od półroku kaszle i chrypi. Objawy silnego zwężenia krtani oraz oddech stenozytyczny nie pozwalają na dokładne zbadanie płuc. Nagłośnia mocno nacieczona w postaci zlewających się guzów, więzy boczne oraz tylna ściana krtani również mocno nacieczone. Szpara głosowa zwężona wskutek nacieczenia strun fałszywych. Dnia 16. III urodziła żywe dziecko.

Duszność znacznie powiększyła się następczo. Tracheotomia.

Chora przebyła na oddziale do dnia 13. V. 07 i wypisana została wraz z dzieckiem z e z n a c z n ą p o p r a w ą.

Nacieczenia w krtani uległy wessaniu, guzy gruźlicze nagłośni jakby stopniały.

W miesiącu Wrześniu r. b., a więc po dwóch przeszło latach, pacjentka przybyła znów na mój oddział, skarżąc się na chrypkę, której pozbyć by się chciała. Stan chorej bezgorączkowy. W krtani obraz zupełnie odmienny; niezmiernie ciekawy wygląd przedstawia nagłośnia. Nacieczeń nie widać żadnych, natomiast składa się ona jakby z dwóch cienkich listków, obok siebie leżących, pomiędzy którymi widać głęboką bruzdę, idącą aż do *petiolus*. Brzegi listków tych są nierówne, jakby wyżarte, jednak b e z o w r z o d z e ń; przy fonacyi listki te resp. nagłośnia wznosi się dobrze, a przy inspracyi opada jakby nadół, zamykając głośnię. Tylna ściana nieco wyniosła, powierzchnia jej równa, dość gładka, struny głosowe mają wygląd bliznowy, przy fonacyi szpara głosowa w tylnym odcinku nie domyka się. W płucach

stępienie w prawym szczycie z przodu powyżej obojczyka, tamże oddech nieokreślony. W szpitalu tym razem chora przebyła miesiąc, podczas którego była leczona inhalacjami oraz leżeniem na werandzie. Chorej przybyło 18 funtów wagi.

Przypadek ten nastęrcza bardzo wiele uwagi ze względu na niezwykle przebieg i na wyzdrowienie zupełne po bardzo ciężkiej—i prawie beznadziejnej postaci gruźliczej podczas ciąży. Przedewszystkiem, za pierwszą bytnością już po urodzeniu dziecka, z powodu nacieków nagłośni chora musiała być tracheotomowana z powodu duszności. Tracheotomia *urgens* do tego stopnia, że nie zdążyłem nawet przeprowadzić scislej antyseptyki podczas tracheotomii

Wessanie infiltratów nastąpiło wskutek li tylko wykonanej tracheotomii oraz leczenia werandowaniem. Wyleczenie wyraża się w bliznach, które łatwo stwierdzić na nagłośni i na strunach.

Krtań chorej ma w zupełności wygląd krtani chorej Zaboklickiej opisanej w książce D-ra HERYNGA „o wyleczalności suchot krtańowych“, różnica polega na tym, że w przypadku HERYNGA rozdwojenie nagłośni nastąpiło po rękoczynie, a w naszym przypadku samoistnie.

Przypadek nasz dowodzi wymowniej jeszcze, niż dotychczasowe przypadki, że n a w e t n a j c i ęż s z a p o s t a ć g r u ź l i c y k r t a n i przy odpowiednich warunkach i przy odpowiednim stanie znośnym płuc, może być wyleczona.

Sp. 17. Ch. M. lat 30 *Gravida VIII m.* Przed 2 tygodniami było krwioplucie. Stępienie w prawym szczycie, tamże liczne rzeżenia. *Infiltratio partis interarytaenoideae. Infiltrationes et exulcerationes ad chordas veras.* Po 5-iu dniowym pobycie na oddziale chora wypisała się dnia 20. X. 08 w stanie bardzo ciężkim.

Sp. 18. P. S. lat 40. *Gravida III m.* 4-para. Stłumienie w prawym szczycie. W prawem płucu rozsiane liczne rzeżenia. Nacieczenia tylnej ściany krtani w postaci zlewających się dużych ziarn o nierównej powierzchni. Duszność znaczna. Podwójną kiuretą usunąłem nacieczenia p. *interarytae*.

*noideae*. Po miesięcznym pobycie na oddziale chora wypisała się dnia 26. II. 07 z poprawą. Dalsze losy chorej niewiadome.

Sp. 19. M. G. lat 32 ze Stachowa, Mińskiej gub. przybyła na oddział 3. I. 09. Kaszle i chrypi od roku. Przedtem była zawsze zdrowa. *Gravida III menses*, 6-para. W obydwóch szczytach oddech nieokreślony. Obie chrząstki nalewkowe w czwórnasób powiększone w postaci kulistych tworów.

Tyłna ściana nacieczona. Połykanie b. utrudnione i bolesne. Za pomocą podwójnej kiurety usunąłem nacieki z chrząstek nalewkowych, ponieważ duszność zwiększała się z dnia na dzień. *St. jebrilis* 38,8—39,3. 29. I. znaczne krwawienie z macicy. Z powodu ciężkiego stanu i powtarzającego się krwawienia ciążę przerwano. Chora jednak z wycieńczenia zmarła 13. II. 09.

Sp. 20. G. Z. lat 33 *gravida III m.* 4-para. *Ex stirpe bono*. Przed rokiem był krwotok płucny. *Caverna in apice sinistro*. Nacieczenia w płucu lewym. Owrzodzenia gruźlicze nagłośni- strun prawdziwych i tylnej ściany. Upadek sił wybitny.

Po miesięcznym pobycie na oddziale chora zmarła 5. XII. 09 z wycieńczenia.

odnoszących się do tej sprawy punktów, zachynając swoje uwagi osobiste od punktu, na który autor największy położył nacisk, t. j. od gruźlicy krtani, wikłającej ciążę. I. zestawił niezwykle smutne pod tym względem swoje osobiste doświadczenia, z liczbą bowiem 20-u kobiet, podległych temu powikłaniu, 19 w przebiegu ciąży lub wkrótce po niej uległo zejściu śmiertelnemu, a zaledwie stan jednej osoby poprawił się nieznacznie po przebytych porodzie. Zaiste, niezwykle fatalna statystyka, zgodna ona jest jednakże z doświadczeniem klinicznym większości autorów, zajmujących się tą sprawą. Rzeczywiście—trudno sobie przedstawić położenie bardziej dramatyczne, jakie, niestety, widujemy u tej kategorii chorych. Do ciąży najczęściej już samej przez się ciężko przebiegającej (wymioty, brak łaknienia) dołącza się suchy, męczący kaszel, a dalej stopniowo wzmagająca się trudność połykania. Już nie tylko sam mocny ból, strzelający do ucha i potęgujący się nadmierną wrażliwością systemu nerwowego, właściwego ciężarnym, wpływa na ich osłabienie i wyczerpanie, upośledzone zaś odżywianie niemożnością jedzenia, wywołuje niezwykle niemal z dnia na dzień postępujące szybkie wyniszczenie chorej. Zazwyczaj zejście fatalne w tej sprawie przyspiesza gorączka, nadmierny upadek stanu psychicznego, rozpacz beznadziejności najrozsądniejszej terapii, a najczęściej jeszcze przedwczesny poród wśród powyższych fatalnych warunków organizmu. Niemniej dramatycznie przedstawiają się przypadki, w których, zamiast utrudnionego połykania, występują objawy zwężenia krtani, pociągające za sobą wielką i stałą duszność, wreszcie ataki zaduszenia z ciągłą bezsennością i upadkiem szybkim stanu ogólnego, któremu bynajmniej nie pomoże robiona w tych ramach z konieczności tracheotomia.

Nie rozwodząc się bliżej nad losem, istotnie tragicznym, tych chorych, zaznaczam, że jednakże istnieją przypadki, gdzie gruźlica krtani, wikłająca ciążę, przebiega łagodnie, a nawet kończyć się może pomyślnie. Posiadam w mojej pamięci szereg podobnych przypadków, spostrzeganych w praktyce prywatnej, o 2-u nawet z nich, spostrzeżga-

## Wpływ ciąży na przebieg gruźlicy płuc i krtani <sup>1)</sup>

Podał

D-r Alfred Sokołowski.

Sprawa poruszona ze względu na swą ważność, zasługuje aby i w naszym Tow. uległa dyskusji, tembardziej, że w ciągu kilku lat ostatnich była ona wielokrotnie i wszechstronnie omawiana na wielu zjazdach i licznych posiedzeniach towarzystw zagranicznych. W odczycie swym L. poruszył kilka

<sup>1)</sup> wypowiedziane w War. Tow. Lek. d. 1/VI 1909 z okazji dyskusji nad odczytem tejże treści d-ra Lubliner'a.

nych w ostatnich latach, znalazłem dokładne notatki w moich książkach i pozwalam sobie pokrótce je przytoczyć.

Przed 4-ma laty na wiosnę zasięgała mojej porady dwudziestokilkuletnia mężatka, będąca w piątym miesiącu ciąży, a dotknięta upartą chrypką od paru tygodni trwającą, którą kładziono na karb ciąży i wymiotów jej towarzyszących. Przy badaniu bardzo wynędzniałej pacjentki drogą wziernika krtaniowego wykryłem dość rozległe owrzodzenia na obu strunach prawdziwych, zmiany wyraźne opukowe i wysłuchowe w szczycie płucnym, co razem wzięte nie dawało najmniejszej wątpliwości o istocie gruźliczej powyższych zmian. Chorej zaleciłem wyjazd do Otwocka i przebycie tam porodu. Widziałem ją następnie wielokrotnie. Poród przeszedł szczęśliwie, a sprawa w krtani nie rozszerzyła się, przeciwnie, owrzodzenia po porodzie i dalszym leczeniu klimatycznym zaczęły przyjmować tendencję ku zabliznieniu. Stan ogólny chorej polepszał się stale. Widuję ją odąd od czasu do czasu, a przy ostatnim jej badaniu, niedawno odbytem, rozpoznałem wyraźne zabliznienie się owrzodzeń krtaniowych i zatrzymanie się w biegu sprawy gruźliczej płuc. W grudniu 1907 r. zasięgała mojej porady 30-letnia mężatka z Radomskiego z powodu kaszlu i lekkiej chrypki—opowiedziała mi przytem, że będąc w ostatnich miesiącach ciąży, ukończonej pomyślnie przed miesiącem, była mocno ochrypnięta i miała wiele tygodni trwający mocny ból przy łykaniu, który obecnie jeszcze nieco się odzywa. Przy badaniu chorej, obok zmian wyraźnych natury gruźliczej, umiejscowionych w prawym szczycie płucnym, znalazłem przy badaniu wziernikiem krtaniowym nacieczenie wielce typowe dla gruźlicy tylnej ściany krtani, nieco już pokurczone, jak to widzujemy przy poczynającym się zabliznieniu tej okolicy. Stan chorej był niezły, pluła dużo. Zaleciłem długotrwałą kurację klimatyczną w Otwocku. Widziałem ją następnie w pół roku, t. j. w maju 1908. Stan jej uległ znakomitej poprawie. Kaszlała mało, łykanie było zupełnie swobodne. Tyl-na ściana przedstawiała się zgrubiałą, posiadając wszystkie cechy sprawy bliznowa-

tej. Chorą znowu widziałem po kilku miesiącach i stwierdziłem dalej pomyślne zejście sprawy krtaniowej. A więc należy mieć na widoku zejście nie stale tylko fatalne, jak to pouczają powyższe przypadki, z których drugi miał pomyślne zejście pomimo umiejscowienia na tylnej ścianie, dającej, jak wiadomo, rokowanie o wiele gorsze, aniżeli sprawy gruźlicze krtani, umiejscowione na strunach głosowych.

Skoro fakty kliniczne dowodzą, że aczkolwiek rzadko, jednakże pomimo ciąży powikłanie to może mieć przebieg pomyślny, rodzi się kwestya, jakie winno być nasze postępowanie lecznicze w tych razach. Otoż, Sz. Panowie, przedewszystkiem winna być o ile można należyście rozpoznana sprawa krtaniowa, a za zasadę winni przyjąć lekarze, a przedewszystkiem lekarze akuszerowie, aby nie lekceważyć najmniejszego kaszlu i chrypki, a szczególnie dłużej niż kilka dni trwającego utrudnionego połykania u ciężarnych i u tych nie ograniczać się do badania gardzieli, lecz nalegać koniecznie na zbadanie dokładne krtani przez biegłego laryngologa, gdyż u tej kategorii chorych, szczególnie wyczerpanych wymiotami, i wogóle przeczulonych (szczególniej w późnej ciąży) badanie jest nieraz bardzo trudne, wymaga dużej wprawy i cierpliwości ze strony lekarza. To zaniedbanie badania krtani pociąga za sobą nieraz najfatalniejsze następstwa, sprawa bowiem gruźlicza krtani rozwija się niejednokrotnie u ciężarnych w sposób zupełnie skryty, bez kaszlu nieraz, a jedynie towarzyszy jej mniej więcej często chrypka, kładziona na karb ciąży, lub też utrudnione łykanie, które bywa tłómaczone (nieraz nawet przez lekarza) sforsowaniem gardła przez uparte wymioty—co wszystko ma dopiero ustąpić w zupełności po odbytem porodzie. Niestety, jednakże najczęściej po krótszym lub dłuższym przebiegu sprawy utajonej, o łagodnym charakterze—występuje ona w sposób ostry—z mocną dysfagią i gorączką; powstaje wtedy wielki alarm ze strony rodziny, a badanie krtani wówczas dokonane, wykazuje daleko posuniętą sprawę gruźliczą krtani, która pomimo wysiłków i zabiegów leczniczych, kończy się wkrótce fatalnie. Wi-



działem, niestety, cały i to dość znaczny szereg osób tej ostatniej kategorii, stąd też na wołuję do wczesnego należytego badania chorych. Wokresie bowiem poczynającej się sprawy, jeżeli jednocześnie i ciąża istnieje w pierwszych miesiącach, najbardziej będzie wskazane u nich wczesne przerwanie ciąży, a następnie długotrwała kuracja klimatyczna, którą to drogą może jedynie nastąpić poprawa. W daleko posuniętej ciąży, przerwanie jej zazwyczaj nie przynosi pożytku, a może nawet, jak to zaznaczył kol. L., nastąpić przyśpieszenie zejścia fatalnego. W okresie więc tym ograniczyć się musimy do leczenia symptomatycznego, w którym alfą i omegą będą narkotyczne środki, stosowane zewnętrznie i wewnętrznie. W każdym jednakże razie pamiętać należy, aby takim chorym usilnie odmawiać wyjazdu do miejsc kuracyjnych, szczególnie zimą na południe, nie chcąc narażać chorej na fatalne następstwa, a na wielki zawód i znaczne koszta rodziny, a stąd wpływające niezadowolenie z lekarza, który powinien kategorycznie zaprotestować przeciw dalekiemu wyjazdowi, a zalecić latem wyjazd w okolice podmiejską lub do sanatorium pobliskiego.

Co się tyczy drugiego punktu, poruszonego przez kol. L., t. j. wogóle wpływu ciąży na przebieg gruźlicy płuc, to muszę zaznaczyć, że od trzech lat, kiedy szczegółowo opisałem tę kwestję w moim podręczniku chorób dróg oddechowych, zestawilem poglądy innych autorów i moje osobiste w tej kwestyi zapatrywanie, sprawa ta mimo wielu i licznych dyskusji pozostaje stale jeszcze sporną na punkcie dwóch powyższych zapatrywań, t. j. jednego szeregu autorów z MARAGLIANO na czele, którzy absolutnie radzą u każdej bezwarunkowo chorej, dotkniętej gruźlicą, robić poronienie; gdy inni, przeciwnie, zabieg ten ograniczają jedynie do spraw dalej posuniętych, twierdząc, że samo poronienie, kobietę dotkniętą gruźlicą, może narazić pod względem zdrowia, a nieraz nawet wpływa ono na przebieg ostrzejszy sprawy gruźliczej. Moje osobiste pod tym względem doświadczenie zreasumowałbym w następujący sposób. Kwestya sporna dotyczy przede wszystkim

poczynających się okresów gruźlicy i spraw przewlekłych o typie włóknistym, gdyż kobiety, dotknięte dalej posuniętymi sprawami gruźlicy płucnej, a bardziej jeszcze gorączkujące, zazwyczaj nie zachodzą wcale w ciążę—jeżeli zaś wyjątkowo to ma miejsce, to albo samowolnie ronią, lub rodzą przedwcześnie w drugiej połowie ciąży, lepiej więc wyczekać tego normalnego zejścia, chociaż jak wogóle w patologii, tak i pod tym względem, nie da się sformułować ścisłej reguły. Widziałem bowiem przypadki, w których chora, z dość daleko posuniętą sprawą gruźliczą płuc nie tylko zachodziła w ciążę, ale przebywała ją szczęśliwie, a ciąża bynajmniej nie wpłynęła na pogorszenie jej stanu płucnego. Są to jednakże wyjątkowo rzadkie przypadki. Sądziłbym, że należałoby zawsze w daleko posuniętej sprawie gruźliczej płuc, jeśli chore zajdą w ciążę i jeśli ona napewno jest stwierdzona, robić poronienie sztuczne, o ile można we wczesnych okresach ciąży.

W przypadkach ciąży w okresach początkowej choroby, a szczególnie w okresach bezgorączkowych, należy zdaniem mojem kierować się nie ogólną jakąś maksymą lub teorią, lecz jedynie indywidualizować każdy pojedynczy przypadek, doświadczenie bowiem kliniczne wykazuje z jednej strony, że ta kategoria kobiet, i to na szczęście niezbyt rzadko, znosi ciążę bardzo dobrze, rodzi szczęśliwie zdrowe dzieci, a sprawa gruźlicza nie ulega pogorszeniu. Z drugiej zaś strony toż samo doświadczenie poucza wielokrotnie, że poronienie, dokonane nawet w poczynających się okresach, bynajmniej nie chroni kobiety od dalszego rozwoju sprawy gruźliczej, a nieraz nawet kończy się śmiercią. Ja osobiście trzymam się następujących zasad: jeżeli mamy do czynienia z ciążą, powikłaną sprawą gruźliczą płuc, poczynającą się u osoby niegorączkującej, przy dobrym stanie ogólnym, znoszącej dobrze pierwsze miesiące ciąży, jeżeli przytem ciąża poprzednia była dobrze znoszona, nie przerywać takowej, poddawać jedynie chorą ścisłej obserwacji (szczególniej przekonać się, czy nie zacznie gorączkować), a przede wszystkim umieścić ją w dobrych warunkach

hygieniczno-dyetycznych, wysyłając na wieś na odbycie porodu; zamożne chore tej kategorii posyłać możemy na południe. W klasie biedniejszej zadanie to o wiele jest trudniejsze, nieraz niemożliwe do urzeczywistnienia. U nich, kto wie, czy nie słuszniej robić wczesne poronienie, gdyż zazwyczaj ciąża i poród w warunkach ciężkiego pauperizmu odbyte, rozwijają i przyspieszają sprawę gruźliczą. Kwestya ta niezmiernie ważna z punktu ogólnospołecznego, dotycząca najistotniejszych kwestyi społecznych, może być jedynie usunięta i mieć normalny przebieg przy poprawie ogólnych złych warunków naszej biednej ludności, jak to częściowo zrobione już zostało na Zachodzie przez odpowiednią filantropijno-społeczną opiekę nad kobietami biednymi w ciąży zostającymi. Kwestya bardzo szeroka i ważna przekracza ramy właściwej dyskusyi i nie może być obecnie bliżej poruszona.

U chorych gruźliczych, nawet w początkowych okresach choroby będących, gorączkujących choćby nie wysoko lecz stale, których stan ogólny jest lichej, które źle znoszą ciążę, a przede wszystkim u tych, u których istnieje usposobienie rodzinne do spraw gruźliczych, widziałbym nawet w poczynającym się okresie choroby wskazanie do przedwczesnego o ile można jej przzerwiania. Toż samo wskazanie widziałbym przy t. zw. włóknistej postaci suchot. Kobiety, dotknięte tą kategorią suchot, zazwyczaj znoszą ciążę źle, występuje bowiem w jej przebiegu stała duszność i objawy stale wzmagającej się niedomogi sercowej.

Na zakończenie dyskusyi chciałbym uwagę kolegów zwrócić jeszcze na jedną okoliczność. W miarę popularyzowania się wśród lekarzy poglądów MARAGLIANO, często bardzo widzimy już same chore, domagające się od akuszera zrobienia im poronienia, a od internisty potwierdzenia tego, motywując żądanie swoje tem, że kaszlą, krwią plują, a będąc usposobione do suchot, boją się, aby ciąża nie wywołała rozwoju sprawy gruźliczej. Wielokrotnie w tych razach, jak to nieraz przekonać się mogłem, mamy do czynienia jedynie tylko ze zręczną chęcią wyzysku, t. j. dokonania, że się tak wyrazić można, legalnego poronienia

na podstawie kłamliwej anamnezy. Przekonałem się bowiem nieraz, że ta kategoria kobiet była zupełnie zdrowa, a badanie nie wykazywało najmniejszych zmian w płucach. Nie zawsze jednak możemy tę kwestyę, wielce ważną, rozstrzygnąć doraźnie, gdyż często kobiety tej kategorii wyglądają nędznie, są zmęczone ciążą, wymiotami i t. p., a przez co z wielką łatwością mogą wprowadzić w błąd lekarza, a nadużywając jego dobrej wiary, mogą go nawet u swych kolegów przedstawić w niekorzystnym świetle. Otóż w tych razach nietylko lekarz - akuszer, lecz przede wszystkim internista, do którego ten zwrócił się o opinię, powinien postąpić niesłychanie ostrożnie i rozważnie, a rozpoznawanie gruźlicy poczynającej się nie opierać (szczególniej u nieznanym mu osobników) jedynie na ich skargach, lecz na szczegółowym badaniu obiektywnem chorych, wśród których to badań przede wszystkim uwzględnione być winno badanie termometryczne zrobione przez samego lekarza lub wiarogodną osobę. Można zastosować metodę CALMETT'a obok dokładnego badania fizykalnego klatki piersiowej. Za dewizę w tych razach należy przyjąć „nie spieszyć się” (chore należą bardzo), gdyż jedynie obserwacja w świetle sprawę należyćie, chroniąc lekarza od zręcznego podejścia, a z drugiej strony w istotnych przypadkach poczynającej się gruźlicy daje rzetelną odpowiedź pytającemu się lekarzowi-akuszerowi w kwestyi pierwszorzędnej doniosłości dla przyszłości chorej. (Autoreferat).

---

Z oddziału II w Szpitalu Wolskim w Warszawie.

### **W sprawie wpływu suchej łaźni na wydzielenie kwasu moczowego**

podał

**Kazimierz Rzętkowski**

ordynator oddziału.

---

Kąpiele napotne—parowe, powietrzne lub elektryczno-świetlne—należą do tych zabie-

gów balneoterapeutycznych, które cieszą się ustaloną opinią silnie działających na ustrój. Działanie ich opiera się na stwierdzonej w tych razach mniej lub więcej znacznej utracie wody w krótkim przeciągu czasu. Mechanizm tej utraty jest prosty i polega przede wszystkim na wzmożonym parowaniu z powierzchni skóry potu, wydzielanego w tych razach przez obficie ukrwione gruczoły potne. Utrata wody przeto dotyka przede wszystkim krwi naczyń obwodowych. Ponieważ krążenie krwi w tych warunkach zaczyna odbywać się nieco szybciej (przyśpieszenie tętna i rozluźnienie tętnic), przeto coraz to szybciej nowe ilości krwi dopływają do skóry, i coraz to nowe ilości krwi tracą wodę. W ten sposób powstają na pozór warunki do zgęszczenia krwi wogóle. Wszakże w warunkach zwykłych do zgęszczenia tego nie dochodzi, bowiem do układu krwionośnego niezwłocznie zaczynają dopływać z części pozanaczyniowych ustroju odpowiednie ilości cieczy tkankowej, t. j. wody, która wyrównywa utratę wody we krwi. W ten sposób stężenie molekularne we krwi nie wzrośnie, a badana w niej liczba elementów morfotycznych (krążków czerwonych) nie ujawni zgęszczenia. W tym sensie brzmią wyniki moich badań, jakie w sprawie wpływu pocenia się na skład krwi przed kilku laty na tem miejscu ogłosiłem <sup>1)</sup>.

W świetle rozważań powyższych—jako skutku obfitego pocenia się w parówkach, należałoby oczekiwać w ostatniej linii zmniejszenia się ilości w o d y w tkankach, względnie—„wyschnięcia“ tkanek. Rzecz oczywista, że tkanki w warunkach omawianych tracić mogą tylko wodę, nie zaś części stałe, których koncentracja we krwi wzrasta. Ztąd też k r e w czerpie z tkanek wyłącznie wodę, i raczej należy oczekiwać w tych warunkach prądu części stałych ze krwi do tkanek, niż odwrotnie. Jeżeli tak jest istotnie, to mielibyśmy w tych razach warunki, zupełnie nie sprzyjające przechodzeniu do krwi z tkanek wytworów przemiany materji, i, co za tem

idzie, należałoby oczekiwać tu bardzo mało-go lub nawet żadnego wpływu parówek na wydalanie z moczem takich związków, jak mocznik, kwas moczowy i t. p.

Jeżeli przeto tak powszechnie używany termin „wylugowywanie“ istotnie posiada jakieś racjonalne podstawy biomechaniczne, to uznać musimy, że pod wpływem kąpieli napotnych powstają warunki, zgoła nie sprzyjające „wylugowywaniu“ przez krew części stałych z tkanek. Ztąd też wydaje się *a priori*, że wpływ parówek na wydalanie części stałych z moczem będzie żaden, i raczej dotknięcie wody moczowej, na której ilości w sensie ujemnym odbić się może. Zobaczmy, o ile przypuszczenie to potwierdzi rzeczywistość odnośnie do wydalania z moczem kwasu moczowego.

W literaturze pod tym względem niewiele znajdziemy wskazówek. Tak z prac nowszych należy wspomnieć o badaniach DRIVERA <sup>2)</sup>, który nie stwierdził wyników prac FREYA i HELLIGENTHALA, jakoby łaźnie parowe wznagały wydalanie ciał purynowych z moczem. Prace dawniejsze, jak FORMANEKA i innych autorów, posiadają dziś w tej sprawie znaczenie bardzo niewielkie, nie uwzględniają bowiem wpływu diety na wzrastanie kwasu moczowego w moczu i nie rozróżniają kwasu moczowego endo- i egzogenicznego.

Moje badania dotyczą wyłącznie k w a s u m o c z o w e g o e n d o g e n i c z n e g o, t. j. wydzielanego z moczem przez chorych, na dyecie bezpurynowej i bezmięsnej (nabiał, jarzyny) będących. Każde doświadczenie składa się z dwóch okresów: przedparówkowego i parówkowego; w tym ostatnim chorzy dostawali raz na dzień parówki w wannie metalowej z przykryciem, w której ustawiano 2 lampki spirytusowe. W ten sposób ciepłota w wannie dochodziła do 60° (najczęściej 55°—57°). Chorzy przebywali w wannie 20—35 minut i tracili zazwyczaj na wadze z górą 0,5 kgrm. (do 1,1 kgrm.). Po parówce zalecano im jaknajdłużej wstrzymać się od picia wody. Oznaczeń kwasu moczowego dokonywano metodą HOPKINSA (strącanie chlor-

<sup>1)</sup> O wpływie pocenia się na skład krwi Medycyna 1903 oraz Zeitschrift für diät. und physical. Therapie T. VII 1904.

<sup>2)</sup> Patrz Handbuch der Pathol. des Stoffwechsels von Noorden str. 546, T. II 1907.

kiem amonu, rozkładanie moczanu amonowego  $H_2SO_4$ , utlenianie  $\bar{u}$  mianowanym roztworem nadmanganianu potasu). Znaczną część badań poniższych wykonałem wspólnie z moim b. asystentem Dr. KWAŚNIEWSKIM (1906). Wyniki tych badań są następujące.

Doświadczenie I. Neurasthenia lat 31 waga 44,5 kgrm.

Data	Mo-czu	c. g.	$\bar{u}$	U W A G I.
Okres I przed parówką.				
29 XI	1590	1008	0,264	
30	1015	1016	0,274	
1 XII	1370	1012	0,299	
Okres II po parówce.				
2	1110	1016	0,272	Osad $\bar{u}$ w moczu.
3	2100	1008	0,245	
4	1490	1016	0,286	
5	1800	1014	0,289	Osad $\bar{u}$ w moczu.

Wnioski { Okres I średnio *pro die* moczu 1320;  $\bar{u}$  0,279 grm.  
Okres II średnio *pro die* moczu 1620;  $\bar{u}$  0,273 grm.

Doświadczenie II. *Obesitas. Diathesis urica* (!) waga 70,6 kgrm. l. 43.

Data	Mo-czu	c. g.	$\bar{u}$	U W A G I.
Okres I.				
7 II	920	1024	0,302	Osad $\bar{u}$ w moczu.
8	1390	1017	0,472	
9	1020	1023	0,346	
10	1080	1022	0,601	Osad $\bar{u}$ w moczu.
11	1325	1010	0,251	" " " "
Okres II.				
12	430	1028	0,206	Osad $\bar{u}$ w moczu.
13	590	1027	0,276	" " " "
14	560	1027	0,256	" " " "
15	730	1027	0,268	" " " "
16	740	1025	0,254	" " " "

Wnioski { Okres I średnio *pro die* moczu 1140;  $\bar{u}$  0,430 grm.  
Okres II średnio *pro die* moczu 610;  $\bar{u}$  0,253 grm.

Doświadczenie III. *Ischias dextra. Bronchitis chronica. Obesitas*; waga 80,7 kgrm l. 53.

Data	Mo-czu	c. g.	$\bar{u}$	U W A G I.
Okres I.				
29 III	1090	1018	0,305	
30	910	1020	0,319	
31	1435	1008	0,296	
1 VI	1045	1017	0,271	
Okres II.				
2	1020	1017	0,268	
3	1070	1019	0,293	
4	1020	1020	0,294	
5	950	1021	0,289	Osad $\bar{u}$ w moczu.

Wnioski { Okres I średnio *pro die* moczu 1120;  $\bar{u}$  0,298 grm.  
Okres II średnio *pro die* moczu 1010;  $\bar{u}$  0,286 grm.

Doświadczenie IV. *Neurasthenia* lat 32.

Data	Mo-czu	c. g.	$\bar{u}$	U W A G I.
Okres I.				
16 IV	1210	1014	0,295	
17 IV	1050	1017	0,228	
18	950	1020	0,274	
19	1100	1014	0,189	
20	1150	1013	0,181	
21	1230	1018	0,267	
Okres II.				
22	890	1020	0,184	
23	575	1028	0,219	Osad $\bar{u}$ w moczu.
24	870	1020	0,209	" " " "
25	760	1023	0,240	" " " "
26	790	1024	0,239	" " " "
27	1010	1020	0,220	" " " "

Wnioski { Okres I średnio *pro die* moczu 1110;  $\bar{u}$  0,239 grm.  
Okres II średnio *pro die* moczu 820;  $\bar{u}$  0,219 grm.

Doświadczenie V. *Arthritis deformans incipiens* l. 22.

Data	Moczu	c. g.	$\bar{u}$	U W A G I.
Okres I.				
19IV	820	1020	0,277	$\bar{u}$ w osadzie.
20	1380	1010	0,368	
21	840	1018	0,265	
22	1040	1021	0,277	$\bar{u}$ w osadzie.
23	1720	1010	0,278	
Okres II.				
24	855	1025	0,246	
25	640	1017	0,188	
26	370	1030	0,303	$\bar{u}$ w osadzie.
27	690	1015	0,295	
28	410	1023	0,253	
29	1070	1017	0,402	$\bar{u}$ w osadzie.
30	700	1016	0,210	
1 V	810	1016	0,225	

Wnioski { Okres I średnio *pro die* moczu 1160;  $\bar{u}$  0,293 grm.  
Okres II średnio *pro die* moczu 690;  $\bar{u}$  0,265 grm.

Doświadczenie VI. *Nephrolitiasis* lat 16

Data	Moczu	c. g.	$\bar{u}$	U W A G I.
Okres I.				
6 IV	1124	1012	0,266	$\bar{u}$ w osadzie.
7	980	1016	0,258	" " "
8	1020	1020	0,259	
9	685	1020	0,268	
Okres II.				
10	700	1026	0,237	$\bar{u}$ oblicze w osadzie.
11	540	1027	0,207	" " " "
12	560	1027	0,219	" " " "

Wnioski { Okres I średnio *pro die* moczu 950;  $\bar{u}$  0,263 grm.  
Okres II średnio *pro die* moczu 600;  $\bar{u}$  0,288 grm.

Uwaga Ta sama chora co 2 mies. po tem po parówkach *pro die* 0,257 grm.  $\bar{u}$  (średnia z 5 dni).

## Zestawienie średnich.

	Dośw. I.		II		III		IV		V		VI	
	Moczu ctm.	$\bar{u}$ mgrm	Moczu ctm.	$\bar{u}$ mgrm	Moczu ctm.	$\bar{u}$ mgrm	Moczu ctm.	$\bar{u}$ mgrm	Moczu ctm.	$\bar{u}$ mgrm	Moczu ctm.	$\bar{u}$ mgrm
przed łaźnią	1320	279	1140	430	1120	298	1110	239	1160	293	950	263
po łaźni	1620	273	610	253	1010	286	820	219	690	205	600	288

Powyższe zestawienie poucza, że wydzielanie kwasu moczowego po łaźni suchej niezbyt odbiega od normy. Z porównania danych odnieść można wrażenie, że mamy tu nieznaczny tendencję do zmniejszania się w moczu wydzielania  $\bar{u}$  endogen. Ta tendencja zniżkowa uwidoczni się może nieco wyraźniej, jeżeli pozwolimy sobie zsumować powyższe liczby w jedną zbiorową. Wówczas

stwierdzimy, że nasz zbiorowy osobnik wydalal średnio *pro die*:

W okresie przedparówkowym moczu 6730 ctm. sześć;  $\bar{u}$  1802 mgrm.

W okresie parówkowym moczu 5350 ctm. sześć;  $\bar{u}$  1584 mgrm.

Oczywiście, nie mam zamiaru z tego zestawienia zbiorowego wyciągać jakichś ściślejszych wniosków. Pragnę tylko zazna-

czyć, że zestawienie to poucza, iż stosunek owego nieznacznego zmniejszenia się dobowej ilości wydzielanego z moczem  $\bar{u}$  jest taki sam, jak stosunek zmniejszenia się wogóle wydzielania moczu (około 1,2 : 1). Zjawisko to zdaje się świadczyć o tem, że pod wpływem obfitego pocenia się w łaźni parowej cierpi wogóle diureza niewątpliwie na skutek zmniejszonego ukrwienia trzew, t. j. nerek, spowodowanego, przez przekrwienie na obwodzie. Można by więc wyprowadzić tu ten wniosek praktyczny, że nie są wskazane parówki tam, gdzie chodzi o wzmożenie wydalania z ustroju kwasu moczowego (dna). Liczyć też na to, że uda nam się z potem wydalić z ustroju nieco  $\bar{u}$ , niepodobna. Wątpliwe jest bowiem, czy w pocie znajduje się kwas moczowy, nawet u chorych na dnę, u których ogólnie przyjmujemy retencję  $\bar{u}$  we krwi. U takich chorych MAGNUS LEVY nie znajdował w pocie kwasu moczowego. Ja sam w kilku przypadkach u zdrowych nie znajdowałem w pocie substancji, któraby po strąceniu amoniakalnym roztworem srebra i rozłożeniu siarkiem sodu oraz zgęszczeniu dawała odczyn mureksydowy na  $\bar{u}$  (ze z górą 200 ctm. sześć. potu). Z trzech badanych w tym kierunku przypadków przewlekłego zapalenia nerek tylko w jednym na 223 ctm. sześć. potu mogłem oznaczyć zaledwie 0,004 grm.  $\bar{u}$ .

A nadto, przeglądając jąc dane poszczególnych doświadczeń, nie możemy nie oprzeć się wrażeniu, że po parówkach zjawiają się w moczu bardziej sprzyjające warunki do osadzania się krystalicznego kw. moczowego nawet na dyecie bezpurynowej. Być może, że powstaje to na skutek zmniejszonej diurezy wodnej i nieco powiększonej, zdaniem niektórych autorów (A. STRASSER i KUTHY) kwasoty moczu<sup>1)</sup> po zabiegach napotnych. Okoliczność powyższa poucza, że przeciwwskazaniem do stosowania parówek będzie kamica nerkowa moczana i wogóle skłonność do wydalania moczu, z którego łatwo osadza się kwas moczowy. Jeżeli więc zechcemy odpowiedzieć, na zasadzie rozważań powyższych, na pytanie: czy zabiegi napotne wskazane są w tych sprawach, w których za *materia peccans* uznajemy kwas moczowy, to odpowiedź

na to pytanie brzmieć będzie: zabiegi napotne są w dnie bezużyteczne, a w kamicy nerkowej moczanej mogą być nawet szkodliwe.

---

### O leczeniu gruźlicy gardzieli i krtani za pomocą galwanokaustyki.

Przeznaczone do odczytania na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego

Przez

Z. Srebrnego.

---

Po raz drugi mam zaszczyt z tego miejsca komunikować Szanownym Panom wyniki stosowania przezemnie żegadła galwanicznego w gruźlicy górnych dróg oddechowych. Gdy jednak za pierwszym razem w r. 1892<sup>1)</sup> miałem za sobą zaledwie 5-letnie doświadczenie w tej sprawie, albowiem pierwsze moje odnośne obserwacje sięgają roku 1887 (o czem wzmiankę uczyniłem w artykule o leczeniu gruźlicy gardzieli i krtani, ogłoszonym w Nr. 10 Gazety Lekarskiej z r. 1888), to obecnie pragnę ówczesne moje poglądy rozszerzyć, opierając się na wynikach 23-letniej pracy na tem polu. Zaznaczając odrazu, że zapatrywania moje na skuteczność galwanokaustyki nie tylko nie uległy zmianie na gorsze, lecz, przeciwnie, stawiają mnie w rzędzie najgorętszych zwolenników tej metody, muszę przyznać, że wnioski, wysnute z pierwszych moich obserwacji uważam za przedwczesne, albowiem pięcioletni okres czasu w chorobie, odznaczającej się przebiegiem tak przewlekłym i niejednorodnym, jak gruźlica, dla oceny wartości metody leczniczej jest niewystarczający. Wynik pomyślny, otrzymany w pierwszych

---

<sup>1)</sup> Żegadło galwaniczne w leczeniu gruźlicy górnych dróg oddechowych oraz uwagi o wartości leczenia miejscowego t. zw. suchot gardlanych (według odczytu wygłoszonego w r. 1892 w Tow. Lek. Warsz.), Medycyna 1893 Nr. 1, 2, 3.

miesiącach, a nawet latach po zastosowaniu środka, ustępuje nieraz miejsca fatalnemu pogorszeniu, prowadzącemu do śmierci, i z gruntu zmienia wnioski, wyciągnięte z cyfr statystycznych. A dalej i szczupły materiał, obejmujący zaledwie 13 przypadków, nie daje dostatecznej gwarancyi, że oparte na jego spostrzeganiu wnioski są trafne. Tymi względami powodowany, wstrzymywałem się przez długi szereg lat z ogłoszeniem wyników dalszego stosowania galwanokaustyki w gruźlicy gardzieli i krtani aż do obecnej chwili, w przypuszczeniu, że ćwierćwiekowe doświadczenie moje w tej sprawie już nieco więcej światła na nią rzucić zdoła.

Pomimo stosunkowo długiego okresu czasu materiał mój obejmuje tylko 136 przypadków gruźlicy górnych dróg oddechowych, co tłumaczy się dwoma względami: 1) wybieraniem do operacji przeważnie przypadków z niezbyt rozległymi zmianami miejscowymi i względnie dobrym stanem ogólnym, 2) brakiem oddziały szpitalnego.

Materiał ten pragnąłem wyzyskać statystycznie jaknajściślej i jaknajszczegółowiej, doznałem jednak licznych zawodów ze strony pacjentów lub ich rodzin, do których wielokrotnie zgłaszałem się po informację. Od wielu żadnej odpowiedzi nie otrzymałem, od niektórych niepewne, innych znaleźć nie mogłem. W ten sposób to, o co mi najbardziej chodziło, mianowicie, jak przedstawiają się wyniki lecznicze po wielu latach, w skromnej tylko mierze poznać danem mi było. Małą jest dla mnie pociechą, że wszystkie statystyki, dotyczące leczenia chorych gruźliczych, tym samym brakiem wiadomości na odległą metę się odznaczają, nie dają nam zatem pojęcia dokładnego o prawdziwej wartości danego środka leczniczego. Trzeba zresztą przyznać, że znane nam wszystkim poprawy, zdarzające się w przebiegu suchot, że samoleczalność gruźlicy nauczyły nas krytycznie zapatrywać się na wyniki stosowania tego lub owego środka i tej lub owej metody leczniczej. Co się jednak tyczy samoleczenia gruźlicy krtani i gardzieli, to przypadki tego rodzaju, choć zdarzają się niewątpliwie, nie należą do częstych, zwłaszcza, gdy zmiany są rozległe. Jeżeli zatem będziemy w stanie

przytoczyć cały szereg przypadków, pomyślnie leczonych daną metodą, to pewien wpływ leczniczy metodzie tej przyznać będziemy musieli.

Ze wspomnianej liczby 136 przypadków gruźlicy górnych dróg oddechowych mam wiadomości, sięgające do ostatnich czasów, o 53, reszta spostrzeżeń kontrolowana była w ciągu 1 miesiąca do 8 lat. Z tej ostatniej kategorii 5 chorych żyło i miało się dobrze po upływie 8 lat po operacji, 3 po upływie 7 lat, 1 po upływie 6 lat, 1 po upływie 5 lat, 1 — po 3 latach, 1 — po 2 i pół roku, 2 po 2 latach, 3 po roku, 8 po 6 miesiącach, reszta (58) spostrzegana była 1—3 miesięcy. U 9 z tych chorych stwierdziłem w ciągu obserwacji recydywy, które po ponownem zastosowaniu zęgadła uległy wyleczeniu. Z pomiędzy 53 przypadków pierwszej kategorii zmarło 21, a mianowicie: 1 po upływie 4 miesięcy, 2 po upływie 6 miesięcy, 1 po upływie 10 miesięcy, 4 po upływie 14 miesięcy, 4 po upływie 18 miesięcy, 6 po upływie 3 lat, 1 po upływie 7 lat, 1 po upływie 9 lat i 1 po upływie 12 lat. U 6 z nich stwierdziłem recydywy, u 4 do śmierci krtani została zagojona. Stan krtani pozostałych jedenastu nie jest mi wiadomy. W szczególności trzech, którzy najdłużej po operacji żyli, mianowicie 7, 9 i 12 lat, żadnych dolegliwości ze strony krtani nie mieli. Z 32 żyjących po dziś dzień chorych o 15 mam piśmienne wiadomości, że mają się dobrze, a specjalnie nie doznają dolegliwości ze strony gardła, u 17 dobry stan gardła i krtani mogłem stwierdzić osobiście. Jeden z tych przypadków dotyczy pacjentki B., operowanej przezemnie w r. 1887 i wymienionej w odczynie z roku 1892, żyjącej zatem z wyleczonem cierpieniem gruźliczym krtani (naciek rozpadający się części międzynaławkowej) lat 23, inne obserwacje trwają od 10 miesięcy do 18 lat, a mianowicie: 3—18 lat, 2—17, 2—16, 1—14, 2—11, 1—9, 2—8, 4—6½, 1—5, 2—4, 1—3½, 2—3, 2—2, 1—1½, r., 3—1 rok, 2—10 miesięcy. Większa część tych chorych przez szereg lat odbywała krótsze lub dłuższe kuracje klimatyczne, dla ośmiu zaś z pewnością żadna tego rodzaju kuracja (nawet pobyt na letniem mieszkaniu) nie była dostępna. Recydywy wystąpiły u 11 chorych, po

ponownem zastosowaniu żegadła uległy one wyleczeniu. Wszyscy ci chorzy mieli większe lub mniejsze zmiany w płucach w postaci blizn, nacieczeń, a nawet jam; obecnie u większości dają się stwierdzić objawy blizny, u nielicznych tylko gdzieś słychać rżenia drobne. Obraz krtaniowy u kilku nie przedstawia absolutnie żadnych zmian, tak, że krtani ich nie zdradza bynajmniej przebytego cierpienia, ci mają głos zupełnie czysty. Również czystym głosem mówią ci, u których pozostały widoczne blizny lub utrata tkanki na nagłośni. Głos innych jest w mniejszym lub większym stopniu zmieniony; u 2-ch chorych powstał zrost strun w przedniej połowie, co jednak wpływu na oddech niema. Wszyscy 32 chorzy pracują i bez przeszkód oddają się swoim zajęciom, a są pomiędzy nimi — konduktor kolejowy, konduktor tramwajowy, listonosz, robotnicy fabryczni, nauczyciel szkoły elementarnej.

Co się tyczy rozległości zmian w krtani (z wyjątkiem 4 przypadków gruźlicy gardzieli i 2-ch przypadków gruźlicy, względnie wilka nosa, materiał mój obejmuje gruźlicę krtani), to w pierwszych moich obserwacjach między rokiem 1887—1892 znajdują się przypadki, w których cierpienie obejmowało znaczne obszary krtani, w późniejszych latach kwalifikowałem do operacji przeważnie przypadki gruźlicy ograniczonej, jeżeli zaś operowałem chorych ze zmianami rozleglejszemi, to tylko w tych razach, gdzie zmiany te miały charakter włóknisty, gdzie tego samego charakteru sprawa odbywała się w płucach, i gdzie stan ogólny był zadawalający. Jeden z takich chorych, u którego zajęta była nagłośnia, więz nagłośnio - nalewkowy, chrząstka nalewkowa oraz część międzynalewkowa żył 12 lat po operacji i do śmierci po za lekką chrypką żadnych dolegliwości ze strony krtani nie miał. Postęp sprawy w płucach wobec warunków higienicznych najgorszych położył kres życiu tego chorego.

Przechodząc do opisu techniki stosowania galwanokaustyki w gruźlicy krtani, zauważę przedewszystkiem, że od czasu ogłoszenia pierwszej mojej pracy o tym przedmiocie wprowadziłem pewne zasadnicze modyfikacje. Porównywając galwanokaustykę z łyżeczkowaniem gruźliczej krtani, powiedzia-

łem wówczas: „Myśl usuwania chorych tkanek daje się wypełnić nie tylko za pomocą narzędzia ostrego, rozporządzamy jeszcze innym środkiem potężnym, nie ustępującym w działaniu poprzedniemu. Środkiem tym jest żegadło. Gdy narzędzie ostre usuwa chorą tkankę, żegadło niszczy ją *in loco*. Skutek atoli jest ten sam: uwolnienie ustroju od tego, co jest chore”. Manipulacja więc moja ówczesna polegała na niszczeniu chorej tkanki za pomocą jej wypalania. W tym celu posługiwałem się żegadłem płaskim, którem posuwałem się w głąb w miarę zniszczenia części powierzchowniejszych. Z biegiem czasu zrodziło się jednak we mnie pragnienie w miarę możliwości przy pomocy tejże samej metody usuwać części chore. Skracalo to znacznie postępowanie operacyjne, gdyż za jednym razem uwalniało ustrój od chorej tkanki, którą przedtem musiałem nieraz na kilku posiedzeniach wypalać. Dlaczego zaś w tym celu nie stosowałem łyżeczki ostrej lub podwójnej KRAUSEGO - HERYNGA, o tem później wspomnę. Po usunięciu gruźliczo zmienionej tkanki przypalałem jeszcze energicznie podstawę.

Narzędziem, służącym do usuwania tkanki, jest pętla galwanokaustyczna, w którą się tkankę chwytą i przepala. Rzecz prosta, że zastosować ją mogłem tylko tam, gdzie miałem do czynienia z guzem, wystającym ponad powierzchnię, takimż naciekiem lub taką częścią krtani, która i normalnie w pętłę uchwycić się daje. W miarę nabywania wprawy i przy pomocy pewnych zabiegów technicznych udawało mi się często stosować pętlę i tam, gdzie jej użycie wydaje się niemożliwym. Gdzie usunięcie chorej tkanki za pomocą pętli tyłkoczęciowo się udawało, tam, rzecz prosta, tem energiczniejsze stosowanie znajdowało żegadło płaskie. W r. 1903 GRÜNWARD<sup>2)</sup> polecił głębokie wkluwanie szpiczastego żegadła w celu niszczenia głębokich nacieków gruźliczych krtani. Po upływie kilku dni następuje zmarszczenie poddanego operacji miejsca, raz widział G. wydzielenie się czopa nekrotycznego

<sup>2)</sup> Die Galvanokaustik in Form des Einstichs zur Therapie der Kehlkopftuberkulose. Münch. med. Woch., Nr. 25, 1903. i Die Therapie der Kehlkopftub. et etc 1907.



go. Polecając tę metodę, miał G. na celu oszczędzanie nieuszkodzonej powierzchni błony śluzowej, pokrywającej naciek. Metody tej w przypadkach, stanowiących materiał niniejszej pracy, nie stosowałem; dwa razy użyłem jej w roku bieżącym z wynikiem dobrym.

Do sprawy tej później jeszcze powrócę.

Żegadło płaskie powinno być mocno rozpalone. Słabo rozpalone żegadło nie niszczy dostatecznie tkanki i wywołuje silną reakcję i ból, o czym wspomnę jeszcze później. Uważam jednak, że rozpalanie żegadła *ad maximum* nie jest pożądane, albowiem wywołuje krwawienie, czego unikać należy. Przy paleniu energicznym rozleglejszych nacieków wywiązuje się w krtani sporo dymu, który nie pozwala dosyć dokładnie widzieć pola operacyjnego. SIEBENMANN<sup>3)</sup> radzi tu sobie w ten sposób, że podczas operacji wpędza powietrze do krtani za pomocą odpowiednio urządzonego mieszka. Ja uważam przyrząd ten za zbyt ciężki i w razie nagromadzenia się dymu wyjmuję żegadło, przerywając operację na chwilę. Nie sądzę, aby kilkakrotne, a nawet dziesięciokrotne wyjęcie i wprowadzenie żegadła tak bardzo przedłużało posiedzenie operacyjne. W razie obecności rozleglejszych zmian rozkładam operację na 2 — 3 posiedzenia, zbyt rozległe palenie naraża chorego na bóle, a nawet niebezpieczeństwa.

W celu uchronienia nagłośni tam, gdzie jest ona zdrowa, od oparzeń ze strony rozgrzanego instrumentu albo posługiwałem się pomocnikiem, który mi nagłośnię odciągał zgłębnikiem lub pociągając za przewleczoną przez nagłośnię nitkę, albo, w braku pomocnika, obciągałem rozgrzewającą się część żegadła cienkim gumowym drenem.

MERMOD<sup>4)</sup> w celu odchylenia nagłośni używa kleszczyków, które otwierają się przy

naciskaniu zaś puszczone wolno zamykają się i trzymają się same, do części przedniej tych kleszczyków przyczepiony jest ciężarek, który ciągnie nagłośnię ku przodowi.

W celu znieczulenia krtani używam stale 10% kokainy w 50% spirytusie i uważam, że ta koncentracja kokainy w zupełności wystarcza. W ostatnich czasach dodaję za przykładem SIEBENMANN do kokainy kilka kropel adrenaliny. MERMOD, a za nim SIEBENMANN pierwszy na 20, drugi na 45 minut przed operacją wstrzykują 0,01, względnie 0,015 morfiny, która przyczynia się do tem skutecznego zniesienia odruchów i stanowi przeciwtrutkę dla kokainy. Nawiasem dodam, że przy stosowaniu kokainy w krtani raz tylko widziałem u dziecka zatrucie w postaci szalu kokainowego. W przypadku tym użyłem około 1/2 grama roztworu wodnego. Od czasu jak używam do znieczulenia błony śluzowej gardzieli, krtani i nosa roztworów spirytusowych, nie widziałem nigdy zatrucia pomimo to, że często aplikuję ilości bardzo poważne.

Przejdę teraz do opisu techniki stosowania galwanokaustyki w poszczególnych okolicach krtani.

1. Nagłośnia. O ile cierpienie nagłośni jest ograniczone i przedstawia się w postaci niezbyt rozległego owrzodzenia, wypalam energicznie chore miejsce. W takich przypadkach jedno posiedzenie operacyjne zwykle wystarcza. Jeżeli zmiany są rozleglejsze, ale nie obejmują całej nagłośni, rozkładam operację na 2, rzadko na 3 posiedzenia. Gdy jednak cała nagłośnia przedstawia się owrzodziłą lub mocno nacieczoną, co zdaje się przemawiać już za zajęciem chrząstki, wtenczas usuwam nagłośnię za pomocą pętli. W początkach nakładałem pętlę na całą nagłośnię, przy którym to postępowaniu zostaje się zawsze część nasady—tę pozostałość wypalałem żegadłem płaskim. Wkrótce jednak spostrzegłem, że daleko dokładniej będzie można nagłośnię amputować, gdy się ją przedtem na 2 części przetnie. Dokonawszy tego za pomocą noża galwanokaustycznego, nałożyłem oddzielnie na każdą część nagłośni pętlę i otrzymałem prawie niedostrzegalny kikut. Od tego czasu stale tak postępowałem. Podob-

<sup>3)</sup> Erfahrungen über die galvanokaustische Behandlung der Kehlkopftuberculose. Verhandl. des Vereins deutscher Laryngologen. 1909

<sup>4)</sup> Le traitement chirurgical de la tuberculose laryngée en particulier par la galvanocauterisation Archives internationales de Laryngologie 1904 (odbitka).

nie operują HAJEK <sup>5)</sup>, FLATAU <sup>6)</sup>). W ten sam sposób widziałem również operującego HERYNGA. GERBER <sup>7)</sup> poleca w tym celu pętlę zimną, wyższości jej nad gorącą jednak nie uzasadnia. Na uwagę zasługuje fakt, że autor ten we wszystkich trzech operowanych przypadkach znalazł chrząstkę amputowanej nagłośni zdrową. Mówiąc o amputacji nagłośni, wspomnieć muszę o nieuzasadnionej obawie, że brak nagłośni wywołać musi zachłystywanie się czyli aspirację pokarmów do dróg oddechowych. Pogląd ten jest z gruntu fałszywy i, jak wykazuje doświadczenie, na niczem nie oparty. Po raz pierwszy wykonałem amputację nagłośni u kobiety, u której skutkiem bliznowatych zmian syfilitycznych organ ten tak ściągnięty został ku tyłowi, że, zakrywając prawie całą krtani, wywoływał silną duszność. Chora ta łykała po operacji bynajmniej nie gorzej, niż przed nią. W przypadku tym jednak usunąłem tylko część wolną nagłośni. Z powodu gruźlicy amputowałem nagłośnię 5 razy, w tem 3 do samej nasady. W żadnym przypadku nie było zachłystywania się, zaś łykanie przedtem niemożliwe z powodu bólu poprawiło się bardzo wybitnie. Zresztą i badania fizyologiczne wykazują, że w zamykaniu krtani podczas łykania biorą udział więzy nagłośnio-nalewkowe i struny fałszywe, najmniej zaś nagłośnia. W ostatnich czasach potwierdzone to zostało przez EYKMANNA <sup>8)</sup> przy pomocy promieni Roentgena.

Dodać muszę, że z 5 moich przypadków amputacji nagłośni jeden tylko żył 12 lat po operacji, która zresztą objęła i fałdę nagłośnio-nalewkową, chrząstkę nalewkową oraz część międzynalewkową i po 12 latach zmarł

<sup>5)</sup> Mitteilungen in der K. K. Gesellschaft der Aerzte in Wien. Wien. klin. Woch. 1894. S. 200 (cytowane według: Jörgen Möller. Ueber Epiglottisamputation bei der Kehlkopftuberkulose. Ztschr. f. Laryng. etc. Bd. I. H. 1).

<sup>6)</sup> Sur un procédé de resection par les voies naturelles des parties du larynx atteintes de tuberculose. Revue internat. de Laryngol. April. 1897 (cytowane według Möllera).

<sup>7)</sup> Zur Behandl. der tuberkulösen Epiglottitis. Zeitschr. f. Laryng. Bd. I. H. 6.

<sup>8)</sup> Der Schlingakt, dergestelet nach Bewegungsphotographien mittelst Röntgenstrahlen. Pflügers Archiv. Bd. 149. 1903. (cyt. według Möllera)

na gruźlicę płuc. O dwóch nie mam wiadomości, dwa przypadki skończyły się śmiercią w 1/2 roku i w 1 1/2 roku po operacji. Wogóle przypadki z rozległym zajęciem nagłośni według mego doświadczenia należą do ciężkich.

MÖLLER (l. c.) podaje wyniki lepsze: w 4 przypad. nastąpiło zupełne wyleczenie krtani, czas obserwacji trwał: 2 lata, 9 miesięcy, 4 miesiące i 3 miesiące. Jeden z tych przypadków, w którym obserwacja trwała 2 lata, należał do bardzo ciężkich i przedstawiał prócz na nagłośni zmiany i w innych częściach krtani które wkrótce po usunięciu nagłośni szybko zaczęły się poprawiać. Oprócz tych 4 wyleczeń podaje jeszcze MÖLLER 4 zupełne poprawy łykania (jeden z tych chorych później zmarł), jeden chory umarł przy objawach dysfagii, losy jednego niewiadome.

MÖLLER amputował nagłośnię gilotyną ALEXANDRA.

2. Więzy nagłośnio-nalewkowe i okolica chrząstek nalewkowych. W pierwszej mojej pracy o stosowaniu galwanokaustyki w leczeniu gruźlicy górnych dróg oddechowych pisałem, że przypalać więzów nagłośnio-nalewkowych nie miałem odwagi z powodu znanej ich skłonności do groźnych obrzęków. Obawy te wkrótce okazały się płonnymi. Pierwsze operacje na tej okolicy wykonałem w przypadkach, w których więzy te przedstawiały się w postaci grubych wałów, dających się uchwycić w pętlę; to, co pozostało, wypalałem energicznie. Zachecony tem, później, gdy zastosowanie pętli okazywało się niemożliwym, paliłem więzy nagłośnio-nalewkowe bez obawy i nigdy obrzęku poważniejszego nie widziałem. Kilka razy ułatwiałem sobie zastosowanie pętli w ten sposób, że za pomocą noża galwanokaustycznego robiłem w przedniej i tylnej części więzu głębokie nacięcia i potem już nakładałem pętlę. Nacieki więzów nagłośnio-nalewkowych i okolicy chrząstek nalewkowych również jak i nacieczenia nagłośni zwykle wywołują większy lub mniejszy stopień dysfagii, usunięciu tych więzów zawsze towarzyszyła wybitna poprawa połykania. Zajęcie sprawą chorobową i tej okolicy krtani pogarsza zwykle rokowanie, przytem, im większy jest ból przy łykaniu, tem rokowanie jest gorsze. Chorzy, którzy

przy zajęciu więzów nagłośnio-nalewkowych względnie dobrze łykali, żyli po kilka, a jeden 12 lat po operacji. Czterech chorych żyje dotychczas po 8, 5 i 3 latach.

Okolica chrząstek nalewkowych w razie nacieczenia przedstawia się w kształcie kulistego guza, łatwo dającego się ująć w pętlę. Pozostałość przypalam żegadłem płaskim. Raz usunąłem pętlą i zwyrodniałą chrząstkę.

3. Część międzynalewkowa. I tu, o ile nacieczenie było dosyć wydatne, co zdarzało się względnie często, nakładałem pętlę, a resztę głęboko wypalałem. Jeżeli naciek był płaski, starałem się za pomocą głębokich nacięć, robionych na obwodzie nożem galwanokautycznym, ułatwić nałożenie pętli.

4. Struny rzekome przypalałem żegadłem płaskim, raz na 1-nem, zwykle na 2-ch, czasem na kilku posiedzeniach. Nigdy nie przypalałem obu strun jednocześnie. W jednym przypadku zwyczajnego przerostu strun rzekomych udało mi się je prawie w całości usunąć za pomocą pętli. Przypadku gruźliczego nacieczenia strun rzekomych, nadającego się do operacji, od owego czasu jeszcze nie miałem, sądzę jednak, że i tu ujęcie ich w pętlę się uda. Na przyszłość mam zamiar po wprowadzeniu do zatoki MORGAGNIEGO noża galwanokaustycznego przeciąć strunę w tylnym i przednim jej końcu i potem dopiero usunąć za pomocą pętli.

5. Struny prawdziwe. Tu zastosować się dało jedynie żegadło płaskie, gdy jednak w pierwszych czasach stosowałem je nieco bojaźliwie w obawie zniszczenia strun, później przekonałem się, że obawa ta jest płonna. Struny prawdziwe mają szczególną skłonność do odradzania się. Na zasadzie wyżej wspomnianego przypadku usunięcia strun fałszywych muszę i tym ostatnim również powyższą skłonność przypisać. W przypadku tym bowiem po 2 ch latach znalazłem struny fałszywe zregenerowane do rozmiarów prawidłowych. Również odradza się i tylna ściana krtani i więzy nagłośnio nalewkowe. Jedynie tylko nagłośnia, jak to utrzymuje i MERMOD, nie odradza się. Co się tyczy odradzania się strun prawdziwych, to w wielokrotnie cytowanym już odczycie z r. 1892 wspomniałem o przypadku głębokiego symetrycznego o-

wrządzenia tych strun, które po 2-ch latach znalazłem w stanie najzupełniej prawidłowym, żadnej blizny na miejscu owych owrzodzeń nie było widać. Dodać przytem należy, że chora żadnej, ani miejscowej, ani ogólnej kuracji nie przechodziła. Jeszcze jaskrawiej sprawę regeneracji strun prawdziwych przedstawia przypadek, również w powyższym odczycie opisany. Dotyczy on kobiety, wówczas 50 letniej, z wrzodem części międzynalewkowej i owrzodzeniami obu strun prawdziwych, z których pozostały za ledwie strzępy. Chorą tę przypadkiem widziałem w jakie dziesięć lat później i znalazłem krtani najzupełniej zdrową, w szczególności struny prawdziwe przedstawiały się w postaci białych, lśniących pasemek, niczem nie różniących się od strun prawidłowych. I tu regeneracja wystąpiła bez wszelkiej pomocy lekarskiej. Podobne odradzanie się strun prawdziwych widywałem często po kauteryzacji owrzodzeń rozległych. Struna taka wygląda również zupełnie, jak normalna. W jednym przypadku z mojej praktyki, operowanym w czasie pobytu chorego za granicą przez MERMODA, operowana część struny zlekka różowawo prześwieca. Trzeba jednak bardzo uważnie się wpatrywać i wiedzieć, że w owem miejscu coś było, aby tę różnicę zabarwienia zauważyć. Czy jednak budowa takich strun odpowiada budowie normalnej, to rozstrzygnąćby mogły tylko badania histologiczne których dotychczas nie znamy. Pewną modyfikację tego odradzania się strun opisywano również po wycięciu ich z powodu raka. Tu jednak autorzy wspominają o wałkach bliznowatych, których już wygląd makroskopowy różni się od wyglądu strun zdrowych. Podobny przypadek opisał w r. 1883 LUNIN: <sup>9)</sup> na miejscu zniszczonej wskutek rozległego owrzodzenia syfilitycznego struny wytworzył się sznurek bliznowaty, który ją w zupełności zastępował <sup>10)</sup>.

<sup>9)</sup> Ein Fall von Stimmbildung nach gerstörung des einen Stimmbandes. Petersburg med. Woch. N. 17. Zbl. f. Laryng. Jahrg. I. s. 122.

<sup>10)</sup> Citeli, w pracy Chordectomia externa und Regeneration der Stimmlippen (Arch. f. Lar. Bd XX. H. 1) podaje wyniki badania mikroskopowego bliz-

6) Okolicę podstrunową operowałem tylko dwa razy za pomocą płaskiego żegadła. Było to nacieczenie podstrunowe w jednym przypadku jednostronne, w drugim obustronne — ekskursye struny, *resp.* strun nazewnątrz były ograniczone, w drugim przypadku był lekki stopień zwężenia krtani. Pierwszego z tych dwóch chorych widziałem w 3 lata po operacji w stanie dobrym, z krtanią zdrową, dalsze losy tego chorego są mi nieznane. Drugi przypadek spostrzegłem tylko niecałe 2 miesiące — stan miejscowy krtani był dobry, ogólny stan jednak i rozległe zmiany w płucach każą przypuszczać prawdopodobieństwo rychłego zgonu. Operacji w tej okolicy unikałem raz ze względu na współistniejące zwężenie, drugi raz z powodu niemożności radykalnego usunięcia wszystkiego dotkniętego chorobą. Za właściwsze uważałbym w takim razie przecięcie krtani z usunięciem chorych części. MERMÖD i SIEBENMANN podają opisy operacji galwanokaustycznych w części podstrunowej krtani.

Zastrzeżenie, zrobione dla operacji wewnątrzkrtniowej w przypadkach zajęcia części podstrunowej, kieruje mnie w stronę wskazań i przeciwwskazań do stosowania galwanokaustyki w gruźlicy krtani. Wskazanie wyrazić mogę w krótkich słowach: Każdy przypadek mniej lub więcej ograniczonego cierpienia gruźliczego krtani przy znośnym stanie ogólnym i niezbyt daleko posuniętych zmianach w płucach nadaje się do operacji. Szczególniej kwalifikują się do tego przypadki, zdradzające tendencję do wytwarzania tkanki łącznej. Umiarkowane podniesienia temperatury nie stanowią przeciwwskazania. Natomiast rozlany proces gruźliczy w krtani, wysoka gorączka, upadek sił, rozległe rozpadowe zmiany w płucach, jak również umiejscowienie choroby pod strunami stanowią przeciwwskazania do operacji. Te ostatnie przypadki tylko w szczególnych warunkach, t. j. przy braku poważniejszego zwężenia krtani, mogą być poddawane lecze-

niu wewnątrz-krtaniowemu. Powyżej wspomniane wskazania do operacji dotyczą przypadków, dających nadzieję wyleczenia lub poprawy. Wskazaniem do operacji paliatywnej będzie silny ból przy łykaniu i duszność, wywołana tworami guzowatymi, dającymi się łatwo i bez obrażenia części zdrowych usunąć lub zniszczyć. Zauważyć jednak tu należy, że przypadki z rokowaniem wątpliwem lub złem, operowane zatem tylko dla przyniesienia ulgi, niespodzianie dla nas nietylko poprawię się mogą, ale nawet dojść do stanu, graniczącego z wyleczeniem. Nie chcąc jednak przeceniać do nosności samej operacji, dodaję tu zaraz, że rękoczyn stawiam na drugim planie, uważając, jak i dawniej, za główny czynnik sam charakter sprawy chorobowej, tendencję do wytwarzania tkanki łącznej, czy też, jak mówimy zwykle, odporność ustroju.

Parę słów jeszcze poświęcić muszę bezpośredniemu następstwu operacji: krwawieniu, obrzękowi, bólowi, zakażeniu rany i uogólnieniu się gruźlicy.

W pracy mojej z roku 1892 wszystkia te punkty omówiłem szeroko, obecnie więc ograniczę się na kilku uwagach.

Krwawienie przy użyciu galwanokauterujest możliwe, o ile stosuje się żegadło, rozpalone do białości. KUTTNER <sup>11)</sup> w ocenie książki BESOLDA i GIDIONSENA <sup>12)</sup> wspomina, że raz po głębokiem wkłuciu żegadła metodą GRÜNWALDA miał bardzo niepokojący krwotok, ostrzega zatem przed używaniem do białości rozpalonych grubych kauterów. SIEBENMANN (l. c.) przytacza przypadek obfitego krwawienia po zastosowaniu żegadła w okolicy podstrunowej.

Ja używam zawsze mocno, ale nigdy do białości rozpalonego żegadła i nigdy krwotoku nie miałem. Przy stosowaniu pętli biorę prąd nieco słabszy i przepalam tkankę szybko. Tem się tłumaczy, dlaczego wolę usunąć tkankę chorą tym sposobem, a nie wycinam jej narzędziem ostrem, po którym krwotoki były notowane. Słabo rozpalonego żegadła nigdy uży-

nowatych wałków, powstałych u psów po wycięciu strun. Z badań tych wynika, że włókna elastyczne odradzają się w szczupłych rozmiarach, włókna mięsne i gruczoły prawie całkowicie giną.

<sup>11)</sup> Ctbl. f. Laryn. Jahr. XXIV. Str. 92.

<sup>12)</sup> Pathologie und Therapie der Kehlkopftuberkulose 1907.

wać nie należy, albowiem stopień reakcyi zapalnej znajduje się w odwrotnym stosunku do stopnia rozpalenia kauteru. Jestem przekonany, że obrzęki krtani, przed którymi ostrzegają niektórzy autorowie, zależały tylko od słabo rozpalonego żegadła albo od zbyt rozległego palenia, wykonanego na jednym posiedzeniu. Tej ostatniej przyczynie chyba przypisać należy trzy przypadki obrzęku krtani, z których w dwóch musiano wykonać tracheotomię, a w jednym intubację, przytoczone w pracy SIEBENMANNA (l. c.). Autor ten bowiem nie tylko stosował galwanokaustykę w rozlanych postaciach gruźlicy, ale przeważnie kończył operację na jednym posiedzeniu. Ja nigdy obrzęku mocniejszego nie widziałem, przeciwnie, jak o tem już wspominałem w pierwszej mojej pracy, podziwiałem słabą reakcyę, jaką daje tkanka gruźlicza po kauteryzacyi. Zwróciłem tam uwagę na przypadek wilka błony śluzowej nosa, leczony galwanokaustycznie, porównując odczyn zapalny w nim z odczynem po kauteryzacyi zdrowej, dotkniętej tylko przerostem błony śluzowej tegoż organu: różnica w sile reakcyi była wprost zdumiewająca. Również i MERMOD (l. c.) nigdy obrzęku nie widział i również powstawanie tegoż przypisuje nieśmiałym manipulacyom, sprowadzającym się do p a r z e n i a, a nie do palenia chorej tkanki. Tego samego zdania są BESOLD i GIDJONSEN (Patologie u. Ther. der Kehlkopftub. 1907). Stanowczo więc twierdzą, wbrew opinii wszystkich przeciwników tego poglądu, że dobrze wykonana galwanokauteryzacja tkanek gruźliczych krtani nie wywołuje poważniejszego obrzęku.

O bólu mogę po 18 latach zacytować słowa z pierwszej mej pracy: „ból ani razu nie był przedmiotem szczególnej skargi chorego”. Od czasu zaś, jak stosuję pętlę, mogę dodać, że bardzo szybko po operacyi dysfagia ustępuje miejsca swobodnemu łykaniu.

Zakażenie rany przy stosowaniu żegadła, mocno, ale nie do białości rozpalonego, nie może mieć miejsca, rana bowiem natychmiast pokrywa się strupem. Również pokrywa się strupem rana po wycięciu tkanki za pomocą pętli galwanokaustycznej, i w tem widzę jej wyższość nad narzędziem krającym (łyżeczowanie). Wprawdzie możnaby i po łyżecz-

kowaniu podstawę przypalić żegadłem, ale dokładnemu wykonaniu tej manipulacyi stałoby na przeszkodzie krwawienie. Gdyby zaś dla uniknięcia krwawienia użyto preparatu nadnercza, to jeszcze uważałbym za zbyt częste stosowanie dwóch zabiegów tam, gdzie przy pomocy jednego ten sam skutek osiągnąć można.

Sprawiedliwość jednak wspomnieć mi nakazuje, że obawa zakażenia rany po wycięciu naciezionej tkanki z krtani, obawa, która skłoniła GRÜN WALDA do robienia głębokich wkłuwań galwanokaustycznych, wydaje mi się nieusprawiedliwioną. Jakkolwiek teoretycznie płwocina, dostając się na ranę, powinnaby ją zakazić, jednak w praktyce rzecz ta zdarzać się musi chyba wyjątkowo. Tak przynajmniej sędzę: nietylko z moich nielicznych łyżeczkowań krtani, ale i z danych z piśmiennictwa, które nie wspominają o podobnym powikłaniu, przeciwnie, w ogromnej liczbie spostrzeżeń stwierdzają gładkie zabliznienie. Ja sędzę, że tylko tam, gdzie stan ogólny chorego jest bardzo ciężki, gdzie organizm już walczyć nie jest w stanie z zarazkiem, takie zakażenia ran powstają. Ale też w takich przypadkach operować nie należy. To samo powiedziałbym o mniemanem zakażeniu rany tracheotomijnej u suchotników: jeżeli się ono zdarza, to tylko u bardzo ciężko i nie przedstawiających widoków wyleczenia chorych.

O wpływie rękoczynów miejscowych na uogólnienie się gruźlicy obszernie pisałem w pierwszej mojej pracy, gdzie doszedłem do wniosku, że ani razu wewnątrzkrtańowe operacyjne leczenie gruźliczej krtani nie dało powodu do uogólnienia się gruźlicy. I obecnie nie mogę przytoczyć żadnego tego rodzaju spostrzeżenia.

Wogóle więc zarówno pod względem wyników ostatecznych, jak i następstw bezpośrednich żegadło galwaniczne zasługuje na stosowanie w gruźlicy górnych dróg oddechowych. Zalecając je gorąco, nie stanowię rzadkiego wyjątku. Poczynając od VOLTOLINIEGO, SCHRÖTTERA, GOUGUENHEIMA, wymienić mogę, oprócz już cytowanych, cały szereg autorów, zwolenników tej metody leczenia, mianowicie: SCHMIEGELOW, SCHÄFFER, PIENIAŻEK,

LUBLIŃSKI, po części M. SCHMIDT, CAHN, FAUVEL, LENNOX BROWN, SOKOŁOWSKI, SĘDZIAK, LUBLINER, SCHMITHUISEN, BESOLD, KRONENBERG, HABERSHON, St. CLAIR THOMSON, KRIEG, ESCAT, GLEITSMANN, FINEMAN, HAHN, LOCKARD, BAR, ALBRECHT, wreszcie HERYNG, który niegdyś w referacie z pracy mojej p. t. „Gruźlica gardzieli i krtani wobec najnowszych metod jej leczenia” ostrzegął przed stosowaniem galwanokaustyki w gruźliczej krtani, przeszedł jednak nieco później do jej zwolenników.

Zdaje się, że większą jeszcze przyszłość mieć będzie igła FORESTA, przy pomocy której można również tkankę wypalać i wycinać. Wkrótce zamierzam przejść do stosowania tej metody.

Rzecz prosta, że to leczenie miejscowe stanowi tylko zabieg pomocniczy, zawsze na pierwszym planie stać musi troska o stan płuc i stan ogólny chorego. Dotychczas ciągle jeszcze za najskuteczniejsze, najracjonalniejsze uważamy leczenie higieniczno-dyetyczne w sanatoryach. Pożądanemby było, aby właśnie w tych zakładach, gdzie szansa wyleczenia jest największa, chorzy mogli znajdować pomoc ze strony dobrze wyćwiczonych laryngologów, którymby wewnątrz krtaniowe zabiegi operacyjne nie były obce. Zaniedbywanie energiczniejszego leczenia chorej krtani i pozostawianie całego wpływu leczniczego wyłącznie czynnikom higieniczno-dyetycznym nie jest słuszne. Ale o jednej sprawie nie należy zapominać: otrzymanie zabliznienia owrzodzeń i nacieków gruźliczych krtani nie oznacza jej trwałego wyleczenia. Krtani dziś zdrowa po upływie krótszego lub dłuższego czasu może się okazać znowu chorą. Objawy chorobowe powstać mogą albo jako recydywa wskutek pozostałych gdzieś w głębi a niedostrzegalnych dla nas ognisk, albo jako świeże zakażenie. Pamiętając o tem, powinniśmy przez szereg lat chorego mieć pod obserwacją, aby w razie ukazania się jakichkolwiek nowych zmian gruźliczych w krtani bezwzględnie starać się je usunąć. Dopóki nie mamy środka swoistego przeciwko gruźlicy tylko takie postępowanie jest racjonalne, opuszczanie rąk w oczekiwaniu, że przy poprawie ogólnej może i krtani się poprawi, jest krzywdą dla chorego, a upokorzeniem dla lekarza.

## O Spirometryi

podał

D-r Henryk Wilczyński (Zakopane).

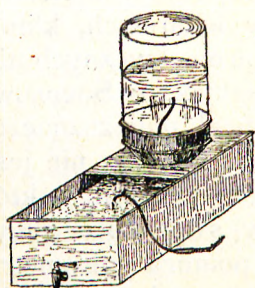
Artykuł ten ma na celu przypomnienie jednego ze sposobów fizycznego badania płuc. Badanie tego rodzaju w ostatnich czasach zostało prawie zapomniane, tak, iż w odnośnej literaturze klinicznej o cierpieniach płuc albo się nie wspomina o niem wcale albo bardzo pobieżnie, przytem raczej z niechęcią. Wiele zaś zakładów lekarskich, klinik i sanatorya przyrządów spirometrycznych nie posiadają. Podnoszę tu jednak, iż SOKOŁOWSKI u nas w dziele o chorobach płuc zaznacza, iż zaniedbanie tego sposobu badania nie jest słuszne. I w istocie lekarz praktyk, — który chorego na płuca ma w swej obserwacji miesiące i lata całe — za pomocą spirometru wiele może wynioskować; a nieraz wyniki badania mogą mieć wpływ decydujący na dalsze postanowienia co do kuracyi.

Podnoszono nieraz, iż dane spirometryczne nie są ściśle. Ale, jeśli zwrócimy uwagę na inne sposoby badania, mające na celu cyfrowo uwidocznienie pewien stosunek między zjawiskami fizyologicznymi, dalej — jeśli przypomnimy sobie o chwiejności samej normy cyfrowej tych zjawisk, a porównamy z wahaniami cyfr spirometrycznych, to badanie to nie okaże się mniej ściśle, niż inne. Czy to mierzenie hemoglobiny, czy obliczanie ciałek krwi, czy mierzenie parcia krwi, czy przewodnictwa elektryczności, miary wagi i wzrostu, wzroku etc. etc., wreszcie przez to samo i pojęcie zdrowia — jest rzeczą względną. Ważne jest tylko pewne przybliżenie, pewna suma danych, przemawiających *pro* lub *contra* rozpoznaniu. Jednym z ogniwi badania płuc może być spirometr, i to ogniwem, nie mniej znaczącym, niż np. wymacanie małych gruczołów nad obojczykiem, zauważenie wciągania się przestrzeni międzyżebrowych i t. p.

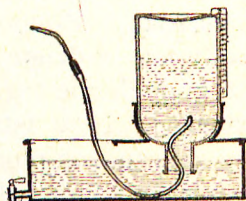
Inną przyczyną niesłusznego zaniedbania spirometryi jest jeszcze ta okoliczność, iż przyrząd jest dość wielki, stosunkowo bar-

dzo drogi (75 marek na miejscu), a pomimo ceny łatwo się psujący, jak zresztą inne przyrządy z blokami. Dość, iż przypominam sobie, iż kiedy mierzyłem pojemność płuc u jednego osobnika w 2-ch klinikach w Odessie o jednej i tej samej godzinie na spirometrach blokowych, sprowadzonych przed rokiem od jednej firmy, znalazłem różnicę 600 cm<sup>3</sup>!

Przed rokiem udało mi się obmyśleć taki spirometr, któryby miał pewne warunki funkcjonowania, niezależne od materiału, od bloków, od inercji etc. etc. Rysunek tego spirometru w całości i w przekroju podaję.



Rys. A.  
Spirometr ustawiony



Rys. B.  
Przekrój spirometru

Przyrząd mój składa się z następujących części:

I. Pudło z grubej blachy cynowej (przednia część górnej ściany — pokrywa — jest odjęta), polakierowanej na biało, z kranem wielkim, aby można było szybko napełnić butlę wodą. Tylna część górnej ściany jest ściśle spojona z pudłem i w środku ma szeroki lejek z tejże blachy, z tą częścią spojony.

II. Butla 6 — 7-mio litrowa — można dostać w składzie aptecznym lub aptece, należy tylko wybrać z możliwie długą szyjką.

III. Skala empiryczna, uzyskana w ten sposób, iż do butli, ustawionej na stole, przystawia się równo obcięty słupek (C). Potem nalewa się po 100 cm<sup>3</sup> wody i oznacza się za każdym razem jej poziom. Po oznaczeniu 5500 przybija się pod prostym kątem słupek mniejszy (D), i skala jest gotowa.

IV. Rurka gumowa 1 m. 20 cm. długa.

V. Kilka rurek szklanych — używanych zazwyczaj do picia leków psujących zęby.

Wielkość samego pudła może być rozmaita, ale najdogodniejsza jest: długość 45 cm., szerokość 27, wysokość 16 (45×27×16).

Lejek powinien do pudła być dopasowany w ten sposób, ażeby otwór szyjki butli (ryc. B) był odległy od dna pudła 4 — 5 cm.

Ustawienie i używanie spirometru odbywa się w następujący sposób.

Pudło, ustawione na stolku, wypełnia się prawie po brzegi 3% rozczynek kwasu borowego.

Podstawia się butlę pod kran i wypełnia się ją całkowicie wspomnianym rozczynek. Chwyta się butlę pośrodku oburącz w dłonie, unosi się nad lejek i, szybko wywracając do góry dnem, wstawia się w lejek. Przyczem część płynu (zwykle 300 cm. sz.) wylewa się do pudła. Wylaną ilość można obliczyć za pomocą przystawionej skali. Wreszcie wprowadza się ręką lub odpowiednio zakrzywionymi szczypcami koniec rurki gumowej w butlę, a do drugiego końca gumowej rurki wkłada się rurkę szklaną, której wolny koniec uprzednio tkwił w szklance z płynem odkażającym.

Osoba, której pojemność powietrza płuc mierzymy, bierze, nie uciskając, rurkę gumową poniżej szklanej między pierwsze dwa palce prawej ręki — i koniec szklanej przykładając do warg. Palcami lewej ręki zaciska sobie otwory nosowe, poczem robi jaknajgłębszy wdech — i wydmuchuje, wiele może, w rurkę, tak, iż powietrze wydmuchnięte zbiera się w butli nad wodą.

Wydmuchiwać należy niezbyt gwałtownie, gdyż inaczej prąd wyciekającego płynu wypchnie rurkę z butli.

Kiedy osoba wydmuchująca poczuje, że całą możliwą ilość powietrza już wytchnęła — zaciska (koniecznie!) palcami rurkę, wyciąga ją z butli i puszcza otwory nosowe. Wtedy na skali odczytujemy ilość powietrza, zawartego w butli, odliczamy ilość uprzednio zawartą i otrzymujemy maksymalną ilość wydechu.

Ja polecam zwykle przed maksymalnym wdechem — zrobić wdech dość silny, a dopiero z powtórnego prośbę o wydechanie do butli.

Spirometr taki, jak się można przeko-

z Paryża  
8 godzin

# AIX-LES-BAINS

z Genewy  
2 godziny

w Sabaudyi (Francya)

Gorące wody siarczane o 47-0 C. najobfitsze na świecie; specjalne leczenie zewnętrzne za pomocą douche-massage czyli masażu pod duszem, kąpiele naturalne patowe (Bertollet) analogiczne z kąpielami błotnymi. Leczenie wewnętrzne zapomocą łagodnej wody alkalicznej — Eau des deux Reins, działającej silnie moczopędnie.

## Główne wskazania:

Podagra, reumatyzm, artrytyzm, ischias, lumbago, choroby stawów — neuralgie, syfilis. Kuracye dopełniające: Physioterapia — Kuracye powietrzem górskim: M-t Revard, les Corbières. Marlicz.

Ceny bardzo umiarkowane w zakładach kąpielowych i w hotelach. Droga do Aix-les — Bains przez Frankfurt Bazyleg, Genewę. Cudowna okolica, lac du Bourget, Grande Chartreuse. Kasino, teatr, koncerty. Sporty. Sezon od 1 Kwietnia do 1 Listopada.

Informacyi udziela mer miejscowy.

## Nowo-karlsbadzka kuracya i nowo-karlsbadzkie kryształy Nowo-karlsbadzkie kryształy Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materyi, oczyszczenia soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA  
Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZ PŁATNIE.

### Pracownia analityczno-lekarska D-a Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płociny, krwi, zawartości żołądkowej, kału, wydzielin z narządów moczowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej. Serodyagnostyka syfilisu.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna Nr 22)  
telefon 73-46 albo 44-83.

### Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Borysowicza, Brühla, Bryndzy-Nackiego, Burzyńskiego, Gromadzkiego, Gutkowskiego, Jaskłowskiego, Natanson, Ryłki, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje za opłatą od 2½ do 6 rs dziennie. Sala porodowa. Kąpiele Bierowskie. Elektryzacya. Elektryczne oświetlenie.

### D-r Feliks Arnstein

ordynuje od 20 maja jak zwykle

w Ciechocinku.

### D-r B. POLIKIER

praktykuje podczas sezonu jak zwykle  
w Ciechocinku „pod Koroną”

### ZAKŁAD CHIRURGICZNO ORTOPEDYCZNY

D-ra E. Reichsteina, w Warszawie

Marszałkowska 149, tel. 42-17.

Leczenie skrzywień kręgosłupa i kończyn chorób stawowych, gimnastyka ortopedyczna, masaż. W pracowni przy zakładzie wyrabiają się: gorsety, przyrządy na kończyny według syst. Heissinga, sztuczne kończyny, pasy brzuszne, paski przepuklinowe. Przyjęci: od 4—6, w Domu zdrowia, Leszno 33 od 11—1.

### Zakład Lecznicy

dla chorób żołądka i kiszek

D-ra Antoniego Tuschendlera

Oesophagoskopia, Rekto- i Romanoskopia  
przyjęcie od 1—3 pp.

ul. Muranowska 29

miesz. pryw. Plac Saski 5 tel. 62-87

### D-r L. Tannenbaum

ordynuje przez lato jak zwykle

w Ciechocinku.

### Dr Med. RUPPERT

ordynuje jak zwykle w Ciechocinku  
(dom Millera).



nać — jest nie do popsucia, dalej cyfry jego w istocie zależą tylko od wytchniętej ilości powietrza. Próby moje wykazały, iż wahania w kilku następujących po sobie pomiarach u jednej osoby są 50 — 100 cm<sup>3</sup>. Najczęściej jednak tych wahań brak.

Przypomnę tu jeszcze, iż norma pomiaru spirometrycznego u ludzi zdrowych mniej więcej równa się iloczynowi ze wzrostu przez 22. A więc osobnik o wzroście 170 cm. powinien mieć pojemność płuc  $\pm 3750$  cm<sup>3</sup>.

Przechodząc teraz do praktycznego znaczenia tego przyrządu, pragnę przypomnieć, iż pomiary te ułatwiają niezmiernie orientację co do następujących kwestyi:

1) Stopień rozedmy: połowa normy już znacznie upośledza zdolność do ruchu.

2) W jakim stopniu zrosty, wysięki, nacieki i inne uciskające tkanekę płucną lub oskrzela sprawy upośledzają czynność płuc.

3) Przy rozległych lub ustalonych zmianach w tkance płucnej — w jakim stopniu wystąpiła mniej więcej — rozedma zastępcza.

4) Czy w odpowiednim przypadku — *errain - cour* wpływa korzystnie.

5) Czy w sprawach np. gruźliczych — proces postępuje (przy braku ciepłoty wzmożonej lub ukrytego głębiej ogniska), czy stoi w miejscu, czy, przeciwnie, cofa się, zablźnia, i nastaje równowaga lub rozedma zastępcza.

6) Wreszcie w stanach gorączkowych nieraz można przeważyć szalę w kierunku rozpoznania sprawy gruźlowej, jeśli przez czas dłuższy spirometryczne dane są jednakie.

7) Nakoniec w sprawach wysiękowych etc. w jamie brzusznej spirometr może wykazać stopień upośledzenia funkcji przepony.

Jako przykłady mogę podać zmiany spirometryczne w przebiegu kilku chorób płucnych.

a) Pacjentka, lat 23. *Phthisis apic. incipiens*. Wychudzenie. Pod wpływem klimatycznej kuracji stała poprawa. Spirometryczne dane z 2300 stopniowo wzrosły do 3500.

b) Pacjent, lat 28. Ciepłota 38,5. *Bronchitis diffusa catarrhalis*. Wychudzenie, liczne gruczoły limfatyczne nabrzmiały. Spirometr stałe 4100 (wzrost 181 cm.). Pacjent przysłany do Zakopanego jako gruźliczy. Rozpoz-

nanie: *lues secundaria*. Leczenie swoiste. Wyzdrowienie.

c) Pacjentka, lat 70. Zastarzałe zmiany szczytowe bez rzeżeń. Rozedma w dołach płuc. *Dilatatio cordis*. Podmiotowo cierpi na wzmagającą się duszność. Spirometr 1400 (wzrost 153 cm.). Wkrótce *exitus post bronchitidem gryppalem*

d) Pacjent, lat 26. *Condens apic. dextr.* Rzeżeń i ciepłoty wzmożonej brak. Zrosty opłucnowe obustronne z boków. Rozszerzalność klatki piersiowej w dole 2 cm. (!), na wysokości sutek 5 cm. Spirometr 2700 (wzrost 170 cm.). Stan podmiotowy dobry.

Badać należy zawsze o jednakiej porze, najlepiej rano, przy możliwie pustych jelitach i żołądku.

W końcu dodam, że każdy blacharz taki spirometr zrobić potrafi, a koszt materiału i roboty nie przekracza 5 rubli.

Zakopane, d. 15/VIII 09.

## BIBLIOGRAFIA

### O kołtunie

napisał

**Henryk Dobrzycki**

lekarz szpitala w Mieni, członek Towarzystwa lekarskiego Warszawskiego i Wileńskiego, z 24 drzeworytami w tekście. Praca uwieńczona nagrodą konkursową im. br. Eustachego Tyzenhauza przez Towarzystwo Lekarskie Wileńskie w dniu 8 maja 1876 r. Warszawa 1877.

Kwestya kołtunowa — niegdyś tak sporna, powszechna i paląca, że przez trzy stulecia zajmowała najdzielniejsze umysły naszych i obcych lekarzy, należy obecnie do historii. Ostateczne, wszechstronnie naukowe rozwiązanie tej kwestyi zawdzięczamy kole-dze DOBRZYCKIEMU, byłoby więc niesprawiedliwością, gdybyśmy dziś, czcząc, 50-letnią chlubną jego działalność, pominęli milczeniem tę jedną z najpierwszych i — zdaniem mojem — najpoważniejszą pracę Jubilata na polu medycyny i higieny społeczno-ludowej, a także — abyśmy my lekarze nie zapomnieli całemu krajowi obowiązku wdzięczności i u-

czczenia tego niepomiernych zasług Meża. Lecz jeżeli gdzie, to na tym właśnie posterunku wiedzy lekarskiej—na łamach tak ukochanej przez Jubilata „Medycyny” należy Mu hołd—my najbliżsi świadkowie i towarzysze Jego pracy wyrazić powinniśmy.

Ze względu na to, że klęska i przesąd kołtunowy trwa dotąd nietylko u ludów dzikich, lecz że i w zapadłych kątach naszego kraju, gdzie dobrobyt, oświata i kultura dotąd jeszcze nie dotarły, znaleźć go można, że więc sprawa kołtunowa nie przestała i dziś jeszcze być aktualną, przeto považam się przypomnieć ją szanownym czytelnikom „Medycyny”, streszczając mało rozpowszechnione i mało znane—zwłaszcza młodszym kolegom—dzieło kol. DOBRZYCKIEGO „o kołtunie”. Z góry jednak winienem przeprosić szanownego czytelnika, jeżeli nadużyję jego cierpliwości—a redakcyi pisma podziękować za szczerze udzielone mi miejsca na szczupłych, jak dotąd, łamach „Medycyny”. Lecz kto zna lub, zachęcony niniejszem, zechce się dokładniej zapoznać z tą wyjątkowo sumienną i pełną treści pracą Jubilata, ten przyzna mi słusność za to, że nie poskąpił trudu i pracę Jego odpowiednio ocenił i uszanował.

W rozdziale I-ym autor, wychodząc z zasady, że „każda porządna praca, a tembardziej praca, pisana z dążnością rozstrzygawczą, winna spożytkować, o ile możności, to wszystko, co przeszłość i terażniejszość o danej kwestyi wyrzekła”, — zaznaja czytelnika z „metołą bibliograficzną, do przedstawienia materiałow naukowych o kołtunie zastosowaną”. A materiał ten—nader obfity—do tysiąca autorów obejmujący, bardzo pracowicie zebrany ze wszystkich bibliotek warszawskich oraz z prywatnych księgozbiorów kolegów—lekarzy, ułożony został w porządku chronologicznym jako „Wykaz chronologiczny ważniejszych prac o kołtunie” i pomieszczony na końcu dzieła, co niesłychanie ułatwia odszukanie pojedynczych prac i oryentowanie się w tak rozległym materiale bibliograficznym.

Rozdział II nosi tytuł: Kołtun ze stanowiska histologii i poszukiwań doświadczalnych.

Ponieważ zwinięcie się włosów jest najważniejszym i bezspornym zjawiskiem kołtuna, przeto dla wyjaśnienia stosunku, jaki zachodzi pomiędzy nim a ustrojem, należy:

1-o zbadać pod każdym względem włosy jako materiał kołtunowy,

2-o zbadać jakie są potrzebne warunki życiowe do wywołania zjawiska, zwanego kołtunem,

3-o zbadać: czy i o ile udział ze strony ustroju gra tu rolę.

W wykonaniu pierwszego zadania znajdujemy opis włosa pod względem anatomicznym i fizyologicznym, do czego dołączone zostały liczne i bardzo pouczające rysunki, a następnie i bardziej szczegółowo zajmuje się autor częścią osiową włosa, której w różnych czasach przypisywano ważną, lecz bardzo sprzeczną rolę w powstawaniu kołtuna. W tej kwestyi autor, na zasadzie prac wielu autorów (REISSNERA, MOLESCHOTTA, GOETTEGO) oraz własnych badań (str. 20 i następne dzieła) przychodzi do następujących orzeczeń i wniosków: Część osiowa włosa, znajdująca się przeważnie we włosach grubych i wyróżniająca się—zwłaszcza we włosach jasnych—ciemniejszym zabarwieniem, nie jest żadnym przerwodem (kanałem), w którym jakieś płyny odżywcze—a zatem ewentualnie i chorobne... kołtunowe (*materia plicosa*) krążyćby mogły i w dalszym ciągu przez szczeliny rozszczepionych włosów nazewnątrz się wydostawać, sklejać włosy i ostatecznie do zwinięcia kołtuna się przyczyniać. Ostatnie przekonanie wypowiedział w r. 1720 BONFIGLI, a za nim zostało ono powtórzone w r. 1874 przez ANDREJEWĄ, prof. Warsz. uniw. Powyższe przypuszczenia, jako na niczem nie oparte i nie dowiedzione, zostały stanowczo odrzucone, tak, że ani BIESIADECKI, ani HENLE w swej anatomii (1862 r.)—a z nowszych FREY (1874 r.) żadnego przewodu w części osiowej włosa nie przyznają i tę część włosa—nie przewodem (Markkanal), lecz rdzeniem włosa (Markstrang-Axenpartie) nazywają, gdyż zawartość jego stanowią komórki takie

same, jakie spotykamy w korzeniu włosowym, skąd też one pochodzą, lecz różnią się od nich tem, że są w rdzeniu p o k u r c z o n e i z e s c h n i ę t e (REISSNER, MOLESCHOTT, GOETE), żadne więc płyny w nich nie krążą, bo krążyć nie mogą.

W bezpośrednim związku z powyższymi wywodami znajduje się kwestya nader ważna, a mianowicie: czy włos już ukształtowany ulega prawom odżywiania lub czy jest utworem, biernie się zachowującym i zjawisk życiowych w ścisłym znaczeniu pozbawionym? Obecnie mamy już aż nadto bezpośrednich dowodów, że już ukształtowane włosy (źdźbło włosa — *truncus pili*) — zarówno z innymi utworami rogowymi t.j. powierzchowną warstwą naskórka i paznocy — nic z ustroju nie otrzymują i w żadnym razie otrzymać nie mogą, bo nie posiadają takiej budowy, któraby dowóz płynów organicznych umożliwiała. Ztąd wynika wniosek, że udział już ukształtowanych włosów, stanowiących łączny materiał przy zwijaniu się kołtuna, musi również być biernym i od ustroju całkiem niezależnym, a zatem i teoria kołtuna, jako samoistnej choroby — upaść musi.

Oprócz komórek zeschniętych, znajduje się jeszcze w rdzeniu powietrze, które jest stałą częścią składową wszystkich — tak rdzeniowych (t.j. rdzeń posiadających), jak i bezrdzennych włosów, tak, że w całej przyrodzie nie znajdziemy ani jednego włosa, któryby go w odstępach międzykomórkowych nie zawierał. Fakt ten, dowiedziony doświadczalnie przez GRYFFITHA, nadał fizyologii włosów nowy — prawdziwy kierunek, który dla wyjaśnienia kwestyi kołtuna ma wielkie znaczenie, i dlatego autor, pomimo niewątpliwości doświadczeń GRYFFITHA, obecność powietrza we włosach stwierdzających — uznał za stosowne całą tę kwestyę bardziej szczegółowo, w stosunku do kołtuna, opracować.

Pomijam opis czterech głównych sposobów wykazania powietrza we wszelkich bez wyjątku (i kołtunowych) — włosach oraz wyswobodzenia tegoż z włosów (patrz dzieło DOBRZYCKIEGO str. 34 i nast. i rysunki na str. 38), a przytoczę tylko wnioski, z odnoszących doświadczeń autora wypływające i twier-

dzenie GRYFFITHA uzupełniające: 1) powietrze jest stałą częścią składową wszystkich bez wyjątku włosów; 2) jest ono tak silnie w odstępach istoty korowej i pomiędzy komórkami rdzeń wypełniającymi uwięzione, że, dla jego wydalenia z włosów, potrzeba użyć energicznych sposobów i wogóle postawić włosy w takich warunkach, w jakich się one w przyrodzie nigdy nie znajdują; 3) gaz, zawarty we włosach, jest rzeczywiście powietrzem, a nie wytworem jakiegoś rozkładu (str. 36); 4) istnieje ścisła zależność pomiędzy obecnością wdrażających we włosy płynów a powietrzem, we włosach się znajdującem. Gdy płyn we włosy wnikać poczyna, powietrze uchodzi i odwrotnie: gdy włos wysycha, powietrze na jego miejsce wejść musi.

Na pytanie: w jaki sposób płyny działy na włosy pod względem fizycznym? odpowiedź jest następująca: Ponieważ istota korowa włosa stanowi masę tak zbitą, że tylko powietrze przez nią głębiej przedostać się może, o prostem zaś nasiąkaniu płynów w ten sposób, jak np. nasiąka drzewo, mowy być nie może, gdyż nawet takie odczynniki, jak stężony kwas siarczany lub octowy, po upływie wielu miesięcy, żadnego na włosy nie wywierają wpływu, nasiąkania nie powodują, powietrza z nich prawie że nie wytlaczają i wskutek czego rdzenia włosowego bynajmniej nie zmieniają; przeto o działaniu fizycznym płynów na włosy i ich obecności w tychże na stałe mowy być nie może. Nadmienić jeszcze wypada, że powyższego twierdzenia wcale nie osłabia fakt przenikania całych włosów przez roztwory alkaliczne, gdyż te działają na drodze chemicznej, zmieniając uprzednio stan skupienia istoty korowej, — jak równie działanie wody na włosy, którą istota korowa chciwie pochłania, powoduje nieznaczne napęcznienie warstw obwodowych, lecz nigdy woda nie dociera do środka włosa, o czem świadczy niemożność wydalenia, za jej pomocą, powietrza ze rdzenia włosowego.

Dla wszechstronnego wyczerpania tego wszystkiego, co tylko włosów dotyczy, w stosunku do rozwiązania kwestyi kołtuna, pozostaje nam jeszcze rozebrać pytanie: czy krążenie płynów we włosach jest możebnem, chociaż ono

w przyrodzie nigdy nie ma miejsca?

Możliwość krążenia płynu we włosie bezrzednym, ze względu, iż jest to utwór jednorodny, pełny, ze zbitej istoty rogowej złożony, może być absolutnie i bezspornie wyłączona. Zaś we włosach, rdzeń posiadających—w jego części ukształtowanej t. j. żdźbłę (*truncus, scapus*), nie posiadającym naczyń, również nie może być mowy o krążeniu. Tym więc sposobem włos znajduje się na zewnątrz krążenia. Zatem przyczyny krążenia, a ściślej obecności płynu we włosach, jeśliby on rzeczywiście w nich się zawierał, szukałby jedynie należało we włosowości (kapilarności) ponieważ ta tylko siła mogłaby tu za przyczynę krążenia albo ściślej za przyczynę napełniania włosa płynem być przyjętą. Lecz i ta możliwość została przez autora przecząco rozstrzygnięta, na podstawie anatomicznej budowy i roli fizjologicznej włosów oraz na podstawie bezpośrednich z włosami doświadczeń (st. 40 i nast.), które na tem miejscu muszą być pominięte.

Badanie włosów w mumii, przedsięwzięte przez autora, wykazało, że włosy w mumii nie przedstawiają żadnej cechy, która by dawała jakąkolwiek podstawę do wyróżnienia ich od włosów, wziętych z głowy żyjącego człowieka, co także przez drobnowidzowe badanie prof. HOYERA potwierdzone zostało.

Ostatecznie z przytoczonych poszukiwań następujące wypływają wnioski:

1. Włos ukształtowany, chociaż z żyjącym ustrojem w związku jeszcze będący, i włos, tysiące lat trwający (włos mumii), zarówno nie ulegają odżywianiu i takowego odżywiania dla swego trwania nie potrzebują.

2. We włosie ukształtowanym, jakimkolwiek byłby okres jego istnienia, nie krążą płyny odżywcze, bo w przeciwnym razie musiałby on ulegać gniciu tak, jak wszelkie inne ulegające odżywianiu części ustroju. Ze wszystkich części ustroju jedna tylko keratina (włosy, paznokcie i *stratum mortificatum* naskórka) nie gnije, bo nie zawiera w sobie treści, gniciu ulegającej, a takimi (mającymi własność gnicia) są wszelkie płyny odżywiające.

3. Z powyższych wniosków logicznie wynika trzeci: iż to wszystko, co się z ukształtowanym włosem dzieje, dzieje się bez czynnego udziału samego włosa, jako i bez udziału ustroju, jest więc spowodowane wyłącznie tylko przyczynami, od zewnątrz działającymi.

Ponieważ wyznawcy koltuna twierdzą, że rozszczipianie się włosów stanowi objaw charakterystyczny w koltunie, przeto autor naumyślnie przedstawia szczegółowo wszelkie typy rozszczipień, spotykanych na włosach niekoltunowych (st. 64 i nast.), i przychodzi do wniosku, że różnice w rozszczipianiu pomiędzy włosami niekoltunowymi a koltunowymi są tylko ilościowe. Jasną bowiem jest rzeczą, że włos koltunowy, jako postawiony w warunkach wprost przeciwnych naturze, bo nieczesany a ztąd tłuszczu pozbawiony, daleko liczniej pękać musi, niż wszelki inny włos, starannie utrzymywany, jeżeli przytem zwrócimy uwagę na to, że tylko jedynie i wyłącznie obecność tłuszczu od pęknięcia nie tylko włosy, lecz wszelkie utwory rogowe zabezpieczyć może.

Znaczenie tłuszczów dla włosów i mechanizm czesania.

Doświadczenie wykazuje, że wszelkie tłuszcze działają na włosy czysto mechanicznie, t. j. powlekają (namaszczają) li tylko powierzchnię włosów. Tu należy wykazać, co jest bezpośrednią przyczyną wikłania się włosów czyli wytworzenia się koltuna, jak również dowieść, dlaczego każdy włos, z tłuszczu ogołocony (nieczesany), w koltun zwikłać się musi. W tym celu należy zwrócić się do anatomicznej budowy włosa — a mianowicie: Ponieważ komórki naskórka włosa (podług HENLEGO) pokrywają się dachówkowato nawzajem w ten sposób, że pierwsza (licząc od strony korzenia włosa) pokrywa drugą, druga trzecią i t. d., tak iż powierzchnia całego włosa otoczona jest na zewnątrz warstwą złożoną jakby z łusek (komórek) wzajemnie się pokrywających; jasną więc jest rzeczą, iż przy takim układzie komórek na powierzchni włosa muszą powstać pewne nierówności, pewne poprzeczne brzozy, których głębokość równać się będzie co najmniej grubości owych komórek naskórka. Ze zaś komórki te nie zawsze szczelnie przylegają do powierzchni włosa, co właśnie ma miejsce we

włosie nieczesanym, przeto zazębienia owe muszą być nawet większe, niż grubość samej komórki. Z tego powodu każdy włos przedstawia na swej powierzchni szereg jakby obrączkowatych, ostrych nierówności; i jeżeli po włosie, tłuszczu pozbawionym, pociągniemy palcami w kierunku od końca ku korzeniowi, t. j. tak, jakbyśmy zwierzę, siercią pokryte, pod włos głąskali, wtedy naskórek się najeża, wiele komórek oderwie się, tak iż włos taki będzie przedstawiał powierzchnię w najwyższym stopniu nierówną, a pilowate zagłębienia jeszcze wyraźniej wystąpią. W tym to znikomym naskórku jest siedziba albo raczej przyczyna kołtuna i wszystkich o nim pseudopatologicznych teorii. Albowiem z włosów, starannie czesanych, kołtun nigdy zwinąć się nie może, ponieważ zadaniem czesania jest: pokrycie czyli powleczenie włosów tłuszczem, w gruczolach nagromadzonym, a który to tłuszcz jak najdokładniej wykazane wyżej dachówkowate nierówności naskórka wyrównywa, tak, iż włos przedstawia nam wtedy walec o ścianach gładkich i śliskich, a które do wzajemnego czepiania się o siebie wcale nie są usposobione. Ale jak tylko czesanie na dłuższy czas wstrzymamy, wtedy włosy mechanicznymi sposobami tłuszczu pozbawione (a do takich przedewszystkiem należy tarcie głową o poduszki, na których wielka ilość tłuszczu zwykle pozostaje) muszą się stać chropowatymi, naskórek ich w wielu miejscach odstaje, powierzchnia ich staje się nierówną, że włosy takie, czepiając się wzajem, prędzej czy później zwikłać się muszą i już gotowym do wytworzenia się kołtuna są materiałem. Dlatego to nieczesanie włosów i kołtun są to zupełnie synonimem, zupełnie identyczne zjawiska.

Z powyższego wynika, że kołtun i kulturna są to dwie rzeczy, które się wyłączają wzajemnie, i, jeżeli między oświeconymi ludźmi jeszcze go spotykamy, to jest on bezpośrednim koniecznym wynikiem tego, iż ludzie ci, z jakichkolwiek bądź powodów, głowy nie czeszą.

Uderzające i godne zaznaczenia jest to, że w całej sprawie kołtuna jest tylko jeden jedyny fakt, na który

się wszyscy bez warunkowo zgadzają, a tym jest: że dla wytworzenia kołtuna niezbędnym warunkiem jest wstrzymanie czesania. F. BESCHORNER <sup>1)</sup> — pogromca kołtuna w Niemczech — stwierdził to na drodze bezpośredniego doświadczenia na 5 kobietach i 7 mężczyznach, którym zakazał się czesać, skutkiem czego u pięciu ołych zupełnie zdrowych kobiet w niedługim czasie najpiękniejsze zwinęły się kołtuny, u mężczyzn zaś tylko u dwóch miało to miejsce.

Faktem więc jest niewzruszonym, że włosy nieczesane, byle tylko były dostatecznie długie, prędzej, czy później w kołtun zwinąć się muszą.

Wobec powyższych wywodów, sędzę, że możemy pominąć obszernie ustępy tego rozdziału, traktujące o gruczolach tłuszczowych torebek włosowych, o mechanizmie czesania i rozwikłaniu kołtuna; lecz co do ostatniego dodać należy pewnik: że każdy bez warunkowo kołtun rozwikłać można — przy odpowiednim dostatku tłuszczu i cierpliwości, co również stanowi dotykany dowód nicości wszystkich doktryn o „kołtunie — chorobie” wypowiedzianych.

Na zakończenie tego — najważniejszego w całym dziele — rozdziału, omawiającego kwestye zasadnicze, autor przytacza w oryginale twierdzenia ówczesnych badaczy w przedmiocie określenia stosunku, jaki między włosami a ustrojem zachodzi, zwłaszcza tych, którzy sami wielokrotnie badali kołtuny — a więc: REISNERA <sup>2)</sup>, HEBRY, SIEGMUNDA, BAERENSPRUNGA, KÖLLIKERA. Ciekawe te cytaty znajdzie czytelnik na str. 85 i nast. dzieła DOBRZYCKIEGO.

Ostateczne wnioski, z tego rozdziału wynikające, są:

Kołtun, pojmowany czy to jako samoistna choroba, czy to jako przesilenie się chorobne, czy też nareszcie jako endemiczne przesilenie się

<sup>1)</sup> Friedrich Beschorner. Der Weichselzopf nach statistischen u. physiologischen Beziehungen. Breslau 1843. Wielkiej wartości praca.

<sup>2)</sup> Reissner. Beitrage zur Kenntniss d. Haare d. Menschen u. Säugethiere. Breslau. Wyborna praca — dzieło źródłowe.

wielu naraz chorób, jest czystym urojeniem, polegającym na fałszywym tłumaczeniu faktów i powierzchownych spostrzeżeniach klinicznych wogóle na nieściśłym sposobie badania; że gdyby nawet istniała ogólna choroba ustroju, którąby komuskolwiek kołtunem nazwać się podobало, to i wtedy zwikłanie się włosów na głowie nie mogłoby być uważane za jakikolwiek objaw chorobny, ponieważ włosy żadnego udziału w sprawach chorobnych brać nie mogą. Nadto — ponieważ kołtun jest zjawiskiem biernym, które nie tylko że bez żadnego udziału ze strony ustroju przychodzi do skutku, lecz, owszem, jest zjawiskiem dla wywołania którego udział ten musi być wstrzymany. W obecnym więc stanie wiedzy „kołtun choroba” jest anachronizmem.

### ROZDZIAŁ III.

Kołtun ze stanowiska klinicznego.

Ogólny materiał spostrzeżeń autora, w ciągu lat 10 dokonywanych, stanowiło 6000 chorych, w której to liczbie było 129 mających kołtuny. W tej liczbie było chorych szpitalnych 58, którzy przebywali w szpitalu w Mieni od 2 do 8 miesięcy (przeciętnie 3 miesiące pobytu w szpitalu).

Różne rodzaje kołtuna — jako to: k. prawdziwy (*plica nobilis, legitima, vera*) i k. fałszywy, dojrzały i niedojrzały, nigdy nie wyrobiły sobie uznania, gdyż obrońcy kołtuna przypisywali sobie tylko wyłączne zdolności wyróżniania tych rodzajów, nie mogąc podać cech, wyróżniających takowe rodzaje. Wypadek z OCZAPOWSKIM (przedstawiciel i najzaciętszy obrońca kołtuna w Warszawie), który nie mógł odróżnić kołtuna, z głowy zdjętego, od kołtuna sztucznego, zrobionego przez SZOKALSKIEGO, jest wymownym dowodem bezzasadności tych podziałów.

Autor uważa każdy kołtun za prawdziwy, bo istnieje w rzeczywistości; ze stanowiska zaś patologii każdy uważa za fałszywy, bo

każdy z nich jest zjawiskiem, nie mającym w ścisłym znaczeniu żadnego związku ze stanami chorobnymi.

Z wyżej wymienionej liczby 58 chorych szpitalnych należy wyliczyć 2 chorych, którzy zbyt krótko w szpitalu pozostawali; w dostatecznie więc długiej — 3-miesięcznej obserwacji było ogółem 56 chorych, w tem 38 kobiet i 18 mężczyzn; najmłodszy chory liczył lat 18, najstarszy 53. Po zbadaniu rzeczonych chorych okazało się, iż choroby, którym ulegali, były następujące: Gościec mięśniowy różnych okolic ciała (*rheumatism. muscul.*) 18, gościec wielostawowy (*palyarthrititis chron.*) 10, wrzody odrętwiąłe (*ulcera chronica*) 7, przewlekłe zapalen. macicy 3, charłactwo pozimnicze 3, niedomykalność zastawki dwudzielnej 2, przewlekłe mięzzszowe zapalenie nerek 2, łącznicy i powiek zołzow. przyrody 2; z innymi różnymi chorobami było po jednym chorym.

Ponieważ ogólna liczba chorych kołtunowych, jacy się w ciągu lat 10 (od 17 Grud. 1866 r. do 1 Grud. 1876 r.) do szpitala w Mieni zgłaszali, wynosi 122 (łącznie z przychodnimi), przeto na rok wypada ich przeciętnie 12, z tych połowa (5—6) rok rocznie bywa w samym szpitalu przedmiotem spostrzeżeń. W porównaniu z liczbą przypadków, dawniej w tymże szpitalu w Mieni spostrzeganych, jest to cyfra niezmiernie mała, co dowodzi znikania z horyzontu lekarzy „wyznawców kołtuna” i wzrostu kultury przez sąsiedztwo Mieni z Warszawą (6 mil odległości po dobrej drodze bitej i koleją), wskutek czego przesąd kołtunowy w okolicy Mieni prędzej, czy później zniknąć musi.

U wszystkich chorych, objętych wykazem, zwinięcie włosów nastąpiło samo przez się, bez użycia środków lepiących — jako następstwo wstrzymanego czesania. Wszyscy, z wyjątkiem 3, zapuszczali kołtuny za namową kumoszek i lekarek wiejskich, wyczerpawszy poprzednio wszelkiego rodzaju swojskie metody lecznicze, jak: zażegnywanie, natrzęsanie, postawienie bańki na brzuchu, naciąganie, smarowanie psiem sadłem, przetarcie gardła świecą łożową i t. p. Czas potrzebny do zwinięcia się kołtuna wynosił około 3 tygodni i dłużej. Pewnym jest faktem, że ani jeden kołtun nie zwinął się nagle — chyba przy

zastosowaniu wosku, kleju lub odwaru barwinku.

Jako zasadę w praktyce szpitalnej przyjął autor: obcinać natychmiast te kołtuny, w których się wszy znajdowały. Do jakiego jednak stopnia dochodził w szpitalach despotyzm kołtunowy i nierozłączna z tem wszawica, dowodzi opis szpitala obłąkanych w Krakowie za czasów MOHRA (patrz dzieło DIETLA „Kołtun” 1862 r.). O obcinaniu kołtunów w tym szpitalu ani mowy być nie mogło, również wygubienie pasorzytów w samych kołtunach stanowiło *crimen*, bo tym sposobem możnaby kołtuny *rozdrążyć*, co według MOHRA, miało być dla chorych bardzo niebezpieczne. Podobnie oplakany stan trwałby i dłużej, gdyby nie jeden z obłąkanych, który pewnego razu poobcinał wszystkim swoim towarzyszom kołtuny i tym sposobem wskazał naczelnemu lekarzowi, jak pozbyć się w szpitalu pasorzytów, które chorych dręczyły. Od tego czasu MOHR stał się gorliwym przeciwnikiem kołtuna (niestety, waryata trzeba było, aby lekarzowi oczy otworzył!). Wszawce kołtuny, których w szpitalu w Mieni było 18, nie były przez autora rorpatrywane, lecz ulegały natychmiastowej zagładzie. Pozostałe 40 były badane szczegółowo. Rozczesywanie kołtunów często było wykonywane i zawsze się udawało przy odpowiedniej ilości tłuszczu i cierpliwości. *Nierozwinięty kołtuna* — owa cecha patognomoniczna kołtuna, podług twierdzenia jego wyznawców, nie istnieje.

Obciawszy 58 kołtunów, autor stanowczo ani razu nie zauważył jakiegokolwiek zmiany w przebiegu choroby, a tembardziej jakiegokolwiek pogorszenia.

Co się tyczy chorych przychodnich (ambulatoryjnych), których było 64, to po największej części były to dzieci, różnym cierpieniom uległe (zołzy, przymiot, zimnica, choroba angielska, wodogłowie etc.); przy czyną zwinięcia się włosów zawsze było zaniedbanie czesania — najczęściej z powodu przesady, niekiedy dla wysypek moknących.

W końcu tego rozdziału autor omawia stosunek kołtuna do przymiotu, który w końcu 16 i w pierwszej połowie 17 wieku u nas wielkie siał zniszczenie. W tym także czasie i przesąd kołtunowy utrwał się począł,

przeto kto w Boga wierzył, zapuszczał kołtun, szukając ratunku przeciwko chorobie, która podówczas niechybnie do śmierci prowadziła (kołtun jako *talizman* przeciwko przymiotowi). Swoją drogą, przymiot bardzo często brany był wtedy za kołtun, i ztąd powstała wiara w skuteczność leczenia kołtuna za pomocą rtęci.

#### ROZDZIAŁ IV.

##### Kołtunio kulisci.

BENEDICT, SŁAWIKOWSKI, CYWIŃSKI, DOBRZAŃSKI, GEPNER, KOŚMIŃSKI, NARKIEWICZ-JODKO, SZOKALSKI, TALKO, WOLFRING.

Żaden z wyznawców kołtuna, pisząc o nim wogóle, nie zapomniał uroczyście zapewnić czytelnika, że obcięcie „*nie dojrzałego kołtuna*” straszliwemi dla przyrzędu wzrokowego grozi następstwami, że może spowodować nieuleczalne cierpienia oczu lub natychmiastową ślepotę. Nawet okulisci, zajmujący poważne stanowiska i znani na niwie literackiej — jak BENEDICT w Wrocławiu i SŁAWIKOWSKI w Krakowie — przyznawali istnienie chorób ocznych kołtunowych (*ophthalmia, keratitis — amaurosis plicosa*) bądź pierwotnej — dyskratycznej natury, bądź jako następce kołtunowe cierpienie, nie podając jednak żadnych klinicznych obrazów tych chorób.

Nie będąc specjalistą chorób ocznych, autor wystosował odezwę do współczesnych znanych z prac naukowych okulistów, wymienionych w nagłówku tego rozdziału, z prośbą o rozjaśnienie stosunku kołtuna do chorób ocznych. Wszyscy zapytani okulisci w liczbie 8, zamieszkali w Warszawie, Wilnie i Lublinie z SZOKALSKIM na czele, na podstawie przeszło 300,000 spostrzeganych chorych ocznych, orzekli że 1-o *ani razu nie spotkano t. zw. kołtunowych chorób ocznych*, t. j. nie spotykano takich chorób, któreby się *czemśkolwiek wyróżniały* spośród znanych po dziś dzień i ściśle oznaczonych postaci cierpień przyrzędu wzrokowego, pomimo to, że w wielu przypadkach chorobom ocznym towarzyszyło oddawna zwinięcie się włosów czyli kołtun na głowie, a liczba tych ostatnich z pewnością na tysiące się liczy; 2-o we wszystkich tych przypadkach *obcięcie kołtuna w żadnym*

razie nie pociągnęło za sobą żadnych złych następstw; 3) Doświadczeni lekarze radzą po obcięciu kołtuna zaopatrzyć chorego w ciepłą czapkę, ponieważ nagła zmiana ciepłoty może się stać powodem pewnych cierpień.

#### ROZDZIAŁ V.

##### Kołtun i zdroje lecznicze.

Autor, nie poprzestając na własnych spostrzeżeniach, zrobionych w Busku podczas czterokrotnego swego tam pobytu, przytacza opinie DYMNIKIĘGO, które w zupełności stwierdzają wyżej wyrażone pojęcia o kołtunie w ogólności i jego stosunku do chorób, leczonych u wód w Busku.

#### ROZDZIAŁ VI

##### Kołtun i pasorzyty roślinne (epiphyty).

Powyższą kwestyą zajmowali się bardzo poważni badacze—jako to: HEBRA, DIETL, REMAK. Zestawiając to wszystko, co dotąd o zmianach, dostrzeganych na włosach kołtunowych, powiedziano, przekonywamy się, że: ani rozszczepianie się włosów kołtunowych, ani znajduwane na nich roślinne pasorzyty, ani też wszelkie inne możliwe zmiany nie stanowią żadnych odrębnych charakterystycznych cech, któreby jakąkolwiek wyłączną właściwość włosów kołtunowych stanowiły, i że te wszelkie zmiany są koniecznym następstwem warunków, w jakich się włos nieczesany kołtunowy znajduje.

ROZDZIAŁ VII. Kołtun u zwierząt i

ROZDZIAŁ VIII. Odstępcy kołtuna.

ADAMOWICZ, MOHR, Le BRUN, SZOKALSKI, TYRCHOWSKI.

Powyższe dwa rozdziały zajmują się kwestyami więcej ubocznymi i dotyczącymi rozwoju pojęć o kołtunie wśród działaczy naukowych z lat dawno minionych i, chociaż zawierają rzeczy bardzo interesujące, muszą być, dla oszczędzenia miejsca, pominięte.

#### ROZDZIAŁ IX.

Rozbiór prac profesora N. A. ANDREJEWA o „kołtunie” i t. „zw. kołtunowym stanie”.

Une doctrine croule quand elle est en désaccord avec les faits (Armand).

Wenn die Autoren doch nicht mehr lehren wollten, als sie wissen! (Martin).

Powyższe dwa aforyzmy tak trafnie charakteryzują prace prof. ANDREJEWA, że po ich przytoczeniu możnaby, bez szkody dla czytelnika, pominąć bliższy ich rozbiór. Lecz dla pełności sprawozdawczej i dla wykazania choć w części zdolności polemicznej i ciętości pióra DOBRZYCKIEGO postanowiłem przytoczyć przynajmniej niektóre,—bardziej interesujące ustępy tego rozdziału.

I autor na wstępie zaznacza, że powody, które go skłoniły do poświęcenia osobnego rozdziału rozbiorowi prac prof. A., były: 1) że prace te w przedmiocie kołtuna należą do najnowszych i stają na stanowisku zupełnie odrębnym od wszystkich innych prac, w tym przedmiocie napisanych i 2) że dążą one do wprowadzenia wielkich i podstawowych reform w zakresie nie tylko nauk lekarskich, lecz i całego przyrodoznawstwa (rozumie się z powodu swej oryginalności i niezgodności z ówczesnymi pojęciami naukowymi).

Prac prof. A. o kołtunie jest cztery — a mianowicie:

1. Sekrecyjno-troficzna neuroza włosowych brodawek skóry z następczymi zmianami włosów przy ich sklejanii i zwijaniu się *plica polonica*—kołtun. (Protok. posiedz. IV zjazd. przyrodników rosyjsk. w Kazaniu).

2. Wyjaśnienie (opyt roziasnienija) związku włosów ze skórą i organizmem w stanie zdrowia i choroby (Warsz. uniwers. izw. Nr. 2, 1874 r.).

3. Endemiczna naczyniowo-troficzna neuroza z zakłóceniem perspiracyjnej czynności skóry przy udziale włosowych aparatów (kołtun). Warsz. 1875 r.

4. Kołtun z punktu widzenia histologicznego i doświadczalnego. (Warsz. uniwers. izw., Nr. 5, 1875).

Odrębność poglądów na kołtun — prof. A. stara się uzasadnić na zupełnie nowej, przez siebie celowo wypracowanej anatomii, histologii, chemii i fizyologii. DOBRZYCKI zbija punkt po punkcie te, więcej niż śmiało, zachcianki uczonego profesora. Nam jednak niepodobna iść ślad w ślad za autorem, przy tej nieprodukcyjnej — a jednak, dla pełności przedsięwziętego, konkursowego i rozstrzygawczego celu, koniecznej dla autora pracy. Zresztą błędy i aberacye naukowe prof. A. znajdują dostateczne sprostosowanie w roz-



dziale II dzieła DOBR., który to rozdział II został na tem miejscu najobszerniej i dość wyczerpująco streszczony. Zaznaczyć tu jednak niezbędnem mi się wydaje, że, ponieważ prof. A. ani mikroskopowych, ani chemicznych, ani klinicznych, słowem żadnych własnych badań przedmiotowych (obiektywnych) nie robił, i że wszystkie jego prace polegają na materiale czysto książkowym, na wypisach, na cytatach, t. j. wyłącznie tylko na autorach, których teksty szan. prof. jakoby dla usprawiedliwienia swych poglądów w jaknajrozmaitszy sposób spożytkowywał; przeto sposób spożytkowania jest najważniejszą podstawą wszystkich prac prof. A. A sposób ten tak bywa przez sz. profesora urozmaicany, że DOBR. aż pięć jego rozdziałów podaje (str. 213), a wszystkie one mianem bezceremonialnego fałszowania i przekształcania tekstów mogą być nazwane.

Ustęp o przyczynach kołtuna zasługuje w pracach prof. A. na wzmiankę — lecz nie dla swojej gruntowności, ale dlatego, że jest poprostu śmieszny. I tak w pracy Nr. 1 czytamy: „Między zmięszanem żydowsko-polskiem zaludnieniem (smieszonym jęwejsko-polskim nasieniem) kołtun spotyka się przeważnie dlatego, że tu <sup>3)</sup> 1) istnieje szcze-gólny warunek (osoboję usłowie) dla zakłócenia funkcji włosów, polegający na ich obcinaniu u dorosłych żydówek przy zamążpójściu; 2) istnieje szcze-gólny warunek dla naruszenia perspiracji włosami niepokrytych części skóry — a tym jest nieochędóztwo żydówek w ogóle; 3) istnieje wiele szcze-gólnych warunków, rozdrażniających brodawki skóry ze strony pokarmów i napojów, a mianowicie: czosnek, cebula, żyto porośnięte, mogące zawierać sporysz (syromołotnyj chlieb, mogusz-czizj sodierzat sporyniju), olej lniany, twarda woda rzeki Wisły, wódka z przyswędkiem i t. d.; 5) przesąd rozdrażniania

włosami części głowy sztucznie (??); 5) do tego wszystkiego przyłącza się dziedziczne udzielanie się habitualnego rozdrażnienia nerwów brodawek <sup>4)</sup>. Otóż ze zbioru tych przyczyn powstaje u „zmieszanego żydowsko-polskiego zaludnienia sekrecyjno troficzna neuroza włosów brodawek skóry — kołtun”. Zaznaczyć tu należy: 1) zmięszanem żydowsko-polskiem pokoleniem i 2) żydówki, na które pr. A. szczególniejszy kładzie nacisk, bo w pracy Nr. II, w której stan kołtunowy „*qua trophoneurosis secretoria idiopathica vel symptomatica*” nazwany został, mówi: że ta *trophoneurosis* była, jest i będzie się rozwijała wśród zmięszanego żydowsko-polskiego zaludnienia dopóty, dopóki istniejący tu zazwyczaj golenia włosów u kobiet, wychodzących za mąż (t. j. żydówek), będzie trwał dalej, wraz z warunkami zmieniającymi pot jakościowo i t. d.” Jeszczeby to była drobnostka, gdyby się tylko na miejscowym kołtunie kończyło, bo z jego powodu żaden „żydowsko-polski” pacjent nie umrze; ale ogólny kołtun to dopiero jest coś strasznego, corzeczywiście śmierci się równa, bo jak tylko kołtun ogólny się wytworzy, natychmiast „żydowsko-polski” pacjent trupem pada, i tak być musi, bo podług prof. A. kołtun ogólny polega na „porażeniu ogólnonaczyniowego ośrodka” (Nr, III st. 60, wiersz 14 od dołu), a porażenie ogólnego naczynioruchowego ośrodka, jak to całemu światu wiadomo, natychmiastową śmierć sprowadza. Do czasów pr. ANDREJEWA postać ta kołtuna nie była znana. Nawet J. FRANK, który zakażenia całego świata kołtunem się obawiał, o tym zabójczym kołtunie wcale nie wspomina, a to prawdopodobnie dlatego, że za czasów FRANKA, a nawet OCZAPOWSKIEGO „zmieszane żydowsko-polskie zaludnienie” jeszcze nie istniało i dopiero przez pr. AND. wynalezione zostało. Że zaś u nowych ludów nowe mogą objawiać się choroby, przeto jasną jest rzeczą, że i u nowego „zmieszanego polsko-żydowskiego zaludnienia” nowa postać kołtuna i to śmiertelnego zjawić się mogła.

O naukowym rozbiórce tych i tym podobnych aberacji — czy może być mowa?

<sup>3)</sup> Zapewne należy się domyślać: w Królestwie polskiem.

<sup>4)</sup> Przekład jest dosłowny, za jego wierność we wszystkich cytatach zaręcza autor D.

## ROZDZIAŁ X.

## K o ł t u n i p r a w a o b o w i ą z u j ą c e .

Nietylko na higienę ludu kołtun wpływ fatalny u nas wywierał, lecz i moralność bardzo wiele przez kołtun ucierpiała. Szczególniej miało to miejsce przy zabiegach uwalniania się od powinności wojskowej, która u nas przez wiele lat aż do 30-go roku życia obowiązywała, a kołtun, wedle wówczas istniejącego prawa, uwalniał od wojska na całe życie. Oszukaństwo i podstęp dochodziło wtedy do tego stopnia, że wszyscy niemal mieszkańcy powieśla już za młodu zapuszczali kołtuny, które, olbrzymie przybierając rozmiary, przerażały lekarzy i komisye konskrypcyjne, wskutek czego uwalniani byli od służby wojskowej ludzie zupełnie zdrowi, którzy po skończeniu 30 lat pozbywali się kołtunów, gdyż dalsze ich pielęgnowanie nie miało żadnego celu.

Prawo dawstwo pruskie długo ulegało pojęciom lekarzy polskich, w wielkiem Księstwie Poznańskiem zamieszkałych, a w szczególności MARCINKOWSKIEGO—znakomitego lekarza i przyjaciela ludzkości, którego wpływ zarówno między polakami, jak i Niemcami był silny i nie mało się do uznania przez rząd pruski kołtuna „jako choroby” przyczynił. Przekonania MARCINKOWSKIEGO o kołtunie, które rozpowszechniał i które, jak sam wspomina, od berlińskiego profesora BERENDSA zaczerpnął, polegały na tem, że kołtun jest u nas epidemicznem przesileniem wielu chorób<sup>5)</sup>, co powszechnie się podobało, bo było dość nowem—a raczej wznowionem pojęciem. Po zjawieniu się fundamentalnej pracy BESCHORNERA w r. 1843 w Prusach nie ma już mowy o kołtunie.

Najbardziej stanowczo wystąpiło przeciwko pladze kołtunowej prawo austriackie, bo nie tylko że na wniosek DIETLA rozkazało lekarzom rządowym wziąć udział w zbadaniu kołtuna według programu, przez tegoż uczonego wypracowanego, nietylko że wyniki tych badań, które kołtun raz na zawsze z liczby chorób wykreśliły, prawomocnemi uczyniły; lecz jesz-

cze gorąco zaleciło komisji *ad hoc*, aby przedsięwzięła środki przeciwko szkodliwym skutkom przesądu kołtunowego i wydała na koszt rządu popularne pismo dla ludu, któreby ciemne umysły oświeciło i przystępnie przedstawiło zgubne następstwa dla zdrowia i czystości, jakie z dowolnie wywołanego zjawiska, kołtunem zwanego, wypływają. (Mimo wolnie przychodzi tu na myśl porównanie powyższej działalności w kwestyi kołtuna prof. i dyrektora kliniki krakowskiej DIETLA w roku 1857 — z wystąpieniem w tejże kwestyi prof. i dyr. kliniki Warsz. ANDRZEJEWĄ w roku 1874 i 1875). Wobec takich warunków nie dziwnego, że kołtun w państwie Austriackiem zredukowany został do takiego minimum, o którym i mówić nie warto.

Interesujący jest wypadek, jaki nam SEGEL<sup>6)</sup> pod tym względem opisuje. Gdy rząd austriacki w r. 1859 kazał spisywać kołtunowych, i rozeszła się wieść między ludem że od każdego kołtuna nałożony będzie podatek, komisya rewizyjna znalazła wiele głów, świeżo ostrzyżonych, lecz bardzo mało kołtunowatych, bo posiadacze kołtuna bez namysłu udali się do nożyc, aby się od podatku uwolnić, a spełnienie tego heroicznego czynu bynajmniej im nie zaszkodziło.

Na nieszczęście u nas w Królestwie daleko tępiej szło z kołtunem. Los zrządził, że lekarzem, posiadającym zaufanie namiestnika Królestwa był najzaciętszy do *nec plus ultra* wyznawca, propagator i opiekun kołtuna (rok 1839). Nie trudno się domyśleć, że tu o OCZAPOWSKIM jest mowa, który grube, może najgrubsze dzieło, jakie kiedykolwiek o kołtunie napisane zostało, właśnie namiestnikowi poświęcił. Za głosem OCZAPOWSKIEGO poszli niektórzy lekarze rządowi, a w szczególności inspektorowie główni służby zdrowia w Królestwie. Z tego powodu przesąd kołtunowy tak silnie u nas się utrwalił, że po dziś dzień w ustawie poborowej do służby wojskowej znajdujemy wzmiankę o jakimś kołtunie. Czytamy bowiem w obowiązującej dotąd ustawie z r. 1874, że od służby wojskowej uwalnia tylko kołtun z w i d o c z n y m r o z s t r o-

<sup>5)</sup> Karol Marcinkowski. Uwagi nad historią i naturą kołtuna. Kraków 1836 str. 56.

<sup>6)</sup> Segel. O kołtunie (tłumaczenie z Allgem. Wiener medic. Zeitung. Nr. 47. Pamiętnik Tow. Lek. Warsz. t. XLVII str. 255.)

jem czyli zaburzeniami w odżywianiu (kołtun s oczewidnym rozstrojstwem pitania). Późniejsze postanowienie ministeryum wojny z r. 1875 Nr. 269 przepis ten utrzymało. Widzimy więc, że przewileje kołtuna pod względem uwalniania od wojska już się i u nas skończyły, gdyż tylko widoczny rozstrój odżywiania ma ten przywilej—a więc popisowy, który tego nie okazuje, nawet z łokciowym kołtunem do służby wojskowej może być przyjęty.

Wspomnieć jeszcze wypada o zbrataniu się nałogowego pijaństwa z kołtunem <sup>1)</sup>, które należało dawniej do liczby tysiącznych objawów, przypisywanych kołtunowi. Nałogowy pijanica w oczach ogółu był usprawiedliwiony i nie ściągał na siebie zasłużonej pogardy, jeżeli miał kołtun; nawet zjednywał sobie współczucie, bo powodem jego zbydłecenia była potęga od niego niezależna—straszna choroba—kołtun!

#### ROZDZIAŁ XI.

Ogólny rzut oka na rozwój pojęć o kołtunie. Kołtun i higiena ludu oraz cel główny pracy obecnej.

Nie ulega wątpliwości, że w czasach przedhistorycznych i przedkulturalnych, w których grzebień nie był znany, u ludów, mających włosy proste i długie, kołtun musiał być zjawiskiem stałym. Wobec tego niewątpliwego faktu kołtun i dziś jeszcze stanowi u ludów dzikich zwyczajne zjawisko, któremu żadnego chorobowego znaczenia tak dawniej, jak i obecnie nie przypisywano, chociażby dlatego, że zarówno chore, jak i zdrowe indywidua bywają jego posiadaczami. Gdy w miarę postępu cywilizacji grzebień i poczucie czystości wytwarzanie się kołtuna znacznie zmniejszyło, odejmując mu tym sposobem cechę powszechnego zjawiska, wtedy to prawdopodobnie zaczęto zwracać uwagę na sam kołtun i dochodzić przyczyn, będących jego powodem. Ponieważ kołtun, ze względu na swą szpetność, na robactwo i odrażającą woń, zawsze wstrętne czynić musiał wrażenie, przeto nic dziwnego, że w czasach odległych

wytwarzanie się jego przypisywano siłom nieczystym: djabłom, czarownicom, zmorom, strzygom — i tym sposobem powstała pierwsza o kołtunie demoniczna teoria, która bynajmniej nie jest gorsza od wszelkich innych, przez wyznawców kołtuna do niedawna wygłaszanych teorii (np. teoria prof. ANDREJEWA).

W późniejszych czasach niewątpliwe znajdujemy dowody w kronikach, że zachodnia Europa—w szczególności ziemie nadreńskie — daleko wcześniej (w wieku XII), niż wschodnia, przez kołtun opanowana była. Że kołtun znany był wprzód u Germanów, niż u Słowian (mowa tu o czasach historycznych), i że się posuwał od zachodu na wschód, a nie odwrotnie, jest to faktem, najgruntowniej na podstawie źródeł wykazany <sup>2)</sup>. Z tego powodu daleko właściwsza byłaby dla kołtuna nazwa „*plica germanica*”, jak niejeden nawet z niemieckich autorów go nazwał, aniżeli „*plica polonica*”. We dwa wieki później (w w. XIV) spotykamy kołtuna w Czechach, a niewcześniej, niż w ostatniej ćwierci XVI w. (między r. 1675 a 1695) w Polsce. W owym to czasie na kołtuna zapatrywano się nie jako na chorobę, lecz jako na talizman, który każdego, kto się z nim nosił, od wszelkich chorób miał zabezpieczać. W tej to postaci kołtun do nas się wcisnął — jako talizman przeciw przymiotowi (francy), wielkie podówczas siejącemu w Polsce zniszczenie (patrz wyżej).

Wiek 17-ty cechuje się to stopniowem wzmaganiem się, to coraz słabszem występowaniem przesądu kołtunowego. W tym czasie kołtun zaliczono do rzędu chorób i starano

<sup>2)</sup> Rosenbaum. Weichselzopf eine alte endemische Krankheit in Deutschland 1838. Przeciwno Rosenbaumowi zajadłe wystąpił Lessnig (autor historii medycyny) w artykule: Ist der Weichselzopf wirklich eine ursprünglich deutsche Krankheit? Wskutek wystąpienia Lessinga, który żadnego dowodu historycznego nie przytoczył, ogłosił Rosenbaum artykuł w Schmidts Jahrbüch. (Band XXV p. 291—296, r. 1840), w którym jeszcze więcej dowodów przedstawił i ostatecznie wykazał, że kołtun daleko wcześniej w Niemczech, niż w Polsce, był znany. Również zwrócił uwagę, iż wyraz „Weichselzopf” jest przekręceniem wyrazu „Wichtelzopf” (Zopf des Wichtel).

<sup>1)</sup> L. Perzyna pisze w swoim „Lekarzu dla włościan” 1379 r. „Polubił gościec (kołtun) wódkę”.

się ująć go w różne, nieraz dziwaczne, a nawet śmieszne wrzekomo naukowe formuły, wskutek czego powstało takie zamieszanie, tyle sprzecznych z sobą poglądów, że trzech blisko wieków potrzeba było, aby z tego chaosu wybrnąć i prawdę od fałszu rozróżnić. Chociaż już dość wcześnie (r. 1660) przenikliwy umysł DAVISSONA pierwszą do tego utorował drogę. Znakomity ten lekarz—z urodzenia szkot—przebywał w Polsce w charakterze nadwornego lekarza króla Jana Kazimierza i Maryi Ludwiki od r. 1651 do 1668 (lat 17) i przez ten czas obciął przeszło 10000 kołtunów, nie zauważwszy żadnych złych z tego następstw dla chorych. Chociaż w późniejszym czasie zupełnie o DAVISSONIE zapomniano, i przesąd znowu wziął górę nad trzeźwą obserwacją, wszelako od tej pory widzimy już stale dwa silnie ścierające się stronnictwa: zwolenników i przeciwników kołtuna, czego do czasów DAVISSONA nie było, istnieli bowiem przedtem tylko sami holdownicy kołtuna. Do tych ostatnich, t. j. zaciętych krzewicieli przesądu kołtunowego, należeli u nas: LAFONTAINE, OZAPOWSKI, Józef FRANK, który przesąd kołtunowy w Wilnie na czas długi utwierdził.

Jako przeciwnicy kołtuna, którzy swemi rozstrzygającymi pracami z nauki go wyrugowali, są: BESCHORNER, którego praca, na 5327 przypadkach kołtuna się opierająca, sprawiła stanowczy upadek kołtuna w Niemczech, oraz HAMBURGER i HIRSCH, we Francji ARMAND, HEBRA w Wiedniu, DIETL w Krakowie i LWOWIE, SZOKALSKI w Warszawie i ADAMOWICZ w Wilnie. Ogłoszenie konkursu przez Wileńskie towarzystwo lekarskie, jeszcze w r. 1805 ustanowionego, a w r. 1855 wznowio

nego, było tylko spełnieniem i uszanowaniem woli ofiarodawcy (EUSTACHEGO hr. TYZENHAUZA) nagrody, a nie dowodem wątpliwości, jakaby Towarz. lekar. Wileńskie pod względem istnienia kołtuna jako choroby mieć wówczas mogło, czego też i sformułowanie samego zadania konkursowego dowodzi: „kto istnienie choroby kołtuna dowiedzie, lub też jej istnienia dowodnie zaprzeczy”.

Jako najważniejsze zadanie swej pracy o kołtunie autor uważał: przedstawić kołtuna z punktu widzenia fizyologiczno-doświadczalnego, albowiem z tego punktu widzenia kwestya kołtuna wcale rozpatrywana nie była,—a to z powodu braku danych pod względem fizyologii włosa, a ściślej mówiąc, braku wyjaśnienia fizyologicznej roli, jaką włos ukształtowany — czyli już wyrosnięty, zrogowaciały dla ustroju odgrywa; następnie wykazać: na czem polega istota zwickłania się i rozszczepiania się włosów i inne mniej ważne kwestye, które zostały po raz pierwszy naukowo w pracy DOBRZ. wyjaśnione.

Autor kończy swą pracę następującemi słowy: „Gdyby z kwestyą kołtuna nie była ściśle złączoną inna, nieskończenie ważniejsza, jak rozwiązanie pytania: czy kołtun jest chorobą czy nie? t. j. kwestya higieny ludu, nie byłibyśmy nigdy przedsięwzięli niniejszej pracy”.

I w tej właśnie szlachetnej pobudce, dla której DOBRZYCKI swą pracę przed 30 laty przedsięwziął i z takim talentem i sumiennością ją wykonał, leży jego największa zasługa — jako inicjatora i jednego z najpierwszych działaczy na polu i dziś jeszcze — zaledwie kielkującej—higieny naszego ludu!

*Julian Majkowski.*

#### PROGRAM OBCHODU JUBILEUSZOWEGO:

- 1) Przemówienie Prezesa Komitetu. 2) Przemówienie Przed. Tow. lekarskiego. 3) Przemówienie Przed. Tow. higienicznego. 4) Przemówienie Przed. Sanator. w Rudce. 5) Przemówienie Przed. Tow. Zach. Sztuk Pięk. 6) Przemówienie Przed. Tow. muzycznego. 7) Przemówienie Przed. Tow. Zam. Pies. Sk. 8) Przemówienie Przed. Stow. Lek. Polsk. 9) Przemówienie Redakcyi Zdrowia. 10) Przemówienie Redakcyi Gazety Lekar. 11) Przemówienie Redakcyi Med. i Kron. Lek. 12) Wręczenie jubilatowi funduszu zebran.

Do dzisiejszego numeru dołącza się prospekt Zakładu leczniczego „Altwater”.