

# MEDYCYNĄ.

## CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY PRAKTYCZNYCH.

### Warunki przedpłaty:

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

**TREŚĆ:** Odezwa Redakcyi. — Kazuistyka. Przypadek zatrucia aniliną. Podał dr. T. DUNIN, ordynator kliniki lekar. uniwer. Warszawskiego. — Przegląd czasopism lekarskich polskich. „Dwutygodnik medycyny publicznej” za I półrocz. r. b. Sprawozdanie d-ra Z. DOBIESZEWSKIEGO. (Dokończenie). — Odcinek. Służba zdrowia w wojsku tureckim. Podał dr. J. W. (Dokończenie). — Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej za granicą. Całkowite wycięcie krtani. Salicylan sodu w chorobach gorączkowych u dzieci. Krótkowzroczność: jej przyczyny i środki zapobiegawcze. — Kronika zagraniczna. Kraków. III zjazd lekarzy i przyrodników polskich. Ocena wydawnictwa Biblioteki umiejętności lekarskich. Zmarli. — Biblijografija. — Od Administracyi.

### O D R E D A K C Y I.

„MEDYCYNĄ”. Czasopismo tygodniowe dla lekarzy praktycznych, w następnym t. j. 6-ym roku swego istnienia wychodzić będzie jak dotąd: w tygodniowych odstępach czasu i w tymże samym naukowo-praktycznym kierunku. Dla uniknięcia powtarzań zechce czytelnik zadać sobie nieco trudu i przejrzeć odezwy nasze z roku zeszłego w NN-rach 49-ym i 53-cim umieszczone. W nich położyliśmy głównie nacisk na ważność ogłaszania spostrzegawczego materiału z dziedziny praktyki lekarskiej, czyli na t. z. K a z u i s t y k ę i jej niezaprzeczone znaczenie dla rzeczywistego postępu. Staraliśmy się wykazać, iż każdy chętny i sumiennie swe obowiązki pojmujący lekarz, bez wielkiego uszczerbku czasu, może nie jedno pożyteczne do ogólnej wiedzy dorzucić ziarno. Myślą naszą przewodnią było zwrócić uwagę kolegów na to, iż systematycznie gromadzić spostrzegawczy materiał, znaczy toż samo, co zyskiwać coraz więcej punktów widzenia, a tym sposobem zapewniać sobie możebność dokładniejszego zbadania i rozwiązania każdej danej kwestyi. Znaczy toż samo, co dane fakta silniej gruntować, a wątpliwości usuwać. Odezwy nasze nie pozostały bez skutku, gdyż liczba spostrzeżeń kazuistycznej treści w ciągu kończącego się roku była nierównie większą niż w latach poprzednich, nadto wiele z nich odznaczały się dokładnym opracowaniem i naukową ścisłością, co wreszcie czytelnik sam łatwo dostrzedz może. Również, w samoistne studia kliniczne i samodzielne inne badania, rok ubiegły był bogatszym, na co z prawdziwym zadowoleniem zwracamy uwagę czytelników i dziękujemy współpracownikom naszego czasopisma.

Zadaniem obecnej odezwy jest zwrócić uwagę na medycynę społeczną i konieczność obeznawania się z jej postępowaniem każdego bez

wyjątku lekarza. Odzywamy się zatem nie do szczupłego grona na tem polu pracowników, lecz do całego ogółu kolegów. W rzeczy samej, nauka albo ścisłej się wyrażając nauki, mające za przedmiot zachowanie zdrowia społecznego i zbadanie wszelkich tu się odnoszących warunków, z każdym rokiem tak olbrzymieją, tak silnie się rozrastają i stale wytknięte przyjmują kierunki, że bezwarunkową niemożebnością jest aby jakiegokolwiek pismo lekarskie bez straty na wartości mogło ich nie uwzględniać i czytelników swych choć w najogólniejszych zarysach z współczesnym ich rozwojem nie zaznajamiać. W obecnym czasie lekarz nie pojmujący lub niechący pojąć (a i na takich nie zbywa) ważności medycyny społecznej, czystym jest anachronizmem. A jednak jakże wielu t. z. praktyków na pożyteczną tę naukę jak na coś oderwanego, czysto teoretycznego się zapatruje! Potrzebaż dowodzić jak dalece pogląd podobny jest błędnym, a nawet szkodliwym? Dajcie pieniędzy powiadają, a reformy zdrowotne same się znajdą. O ile pierwsza połowa tego zdania jest prawdą, o tyle druga fałszem. Aby ogół do ponoszenia wydatków skłonić potrzeba go oświecić. Tylko głębokie przeświadczenie o pożytku danej reformy daje rękomię zgromadzenia dostatecznych środków. W rękach lekarzy, jeżeli nie wyłącznie to przeważnie, spoczywa możność i obowiązek oświecania publiczności i otwierania jej oczu na to, co w świecie ucywilizowanym już dawno jako podstawa zdrowia uznanem zostało. Niestety w obecnej chwili my lekarze, nie możemy przyjąć na siebie roli pośredników i oświecicieli społeczeństwa w tej tak ważnej sprawie, dopóki sami gruntowniejszego nie zapewnimy sobie przygotowania; inaczej mimowoli musielibyśmy sobie przypomnieć owo niepowabne „...*Minervam edocui*”. Uczyć się więc nam samym potrzeba. Wsteczny pogląd na medycynę społeczną zdaniem naszym, czerpie swe źródło w powyżej wyrażonem błędnem twierdzeniu, iż nauka ta stanowi jakoby coś czysto teoretycznego; a że się ona posługuje często wyliczeniami statystycznymi, inżynierją, geologią, mechaniką i t. d. już to dla praktyka czystej wody jest dostatecznym, aby wykrzyknąć „*apage medicina publica*”! Wszelako pomimo tego, iż nauka ta używa w pomoc innych, podstawa jej opiera się na rzeczach które lekarz gruntownie znać winien i to na rzeczach czysto praktycznych. Nie masz umiejętności w całym obszarze naszej wiedzy, którąby słuszniej przedmiotem praktycznym nazwać można, jak właśnie medycyna społeczna. Jestto na wskroś przedmiot praktyczny; i jeżeli w innych razach teoria służy nam do objaśnienia wielu zjawisk, które się na drodze doświadczalnej sprawdzić nie dadzą, to w rzeczach medycyny społecznej z faktów wyczerpująco zbadanych, powstają zasady, a pod tym względem rozwój tej pożytecznej nauki może posłużyć, że się tak wyrazimy, za typ indukcyjnego kierunku badania.

Tak rzecz pojmując, pomieszczać będziemy acz treściwie i nadal wiadomości z medycyny społecznej, gdyż uważamy to sobie bezwarunkowo za obowiązek. Owszem, pragnęlibyśmy szczerze działań ten rozszerzyć i z czasem nie wątpimy że to nastąpi. Wszelako nie zawsze względy wy-

dawnicze z dążeniami naszymi pogodzić się dadzą. Wyznamy otwarcie iż ramy „MEDYCYNY”, z każdym rokiem dla nas szczuplejszymi się stają, a napływający materyjał i chęć uwzględnienia wszystkich ważniejszych działów praktycznej wiedzy lekarskiej, czyni to położenie jeszcze trudniejszym, tak dalece, iż nie chcąc uszczuplać miejsca, jedną z ważniejszych prac kolegi St. MARKIEWICZA (*Assenizacyja miast*. Tymczasowe środki assenizacyi miast naszych) wydajemy i wydawać będziemy bezpłatnie w postaci dodatków, w tem przekonaniu, że z ważnej tej pracy nie mały pożytek czytelnicy odnoszą, obznajmiając się z tem na porządku dziennym będącym pytaniem, a dla obznajmienia się z którem potrzeba i licznych i kosztownych źródeł, jakie nie każdy lekarz szczególnie na prowincyi, może mieć pod ręką. W roku zaś przyszłym bądź w tekście bądź w Dodatku pomieścimy szereg studyjów kolegi H. DOBRZYCKIEGO, studyjów, do opracowania których autor już od lat wielu skrzętnie zbierał materyjały. Mianowicie pomieścimy:

I. Środki skutecznego zapobieżenia wypadkom śmierci i porażeń, rokrocznie przy obsłudze maszyn rolniczych się wydarzającym. Rzecz na dziesięcioletnich spostrzeżeniach oparta, z dodaniem szczegółowych wykazów statystycznych, 1480 przypadków porażeń obejmujących.

II. Zasady badania przyczyn chorób w ogólności a w szczególności o możności spożytkowania szpitali dla wyjaśnienia przyczynowości chorób.

III. O związku zachodzącym pomiędzy sposobem żywienia (dyjetetyką), a śmiertelnością w naszych szpitalach.

IV. Ruch chorych w szpitalach Królestwa Polskiego od czasu ustanowienia Rady Głównej Opiekuńczej Zakładów Dobroczynnych i takichże Rad Szczegółowych (powiatowych) aż do czasu ich zwinienia t. j. od r. 1833 do 1870.

V. Uszeregowanie postaci chorobnych (systemat nozologiczny) ze względu na ich przyczynowość i wymagania medycyny społecznej. Historyja, rozwój i dążność obecna uszeregowan chorobnych.

VI. O spożytkowaniu miejscowego klimatu (*climatotherapia nostras*) dla leczenia przewlekłych zbroceń, a w szczególności zbroceń narządu oddechowego. Dane za i przeciw. Niedostateczność ścisłych wskazówek pod względem fizjologicznym; podstawy empiryczne. Przeciętny stan zdrowia klass niezamożnych.

Kończąc naszą odezwę, oznajmiamy Szanownym kolegom, że skłonibyśmy byli nawet do wydawania stałych dwutygodniowych dodatków, sprawie publicznego zdrowia poświęconych. Radziłyśmy przeto aby czytelnicy zechcieli nas listownie powiadomić, czy w danym razie moglibyśmy na ich poparcie liczyć, gdyż jasną jest rzeczą, iż bez zapewnienia sobie środków wydawniczych, zamiarów naszych urzeczywistnić byśmy nie mogli.

## K A Z U I S T Y K A.

## Przypadek zatrucia aniliną.

Podał dr. Teodor **Dania**, ordynator kliniki lekarskiej uniwersytetu Warszawskiego.

Zatrucie aniliną, należy wogóle do dość rzadkich zdarzeń; u nas jeżeli się nie mylę, dotychczas wcale spostrzegane nie było. Dawniej wprawdzie, kiedy wraz z **TARDIEU**M i farbom anilinowym przyznawano własności trujące i podciągano je pod jedną kategorię z zatruciami aniliną, opisy podobnych przypadków daleko częściej się zdarzały. Dziś wiemy, że farby anilinowe same przez się zupełnie są nieszkodliwe i jeżeli czasami zatrucie spowodować mogą, to pochodzi to jedynie od domieszek jakie zawierają, a głównie od kwasu arsenowego. Anilina zaś sama żadnego praktycznego zastosowania nie ma i jedynie do wyrobu farb się używa; dla tego też i na zatrucie nią narażeni bywają wyłącznie robotnicy w fabrykach farb anilinowych albo też chemicy. U nas fabryk farb anilinowych nie ma wcale, nie też dziwnego, że i zatrucia aniliną dotychczas całkiem się nie zdarzały.

Opisywany przezemnie przypadek dotyczy p. Br. Z. chemika, który kilka dni temu zajmował się w swej pracowni badaniem aniliny i wykrystalizowywaniem ciał w niej rozpuszczonych. Kiedy w tym celu nad lampką gazową ogrzewał anilinę, zlewka pękła i zawarty w niej płyn wylał się częścią na podłogę, częścią zaś oblał ubranie p. Z., zmoczywszy mu znaczną część uda. Oprócz tego pary aniliny, która jest ciałem lotnem, napełniły całą izbę. Pan Z., wiedząc o trujących własnościach badanego ciała, nie pozostawał dłużej w pracowni i po upływie kilku minut wyszedł na świeże powietrze. Zdarzenie to miało miejsce po godzinie 3-ciej; wyszedłszy z pracowni p. Z. udał się na obiad, a spożywszy go z apetytem, powrócił około godziny 7-mej zupełnie zdrów do pracowni. Zaledwie jednak tam doszedł poczuł pewne osłabienie; nie zatrzymując się więc prawie wcale w pracowni, skierował swe kroki ku domowi. Ale coraz wzmagające się osłabienie nie pozwoliło mu iść, tak że zmuszony był kazać się odwieść do domu, a kiedy objawy zatrucia nietylko się nie zmniejszyły, ale przeciwnie coraz to bardziej wzmagaly, przysłał po mnie około godziny 9.

Przyszedłszy do niego, zastałem go siedzącego na kanapie w nieruchomem położeniu, z głową w tył przechyloną i opuszczonemi rękami; chory robił wrażenie głęboko uspiętego człowieka, którego członki skutkiem bezwładności opadają i podpory dla podtrzymania wymagają. Chory użalał się przedewszystkiem na znaczne osłabienie w nogach i rękach, tak że najmniejsze poruszenie niemi z trudnością mu wykonywać przychodziło; oprócz tego narzekał na swędzenie i pieczenie w tem miejscu, gdzie anilina, zmoczywszy ubranie, do skóry się dostała. Przytomność była zupełna, pomimo tego jednak chory uczuwał pewną senność, mówił powoli i niewyraźnie, a czasami nawet zapominał wyrazów. Zresztą na bóle w członkach, seiskanie w piersiach, duszność, nudności i t. d. nie użalał się wcale,

ciągle jednak powtarzał, że mu jest niedobrze i to coraz gorzej. Cera skóry była znacznie zmieniona, twarz była blada, wargi sine, a paznokcie wyraźnie [zabarwione na niebiesko. Na pierwszy rzut oka stan chorego wydał mi się dość groźnym; później jednak przekonawszy się, że oddech jest prawidłowy i nieco tylko przyspieszony, tętno dość pełne, uderzające 82 razy na minutę, ochłoniąłem nieco z przestachu, tem bardziej że dotychczas nie spostrzegano jeszcze śmierci po zatruciach aniliną. Wychodząc z zasady, że anilina z jednej strony może działać wprost na krew, usuwając z niej tlen, tak jak to np. tlenek węgla czyni, a z drugiej, że wywiera przynębiający wpływ na układ nerwowy, rozkazałem chorego posadzić przy otwartem oknie i zaleciłem środki pobudzające, a mianowicie: wino, mocną herbatę i zimne obmywania ciała. Oprócz tego kazałem zmienić natychmiast ubranie zmocone aniliną i odpowiednie miejsce uda dobrze wymyć zimną wodą. Pod wpływem rzeczonych środków stan chorego prędko się zaczął poprawiać: pieczenie skóry ustąpiło natychmiast, odurzenie zniknęło, tak że po upływie godziny chory czuł się zupełnie dobrze, był wesoły, mówił prędko i wyraźnie; pozostało jednak znaczne osłabienie nóg, tak że chory z miejsca ruszyć się nie mógł i dopiero o 12-tej kiedy go opuszczałem, z trudem przechadzać się zaczął po pokoju. Noc tę chory przepędził niezbyt dobrze i usnął dopiero nad ranem; na drugi jednak dzień obudził się zupełnie zdrowy, rześwy i z dobrym apetytem. Słabość jednak mięśni kończyn dolnych, choć w niewielkim stopniu, trwała przez cały dzień, tak że dopiero na trzeci dzień po zatruciu chory zupełnie do zdrowia powrócił.

Opisany powyżej przypadek można uważać za typowy i spostrzegane przezemnie objawy, zaznaczane bywają przez większość autorów. Wszyscy prawie zgadzają się na to, że porażenie mięśni i odurzenie, najwybitniejszymi są u podobnych chorych zjawiskami; czynności serca i oddychania tylko następowo dotknięte bywają.

Co się tyczy samego sposobu działania aniliny, to dziś nie wiele w tym względzie powiedzieć można. Francuzcy autorowie jak np. LAILLER, LUTZ, opierając się na doświadczeniach STARKOWA z Petersburga, który jakoby znajdował, że krew pod wpływem aniliny traci własność krzepnięcia, a czerwone jej krążki się rozpadają, twierdzą, że trucizna wspomnianą działa pierwotnie na krew, pozbawiając ją tlenu. Późniejsze jednak badania niemieckich uczonych nie potwierdziły tego zapatrywania się i dla tego też sądzą oni, że anilina główny swój wpływ na ośrodki nerwowe wywiera. Co do mnie, to opierając się na znacznem osłabieniu mięśni całego ciała, który to objaw góruje ponad innymi, skłonny jestem twierdzić, że oprócz ośrodków nerwowych, porażeniu podlegają i mięśnie dowolnego ruchu. Inaczej nie możnaby sobie wytłomaczyć owego zmęczenia mięśni, które trwa znacznie dłużej aniżeli objawy ze strony ośrodków nerwowych. Brak wszelkich zaburzeń w oddychaniu wyklucza też, zdaniem mojem, zmiany w samych ciałkach krwi.

Daleko ciekawsze było dla mnie pytanie co do dróg, jakimi anilina do

ustroju się dostaje. BERGMANN, SCHUCHARDT i inni twierdzą, że anilina jedynie przez przewód pokarmowy i płuca do krwi przechodzić może. Przeciwnie LAILLER ogłosił w r. 1873 (*Gaz. hebdomadaire de méd.* Nr. 24 sprawozdanie z posiedzeń „*Société médicale des hopitaux*”) dwa spostrzeżenia, w których chlorek aniliny zastosowany na skórę przy łuszczycy spowodował wyraźne oznaki zatrucia, powtarzające się tyle razy, ile razy rzeczony środek był stosowany. W opisywanym przeze mnie przypadku chory wprawdzie wystawiony był i na pary aniliny; ale zwrócić uwagę należy na tę okoliczność, że kiedy przy wdychaniu pary aniliny objawy zatrucia występowały natychmiast, albo co najwyżej po upływie pół godziny, to p. Z. przez trzy przeszło godziny czuł się zupełnie zdrowym. Zgadza się to zupełnie ze spostrzeżeniami LAILLER'A; u jego chorych objawy zatrucia występowały także dość późno, a mianowicie u jednego we dwie, a drugiego dopiero w cztery godziny. Dla tego też sądzę, że i u mojego chorego przynajmniej część aniliny do ustroju się dostała przez skórę. Wprawdzie LAILLER twierdzi, że skóra dotknięta łuszczycą przedstawia pewne usposobienie do wsysania aniliny, podobna jednak wrażliwość na rozmaite środki i u zdrowych nieraz się spotyka.

Nareszcie nie mogę się zgodzić ze zdaniem BERGMANN'A, według którego anilina miejscowo żadnego drażniącego nie wywiera wpływu. Przeciwnie już LAILLER wspomina o nieprzyjemnem uczuciu po zastosowaniu tego środka, a u mojego chorego swędzenie i pieczenie skóry było tak silne, że nawet w chwili zupełnego odurzenia chory ciągle się na nie użalał.

## PRZEGLĄD CZASOPISM LEKARSKICH POLSKICH.

### „Dwutygodnik medycyny publicznej”,

Organ Towarzystwa Lekarzy Galicyjskich, poświęcony: I. Sprawom zawodu lekarskiego i Organizacyi Służby Zdrowia; II. Higijenie publicznej i prywatnej i III. Medycynie Sądowej. Wydawane pod redakcją. Docenta d-ra K. GRABOWSKIEGO i prof. d-ra St. JANIKOWSKIEGO w Krakowie, oraz Prymar-d-ra J. ROŻAŃSKIEGO we Lwowie. Półrocze pierwsze r. 1877.

NN-rów 12.

Sprawozdanie dra med. Z. **Dobieszewskiego**.

(Dokończenie.— Zob. N. 50 i 51).

Dr. JAKUBOWSKI (profesor) pomieszcil: „Opis szpitala Ś-go Ludwika w Krakowie”, w Nr-ze 8, 9 i 10. Jest to opis szpitala dla dzieci, wybudowanego prywatnemi silami, opis bardzo dokładny. Szpital ten posiada 72 łózek i stanowi jeden z piękniejszych budynków nowoczesnego Krakowa. Zasluga jego utworzenia należy się w znacznej części, d-rowi JAKUBOWSKIEMU, który moralnie i materyjalnie znacznie się do jego istnienia przyłożył.

Szpital zbudowany sposobem korytarzowo-pawilonowym, (my go jednak tylko za pawilonowy przyjąć możemy, bo połączenie pawilonów korytarzem, w którym znajdują się pomieszczenia dla administracyi, ściśle biorąc do systemu budowlanego wliczone być nie powinno), jest piętrowy obejmuje 8 sal dla chorych ogólnych; z tych dwie na dole, sześć na pier-

wszem piętrze i oprócz nich dwie salki na ostre wysypki (płonicę i ospę) przeznaczone. Pojemność sal wynosi od 111,86 metr, (dla płonicy) do 255,78 metr sz. Przy salach mieszczą się nisze wychodkowe. Szpital założono w ustronnej części miasta; przy nim znajduje się dość wielki ogród.

Dr. JANIKOWSKI (profesor) pomieścił: „Uwagi nad projektem ustawy budowniczej dla miast i miasteczek galicyjskich, z wyjątkiem Lwowa i Krakowa, wypracowany przez Wydział Krajowy”. (Nr. 9 i 10).

Tenże autor pomieścił: „Kilka słów o sprawach lekarskich z ubiegłego peryjodu Sejmu galicyjskiego (1870 do 1876). Nr. 11, 12 i dalsze.

Pierwszy z nich przekonywa, że projekt wspomnianej ustawy, jest ze znajomością rzeczy skreślony i zyczyćby tylko należało, aby wedle uwag autora, w niektórych miejscach poprawiony, doczekał się conajrzychlej zamienienia na ustawę i aby ta ustawa dokładnie wykonaną była.

Drugi stwierdza znaczny postęp w załatwianiu i rozwoju kwestyj służby zdrowia publicznego, należących do zarządu krajowego. Autor stwierdza, że od czasu utworzenia posady Inspektora szpitali w Wydziale Krajowym, (a ściślej rzecz biorąc od r. 1870) godne uznania nabytki otrzymały szpitale tak we Lwowie i Krakowie, jak i na prowincyi, tak pod względem stanowiska i uposażenia lekarzy, jak i urzędzeń administracyjnych. Istotnie nietylko poprawy ale zupełnego przeobrażenia sprawy szpitalnej w Galicyi nikt nie zaprzeczy, jak nie mniej temu, że to wszystko nastąpiło dopiero od ustanowienia fachowego urzędnika lekarskiego w Wydziale Krajowym. Artykuł ten zaznacza zlekka i nasze w tej mierze zasługi. Z przyjemnością notujemy ten fakt, jest to bowiem jakby za dosyć uczynienie, że artykuł pomieszczony w ostatnich N-rach z r. 1870 „PRZEGLĄDU LEKARSKIEGO”, artykuł zjadliwy, przeciwko nam skierowany, który nam wiele przykrości zrobił, a nawet nieco działanie utrudnił; pochodził zaś od redakcyi „PRZEGLĄDU”, na czele której stał autor obecnie rozbieganego artykułu. Autor przyznając zasługi Inspektorom szpitali, w sprawie spraw szpitalnych, przypisuje wielki w tem udział Członkom Wydziału Krajowego: pp. HALLEROWI, SERWATOWSKIEMU i radcy wydziału MOCHNACKIEMU. Co do działalności dwóch ostatnich, nie o niej powiedzieć nie możemy, bo jej nie znamy zgola, lecz w imieniu prawdy, zaprotestować musimy przeciwko zasłudze pierwszego. Przeciwnie, wyznać musimy jakieśmy zresztą już w r. 1872 wykazali, że wspomnianemu członkowi wydziału przypisać należy: wstrzymywanie, gmatwanie i przeszkadzanie wszystkim ulepszeniom, jakie na tej drodze się robiły, tak w uposażeniu lekarzy i służby administracyjnej, jak w ogólnej organizacji szpitali, p. H. przeprowadzał tylko to, czemu przeszkodzić nie był w stanie i przeciwnie, wszystko co się od 1870—1872 r. dokonało w tej mierze kraj winien ówczesnemu Marszałkowi Krajowemu, bez którego nie zgola by się nie zrobiło. Rzecz szczególna o tem autor artykułu, jakby nie wiedział (!?)

Dr. St. MARKIEWICZ z Soczewki (Król. Pols.), pomieścił w N-rze 9 i 10, artykuł p. t. „Zagadnienia z krajowej statystyki lekarskiej i higieny publicznej” i w tym artykule rozbiera pytanie: „Jaką jest śmiertelność ludności fabrycznej w naszym kraju”. Autor znany oddawna czytelnikom z prac tak innych jak i w tej gałęzi medycyny pomieszczanych, traktuje swój przedmiot z właściwą sobie bystrością i jasnością i dochodzi do wniosku, że śmiertelność między ludnością fabryczną, w naszym kraju, jest bardzo niska gdyż średnio nie dochodzi 17 na 1000 ludności.

Stan tak pomyślny zdrowia naszej ludności fabrycznej przypisuje

autor czterem następującym okolicznościom: 1<sup>o</sup> że zarobek w fabrykach jest pewnym i dość znacznym, a dobry robotnik, ma prawie wszędzie zapewnioną zaliczkę; 2<sup>o</sup> że zajęcie w fabrykach, chociaż ciężkie, ale jednostajne, wpływa na regularny tryb życia; 3<sup>o</sup> ludność fabryczną składają przeważnie ludzie rzadni, trzeźwi i pracowici; 4<sup>o</sup> prawie wszędzie ludność ta ma zapewnioną stałą pomoc lekarsko-położniczą i wsparcie na przypadek choroby.

DWUTYGODNIK posiada dział Medycyny Sądowej prowadzony głównie przez prof. JANIKOWSKIEGO bardzo starannie i pouczająco. Miejszcza się w nim prace oryginalne i sprawozdania redagowane z obcego piśmiennictwa. Z tego krótkiego sprawozdania, przekonają się czytelnicy że DWUTYGODNIK MEDYCYNY PUBLICZNEJ jest wielce pożytecznym i redaktorom jego należy się uznanie za trudy około wydawnictwa podjęte. Treść jego bogata i różnaita, wzmacnia się coraz bardziej tak, że Redakcja, zmuszona jest, dołączać dodatki. Witamy więc te początkowe usiłowania z radością, życząc szczerze powodzenia uczeiwej i umiejętnej pracy.

## ODCINEK.

### Służba zdrowia w wojsku tureckiem.

Podał Dr. W. J.

(Dokończenie.—Zobacz Nr. 21, 22, 25, 26, 29, 30, 32—38, 41, 42, 43, 47—51).

W garnizonach hercogowińskich takich, jak Nikszyc, Duga i Piwa, gdzie oddziały muszone były pozostawać czas dłuższy, dobre zwykłe warunki higieniczne ulegały pogorszeniu li tylko w skutek wypełnienia ciasnych obszarów, w jakich żołnierz zmuszony był pozostawać, jak również z powodu braku świeżego prowiantu składającego się tylko z mąki, ryżu i masła i to dowożonych tylko w pewnych okresach czasu. Żywność tego rodzaju złożona w źle zbudowanych i wilgotnych magazynach, oczywiście podlegała zepsuciu; potrzeba go jednak było zużyć, ponieważ o zastąpieniu go świeżym nawet i mowy być nie mogło. W tych to jedynie garnizonach spostrzegane były przypadki gnilca (*scorbutus*). Należy jednak wyznać, że o ile ilość ich była bardzo nieznaczną, o tyle też większa ich liczba przedstawiała cechy bardzo charakterystyczne, mianowicie były powikłane z czkawką, która zwykle na kilka, lub kilkanaście godzin poprzedzała nieszcześliwe zejście. Chorzy tacy zwykle dobrze się odżywiali, okazujący jednak wyraz, cechujący ich stan cierpienia, niemniej jednak uważani za wchodzących w okres wyzdrowienia, nagle podczas nocy lub ku wieczorowi dostawali gwałtownej nieprzerwanej czkawki, w ciągu której napływ krwi do naczyń włosowatych powlok stawał się bardzo widocznym, wreszcie przy ogólnym upadku ciepłoty, nieszcześliwi ci, ulegali temu na pozór niezbyt groźnemu powikłaniu, pomimo, że o ile można było się przekonać śmierć nie była poprzedzoną cierpieniami mózgu lub jego osłon ani zmianami organicznymi żołądka, jelit lub otrzewni, ani też jakąkolwiek inną chorobą ostrą. Wiedząc zaś jakie zmiany ustrojowe powoduje śmierć dotkniętych gnilcem, niepodobna uważać czkawki jako powikłanie wyłącznie prowadzące nieszcześliwe zejście. Objaw to jednak godny zacytowania, jako cechujący stany gnilcowe tu zauważane. W ogólnej liczbie 129 chorych dotkniętych gnilcem, śmiertelność była wcale nieznaczną: tylko 37 umarło, wtedy gdy pozostała ilość w miarę możności była wysyłana na zmianę powietrza poza obręb Her-



cogowiny, lub jeżeli to ostatnie było niepodobnem, została przeniesioną do innych garnizonów.

Jakkolwiek dotknąłem już charakterystyki lekarzy tureckich, to jednak przystępując do zacytowania przypadków chorobowych zauważanych w przyrządzie krwi krążenia, pozwolę sobie uwzględnić jeszcze jedną cechę zakorzenionych przekonań tutejszych lekarzy, z których prawie każdy utrzymuje, że posiada wyłączną łatwość w rozpoznawaniu i leczeniu chorób przyrządu krwi krążenia. Serce dla nich, z jego mniej więcej wzmocnionemi tonami i szmerami, jest czems tak dostępnem, że każdy wyobraża sobie być co najmniej jakimś BAMBERGER'EM lub BOULLAUD'EM i wymęczywszy swego klienta zastosowaniem wypuku i wysłuchu, wykonywanych w sposób tak genialny, jak i samo przekonanie o znajomości stanów chorobowych, pali sobie rozpoznanie z taką pewnością, jakby cała rzecz dotyczyła tylko jakiegoś ropnia, lub czyraka. Nie więc częstszego i nie łatwiejszego dla naszych kolegów wojskowych, jak rozpoznania niedomykalności zastawek i przerost ścian sercowych. Są to stany najulubieńsze, które w każdym oddziale chorych kierowanym przez ucznia szkoły stambulskiej spotyka się bardzo często, choć o rzeczywistym ich istnieniu bardzo wątpić należało. Niepodobna wdawać się w dochodzenie przyczyn podobnych mniemań, często atoli badanie szczegółowe nie potwierdzało bynajmniej rozpoznania zapisanego na karcie.

To powiedziawszy, przystępuję teraz do uwydatnienia cierpień przyrządu krążenia, jakie w istocie zostały zauważane i sumiennie potwierdzone. Największą ich liczbę stanowiły stany długotrwałe znalezione u chorych, którzy wstąpili do szpitali z powodu innego cierpienia. W rzędzie tych długotrwałych chorób, najczęściej dało się zauważać przerosty lewego serca, najprawdopodobniej w skutek podniesionej czynności dynamicznej, będącej prostem następstwem niedokrwistości, stanu, jak uważaliśmy bardzo częstego u tureckich wojskowych. Wreszcie jest prawdopodobnem że przerosty mogły być następstwem dawnych zapaleń powłok sercowych, lub też że były wywołane skutkiem przeszkód materyjalnych powstałych w ujściach (*orificia*). Żaden jednak z tych potwierdzonych stanów przerostu ścian sercowych nie miał nieszczęśliwego zejścia. I choć wprawdzie chorzy tacy byli stałymi gośćmi w szpitalu, to jednak w miarę możności wysyłano ich na zmianę powietrza lub też zupełnie uwalniano ze służby.

Ostre zapalenie osierdzia występowało dość często i przy czyna jego zdaje się zależeć raczej od wpływów zimna na rozgrzany ustroj, aniżeli od wpływów urazowych (traumatycznych). Najczęściej jednak zapalenie osierdzia występowało jako powikłanie zapalenia płuc i opłucni i ostrego gościa stawowego. O ile przypadki ostre, powstałe samoistnie w skutek przeziębienia, kończyły się zwykle szczęśliwie, o tyle znowu zapalenie narządów oddychania powikłane tym stanem, prawie bez wyjątku kończyło się śmiercią. Ponieważ zaś jak powiedziałem wyżej objawy patologiczne ze strony głównego narządu krążenia, były potwierdzone zawsze jako powikłania innych stanów, pozostaje mi więc do zacytowania tylko zapalenie osierdzia, jako cierpienie samoistne, mogące zająć wyłączną rubrykę w wykazie statystycznym.

Bardzo obfity materyjał dla szpitali w Hercogowinie dostarczali wojskowi dotknięci cierpieniami zapałnemi stawów, przedstawiającemi się zarówno w postaciach ostrych jak i długotrwałych, powikłanych z cierpieniami osierdzia i wsierdzia, lub też występującemi tylko jako zwykłe bóle stawowe, bez obrzmienia i zaczerwienienia części miękkich; cierpienia te prawie wyłącznie zawdzięczają swój początek przypadkowemu przeziębieniu. Łatwo zrozumiemy, że przy warunkach klimatycznych tak zmien-

nych, przy niemożebności prawie uniknięcia wpływów wilgoci, przy pracach i znużeniach fizycznych, wojskowi przeważnie są narażeni na wpływy przeziębienia się i ulegnięcia niejako właściwym cierpieniom, jakie z łatwością bywają przez nie wywołane. To też w zawodzie wojskowym gościec, jeżeli już nie ostry to długotrwały jest prawie pewnym i stałym nabytkiem każdego, kto tylko był zmuszony walczyć z niewygodami życia tak w pokoju jak również i w czasie wojny. Bez względu na twierdzenie nowoczesnych badaczy, nie zgadzających się na to, że przeziębienie może być przyczyną wywołującą stany zapalne stawów, widzę się w obowiązku pozostać przy dawnej teorii i wpływom zimnej wilgoci przypisać powstanie większej ilości przypadków gościa, jakie mieliśmy w naszych szpitalach. Wszystkie prawie rodzaje gościa mieliśmy możność spostrzegania, zaczawszy od zajęcia pojedynczych stawów, a kończąc na tak zwanym goścem nerwowym (*arthritis neuropathica*), mającym za podstawę przyczynową cierpienia w układzie nerwowym. Po wyłączeniu zaś wpływów wilgoci i zimna największą ilość chorych goścowych dostarczało usposobienie żółtawe i samogwałt.

Gościec jednak ze swemi objawami dość niestalem jest cierpieniem, pod którego powagą zwykli się ukrywać gnuśność i lenistwo wojskowe, mające na celu udawaniem stanu chorobowego uwolnić się przynajmniej na czas jakiś od trudnych obowiązkowych zajęć. Ztąd też nietyle już w kadrach żołnierzy, ile wpośród oficerów, spotyka się zwykle bardzo wydatną ilość tych „*Jelem*” (goścem) dotkniętych chorych, dla których oczywiście nie odmawiało się kąta w szpitalu, lecz też i leczyło się w sposób odpowiadający ich udawaniu. Tam zaś, gdzie tylko został potwierdzony stan chorobowego zajęcia stawu, tam też w największej liczbie przypadków, zauważanych w Hercegowinie, gościec występował z powikłaniami ze strony serca i te to zwykle stanowiły podstawę dla przekonania się w świeżych przypadkach o prawdziwym chorobowym stanie, na jaki się żołnierz uskarżał. Znaki zaś tych powikłań były nadzwyczaj charakterystyczne, ujawniające się przy ostrem umiejscowionem zapaleniu osierdzia osłabieniem, przeciągłością i znikaniem tonów zastawkowych, szmerem falowym, tarcieniem podobnem do trących się ze sobą dwóch powierzchni nowej skóry, wreszcie stopniowanem skrzeczeniem (*craquement cadencé*) i pospolitem stopniem wypuku w okolicy sercowej. Gdy zaś stan zapalny osierdzia stawał się bardziej ogólnym, wtedy obok wyżej przytoczonych objawów, występowały jeszcze: obrzmienie twarzy, duszność i niespokojność i te ostatnie objawy zawsze były zwiastunami nieszczęśliwego zejścia. Przy powikłaniach gościa ze stanem zapalnym osierdzia, wydatność i siła objawów bardzo wpływały na decydujące rozpoznanie. Lecz to ostatnie, daleko większe przedstawiało trudności, gdy gościec wikał się z zapaleniem wsierdzia i tylko w przypadkach, w których powikłanie zapalne doszło do wysokiego stopnia, wtedy dopiero można było rozpoznać „*endocarditis*”, przez uwzględnienie tonów szorstkich, występujących w naszych przypadkach najczęściej w obu chwilach ruchów sercowych. przez ruchy serca częste i nieregularne, wreszcie przez bóle, tępość wypuku i wysoki stopień duszności. Czytelnik zechce mi wybaczyć podawanie tutaj objawów zapalenia wsierdzia i osierdzia dobrze każdemu znanych. Zacytowanie ich jednak było dla mnie niezbędnem, ponieważ siła z jaką występowały była bardzo charakterystyczną dla samych przypadków gościa tu spostrzeganych, jak również wywierały one potężny wpływ na rokowanie.

W wykazie więc statystycznym podając ogólną liczbę przypadków wszystkich rodzajów gościa, wyłącznie tylko liczbę zapaleń stawów

z powikłaniami, ponieważ pierwsze, jako ulegające łatwiejszemu wyleczeniu nie zasługują na przytoczenie.

Ogólna liczba przypadków leczonych na rozmaite rodzaje gośca, zaczynając od mięśniowego, a kończąc na długotrwałym z powikłaniami ze strony serca, podniosła się do ogromnej liczby bo 7311 chorych. Z tej jednak summy należy mi natychmiast wyliczyć 4723 przypadków bez powikłań, które choć figurowały w katalogach szpitalnych zostały jednak najzupełniej wyleczone. Ilość zaś 2588 rozpada się na dwa działy: powikłań gośca z zapaleniem osierdzia przypadków 1617 i przypadków powikłań z zapaleniem wsierdzia 971. Co zaś do usposobień stanu ustrojowego liczba ta (2588) rozpada się: u osobników z zakażeniem żółtym zauważono 1892 przypadków gośca; u skłonnych do samogwałtu 227, u osób zaś u których usposobienie nerwowe było przyczyną stanów goścowych zanotowano 469 przypadków.

Wypada mi jeszcze dodać słowo o samem leczeniu gośca, leczeniu prawdziwie tureckiem, bo o ile nie opartem na ścisłych podstawach nauki, o tyle znowu złożonem i grzeszącem szarlatanizmem. Kogo zaś tylko zaciekawia zaznajomienie się z zasobami leczniczymi lekarzy tureckich, ten niech tylko weźmie tabelłę chorych goścowych, a porównawszy ją z innymi, przekona się o szczerem szafowaniu lekami. Przeróżnego więc rodzaju balsamy, maście, linimenta, w które tak obfitowała każda stara farmakopea i dzisiaj jeszcze znajdują wielką wziętość u naszych tureckich kolegów. A gdy jeszcze dodam, że do odgrzebywanych z zapomnienia przetworów jak „skóra GOULARD'A”, płyn przeciwnym z „*Île-de-France*”, „balsam saksoński” lub „*Frioroueti*”, wyobraźnia lekarska tworzy jeszcze inne połączenia z całych gromad rozmaitych ingrediencyj, wtedy będziemy mieć najlepsze pojęcie o stopniu szarlatanizmu, z jakim zwykło się tu traktować stany goścowe. Charakterystycznym jest jeszcze i ten przesąd turecki, że kamfora powszechnie wchodząca w skład płynów przeciwgoścowych, nigdy nie figuruje w przepisach lekarzy dobrych muzułmanów; a powód ku temu jest ten, że kamfora bywa używaną do nakadzania umarłych, więc też jako taka nie może być wprowadzona do leczenia żywych! Oczywiście, że tam, gdzie gościec wolnym był od powikłań i występował jako cierpienie warstw mięśniowych, tam też uprzywilejowane maście i płyny przynosiły jeszcze pewien skutek, i w tych to razach zastrzykiwania podskórne morfiny wprowadzały zwykle w zdumienie naszych stambulskich geniuszków. W razie zaś gośca z powikłaniami, wikłało się też także i samo leczenie, wskazując, jak dalekimi byli traktujący od drogi postępowania, wskazanej przez naukę i ścisłe doświadczenie.

Z cierpień, których siedliskiem były: wątroba, nerki i pęcherz moczowy, to tylko mogę podać, że liczba zauważanych przypadków była bardzo nieznaczna i że wszystkie przypadki cechowały się przeważnie charakterem długotrwałym. Prócz kilkudziesięciu przypadków łagodnej żółtaczki niezależnej od żadnych przeszkód materyjalnych w obiegu żółci, we wszystkich szpitalach Hercogowiny zauważono 86 przypadków wodnej puchliny, którą niepodobna było wyprowadzić z innej przyczyny jak tylko z utrudnionego krążenia w żyłach wrotnej. Wszystkie te przypadki wodnej puchliny zakończyły się śmiercią. Nie wątpię, że gdyby nasi chorzy byli poddani klinicznemu badaniu, z pewnością można byłoby wykryć ze strony wątroby i inne stany patologiczne, a przynajmniej u osobników pochodzących z prowincyj południowych, dałyby się potwierdzić zwyrodnienia, długotrwałe stany zapalne lub też przerosty. Z tego jednak rodzaju cierpień nie zauważano żadnego przypadku.

Nieporównanie zaś częstszymi były stany chorobowe nerek, z których

liczby wyłączywszy zapalenie mięszsu i miedniczek nerkowych, wyłącznie zajmowały nas bialkomocz i zwyrodnienie tłuszczowe tych narządów. Oczywiście że przy niemożebności badań pośmiertnych, niepodobna było zdać sobie sprawy o stopniu zwyrodnienia i całe zatem rozpoznanie choroby BRIGITTA opierało się wyłącznie na objawach niestałych mianowicie: na gorączce, dreszczach, bólach w okolicy nerkowej, osłabieniu wzroku bialkomoczowym i wreszcie na badaniu moczu przez jego zagotowanie i traktowanie kwasem azotnym, w końcu przez uwzględnienie stanów chorobowych, przebytych lub istniejących jak choroby serca niedokrwiłość, suchoty płucne i przez stwierdzenie po kilku dniach trwania choroby, obrzmienia nóg, powiek i wodnej puchliny brzucha.

Na zakończenie na jedną jeszcze okoliczność chcę zwrócić uwagę czytelnika, mianowicie na stan i charakter chorób przymiotowych. Z góry jednak muszę powiedzieć, że Hercegowina jest jedną z tych błogosławionych prowincyj, gdzie pod wpływem surowości obyczajów, rozpusta płciowa nie doszła jeszcze do stopnia wyrównywającego stosunkom tego rodzaju w innych krajach Turcji. Wtedy bowiem gdy w sąsiedniej Bośni, szerzenie się chorób przymiotowych może być nazwane prawdziwie epidemicznem, w Hercegowinie dały się tylko zauważyć pojedyncze przypadki, które z pewnością były tu przyniesione. Ztąd też, dopóki dywizja hercegowińska znajdowała się niejako zamkniętą w tych stosunkach moralności, nie było prawie zupełnie chorych na przymiot. Lecz z chwilą wzmocnienia się oddziały nowo przybywającymi posiłkami, mianowicie od czasu wejścia do Hercegowiny, batalijonów ze Stambułu, Macedonii i Bośni, zaczęły się ukazywać przypadki przymiotu.

Główną cechą cierpień przymiotowych wniesionych, była ich długotrwałość. Nikt bowiem z przybywających nie przedstawił się z wrzodem pierwotnym, a tylko wszystkie przypadki były wtórzednymi, charakteryzującymi się u naszych chorych zajęciem błony śluzowej ust i odbytu (lepiejże śluzowe), owrzodzeniami gardła i przymiotowemi cierpieniami skóry. Oczywiście, że do rodzaju i czasu powstania choroby, chory nigdy przyznać się nie chciał. Stwierdzenie śladów pozostałych po wrzodzie pierwotnym często było dość trudnem i tylko przez uwzględnienie pochodzenia żołnierza i jego ostatniego garnizonu, można było zdać sobie sprawę o przyrodzie cierpienia. Rozpoznanie zaś ostatniego utrudniało jeszcze i długie nieprzedstawianie się chorego. Dopóki bowiem sprawa chorobowa ograniczała się tylko na lepiezach śluzowych, mało się niemi interesowano. I dopiero po zajęciu narządów szlachetniejszych, nieprzewidujący groźnych następstw chory zwykł przedstawiać się lekarzowi.

U nikogo zaś objawy wtórzedne nie były tak przerażającemi jak u wojskowych pochodzących z Anatolii i Bośni. Przyczyn należy prawdopodobnie szukać u pierwszych w niemożebności leczenia się na czasie, w skutek wymarszu i długiej podróży, u drugich zaś wyłącznie z powodu właściwego im ospalstwa i niedbałości. Nie byliśmy także wolni od trzeciorzednych objawów przymiotu, które głównie występowały u wysłużonych żołdowników „*in Venere*”, podstarzałych rezerwistów, którzy, stoją dziś na czele ognisk domowych, a do tego będąc dobrymi muzułmanami nigdy nie chcą sobie przypomnieć okoliczności jakie poprzedziły dzisiejsze ich cierpienia. Co zaś do przypadków świeżo nabytych, to wielka łatwość przechodzenia ich w stan wtórzedny zaley jeszcze i od tego, że w wojsku tureckiem nie odbywa się niespodziewanych wespół żołnierzy wizyt. Dla tego też żołnierz dotknięty przymiotem przedtem nim się zdecyduje pójść do lekarza, zwykł uprzednio zasięgać rady uprzywilejowanych „*berberów*” (golarzy) i dopiero w następstwie zewnętrznego bezskutecznego leczenia się, szuka pomocy w szpitalu.

Oto ogólny obraz główniejszych stanów chorobowych jakie w ciągu półtorarocznych czynności wojskowych w Hercogowinie dały się zauważyć. Podany niżej wykaz statystyczny przedstawi nam zestawioną ilość przyjętych chorych i śmiertelność spowodowaną cierpieniami wewnętrznymi. Gdy zaś w następstwie przy sprzyjających okolicznościach przedstawię czytelnikowi wykaz chorób zewnętrznych, zranień i obrażeń, wtedy przez porównanie z sobą obu wykazów statystycznych najlepiej uwydatni się stan zdrowotny i stopień śmiertelności w korpusie hercogowińskim.

Wykaz statystyczny chorób wewnętrznych, zauważanych w Hercogowinie w ciągu półtorarocznego okresu czasu.

Nazwy chorób.	Ogólna ilość przyjętych chorych	S z p i t a l e										Szpitale małych garnizonów		
		Mostar		Gazko		Bilek		Trebunia		Stolac		Ilość	Śmier.	
		Ilość	Śmier.	Ilość	Śmier.	Ilość	Śmier.	Ilość	Śmier.	Ilość	Śmier.			
Krwawa biegunka.....	—	601	271	408	96	711	387	126	39	84	23	—	—	
Durzyca.....	1484	—	—	—	—	873	∞	327	172	—	—	Gabella	284	214
Niedokrwistość.....	2796	—	287	—	313	—	405	—	339	—	327	—	—	—
Suchoty pierwotne.....	—	61	27	53	17	21	17	89	62	21	—	9 w Piwie	—	—
„ następowe.....	—	287	103	378	142	191	106	292	126	96	29	74	39	—
Chorób ostrych i długotrwałych narządów oddychania.	3284	713	202	476	118	907	329	287	122	584	151	281 w Piwie	53	—
Ospa.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	13	4	—
Gnilec.....	129	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	129	37	—
Zapalenie osierdzia.....	209	41	—	74	3	87	14	3	—	4	—	—	—	—
Gościec stawowy z powikłaniami.....	2588	719	92	587	103	807	42	317	26	82	19	76	27	—
Wodna puchlina.....	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	86	86	—
Białkolecz ostry i długotrwały.....	—	—	—	81	28	37	11	—	—	32	19	22	6	w Piwie
Summa	10490	2422	892	2055	820	3614	1311	1441	886	903	568	1075	466	—

Zatem 11470 chorych, było leczonych w szpitalach na choroby wewnętrzne. Z tej liczby mieliśmy nieszczęśliwych zejść ogromną liczbę, bo 5942.

Krótkie sprawozdania z postępu wiedzy lekarskiej zagranicą.

**Całkowite wycięcie krtani** wykonał d-r Dawid FOULIS w Glasgowie przy następujących okolicznościach: J. H. lat 28 wieku liczący przybył w kwietniu 1876 r. do szpitala, prosząc o poradę na cierpienie krtani; był on słabowity, źle odżywiany, a przed kilkoma laty tak silnie się zaziębił, że przez 10 miesięcy ciężko chorował, przy czem cały czas miał chrypkę. Od roku miał znowu chrypkę i to tak silną, iż było to dla niego wielce uciążliwe; często nie mógł wcale głosu wydobyć, tak że nieraz pierwszą połowę wyrazu dobrze powiedział, a drugiej połowy sam nawet usłyszeć nie mógł; trudności w polykaniu żadnej nie miał, ale doznawał zawsze uczucia jakoby suchości w gardle; krwią nigdy nie pluł, a usposobienie do potów nocnych, które miał dawniej obecnie stracił. Klatka piersiowa była wązka; w prawym wierzchołku płuca odgłos wypukowy był stępiony, oddychanie zaostrome a mowa chorego była donośnie słyszalna. Zresztą wszystkie narządy były

w stanie prawidłowym. Przy pomocy wziernika krtańowego dostrzeżono narośl, wyglądającą z pod lewej struny głosowej barwy brudno-ciemno-czerwonej; wielkość tego nowotworu dochodziła do wielkości grochu zielonego. Kiedy pacjent głos wydobywał, struny głosowe tak narośl tę zasłaniały, iż jej nie było można widzieć. D. 19-go maja 1876 r. przystąpiono do operacji wycięcia tej narośli. Zrobiono najprzód cięcie w skórze od środka chrząstki tarczowej do pierwszego pierścienia tchawicy, przecięto i podwiązano gałąź obrączkowo-tarczową (*crico-thyreoidea*) tętnicy krtańowej górnej; następnie przecięto błonę obrączkowo-tarczową i chrząstkę obrączkową. Po uchwyceniu hakami brzegów tej ostatniej wydobyto na jaw narośl, która tak była krucha iż z łatwością szczypekami dała się wydobyć. Chory wkrótce przyszedł do siebie, w październiku jednak zauważono, iż narośl na nowo się odtwarza. D. 16 kwietnia 1877 r. powtórnie wydobyto na zewnątrz, tym samym sposobem co poraz pierwszy narośl, która tym razem była wielkości połowy wielkiej maliny. D. 8-go maja to jest w trzy tygodnie po operacji chory opuścił szpital w dobrym stanie zdrowia. W lipcu dostrzeżono, iż narośl na dawnym swoim miejscu zaczęła znowu odrastać. W miesiącu sierpniu oddech stał się tak utrudniony, iż chory przybył do d-ra FOULIS'a w bardzo złym stanie; znaleziono wtedy dwa gruczoly po nad krtańią mocno obrzmiałe, narośl była znacznych rozmiarów, chory nie mógł mówić, ledwo szeptał, był mocno wystraszony. Na zrobioną propozycję wycięcia krtańi, chory się zgodził. Operacją wykonano d. 10 września 1877 roku.

Przecięto skórę, począwszy od dolnego brzegu kości gnykowej, aż do punktu położonego na cal poniżej chrząstki obrączkowej, oddzielono następnie tkankę łączną po obu stronach krtańi. Po przecięciu tchawicy wprowadzono do niej cewkę ołowianą zaopatrzoną w pierścien kauczukowy i zgiętą na kształt syfona. Cewka ta dostatecznie zapobiegala dostaniu się krwi do tchawicy i dostarczała choremu powietrza. Krtań całą wycięto, zostawiono tylko górne rogi chrząstki tarczowej i połowę chrząstek nalewkowych. Brzegi tchawicy przytwierdzone zostały do skóry szwami z drutu. Pierwsze 12 godzin po operacji cewka ołowiana pozostawała w tchawicy. Operacja trwała 2 $\frac{1}{2}$  godziny. Pierwszej nocy po operacji pokazały się ruchy wymiotne, tak że przez 24 godzin zadawano pokarm przez odbytnicę; później wprowadzano pożywienie zapomocą cewnika żołądkowego. Piątego dnia po operacji chory mógł z łatwością polykać pokarmy płynne. Rany nie przemywano, tylko wysysano zapomocą szklanej strzykawki gromadzący się w ranie śluz i ropę. D. 8 października, kiedy d-r F. opisywał ten przypadek, operowany prawie był zdrów.

Przyrząd krtańiowy GUSSENBAUER'a wykonany w Londynie został u tego chorego zastosowany. (*Lancet.*—October 13—1877).

**Salicylan sody w chorobach gorączkowych u dzieci** stosował prof. HAGENBACH (*Correspondenzblatt f. Schweiz. Aerzte* N. 15—1877) u 72 chorych: 21 durzycowych, 11 z płonicą, zapaleniem opłucni, różą i wielu innemi chorobami gorączkowemi. Wyniki spostrzeżeń autora są następujące: Działanie salicylanu sody zmniejszające gorączkę nie jest zawsze jednolajnym, zdarza się bowiem że w jednych razach dosyć wielkie dawki tego leku nie sprawiają zamierzonego skutku, kiedy znowu w innych już małe dawki niestosunkowo wielkie wywołują działanie. Jeżeli lek ten na podobieństwo chininy w ciągu krótkiego czasu ( $\frac{1}{2}$ —1 godziny) w dwóch zadawkach był podawany, to otrzymywał autor w większości przypadków pomyślny skutek bez nieprzyjemnych ciężkich pobocznych przypadłości. Średnia dawka dla dzieci do 1-go roku ich życia wynosi gr. 15; od 1—2 lat gr. 20—30; od 3—5 lat gr. 35—45; od 6—10 lat gr. 50—60; od 11—15 dr. 1—1 $\frac{1}{2}$ . W ogólności salicylanu sody zadawać należy dzieciom dwa razy większą dawkę niż chininy. Najlepiej zadawać go zaraz z wieczora aż do rana t. j. wtedy gdy ciepota ciała przedstawia pewną dążność do obniżki; w ogóle działanie tego leku około godziny 11-ej rano jest najmniejszym. U dzieci wrażliwych, nerwowych, już po małej dawce następuje zwołnienie gorączki; w ogólności zwołnienie to dochodzi od 1,5—4,0° C. największe jest w 6 godzin po zadaniu rzeczzonego leku. Zwołnienie to trwa niekiedy 24—36 godzin; w innych razach już po upływie 3 godzin ciepota ciała powraca do po-

przedniej wysokości. Częstość tętna z początku zwiększona, zmniejsza się, co szczególnie jest wyraźnem u małych dzieci; odpowiednio do tego zmniejsza się i częstość oddechów.

Niekiedy po zadaniu tego leku następują wymioty, co gdy ma miejsce wkrótce po jego zadaniu, wtedy na działanie jego obniżające ciepłotę rachować nie można. W ogóle drugą dawkę lepiej znoszą chorzy, niż pierwszą być może dla tego, że po nastąpionych wymiotach żołądek jest wypróżnionym. Niekiedy następuje biegunka; w ogóle te przypadłości są małego znaczenia. U dzieci doroślejszych występuje niekiedy niepokój, gadatliwość a nawet bredzenie; ze zwolnieniem gorączki następuje sen i spokój, niekiedy zdarza się i szum w uszach. Dla poprawienia smaku dodaje autor ulepku cynamonowego lub soku lukrecyjowego. (Ref. w „*Deutsche med. Wochft.*“ N. 48—1877). J. R.

**Krótkowzroczność: jej przyczyny i środki zapobiegawcze**, jakie przeciw tej niemocy przedsiębrać należy, stanowią drugą kwestyją oftalmologiczną rozbieieraną na tegorocznym zjeździe w Genewie. Rozprawy doprowadziły do następujących wniosków.

1) Nadmierny wysiłek wzroku i dziedziczność stanowią główne przyczyny krótkowzroczności. Przyczyny te mogą działać oddzielnie lub też w połączeniu; pierwsza z nich jest przeważająca.

2) Nadwzroczność, stan najczęstszy oczu zdrowych, może pod wpływem zbytniego natężania wzroku zamienić się na krótkowzroczność osiową, przechodząc uprzednio przez prawidłowowzroczność i krótkowzroczność krzywiznową.

3) Postęp oświaty a przedewszystkiem nauka szkolna coraz bardziej zwiększa liczbę krótkowzrocznych.

4) Usposobienie do krótkowzroczności bywa często, ale nie zawsze, dziedzicznem. Czy rasy ludzkie mają w tym względzie pewne znaczenie—dotąd nie rozstrzygnięto.

5) W wywołaniu zmian anatomicznych krótkowzroczności postępującej przy nadmiernem wyteżaniu wzroku, przyjmują udział trzy główne czynniki: takimi są, w porządku ich ważności, nastawczość, zbiczność osi wzrokowych i napływy krwi do głowy i oczu.

6) Wiek, oświetlenie, postawa przy pracy, jej natura jak również i czas trwania, a niemniej i stan samego przyrzędu wzrokowego wywierają znakomity wpływ na rozwój krótkowzroczności.

7) Środki zapobiegawcze odnoszą się do zachowania przepisów higieny osobniczej, szkolnej i domowej; co może być urzeczywistnione jedynie przy spóldziałaniu lekarzy, nauczycieli i władz rządowych. Wczesne zalecanie szkieł wypukłych dla osób nadwzrocznych należy także do środków zapobiegawczych, tak często, niestety, zaniedbywanych.

S. K.

## KRONIKA ZAGRANICZNA.

Kraków. Wiadomo, że II zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który odbył się w r. 1875 we Lwowie uchwalił, aby zjazd III odbył się w r. 1878 w Krakowie, a zarazem wybrał przewodniczącego i sekretarza wydziału gospodarczego w osobach prof. BIESIADECKIEGO i JANIKOWSKIEGO w Krakowie. Ponieważ prof. BIESIADECKI przeniósł się tymczasem do Lwowa, a tem samem nie może zająć się sprawami przyszłego zjazdu, udał się on do prezesa Towarzystwa lek. krakowskiego z wezwaniem, aby Towarzystwo, wyręczając go w tej czynności, wybrało wydział gospodarczy. W skutek tego d. 24 Listopada r. b. wybrani zostali większością głosów na członków rzezonego wydziału: pp. ALTH, BLUMENSTOK, CZYRNIAŃSKI, DOMAŃSKI, GRABOWSKI Julijan, GRABOWSKI Kazimierz, GRALEWSKI mag. farm., JANCZEWSKI, KORCZYŃSKI, OBALIŃSKI i ROSTAFIŃSKI. Wydział w ten sposób wybrany ukonstytuował się d. 27 z. m. wybrawszy jednogłośnie przewodniczącym swoim prezesa akademii prof. MAJERA, zastępcami prezesa prof. CZYRNIAŃSKIEGO i KORCZYŃSKIEGO.

— „DWUTYGODNIK MEDYCYN Y PUBLICZNEJ“ w N-rze 23 z d. 1 Grudnia r. b. w krótkim zyciorysie ś. p. prof. GRSZTOWTA, mówiąc o jego wydawnictwie dzieł tłomaczonych z zakresu medycyny publicznej, w skład „Biblioteki umiejętności lekarskich“ wchodzących, tak się wyraża „Pomimo wszelkiego uznania dla gorliwej

zabiegliwości męża, którego staraniem i nakładem dzieła te przyswojone zostały naszej literaturze, niepodobna nam powstrzymać się i tym razem od uwag nad sposobem, w jaki te tłumaczenia były wykonane, a tem mniej wahamy się w tym względzie, ile że za życia nieboszczyka nieraz już w tej mierze głos zabieraliśmy, i że tuszymy sobie, iż słuszne i powtarzające się uwagi posłużą za wskazówkę dla tych, którzy wydawnictwa ś. p. GIRSZTOWTA dalej prowadzić będą. Otóż niesłychaną wadą wszystkich tych tłumaczy jest niestaranność i niedokładność przekładów i wielkie zaniedbanie pod względem czystości języka polskiego; tym sposobem dzieła te wzbogaciły piśmiennictwo lekarskie nasze tylko pod względem ilości, ale nie pod względem jakości.“

**Zmarli:** Julusz ZAWILSKI, asystent i docent fizjologii a od roku wykładający za-  
stępco patologią ogólną w uniwersytecie Jagiellońskim, zmarł z durzycy wysypkowej dnia 3 Grudnia r. b. w Krakowie w 30-tym roku życia. Zmarły zaledwie 5 lat temu jak ukończył studia lekarskie w uniwersytecie krakowskim, a już świetnie zaznaczył swoją działalność jako autor kilku rozpraw wysokiej naukowej wartości, ogłoszonych w sprawozd. wydz. matemat. przyrod. Akademii umiejętności jako to: „O trawieniu wodników węgla,“ — „O prężności gazów w ciele podczas chorób (z której podaliśmy sprawozdanie w naszym czasopiśmie), — „O wpływie wody na wydzielenie żółci,“ a na krótki czas przed śmiercią przygotował do druku pracę nad stosunkiem wydzielenia się śliny do strumienia limfy. Wszystkie te prace odznaczają się gruntownością w przeprowadzeniu doświadczeń, zwięzłością w ich opisywaniu i wielką sumiennością w wyprowadzeniu zeń wniosków. To też nauka straciła w zmarłym sumiennego pracownika wielkiej naukowej przyszłości, a społeczeństwo zacnego obywatela.

W. LINHART, znany autor i profesor chirurgii w Würzburgu zmarł w 56 roku życia.

VALENTINER, lekarz zdrojowy w Pymont, gdzie od lat 20 praktykował, autor znakomitego dzieła zbiorowego p. n. *Handbuch der allgemeinen und speciellen Balneotherapie*, którego 2-gie wydanie wkrótce wyjdzie.

HIRSCHFELD, znany lekarz zdrojowy w Ischl.

BARTH w Paryżu, w 72 roku życia, lekarz i przyjaciel Thiers'a.

BOUVIER tamże, autor licznych prac odnoszących się do nauki o chorobach dzieci.

## BIBLIJOGRAFIJA.


A. VERNEUIL. *Memoires de chirurgie*. Tome I Chirurgie réparatrice. Str. 992. Paris 1877. Cena rs. 7.

GRIESINGER. *Traité des maladies infectieuses*. Tłumaczenie z niemieckiego, wydanie drugie. Paris 1877. Cena rs. 4 kop. 50.

E. VALTAT. *De l'atrophie musculaire consecutive aux maladies des articulations; etude clinique et experimentale*. Paris 1877. Str. 156. Cena rs. 1 k. 50.

PETERSEN, prof. w Kopenhadze, *Die Hauptmomente der geschichtlichen Entwicklung der medicinischen Therapie*. 1877. Cena rs. 4. Ważniejsze rozdziały tego zajmującego dzieła podawać będziemy w Odcinku naszego czasopisma w roku przyszłym.

Administracyja Medycyny uprasza pp. abonentów pocztowych, aby dla uniknięcia przerwy w otrzymywaniu naszego czasopisma w roku przyszłym, z nadesłaniem przedpłaty pospieszali, najlepiej pod adresem Redakcyi.

 Do dzisiejszego numeru dołącza się Spis treści Tomu V z roku 1877.

Redaktor i Wydawca, Dr. J. ROGOWICZ.

Biurow Redakcyi Medycyny w Warszawie, ulica Marszałkowska Nr. 57.



Al. Koll. muntstyp. :

Cata Dugi:  $3\frac{1}{4}'' - 3\frac{1}{2}''$  ( $2\frac{3}{4} - 3''$ )

Majiv. ner.  $2'' - 2\frac{1}{4}''$  ( $15'' - 20''$ )

— goub.  $14 - 16'''$  ( $8''' - 12'''$ )

Dug. vyjki:  $13 - 15'''$  ( $13 - 15'''$ )

ner. —  $12 - 14'''$  ( $11'''$ )

goub. —  $9 - 11'''$  ( $7 - 9'''$ )

gr. šein. ner.  $6 - 7'''$  ( $4 - 5''$ )

— vyjki  $3\frac{1}{2} - 4'''$  ( $3 - 3\frac{1}{2}$ )

Jama u du } met.  $2'''$  (10)

— cina }  $2'''$  ( $3\frac{1}{2}$ )

gub.  $2'''$  (1)

uša Dugi  $7''' - 8$  (4)

— ner.  $2'''$  (1)

Ciper  $3\frac{1}{2}''' - 4$  ( $3\frac{1}{2} - 4$ )

Volun.  $4\frac{3}{4}$  K.L. ( $1\frac{3}{4} - 2\frac{1}{2}$ )