

# MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

Warunki przedpłaty:

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

TREŚĆ: O marskościach wątroby, a w szczególności o t. z. marskości przerostowej z żółtaczką. Podał dr. Wł. GAJKIEWICZ. (Ciąg dalszy). — Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich. Towarzystwo lekarskie warszawskie. Posiedzenia z d. 10 i 17 Kwietnia r. b. — Przegląd czasopism lekarskich polskich. „Przegląd lekarski” za kwartał I r. b. Sprawozdanie dra DOMBESZEWSKIEGO. — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. O wycięciach jajnika dokonanych przez SPENCER WELLS'A. — Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej. New-York. Urządzenie i czynności służby zdrowia publicznego. (Dokończenie). Zjazd higieniczny w Brukseli d. 27 Września r. z. odbyty. — Korrespondencyja Redakcyi. — Ogłoszenia. — W Dodatku. Assenizacyja miast. Wstępn. Środki tymczasowe oczyszczania miast. Opracował dr. St. MARKIEWICZ. (Ciąg dalszy).

O marskościach wątroby, a w szczególności o t. z. marskości przerostowej z żółtaczką (*cirrhosis hepatis hypertrophica cum ictero*).

Podał Wł. Gajkiewicz, lekarz w Warszawie.

(Ciąg dalszy.—Zobacz Nr. 17).

Fizyologija patologiczna. Wyliczenie zmian jakim podlega każda z części składowych wątroby w marskości przerostowej z żółtaczką, nie jest dostatecznem; potrzeba związać te zmiany w jedną całość i okazać w jakim porządku one występują, która z nich jest pierwotną, a którym przynależy nazwa wtórnych. Już z tego cośmy wyżej powiedzieli, że zmiany najbardziej posunięte są w najbliższem otoczeniu przewodów żółciowych między-zrazikowych, możnaby wniesć, iż tam jest punkt wyjścia, to jest, że najpierw powstaje zapalenie nieżytowe dróg żółciowych, przechodzące potem na otaczającą je tkankę łączną, która ulega przerostowi i wywołuje ostatecznie powolny zanik komórek wątrobowych. Jednak nie zadawano się tem, chciano mieć dowód wybitniejszy. Jeśli prawdą jest, iż zapalenie dróg żółciowych jest powodem zmian przytoczonych, to powinny one także wystąpić po sztucznie wywołanem zapaleniu tychże przewodów.

Już w r. 1866 prof. LEYDEN (*Beiträge zur Pathol. der Icterus. Berlin*) robił podobne doświadczenia; nie widział jednak po podwiązaniu przewodu żółciowego (*ductus choledocus*) u psa innych zmian, jak zwyrodnienie tłuszczowe (*degeneratio adiposa*) komórek wątrobowych. W r. 1872 Heinrich MAYER (*Med. Jahrb.*) wspomina w podobnych razach o rozszerzeniu grubych cewek żółciowych, nastrzyknięciu żółcią ceweczek wewnątrz-zrazikowych i jeżeli zwierzę (kot) żyło długo, powiększenie ilości tkanki łącznej wewnątrz- i zewnątrz-zrazikowej. W r. 1873 WICKHAM LEGG

(*On the changes in the liver which follows ligature of the bile ducts. St. Bartholomew's hospital reports. Vol. IX. 1873. p. 161*) stwierdził na kotach „że podwiązanie przewodu żółciowego (*ductus choledocus*) wyradza u tych zwierząt marskość, którą można wykazać już w kilka godzin po podwiązaniu i która zwiększa się stopniowo, niszcząc inne tkanki wątroby dopóty, dopóki trwa życie zwierzęcia”. Nigdzie jednak niema mowy o tem, jaki jest sposób rozwoju tej marskości i jakie było zachowanie się przewodów żółciowych. CHARCOT i GOMBAULT (*l. c.*) robili doświadczenia na świnkach morskich. Z 7 operowanych 5 zdechło między 5—12 dniem, 1 zabito 10 dnia, 1 aż 23 dnia. Wątroba była powiększoną, tkanka jej utraciła barwę prawidłową: z czerwono-brunatnej stała się żółtawą, często muszkatołową. Środki zrazików żółtawe, otoczenie ich lekko czerwone. Była ona twardszą niż zwyczajnie, nigdy ziarnistą. Pęcherzyk żółciowy i duże przewody żółciowe mniej lub więcej są rozszerzone, ściany ich zgrubiały wysłane całkowicie nabłonkiem. W tkance łącznej zwłaszcza tworzącej błonę ich zewnętrzną, mnóstwo białych ciałek krwi (*leucocytes*), w niektórych nawet miejscach prawdziwe ropnie wielkości drobnowidzowej. Tkanka łączno-tłuszczowa wnęki (*hilus*) wątroby, otaczająca przewody żółciowe również uległa zapaleniu; komórki tłuszczowe tak tu obfite prawidłowo, znikły najzupełniej. Co do zmian w głębi mięszu wątroby, to przewody żółciowe są w nim również rozszerzone (10—15 razy) i to w tak znacznym stopniu, że światło ich jest większe od światła pnia żylnego, któremu towarzyszą. Wnętrze większych przewodów żółciowych jest swobodne, mniejszych zaś zatkane skupieniem się (*concretiones*) barwnika żółciowego. Ściany ich także przepelnione białymi ciałkami krwi. Przy małym powiększeniu widać albo zwiększenie przestrzeni między-zrazikowych, albo też tkanka wypełniająca je zaczyna już wnikać w szczeliny między pojedynczymi zrazikami, lub wreszcie w przypadkach gdy zwierzę żyło przez dłuższy czas po operacyi, każdy ze zrazików jest już otoczony tkanką łączną, która następnie rośnie kosztem tkanki komórek wątrobowych. Zajmuje ona zrazik na wszystkich punktach powierzchni odrazu, wydając przedłużenia do ich wnętrza; zrazik więc sam jest zmniejszony, brzegi jego mają wygląd nieprawidłowy, są jakby powygryzane, komórki jednak wątrobowe wciąż istnieją. Zraziki takie zanurzone w massie tkanki łącznej mają wygląd który CHARCOT, przyrównywa do widoku archipelagu na mapie geograficznej. Przy znaczniejszem powiększeniu drobnowidza, w przestrzeniach między-zrazikowych, które zaczynają się rozszerzać, widać podobnie jak w stanie prawidłowym przecięcie 1 lub 2 przewodników żółciowych, tylko są one szersze, światło wolne, powiększone, wysłane nabłonkiem silnie rozwiniętym i skłonny do przyjmowania cech nabłonka stożkowatego dużych przewodów. Niekiedy obok nich widać inne przewodniki drobniejsze, lecz wypełnione zupełnie komórkami wielościennymi. Stosownie do przecięcia ceweczek przedstawiają się one jako punkta lub wężykowato. Liczba ich wzrasta, w miarę jak się rozszerzają przestrzenie i szczeliny między-zrazikowe. W stanie pełnego rozwoju odróżniamy w przestrzeniach znaczną liczbę

ceweczek krętych, często łączących się z sobą w sieć. Zawartość ich dowodzi, iż są cewkami żółciowymi. Liczba, wymiary, kierunek tych cewek różnią się zależnie od tego w jakim punkcie je badamy, tak, iż można odróżnić 3 warstwy: środkową zajętą przez duże przewody, nieliczne, przedłużające się niekiedy w szczeliny między-zrazikowe, zajmując ich część środkową, oddzielone od innych grubą warstwą tkanki łącznej; w 2-iej warstwie pośredniej, odpowiadającej obwodowi zrazika, ceweczki żółciowe są liczniejsze, lecz węższe; w 3 zajmującej sam zrazik są najliczniejsze, najwęższe i mają kierunek prostopadły do poprzednich. Co do zawartości ich, to są one albo wypełnione zupełnie komórkami nabłonkowymi lub tylko wysłane nimi i widać wszystkie przejścia między małymi komórkami sześciennymi przewodników małych, a nabłonkiem walcowatym dużych. Światło drobnych ceweczek jest wypełnione barwnikiem żółciowym. Badanie więc drobnowidzowe wykrywa znaczny rozwój ceweczek żółciowych, który z początku ma miejsce na wysokości przestrzeni między-zrazikowych, a następnie i we wnętrzu zrazików. Z tym rozwojem idzie w parze rozwój tkanki łącznej, która będąc zarodkową i przesiąkniętą komórkami gdy sprawa jest świeża, następnie się organizuje. Miejscami zawsze widać małe ropnie. Komórki wątrobowe tylko obwodowe są zmienione. Zawartość ich a więc i sama komórka zmniejszają się w objętości; zwyrodnienie tłuszczowe zdarza się wyjątkowo. Kształt ich jest kątowaty, zawartość jednostajna, połyskująca, lekko żółtawa, jakby szklista. Tak zmieniona zawartość opiera się działaniu karminu i nie przyjmuje odrębnej barwy pod wpływem odczynników na materję mączkową lub kwasu osmiowego. Jądro ma kształt i objętość prawidłowe i łatwo się barwi. Zmianę tę komórek wątrobowych C. i G. nazywają zwyrodnieniem szklistem (*dégénérescence vitreuse*).

Pod wpływem więc podwiązania przewodu żółciowego, powstaje jednocześnie bujanie tkanki łącznej śródmiąższowej i zmiana w drogach żółciowych. Zmiany te postępują równolegle i badając pewną ilość przypadków, przekonywamy się, iż wychodząc z wnętrza wątroby, idą w górę do wnętrza narządu w kierunku torebki GLISSON'A aż do gałązek najdrobniejszych przewodu podwiązanego. Jednym słowem, po podwiązaniu przewodu żółci odprowadzającego rozwija się marskość wątroby przerostowa. Jednak autorowie tych doświadczeń nie przyjmują aby zapalenie to było li tylko pochodzenia obrazeniowego (traumatycznego), gdy podwiązali bowiem jedynie gałąź lewą przewodu wątrobowego (*ductus hepaticus*), to pomimo że podrażnienie wywołane podwiązaniem mogło się rozchodzić na wszystkie strony, jednak w tym razie tylko zraz lewy wątroby był zmieniony. W innych znów przypadkach, chociaż podwiązano przewód żółciowy (*duct. cholecysticus*), odpływ żółci do jelita miał miejsce niewiadomym sposobem i wtedy mimo, iż podrażnienie ścian było takie same, zmian opisanych w utkanii wątroby nie wykryto. Powyższe względy zmusiły CHARCOT'A i GOMBAULT'A do przyjęcia, że i samo zatrzymanie żółci nie jest tu obojętnem. Żółć zastała ulega zmianie, co najlepiej stwierdzają prawie zawsze znajdowane w niej mętwiki (*vibriones*). Pod tym wpływem następuje naj-

przód podrażnienie w nabłonku wyścielającym podwiązany przewód żółciowy: mimo bowiem iż jest silnie rozszerzonym, pokrywa go jednociągła warstwa nabłonka. Zapalne podrażnienie, które wywołało bujanie nabłonka, przenosi się następnie na błony składające przewód i otaczającą je tkankę łączną, jak tego dowodzi nasiąknięcie ich białymi ciałkami krwi a niekiedy nawet wykrycie małych ropni. Jednocześnie zapalenie rozszerza się na węższe przewodniki żółciowe. Rozszerzenia żyłakowate przewodników są następstwem tegoż zastoju żółci, który z początku ma za przyczynę zamknięcie światła przewodu żółci odprowadzającego, później zaś przykłada się jeszcze do tego zamknięcie, spowodowane, zwłaszcza w wązkich cewczkach, przez nagromadzenie bującego nabłonka.

Co do sposobu powstawania nowych cewczek żółciowych, to musimy najprzód wspomnieć (zob. prace KELSCH'A i KIENER'A) iż nowotworzenie to ma miejsce i w innych cierpieniach wątroby np. w zapaleniu miąższowem wątroby (t. z. *atrophia acuta flava hepatis*). KLEBS (*Handb. der patholog. Anat.* p. 437) uważa je za dawne zmienione komórki wątrobowe; WALDEYER, THIERFELDER i CORNIL, za przewodniki żółciowe. To ostatnie zdanie przeważało, gdy okazano związek siatki naczyń włosowatych wewnątrz-zrazikowych z przewodami na zewnątrz zrazika położonemi. Taka sama podzielnosc zdań panuje co do sposobu powstawania siatki żółciowej wewnątrz-zrazikowej w marskości wątroby przerostowej. Jedni utrzymują, iż siatka ta bierze początek z przewodów zewnątrz-zrazikowych które nie będąc podtrzymywane należycie przez części otaczające i tkwiąc z początku w tkance ziarninowej, pod wpływem istniejącego w ich wnętrzu podrażnienia wydają kielki, łączące się następnie między sobą. Chociażby powstawanie takie było możliwem, to nie jest ono dowiedzionem anatomicznie. Nie widziano nigdy tych kielków pod drobnowidzem, gdzieby się wtedy przedstawiały jako ślepe woreczki, wychodzące ze ścian przewodów żółciowych. Drugie zdanie ma więcej zwolenników. Podług niego nowe cewczki żółciowe byłyby tylko przeistoczeniem istniejących prawidłowo między komórkami wątrobowymi naczyń żółciowych (*transformation des canalicules intralobulaires*), które ulegają rozszerzeniu, zostają wysłane nabłonkiem, wedle jednych, wypchniętym z grubszych przewodów żółciowych, dla drugich (przyjmujących zdanie LEGROS'A o bytności nabłonka w mowie będących naczynkach), nabłonkiem bującym pod wpływem tegoż samego podrażnienia. Wreszcie opisaliśmy wyżej przejście stopniowe i przemianę komórek wątrobowych w nabłonek najdrobniejszych cewczek żółciowych wewnątrz-zrazikowych. Widać to na rysunkach jakie CHARCOT, GOMBAULT, KELSCH i KIENER do swych prac dołączyli. Trzebaby więc przyjąć nowy sposób rozwoju cewczek żółciowych i zdanie KLEBS'A o możebności przemiany komórek wątrobowych w nabłonek dróg żółciowych zostałoby sprawdzonem. KELSCH i KIENER opierając się na tem, że powstawanie cewczek żółciowych poprzedzone zostaje bujaniem komórek wątrobowych (zob. wyżej, przy zmianach drobnowidzowych) przypuszczają, iż podrażnienie wzdłuż dróg żółciowych przechodzi i na komórki wą-

trobowe. Podług nich komórki wątrobowe właśnie dla tego iż są siedliskiem tego rozrostu i przerostu, opierają się silniej uciskowi bujającej tkanki łącznej. Z drugiej strony przemiana beleczek komórek wątrobowych w ceweczki żółciowe może nastąpić tylko wtedy, gdy ucisk na nie wywierany przez tkankę łączną jest słaby i stopniowy, co właśnie jak widzieliśmy wyżej, ma miejsce w marskości przerostowej, gdzie tkanka łączna pozostaje długo w stanie zarodkowym i okazuje mało skłonności do organizowania się i skurezenia.

W obecnym więc stanie nauki o marskości przerostowej, przy sporności i ciemności wielu punktów, należy przyjąć, że wytworzenie się nowej sieci ceweczek żółciowych wewnątrz-zrazikowych, zdaje się zależeć od wielu powodów, a jednym z najważniejszych jest opisana zmiana komórek wątrobowych.

Zmiany w budowie wątroby powstające u zwierzęcia po podwiązaniu przewodu żółciowego, spostrzegają się i u człowieka, gdy istnieje przeszkoda w odpływie żółci np. przy obecności kamieni żółciowych zaciskających światło przewodu odprowadzającego (spozstrzeżenia CHARCOT'A, PITRES'A, PIERRET'A), przy ucisku tegoż przewodu (*ductus choledocus*) przez raka głowy trzustki (*carcinoma capitis pancreatis*) (CHARCOT). BEALE (*Arch. of. Medic. t. I. Liver presenting many of the characters of cirrhosis, resulting from the obstruction of common duct.*) opisał podobny przypadek, w którym powodem był ucisk miejsca połączenia przewodu wątrobowego (*ductus hepaticus*) z p. pęcherzykowym (*d. cysticus*) przez przerosły gruczoł chłonny. W r. b. na klinice prof. HARDY (w Charité) widzieliśmy przypadek marskości wątroby przerostowej, w którym rozbiór pośmiertny okazał ucisk przewodu wątrobowego torbielem wodunkowym (*kysta hydatica*).

Kilka słów o marskości wątroby zanikowej (*cirrhosis hepatis atrophica*) klasycznej, lub jak ją jeszcze z powodów poniżej przytoczonych, Francuzi nazywają, pochodzenia żylnego (*d'origine veineuse*). Porównanie to uwyraźni nam jeszcze lepiej różnice zachodzące między nią a opisaną marskością przerostową lub pochodzenia żółciowego. Prócz rzadkich przypadków, w których chorzy umierają w początkowym okresie cierpienia, wątroba po śmierci jest małą, kształt jej zmieniony, w skutek dążności nowopowstałej tkanki łącznej do kurczenia się. Przedstawia się ona nam mniej lub więcej kolistą, o powierzchni silnie ziarnistej. Pod drobnowidzem, przy słabem powiększeniu, widzimy pasy tkanki łącznej otaczające kilka naraz zrazików i dające przedłużenia cienkie, dzielące pojedyncze zraziki (*c. annularis, multilobularis*). Zarysy tych smug tkanki łącznej są ostro odgraniczone i przy silniejszych powiększeniach, widzimy, iż nie wnikają one nigdy do wnętrza zrazików (*c. extralobularis*). Tkanka łączna prędko się organizuje i ściągając się, jak każda blizna, uciska wszystkie zraziki, które otacza. Ztąd to komórki wątrobowe giną wszystkie razem (*en masse*), a niema oddzielnego niszczenia każdej z komórek jak w marskości przerostowej. Widzimy zmiany w układzie zrazików. Trudno rozpoznać przestrzenie międzyzrazikowe. Żyła środkowa zrazika jest spłasz-

czona i często niepodobna jej wykryć. Belecзки komórek wątrobowych utraciły prawidłowy promienisty układ naokoło tej żyły: są one faliste, lub w innych miejscach niepodobna dopatrzeć się tego ułożenia. Komórki obwodowe nie są zmienione więcej niż środkowe. Niema tu nigdy nowotworzenia ceweczek żółciowych. A i początek tej odmiany zapalenia śródmiąższowego wątroby jest inny niż w marskości przerostowej. Wedle wszelkiego prawdopodobieństwa zaczyna się ono w obrębie żył wrotnych. Przemawiają za tem i objawy, które wykazują zaburzenia w krążeniu krwi przez te naczynia. RINDFLEISCH wstrzykując w nie płyn, przekonał się, iż przechodzi on z trudnością z pnia żyły wrotnej do jego gałęzi, tak iż można go było zaledwie wykryć w rozgałęzieniach 3 lub 4 rzędu. Poszukiwania drobnowidzowe okazały również (KLEBS, CORNIL) iż białe ciała krwi i dzielenie się komórek tkanki łącznej, to jest, pierwsze ślady zapalenia, rozpoczynają się w ścianach żyłek wrotnych i w bezpośrednim ich sąsiedztwie, w torebce GLISSON'A. CHARCOT stwierdził również niejednokrotnie, że zapalenie żyłek wrotnych (*phlebite porte*) jest początkiem marskości zanikowej. Wreszcie przytoczyć należy doświadczenia z podwiązywaniem pnia żyły wrotnej [CHARCOT, SOŁOWIEFF (*Centralblatt* 1872. Nr. 22)]. Jeżeli żyła wrotna nie będzie zupełnie zaciśniętą, zwierzę może jeszcze żyć 1—2 miesiący. Po śmierci, wątroba jest powiększoną, twardą. W gałązkach wewnątrz-wątrobowych żyły wrotnej wykrywają się zatory (*thrombosis*), a w ścianach tychże naczynek i w najbliższem ich otoczeniu, obecność młodych komórek. W okresie późniejszym, organizacja tkanki złożonej z tych młodych komórek i przeistoczenie jej w tkankę włóknistą. Jednem słowem po podwiązaniu żyły wrotnej występuje zapalenie ścian tej żyły i jej gałązek (*phlebitis*), później zapalenie okołozylne (*periphlebitis*), w końcu przerost tkanki łącznej (*sclerosis, cirrhosis*). Toż samo może nastąpić gdy podrażnienie ścian żyły wrotnej jest innego rodzaju, np. przez zetknięcie się z wysokiem. Co do innych zmian, to śledziona jest również powiększoną, w jamie otrzewni znajdujemy przesiek, błona śluzowa przewodu pokarmowego jest zmieniona, krwotoki, rozszerzenia żył<sup>1)</sup>.

(d. n.)

## Sprawozdania z posiedzeń towarzystw lekarskich.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 10 i 17 Kwietnia r. b.

STANKIEWICZ Władysław przedstawił dziewczynkę 8 letnią, u której z zupełnym skutkiem dokonał *urano-plastyki*. W trzecim roku życia dziecka zupełnie zresztą zdrowego i dobrze odżywianego, powstała bez wiado-

<sup>1)</sup> Istnieje jeszcze 3-ci typ anatomiczny marskości wątroby. Zapalenie tujednocześnie jest wewnątrz i zewnątrz-zrazikowe. Naokoło zrazika tworzy ono rodzaj obrączek, wewnątrz niego zajmuje od samego początku obwód i środek zrazików, rozdzielając komórki między sobą, tak, iż można postać tę nazwać marskością międzyzrazikową (*c. intercellularis*

mego powodu zgorzel kości podniebiennej lewej, a w jej skutku przedziurawienie na obszerności grochu szablastego, które przez lat pięć się utrzymywało, powodując znaczne uposledzenie w wymawianiu. Po okrwawieniu brzegów rany, oddzieleniu dwóch płatów wraz z okostnią i nacięciu ich z boków w celu łatwiejszego ich ku sobie zbliżenia, zeszyto je szwem srebrnym. Zbliżnienie ich obecne nie do życzenia nie pozostawia, wymawianie najzupełniej się poprawiło jak to zwykle bywa w przypadkach tego rodzaju, powstających w następstwie zgorzeli kości, gdy przeciwnie, w razach szczeliny wrodzonych podniebienia przez operację usuniętych, mowa poprawia się wprawdzie, lecz nigdy prawidłowej nie osiąga dokładności.

Następnie zabrał głos kol. ROTHE i odczytał obszerną rozprawę o błędzie padaczkowym, to jest takim, który się rozwija albo podczas trwania padaczki, albo też w takich, którzy ją kiedyś mieli. Praca ta nader ciekawa, będzie umieszczoną w całości w jednym z przyszłych numerów „MEDYCYNY”. Ma ona dążność sądowo-lekarską, lecz ponieważ autor poruszył w niej badania o bezpośredniej przyczynie padaczki i odnosił się do licznych poszukiwań robionych na zwierzętach w celu wyjaśnienia tego pytania, zabrał więc głos przydujący prof. HOYER, ażeby wykazać, do czego te doświadczenia dotąd doprowadziły. Jeżeli się obie tętnice dogłowe podwiąże, to zwierze wpada w pewien rodzaj stanu kurczowego, który rzeczywiście przypomina napad padaczki, a ztąd mniemanie, że takowy w ścisłym stoi związku z chwilową niedokrwistością mózgu, spowodowaną przez kurczowe ściągnięcie ścian naczyń. Punktem wyjścia każdego napadu byłoby więc unierwienie naczyń domózgowych, podrażnienie nerwów naczynioruchowych, niedokrwistość mózgu. Przypuszczenie to jednak nie zgadza się z innym szeregiem faktów; wiadomo bowiem, że ani podrażnienie elektryczne zwojów spółczulnych szyjowych, ani nawet podrażnienie ośrodków naczyniowych rdzenia napadów padaczkowych u zwierząt nie wywołują, chociaż bezpośrednio kurczenie się naczyń zrzadzają. Przy napadach padaczki musi istnieć przeto inny jakiś składnik dotąd nieznajomy, z którym jednakże, mówiąc o bezpośredniej przyczynie, bardzo się rachować należy.

W końcu posiedzenia CZAJEWICZ odczytał sprawozdanie z postrzeżeń MAYERSONA, ordynatora kliniki terapeutycznej w szpitalu Ś-go Ducha, nad zastosowaniem kwasu salicylowego w chorobach gorączkowych, a przedstawionych w celu zaliczenia autora w poczet członków Towarzystwa. M. uwzględni 21 przypadków z oddziału żeńskiego, w której to liczbie było 12 przypadków durzycy brzusznej i wysypkowej, 3 gośca 2 suchot płucnych, 1 zapalen oślon mózgowych, 1 błonicy gardła, 1 zap. wsierdzia, 1 zimnicy; wszystkie u kobiet młodych, u których ciepota gorączkowa dochodziła do 40°. Kwas zadawano albo w proszku w dawkach 10 granowych co dwie godziny, albo też w roztworze w równych częściach kwasu oraz dwuwęglanu sody po 1 drachmie, w 6 unc. płynu, po łyżce lub po dwie co godzinę. Na 6 przypadków durzycy brzusznej w dwóch kwas obniżył ciepłotę w bardzo krótkim czasie o 2°—3°, w trzech obniżenie było mniej widocznem, w jednym zaś zasługującym na bliższą uwagę kwas nie tylko obniżał ciepłotę, ale nadto porażał ośrodki nerwowe i stał się widocznie śmierci przyczyną. W liczbie innych sześciu przypadków durzycy (wysypkowej) w czterech osiągnięto wybitne obniżenie ciepłoty. W jednym przy opieszale jej opadaniu wy-

CHARCOT); klinicznie nie jest ona jeszcze dotąd wyróżnioną od innych, tak że historyja jej należy do przyszłości, to tylko wiadomo, iż napotyka się w przypadkach przymiotu u dzieci (*syphilis infantum*) jak to stwierdzili CORNIL, RANVIER, PARROT i CHARCOT.

stąpiło otępienie słuchu, spiączka i ogólne pogńębienie, w ostatnim zaś pomimo że ciepłota obniżyła się zaledwo 1,2<sup>o</sup> zaczęły już występować niepokojące objawy: otępienie, ziebnięcie kończyn i zdrobienie tętna, które dopiero po zadaniu kamfory minęły. M. spostrzegał również zmniejszenie się sledziony pod wpływem kwasu salicylowego i wykrywał go zawsze w moczu za pomocą półtorochlorku żelaza, z którym daje zabarwienie fioletowe. Roztwór sodowy kwasu w ogólności lepiej bywał znoszony niżeli proszek. W ostrym goścęu stawów kwas salicylowy według zdania wielu autorów okazał się bardzo skutecznym środkiem. M. przytacza również jeden przypadek ostrego goścęca stawowego u dziewczynki 12 letniej, w którym dwa razy w ciągu jednego roku zadanie kwasu, w chwili rozpoczynania się choroby natychmiast ją przerywało, do tego stopnia, iż za każdym razem chora już nazajutrz chodziła. Przypadki jednak goścęca ostrego stawów, które nie przedstawiały typowego przebiegu, były kwasem bezskutecznie leczone. W przypadkach suchot płucnych, zapaleniu osłon mózgowych i wsierdzia, kwas ten również zawodził. Zato skuteczność jego w przypadku błonicy i zimnicy przepuszczającej była oczywistą. Wypada więc z tego, że kwas salicylowy należy niezaprzeczenie do leczenia środków obniżających ciepłotę, lecz przy jego używaniu występują często groźne objawy porażenia ośrodków nerwowych, dla których wielu lekarzy stroni od niego w chorobach gorączkowych. Zdaniem CZAJEWICZA za błędne uważać też trzeba upatrywanie całego ich niebezpieczeństwa w podwyższeniu ciepłoty, gdyż doświadczenie codzienne nas uczy, że nie tyle jego samego obawiać się należy, ile raczej wyższego stopnia zakażenia krwi, objawiającego się ogólnym sił upadkiem. Zdarza się nieraz że durzycowi chorzy przy wysokiej ciepłocie czują się stosunkowo bardzo dobrze i stan ich nie tworzy lekarza; kiedy znów nierzadko przy niewielkiem podwyższeniu ciepłoty występują bardzo niepokojące objawy pogńębienia. Potwierdzenie tych uwag zawierają same postrzeżenia MAYERSONA, gdy po obniżeniu ciepłoty było gorzej, a po zadaniu kamfory i zwiększeniu ciepłoty następowało znaczne polepszenie. Co się nareszcie dotyczy zbliżonego działania kwasu salicylowego do chininy, to lubo niektórzy badacze stawiają go na równi z tą ostatnią, to przecież uznać wypada, że kwas ten ani pod względem pewności działania, ani też pod względem skuteczności, chininie sprostać nie może.

Na posiedzeniu d. 17 Kwietnia MAYZEL odczytał sprawozdanie z trzech rozpraw treści lekarskiej umieszczonych w ostatnim tomie (1876) Roczników Akademii nauk w Krakowie. Prace te są BROWICZA: O zmianach pozimniczych wątroby, sledziony i szpiku kostnego. MERUNOWICZA: O wpływie środków wywołujących silny ruch robaczkowy w kiszkaach na wydzielanie limfy. BIESIADECKIEGO: Badania drobnowidzowe co do sposobu przyrastania przeszczepionych kawałków skóry do dna wrzodów. Trzy te sprawozdania znajdują swe pomieszczenie w Czerwcowym zeszycie Pamiętnika Towarzystwa.

Następnie przystąpiono do rozpraw nad kwalifikacją dzieł nadesłanych Towarzystwu do konkursu CHAŁUBIŃSKIEGO i zakwalifikowano wszystkie po dzień 1 Kwietnia r. b. otrzymane, a mianowicie. 1) „Przyczynek do histologii macicy” KONDRADOWICZA, ogłoszony w Pamiętniku Tow. z r. 1875. 2) Wykład Elektroterapii DOMAŃSKIEGO z Krakowa, wchodzący w skład Biblioteki Umiejętności lekarskich. 3) O kołtunie, DOBRZYCKIEGO z Mieni. Dzieła te oddane zostały do ocenienia osobnej komisji, która przyznać ma nagrodę bez odwołania się do ogólnego zgromadzenia członków Towarzystwa i usprawiedliwi tylko swe postępowanie w obszernem sprawozdaniu. Nagroda w ilości rs. 240 ma być przy-



znaną w końcu bieżącego roku (rs. 240 wynoszą odsetki za ubiegłe lat 4 od funduszu stałego rs. 1200; zapewne odsetki te zostaną obliczone na procent składany i za czas ubiegły od 1 Kwietnia r. b. do daty wypłacenia nagrody. *Red.*)

W ostatniem naszym sprawozdaniu zawiadomiliśmy, że się drukuje wykaz rzeczy zawartych w 72 tomach Pamiętnika Towarzystwa z lat 1837—1876, lecz nie spodziewaliśmy się weale, ażeby mozolna ta praca już zaraz teraz miała światło dzienne zobaczyć. Tymczasem niespracowany w swej działalności kol. KOŚMIŃSKI, biblijotekarz Towarzystwa, któremu już uporządkowanie i skatalogowanie naszej biblijoteki zawdzięczamy, przeszedł nasze oczekiwanie składając gotowe już swe dzieło na ostatniem posiedzeniu, które właśnie w czterdziestoletnią rocznicę wyjścia pierwszego poszytu Pamiętnika przypadło. Wykaz stanowi osobny tom o 350 stronnicach bardzo szczegółowo opracowany i pozwala nam dzisiaj dopiero swobodnie korzystać z ogromnego materiału nagromadzonego skrzętnością Towarzystwa, a leżącego dotąd odłogiem. We wstępie autor streszcza pokrótce historję pism peryjodycznych lekarskich, które wychodziły w kraju naszym od r. 1747 i przechodzi następnie do historyi samego Pamiętnika. Potem zbiera cały materiał w 21 oddziałów, według jego naukowej treści. Dalej następuje zestawienie rzeczy w porządku abecadlowym, wykaz autorów z odniesieniem ich nazwisk do prac wymienionych w pojedynczych działach, wykaz urzędników Towarzystwa od r. 1820, to jest od początku jego istnienia, oraz lista imienna członków którzy od owego czasu do Towarzystwa należeli z uwzględnieniem dat ich przyjęcia i zejścia. Towarzystwo przyjęło z wdzięcznością obszerną tę pracę, złożyło swemu biblijotekarzowi najserdeczniejsze podziękowanie i poleciło przesłać po egzemplarzu wszystkim biblijotekom krajowym, wszystkim towarzystwom, z którymi zostaje w stosunkach, oraz wszystkim stałym prenumeratorom Pamiętnika.

## PRZEGLĄD CZASOPISM LEKARSKICH POLSKICH.

### „Przegląd Lekarski”.

Organ Towarzystwa lekarskiego krakowskiego, wychodzący pod redakcją prof. dra L. BLUMENSTOKA. Rok XVI 1877. Kwartał pierwszy od N. 1 do 13.

Sprawozdanie d-ra Dobieszewskiego.

Przerwany od pewnego czasu „Przegląd czasopism lekarskich polskich” rozpoczynamy na nowo, na pierwszym miejscu stawiając: „Przegląd Lekarski”. Usprawiedliwiać się z naszego przedsięwzięcia nie potrzebujemy, każdy bowiem z czytelników „MEDYCYNĘ” chętnie się spotka z wiadomościami o pracach pomieszczanych w innych czasopismach lekarskich, w jakim kierunku czasopisma te są wydawane; każdego zajmować będą niewątpliwie wiadomości, odnoszące się do życia naukowego i towarzyskiego lekarzy i towarzystw lekarskich. Trzymając się dawniej przyjętego zwyczaju, podawać będziemy sprawozdania tylko z prac oryginalnych; o ocenach, wyciągach, kronice miejscowej, sprawozdaniach z czynności towarzystw i komisyj lekarskich, wspominać o tyle tylko będziemy, o ile coś zajmującego istotnie mieścić się w nich będzie.

Zanim jednak rozpoczniemy nasz Przegląd, o czasopiśmie mającem być przedmiotem rozbioru, słów kilka wypowiedzieć musimy, albowiem w r. b. nastąpiło w niem przeobrażenie: „Przegląd Lekarski Krakow-

ski" przeszedł pod inną redakcyję, wydawany jest obecnie pod kierunkiem prof. BLUMENSTOK'A znanego oddawna z gruntownych swych prac literackich, nietylko swoim ale i obcym. Znanym jest i czytelnikom „MEDYCYNY”, którzy prace tego autora tak w tem czasopiśmie jak i w „KLINICE” pomieszczone czytali.

Jakkolwiek „Przegląd Lekarski” jest organem towarzystwa, a czas jakiś był organem aż dwóch towarzystw lekarskich, jakkolwiek przez to samo wartość samego czasopisma nie tyle jest przywiązaną do osoby redaktora, który ma sobie dodaną komisyję z łona towarzystwa wybraną; to jednak historia tego czasopisma jak i innych uczy, że kierunek dziennika wiele, a może nawet wyłącznie zależy od redaktora. Wszakże najzdolniejszy redaktor na tyle tylko co i kraj, w którym dziennik swój wydaje, zdobyć się potrafi; dla tego to „Przegląd” krakowski różne przechodził koleje: z początku stał świetnie, później gdy członkowie redakcyi, a profesorowie wszechniczy pisać przestali, upadać zaczął. Lata 1869, 70 i 71 należały do najsmutniejszych, dochodziło do tego że marginesy stawały się coraz szerszemi, a kolumny czasopisma w tym samym stosunku malały; bo też i w szpitalach krakowskich i lwowskich panowała stagnacyja. Dopiero gdy w roku 1872 objął redakcyję „Przeglądu” komitet z dd-rów JANIKOWSKIEGO, GRABOWSKIEGO i LUTOSTAŃSKIEGO złożony, strona naukowa wydawnictwa poprawiła się znacznie; wtedy też prace lekarzy szpitalnych zjawiać się poczęły. Obojętność jednak lekarzy zamieszkałych w Galicyi na istnienie czasopisma, usiłowanie wymienionej redakcyi w niwecz obróciły i dopiero, gdy prof. KORCZYŃSKI został prezesem Towarzystwa, udało mu się i do prenumeraty „Przeglądu” zachęcić i zasoby jego redakcyjne ustalić, przez obudzenie chęci do literackiej pracy w uczniach uniwersytetu, co było niejako bodźcem dla lekarzy ukończonych.

Nowy zatem redaktor objął już grunt nieco przygotowany do dalszej uprawy, a choć nie wątpimy że z licznemi jeszcze waleczyć musiał trudnościami, przyznać należy, że tak umiał postawić redagowany przez siebie organ, że żadnemu z zagranicznych nie ustępuje. W upłynionym kwartale pomieszczono w nim 14 oryginalnych artykułów, znaczną liczbę „ocen i wyciągów”, przedstawiono dokładnie ruch umysłowo-lekarski w kraju i zagranicą, a dość ciekawy odcinek urozmaica wydawnictwo. Jednym słowem, powinnować należy redakcyi, że tak umiejętnie wywiązała się ze swego zadania zdołała, a Towarzystwu wyszukania redaktora, który potrafił tyłu współpracowników do pracy pobudzić. Życzyć mu należy aby dzisiejszą pracowitość swych współpracowników umiał jak najdłużej podtrzymać!

Przystępując do oceny pojedynczych artykułów „Przeglądu”, zaczynamy porządkiem chronologicznym.

I. D-ra OBALIŃSKIEGO (lekarz ordynujący w szpit. krak.) O wpływie nowszych sposobów leczenia ran na gojenie się tychże. NN-ra: 1, 4 i 7.

Autor, w szpitalu, w którym jest lekarzem ordynującym, leczył rany, po odjęciach i wycięciach członków różnemi sposobami. Od Lipca 1874, przez półtora roku leczył je w oprawie przeciwnilnej idąc za radą LISTER'A, VOLKMANN'A, THIERSCH'A i innych; już też bez oprawy, jak radzą BUROW, ROSE, KRÖNLEIN i t. d., a przez cały 1876 r. używał tylko oprawy przeciwnilnej,

Przed opisaniem pojedynczych przypadków stanowiących podstawę do swych wniosków, wyjaśnia co rozumie przez powyżej wspomniane sposoby leczenia, co było zresztą koniecznem, gdyż wiadomo ile powstało odmiann t. z. przeciwnilnego leczenia, obok pierwowzoru podanego przez LISTER'A.

Idąc za poradą BUROW'A rany po operacji pozostawiał zupełnie bez przykrycia, osłaniając je tylko muslinem, w celu zabezpieczenia od kurzu; płaty zaś spajał drutami lub szwami, a w razie mocnego napięcia pozostawiał ranę zupełnie otwartą; do przewiązywania zaś tętnic używał obok jedwabiu, jak zaleca BUROW, także listerowskich strun baranich, a dla ułatwienia odpływu w kąty rany wkładał sączki (dreny).

Pod kikutem po amputacyjnym stawił naczynie dla odpływu ciecicy, a podczas wizyty szpitalnej, kiedy niekiedy ranę przemywał roztworem słabym kw. karbolowego lub nadmanganianu potażowego.

Przy opatrunkach przeciwnie, używał tylko w kilku, sposobu samego LISTER'A, wreszcie zmienił go wedle wskazówki THIERSCH'A t. j. używał sączków, ceratki delikatnej (*protective silk*), gazy przeciwnie i 4 do 10% waty salicylowej.

Rzadko operował autor w mgłę karbolowej, lecz zmywał zawsze po operacji ranę 5% roztworem kw. karbolowego; w mgłę zaś karbolowej zawsze nakładał i zdejmował oprawę przeciwnie.

Operacje jakie wykonał dzielą się na: a) Rany amputacyjne leczone bez oprawy t. j. przy wolnym przystępie powietrza. Takich wykonał 10: na ramieniu 2, na przedramieniu 1, na udzie 2, na podudziu t. j. na goleni (*crus*) 5. Z tych 10 umarło 2 chorych; lecz obadwa nie wskutek operacji, bo ropnica u pierwszego tkwiła już w ustroju, było bowiem 35 letni robotnik, zgnieciony wagonami kolei żel., któremu spodziewał się autor ocalić kończynę, lecz się to nie powiodło i był zmuszony dla ocalenia mu życia wykonać operację; w drugim przypadku śmierć sprowadził mu nowotwór złośliwy, rana zaś, na kilka tygodni przed śmiercią była zagojoną. Czas najdłuższy do zgojenia się rany wynosił 180 dni, najkrótszy 20, a średnio 51 dni.

To leczenie przy wolnym przystępie powietrza nie trwało przez cały przebieg gojenia, lecz po pewnym czasie (między 12 a 18 dniem), przechodził autor do oprawy zwykłej. Powody takiego postępowania objaśnia zachowaniem się chorych, którzy nie mogli się pogodzić z myślą ażeby rany ich mogły się leczyć bez opatrunku, a co gorsza, chorzy przy tym sposobie leczenia muszą leżeć nadzwyczaj spokojnie, bo za łada poruszeniem, naczynie podstawione pod kikut do zbierania odpływającej ciecicy przeznaczone, z łatwościąby się przewróciło mogło. Powyższe powody zniewoliły autora do użycia tego sposobu leczenia, mimo pomysłnego wyniku z jego zastosowania w bardzo małej liczbie przypadków. Czyżby nie można wynaleźć jakiegoś mechanizmu, któryby nie sprowadzał owego przewracania się naczynia i pozwolił wypróbować sposób leczenia ran pod wieloma względami zasługujący na rozpowszechnienie?

Następnie przytacza autor przypadki odjęcia członków leczone w oprawie przeciwnie. Takich przypadków zebrał 16. Z tych było wykonanych 7 na ramieniu, 1 na przedramieniu, a 8 na udzie. Pierwszych 7 dokonano na mężczyznach, z których najstarszy liczył 65 lat, najmłodszy 13, średnio więc 30. Z tych umarło 3; odsetka zatem śmiertelności wynosił 42,8, ale tu tylko w jednym przypadku śmierć ma bezpośredni związek z operacją, tym sposobem odsetka śmierci wypadłaby inna: 14,8%. Czas gojenia rany wynosił średnio 74 dni (najdłużej 90, najkrócej 37).

Wszystkich przypadków leczonych przeciwnie miał autor 30, umarło z nich 8, czyli odsetka śmiertelności wynosiła 27. Ten stosunek pokazał się lepszym, od otrzymanego w latach 1870—74, gdyż wtedy wynosił 33,3%. VOLKMANN miał gorsze wyniki, bo 37,2% śmierci, a pominięwszy przypadki operowane z powodu ropnicy, miałby 28,3%. Odsetka autora, w takim razie wynosiłaby 18,5. Z zestawienia porównawczego spo-

sobów opatrywania ran, otrzymuje autor takie wyniki: przy oprawie ze zwykłej skubanki 33,30%, przy oprawie przeciwnilnej 27%, przy otwartem leczeniu ran 20%. Zatem ostatni sposób leczenia ran (otwarty) wypada przekładać nad inne. Takie same wyniki z leczenia otrzymali inni autorowie.

A jednak autor nie zachwala tego sposobu leczenia ran dla tego że: gojenie się ran połączone było z dość znacznym odczynem, że brzęgi ran były zaczerwienione, pokryte grubą warstwą strupów od zeschniętej ropy pochodzących, a chorzy skarżyli się na ból w ranach i oczekiwali z niecierpliwością chwili, w którejby otrzymali jakąś oprawę. Co innego było przy leczeniu w oprawie przeciwnilnej: wszystkich tych niedogodności nie było, gorączka przyrana była bardzo małą, albo wcale jej nie było; okoliczności te się zmieniały, gdy amputowano podejzany ropnicy.

Z chorób przyrannych spostrzegł autor kilka razy różę, ale ropnicy i posocznicy i t. p., nie spostrzegł wcale; jednak jest przekonania, że oprawa ta nie ochrania od nich chorych, tylko zmniejsza je do *minimum*. Dalej podnosi okoliczność, że źle robią ci, którzy oprawie przeciwnilnej chcą nadać jakieś szczególne, swoiste własności i że główną rzeczą, na którą uwagę zwracać należy jest: *n a d z w y c z a j n a c z y s t o ś ć*. Rozpylacze nie stanowią warunku istotnego, pomyślnego działania opatrunku (do czego wielu taką przywiązuje wagę, że niektórzy, jak KLEBER z Odesy na jednym z posiedzeń Towarz. lek. stanowczo utrzymywał, w naszej obecności, że przy używaniu mgły karbolowej niepowstaje posocznica, na co żaden z obecnych lekarzy zgodzić się nie chciał. P. Spr.), lecz wielka czystość i odwiezanie odpływającej ropy, a stwierdził to autor najlepiej wtedy, gdy mu się wszystkie rozpylacze popsuly; potwierdza to i ALBERT z Insbrodu, tylko wtedy przy opatrywaniu spieszyć się potrzeba, ażeby powietrze miało jak najkrócej przystęp do rany; a z drugiej strony, mimo mgły karbolowej, niepodobna mu było uniknąć róży i obfitego ropienia. Oprawy przeciwnilnej radzi autor używać wszędzie, gdzie tylko rana da się objąć oprawą, lecz najskuteczniej działa przy ranach głębokich; po wycięciu nowotworów, otworzeniu ropni i t. p. przy wyluszczeniu kości i amputacjach jest mniej skuteczną, przy ranach płaskich szkodliwą, bo powstrzymującą zabliźnianie tam, gdzie rana pokryła się bujną ziarniną, zanadto bowiem silne chemiczne działanie kw. karbolowego sprawia, że ziarnina bujna blednie, staje się wodnistą i łatwo krwawi. Kwasu karbolowego, według doświadczenia autora, nie zastąpić nie może.

Na końcu zwraca autor uwagę na kwestyję kosztów opatrunku, wielu bowiem pisarzy zarzuca oprawie przeciwnilnej, że za drogo kosztuje, autor sprowadza tylko z fabryk: *protective silk, catgut* i watę salicylową; muslin zaś karbolizowany (najważniejszy) sam sobie przygotowuje, opaski zaś używane, po dokładnem oczyszczeniu, na nowo masą karbolową napawa i używa.

Jest to, jak widzimy, wielkiej wartości artykuł, mogący się wielu przydać kolegom. (d. c. n.)

### Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

**O wycięciach jajnika dokonanych przez Spencer Wells'a.** S. W. przedstawił Towarzystwu lekarsko-chirurgicznemu w Londynie na posiedzeniu d. 27 Lutego r. b., sprawozdanie z 300 dokonanych przez siebie operacji wycięcia jajnika; poprzednio wykonał on, jak wiadomo od r. 1859 do 1872, 500 takichże operacji. Śmiertelność w szóstej setce wynosiła 29%, a w siódmej i ósmej po 24%. Odsetka śmiertelności w tych ostatnich trzech setkach nie jest o wiele mniejszą, aniżeli w poprzednich 500, ale ważna

różnica w tem zachodzi, iż w ostatnich czasach często bardzo wykonywał on tę operację wobec bardzo niesprzyjających okoliczności, które nieraz prawie żadnej nadziei wyzdrowienia nie dopuszczały. Przy tej sposobności WELLS opowiedział rzecz o wynikach drenowania jamy otrzewnej przy owaryjotomii; używał on tego środka w ośmiu swoich przypadkach (w ostatniej 300-nej seryi) i sądzi, iż przedstawia on pewne korzyści w tych razach, kiedy spodziewać się należy nagromadzenia płynu lub krwi po operacji. Jedenaście razy (mowa zawsze o ostatnich 300 operacjach) okazała się potrzeba wypuszczenia płynu przez otworenie rany w ścianach brzusznych, albo przez nakłócie pochwy macicznej. Z nadzwyczaj ożywionych rozpraw, które w następstwie się wywiązały, dowiadujemy się jeszcze wiele ciekawych szczegółów o tej ważnej operacji. Niesłychanej doniosłości jest fakt, że z pomiędzy 100 operowanych na tę przypadłość kobiet przez WELLS'A w niewielkim ale wzorowo urządzonym szpitalu *Samaritan-Hospital* i w prywatnych domach, tylko dwadzieścia kilka procent umarło, kiedy na 100 operowanych w ogólnych szpitalach londyńskich umiera niemniej jak 76 operowanych! a nawet w *Middlesex-Hospital* w dawnych czasach, wszystkie tego rodzaju operacje kończyły się śmiercią. Tak rażąca różnica daje wiele do myślenia. SMITH stara się wprawdzie wytłómaczyć to zjawisko, ale mu się to nie bardzo udaje; dowodzi on, że w statystyce ogólnych szpitali pomieszczone są i te operacje, które w dawnych czasach były wykonywane, kiedy sposób operowania mniej był udoskonalonym, ale zapomina o tem, że statystyka pierwszych 500 operacji WELLS'A nie mniej odległych czasów sięga, a odsetka śmiertelności 29 tylko wynosiła; dalej twierdzi, że w statystyce ogólnych szpitali zapisane są i te przypadki, w których operacje zaczęto, ale niedokończono, że tam chore na ogólnej sali leżą, kiedy u WELLS'A każda ma swój oddzielny pokój i nareszcie, że posługaczki w *Samaritan-Hospital* bardzo są dobre i wiedzą z długoletniego doświadczenia, jak z takimi choremi się obchodzić. Całe to tłumaczenie bardzo jest blahę; główną, a może wyłączną przyczyną tej olbrzymiej różnicy w odsetce śmiertelności należy szukać (według zdania sprawodawcy) w samej osobie Spencer WELLS'A: w jego bystrości i niesłychanej wprawie w rozpoznawaniu tych chorób, w umiejętnym wybieraniu przypadków kwalifikujących się do operacji, w pewności ręki i trafności znalezienia się w obec każdego przypadku, który wśród operacji lub po niej wydarzyć się może. Członkowie Towarzystwa przyznawali WELLS'OWI wielką zasługę w udoskonaleniu operacji, o której mowa, wyrażali dla niego wielkie uznanie i składali mu podziękowanie, a Sir James PAGET, który przytyłował na posiedzeniu, wręcz oświadczył, że udoskonalenie operacji wycinania jajnika uważa za największy wynalazek XIX wieku na polu chirurgicznem, gdyż częste i skuteczne wykonywanie tej operacji rzuciło zbawienne światło na wszystkie operacje, w jamie otrzewnej dokonywane. Spencer WELLS nie przypisuje sobie tak wielkiej w tym względzie zasługi i twierdzi, że asystenci jego dr. BANTOCK i THORNTON daleko pomysłniejszymi wynikami przy tej operacji pochwalić się mogą, gdyż na 55 przez nich dokonanych operacji, tylko 5 śmiercią się zakończyło. WELLS nie używa przeciwnego sposobu, zamierza jednak przy ósmej setce swoich operowanych sposób ten zastosować, przyczem zwraca uwagę na to, że szereg 27-miu przez niego ostatnio dokonanych wycięć jajnika, pomyślnie się zakończył; gdyby więc przypadek był zrzędził, że w tym właśnie czasie zmieniłby sposób postępowania, dałoby to powód do twierdzenia, iż tak pomyślny wynik użyciu sposobu przeciwnego przypisać należy. Fakt ten przytyca on dla wykazania, jak niesłychanie ostrożnym trzeba być w wyprowadzaniu doniosłych wniosków w chirurgii. Zamiast kwasu karbolowego pragnąłby jednak W. innego przeciwnego środka używać; dotychczas nie zrobił jeszcze wyboru.

(*Lancet. March. 3—1877*). G. F.

### Krótkie wiadomości z Medycyny społecznej i Statystyki lekarskiej.

Urządzenie i czynności służby zdrowia publicznego w wielkiem mieście. New-York. — (Dokończenie. Zobacz Nr. 3). — Corocznie rada obowiązana jest składać gubernatorowi sprawozdanie, które ma prawo drukować w 1000 egzemplarzy (*Annual report of the metropolitan board of health — od r. 1866*). Wszel-

kie zdrowotne przepisy i regulamina wydawane przez Radę, powinny być corocznie do 10 Maja zebrane i ogłoszone drukiem p. t. „*code of health ordinances*,” po czem przekroczenia przeciwko takowym, karane być mają pieniężnie (do 50 dolarów czyli około 80 rubli). Rada zdrowotna utrzymuje otwarte księgi skarg, w których każdy obywatel ma prawo zapisywać swe uwagi i zażalenia dotyczące braków zdrowotnych, opatrwszy je swym podpisem. Rada zdrowotna ma prawo za pośrednictwem swego inżyniera zdejmować plany i rysunki wielkich gmachów, a członkowie jej i urzędnicy mają prawo wchodzić wszędzie i zwiedzać wszelkie place, gmachy, pokoje, okręty. Dalej rada ma prawo żądać sprawozdań i objaśnień w kwestyjach zdrowia publicznego dotyczących od aptekarzy, szpitali, zakładów dla biednych i obłąkanych, od wzięcia, szkół, od urzędników stojących na czele innych zakładów publicznych, od właścicieli teatrów i miejsc publicznej zabawy. Policja miejska i urząd kwarantanny portowej obowiązane są uwiadomić Radę zdrowotną bezwzględnie o wszystkim co by zdrowiu publicznemu grozić mogło. Etat wydatków na rok następny ułożony zostaje przed d. 1 Sierpnia przez Radę zdrowotną w porozumieniu z naczelnikami („*Mayor*”) i z kontrolerem głównym stolicy i po poddaniu takowego pod rozpatrzenie komitetu rewidującego miasta. Po nastąpieniu zatwierdzeniu etatu, którego wysokość nie może przekraczać 100000 dolarów (około 175000 rubli), summa etatowa rozłożoną zostaje na własność mieszkańców stolicy, o tyle, o ile takowa prawnie ulega opodatkowaniu. Wszelkie przekroczenie przepisów ustawy zdrowotnej i rozporządzeń stołecznej Rady zdrowotnej, uważane być winny wobec sądu jako przestępstwa, a wszelka osoba lub korporacja dopuszczająca się takich przekroczeń świadomie, karana być może grzywnami do 250 dolarów (około 450 rubli). Bardzo ważny dział czynności Rady zdrowotnej, stanowi, jak już powiedziałem, prowadzenie ksiąg stanu cywilnego, czemu przewodniczy jeden z członków rady jako „*registrator*,” który nadto udziela pozwoleń na odbycie pogrzebu. W skutek osobnego rozporządzenia Rady, objętego w pierwszym wydanym przez nią spisie przepisów o zdrowiu (*code of health ordinances 1866*), lekarze i akuszerki obecni przy urodzeniu i lekarz czy też ktoś inny udzielający rady i pomocy w ostatniej chorobie osobie zmarłej, lub przywołany w chwili śmierci, obowiązani są w ciągu dni 5 do zameldowania urodzenia czy śmierci, a nadto do wymienienia przyczyny śmierci, dnia i godziny zgonu i numeru domu, a to pod karą 50 dolarów. Również „*coroner*” t. j. urzędnik stwierdzający nagłą śmierć i zresztą każdy, kto tylko dostrzeże zwłoki, ma obowiązek zawiadomić o tem Radę zdrowotną. Każdy lekarz musi nadto być wciągniętym do listy będącej w biurze Rady zdrowotnej i obowiązany jest Radę w ciągu 24 godzin po rozpoczęciu leczenia, uwiadomić o każdym przypadku zaraźliwej lub epidemicznej choroby. Nadto właściciele domów w których mieszkania bywają wynajmowane, obowiązani są o każdym przypadku choroby zaraźliwej codziennie donosić; ten sam obowiązek ciąży na przewodniczących zakładów publicznych i na kapitanach okrętów, których statki nie dalej jak na  $\frac{1}{4}$  mili są odległe od zabudowań miejskich. Wreszcie takż obowiązek donoszenia w przypadku zaraźliwej choroby ma każdy, kto się o nim dowie, zanim o przypadku władzę uwiadomiono. Pod karą jest zakazaniem przenoszenie osoby dotkniętej chorobą zaraźliwą z jednego domu do drugiego, lub z okrętu na ląd bez piśmiennego zezwolenia 2 lekarzy lub inspektora zdrowotnego. Szczegółowe przepisy policyi lekarskiej, dotyczące sprzedaży pokarmów, porządku ulicznego i domowego pomijam, jako będące po części wynikiem warunków czysto-miejscowych, po części zaś zastosowaniem znanych każdemu lekarzowi zasad higieny. Ustawa zdrowotna new-yorska, ulega jak już wspomniałem, w 1870 r. zmianie i zmienione urządzenie służby lekarskiej, ograniczone zostało do samego tylko miasta. Od tego czasu 4 komisarze zdrowotni, wybierani zostają przez naczelnika miasta („*Mayor*”) na lat 5; inspektorów zdrowotnych jest 10, a 11 asystentów; nadto przy Radzie zdrowotnej, czynnymi są stale płatni urzędnicy: inspektor w sprawach udzielania koncessyi, inspektor (lekarz) dozoru policyi porządku ulicznego, dwaj lekarze jako prowadzący księgi stanu cywilnego, prawnik („*Attorney*”), inżynier, chemik i sekretarz Rady. Przewodniczącym Rady w 1870 r., był I. Bosworth nielekarz. Dziewięciu członków stołecznej rady zdrowotnej (4 wybierani

przez „*Mayora*”, 4 komisarzy policyi i 1 urzędnik lekarski kwarantannowy) tworzą 6 stałych komisyj, a mianowicie: komisyję zdrowotną, prawną, finansową, komisyję do udzielania koncesyj, komisyję statystyczną i porządku ulicznego. Rada posiada pod swym zarządem pracownię chemiczną. Wydatki Rady zdrowotnej wynosiły rocznie około 200000 dolarów (około 350000 rubli). W czynnościach opisanego tu urzędnika najważniejszym czynnikiem są inspektorowie zdrowotni i ich asystenci. Posady inspektorów zajęte są przez młodych lekarzy, którzy z całą dzielnością i bezstronnością występują w obronie nędzy przeciw obojętności i chciwości klasy zamożnej, w obronie nieświadomych wobec grożącego niebezpieczeństwa. Praktyką lekarską zajmować im się nie wolno. Wpływ i doniosłość ich działania są obfite. Obfitym też jest obszar ich czynności, gdyż na 40 tysięcy ludności przypada 1 inspektor, a w ciągu roku 1871/2 wykonanych było 6208 inspekcji, zatem średnio przeszło 17 na dzień. Wykonanie przepisów ustawy zdrowotnej i rozporządzeń zdrowotnej Rady wymaga nieraz użycia środków przymusowych, o których wyżej była mowa. Szczegółowych rozporządzeń Rada zdrowotna wydawała początkowo ogromną liczbę (w r. 1866 przeszło 31000), w dalszych latach coraz mniej (w r. 1870 przeszło 11000, w 1871 przeszło 13000). Rada nauczona doświadczeniem obecnie dochodzi należności na oskarżonym przed sądami. W roku 1870 ze ściągniętych tą drogą kar, utworzyła się summa przeszło 6000 dolarów (około 10000 rubli). Obywatele miejscy bardzo często (w 1868 r. 2661 razy) przesyłają uwiadomienia i zażalenia dotyczące niedostatków zdrowotnych.

Od nas do New-Yorku daleko, ale zdaje się, że brud, smród, obojętność i konserwatyzm w sprawach czystości i zdrowia, muszą być kłeską, gnębiącą świat nowy na równi ze starym. Dlatego, niejeden szczegół urzędnika zdrowotnego new-yorskiego, wielceby był przydatnym u nas. A nadewszystko pożytecznymby było wszczepienie w umysły naszych obywateli miejskich i władz municypalnych przekonania, że czystość i zdrowie w mieście, wymagają dużo, dużo pieniędzy.

*St. M.*

**Zjazd higieniczny w Brukseli d. 27 Września r. z.** Na porządku dziennym pierwszego posiedzenia rozbierno trzy główne zadania: zapobieganie chorobom nagminnym, chorobom ze zwierząt mogących się przenosić na ludzi, zapobieganie chorobom u bydła domowego. Sprawozdawcami byli: dr. CHARBONNIER i HYMANS.

CHARBONNIER stara się odszukać przyczyny i istotę cholery, dla wskazania następnie najskuteczniejszych środków zastosowywania kwarantanny. Zbadawszy najprzód warunki, jakim zadosyć winny czynić domy kwarantannowe, przechodzi do przeglądu środków, które w interesie zdrowia publicznego należy przedsięwziąć dla leczenia wścieklizny, tyfliczaka i nosaczyny. HYMANS mówiąc o przewożeniu bydła domowego, rozbierna wszystkie szkody, jakie ono może wyrządzać. FAUVEL omawiając pożytek kwarantann, oświadcza się za ich zaprowadzeniem: zdaniem jego, kwarantanny dopóty będą się okazywały skutecznymi, dopóki środki higieniczne, zapobiegające wybuchowi i rozszerzaniu się chorób nagminnych, nie będą stosowane tak, jak być powinny. Przeciwnie, HIRSCH zaprzeczając korzyściom, wynikającym z zastosowania kwarantann, wyraża przekonanie, iż nie są one w stanie ani zapobiedz, ani ograniczyć rozprzestrzeniania się cholery.

Następnie sekcya przystąpiła do zadania: o zbadaniu przyczyn ogromnej śmiertelności noworodków i niemowląt, tak prawo-, jako też nieprawo-urodzonych i o karmieniu dzieci. Sprawozdawca KUBORN pomiędzy przyczynami chorób, najczęściej drobne dzieci dotyczących, wymienia przedewszystkiem urodzenie z nieprawego łoża, następnie nędzę i ciemnotę rodziców. Co się tyczy żywienia dzieci, to zdaniem sprawozdawcy nigdzie w takim, jak we Francji, stopniu kobiety nie zaniedbują tych obowiązków, jakie na nie wkłada macierzyństwo. Dane statystyczne zaś wykazują jasno, iż „karmienie flaszczką” i przedwczesne żywienie drobnych dzieci innymi pokarmami, stanowią częste przyczyny śmiertelności. Dalej KUBORN przedstawił tabliczkę, wykazującą liczby śmiertelności dzieci w pierwszym roku życia, a to w różnych państwach europejskich:

Na 1000 dzieci umiera:

W Szwecyi . . . . . 153

W Prussach . . . . . 220

„ Danii . . . . . 156

„ Hiszpanii . . . . . 226

w Szkocji . . . . .	156	w Szwajcaryi . . . . .	252
„ Anglii . . . . .	170	„ Włoszech. . . . .	254
„ Belgii . . . . .	186	„ Austrii . . . . .	303
„ Hollandyi . . . . .	211	„ Rosyi . . . . .	311
„ Francyi . . . . .	216	„ Bawaryi . . . . .	372

W końcu przytoczył 15 swych wniosków, z których sekcya zatwierdziła tylko następujące: 1) Ustanowić zupełną służbę zdrowia społecznego. 2) Zakładać wszędzie stowarzyszenia opieki nad dziećmi i przychodzić im w pomoc na drodze wsparcia. 3) Po za obrębem miast, po wsiach zakładać szpitale dla dzieci, w którychby niemowlęta mogły być otaczane takimi warunkami higienicznymi, jakich nie znajdują u siebie w domu. 4) Powiększać liczbę sal przytulku, poddając je ścisłemu nadzorowi lekarskiemu. 5) Higijena winna być powszechnie w szkołach wykładaną i stanowić w nich przedmiot obowiązujący.

W dalszym ciągu sekcya zajęła się wynalezieniem sposobów nad ujednostajnieniem w rozmaitych państwach statystyki śmiertelności oddzielnych stanów (zajęć), z uwzględnieniem obyczajów robotników i tych przetworów, z jakimi mają oni do czynienia.

Po krótkich nad tym przedmiotem rozprawach, KUBORN odczytał pracę o korzyściach, jakie przynosi zakładanie szpitali w stacyjach nadmorskich dla dzieci zolżowatych i o potrzebie urządzania oddzielnych szkół dla dzieci dotkniętych krzywicą. Wreszcie sekcya wyraziła życzenie urządzenia następnego podobnego zjazdu w Paryżu w r. 1878, podczas Wystawy powszechnej.

(„Archiv. génér. de méd.” z Grudnia 1876 r.). St. Kw.

### Korrespondencyja Redakcyi.

*W mu prof. K. w Krakowie.* Rękopismo w całości nas doszło; w Czerwcu druk rozpoczniemy.

*W-mu prof. L. B. t a m ż e.* Dziękujemy za nadesłane rękopismo, które w całości otrzymaliśmy; druk rozpoczniemy wcześniej, aby spełnić życzenie co do korekty; z powodu jednak znacznego nagromadzenia się materiału kazuistycznej treści, ogłoszenie nadesłanej pracy w naszym czasopiśmie, nastąpi dopiero w Lipcu.

*W-mu drowi S. t a m ż e.* Potrzebną nam jest wiadomość: gdzie i kiedy zapowiedziane w liście dalsze prace, tego samego przedmiotu dotyczące, ogłoszonymi będą; pomieszczenie otrzymanej pracy w naszym czasopiśmie, zależy od tego, czy i kiedy następne otrzymamy.

### O G Ł O S Z E N I A

**Krótki rys anatomii ciała ludzkiego** dra L. NATANSONA. Egzemplarze tego dzieła znajdują się jeszcze do nabycia w księgarni Gebethnera i Wolffa. Cena k. 75.

**Dr. Władysław Krajewski**, lekarz zdrojowy w **Teplicach Czeskich** (*Teplitz-Schönau*) radzi chorym we własnem mieszkaniu od 7 1/2 do 9 rano i od 4 do 6 po południu. Mieszka w Teplie, **Kaiserhof** (obok Kaiserpark) na dole.

**W Sławucie** (120000 morgów sosnowego lasu), stacja drogi żelaznej Brzesko-Kijowskiej, zostaje otwartym z dniem 1 Maja r. b., **zakład kumysowy**, przez przybyłego z Samary Nogajca **KUDRAKAJEWA**.

Blizszych wiadomości udziela na miejscu zarządzający lekarz, **Juljusz ZEJDOWSKI**.

Do tego Nru dołącza się bezpłatny **Dodatek**, zawierający ciąg dalszy pracy kol. St. MARKIEWICZA, p. n. **Assenizacyja miast**.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. ROGOWICZ.

Redakcyja **Medycyny** w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 45.