

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

w Warszawie:	{	rocznie.....	rs. 5	na prowincyi	{	rocznie.....	rs. 6
		półrocznie.....	2 kop. 50	i w Cesarstwie		półrocznie.....	„ 3
		kwartalnie.....	„ 1 „ 25	z przesyłką:			

**TREŚĆ:** Studya kliniczne nad leczeniem suchot płucnych. Podał Dr. A. Sokołowski, z Goerbersdorfu. (Ciąg dalszy).—Sprawozdania z posiedzeń Towarzystw lekarskich. Towarzystwo lekarskie warszawskie. Posiedzenie z d. 6 i 20 Czerwca r. b.—Odełek. Listy z podróży. List II z Wiednia. Skreślił Dr. G. FRITSCH. — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Białaczka ostra. Wyleczenie zacieśnionej przepukliny działaniem eteru siarczanego i wdmuchywaniem powietrza.—Kronika miejscowa. Choroby panujące w m. Czerwcu r. b.—Ogłoszenia.

## STUDYJA KLINICZNE NAD LECZENIEM SUCHOT PŁUCNYCH.

Podał Dr. Alfred Sokołowski, Lekarz przy Zakładzie leczniczym dla chorób piersiowych w Goerbersdorfie.

### II.

Trzy przypadki suchot płucnych daleko posuniętych, z zejściem pomyślnem.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 14, 15 i 17).

Wypada nam obecnie bliżej się zastanowić i rozebrać szczegółowo całe leczenie o którym wielokrotnie wspominaliśmy w poprzednim rozdziale. Leczenie nasze składa się z kilku ściśle z sobą związanych czynników, z których najglówniejszą rolę odgrywa metodyczne użycie górskiego powietrza, odpowiednia dyjeta odżywcza i właściwe hydropatyczne postępowanie w pewnych ściśle określonych postaciach chorobowych.

Całe więc leczenie właściwie mówiąc jest ściśle zaokrągloną metodą leczniczą, którą dziś powszechnie w Niemczech nazywają metodą Goerbersdorfską. Twórcą jej jest Dr. Hermann BREHMER, właściciel i dyrektor zakładu leczniczego w Goerbersdorfie. Poglądy swe na istotę, przyczyny i leczenie suchot płucnych wyłożył on już w roku 1853 w swej inauguralnej rozprawie <sup>1)</sup> oraz w późniejszej obszernej pracy. <sup>2)</sup>

W rozprawie B. utrzymuje że „suchoty płucne resp. gruźlica są tylko wyrażeniem (*Ausdruck*) stale i ciągle upośledzonego odżywiania płuc resp. całego ustroju.

Upośledzone zaś odżywianie płuc jest wynikiem wrodzenie małego serca <sup>3)</sup> suchotników, z każdym bo-

<sup>1)</sup> BREHMER *De legibus ad initium atque progressum tuberculosis pulm.* etc. Berl. 1873.

<sup>2)</sup> *Die Chronische Lungenschwindsucht und Tuberculose der Lungen. Ihre Ursache und ihre Heilung.* Dargestellt v. Dr. H. BREHMER 2 Auflage. Berlin 1869.

<sup>3)</sup> Opierając się na spostrzeżeniach anatomo-patologicznych LOUIS i ROKITANSKY'EGO.

wiem skurczem serca zamało krwi dostaje się do płuc i całego ustroju, a przez to odżywianie płuc i całego ciała musi być w następstwie upośledzonym i zwolnionem. BREHMER rozbierając dalej w swem wyżej przytoczonym dziele rozprzeźnienie się suchot po kuli ziemskiej przychodzi do wniosku, że główną przyczyną niebytności albo bardzo słabego rozwoju suchot płucnych w miejscowościach wysoko położonych (górkich) jest znajdujące się tam ciągle w skutek zmniejszonego ciśnienia barometrycznego więcej lub mniej (stosownie do wzniesienia) rozrzedzone powietrze, które zawsze i stale działa na układ naczyniowy (cyrkulacyjny) zwiększając ilość skurczów serca, a tem samem w daną jednostkę czasu płuca i cały ustrój otrzymują więcej krwi a wynikiem tego jest polepszenie i przyspieszenie ogólnego odżywiania.

Wychodząc więc z tego naprzód postawionego twierdzenia B. przy leczeniu suchot płucnych lub usposobieniu do tychże podał jako środek stanowczo działający rozrzedzone powietrze t. j. przebywanie w powietrzu górkim w miejscowościach, w których suchoty płucne wcale nie istnieją lub pojawiają się bardzo rzadko. Obok tego czynnika stale działającego, przez odpowiednią wzmacniającą dyjetę należy wpływać na polepszenie ogólnego odżywiania, a za pomocą zimnych natrysków (dusz) starać się o zahartowanie ustroju przeciw wrodzonej wrażliwości na zmiany atmosferyczne.

Cały zaś systemat leczniczy odbywać się winien w zakładzie leczniczym, gdzieby chorzy ciągle byli pod opieką i ścisłą kontrolą lekarską. Myśli wypowiedziane w swem dziele B. szybko wprowadził w czyn, założywszy w roku 1859 zakład leczniczy dla chorób piersiowych w Goebersdorfie na Szląsku dolnym. O ile zaś leczenie jego okazało się racjonalnem najlepszym dowodem jest ciągle wzrastający rozwój zakładu Goebersdorfskiego, oraz powstawanie zakładów leczniczych opartych na zasadzie Brehmerowskiej jako to w *Davos* w Szwajcarji, *Ausee* w Styryi, *Faalkenstein* w górach *Taurus* (pod Frankfurtem nad M.) oraz nowo powstający (o ile mi wiadomo) zakład w Szwarewaldzie w Badańskim <sup>1)</sup>.

<sup>1)</sup> Właściwie mówiąc *Davos*, *Ausee* i *Falkenstein* nie są zakładami leczniczymi w ścisłym znaczeniu wyrazu, lecz tylko miejscowościami w których leczenie suchot płucnych odbywa się podług zasad BREHMEROWSKICH, brak im zaś ważnego czynnika to jest ścisłej kontroli lekarskiej jaka istnieje w Goebersdorfie. Owa ścisła kontrola polega na tem, że każdy chory zależnie od swego stanu ma ściśle przepisane dni i godziny w których wychodzić lub wyjeżdżać może, ściśle przepisaną i kontrolowaną dyjetę, oraz że jest regularnie od czasu do czasu zależnie od uznania lekarskiego badany. Postępowanie takie tj. kontrola jest przy leczeniu chorób płucnych niesłychanej wagi, zważywszy na to, że znaczna większość chorych piersiowych jest lekkomyślną pomimo nieraz daleko posuniętej choroby. Każdy sumienny lekarz który dużo miał do czynienia z choremi płucnymi z pewnością odda mi pod tym względem słuszność—a tym zaś którzy potępią ową racjonalną zasadę nazywając ją systemem przymusu radzę niezapominać słów Felixa NIE-

Rozpatrując krytycznie teorię BREHMER'A o suchotach płucnych łatwo spostrzeżemy, że w dzisiejszym czasie nie może ona wytrzymać ściślejszej krytyki naukowej z powodu zarzutów które jej uczynić można i tak:

1) W r o d z o n a m a ł o ś ć serca jakkolwiek daje się spostrzegać u suchotników to jednak tylko w mniejszości przypadków, w większej zaś liczbie spostrzegamy u zmarłych suchotników z a n i k s e r c a (*atrophia cordis*) idący w parze z ogólnym zanikiem wszystkich tkanek ustroju.

2) Rozrzedzone powietrze *resp.* klimat górski nie zawsze i nie u wszystkich osobników powodza przyspieszenie ruchów serca. <sup>5)</sup>

3) Suchoty płucne nie we wszystkich przypadkach (jak starałem się to wykazać w pierwszej części) są wynikiem ogólnie upośledzonego odżywienia (suchoty ustrojowe), w wielu bowiem razach są chorobą nabytą. Zresztą punkt ten jest jeszcze do dziś w nauce spornym. Pomimo że B. teorię swoją o suchotach płucnych oparł na fałszywej podstawie <sup>6)</sup>, s t w o r z y ł j e d n a k ż e z n a k o m i t e l e c z e n i e i s ł u s z n i e p o d t y m w z g l ę d e m n a l e ż y m u s i ę o d d a ć u z n a n i e j a k i e g o t e ż d z i s i a j p o w s z e c h n i e n i e m a ł s i ę d o c z e k a ł, n a w e t o d t y c h k t ó r z y z o s t r e m i z a r z u t a m i w y s t ę p o w a l i p r z e c i w j e g o t e o r y j o m (p r o f. L E B E R T, v. M A Y E R, R H O D E N i i n n i) i s ą d z ę ż e s ł u s z n i e n a z w a ć g o m o ż n a „r e f o r m a t o r e m w l e c z n i e t w i e s u c h o t p ł u c n y c h”.

Na początku i w ciągu niniejszej pracy podałem przykłady dowodzące bezspornie znakomitych wyników z powyższego leczenia, obecnie zaś przystępuję do kolejnego rozbioru oddzielnych czynników.

MEYERA który w swych odczytach o suchotach płucnych powiedział. „W każdym jednak razie, gdziekolwiek chorzy będą się znajdowali, główną rzeczą będzie, aby zawsze rozsądnie żyli i pozostawali pod nadzorem rozsądnego i surowego lekarza” („Die Hauptsache bleibt es jedenfalls, dass die Kranken, wo sie sich befinden verständig leben und unter der Aufsicht eines verständigen und strengen Arztes stehen”).

<sup>5)</sup> Staralem się na sobie samym sprawdzić o ile częstość bicia serca jest zależną od ciśnienia atmosferycznego; znaczny szereg spostrzeżeń doprowadził mnie do zupełnie ujemnych wyników. Jako przykład podaje tu szereg następujący:

Dzień	Godzina	Ciśnienie barometryczne	Tętno	Ciepłota w odbytnicy
9/II 76	11 wieczór	702,5	84	36,2, C.
10 II	8 rano	701,5	86	36,6
—	11 wieczór	702,0	78	36,4
11 II	8 rano	702,5	72	36,6
—	11 wieczór	703,5	72	36,2
12 II	8 rano	703,5	78	36,7
—	11 wieczór	706,5	74	36,3
13 II	8 rano	706,0	86	36,7
—	11 wieczór	706,0	72	36,2
14 II	8 rano	705,0	86	36,6
—	11 wieczór	706,5	76	36,2
15 II	8 rano	708,5	89	36,6
16 II	8 rano	702,5	80	36,5

Ciśnienie barometryczne mierzone dokładnym aneroidem zredukowanym do wzniesienia Goebersdorfskiego.

Dokładny maksymalny termometr KAPPELARA.

Ciepłota pokoju stale między 10 a 11° R.

<sup>6)</sup> Zresztą o ile mi wiadomo BREHMER ostatnimi czasy sam nawet odstąpił od swej teorii co do zwiększonej ilości uderzeń tętna pod wpływem rozrzedzonego powietrza, przypuszcza natomiast, że toż powietrze wywołuje pewne zmiany w rozdziale krwi sprowadzające przepełnienie małego krążenia, oraz że wpływa na ogólną szybszą przemianę materii.

## I. Leczenie powietrzem (*aerotherapie*) resp. klimatem górskim.

Najglówniejsze cechy klimatu górskiego są następujące.

1) Rozrzedzenie powietrza w rozmaitym stopniu zależnie od wzniesienia. 2) Zmniejszona bezwzględnie ilość wilgotności powietrza (*absolute Luftfeuchtigkeit*) resp. powietrze bezwzględnie suszsze. 3) Obecność znacznej ilości ozonu. Obok tych głównych cech klimat górski odznacza się jeszcze znacznem natężeniem promieni słonecznych, oraz nieznacznemi wahaniami ciepłoty w ciągu jednego i tegoż samego dnia w porównaniu z wahaniami równin. Zachodzi teraz bardzo ważne pytanie jak działa klimat górski na ustrój ludzki w ogóle, a na chorych płucnych w szczególe.

Pytanie to od lat kilkunastu do dziś dnia jest przedmiotem najwyższych sporów w nauce. Wszystkie jakie do dziś dnia pod tym względem były stawiane teoryje i przypuszczenia (a jest ich ilość bardzo znaczna) nie wytrzymują ścisłej krytyki naukowej. Tu należy teoryja BREHMER'A, wedle której ilość uderzeń serca się zwiększa, tem samym następuje szybsza przemiana materji w ogóle, a obfitość krwi w płucach przeszkadza zserowaceniowi tworów zapalnych sprawy suchotniczej <sup>1)</sup>; BRAUN'A <sup>2)</sup> o zwiększonej ruchliwości tlenu w rozrzedzonym powietrzu; KUNZE'GO <sup>3)</sup> o zmianie typu oddechania w rozrzedzonym powietrzu..... i tem podobne inne. Z nowszych prac pod tym względem zasługują na bliższą uwagę doświadczenia Prof. BERT'A w Paryżu nad rozrzedzonym powietrzem pomieszczone w pracy JOURDANET'A <sup>4)</sup>. Bardzo ścisłe i szczegółowe prace doświadczalne B. nad zwierzętami poddanemi działaniu rozrzedzonego powietrza w różnym stopniu, doprowadziły go do wniosków stanowczych: że ilość gazów krążących we krwi tętnicznej (a przeważnie tlenu) zmniejsza się znacznie ze zmniejszeniem ciśnienia atmosferycznego; trudno jednakże ściśle oznaczyć przy jakim ciśnieniu dopiero zaczyna się stanowczo pokazywać owa różnica, która jednakże wyraźnie występuje dopiero po zmniejszeniu ciśnienia o 19 do 20 centymetrów <sup>5)</sup>.

JOURDANET <sup>6)</sup> opierając się na własnych rozbiorach powietrza wydychanego u suchotników sądzi, że „u tych ostatnich następuje

<sup>1)</sup> BREHMER *Zur Aetiologie und Therapie der chronischen Lungenschwindsucht*. Berlin 1874.

<sup>2)</sup> BRAUN *Systematisches Lehrbuch der Balneotherapie*.

<sup>3)</sup> KUNZE *Wodurch wirken Höhengurorte auf Lungenschwindsucht*. Deut. Zeit. f. prak. Med. 1874. Nr. 1.

<sup>4)</sup> *Influence de la pression de l'air sur la vie de l'homme. Climats d'altitude et de montagne* par Dr. JOURDANET. Paris 1875. T. I str. 182—210.

<sup>5)</sup> Uważamy za stosowne przytoczyć tu kilka doświadczeń P. BERT'A (patrz tabelkę na str. 449).

<sup>6)</sup> JOURDANET *l. c.* T. I str. 57.

nadmierne utlenianie ustroju”, a tym sposobem opierając się na pracy wyżej przytoczonej BERT'A wnosi, że powietrze rozrzedzone działa na suchotników dobroczynnie w ten sposób, że spowodowując zmniejszenie prawidłowej sprawy oddechania (*action sous respiratoire*), tem samem sprowadza do rodzaju równowagi nadmierne spożywanie tlenu w przebiegu suchot płucnych.

Wreszcie inni autorowie jak RUEHLE <sup>1)</sup>, RHODEN <sup>2)</sup>, DÜHRRESEN <sup>3)</sup> i inni zaprzeczają górskiemu powietrzu właściwego działania na sprawę suchotniczą, przypuszczając, że powietrze górskie odznacza się tylko niezwykłą czystością.

Przeciw tym ostatnim przypuszczeniom istnieje szereg bardzo ważnych spostrzeżeń dowodzących, że suchoty płucne w miejscowościach wysoko położonych wcale nie istnieją, lub objawiają się stosunkowo bardzo rzadko. Spostrzeżenia te dały początek tak zwanej „*Immunitäts Frage*”, kwestyi spornej, która niesłychanie zaprzętała umysły i zaprzęta do dzisiaj lekarzy w ciągu ostatnich lat dziesięciu i również jak kwestyja działania rozrzedzonego powietrza sprowadziła mnóstwo różnorodnych poglądów i teoryj.

Za zbytczne uważam przytaczać tu wszystkie te różnorodne poglądy; ograniczę się tylko na wzmiance o dwóch najnowszych pracach w tej kwestyi.

Numer	Ciśnienie prawidłowe				Zmniejszenie ciśnienia				Zmniejszenie gazu na objętość		Na 100		
	Ilość gazu we krwi w 100 c. sz.				Ciśnienie	Gaz we krwi w 100 c. sz.				O	CO <sup>2</sup>	O	CO <sup>2</sup>
	O	CO <sup>2</sup>	CO <sup>2</sup> +O	CO <sup>2</sup> O		O	CO <sup>2</sup>	CO <sup>2</sup> +O	CO <sup>2</sup> O				
1	21,6	36,3	57,9	1,7	57C	18,6	35,4	54,0	1,9	3,0	0,9	13,8	2,5
2	21,5	35,0	56,8	1,5	56C	21,1	34,7	55,8	1,6	0,7	0,3	3,2	0,8
3	17,4	33,8	51,2	1,9	56C	15,5	28,0	43,5	1,8	1,9	5,8	10,9	17,1
4	16,9	45,7	62,6	2,7	56C	12,4	35,0	47,4	2,8	4,5	10,7	26,6	23,4
8	19,8	29,1	48,9	1,5	44C	16,3	23,3	39,6	1,4	3,5	5,8	12,6	19,9
15	19,4	48,4	67,8	2,4	31C	13,6	36,5	50,1	2,7	5,8	11,9	29,3	24,4
19	21,5	41,9	63,4	1,9	22C	10,7	22,0	32,7	2,0	10,8	19,9	50,0	47,5
21	20,8	46,1	66,9	2,2	17C	7,1	11,9	19,9	1,7	13,7	34,2	65,8	74,2

<sup>1)</sup> Prof. RUEHLE w *Handbuch der Speciellen Pathologie und Therapie* herausgegeben von ZIEMSEN V. Bd. 1874.

<sup>2)</sup> RHODEN w *Systematisches Lehrbuch der Balneotherapie* von J. BRAUN III Ausg. 1873.

<sup>3)</sup> Dr. DÜHRRESEN *Zur Frage der Behandlung der Lungenschwindsucht in der südlichen Klimatischen Winterkurorten und den Höhengurorten.* (*Deutsche Medizinische Vochenschrift*, Nr. 3, 6, 1876).

I tak JOURDANET <sup>1)</sup> w pracy swej bardzo cennej i niesłychanie sumiennie opracowanej poświęca obszerny rozdział rozbirowi tego spornego pytania. Praca jego tem bardziej zasługuje na uwagę, że autor długo bardzo przebywał w Meksyku <sup>2)</sup> badając wpływ tamtego *par excellence* górskiego klimatu u zdrowych i chorą dotkniętych, nietylko tamtejszych mieszkańców, ale i różnorodnych europejskich przybyszów. Wyniki ostateczne streszcza w następujący sposób:

1) W ogóle w Meksyku suchoty płucne są niesłychanie rzadkie na wysokościach powyżej 2000 metrów.

2) Suchoty płucne prawie zupełnie nie występują w klasie zamożniejszej <sup>3)</sup>.

3) Usposobienie do tej choroby pozyskane w innych miejscowościach znika zazwyczaj u ludzi młodych, którzy osiedlili się następnie w tych górskich miejscowościach.

4) Często spostrzegano zupełne wyleczenie u suchotników, którzy tę chorobę nabyli w innych miejscowościach.

Drugą pracę pod tym względem stanowi wydane w tych czasach sprawozdanie kommissyi specjalnie naznaczonej przez Towarzystwo przyrodnicze Szwajcarskie w celu zbadania stopnia rozprzestrzenienia się suchot płucnych w Szwajcaryi <sup>4)</sup>. W sprawozdaniu tem niesłychanie sumiennie opracowanym autorowie zwrócili uwagę nietylko na stosunek śmiertelności ze względu na różnorodne wzniesienie nad poziom morza, ale na wszelkie inne możliwe wpływy jako to wiek, warunki społeczne, różnorodne zajęcia i t. p.; oprócz tego oddzielnie zestawiono mieszkańców miast i wsi, oddzielnie też mieszkańców urodzonych w górach Szwajcarskich, jako też przybyszów, oddzielnie tych którzy nabyli suchoty w miejscu ostatniego zamieszkania lub gdzieindziej. Jednem słowem zestawiono szeregi tablic bardzo pouczające. Brak miejsca nie pozwala mi tu przytoczyć pewnych zestawień, ograniczę się więc tylko na przytoczeniu wniosków ostatecznych odsyłając po szczegóły do oryginału. Wnioski są następujące: 1) Że w Szwajcaryi ze wzrostem wzniesienia nad poziom morza stale się daje zauważyć zmniejszenie częstości suchot płucnych <sup>5)</sup>. 2) Że suchoty płucne występują na-

<sup>1)</sup> l. c. p. T. 1 str. 44—59.

<sup>2)</sup> Samo miasto Meksyk jest wzniesione na 7000 stóp nad poziom morza.

<sup>3)</sup> Jako przykład pod tym względem autor powiada że w ciągu swej 4 1/2 letniej praktyki lekarskiej w mieście Meksyku na 30,000 wizyt lekarskich które w ciągu tego czasu odbył spotkał wszystkiego sześciu suchotników.

<sup>4)</sup> *Die Verbreitung der Lungenschwindsucht in der Schweiz. Bericht der von schweizerischen Gesellschaft zu Untersuchungen darüber niedergesetzten Kommission, erstattet von ihrem Aktuar Emil MÜLLER. Winterthur 1876.*

<sup>5)</sup> Jak o tem przekonywa niniejsze zestawienie: I wysokość 200—400 metrów: śmiertelność na tysiąc 3,15<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. II wysokość 500—699 metrów śmiertelność na tysiąc 1,9<sup>0</sup>/<sub>00</sub>.

wet w najwyższych miejscowościach, ale bardzo rzadko. 3) Że w przecięciu najniżej położone miejscowości przedstawiają dwa razy tyle suchot płucnych, co najwyżej położone, po odjęciu zaś przypadków gdzie indziej nabytych przedstawiają różnicę jeszcze znacniejszą. 4) Że zmniejszenie się suchot ze zwiększeniem wysokości nie idzie w stosunku prawidłowo proporcjonalnym. Te zaś nieprawidłowe wahania zależą głównie od warunków społecznych, ludność bowiem przemysłowa przedstawia najmniej prawidłowy stopień zmniejszania się choroby, ludność zaś mieszana w ogóle przedstawia bardzo prawidłowy stopień zmniejszania się suchot, podczas gdy ludność rolnicza już na stosunkowo nieznacznych wzniesieniach przedstawia najniższe stopnie odsetkowe suchot płucnych.

W Goebersdorfie i jego okolicy (parafia Langwaltersdorf powiat Waldenburgski) położonych na wysokości 1700' w górach Olbrzymich suchoty płucne występują niesłychanie rzadko. We wsi Goebersdorf liczącej przeszło 500 mieszkańców w ciągu mego tu przeszło dwuletniego pobytu spostrzegąłem dotychczas u mieszkańców jeden przypadek suchot płucnych, chociaż warunki społeczne tychże nie są świetnymi.

W Karpatach suchoty płucne u mieszkańców tamtejszych mają być również niesłychanie rzadkimi, jak o tem mi wspominał Prof. CHAŁUBIŃSKI dokładnie znający tamtejsze okolice.

(d. c. n.)

## Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich.

### TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenia zwyczajne z d. 6 i 20 Czerwca 1876 r.

Na pierwszym z wyżej wymienionych posiedzeń kol. KURCZYŚ odczytał kilka uwag nad przypadkami durzycy brzusznej dostrzeganej w ciągu ubiegłego roku. Z powodu ważności poruszonego tą skromną nazwą przedmiotu, zmuszeni jesteśmy szczegółowo nad nim się zastanowić. Na wstępie kol. KURCZYŚ ubolewa, że nie istnieje pomiędzy lekarzami miasta naszego należyte porozumienie w celu badania panujących chorób, ażeby obznajmiać publiczność lekarską ze stanem epidemicznym miasta i kraju. A jednak badanie tego co od dawna pod nazwą *genius epidemicus* rozumiemy ma niesłychaną w praktyce lekarskiej doniosłość i tylko zbiorowemi siłami może być dokonywane. Podniesienie tej kwestyi w chwili obecnej tem bardziej jest jeszcze na czasie, że te-

III wysokość 700—899 metrów śmiertelność na tysiąc 1,0<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. IV wysokość 900—1099 metrów śmiertelność na tysiąc 1,2<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. V wysokość 1100—1299 metrów śmiertelność na tysiąc 1,9<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. VI wysokość 1300—1499 metrów śmiertelność na tysiąc 0,8<sup>0</sup>/<sub>00</sub>. VII wysokość 1500—1800 metrów śmiertelność na tysiąc 1,1<sup>0</sup>/<sub>00</sub>.

raz właśnie odbywa się u nas nowy przełom w stosunkach epidemicznych, gdyż w miejscu panującej dotąd durzycy brzusznej, na tle mallarycznym występować zaczyna durzycę wysypkową, której ciężkie przypadki coraz częściej bywają napotykanne w szpitalach i w prywatnej praktyce lekarskiej. Napomknąwszy o tej okoliczności kol. Kurcuzsz zwraca baczność uwagę na ubiegłe lata i nadmienia, że już od kilku z nich lekarze Warszawscy zaznaczają zwiększenie się liczby przypadków zimnicy. W początkach tego zwiększenia, które poniekąd zasługiwało na nazwę epidemii chociaż miało charakter wyraźnie miejscowy, przypadki owe przedstawiały się w znacznej części jako gorączki ciągłe, występujące w najrozmaitszej i najdziwniejszej nieraz postaci. Rozpoczęły się dreszczem lub bez dreszczu, przedstawiały typ ciągły (*continuus*) lub zwalniający (*remittens*), trwały od kilku do kilkunastu dni i kończyły się już to nagle już też stopniowo i zwolna. Bardzo często towarzyszyły im zaburzenia miejscowe w rozmaitych narządach ustroju, szczególnie w sferze nerwowej i w przewodzie pokarmowym. Ogólną zaś cechą wszystkich tych przypadków było zaraz z początku występujące znaczne, miękkie obrzmienie śledziony, zwykle nie bolesne, oraz ta okoliczność, że chinina nawet w znacznych dawkach napadów nie przerywała, lubo nie pozostawała bez wpływu na dalszy ich przebieg i charakter. Przypadki o których mowa naliczniej pojawiały się ku końcowi lata 1872 i na wiosnę 1873 r., a już z końcem lata tegoż roku stawały się coraz rzadszemi i w jesieni prawie zupełnie znikły; ale zato coraz wyraźniej występowały choroby noszące na sobie cechę zatrucia bogiennego (*intoxicatio pallidinosa*) odznaczonego słabem natężeniem przewlekłej zwykle gorączki, oraz nie takim już jak poprzednio, lecz twardem i bolesnem nabrzmieniem śledziony. I tutaj także stan taki rzadko występował sam przez się ale zazwyczaj na tle jego ogólnem ujawniało się jakieś cierpienie miejscowe, które głównie zwracało na siebie uwagę pomimo iż jego doniosłość mniejszego zwykle bywała znaczenia. Najczęstszemi bywały tu zboczenia w sferze trawienia, np. przewlekłe nieżyty żołądka i kiszek, którym nieodłącznie prawie towarzyszyło obrzmienie i stwardnienie wątroby. Dalej społecznie z poprzedniemi występowały nieżyty dróg oddechowych a nawet nieraz głębiej w miąższ płuc sięgające chorobowe sprawy oraz liczne objawy powikłań nerwowych. Cechą ogólną wszystkich tych zakłóceń była niesłychana ich uporeczywość i zupełna bezkuteczność chininy. Jedyne tylko srodek, który nie zawodził polegał na zmianie miejsca pobytu. Wyjazd z Warszawy mianowicie w góry już sam przez się bywał dostatecznym i powodował łatwo wyrównywanie się nawet powikłań. Zaznaczyć też wypada, że nie tylko w chorobach przewlekłych przebiegało ono tło mallaryczne, ale i w ostrych czy to zakaźnej czy zapalnej przyrody. Objawiało się ono przedewszystkiem niezwykłym i nieprawidłowym przebiegiem gorączki i obrzmieniem śledziony przy postaciach chorobowych, które same przez się takowego nie powodują, jak niemniej pomysłnym w owych ostrych postaciach wpływem wielkich dawek chininy na przebieg całego cierpienia. W ten sposób powikłane ukazywały się najczęściej choroby wysypkowe ostre, zapalenia płuc czy to krupowe czy nieżytowe, gościec, róża i t. p. Na szczególną uwagę jednak zasługuje fakt przez wszystkich lekarzy Warszawskich stwierdzony, że w owym czasie w obec wielkiej mnogości przypadków przewlekłego zakażenia bagiennego przypadki typowe czystej zimnicy przepuszczającej (*f. intermittens*) nader były rzadkie. Częściej dopiero poczęły się one pokazywać przy końcu zeszłego roku, współczesnie z przypadkami powikłania durzycy brzusznej z zimnicą i podobnie jak ta ostatnia trwają bez przerwy aż do chwili obecnej.

Zebrawszy wszystkie poczynione wówczas postrzeżenia przychodzimy do wniosku, że ludność Warszawy oraz jej okolice począwszy od r. 1872 znajduje się pod wpływem obficie wytwarzającego się zarazka błotnego (mallarycznego), i że pod jego działaniem wytworzyła się epidemia zimnicy przejawiająca się jednak w sposób nieco odmienny od dawniej dostrzeganych epidemij tego cierpienia. Początek jej, jak widzieliśmy powyżej, odpowiadający ostremu zakażeniu bagiennemu obfitował w gorączki ciągłe, a zwłaszcza przepuszczające. Później zaś nastąpiło zakażenie przewlekłe, pod wpływem którego typowa przepuszczająca zimnica zwolna się zatarła, ustaliły się ciągłejsze mallaryczne postaci oraz owa skłonność do najrozmaitszych mallarycznych powikłań. Skłonność ta jednak uwydatniła się osobiście i w sposób uderzający w obec gromadnie występującej durzycy brzusznej w bieżącym roku. Z połączenia się czy też przypadkowego zejścia się na jednym osobniku tych dwóch postaci zakaźnych z zimnicą i durzycą tak wybitnie różniących się pomiędzy sobą, a jednak pod wieloma względami do siebie podobnych, powstały obrazy kliniczne niezmiernie urozmaicone z jakimi nie spotykamy się dotąd ani w podręcznikach terapeutycznych, ani w kazuistyce lekarskiej. Co więcej—istniało dotąd przekonanie, zdaniem niektórych autorów, że o ile częstymi są epidemie zimnicy obok durzycy wysypkowej, o tyle znów obok durzycy brzusznej są rzadkie. O ile spostrzegając w ciągu ubiegłego roku kilkadziesiąt takich powikłań, kol. KURCYSZ mógł sobie o nich wyrobić ogólniejsze pojęcie, przypadki te rozdzielały się na dwie wybitne grupy, stosownie do tego czy powikłanie zimnicze występowało głównie w początku czy też w końcu choroby. W pierwszym razie choroba rozpoczyna się od gorączki wyraźnie przepuszczającej zimniczej, która następnie przybiera ciągły durzycowy charakter, w drugim zaś zwyczajna durzycą brzuszną przechodziła w napady zimnicze i powoli się wyrównywa. Na okazanie tej dwojakiej właściwości autor przytoczył w swoim przykładzie dwa bardzo dokładne kliniczne spostrzeżenia, objaśnione graficznym obrazem gorączki, których tu dla braku miejsca załączyć nie możemy, a ostatek wyniki z poczynionych spostrzeżeń w klinice profesora LAMBLA oraz w swej prywatnej praktyce zebrał w punkta następujące: 1) Pod wpływem panującej w mieście naszym w ostatnich czasach mallaryi durzycą brzuszną przedstawiała się w odmiernej nieco postaci niż poprzednio a to w skutku zejścia się obu tych postaci chorobowych na jednym osobniku. 2) Zmiany w obrazie klinicznym durzycy tym sposobem zmienionej polegały na wystąpieniu pewnych cech cierpieniom mallarycznym właściwych, a mianowicie a) na znacznem obrzmieniu sledziony twardej i nie bolesnem, b) na zmianach przebiegu gorączki, która bądź w początku bądź w końcu choroby przedstawiała się jako przepuszczająca (*intermittens*) a niekiedy nawet zachowywała tenże typ w ciągu całej choroby, c) na długotrwałości i uporczywości cierpienia, które z choroby o przebiegu mniej lub więcej określonym i przewidywac się dającym, przechodziła w postać niestałą i chimeryczną; d) nakoniec że w ten sposób zmieniona gorączka durzycowa ustępowała przeważnie pod działaniem tych wpływów, jakie do pomżtrzymania gorączki bagiennej najwięcej przyczyniać się zwykły, jak zmiana miejsca pobytu i arsenik. Jaki zachodzi stosunek w tej postaci pomiędzy zarazkiem durzycy i zakażenia bagiennego trudno jest stanowczo oznaczyć. Najprawdopodobniej osobniki podlegały współcześnie obu wpływom. Jakkolwiek różnaitość w postaciach klinicznych tego zespolenia była nader wielką, dawały się jednak rozróżnić w przebiegu każdej z nich trzy okresy: początkowy, główny i końcowy. Pierwszy występował często jako gorączka przepuszczająca a niekiedy oprócz

zwykłych durzycy zwiastunów brakło go zupełnie. Drugi przedstawiał się jako gorączka ciągła z małemi zwolnieniami dobowemi, w których jednak ciepłota nie opadała niżej 39° i trwał 2—3 tygodni. Jeżeli w tym okresie pojawiały się inne jakie peryjodyczne zjawiska, to nie były nigdy nacechowane zmianami ciepłoty. Okres końcowy odznaczał się przepuszczeniem albo zupełnem zwolnieniem i przedstawiał się bardzo rozmaicie z wyjątkiem cechy ogólnej kolejnego po sobie następowania zwolnień i nasilen gorączki. I tak albo miewało miejsce codziennie wieczorne nasilenie, albo po jednodniowem zwolnieniu objawiało się kilkoldniowe pogorszenie a ilość takich napadów bywała bardzo rozmaita. W ogóle okres ten trzeci ze względu na powyższe napady rozpadał się na dwa oddzielne typy: z walniający i przepuszczający. Co do złośliwości durzycy bagiennej, to ta nie była wielką. Wprawdzie zdarzały się tu i owdzie przypadki śmierci, ale dotykały one przeważnie albo osoby bardzo młode albo zgrzybiałe. Kol. KURCZYŚ miał śmiertelność bardzo małą, gdyż na 47 przypadków stracił tylko jednego 10-letniego chorego.

W sprawozdaniu naszym z posiedzenia, o którym mowa, pomijamy obszerną rozprawę nad powyższą ciekawą pracą, a to z powodu iż postanowiono na jednym w przyszłych posiedzeń ogólnie panujące stosunki malaryczne w Warszawie obszerniej poddać dyskusyi. Nie możemy jednak pokryć milezeniem przemówienia prezydującego z powodu wstępu którym kol. KURCZYŚ rozpoczął swą mowę. Prezydujący uznaje, że do badania panujących chorób nie wystarczają pojedyncze siły, że praca ta wchodziła w zakres towarzystw lekarskich zaniedbaną została przez nasze towarzystwo w ostatnich latach. Nie tak było dawniej, a mianowicie w długim okresie czasu między 1833 i 1853 rokiem, w którym tego rodzaju studia chociaż bezowocne, stanowiły jedno z głównych zajęć towarzystwa. Składało się ono w owym czasie wyłącznie z lekarzy szpitalnych i praktycznych miasta, mających bardzo szerokie pole do spostrzeżeń. Istniał też w towarzystwie osobny komitet, który peryjodycznie się zbierał i nagromadził ogromny epidemijologiczny materiał w protokołach naszego towarzystwa złożony. Najczynniejszym w tej całej sprawie był kol. NATANSON, który nie poprzestając na panujących chorobach w Warszawie, za sprawą Towarzystwa pourządzał w całym kraju naszym stacye obserwacyjne, zestawiał ich prace i takowe w tygodniku lekarskim, którego był założycielem i wiecej zasłużonym redaktorem, co dni 15 przez lat kilka ogłaszał. Na nieszczęście całemu temu krzątaniu się brakło naukowej podstawy i dla tego też nie doprowadziło ono do osobliwszej syntezy i znudziło wszystkich czezem nagromadzeniem faktów. Przyczyny tego były wielorakie; naprzód samo ówczesne stanowisko epidemijologii, powtóre niższy stopień naukowego wykształcenia naszej lekarskiej publiczności z powodu braku miejscowej szkoły, a raczej ludzi obowiązkowo trudniących się postępek lekarskiej wiedzy, a nakoniec z powodu mniejszego jak dzisiaj zbratania się medycyny z naukami przyrodniczymi, bez których samo spostrzeżenie panujących chorób nie nie poradzi. Ostatni lat dziesiątek wypełnił u nas w znacznej bardzo części wszędzie te braki, jest przeto nadzieja, że biorąc się na nowo do dzieła piękniejsze osiągniemy plony. W każdym zaś razie należy się koleddze KURCZYŚOWI podziękowanie, iż towarzystwo na dawną naprowadza drogę i przypomina mu kierunek jego właściwie odpowiedni zadaniu, który dla praktyki lekarskiej wielki obiecuje pożytek.

Ostatnie posiedzenie Towarzystwa przed tegorocznemi feryjami z d. 20 Czerweca było tak nie liczne, iż po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia, odroczone wszelkie naukowe czynności aż do 3 Września.

# O'DCINEK.

## L i s t y z p o d r ó ż y.

### II.

Wiedeń, d. 4 Czerwca 1876 r.

Pomiędzy studentami Wiedeńskimi najsilniej przedstawioną jest narodowość węgierska; w zesłem półroczu Węgry dostarczyły 322 studentów, co stanowi przeszło trzecią część ogólnej liczby; pomiędzy nimi bardzo wielu (może nawet większość) jest starozakonnych. Galicyja figuruje cyfrą 80, a w tej liczbie starozakonnych także jest wielu. Wszystkie audytoryja, zwłaszcza na odczytach obowiązkowych jak DUCHEK'A, HEBRY, BRAUN'A i t. p. tak są przepełnione, że przez to nie widzieć, a niewiele słyszeć można; zwłaszcza tak zwane wizyty chorych mało są korzystne. Kursa specjalne najczęściej 6-cio lub 8-mio tygodniowe, przeznaczone więcej dla lekarzy cudzoziemców, którzy tak licznie Wiedeń nawiedzają, mniej tłumnie są uczęszczane.

Grono profesorów medycyny składa się w Wiedniu z 23-eh profesorów zwyczajnych, 36-u nadzwyczajnych i 47-u privat-docentów, jeżeli do tego doliczymy trzydziestu asystentów, którzy wszyscy mają prawo do wykładu bez habilitowania się, to otrzymamy wysoką liczbę 136 u wykładających rozmaite gałęzie umiejętności lekarskich. Przy każdym asystencie jest kilku aspirantów, także ukończonych lekarzy, z pomiędzy których profesor asystenta sobie wybiera; obowiązek ten nie można pełnić dłużej jak 4 lata. W liczbie powyższej pominięci są profesorowie nauk przyrodniczych, którzy nie należą wcale do wydziału lekarskiego, a odczyty swoje nie w ogólnym szpitalu, ale w oddzielnie do tego przeznaczonym gmachu miewają. Klinika lekarska i chirurgiczna jest, jak wszędzie podwójna, klinika akuszeryjna potrójna (trzecia dla akuszerki). Klinik ocznych jest aż trzy w Wiedniu, z tych dwie prowadzone są przez profesorów zwyczajnych, a trzecia przez profesora nadzwyczajnego; każdy z tych specjalistów ma znowu swoją specjalność, którą ze szczególnem uprawia zamiłowaniem, i tak: ARLT celuje szczególnie w chorobach zapalnych i, pomimo podeszłego wieku, w operacjach ocznych, STELLWAG v. CARRION, niegdys profesor nieistniejącej już dzisiaj szkoły lekarskiej wojskowej Josephinum, zajmuje się najczęściej zboczeniami refrakcyi i akomodacyi i nakoniec JAEGER uprawia z zamiłowaniem i z wielkim dla nauki pożytkiem oftalmoskopiję; atlas jego oftalmoskopijny zakasował wszystkie dotychczas istniejące wykwintności i dokładnością wykonienia. W klinice CARIONA widziałem rzadki a pouczający przypadek porażenia mięśni akomodacyjnych oczu, które skutkiem przebytej błonicy (*diphtheritis*) nastąpiło. Chłopiec 7-o letni przeszedł błonicę gardzieli, która 14 dni trwała; w okresie zdrowienia dostrzeżono, że chory, który już do szkoły był chodził, nie mógł czytać, chociaż przedmioty odległe widział. Do kliniki przyprowadzono go dziesiątego dnia po skończonej błonicy. Pacjent był zupełnie zdrów i oczy jego nie przedstawiały żadnej nieprawidłowości, oprócz tej, że największych liter czytać nie potrafił; gdy mu nałożono okulary Nr. 10, czytał z łatwością pismo Nr. 2 prób JAEGER'A. Te porażenia mięśni skutkiem błonicy są dotychczas niedostatecznie wyjaśnione; przyjętem jest powszechnie tłumaczenie, jakoby one powstawały skutkiem wylewów krwi w pochewkach nerwowych, które anatomicznie stwierdzone zostało, nie wyjaśnia nam bynajmniej dlaczego raz podniebienie mięk-

kie, drugi raz kończyny dolne, trzeci raz, jak w powyższym przypadku, mięśnie nastawcze oczu porażone zostają. Asystent STELLWAGA Dr. BORYSIKIEWICZ powiedział mi, że tego rodzaju porażen skutkiem błonicy miewają w klinice 6—8 rocznie i że choroba ta nigdy dłużej jak 2—3 miesięcy nie trwa. Rokowanie we wszystkich tego rodzaju porażeniach jest dobre, gdyż wszystkie one po dłuższym lub krótszym trwaniu bezpowrotnie znikają, co łatwo przy powyżej podanem tłumaczeniu pojąć; jak tylko bowiem wynaczyniona krew ulegnie wessaniu, nerwy napowrót swoją czynność odbywają. POLITZER opowiadał mi jednak przypadek, w którym kilkoletnia dziewczynka (w prywatnej jego praktyce) miała słuch przytępiony skutkiem porażenia podniebienia miękkiego, a porażenie to było następstwem błonicy i już nigdy podniebienie miękkie do stanu prawidłowego doprowadzonym być nie mogło.

Anatomija prawidłowa wykładana jest przez dwóch profesorów zwyczajnych. Kiedy w roku zeszłym pozbyto się HYRTL'A, naznaczono w jego miejsce LANGER'A. HYRTL jest obecnie w sile wieku i mógłby długo jeszcze zasiadać na katedrze, którą przez tyle lat z chwałą dla uniwersytetu i z pożytkiem dla słuchaczy zajmował; był on ciągle w złych stosunkach z wyższą władzą, która nie dała dowodu dbałości o dobro instytucyi, przyjmując bardzo skwapliwie jego dymisyję. Skończywszy przedwcześnie swój zawód profesorski i doznawszy nadzwyczaj tłumnych owacyj, w których tysiące jego zwolenników udział brało, HYRTL usunął się od zgiełku światowego i zamieszkał w małym miasteczku Petersdorf, pod Wiedniem, gdzie w dalszym ciągu ukochaną przez siebie nauką się zajmuje, a pomocą w tych jego pracach jest przyjaciół jego i od lat 12-u prosektor, FRIEDLOWSKI (czech), którego potrafił na zawsze do swojej osoby przywiązać. Genjalny anatom, nie waham się tak HYRTL'A nazwać, chociaż anatomija właściwie tylko analitycznego, badawczego wymaga talentu, pozostawił po sobie próżnię, którą, jak łatwo było przewidzieć, trudno bardzo zapęścić; może być że to tylko jest przyczyną, dlaczego wyżej wymieniony jego następca niezbyt zadawalnia słuchaczy swoim wykładem.

Drugą podobną stratę poniósł wydział lekarski w osobie ROKITANSKY'EGO, który po obchodzie pięćdziesięcioletniego jubileuszu doktorskiego, w tym roku od obowiązków profesora się usunął. W miejsce jego naznaczono jego ucznia, mało w literaturze znanego, HESCHL'A, dawniej profesora anatomii patologicznej w Graz. HESCHL opisał niedawno ciekawy i jedyny w swoim rodzaju przypadek, w którym kilkonastoletni chłopiec szwewki umarł na oddziale HEBRY na chorobę plamistą WERLHOF'A, a przy oględzinach pośmiertnych okazało się otrucie fosforem, jako przyczyna licznych wylewów krwi podskórnych. Dokładny rozbiór chemiczny nie wykazał wprawdzie fosforu w zawartościach przewodu pokarmowego, ale znaleziono cechujące sfuszczenie rozmaitych narządów, a późniejsze badanie dowiodło, że chłopiec ten zjadł przez psotę chleb, który nadział łebkami od zapalek.

Oprócz HYRTL'A i ROKITANSKY'EGO, uniwersytet wiedeński poniósł przed niedawnymi czasy dwie, w prawdziwym wyrazu tego znaczeniu, niepowetowane straty, w osobach znakomitego dyjadnostyka SKODY i dzielnego terapeuty OPOLZER'A. Czy katedry opuszczone przez tych dwóch najznakomitszych niemieckich klinicystów, równie dobrze są obecnie obsadzone, nie zdaje mi się. BAMBERGER, któremu braku gruntowności nikt zarzucić nie może i od którego bez zaprzeczenia dużo nauczyć się można, ma wykład tak monotony i mało ożywiony, że nietylko nie jest on w stanie zachęcić do nauki studenta, lub zapal w nim wywołać, ale budzi się obawa, żeby professor razem z praktykantem lada chwila nie zdrzem-

nęli się nad łóżkiem chorego. Bez porównania więcej ożywiony jest wykład drugiego klinicysty, DUCHER'A, dawniejszego profesora w Heidelbergu, a następnie w Josephinum.

Jeden z dwóch profesorów chirurgii, BILLROTH znany zaszczytnie w piśmiennictwie z dzieła o ogólnej patologii chirurgicznej, z obszernego podręcznika chirurgii, z licznych spostrzeżeń po rozmaitych pismach drukowanych, wreszcie z czynnego udziału jaki we wszystkich zjazdach chirurgów przyjmuje, jest niewątpliwie wybitną postacią w gronie profesorów wiedeńskich. Biegły operator, czynny na polu chirurgicznym pracownik, dbały o korzyść studentów profesor, potrafi nie tylko nauczyć przedmiotu swoich słuchaczy, ale co ważniejsza, przelać w nich zamiłowanie i zapal do nauki, któremi sam jest przejęty. Wykład jego kliniczny, pięć razy na tydzień (w Wiedniu w sobotę żadnych odczytów niema) od godziny 9-tej do 11-tej należy do najliczniej uczęszczanych i do najkorzystniejszych. Nie tylko studentów się tu widzi, ale można się tu spotkać z lekarzami i chirurgami rozmaitych krajów i narodowości. Dwa razy na tydzień, we wtorki i w piątki są wykłady teoretyczne o ważniejszych ustępach z chirurgii, (obecnie o kamieniach pęcherza moczowego), a trzy dni pozostałe przeznaczone są na wykład kliniczny i operacje; tych ostatnich bardzo dużo się tu wykonywa. Metoda LISTER'A i kwas karbolowy znajdują tu obszerne zastosowanie; boraksu używano jakiś czas, jako środka odwietrzającego, ale wkrótce wrócono się do kwasu karbolowego; do podwiązywania tętnic używają karbolizowanych kiszek baranich (*catgut*). Operacji wycięcia jajnika wykonał BILLROTH dotychczas 51; ostateczne ich wyniki nie zostały jeszcze drukiem ogłoszone, a mają być bardzo pomyślne. Jedną rzecz jednak zwróciła w tym względzie moją uwagę: operacje te robił B. nie w klinice, lecz w innym zupełnie gmachu, od jakiegoś czasu wykonywa je wprawdzie w ogólnym szpitalu, ale w oddzielnym do tego przeznaczonym pomieszczeniu i bez obecności studentów. Co znaczy to wyróżnienie? Obecność studentów i wykonywanie operacji w sali operacyjnej jest albo nie jest szkodliwe: w pierwszym razie należałoby bezwarunkowo albo usunąć studentów od operacji, albo przedsięwziąć jakie środki zabezpieczające, w drugim razie wypadłoby owariotomije przy tych samych warunkach, co inne operacje wykonywać. Przecież przyroda chorób jajnika nie upoważnia do tego i najmniejszej nie ulega kwestyi, że szkodliwości, które na nie oddziałują, taki sam mają wpływ i na innych chorych. Takie np. wyluszczenie stawu biodrowego niezawodnie równie jest niebezpiecznym i takich samych środków ostrożności wymaga jak owariotomija. Dlaczegoż pierwsza z tych operacji wykonywa się w obecności stu kilkudziesięciu świadków, a druga w oddzielnym dla nikogo niedostępnym lokalu, w którym też całe pooperacyjne leczenie się odbywa. Odpowiedź na to bardzo łatwa: dlatego, że szczęśliwe owariotomije, któremi się przed światem uczonym pochwalić można, najwięcej sławy i rozgłosu operatorowi przynoszą. Pobudki są czysto egoistyczne; nie idzie tu o dobro operowanych, ale o stugębną *famę* roznoszącą sławę chirurga. BILLROTH nie należy do tych smutnych, a krótkowidzących chirurgów, którzy obawiając się, żeby sobie współzawodnika nie wykształcić, wszystkie najmniejsze operacje sami wykonywają nie powierzając żadnej asystentom. Asystenci jego dużo operują, chociaż koniecznie wypadłoby żeby i studenci mniejsze wykonywali operacje, co tutaj prawie wcale miejsca niema. Jeżeli ani student ani asystent nie ma operacji w klinice wykonywać, to gdzież się ma wykształcić młoda generacja chirurgów?

Drugim profesorem chirurgii jest podstarzały już, ale nie bez pewnych zasług dla tutejszego uniwersytetu, DUMMREICHER.

Oprócz dwóch wymienionych profesorów, wyklada jeszcze rozmaitych

działów chirurgicznych niemniej jak 15-tu profesorów i docentów; w tej liczbie mieszczą się także docent dentystyki SCHEFF i trzech wykładających choroby uszne: GRUBER, POLITZER i URBANTSCHITSCH. Kliniki chorób usznych połączone z ambulatoryjum, nadzwyczaj są licznie przez chorych uczęszczane; wydaje się w nich koło 4,000 porad lekarskich. Dwa potężne filary otiaryi: GRUBER i POLITZER, jak z jednej strony ściągają do Wiednia ogromną ilość cudziemców i miejscowych na uszy cierpiących, tak z drugiej strony przez wytrwałą i nadzwyczaj gruntowną pracę, dochodzą do zadziwiających wyników, w tej, na pozór tak niewdzięcznej gałęzi medycyny.

Wykład profesora akuszeryi Karola BRAUNA zasługuje raczej na nazwę luźnych pogadanek, które nie bez wielkiej korzyści są dla słuchaczy, ale ścisłości naukowej, której mamy prawo od wykładu uniwersyteckiego wymagać, dopatrzeć się w nich nie można; więcej naukowym jest drugi profesor akuszeryi, SPÄTH. Gustaw BRAUN, brat Karola wykłada akuszerkom.

Chorób wenerycznych i skórnych wykłada 9-u docentów; palmę pierwszeństwa trzyma pomiędzy nimi wielce na polu chorób skórnych zasłużony uczeń SKODY, HEBRA, który od lat wielu jest chlubą wydziału lekarskiego Wiedeńskiego. Dzielnymi przedstawicielami chorób wenerycznych są: SIGMUND i ZEISSL. Nakoniec fizyologię wykłada prof. BRÜCKE, który zbyt dobrze czytelnikom jest znany, żebym potrzebował o licznych jego zasługach długo się rozwodzić.

Z pomiędzy 30 asystentów, którzy jako powyżej wpomniałem prawie wszyscy korzystają z pozwolenia wykładania i mają 6—8 tygodni trwające kursa w rozmaitych specjalnościach, odznacza się wspomniany już wyżej asystent STELLWAG'A Dr. BORYSIKIEWICZ, którego kursa o operacjach ocznych, o oftalmoskopii ze użytkowaniem materyjału klinicznego, bardzo licznie są uczęszczane, chwałą też bardzo wykład asystenta DÜMMREICHERA D-ra DLAUHY, natomiast kursa operacyi akuszeryjnych niedbale mają być przez asystentów prowadzone. Te kursa 6 lub 8 tygodniowe są najwięcej uczęszczane przez zagranicznych lekarzy i przez przygotowujących się do examinu, ale świeżo przybyły kolega powinien się dobrze z miejscowymi stosunkami poznać nim się na jaki wydział zdecyduje, gdyż mnóstwo tu jest spekulantów, którzy tylko o wyzyskiwaniu cudzej kieszeni myślą, a nabrawszy pieniędzy, które się z góry płaci bardzo niedbale wykład prowadzą i o korzyść słuchaczy nie się nie troszczą.

Przed kilkoma laty kilkunastu privat-docentów Uniwersytetu, którzy nie mieli żadnego materyjału klinicznego i widzieli, że ciężkoby mi przyszło na zwyczajnej drodze do niego się dostać, robili usilne starania w celu założenia polikliniki. Uzyskawszy pewną zapomogę rządu i zebrawszy składki dostateczne, przyprowadzili nareszcie instytucyją tę do skutku przed 3 laty. Główna w tem zasługa należy się AUSPITZ'OWI znanemu dermatologowi którego obecnie naznaczył rząd dyrektorem polikliniki. Młoda instytucyjka szybko działalność swoją rozwija, gdyż w roku zeszłym ambulatoryjum odwiedzone zostało przez 60,000 chorych. Oprócz tego, młodzi docenci odwiedzają mają ubogich chorych niedaleko mieszkających chociaż sędzę iż odwiedziny te więcej na papierze, jak w rzeczywistości się odbywają. Liczne kursa, które się tam czytają, mało są przez studentów uczęszczane, ale za to dosyć licznie przez zagranicznych lekarzy. Kurs taki trwa zwykle 6—8 tygodni i kosztuje 15 do 20 zł. austr. Po między tymi młodymi pracownikami na szczególną wzmiankę zasługują oprócz wymienionego wyżej dyrektora: HOFMOKL, docent chirurgii i MON-

TI rodem z Włoch, docent chorób dziecięcego wieku. Szybko rozwinięta działalność polikliniki wielki przyniosła uszczerbek lekarzom, w tej dzielnicy miasta zamieszkałym; gdyż wielu bardzo chorych w dobrym będącym bycie nie idzie obecnie do lekarza, któremu płacić musi, lecz do polikliniki, gdzie mu lekarze za lepszych w swoim fachu uważani bezpłatną poradę lekarską udzielają. (Kwestya ta była już przedmiotem poważnych rozpraw w rozmaitych Towarzystwach lekarskich Angielskich.) Lekarze Wiedeńscy podali nawet adres do ministra, przedstawiający krzywdę jaką im poliklinika wyrządziła i proszący o zniesienie tej instytucyi, minister jednak do ich prośby się nie przychylił. Zawzięci przeciwnicy polikliniki obszernie się nad tem rozwodzą, że nie żadne uczucie humanitarne i chęć wspomżenia cierpiącym kierowała założycielami polikliniki, ale chęć nabrania rozgłosu i powiększenia przez to dochodu z prywatnej praktyki. Dowodzenie takie jest po prostu niedorzeczne, bo jeżeli instytucja jaka jest prawdziwie pożyteczną, to obojętną jest rzeczą jakie pobudki kierowały jej założycielami. Jeżeli bogaty bankier daje tysiąc rubli na biednych pogorzalców, to pieniądze te niemniej przyczynią się do otarcia łez i ukojenia cierpień, chociaż nieraz kwestyi najmniejszej nie ulega, że hojny dobroczyńca nie kierował się uczuciem humanitarnym, ale zrobił to dla zyskania popularności i poprawienia swojego stanu finansów; odrzucać te pieniądze byłoby niegodziwością.

Przeludnienie lekarzy w Wiedniu jest w rzeczy samej bardzo wielkie; ilość ich doszła obecnie do tysiąca. Przynajmniej połowa nie może się z praktyki utrzymać. Radzą sobie oni jak mogą, i tak: całe stronnice w gazetach zapelnione są ogłoszeniami polecającymi rozmaitych specjalistów lekarzy; najwięcej powodzenia mają „choroby sekretne” i przepukliny (*herniae*) które zwykle jeden i ten sam specjalista obiecuje nowym nieznanym dotychczas sposobem doszczętnie wyleczyć.

Gustav Fritsche.

## Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

**Białaczka ostra** (*leukemia acuta*). Na klinice prof. NAUNYŃA w Królewcu spostrzegano ciekawy przypadek białaczki. Chora 46-letnia, w dzieciństwie przebywała zimnicę, potem cholere, durzycę i ospę, czuła się jednak wciąż jaknajlepiej aż do Lipca 1875 r. Około tego czasu, po kilku dniach niedomagania, dostała dreszczu, potem uczucia silnego gorąca, bólów głowy i nóg. Później przyszedł kaszel, nabrzmienie bolesne prawego policzka i utrudnienie w wydalaniu moczu. Przy przyjęciu na klinikę w połowie Lipca t. r., chora dobrze odżywiana i dobrze zbudowana, przedstawiała objawy zajęcia ośrodków nerwowych, cechujące się sennością, obojętnością na niewygodne położenie w łóżku, przytępieniem słuchu i t. d., odpowiadała jednak na zapytania dobrze i zrozumiale. Ciepłota ciała 40<sup>o</sup>,5C., tętno 124, na kostkach lekkie obrzmienie, na nogach, zwłaszcza gołeniach liczne niewielkie plamki, barwy niebieskoczerwonej, nie znikające za uciszczeniem (*ecchymoses*). W mniejszej ilości podobne plamki widzieć można było na kończynach górnych i brzuchu. Obok małych plamek tu i owdzie spostrzegało się plamy duże, więcej niebieskie w lekki odcień zielonawy wpadające i widocznie mające miejsce w głębszych częściach skóry. Obrzmienie rozlane prawej okolicy przysusznej, bardzo bolesne przy dotykaniu. Gruczoły chłonne podszczękowe lekko obrzmiały. Na końcu języka, dziąsłach, podniebieniu miękkim podbiegi krwiste. Lekki krwotok nosowy. W płucach objawy nieżyty oskrzelowego. W sercu nie prawidłowego, prócz szmeru skurczowego na wierzchołku. Śledziona znacznie powiększona. Inne narządy brzuszne i ich czynności nie przedstawiały zboczeń. Rozpoznano durzycę brzuszną (*typhus abdominalis*) i gnilec (*scorbutus*). Przebieg w pierwszych dniach zdawał się potwierdzać rozpoznanie. Ciepłota ciała wciąż wysoka. Zajęcie ośrod. nerwowych zwiększało się,

chora majaczyła, oddawała mimowolnie mocę i kał. Stan podmiotowy niezmienny, tylko ilość plamek krwistych zwiększyła się. W kilka dni badanie drobnowidzowe krwi okazało w niej zmiany właściwe białaczce: ilość ciałek białych krwi znacznie zwiększona, same ciałka bardzo duże i opatrzone licznymi jądrami, dalej dostrzeżono postacie przejściowe między ciałkami białymi a czerwonymi krwi (opisane przez KLEBS'A, NEUMANN'A i t. d.). Na podstawie wyniku badania drobnowidzowego krwi, rozpoznanie zmieniono w ten sposób, iż nie było do czynienia z durzycą, lecz z ostrą białaczką (*leukaemia acuta*), co też potwierdził rozbiór pośmiertny ciała. Planki krwiste skóry okazały się istotnie zależnymi od wystąpienia krwi w jej mięszu. Wylewy krwiste (*haemorrhagiae*) w obu płucach i na opłucniach. W jamie osierdzia nieco płynu mętnego, lekko krwią zabarwionego. Na listku otrzewnym osierdzia podbiegi krwiste. Mięsień serca i zastawki zdrowe. Skrzepy krwi w jamach serca czerwobrunatnawe, barwy nieco do czekolady podobnej. Na przegrodzie serca wylewy krwi. Śledziona 20 cm. długa, 10 cm. szeroka i 5 cm. gruba. Mięsz jej wiotki, łatwo zeszkrobywał się dający. W błonie śluzowej kielichów nerwowych wylewy krwi. Wątroba nieco zwiększona, powierzchnia jej gładka, brzegi ostre, barwa bladobrunatnawa, zarysy zrazików wyraźne. Kiszki najzupełniej zdrowe. Przekrwienie błon mózgowych. Szpik kostny badany przez prof. NEUMANN'A okazał się żółtozielonawym, prawie płynnym, do ropy podobnym, na szkło puszczenia kropla rozplywała się. Białaczka więc w tym przypadku przedstawiała się pod postacią dotąd nieznaną. Wprawdzie znane są jej przypadki szybko przebiegające (MOSLER, ZIEMSEN'S *Handb. d. spec. Path. u. Ther. Bd. VIII*), brak jednak dowodów istnienia ostro powstałej i szybko przebiegającej białaczki (*leukaemia acuta*). (Berlin. klin. Wochen. N. 9—1876). W. G.

**Wyleczenie zacięśnionej przepukliny działaniem eteru siarczanego i wdmuchywaniem powietrza.** Pouczający tego rodzaju przypadek, podaje Dr. HOLMES JOY („*The British med. Journal*” z d. 13 Maja 1876). Kobieta 60-letnia, od kilku już lat cierpiała na przepuklinę. 19 Kwietnia r. b., podczas pracy, uczuła, że jej się pasek przepulinowy zsunął. W kilka godzin potem wśród mocnych boleści brzucha, pojawiły się wymioty. Przywołany lekarz zalecił spokój i enemę. Dnia następnego przy tychże samych objawach czyniono kilka prób odprowadzenia pętli kiszki zacięśnionej, lecz bezskutecznie. Wieczorem przyłączyły się wymioty kałowe. Wówczas, skoro napróżno jeszcze raz spróbowano odprowadzić zacięśnioną pętlę kiszkową, zastosowano silne natryski eteru na okolicę przepukliną zajętą, jednocześnie zaś w kiszki wdmuchywano powietrze za pomocą pęcherza. Dopiero wtedy udało się odprowadzić pętlę kiszki. Autor zwraca uwagę na to, iż stosowanie zimna za pomocą eteru, jako również wdmuchiwanie powietrza do kiszki, każde samo przez się częstokroć okazywało się przy przepuklinach skutecznem i dla tego to połączone ich zastosowanie uważa za godne upowszechnienia.

(Ref. w „*Allg. W. med. Ztg.*” Nr. 22—1876). St. Kw.

## KRONIKA MIEJSCOWA.

Choroby panujące w m. Czerweu r. b. były: nieztyt drog oddýchowych, zapalenia płuc krupowe z bardzo znacznymi nasileniami gorączki, długotrwałym przebiegiem i zejściem częstokroć niepomyslnem, zapalenia opłucni, nieztyt przewodu pokarmowego, durzyc: brzuszna i wysypkowa (tę ostatnią w szpitalu św. Ducha dość często spotykano) i róża; u dzieci zaś—odra i ospa.

## OGŁOSZENIA.

Dr. Z. DOBIESZEWSKI praktykuje w Marienbadzie, tak jak w latach ubiegłych od 3/15 Maja do końca m. Września i mieszka w domu p. n. „*Helvetia*” (Kaiser Strasse). Oprócz ordynacji wód i kąpielí leczy elektrycznością. Za leczenie elektrycznością dopłaca się osobno po 3 zhr. (2 rs.) za posiedzenie.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. Rogowicz.

Redakcyjna Medycyny i Pamiętnika Tow. Lek. Warszaw. ulica Marszałkowska Nr. 45.