

## O rezeceyi stopy według własnej metody.

Podał Dr. Józef Bogdanik.

Prymaryusz szpitala św. Łazarza w Krakowie.

W roku 1892 podałem na Zjeździe chirurgów polskich nowy sposób operacyjny w obec gruźlicy kości skokowej i piętowej. Sposób ten polega na tem, że prowadzę cięcie tak, że się unika przecięcia większych naczyń, ścięgien i nerwów. Sposób ten opisał kol. Kapelusch w № 27 „Przeglądu lekarskiego“ z roku 1892. Ponieważ cięcie to nie znajduje tytuł zwolenników, jak na to zasługuje, chociaż w prasie lekarskiej życzliwe znalazło przyjęcie, chciałbym je niniejszem przypomnieć, a to tem bardziej, że wskazania do operacyi na kości piętowej i skokowej z biegiem czasu jeszcze rozszerzyłem. Cięcie prowadzi się w następujący sposób:

Operator staje po prawej stronie chorego, leżącego na stole, i obejmuje chorą stopę ręką lewą, a prawą ręką prowadzi cięcie ukośne przez piętę od jednej kostki (malleolus) do drugiej. Operując na stopie prawej, rozpoczyna się cięcie na 1 cm. poniżej kostki wewnętrznej a przecinając odrazu skórę i części miękkie aż do kości, trzymamy się mniej więcej kierunku wiąz (lig. laciniatum tarsi) skośnie ku tyłowi i dołowi; dotarłszy do wysokości 1 cm. powyżej podeszwy, zwracamy się po drugiej stronie pięty ku przodowi i ku górze aż do punktu odpowiadającego początkowi cięcia. Potem przecina się kość piętową piłką aż dojdziemy do rowka kości skokowej (sulcus tali). Podczas tego asystent silnie przechyla grzbiet stopy ku podudziu, a po przepiłowaniu zupełnem kości piętowej grzbiet stopy uklada się na przedniej powierzchni podudzia. Cięciem tem nie przecina się żadnego większego pnia nerwowego, żadnego naczynia lub ścięgna, a po przechyleniu grzbietu stopy ku podudziu spostrzega się przy kostce wewnętrznej ścięgno mięśnia tibialis posticus, a obok niego tętnicę i żyłę, pomiędzy którymi biegnie nerw. Koło kostki zewnętrznej zaś widzi się ścięgno mię-

śnia peroneus longus. Naczynia i ścięgna chwyta się podczas dalszej operacyi hakami tępymi, aby je ochronić od nacięcia nożem.

Mamy tedy przed sobą płaszczyny przeciętej na dwie połowy kości piętowej (calcaneus), a pomiędzy temi płaszczynami kość skokową (talus), które to kości oraz stawy dokładnie obejrzeć można. Do schorzałych kości tych dostęp jest bardzo dogodny i wszystkie ogniska chorobowe wygodnie już to łyżeczką ostrą, już to nożem lub nożyczkami usunąć można. W razie potrzeby zaś przedłuża się cięcie ku górze wzdłuż obu boków ścięgna Achillesowego, aby mieć łatwiejszy i lepszy dostęp.

Podczas Zjazdu chirurgów polskich w roku 1892 podałem krótki opis historyi choroby dwóch chorych, tą metodą operowanych jeszcze w roku 1891. Mianowicie w jednym przypadku zajęła sprawa chorobowa (gruźlica) kość piętową, a w drugim—kość skokową. Po usunięciu ognisk chorobowych zbliżyłem napowrót do siebie płaszczyny przeciętej kości piętowej i społem je ze sobą drutem metalowym, a skórę zaszyłem katgutem. W obu przypadkach nastąpiło idealne wyleczenie pod względem kosmetycznym jako też czynnościowym. Zniekształcenia nie było żadnego, a ruchomość w stawie skokowym była w granicach normalnych. Jednego z tych chorych, murarza W. R., wówczas lat 21 liczącego, przedstawiłem na Zjeździe i tego samego spotkałem w kwietniu 1903 roku w Cieszynie. Jest on obecnie zupełnie zdrowym i pracuje jako murarz bez przerwy już dwunasty rok po dokonanej operacyi.

Jak już wspomniałem, ograniczyłem swoje cięcie tylko do operacyi na kości piętowej i skokowej; z biegiem lat przekonałem się, że z tego cięcia wygodny jest dostęp i do innych kości. Jeżeli się cięcie przedłuży po przepiłowaniu kości piętowej po obu stronach stopy w kierunku kości śródstopia, potrzeba tylko rozluźnić więzy łączące kość piętową ze skokową i wtedy łatwy jest dostęp do kości sześciennej (os cuboideum); czółenkowatej

(os naviculare) i do kości klinowych (ossa cuneiformia). Kości te albo wyskrobać albo całkowicie usunąć można, niemniej ziarninę grzliczą w częściach miękkich w otoczeniu chorych kości się znajdującą. Przedłużając zaś cięcie ku górze wzdłuż ścięgna Achillesowego, utorować sobie można drogę do płaszczyzny stawowej kości goleniowej i piszczeli. Tak więc pole i zakres operacji dowolnie rozszerzyć można. Przy ograniczonych ogniskach grzliczych w kościach będzie, zdaje się, praktyczną rzeczą założenie plombi jodoformowej według Mosetiga, którą wprowadzić już zastosowałem, ale ostatecznego wyniku jeszcze nie znam.

Nie ulega wątpliwości, że do operowania tak tym sposobem, jako i innymi, nadają się więcej osobniki młodsze, bo u starych należy raczej kończynę amputować. Większą trudność przy operacji miałem tylko w jednym przypadku, bo operacji dokonał u chorego, którego już przedtem operowano, a zatem zastałem silne zrosty pomiędzy kośćmi, wskutek czego staw skokowy mało był ruchomy, a więc przechylenie grzbietu stopy ku podudziu po przepiłowaniu kości piętowej wymagało użycia znacznej siły.

Niniejszem podaję w streszczeniu historię chorych tą metodą operowanych.

1. F. K., 17 lat liczący robotnik fabryczny z Kamienicy, przyjęty do szpitala w Białej w dn. 28 IX 1901 r., dziedziennie nie obciążony, ma od 3 miesięcy wrzód w okolicy lewej kostki wewnętrznej. Środkiem tego wrzodu można zanurzyć zgłębnik w kierunku ku tyłowi i dółowi, poczem natrafia się na kość obnażoną. Dn. 8 X 1901 r. wykonałem operację, przedłużając cięcie o 1 cm. ku górze po obu stronach ścięgna Achillesowego. Wiązadła boczne kości skokowej przecięto nożem i nożyczkami, poczem, uchwyciwszy ciało kości skokowej (talus) mocnymi kleszczami Fergussona, wytoczono całkowicie kość. Przecięcie więzadeł i wydobycie kości skokowej jest dosyć zmusne z powodu niekształtnej powierzchni tejże. Po obejrzeniu chrząstki stawowej kości goleniowej, piszczelowej i piętowej znaleziono je w stanie prawidłowym, przeto wyskrobano przetokę w częściach miękkich ostrą łyżeczką a następnie, złożonywszy powierzchnie przepiłowanej kości piętowej, społem ranę skórną szwem z katgut chromowego. W dalszym ciągu leczenia rany ropiały nieco i dopiero 19 II 1892 roku opuścił szpital wyleczony. Staw skokowy ruchomy.

2. W. R., 20 lat liczący pomocnik murarski z Mazańcowic, przyjęty został 23. II. 1891 r. W dzieciństwie przebył złoźowe zapalenie gruczołów w okolicy podszczękowej lewej. W lecie 1891 powstało obrzmienie w okolicy lewej kostki zewnętrznej, z początku niebolesne. Obecnie rozciąga się od lewej kostki zewnętrznej na 2 palce poniżej tejże kostki obrzmienie, a ku tyłowi—rowek zakostkowy między kością piszczelową a ścięgnem Achillesa jest wypełniony. W dolnym odcinku tegoż obrzmięcia znajduje się przetoka drażąca do kości piętowej. Zginanie i wyprostowanie w stawie skokowym prawidłowe, niebolesne. Dnia 2. XII. 1891 r. wykonano operację. Po rozłożeniu obu powierzchni przepiłowanej kości piętowej znaleziono ognisko próchnicze wielkości orzecha włoskiego, które wydłutowano i wyskrobano. Kość piętową zeszyto szwem z katgut chromowego. Dnia 22. II. 1892 roku była rana zupełnie zabliźniona, kształt stopy w niczem niezmieniony, ruchy zupełnie wolne. Dn. 15. IV. 1903 widziałem tegoż operowanego—jest całkiem zdrowy.

3. Z. L., 16 lat licząca. W dniu 10 stycznia 1898 r. wyskrobałem po przepiłowaniu kości piętowej prawej ogniska grzlicze z kości piętowej i skokowej, zarazem wyciąłem zwyrodniałą część ścięgna muscili peronaei longi. Szew kostny, opatrzenie jodoformowe. Chora opuściła szpital w dniu 22 VI całkiem wyleczona z ruchomym stawem skokowym.

4. J. V., dziewczyna 8 lat licząca. Po przepiłowaniu kości piętowej lewej wylęczkowałem, w dniu 11 VI 1896, lewą kość piętową i piszczelową a zwyrodniałą torebkę stawową wyciąłem. Szew kostny, opatrzenie jodoformowe. Ponieważ ropienie nie ustawało, przeciąłem bliźnię kostną w dniu 17 IX 1896 i wylęczkowałem ogniska serowate z kości piętowej, skokowej i części miękkich. Na żądanie rodziców wypuszczono chorą w stanie polepszonym dn. 26 X.

5. J. Ch., lat 23 liczący wyrobnik z Andrychowa, przyjęty został w dniu 3 IX 1897 r. Prawa stopa w ułożeniu szpotowem. Okolica kości czółenkowatej jest obrzmiała i bolesna, a obrzmienie przechodzi na okolice pięty. Z powodu bólów prosi chory o operację, którą wykonano w dniu 29 X 1897 r. Po przepiłowaniu kości piętowej przedłużyłem cięcie po obu stronach podeszwy ku palcom i wyluszczyłem kość czółenkowatą, torebkę stawową zwyrodniałą, a potem, przedłużywszy cięcie ku górze wzdłuż ścięgna

Achillesowego, wyskrobałem ziarninę grzliczą. Kości spoilem drutem, skórę kat gutem chromowym, opatrzenie jodoformowe. Dn. 24 I 1898 r. opuścił szpital wyleczony. Staw skokowy ruchomy. W roku 1903, zatem w 5 lat później, widziałem operowanego. Staw ruchomy, funkcjonuje dobrze.

6. A. B., lat 16 liczący uczeń rzeźbiarski z Mazanowic, przyjęty w dniu 18 I 1902 r., żali się na ból w lewym stawie skokowym, trwający od maja 1901 roku. W dniu 24 I wyłuszczyłem z mojego ciała całą kość skokową (talus), wyskrobałem łyżeczką ostrą ognisko grzlicze w płaszczyźnie stawowej kości goleniowej (tibia) i ziarninę grzliczą na około kości się znajdującą. Przeciętą kość piętową spoilem dwoma szwami z drutu brzo-glinowego, jamę osączkowałem i zaszyłem skórę. Opatrzenie jodoformowe. Ciężota ciała utrzymywała się zawsze poniżej 37,5°C tylko raz, t. j. 26 I wieczor doszła do 37,6°C, a w dniu 22 III opuścił szpital całkiem wyleczony.

7. St. C., lat 21 liczący czeladnik rzeźnicki, był już w szpitalu od 14 III—2 VII 1901 r. z rozpoznaniem caries ossium tarsi sinistri, fistula; przyjęty zaś powtórnie prosił o operację, którą wykonałem dnia 6 II 1902 r. Przepiłowałem kość piętową, otworzyłem staw pomiędzy kością piętową a skokową, co się z powodu silnych zrostów tylko częściowo udało. Do kości piętowej drażyła przetoka, którą rozszerzyłem i natrafiłem na ognisko zgorzelinowe, czarne, mocno cuchnące. Skończywszy tę czynność, spoilem kość piętową szwem z drutu brzo-glinowego; sączek, szew skóry, opatrzenie jodoformowe. W ciągu leczenia następnego tylko 2 razy podniosła się ciężota do 38,2°C, a 14 IV opuścił szpital wyleczony.

8. I. R., lat 14 liczący pastuch, przyjęty do szpitala z rozpoznaniem caries tarsi sinistri, operowany został dnia 20 VII 1902 r. Wykonawszy cięcie przez części miękkie, przeciąłem silnym nożem kostnym kość piętową aż do stawu skokowo-piętowego, bez użycia piłki. Następnie wyskrobałem kość piętową łyżeczką ostrą tak, że z niej pozostała tylko wązka osłonka, potem wyskrobałem ognisko z kości skokowej i ziarninę po obu stronach kości się znajdującą. Szew części miękkich z fil de Florence, sączek, opatrzenie jodoformowe. Przebieg pooperacyjny był gładki, ciężota ciała nie przekroczyła 37,5°C, ale wypełnienie tak dużej jamy trwało długo.

Dnia 29 II opuścił chory szpital wyleczonym.

9. S. S. lat 37 liczący robotnik z Łodygowic, był już w szpitalu Żywieckim od 4 XI 1901 r. do 10 II 1902 r., gdzie go Dr. Idziński operował z powodu grzliczy prawego stawu skokowego. Z przetoki pozostałej ciągle wydzielala się ropa, staw skokowy bardzo mało ruchomy, bóle w kości się utrzymują. W dniu 8 I 1903 r. przystąpiłem do resekcji po zastrzyknięciu tropakokainy w część lędźwiową kanału pacierzowego. Przepiłowałem kość piętową aż do stawu, natrafiłem na znaczne trudności w zwiechnięciu stawu skokowo-piętowego z powodu silnych zrostów bliznowatych, które nożem trzeba było przecinać. Następnie wyskrobałem ostrą łyżeczką mocno cuchnące ognisko w kości piętowej tak rozległe, że tylko drobne skrawki z niej pozostały. Potem wyskrobałem ogniska w kości skokowej i ziarninę w torebkach stawowych. Oczyszczywszy pole operacyjne, osączkowałem jamę i zaszyłem kości drutem. Opatrzenie jodoformowe. Tylko przez dwa dni (20 I i 21 I) dochodziła ciężota do 39,0°C, zresztą utrzymywała się poniżej 37,0°C.; wypełnienie jamy jednak wymagało dużo czasu i dopiero 25 XI 1903 r. wypuściłem chorego zupełnie wyleczonego, ze stawem dość ruchomym. Przypadek ten był tak rozpaczliwym, że się właściwie nadawał do amputacji podudzia.

Mimochodem jeszcze nadmienić muszę, że podczas operacji chory nie czuł żadnego bólu, był całkiem przytomny, a ponieważ poprzednio był usypiany chloroformem, oceniając na sobie narkozę oświadczył, że woli narkozę lędźwiową.



### Kilka słów w sprawie aglutynacyi.

#### Nowy odczynnik: „Typhus-diagnostikum“.

Przez Dr. Jakóba Putermana (Sosnowice\*).

W końcu roku zeszłego Ficker puścił w świat nowy odczynnik, służący do rozpoznawania tyfusu brzuszego; działanie tego odczynnika polega na aglutynacyi równomiernie w płynie zawieszonych martwych laseczników tyfusowych—pod wpływem surowicy krwi chorych na tyfus brzuszny.

\* Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Częstochowie dnia 19 Marca 1904 roku.

Nim przejdę do wyników doświadczeń moich z tym odczynnikiem, chciałbym w kilku słowach przypomnieć Szan. Panom, na czym polega aglutynacja i jaką rolę odgrywają aglutyniny pod względem rozpoznawczym, prognostycznym, a po części i leczniczym.

Zjawisko aglutynacyjne znane już było w r. 1891 Miecznikowowi, który zauważył grupowanie się dwoinek Fraenkela w postaci długich łańcuszków. Dwoinki te hodowane były na podłożu, przyrządzonem ze surowicy królików, uodpornionych przeciwko tym drobnoustrojom.

Pierwszy Bordet w r. 1895 spostrzegł aglutynację czerwonych ciałek krwi pod wpływem surowicy zwierzęcia uodpornionego takimiż krążkami krwi obcej.

Z własności aglutynowania się drobnoustrojów pod wpływem surowicy swoistej, t. j. uodpornionej przeciwko danym drobnoustrojom, pierwszy skorzystał Gruber w celach wyróżniczkowania drobnoustrojów.

Specyjalnie zaś dla wyróżniania drobnoustrojów tyfusowych własność aglutynacyjną spożytkował Widal, w r. 1896.

Odczynem aglutynacyjnym nazywamy zjawisko sklejanie się obcych dla danego ustroju elementów morfologicznych (krążków krwi, drobnoustrojów) pod wpływem pewnych substancji znajdujących się we krwi, a nieraz i w innych cieczach tegoż ustroju.

Odczyn aglutynacyjny obserwować możemy (najlepiej na drobnoustrojach) dwojako: gołem okiem i pod drobnowidzem.

Do badania makroskopowego służy nam płyn hodowlany, w którym równomiernie zawieszono są żywe drobnoustroje. Płyn ten, z natury mętny, po dodaniu doń surowicy swoistej staje się, po upływie pewnego czasu, przezroczystym, skutkiem sklejanie się drobnoustrojów, i opadania ich na dno naczynia w postaci kłaczkowatego osadu.

Badanie drobnowidzowe odbywa się na hodowli z żywych drobnoustrojów w kropli wiszącej. Mieszając kroplę bulionowej hodowli z kroplą odpowiednio rozcieńczonej surowicy swoistej, spostrzegamy stopniowe ustawianie ruchów drobnoustrojów i w końcu zbijanie się ich w większe lub mniejsze skupienia. Grupowanie się drobnoustrojów bywa prztem różne, albo w postaci zbitej nieforemnej masy, albo w postaci kłębow, albo wreszcie w postaci włókien, paciorków,

sztachetek (ostatnie 3 postaci są wyrazem słabego odczynu aglutynacyjnego).

Doświadczenia te najlepiej się udają na drobnoustrojach sztucznie hodowanych (na pożywkach laboratoryjnych), dłuższe bowiem przebywanie drobnoustrojów w organizmie zwierzęcym zmniejsza w nich skłonność do aglutynacji.

Substancje, znajdujące się w surowicy krwi i wywołujące sklejanie się obcych dla niej elementów morfologicznych, nazywają się aglutyninami.

Substancje te wytrzymują bezkarnie 60° ciepła, tracą zaś swą własność aglutynacyjną po ogrzaniu ich wyżej 65°. Posiadają one dwie grupy składników: grupę chwytającą — haptoforową, trwałą i czynną i t. zw. aglutynoforową, łatwo znikającą przy dłuższem przechowaniu surowicy, lub pod wpływem ciepła albo kwasów.

Również substancje, podlegające aglutynacji (t. zw. agglutinable Substanzen), posiadają 2 grupy składników: trwałą, chwytającą i mniej trwałą, na którą działa grupa aglutynoforowa.

Aglutynina po utracie grupy aglutynoforowej, pod wpływem ciepła, kwasów lub innych czynników, nazywa się aglutynoidem. Aglutynoid posiada jeszcze własności przyciągania, lecz utracił wpływ na samo sklejanie się danych elementów.

Przekonano się, że surowica normalna posiada do pewnego stopnia własności sklejanie pewnych heterologicznych elementów morfologicznych\*), a nieraz jedną i ta sama surowica posiada własność tę dla kilku naraz gatunków obcych dla niej elementów.

Normalna surowica kozy, na przykład, aglutynuje krążki krwi ludzkie, gołębie i królicze; normalna surowica królików skleja bakterie tyfusowe i choleryczne. Dowiedziono, że w tych razach surowica zawiera nie jedną aglutyninę, wspólną dla różnych elementów morfologicznych, lecz kilka specyficznych aglutynin, z których każda działa tylko na pewien gatunek tych elementów.

Jeżeli do surowicy, zawierającej aglutyniny dla ludzkich i gołębiech krążków, dodamy jedne i drugie krążki krwi, wtedy pod drobnowidzem spostrzegamy od-

\*) W ostatnich czasach Marx na zasadzie omawianej własności aglutynacyjnej podaje nowy sposób wyróżnienia krążków krwi ludzkich od zwierzęcych (ssaków): gdy krążki krwi ludzkiej w surowicy krwi ludzkiej leżą odosobnione i prawie niezmienione, to w surowicy krwi zwierzęcej zbierają się one w większe lub mniejsze skupiny, zależnie od stopnia rozcieńczenia i od czasu przechowania surowicy.

dzielne skupiny z ludzkich i oddzielne z gołębich krążków krwi; albo: jeżeli surowicę, aglutynującą bakterye choleryczne i tyfusowe, zmieszamy z drobnoustrojami jednego tylko gatunku, dajmy na to z cholerycznymi, to po odwirowaniu płynu z aglutynowanych drobnoustrojów cholerycznych i po zlaniu płynu z uformowanego osadu, otrzymamy w płynie tym aglutyniny tylko dla drobnoustrojów tyfusowych.

Omawiany wszakże odczyn normalnej surowicy nie jest właściwym dla każdego ustroju\*), tam zaś, gdzie odczyn ten się ujawnia, występuje on tylko przy skoncentrowanym stanie surowicy albo przy nieznanym bardzo jej rozcieńczeniu.

Bordet wykazał, że surowica każdego ustroju nabiera własności aglutynacyjnych względem obcych dla niej morfologicznych elementów, i to w dość znacznym stopniu, jeżeli dany ustrój uodpornimy przeciwko tym elementom.

Własności aglutynacyjne względem chorobotwórczych drobnoustrojów otrzymuje surowica po sprawach chorobowych, wywołanych przez dane drobnoustroje.

W tych razach odczyn aglutynacyjny występuje przy dość znacznym rozcieńczeniu surowicy; w tyfusie na przykład, odczyn ten występuje nieraz przy rozcieńczeniu surowicy w stosunku 1:5000.

Otóż, przy badaniach surowicy na aglutynacyjną jej własność w celach dyagnostycznych lub prognostycznych, mowa o swoistym odczynie może być tylko wtedy, gdy odczyn ten występuje przy znaczniejszym rozcieńczeniu surowicy, przynajmniej w stosunku 1:50.

Na samą istotę odczynu aglutynacyjnego różni utorowie różnie się zapatrują. Bordet przypisuje powstanie odczynu tego zmianom warunków atrakcyjnych pomiędzy cieczą hodowlaną a zawieszonymi w niej morfologicznymi elementami, pod wpływem aglutynin surowicy; Gruber przypisuje zjawisko to zmianom zewnętrznej warstwy elementów morfologicznych, resp. obrzmienu otoczki drobnoustrojów i zwiększenie się ich lepkości. Kraus objaśnia odczyn ten przez sedymentację: osad powstający skutkiem zmieszania cieczy, zawierającej morfologiczne elementy, z surowicą swoistą, mechanicznie porywa ze sobą owe elementy, tak samo jak się to

dzieje w płynie białkowym, zawierającym substancje sproszkowane: po zwarzeniu się białka substancje te zostają porywane przez osiadające cząsteczki białkowe. Koch i Wassermann zapatrują się na istotę aglutynacyjną jako na sprawę czysto chemiczną; według Wassermanna związek aglutynin z aglutynującymi się substancjami jest bardzo luźny, łatwo rozerwalny, aglutynowane laseczki tyfusowe łatwo uwolnić można od aglutynin za pomocą surowicy wołowej.

Wbrew zdaniu Grubera, dowiedli Wassermann i Majewski, że elementy morfologiczne sklejone weale nie są uszkodzone: drobnoustroje takie nie przestają żyć i przeszczone na świeże podłożo dobrze się rozwijają; krążki krwi sklejane nie są łamliwsze i łatwiej rozpuszczalne, niż zwykle; również drobnowidzowe badania nie wykrywa żadnych zmian w budowie sklejonych elementów morfologicznych.

Na rozpad i zanik elementów morfologicznych aglutyniny żadnego wpływu nie mają. Specyficzne substancje rozpuszczające (cytolizyny), znajdujące się w swoistych surowicach, mogą istnieć w surowicy bez aglutynin i vice versa. Mertens dowiódł, że surowica wcześniej traci aglutyniny, niż inne, ochraniające ustrój, substancje.

Co do roli aglutynin w walce ustroju ze szkodliwymi dlań elementami morfologicznymi, to wszyscy autorowie zgadzają się na jedno, mianowicie, że aglutyniny unieruchamiają szkodliwe dla ustroju elementy przez sklekanie i czynią je przez to podatniejszymi na działanie t. z. cytolizyn.

Jakie elementy przyjmują udział w wytwarzaniu aglutynin w przebiegu spraw zakaźnych?

Mała tylko ilość autorów przypisuje wytwarzanie się aglutynin samym drobnoustrojom. Według Karwackiego naprz., powstanie aglutynin stoi w ścisłym związku z rozpadem drobnoustrojów wewnątrz organizmu. Większość zaś autorów zapatruje się na aglutyniny jako na wytwór komórek ustroju zwierzęcego. Ehrlich i Morgenroth objaśniają powstanie aglutynin swoją teorią bocznych ogniwi; przypisują oni mianowicie rolę twórczą w wytwarzaniu aglutynin cząsteczkom protoplazmatycznym komórek ustrojowych, t. z. receptorom. Miecznikow rolę tę przypisuje leukocytom; według Grubera wreszcie aglutynina jest jednym z fermentów,

\*) Krew ludzka normalna posiada znaczną siłę aglutynacyjną względem *bact. coli* (w rozcieńczeniu surowicy 1:100), względem zaś innych drobnoustrojów zdolność aglutynacyjna jest minimalna.

zmodyfikowanych przez czynność fagocytów.

Obecność swoistych aglutynin najwcześniej stwierdzić się daje w narządach chłonnych i w śledzionie, tam, gdzie najwcześniej wytwarzają się inne substancje ochraniające, z czego wnioskować by należało, że aglutyniny w tych właśnie narządach pierwotnie się wytwarzają.

Zdanie to nie da się uogólnić do wszystkich spraw: w tyfusie na przykład, najwcześniej i najwięcej aglutynin spotykamy we krwi, krew zatem w tyfusie jest pierwotnym miejscem wytwarzania się aglutynin.

Winieniem tu zaznaczyć, że i w innych cieczach ustroju stwierdzono istnienie aglutynin, choć w mniejszej znacznie ilości: w wysiękach, przesiękach, w moczu, w kale, w mleku, w ropie, we krwi łożyska kobiet, które chorowały na pewne sprawy zakaźne i t. p.

Przystępując do omawiania kwestyi praktycznego znaczenia aglutynin, zaznaczam, że dotychczas w celach rozpoznawczych i prognostycznych starano się spożytkować odczyn aglutynacyjny w następujących sprawach chorobowych: w gruźlicy, w zapaleniu płuc, w cholerze, w dżumie, w dyzenteryi, w sprawach zakaźnych, spowodowanych paciorkowcami, w malaryi i w tyfusie.

Serodyagnostyka w gruźlicy zastosowana była przez Arloing-Courmonta w roku 1898. Courmont na 106 przypadków gruźlicy w 98 wykrył odczyn aglutynacyjny; według niego ten odczyn daje nam możliwość wykrycia skrytych postaci gruźlicy.

Koch i Rumpf odczynowi temu w gruźlicy wielkiego znaczenia rozpoznawczego nie przypisują; u chorych bowiem z niewątpliwą gruźlicą nieraz wcale odczynu tego nie było i vice versa. Często bardzo w pierwszych okresach gruźlicy Kochowi wcale się nie udało wykryć aglutynacji, jak również w daleko posuniętym okresie gruźlicy surowica krwi chorych nie wykazała własności aglutynacyjnych, co, według Kocha, zapatrującego się na aglutyniny, jako na wyraz walki ustroju z chorobotwórczymi drobnoustrojami i jako na substancje ochraniające organizm, należało było à priori przewidzieć.

Większe znaczenie, zdaniem Kocha i Rumpfa, może mieć i niewątpliwie ma, odczyn aglutynacyjny jako środek prognostyczny: dopóki, zdaniem ich, ustrój zawiera aglutyniny, jest nadzieja uratowania chorego.

Koch stosował nawet na tej zasadzie aglutyniny w celach leczniczych, zastrzykiwał on mianowicie chorym na gruźlicę surowicę o pewnej sile aglutynacyjnej; zabiegi te jednakże pozostały bez dodatnich wyników. W ostatnich czasach znów stosował Koch odpowiednio przyrządzoną emulsię z bakterii gruźliczych celem pobudzenia do samoistnego wyrabiania aglutynin ze strony chorego na gruźlicę ustroju. Wyniki po tych zabiegach miały być jakoby pomyslniejsze; zauważono przytem, że im cięższy był przypadek, tem trudniej było aglutynację otrzymać; tam zaś, gdzie takowa wystąpiła, zauważono znaczne polepszenie się stanu chorego.

Ze względu na stwierdzony brak równoznaczności pomiędzy aglutyninami i innymi substancjami ochraniającymi, twierdzić możemy na zasadzie analogii z innymi sprawami zakaźnymi, że ta teoria Kocha osnuta jest na chwiejnych podstawach: w pewnych zakaźnych sprawach spostrzegano recydywy tych spraw, pomimo istnienia dość znacznej swoistej siły aglutynacyjnej we krwi danych chorych.

Pneumoaglutynację stwierdzono w zapaleniu płuc czystem lub komplikującym inne sprawy zakaźne (Huber, Bezancon i Griffon), oraz we wszystkich sprawach zapalnych, spowodowanych dwoinkami Fraenkela: pleuritis, pericarditis, arthritis suppurativa i w wielu innych. Odczyn aglutynacyjny w zapaleniu płuc występuje 3—4 dnia choroby, lub dopiero pod koniec. Przypadki zakażenia ogólnego, spowodowanego dwoinkami Fraenkela, gdzie odczynu aglutynacyjnego niewykryto, zakończyły się śmiercią. W sprawie zatem pneumokokowej, jak i w gruźlicy, odczyn aglutynacyjny prędzej ma znaczenie prognostyczne, niż rozpoznawcze. Według Karwackiego, aglutyniny po sprawie pneumokokowej długo jeszcze, nawet już po zniknięciu dwoinek, przechowują się w ustroju i z wykrycia aglutynin, zdaniem jego, sędzić nieraz można o dawno przebytej sprawie pneumokokowej.

W cholerze i dżumie odczyn aglutynacyjny wielkie ma znaczenie rozpoznawcze. Kolle i Martini stwierdzili znaczną zdolność aglutynacyjną surowicy chorych na dżumę przy rozcieńczeniu surowicy 1:1000 do 1:6000; zauważono przytem, że odczyn tem wyraźniej i szybciej występuje, im jadowitsza jest hodowla.

W biegunce krwawej odczyn aglutynacyjny z lasecznikiem dyzenteryi, odkry-

tym w r. 1897, występuje dopiero w 2—3 tygodniu choroby, najjaskrawiej zaś w rekonwalescencji; stwierdzono przytem, że w miarę zwiększania się siły aglutynacyjnej stan chorego polepsza się i vice versa; i tutaj więc ujawnia się znaczenie prognostyczne omawianego odczynu.

Za pomocą odczynu aglutynacyjnego udało się z jednej strony wyodrębnić różne gatunki drobnoustrojów, mających ze sobą wiele wspólnych cech morfologicznych i biologicznych, z drugiej zaś strony — stwierdzić pewne pokrewieństwo pomiędzy pewnymi gatunkami drobnoustrojów, różne sprawy chorobowe powodujących. Kolle i Otto, jak również Klopstock i Bockenheimer na mocy odczynu tego byli w stanie wyróżnić gronkowce chorobotwórcze od saprofitycznych. Meyerowi udało się na mocy próby aglutynacyjnej stwierdzić bliższe lub dalsze pokrewieństwo pomiędzy paciorkowcami, wywołującymi anginę, reumatyzm stawowy, zapalenie płucnej i sprawę szkarlatynową, i wyróżnić paciorkowce te od ropnych. Okazało się przytem, że im bliższe było pokrewieństwo pomiędzy paciorkowcami, tem aglutynacja jaskrawiej występowała. Surowica naprzykład zwierzęcia, uodpornionego paciorkowcem reumatyzmu stawowego, dawała z paciorkowcem zapalenia płucnej oraz zapalenia stawów odczyn przy rozcieńczeniu surowicy 1:100; z paciorkowcem zaś szkarlatynowym przy rozcieńczeniu 1:25; natomiast wcale nie otrzymano aglutynacji z paciorkowcem różny i z paciorkowcem sprawy septycznej.

Ze względu na to, że i surowice lecznicze działają swoisto na dane drobnoustroje, sądzę, że należałoby przed stosowaniem u chorych zakaźnych danej surowicy próbować, czy i jaki gatunek drobnoustrojów aglutynuje surowica krwi chorego. Może w ten sposób stosowanie surowicy stałoby się racjonalniejszym.

Nim przejdę do opisu znaczenia odczynu aglutynacyjnego w tyfusie brzuszny, nie mogę pominąć milczeniem spostrzeżanej przez Monacho i Panichi'ego aglutynacji czerwonych ciałek krwi ludzi zdrowych, resp. chorych na malaryę, przez surowicę osobników malarycznych. Autorowie spodziewają się, że na mocy tego odczynu będą w stanie rozpoznawać skryte postaci malaryi.

Z powyższego widać, że w większej części spraw zakaźnych opisywany odczyn aglutynacyjny występuje przy daleko posuniętej sprawie chorobowej, wte-

dy, kiedy objawy kliniczne i fizykalne są o tyle wyraźne, iż rozpoznanie choroby jest łatwym; więc jako środek rozpoznawczy odczyn aglutynacyjny nie ma dla nas w tych razach wielkiego znaczenia.

Natomiast wielu autorów przypisuje odczynowi temu w omawianych sprawach chorobowych znaczenie prognostyczne: obecność bowiem aglutynin, często występujących w surowicy chorych zakaźnych równoległe z innemi ochraniającemi substancjami (cytolizynami), bywa do pewnego stopnia wyrazem podjętej i toczącej się walki organizmu z chorobotwórczymi drobnoustrojami.

Pod względem dyagnostycznym dotychczas korzystano i korzystają z odczynu aglutynacyjnego w jednej przeważnie sprawie chorobowej, nasuwającej nam nieraz, zwłaszcza w okresie wczesnym, dość poważne trudności rozpoznawcze. Mam tu na myśli tyfus brzuszny.

Wiadomo, że w nietypowo przebiegających przypadkach trudno nam nieraz odróżnić tyfus brzuszny od septicaemiae cryptogeneticae, gruźlicy prosówkowej, pneumoniae centralis, meningitidis, malariae, perityphlitis i wielu innych spraw.

Nie dziw przeto, że starano się i starają się dotychczas tę trudność usuwać za pomocą wynajdywania różnych nowych objawów, sprawie tej właściwych, oraz nowych metod badania.

Schmidt podaje, jako ważny objaw rozpoznawczy dla tyfusu brzuszego, pewne zmiany w krtani, mianowicie naloty na obrzmiałej i mocno zaczerwienionej nagłośni oraz plamki (roseolae) na granicy między twardem i miękkim podniebieniem. Objaw ten jakoby służył Koblnerowi do rozpoznania jednego przypadku tyfusu nietypowego, skomplikowanego malaryą. Dotychczas wszakże innych głosów, potwierdzających znaczenie patognomiczne tego objawu, w literaturze nie spotkałismy.

Najgłówniejsze zabiegi w celach rozpoznawczy tyfusu brzuszego skierowane zostały na pole badań bakteriologicznych. Z chwilą wykrycia przez Ebertha lasecznika swoistego\*) (w r. 1880) starano się wyhodować go, bądź wprost ze krwi, bądź z wypróżnień kiszki chorych na tyfus. Krew do badania brano albo z wysypki (roseola), albo z żył, albo wreszcie ze śledziony. Poszukiwanie laseczników we

\*) Właściwie lasecznik tyfusowy znany już był Prof. Browiczowi w r. 1874, lubo ten nie otrzymał go w czystej hodowli.

krwi dotychczas jednakże małym uwięzione zostały skutkiem. Najlepsze jakoby wyniki dawały badania krwi wprost ze śledziony wziętej, lecz wiadomo, że sam zabieg przekłucia śledziony połączony jest z pewnym niebezpieczeństwem dla chorego: zagraża on nieraz obfitym krwotokiem wewnętrznym, oraz ropnem zapaleniem otrzewnej.

Zresztą, w okresach wczesnych tyfusu drobnoustrojów zwykle we krwi trudno bardzo odszukać, w późniejszych zaś okresach—w miarę wytwarzania się we krwi substancji ochraniających—bakterye giną.

Miejszem stałem, gdzie gnieżdżą się bakterye tyfusowe, są kiszki, to też najczęściej napotyka się je w wypróżnieniach, lecz tam znowu spotykamy zarazem wiele innych, bardzo do nich podobnych drobnoustrojów, między innymi laseczniki okrężnicy (*bact. coli commune*), mające, z tyfusowymi wiele wspólnych cech biologicznych i morfologicznych.

Zabiegi podjęte w celu wyodrębniania jednych od drugich na drodze hodowlanej dotychczas nie dały bezwzględnie pewnych wyników. Już sam fakt istnienia mnóstwa różnych złożonych pożywek (dotychczas przeszło 15), mających na celu wyodrębnienie tyfusowych bakterii od laseczników okrężnicy, świadczy najwyraźniej o trudności wyróżniania jednych od drugich i o tem, że rozpoznanie sprawy tyfusowej na tej drodze wcale do łatwych rzeczy nie należy.

Z pewnym przeto entuzjazmem przyjęto odczyn aglutynacyjny Widala, który miał nam ułatwić rozpoznanie tyfusu brzuszego na drodze mniej skomplikowanego badania.

Przypatrzmy się, o ile pokładane w nim nadzieje ziściły się.

Przedewszystkiem winieniem zaznaczyć, że czas występowania tego odczynu nie przez wszystkich autorów jednakowo jest podawany. Gdy jedni bowiem byli w stanie wykryć odczyn już 1-go dnia, a najdalej 3-go dnia choroby, innym udawało się to dopiero 14-go dnia; sam Widal podaje zwykły czas występowania odczynu na 6-ty dzień choroby. Zdaniem zaś większości autorów odczyn w tyfusie występuje najczęściej i najwyraźniej w 2-gim tygodniu choroby.

Co do zakażenia odczynu tego jako środka rozpoznawczego, to dotychczas większość autorów oświadcza się za wynikami dodatnimi omawianej próby. Na 160 przeszło przypadków tyfusu brzuszego

Widal jeden raz tylko nie mógł stwierdzić odczynu aglutynacyjnego.

Köhler w 124 przypadkach tyfusu zawsze wykrył aglutynacyjną własność surowicy z lasecznikiem tyfusowym, w 90 zaś przypadkach nietyfusowych ani razu odczynu tego nie mógł wykryć przy rozcieńczeniu surowicy w stosunku 1:30; raz tylko w przypadku anaemii perniciosae otrzymał aglutynację przy rozcieńczeniu surowicy w stosunku 1:50.

Wielkie znaczenie rozpoznawcze przypisuje temu odczynowi Lovett Morse, zwłaszcza w tyfusie u dzieci, najtrudniejszym, jak nam wiadomo, do rozpoznania. Autor ten wykrył zdolność aglutynacyjną krwi nawet u niemowlęcia nietyfusowego, pochodzącego z matki tyfusowej. Zdaniem jego, aglutyniny mogą przejść przez łożysko wprost do krwi płodu, albo samodzielnie się wyrabiać pod wpływem toksyn, przenikających ze krwi matki do ustroju płodu.

Rocco Jemma u 14 chorych zawsze za pomocą odczynu tego rozpoznawał tyfus.

Kayser na mocy braku tego odczynu w jednym przypadku tyfusu z zakażeniem gronkowcowem chce rozpoznać mieszaną infekcję tyfusową i gronkowcową.

Niektórym autorom udało się określić bakterye tyfusowe, pochodzące z wody, mleka i ziemi, głównie za pomocą odczynu Widala (Konradi).

Za wynikiem dodatnim odczynu aglutynacyjnego w tyfusie przemawiają doświadczenia na zwierzętach, przeprowadzone przez Fraenkela i Otto, spostrzeżenia Adlera, Stewart'a, Biberstein'a oraz wielu innych autorów.

(D. n.).



## O odporności w stanach zakaźnych.

Podał Dr. Kazimierz Rzętkowski (Warszawa).

Jedną z zasadniczych cech żywej komórki jest niewątpliwie odporność. Jako specyficzny przejaw instynktu samozachowawczego ustrojów żywych występuje ona w postaci całego szeregu procesów biochemicznych, które rozwija protoplazma wobec wtargnięcia do komórki czynnika zakaźnego, z chwilą, kiedy komórka lub ustroj — jako konglomerat komórek — znajdzie się w stanie zakażenia (*infectio*).

Działanie chorobotwórczego czynnika zakaźnego, skierowane ku wyłącznemu podporządkowaniu interesom swego roz-



wcju żywego uorganizowanego podłoża, wywołuje ze strony tego ostatniego odczyn mniej lub więcej złożony, tworzący w rezultacie to, co nazywamy odpornością danego ustroju (*immunitas*) i co w rzeczywistości stanowi wynik usiłowań żywej komórki ku podtrzymaniu in statu quo swej egzystencji w walce z czynnikiem chorobotwórczym zakaźnym. Nieulega najmniejszej wątpliwości, że wtargnięcie do komórki chorobotwórczego czynnika zakaźnego już w ustrojach jednokomórkowych powoduje cały szereg mniej lub więcej głębokich zmian w ich funkcji, które za *chorobę zakaźną*, za *stan zakażenia* uważać możemy. Jednak dopiero w ustrojach wielokomórkowych ów stan zakażenia, spowodowany przez wtargnięcie zzewnątrz czynnika zakaźnego, występuje jako bardzo wyraźne i typowe zaburzenie czynności ustroju — jako choroba zakaźna. W tym bardzo złożonym obrazie zaburzenia czynności ustroju pod wpływem wtargnięcia doń czynnika zakaźnego część objawów należy uważać niewątpliwie za czysto *chorobowe*, t. j. za spowodowane przez sui generis *uszkodzenie* ustroju; część atoli objawów należy bez wątpienia do kategorii specyficznych aktów obronnych, do kategorii działań, zbawiennych dla ustroju i zgubnych dla czynnika zakaźnego.

Jak to poniżej zobaczymy, już dziś, przy obecnym stanie nauki, potrafimy wykrywać w zakażonym ustroju owe akty obronne, stanowiące podstawę odporności chorego ustroju, a nadto, co ważniejsza — potrafimy nieraz wzmacniać je, a to drogą celowego uodparniania ustroju jeszcze przed lub już podczas zakażenia, przechylając szalę zwycięstwa w walce ustroju z czynnikiem zakaźnym na stronę pierwszego.

Zanim przystąpię do omawiania rozmaitych postaci i przypuszczalnego mechanizmu odporności, uważam za niezbędne zapoznać czytelnika w najogólniejszym zarysie z czynnikami zakaźnymi i sposobem ich działania na ustrój. Mówiąc o czynnikach zakaźnych, będę miał na uwadze tylko bakterye chorobotwórcze, ponieważ pasorzyty z zakresu pierwotniaków (za wyłączeniem plazmodyi malarycznych) nie obchodzą nas tu bliżej z punktu widzenia wyłącznie patologii ludzkiej.

Stan zakażenia ustroju spowodowany bywa przez *zatrucie*, jakie sprowadza obecność w nim bakteryi chorobotwórczych. Bakterye te działają na ustrój przy pomocy jądów, zawartych w ich ciałach,

lub też stanowiących rozpuszczalne produkty przemiany materii podłoża. Owóż te jadowite produkty, wytwarzające się w ciałach bakteryi chorobotwórczych i wydzielające się z nich nazewnątrz drogą dyfuzji, nazywamy *toksynami*. Toksyny odznaczają się nadzwyczaj silnym działaniem trującym, i niesłychanie małe ich ilości mogą spowodować bardzo głębokie zmiany w ustroju i sprowadzić śmierć jego. Tak na przykład dwie krople sterylizowanej hodowli tężca (*tetanus*) wystarczają do zabicia rosłego konia; ponieważ w tych 2 kroplach jest zaledwie 3—5% istoty stałej, z kąd znaczna część przypada na składniki mineralne, przeto przyjąć można, że zaledwie 0,001 toksyny rzeczywistej wystarcza do zabicia konia wagi około 600 kgr., to jest — działa na masę 600 milionów razy przewyższającą jej wagę. Jedną z najsilniejszych toksyn jest toksyna, stanowiąca t. zw. *jad kielbasny* (wytwór bac. *botulinus von Ermengem*): 0,0000002 ctm. sześć. przesącza hodowli wystarcza do zabicia 2 myszy. Toksyna dyfterytyczna nie ustępuje prawie w jadowitości dwóm powyższym: 0,000001 ctm. sześć. filtrowanej hodowli wystarcza do zabicia świnki morskiej. Toksyny choleryczna, durowa, dżumowa, grypowa należą do słabszych. Już uwagi powyższe dowodzą, że pomiędzy toksynami a zczynami (enzymami) zachodzi analogia, polegająca na braku stosunku pomiędzy masą toksyny (resp. zczynu) a efektem jej działania. Zaznaczyc tu wypada, że *toksyny* należą do grupy *białkowatych* lub im pokrewnych, nie różniąc się w zasadzie od ciał białkowych, jakie zaródź komórek ustrojowych asymiluje z pokarmów.

O charakterze jądów, ściśle związanych z ciałami bakteryi, nie pewnego nie da się dziś jeszcze powiedzieć. To pewna, że i one stanowią, tak jak i toksyny, bardzo blizkie pochodne białka, skutkiem czego — tak jak i toksyny — mogą ulegać asymilacji przez zaródź komórkową, nieróżniąc się w zasadzie od zwykłej asymilacji ciał białkowych. Okoliczność powyższa stanowi zasadę do rozciągnięcia i na sprawę odporności tych mechanizmów biochemicznych, jakimi zaródź rozporządza odnośnie do zwykłych spraw odżywiania się.

W jaki sposób zaródź komórek przyłącza do siebie ciała, zdolne do asymilacji, t. j. ciała białkowe i białkowate, pokarmowe i toksyczne?

Na to ważne pytanie stara się odpowiedzieć P. Ehrlich w swej słynnej *teorii ogniw bocznych*. Badacz ten uczy, że zaródź komórkowa składa się z części stałej, stanowiącej kierowniczą część jej funkcji i z otaczających ją grup cząsteczek — *ogniw bocznych* zarodźci. Ogniw boczne wypełniają rozmaite funkcje specyficzne protoplazmy: przyłączają one na zasadzie powinowactwa chemicznego ciała, zdolne do asymilacji i pokarmowe, chwytają drobiny dopływające do zarodźci, grają rolę jej części wydzielniczych i t. p. Te ogniw boczne, nazwane przez Ehrlicha także *receptorami* lub *grupami chwytającymi* („haptophore Gruppen“), nieustannie zużywają się i pod wpływem kierowniczej części zarodźci ulegają nieustannej nowotworzeniu. Ciała białkowe i wogóle ciała „zdolne do asymilacji“ posiadają budowę, zbliżoną do zarodźci: i one składają się z części zasadniczej i z ogniw bocznych (receptorów). Otóż *receptory ciał zdolnych do asymilacji są tak dopasowane do odpowiednich receptorów zarodźci*, że łączą się z nimi, „wchodząc“ w nie tak, jak klucz wchodzi w zamek, a to na zasadzie odpowiednio dopasowanej chemicznej konfiguracji obu rodzajów receptorów. Na ten właśnie polega *mechanizm odżywiania się zarodźci*, który Ehrlich sprowadza, jak widzimy, do *łączenia się ze sobą odpowiednio dopasowanych receptorów*: receptora zarodźci z receptorem ciała pokarmowego (białkowego lub białkowego). Toksyny, będące ciałami pokrewnymi ciałom białkowym, posiadają podobne do tych ostatnich receptory, przy których pomocy łączą się z odpowiednio dopasowanymi receptorami zarodźci. Zanim toksyna rozwinie na zaródź swe trujące działanie, musi się w ten lub w ów sposób z zarodźcią połączyć. Otóż okoliczność, czy dana toksyna łączy się z zarodźcią, czy też nie, jest rzeczą czysto przypadkową i w całości zależną od obecności w niej receptora, odpowiednio dopasowanego do receptora zarodźci: i tu rzecz cała sprowadza się do syntezy chemicznej dwu dopasowanych do siebie grup molekuł. Jeżeli receptor zarodźci nie będzie dopasowany do receptora toksyny, to oczywiście toksyna niepołączy się z zarodźcią, tak, jak np. klucz od danego zamku nie wejdzie, nie otworzy innego zamku, i wówczas molekula toksyny przepływnie obok zarodźci, nie rozwinawszy na nią wcale swego trującego działania. Tak więc, brak odpowiednio dopasowanych receptorów w danej toksynie i w zarodźci może powodować nieczułość tej ostatniej

na toksynę, co jest podstawą dla wielu przypadków tak zwanej odporności przyrodzonej. Ale toksyna nie tylko łączy się z zarodźcią, ale i rozwija na zaródź swe trujące działanie. Musi ona zatem posiadać w swej konfiguracji chemicznej dwie różnoimienne grupy molekuł: jedną — znaną nam już — analogiczną do receptora zwykłych ciał pokarmowych — grupę chwytającą („haptophore“), przy pomocy której łączy się z odpowiednim receptorem zarodźci, drugą zaś — *grupę jadonośną* („toxophore“), dzięki której rozwija swe trujące działanie na zaródź.

Tak Ehrlich objaśnia mechanizm łączenia się zarówno ciał pokarmowych, jak i pokrewnych im toksyn, z zarodźcią komórkową. Czynnikiem działającymi są tu z obu stron receptory, czyli specjalne ogniw boczne, dopasowane odpowiednio do siebie. W toksynie — prócz zwykłej grupy chwytającej, t. j. przyłączającej się do receptora zarodźci, istnieje grupa jadonośna, trująca zaródź, grupa, która wtedy tylko rozwinie na zaródź swe trujące działanie, kiedy połączy się z nią przy pomocy receptorów.

W miarę powiększenia się ilości toksyn w ustroju, coraz więcej receptorów komórkowych łączy się z nimi, skutkiem czego coraz więcej receptorów, jako już połączonych i dla komórki nadal nieprzydatnych — ginie dla niej bezpowrotnie. Wówczas to pod wpływem kierowniczej części zarodźci komórkowej następuje *nowotworzenie receptorów w zarodźci*. To nowotworzenie receptorów nie znajduje się ilościowo w stosunku do zapotrzebowania, lecz znacznie je przewyższa. Skutkiem *nadprodukcji receptorów* część ich tylko zostaje przy protoplazmie, inne zaś — w znacznej ilości — nie znajdując dla siebie miejsca przy macierzystej zarodźci, *odrywają się od niej* i krążą swobodnie w krwiobieg, nie mogąc się z nią już łączyć. Ponieważ oderwane od zarodźci wolne receptory posiadają w dalszym ciągu swe grupy chwytające, dopasowane do grup chwytających toksyn, więc łączą się z nimi nadal — lecz już nie przyłączają ich do zarodźci, od której się oderwały bezpowrotnie. W ten sposób toksyna, połączywszy się z wolno krążącym receptorem, już nie ma powinowactwa do zarodźci, od której się ten receptor bezpowrotnie oderwał, nie może więc rozwinąć na nią swego trującego działania. Tak działający receptor ma podobieństwo do piorunochrona, który odwodzi piorun (toksynę) od budynku (zarodźci).

Odporność danej zarodki polega oczywiście na tem, że toksyna nie jest w stanie jej uszkodzić. Uodparnianie zatem danego ustroju — jako konglomeratu komórek — ma na celu *sztuczne wywołanie nowotworzenia receptorów, któreby, krążąc we krwi, łączyły się z toksynami i odwozily je od komórek ustrojowych*. Z powyższego widzimy, że teoria Ehrlicha — teoria ogniw bocznych — jest tylko rozwinięciem sprawy zwykłego odżywiania się zarodki komórkowej. W myśl tej teorii odporność nie jest zjawiskiem zupełnie nowem dla ustroju. Owszem, pomiędzy odpornością a sprawą zwykłego odżywiania się zarodki komórkowej istnieje różnica tylko ilościowa, polegająca na nadmiernem tworzeniu się tych samych funkcjonalnie wyodrębnionych części zarodki komórkowej, które normalnie są sui generis „organami“ jej odżywiania się.

Jako konsekwencye teorii Ehrlicha przyjmujemy zatem: 1) że oderwane od komórek receptory krążą we krwi jako antytoksyny i że: 2) żadnych specjalnych komórek zawiadujących sprawą odporności w ustroju niema, lecz że antytoksyny wytwarzają się przy tych wszystkich komórkach, które, będąc czułem na działanie toksyn, wyrabiają w nadmiarze odrywające się od nich receptory.

Dwa te zasadnicze postulaty teorii odporności według Ehrlicha, wynikające z jego teorii ogniw bocznych, są w zupełnej sprzeczności z postulatami *teorii fagocytarnej* Miecznikowa, według której odporność ustrojów jest zjawiskiem, nader ściśle związanem z działalnością fagocytów.

Co to są fagocyty?

Fagocyty są to ruchliwe lub unieruchomione komórki, które mają własność czynnego obchwytywania drobnych cząstek ciał obcych (mineralnych, organicznych lub uorganizowanych, oraz żywych lub martwych komórek), wciągania ich do swej zarodki i trawienia ich tam. Aby wypełniać tę czynność fagocyty: 1) nie mogą posiadać otoczki, 2) muszą posiadać całkowitą lub częściową ruchliwość, 3) muszą posiadać własność wydzielania wewnątrz zarodkowych soków trawiących. Odróżniamy fagocyty poruszające się z miejsca na miejsce „błądzące“, fagocyty unieruchomione, „przytwierdzone“, oraz narządy fagocytowe. Do fagocytów błądzących należą białe ciała krwi. Tu odróżniamy *makrofagi* krwi i limfy — duże jednojądrowe limfocyty, oraz *mikrofagi* — leukocyty (t. zw. „wielojądrowe“). Do makrofagów

należą również fagocyty przytwierdzone (np. duże komórki mięszu śledziony, gruczołów limfatycznych, niektóre komórki śródbłonne, komórki neuroglei i t. p.) oraz komórki olbrzymie — makrofagi wielojądrowe. Do narządów fagocytowych zaliczamy śledzionę, szpik kostny, gruczoły limfatyczne i t. d.; pomiędzy makrofagami (błądzącymi i przytwierdzonymi) a mikrofagami istnieje pewna dosyć znaczna różnica czynnościowa. *Makrofagi* bowiem mają predylekcyę wyłącznie prawie do chwywania i trawienia drobin uorganizowanych wyższego rzędu (komórki zwierzęce, np. krwinki, plemniki i t. p.) i pasorzytów chorób zakaźnych przewlekłych (gruźlica, trąd, promienica). *Mikrofagi* przeciwnie — mają prawie wyłącznie predylekcyę do chwywania bakterji, powodujących choroby zakaźne ostre (bakt. ropotwórcze, cholera, dżuma i t. p.). Zdolność poruszania się w kierunku, mianowicie też ku zagrożonemu przez obecność pasorzytów chorobotwórczych miejscu ustroju, fagocyty błądzące zawdzięczają właściwemu sobie pewnemu gatunkowi *czucia, chemotaxis* — które sprawia, że fagocyty odczuwają nawet bardzo nieznaczne zmiany w składzie chemicznym środowiska, w jakim się znajdują. Zgromadzone na skutek chemotaksy dodatniej (t. j. przyciągającej) w miejscu ustroju nawiedzonym przez pasorzyty chorobotwórcze, fagocyty natychmiast zaczynają swą czynność obchwytywania tych pasorzytów (bez uprzedniego ich zabicia!) i trawienia ich wewnątrz swej zarodki, mianowicie też w wakuolach o środowisku słabo kwaśnem lub obojętnem, obfitującym w specjalne zczyny trawiące, *cytazy*.

Owe *cytazy* nigdy nie wydzielają się z fagocytów żywych, dla tego też we krwi zdrowej, krążącej niema ich wcale lub jest ich bardzo niewiele. Z chwilą, kiedy nastąpi t. zw. *fagoliza*, t. j. zniszczenie, rozpad znacznej liczby fagocytów — *cytazy uwalniają się z ciał zniszczonych fagocytów* i wówczas dopiero zaczynają krążyć we krwi, powodując po za narodzą fagocytową te same skutki (trawienie pasorzytów chorobotwórczych), co w zarodki. Jeżeli dana surowica ma działanie bakteryobójcze, to tylko dla tego, że przy oddzielaniu surowicy od krwi całkowitej nastąpiło zniszczenie znacznej liczby fagocytów i „wylanie“ się z nich cytazy do surowicy. Pod wpływem cytazy bakterje rozpadają się na ziarenka i ulegają ostatecznie strawieniu i zniszczeniu.

Lecz fagocyty mają za zadanie uwalniać ustrój nie tylko od bakteryi, ale i od toksyn. Miecznikow przypuszcza, że miejscem wytwarzania się antytoksyn są również fagocyty, mianowicie też *makrofagi* (błądzące i przytwierdzone). Z powyższego widzimy, że Miecznikow uważa fagocyty za sui generis „organ“ walki ustroju z zakażeniem, a odporność ustrojów kładzie na karb wyłącznie działalności fagocytów lub też produktów, które wydzielają się do krwi z fagocytów zniszczonych (*cytazy*).

(d. 11)



## O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu.

Napisał Dr. Seweryn Sterling.

(Dalszy ciąg).

Żadnej specjalnej bielizny, odzieży naszym chorym zalecać niepotrzebujemy. Ostrzegając ich przed przesadną obawą zaziębienia i przeciągów, zakazując zbyt częstego otulania się w futra i szale, zawsze na pierwszym miejscu wskazujemy na czystość bielizny jako na podstawę higieny odzieży. W miesiącach zimowych radzimy noszenie bielizny wełnianej na gołym ciele; na noc zdjąć ją należy, wytrzeć i wietrzyć razem z dzienną koszulą poza pokojem sypialnym; komu w nocy zimno, niech na nocną koszulę ubierze kaftan barchanowy lub drugą nocną koszulę.

Na leżalni—w zimie—chorzy są bardzo ciepło ubrani, leżą dobrze owinięci, w baszłyku na głowie, rękawiczkach, w obszernym obuwiu filcowym.

W szpitalu chorzy, wracając z ogrodu, zmieniają obuwie przed wejściem do sali; czyni się to w tym celu, by nieznośno błota i kurzu i by chorzy nie pozostawali w obuwiu wilgotnym.

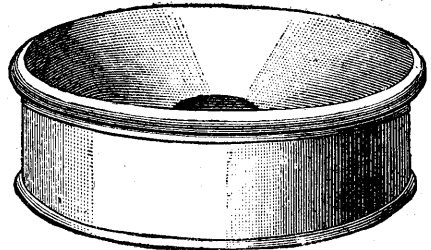
Zwracamy uwagę chorych na szkodliwość ciasnej odzieży: ciasnego kołnierzyka, mocno ściągniętego paska u spodni i t. p.

Wszystkim chorym niewiastom zabronić należy noszenia gorsetu; czasem jednak wypada czynić ustępstwa, ponieważ osoby do gorsetu przyzwyczajone — garbią się, czują ból w krzyżu, kiedy je pozbawić oparcia, do jakiego w gorsecie przywykły. Takim pozwalamy po parę godzin dziennie chodzić w niskim gorsecie.

Wogóle bowiem, jednym z przepisów, który często powtarzać wypada, jest: „trzymać się prosto“. O tem, jak dalece ujemny wpływ na oddychanie ma pochyle trzymanie się—mówić chyba zbyt czyste.

W sprawie uczynienia chorego nieszkodliwym dla otoczenia—t. j. w sprawie zobojętniania płwociny, obowiązuje właściwie znów jeden przepis: czystość.

Człowiek mający poczucie czystości nie sięgnie swoją łyżką, od ust odjętą, do wspólnej miski, nie weźmie ze solniczki palcami (którymi sobie usta przy kaszlu zasłaniał) soli, nie będzie ręką grzebał w koszyku z bułkami, nie będzie pluł na podłogę, nie będzie kaszlał w twarz bliźniemu.



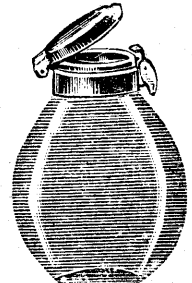
Spluwaczka pokojowa

Niestety, za mało jesteście kulturalni, by, nakazując: czystość! być zrozumianymi.

Wypada choremu dokładnie wyliczyć, że ma płuć do naczynia z wodą (na ulicy—do rynsztoka), że niema płwociny polykać, że przy kaszlu należy sobie usta zasłonić chustką, kawałkiem waty lub papierkiem (papierek złożyć i spalić lub wrzucić do ustępu), że rękę, brodę, odzież powalaną płwociną zaraz umyć należy, i t. d., i t. d.



Spluwaczka na stolik nocny.



Spluwaczka kieszonkowa (Liebego).

A dając te przepisy, należy powoływać się w pierwszym rzędzie na dobro samego chorego: płwociny zaschnięte na jego chustce, na podłodze pokoju, w którym przebywa, płwociny z jego rąk—powrócą znów z kurzem powietrza, zżywieniem zanieczyszczonem—do jego ciała.

W szpitalu każdy chory otrzymuje dwie soplawczki: jedną na nocny stolik, drugą—do kieszeni. Żadnych płynów odkażających nie używamy; natomiast, napełniając czystą wodą soplawczki, każe ich zawartość często wylewać do zlewu, a same soplawczki raz dziennie myć wodą wrzącą. W salach, w korytarzach, w klatce schodowej, w sieniach są zawieszane soplawczki, na wysokości metra od poziomu podłogi.

Chorym ubogim każe w domu zamiast soplawczek używać kubków, garnuszków (t.j. zawsze naczyń z uszkiem) z pokrywami; kieszonkowe soplawczki—z konieczności—zastąpić im muszą kawałki waty lub papieru, do których soplawać mają, i które potem albo do ustępu albo do ognia każe wrzucać.

Tym chorym, którzy plują do chustek, chustkami usta sobie przy kaszlu zasłaniają, każe te chustki codziennie zmieniać; użyte zaś wrzucać do jakiegoś płynu, np. do słabego roztworu sody (w której je później wygotować trzeba), pocuwając chorych, że chodzi mi o to, by płwociny na chustce nie zasychały i nie kruszyły się.

Niemalą rolę w leczeniu suchot grają wpływy psychiczne.

Na pierwszym miejscu postawić w tym względzie należy: staranność lekarza.

Niestety bowiem, w naszych klinikach i szpitalach grali suchotnicy rolę pasierbów; nauczyliśmy się więc patrzeć na nich jako na balast bez pożytku dla siebie („i dla nauki“!) zajmujący łóżko; skutkiem tego przy wizycie szpitalnej łóżko takiego chorego albo się zupełnie omija, albo się przy niem przystają na chwilę, by zmienić jeden środek leczniczy na inny.

Że wpływa to deprymująco na chorego—jest rzeczą jasną. Tymczasem, jeśli stosujemy leczenie dyetetyczno-hygieniczne, co dzień mamy o czem do pomówienia z chorym, co dzień mamy możliwość wykazania naszej opieki i zainteresowania się jego losem.

Dużo w tem postępowaniu zależy od osoby, od temperamentu lekarza, od tego, czy umie się wżyć w psychikę swych zwyczaj mała inteligentnych chorych, umie odróżnić wśród nich optymistów od pesymistów, umie uwzględnić ów specjalny brak równowagi duchowej tych chorych, ich pobudliwość, wzruszeniowość, podniecalność i t. d.

Lekarz musi być zawsze poważny, czasem surowy, ale równie często i żart

rzucić, i wpytać o troski domowe, kłopoty osobiste pacjenta.

A przedewszystkiem: dbać o to, by chory miał w szpitalu zawsze zapewnione wszystko, co należy do kuracyi. Wtedy zyska on przychylność chorego, jego zaufanie, jego serce. Wtedy może on działać na podnieconego chorego uspakajająco, może zwątpionemu wlać otuchę, może—jednym słowem—przywrócić tę zakłóconą równowagę moralną, która się bardzo do zdrowia przyczynia.

Drugi moment psychicznej strony leczenia, o jakim mówimy, stanowi wychowanie higieniczne.

W tym celu służy przedewszystkiem stały regulamin, ściśle przestrzegany, i przy każdej nadarzonej okazji powtarzane — komentarze, tłumaczące podstawy naukowe przepisów tego regulaminu. Niech chory z r o z u m i e, że te wszystkie zakazy i nakazy mają jedyny cel: przywrócenia mu zdrowia, a wtedy im się chętniej podda; gdy zaś do ich wykonywania się przyzwyczai—staną się jego potrzebą, nałogiem, czyli że w szpitalu odbierze pierwsze i jedyne w życiu — wychowanie higieniczne.

Do wskazówek z zakresu higieny daje pobyt w oddziale szpitalnym wiele okazji: znaczenie pielęgnowania skóry i hartowania, pielęgnowania jamy ustnej, czystości rąk, znaczenie czystego powietrza, prostej postawy ciała przy chodzeniu i przy pracy, czystości odzieży i pościeli, pożywności i strawności różnych potraw; wskazówki urządzenia i utrzymywania mieszkania, higieny kobiecej, pielęgnowania chorych i t. d., i t. d. O tem wszystkiem każdy chory racjonalnych pojęć garstkę z sobą ze szpitala zabrać powinien.

Ze szczegółów leczenia ogólnego, niewspomnianych dotąd, zwróć jeszcze uwagę na używanie tytoniu. Moim chorym szpitalnym zakazuję bezwarunkowo palenia i nie miałem wypadku, by ten właśnie przepis budził niezadowolenie lub niebył wypełniany.

Gorączkę mierzę trzy razy dziennie, pod pachą. Z bardzo wielu względów trzymać się muszę tego sposobu. Tylko w wyjątkowych przypadkach mierzy się in recto, np. przed i po zastosowaniu tuberkuliny w celach rozpoznawczych; wtedy też mierzenie odbywa się we dnie, co 2 godziny, a w ciągu nocnych godzin — też raz jeden.

Za gorączkujących uważamy w szpitalu tych chorych, którzy miewają cie-

plotę wyżej 37,2C° i tych, u których wahania gorączki przewyższają 1°C. (np. rano 35,8 wieczorem 37,0).

Ważę chorych, rozebranych do koszuli, co trzy tygodnie, przed obiadem. Jak już wyżej powiedziałem, przyrostu wagi wcale niewolno utożsamiać z wyzdrowieniem; tem nie mniej daje on nam niejakię pojęcie o postępie zdrowienia, a przedewszystkiem ma wartość ujemną: znaczny spadek wagi lub brak przyrostu jest bezwarunkowo niekorzystną oznaką, szczególnie w pierwszych tygodniach kuracji.

Jakkolwiek trwanie leczenia szpitalnego zależy od bardzo wielu warunków—caeteris paribus—przedewszystkiem od charakteru danego przypadku chorobowego, na ogół powiedzieć można, że najkrótsza kuracja trwać musi trzy miesiące, przeciętna—sześć miesięcy. Tylko przy tak obliczonym trwaniu kuracji metoda, której zasady tu opisujemy, dać może wyniki pożądane.

Jeżeli zechcemy w krótkich słowach powtórzyć jak stosujemy środki ogólne w oddziale szpitalnym przy leczeniu gruźlicy płuc, natenczas powiemy sobie tak:

Po zbadaniu chorego wszechstronnie kładziemy go na pierwszych parę dni do łóżka; po paru dniach albo mu każemy i nadal w łóżku zostać, albo pozwalamy wstać i zostać w sali, albo też od razu wyprowadzamy do leżalni.

W ciągu pierwszych dni poświęcamy nowemu choremu więcej czasu, badając go codziennie i wtajemniczając w przepisy regulaminu. W tym czasie zapoznajemy się bliżej z chorym, staramy się poznać jego inteligencyę, jego przymioty i wady w zakresie praktyk ważnych dla zdrowia.

Dopiero po tym czasie ściślej określamy plan leczenia danego przypadku, zmieniamy—o ile zachodzi potrzeba—to i owo w dyecie, regulujemy tryb życia, przepisujemy leki i zabiegi. Codziennie z każdym chorym parę słów zamieniamy, ale nie o stan zdrowia pytamy, tylko o ten lub ów szczegół życia szpitalnego; zbyt chętnie bowiem chorzy nasi radziłyby choćby codziennie dostać nowe lekarstwo na jakies chwilowe niedomaganie. Badanie lekarskie powtarzamy co 3 tygodnie, chyba że jakies poważniejsze zakłócenie przerwie bieg zdrowienia.

Każdego nowoprzybyłego chorego wtajemniczamy w regulamin osobiście, za-

strzegając z góry, że odstąpienie od regulaminu łatwo pociągnie za sobą wypisanie ze szpitala. Ponieważ zaś o mocność leczenia się w tym oddziale ubiega się zawsze bardzo wielu kandydatów, więc groza tej, jedynej zresztą, kary jest zawsze skuteczną.

Treść regulaminu dla chorych brzmi tak (umiejący czytać dostają regulamin wydrukowany):

*Chodzić powoli! Trzymać się prosto! Oddychać przez nos! Flegmę spluć tylko do kubków lub do flaszek kieszonkowych! Jeść i pić powoli!*

Po obudzeniu się wymyć usta i oczyścić zęby.

O 7-ej r. Mleko.

O 7<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Termometr.

Nacieranie.

O 8-ej Śniadanie.

Umyć się.

O 10 ej Leżalnia. (w lecie).

O 10<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Drugie śniadanie.

O 11-ej Leżalnia (w zimie).

O 12<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Przejście się po ogrodzie.  
Powrót do sali.

O 1-ej Umyć ręce.

Obiad.

Wymyć usta i zęby.

O 2-ej Leżalnia.

O 4-ej Powrót do sali (w zimie).

Termometr.

O 4<sup>1</sup>/<sub>2</sub> Podwieczorek.

O 7-ej Powrót do sali (w lecie).

Umyć ręce.

Kolacja.

Wymyć usta i zęby.

O 8-ej Do łóżka. Termometr.

O 9-ej Nacieranie.

Mleko.

*Dla własnego dobra chorzy powinni ściśle spełniać te przepisy.*

Wizyty z miasta przyjmować chorzy mogą tylko trzy razy tygodniowo, po obiedzie, w ciągu jednej godziny. Tylko jednego gościa na raz wolno wpuszczać do każdego chorego. Na miasto wychodzić pozwalam w czasie kuracji rzadko, tylko dla jakichś ważnych powodów.

Mam dla chorych małą biblioteczkę, co dzień przynoszę im gazety. Dla spędzenia czasu nie tylko czytają, ale grywają w warcaby, loteryjkę i t. p. gry; kobietom pozwalam na 1—2 godziny szycia (reperują bieliznę szpitalną), haftu, robót ręcznych; wśród mężczyzn było kilku, którzy czas spędzali na rysowaniu.

W celu sprawdzenia, czy wszystkie jego przepisy są dokładnie spełniane, musi lekarz—niezależnie od codziennej przedobiedniej wizyty szpitalnej—co najmniej

raz na tydzień wpaść do szpitala w godzinie bądź wczesnej ranej, bądź późnej wieczornej. Jestto szczególnie niezbędny dla utrzymania porządku w oddziale.

Inaczej się ma sprawa z chorymi ambulatoryjnymi.

Tym służyć możemy tylko środkiem farmaceutycznym i radą.

Rady dla chorych ambulatoryjnych, drukowane na oddzielnych kartkach, mają takie brzmienie:

#### Rady dla kaszlących.

1. Należy unikać mieszkań w ulicach wązkich; nie mieszkać w suterrenach, na parterze, na poddaszu, w zupełnie nowych domach.

2. Sprowadziwszy się do mieszkania, należy ściany świeżo wybielić (albo wymalować), a podłogę wyszorować wrzącą wodą i szarem mydłem.

3. W mieszkaniu i pracowni powinno być przestronnie, czysto, słonecznie.

4. Okna nie powinny być nigdy (nawet w nocy) szczelnie zamknięte. Przed udaniem się na spoczynek należy pokój sypialny przewietrzyć, przez otwarcie (nawet zimą) na jakiś czas okna. Spać należy najmniej 8 godzin na dobę.

5. W pokoju, gdzie się sypia, nie trzeba stawiać niepotrzebnych sprzętów, nie trzeba przechowywać odzieży, brudnej bielizny lub pożywienia. Niewolno w tym pokoju trzepać lub czyścić rzeczy, szorować statków.

6. Podłogi należy codziennie wycierać mokrą szmatą; tak samo trzeba ścierać kurz ze sprzętów; nie wolno wymiatać na sucho, ani ścierać kurzu suchą szmatą.

7. Kaszłący musi unikać miejsc, w których powstaje kurz.

8. Unikać restauracji, piwiarni, sal tanecznych, bo tam powietrze jest zawsze dla kaszlących szkodliwe.

9. Nie palić nadmiernie tytoniu (fajki, cygar, papierosów) i nie przebywać w pokoju, gdzie inni palą.

10. Na ulicy oddychać przez nos, zamknawszy usta.

11. Przed rozpoczęciem pracy, w przerwach i po pracy wyjść na przechadzkę; chodzić wolno.

12. Kto tylko może—niech pracuje na świeżem powietrzu, a nie w zamkniętej izbie.

13. Raz na tydzień—kąpiel w wodzie ciepłej; w kąpeli wymyć całe ciało mydłem.

14. Codziennie rano obmyć zimną wodą głowę, twarz, szyję, kark, plecy, piersi, ręce; po tem mocno do sucha wytrzeć.

15. Myć ręce przed każdym jedzeniem.

16. Po każdym jedzeniu płukać usta, a wieczorem czyścić zęby szczoteczką (własną); raz na tydzień szczoteczkę wygotować.

17. Nie ubierać się zbyt ciepło. Zimą nosić we dnie na gołym ciele kaftanik (koszulkę) wełniany, flanelowy.

18. Co najmniej raz na tydzień zmienić bieliznę.

19. Na noc zdejmować koszulę dzienną i kłaść nocną.

20. Nie sypiać nigdy w koszulach, kaftanach wełnianych lub bawełnianych; zupełnie wystarcza koszula nocna (jeśli bardzo zimno—dwie koszule). Nie sypiać pod pierzyną.

21. Nie sypiać w jednym łóżku z innymi.

22. Nie nosić odzieży ciasnej (ciasny kołnierzyk, zaciśnięty pasek u spodni, ściągnięty gorset).

23. Nie wolno łykać płwociny.

24. Rzeczcią nieprzyzwoitą i szkodliwą jest kasłać, niezastłoniwszy ust, lub płuć w koło siebie: na podłogę, na schody, na ziemię.

25. Podczas kaszlu w obecności drugiej osoby należy zasłonić usta chustką, watą lub kawałkiem papieru (np. kawałkiem starej gazety), który potem należy spalić lub wrzucić do klozetu.

26. Wypluwać należy zawsze do spluwaczek napełnionych wodą.

27. Bardzo jest pożądane, by każdy kaszłący miał swoją własną spluwaczkę kieszonkową.

28. Zawartość spluwaczek należy wylewać do zlewu lub klozetu, poczem trzeba spluwaczki wyparzyć wodą gorącą.

29. W braku spluwaczki można spluć do kawałka papieru (np. starej gazety), który po tem należy albo spalić, albo wrzucić do klozetu.

30. Jeśli, z konieczności, spluwa się do chustki, tę ostatnią należy często zmieniać, a przy praniu dobrze wygotować. Niewolno odwijać chustki, na której już zaschła płwocina.

31. Każdy kaszłący powinien krótko strzyżąc zarost (brodę i wasy).

32. Jeść należy bardzo wolno; twarde pożywienie trzeba dobrze pogryźć, a płynne pożywienie—pić małymi łykami.

33. Jadać należy systematycznie, w godzinach oznaczonych.

34. Zaleca się szczególnie następujące pożywienie: mięso, mleko słodkie przygotowane, śmietanka przygotowana, mleko kwaśne, kefir, jajka na miękko, masło, jarzyny (groch rozgotowany, kartofle dobrze kraszone, ryż), potrawy mączne.

35. Napojów alkoholowych (wódka, koniak, wino, piwo) stanowczo używać nie należy.

*Dobre powietrze we dnie i w nocy,  
Czystość mieszkania, ciała i odzieży.  
Obfite, smaczne i zdrowe pożywienie,  
Umiejętne obchodzenie się z płuczną,  
Dostateczny odpoczynek po pracy — najskuteczniej mogą wyleczyć z choroby płucnej.*

(d. c. n.)



## O zaraźliwości trzeciorzędnych objawów przymiotu i o jego dziedziczeniu.

Przez Dr. H. Fidlera (Radom)

(Dokończenie).

### E) Wpływ przymiotu na szeregi pokoleń.

Ażeby zdać sobie dokładnie sprawę, jak przymiot wpływa na ludność w przeciągu dłuższego czasu, należy posiadać wiadomości o częstości przymiotu i jego przejawach wśród całego szeregu pokoleń. Otóż Tarnowski z Petersburga\*) zebrał z własnej praktyki liczby statystyczne dotyczące 30-u rodzin ze sfer wyższych, dotkniętych przymiotem nabytym i dziedzicznym, i miał możność obserwowania 4-ch pokoleń wśród swoich chorych. T. dochodzi do wniosków następujących: iż osobnik, który zaraził się przymiotem choruje zwykle kilka lat, następnie się leczę, najczęściej cieszy się przez resztę życia względnie dobrem zdrowiem i może być korzystnym członkiem społeczeństwa.

Jeśli jednak ten człowiek się żeni, zwłaszcza wkrótce po zakażeniu się, to jego żona ulega szeregowi poronień, wydaje na świat płody martwe, następnie dzieci z przymiotem dziedzicznym i nakoniec płody dystroficzne.

Istotnie, w spostrzeganych przez T. 30-u rodzinach przymiotowych było 345

zastąpień w tej liczbie 240 płodów z defektami, 111 poronień i płodów martwych, 42 dzieci zmarłych przed 2-m rokiem życia, 17 z przymiotem dziedzicznym i 71 z dystrofiami. Z tych liczb wynika, że dziedziczność przymiotowa występuje w 2-gim pokoleniu jako przymiot dziedziczny lub cechuje się zjawiskami dystroficznymi. Lecz oprócz tego pokolenie 2-gie może odznaczać się odziedziczoną odpornością (prawo Profeta); odporność ta bywa jednak w przeważnej liczbie przypadków czasową, mianowicie tylko w pierwszych miesiącach i latach życia pozapłodowego; w okresie dojrzałości płciowej odziedziczona ta odporność ustaje; osobnik więc może zakażić się przymiotem, czyli nabyć t. zw. przez autora „przymiotu zdwojonego“ (syphilis binaria).

Wpływ nabytego przymiotu odbija się najwyraźniej w pokoleniu drugim; dziedziczność przymiotowa drugiego pokolenia (bez domieszki przymiotu zdwojonego) wyraża się w następnym trzecim pokoleniu wyłącznie zjawiskami dystroficznymi; w tem trzecim pokoleniu dziedziczność słabnie jeszcze więcej i w czwartym pokoleniu rodziny przymiotowej zdaje się znikać zupełnie. Istotnie, na 169 ciąży pierwszego pokolenia spostrzeganych przez autora, poronień i płodów martwych było 35,5%; na 159 zaś drugiego pokolenia—poronień i płodów martwych było 28,2%; w pierwszym pokoleniu płodów żywych było 64,5%, w drugim 71,8%. Następnie na 109 płodów żywych drugiego pokolenia z objawami przymiotu dziedzicznego i różnych dystrofi — było 50,4%; w trzecim zaś zaledwie 26,2%; osobno zaś dystrofii w drugim pokoleniu było 37,8%, w trzecim 23%; przymiot dziedziczny w drugim pokoleniu wynosił 12,6%, w trzecim 2,8%. Tylko 23,3% drugiego pokolenia pozostało przy życiu i nie przedstawiało oznak przymiotu dziedzicznego; w trzecim zaś pokoleniu zupełnie zdrowych było już 60%, czwarte zaś pokolenie dało jeszcze więcej, bo 83% żywych i zdrowych płodów, czyli innemi słowy, w czwartym pokoleniu odsetka poronień, płodów martwych i rodzących się z defektami wynosi zaledwie 17%, co równa się zwykłym przeciętnym cyfrom w miastach. Czyste drugie pokolenie bez ponownego zakażenia się pozapłodowego nie wydaje, według spostrzeżeń T., trzeciego pokolenia z przymiotem dziedzicznym, wbrew zdaniu Pospiewowa (Moskwa), Fourniera i Julliena. Spostrzeżenia T. zgadzają się pod tym względem

\*) Tarnowski: Kila zdwojona i dziedziczność kilowa. Przegląd lekarski r. 1902 № 35 str. 509 (Streszczenie D-ra W. Orłowskiego z „Практическаго врача“ r. 1902 № 1 — 2).



z wnioskami Hutchinsona, Fingera i Pel-lizariego.

Ostateczne wnioski T. brzmią, jak następuję: że wyleczenia się z przymiotu osobnika zakażonego nie można utożsamiać z restitutio ad integrum rozrodczej energii ustroju. W samej rzeczy, osobnik chory może być zupełnie wyleczonym z przymiotu, może w ciągu 30, 40 — 50 lat nie przedstawiać żadnych objawów przebytej choroby, po jego śmierci najściślejsze badanie histologiczne nie wykrywa najmniejszych śladów przymiotu, a tymczasem energia życiowa tego osobnika zostaje przez całe życie upośledzona lub chorobowo zmieniona i pokolenie jego przedstawia się dystroficznym, zwyrodniałem, z defektami.

Słuszny czyni zarzut kolega Orłowski wnioskom profesora Tarnowskiego, iż w tym pesymistycznym obrazie nie uwzględnił szeregu innych czynników, jakoto: skazy moczanowej, nadużycia wysokokowych napojów, nieprawidłowego trybu życia itp., które bezwątpienia często się zdarzają w tych sferach, których dotyczy statystyka T.. Czynniki te odgrywają ogromną rolę, wobec czego wyników T. nie można wprowadzać w wyłączną zależność jedynie od przymiotu.

Ja bym ze swej strony jeszcze zarzucił, iż T. nie podaje czasu, jaki upłynął od zarażenia się do chwili wstąpienia w związki małżeńskie, i dodałbym, że nawet statystyka T. nieupoważnia do wniosków o wyradzaniu się ludności.

Wszak sam T. przyznaje, że w szeregu pokoleń przymiot słabnie tak, że czwarte pokolenie jest już zupełnie wolne od dziedziczności przymiotowej, trzecie daje nawet 60% zdrowych dzieci. Najbardziej cierpi drugie pokolenie, co prawdopodobnie zależy od zbyt wczesnego zawierania związków małżeńskich. Wiadomo bowiem, iż chorzy przymiotowi niezbyt chętnie słuchają dawanych rad i przestróg, i że często wbrew zdaniu lekarzy niemają cierpliwości czekać w bezzęnnym stanie zakreślonej przez lekarza liczby lat.

*F). Niebezpieczeństwo przymiotu i środki do jego zwalczania.*

Nikt się nie ośmielił twierdzić, by przymiot był dobrodziejstwem ludzkości. Jest on niewątpliwie jej plagą. Lecz w określeniu doniosłości jego znaczenia pod względem indywidualnym i społecznym należy starannie unikać przesady. Albowiem zbytne przerażenie chorego grozą czekających go następstw czyni życie chorego

nieznośnem, tworząc z niego syfilofoba i manjaka, zaś groźba ciężkiej odpowiedzialności, jaka spaść może na niego w razie zawarcia ślubów małżeńskich, odstraszyć może od takowych i zakłócić porządek życia społecznego. Nie zapominajmy o tem, iż każdy człowiek ma prawo do szczęścia osobistego, i że my lekarze nie powinniśmy stawiać przeszkód do osiągnięcia takowego. Postawieni na straży zdrowia prywatnego i publicznego powinniśmy dążyć wszelkimi siłami do usunięcia chorób i zapobieżenia pojawieniu się takowych. Możemy więc z całym spokojem, stając na gruncie zdobytych przez naukę faktów, pozwolić przymiotowym na zawieranie związków małżeńskich pod warunkiem, że od chwili zakażenia upływie co najmniej lat 5 (względnie do indywidualności przypadku), że chory w chwili zawierania związków małżeńskich nie będzie posiadał żadnych objawów przymiotowych i że przez dłuższy czas sumiennie się będzie leczył. Dotyczy to przeważnie sfer inteligentnych i zamożniejszych. Lecz znacznie trudniejszą jest sprawa z ciemną klasą ludności, która nieznajomość choroby, lecz się niechętnie i niedbale. To też, w tych sferach przymiot czyni najrozleglejsze spustoszenia. A więc, chcąc zapobiedz szerzeniu się przymiotu należy: 1-o ludność ciemną i biedną leczyć bezpłatnie w szpitalach ogólnych, nie zaś specjalnych, ażeby tym sposobem zdjąć hańbiące piętno z tych, których dotknęło nie-szczęście zakażenia się; 2-o urządzić dokładniejszą, niż obecnie, rewizję prostytutek, gdyż znane są przypadki zarażenia się przymiotem w domach publicznych w dni rewizyjne, 3-o urządzić nadzór nad tajną prostytucją, która daje największą odsetkę zarażeń.

Lecz, Sanowni Panowie, powyższe zarządzenia administracyjno-policyjne nie są w stanie wykorzystać przymiotu. Wszak ostatecznym celem naszych zabiegów higienicznych jest uniemożliwienie powstawania chorób, niszczenie źródeł takowych. Czynniki zaś sprzyjającymi powstawaniu przymiotu są: sprzedaż ciała kobiecego, czyli prostytucja, i konieczność zaspokojenia popędów płciowych, a źródłem prostytucji jest nędza i przedwczesne dojrzwianie instynktów płciowych. W walce z tymi czynnikami my, odosobnieni lekarze, jesteśmy bezsilni, jeżeli nam nie przyjdzie z pomocą samc społeczeństwo w osobach ekonomistów, socjologów i pedagogów.

Walka z nędzą, ową mistrzynią życia głodnych, jest długą i mozolną. Dopóki istnieć będzie nędza, dotąd znajdzie się dość dużo materyału na prostytutki — te niewątpliwe szerzycielki i najczęstsze ofiary przymiotu. Dopóki walka o byt będzie tak ciężka, jak obecnie, dopóki mężczyzna nie będzie mógł zawrzeć związków małżeńskich przed 30 rokiem życia, dopóki kobieta nie stanie się istotną towarzyszką pracy mężczyzny, a będzie jedynie kosztowną zabawką lub tylko drogocenną osłodą życia, dotąd mężczyzna będzie musiał szukać zadowolenia płciowego w brudnej atmosferze lupanarów, eleganckich buduarach kokot i ciemnych zaułkach biednego pracującego proletaryatu.

Jest jednak sfera dostępna i w tej chwili do działania, a tą jest hamowanie przedwcześnie rozwijających się instynktów płciowych u młodzieży. Wszak są nam znane przypadki zarażenia się przymiotem nieletniej uczącej się młodzieży, a wszelkie zarządzenia policyjne ze strony zwierzchności szkolnej nie są w stanie powstrzymać bujnego rozkwitu popędów płciowych w dojrzewających ustrojach. Również bezsilnymi są wszelkie wysiłki rodziców w celu wywołania uczucia wstrętu pokazywaniem okazów chorób płciowych w muzeach i w gabinetach anatomicznych. Zakazany owoc zawsze najlepiej smakuje, a wiadomo, że przymiot nabyty w zbyt wczesnym wieku, w chwili gdy ustrój jest na drodze do zupełnego ukształtowania się, mści się boleśnie w wieku późniejszym. Tutaj więc kierować winniśmy swoje wysiłki i w pierwszym rzędzie zawezwać pedagogów do energicznego współdziałania. Najskuteczniejszą bronią przed zbyt wczesnym i zbyt bujnym rozkwitem instynktów płciowych będzie wytwarzanie przez pedagogów wyobrażeń w mózgu dojrzewającej młodzieży równej siły i rzutkości, co i wyobrażenia płciowe, lecz nierównie wyższych w hierarchii duchowej, gdyż bardziej idealnych, bardziej abstrakcyjnych. Wyrabianie poszanowania godności cudzej i własnej, umiłowanie wszystkich ludzi bez różnicy stanu, wyrabianie poczucia sprawiedliwości i zdolności odczuwania bólu, płynącego z przejęcia się niedolą bliźniego, wyrobienie wysokiego poczucia obowiązku i zdolności odczuwania idealnych rozkoszy z wypełnienia przyjętego obowiązku, zniesienie kar i nagród indywidualnych, zmniejszenie wartości współzawodnictwa, wyrobienie szczerzej miłości dla nauki i zaszczerpiecie pojęć estetycznych, umiłowanie sztu-

ki i wykorzenie ducha karjerowiczowstwa, oto są drogi, które wiodą młodzież a tem samym i społeczeństwo do uduchowienia. Stawiają one społeczeństwo na wyższym poziomie moralnym, a wdrażając w umysł dziecka ideały kulturalne, hamują rozwój poziomych instynktów płciowych. Na tej jedynie drodze można osiągnąć to, że młodzieniec nawet płciowo dojrzały, w poczuciu poszanowania cudzej godności i z umiłowania ideałów estetycznych i etycznych, instynktownie hamować będzie dość długi czas swe popędy płciowe, aż do chwili zawarcia związków małżeńskich. Gdy jednocześnie kultura społeczna wzrośnie o tyle, że u mężczyzn zaginą drzemiące atawistyczne poligamiczne instynkta, gdy kobieta polotem dążeń, szczerością uczucia, głębią myśli i umiłowaniem pracy społecznej dorówna mężczyźnie, gdy wreszcie stosunki ekonomiczno-społeczne dojdą do tego punktu rozwoju, iż zawieranie małżeństw we wcześniejszym wieku, aniżeli obecnie, stanie się zjawiskiem codziennym, wtedy jedynie przymiot stanie się legendową apokalipsą.

Na teraz, Szanowni Panowie, nie pozostaje nam nic innego, jak sumiennie przymiot leczyć, przestrzegać przed zbyt wczesnym zawieraniem związków małżeńskich i pocieszać tych nieszczęśliwych, którzy często stają się przypadkowymi ofiarami choroby. Jednocześnie należy przedsięwziąć wszelkie energiczne środki przeciw szerzeniu się przymiotu i nie szerzyć popłochu w społeczeństwie.



Dr. St. Serkowski.

### Zarys semiotyki moczu.

Z pośród wydalin ustroju, za pomocą których ten wyzbywa się bezużytecznych dla siebie wytworów, mocz jest dla lekarza najważniejszym: badanie moczu daje nam pojęcie nie tylko o sprawności nerek, lecz i o odżywianiu ustroju, daje nieraz klucz do rozwiązania wielu zagadkowych zjawisk, jest znakomitem odbiciem przemiany materji, daje wskazówki co do stanu organów wydzielniczych.

Badanie moczu wyświetla, czy zostały przez ustrój przyswojone środki lecznicze, czy krążą w osoczu krwi składniki nieprawidłowe; o tem możemy sądzić z analizy moczu, która ma podwójne zadanie: 1) określić w moczu nieprawidłowe składniki, 2) określić, czy stosunek stałych składników jest prawidłowy.

Racyjalna analiza moczu, uwzględniając wzajemny stosunek poszczególnych składników, daje pojęcie o rozpadzie tkanki nerwowej, naprowadza na właściwą drogę przy rozpoznawaniu chorób, wskazuje na energię utleniania, na stopień rozpadu lecytyny, na zaburzenia fermentacyjne w kiszkiach, na stan alkaliczności krwi, na sprawność nerek. Kryoskopja moczu wprowadza do analizy nowe czynniki rozpoznawcze, które w zestawieniu z dotychczasowymi sposobami badania, zarówno podnoszą wartość i znaczenie rozbioru moczu w rozpoznawaniu chorób nerkowych, jak i uwydatniają sprawność nerek, natężenie przemiany materji w ustroju, oraz mogą odgrywać rolę przy rokowaniu.

**Sprawność nerek.** Za pomocą zgłębnikowania moczowodów sprawdzono, że ilość moczu, przesączonego z *każdej* nerki w ciągu 20—40 minut, jest jednakowa; również w zawartości azotu i chlorków, w punkcie krzepnięcia i wysokości wskaźnika osmotycznego moczu z prawej i lewej normalnych nerek, niema żadnej różnicy. Ner-

ki, funkcyonujące prawidłowo, wydzielają w jednostkę czasu równe ilości sztucznie wprowadzonych do ustroju substancji (naprz. błękitu metylowego), zdolne są w jednakowym stopniu do wytwarzania syntetycznie kwasu hipurowego z glikokolu i będzwinianu sodu, obie reagują jednakowo i wykazują jednakowy wskaźnik urotoksyczny Boucharda, o ile obie nerki są normalne.

W stanach patologicznych, w których bierze udział jedna nerka, sprawność jej w wymienionych kierunkach—w porównaniu do nerki normalnej — jest mniej lub więcej zmieniona.

Ani kateteryzacya, ani samo tylko badanie chemiczno-mikroskopowe, zdaniem K ü m m e l a — jest niedostateczne, gdy chodzi o zabieg operacyjny, naprz. nefrektomię. Przed operacyą musimy rozstrzygnąć pytanie, czy druga nerka może przejąć rolę obydwóch, czy ta druga jest dostatecznie drożną i sprawną. Do tego celu służą:

1) *Kryoskopja moczu z każdej nerki z osobna.*

Δ mocz u każdej nerki w różnych chorobach.

Autor.	D Y A G N O Z A	Δ mocz u z prawej nerki	Δ mocz u z lewej nerki
1 K ü m m e l	Nephritis parench. chron. (Δ krwi=—0,60°C.)	—0,75°C.	—0,19°C.
2 „	Abscessus paraneph. sin.	—1,54° „	—1,44° „
3 „	Ren. movens dextr. et hydronephrosis.	—0,36° „	—0,42° „
4 „	Pyelonephritis dextra.	—1,75° „	—0,65° „
5 „	Tuberculosis ren. sin. (nieoperowany).	—0,81° „	—0,81° „
6 Albarran	Tuberculosis ren. sin.	—0,81° „	—0,70° „
7 „	„ „ „ (6 i 7 nieoperowane z powodu niedomogi prawej nerki).	—0,69° „	—0,61° „
8 „	Tuberculosis ren. sin.	—1,04° „	—0,64° „
9 „	Tuberculosis renis dextr. et nephritis.	—0,53° „	—0,60° „
10 „	Pyelitis renis utriusque	—1,82° „	—0,17° „
11 „	Pyonephrosis dextra (nieoperowany wskutek niedomogi lewej).	—0,74° „	—0,81° „
12 „	Pyonephrosis dextra.	—0,55° „	—1,37° „
13 „	Pyelonephr. dextr. et sin.	—0,53° „	—0,50° „
14 „	Hydronephrosis interm.	—0,82° „	—0,66° „
15 Illyes	Tuberculosis renum. (stwierdzono na sekeyi).	{ pier. —1,37° „ póź. —0,80° „ }	} —0,44° „
16 „	Tuberculosis renum.	—0,70° „	—0,52° „
17 „	Pyelonephrosis sin.	—1,96° „	—0,81° „
18 „	Pyelonephrosis sin.	—1,52° „	—0,70° „
19 „	Carcinoma ren. dext.	—0,68° „	—1,41° „
20 „	Nephritis interstit.	—0,42° „	—0,69° „
21 „	Fistula renis dextr. post nephrotomiam.	—0,57° „	—1,40° „

Mocz wydzielany przez chorą nerkę, znacznie się różni od moczu z nerki zdrowej, posiada punkt krzepnięcia wyższy od— $1,0^{\circ}\text{C}$  (hypostenuria).

Podług Albarrana, należy zostawić zgłębnik w moczowodach 24 godzin, podług Caspera zaś wystarcza 20—30 minut.

2) *Kryskopia krwi* (od zabiegu operacyjnego trzeba się wstrzymać do tej pory, aż  $\Delta$  krwi zbliży się do— $0,56^{\circ}\text{C}$ ).

3) *Całkowity rozbiór* chemiczno-mikroskopowy moczu każdej nerki z osobna, z uwzględnieniem wszystkich wskaźników (patrz dalej).

4) *Próba Acharda*: polega na wewnątrzmięśniowym zastrzyknięciu 0,05 błękitu metylowego i określenie czasu, po jakim zacznie się błękit wydzielać w moczu, w jakiej postaci i ilości, i jak długo trwa wydzielenie (a także nowa metoda Voelcker-Josepha).

5) *Floridzymowa próba Meringa*: polega na wywołaniu sztucznego cukromoczu przez zastrzyknięcie podskórne 0,005 floridzyny Mercka; próba ta jest bardzo czuła: cukier zaczyna się wydzielać po 15—30 minutach, a cały fenomen trwa około 3 godzin.

6) *Próba biologiczna, czyli urotoksyczna Boucharda*, t. j. określenie najmniejszej śmiertelnej dozy dla królika i obliczenie na 1 kilo wagi tegoż, wskazuje—o ile nerka jest zdolną do usuwania z ustroju substancji trujących. Według Marfana, wskaźnik urotoksyczny u osobnika zdrowego waha się między 20 i 35.

**Kryskopia moczu.** Koncentracja moczu nie tylko wpływa na ciśnienie osmotyczne, lecz także i na  $t^{\circ}$  zamarzania moczu: im większe jest stężenie, tem niższa jest  $t^{\circ}$  krzepnięcia. (prawo Raoult\*) Punkt krzepnięcia krwi  $\Delta$ — $0,56^{\circ}\text{C}$ , a  $\Delta$  moczu przeciętnie:— $1,56^{\circ}$ ; mocz zawiera trzy razy większą ilość cząsteczek rozpuszczonych, niż krew. Taką różnicę w zamrażaniu, a więc w ciśnieniu osmotycznym, między krwią i moczem powoduje czynna działalność, czyli *sprawność nerek*. Ale ponieważ w wahania tej różnicy mało wpływa  $\Delta$  krwi (waha się ona bowiem w bardzo małych granicach), przeto na mocy zmiany  $\Delta$  samego moczu, możemy już sądzić o sprawności nerek (norm.: od— $1,3$  do — $2,2^{\circ}\text{C}$ ). Obecność białka w moczu zgoła nie wpływa na  $\Delta$ . „Stopień nasycenia moczu—powiada Lindemann—

można określić za pomocą metody zamrażania z wielką dokładnością; ten sposób przekładać winniśmy nad inne metody określania nasycenia moczu, nad określenie ciężaru właściwego lub ilości części stałych, gdyż otrzymujemy dane nie z wagi każdej substancji oddzielnie, lecz z ogólnej ilości cząsteczek. *Określenie nasycenia moczu z tych punktów widzenia, pozwala wnioskować o sprawności nerek*“.

Jeżeli  $\Delta$  moczu jest małą (od— $0,56^{\circ}$  do— $1,3^{\circ}\text{C}$ ), to taki stan zwie się *hypostenuria*, w przeciwnym razie *hyperstenuria*.

Punkt krzepnięcia krwi, wynoszący normalnie — $0,56^{\circ}\text{C}$ , obniża się przy *mięszszowem zapaleniu nerek* do— $0,65^{\circ}$ , do— $0,68^{\circ}$ ,— $0,70$ ; natomiast  $\Delta$  moczu w czasie tej choroby wznosi się od— $1,5^{\circ}$  do— $0,90$ ,  $0,80^{\circ}$ ,— $0,60^{\circ}\text{C}$  i jeszcze wyżej, czyli, różnica między punktem krzepnięcia (resp. napięciem osmotycznym) krwi a—mocz, zmniejsza się, jako wyraz samozatrucia ustroju, sprawność nerek obniża się ad minimum, nawet do zera. *W przebiegu zapalenia nerek  $\Delta$  krwi i  $\Delta$  moczu odbiegają od normy lub zbliżają się do niej proporcjonalnie do większego lub mniejszego natężenia objawów klinicznych*, zdrowienie zaś wyraża się przez powrót do cyfr normalnych (krew do— $0,56^{\circ}\text{C}$ , mocz przeciętnie do— $1,5^{\circ}\text{C}$ ). Im więcej jest zmniejszeniem stężenie cząsteczkowe moczu, tem więcej i głębiej bywa porażony miąższ nerkowy (Moritz).

Białkomocz przy nerce zastoinowej, gorączce, w zapaleniu pęcherza i miedniczek, cechuje się brakiem zmian kryskopowych; natomiast nagłe osłabienie nasycenia cząsteczkowego moczu wskazuje na przejście stanu zapalnego z dróg moczowych na nerki (Lindemann, Casper).

$\Delta$  moczu jest wyższa (t. j. bliżej  $\Delta$  krwi) przy miąższowych, aniżeli przy śródmiąższowych postaciach zapalenia nerek; w marskości nerek jest niższa, niż przy nephritis interst. chronica. Paradoksalne zjawisko: punkt krzepnięcia moczu w śródmiąższowem zapaleniu nerek jest niższy (więcej odległy od  $\Delta$  krwi), niż w zapaleniu miąższowem, pomimo że ciężar właściwy w pierwszym razie jest mniejszy niż w drugim (różna zawartość białka, które nie wpływa na  $\Delta$ ). Napięcie osmotyczne moczu nie pozwala wprowadzić odróżnić stanów ostrych od przewlekłych w miąższowem zapaleniu nerek, lecz dokładnie wykazuje powrót do stosunków normalnych, zdrowienie, gdy cyfra punktu zamrażania coraz bardziej zbliża się do

\* Szczegółowy wykład „O kryskopii” — patrz „Czasopismo Lekarskie” 1901 r.

normy, lub pogorszenie, gdy ta cyfra coraz bardziej od normy odbiega.

W większości chorób nerkowych mamy do czynienia z hyperosmozą krwi i hypostenurią moczu. Odwrotne stosunki znajdujemy przy ostrym reumatyzmie stawowym i przy większości chorób serca (hyperosmoza i hyperstenuria). W zapaleniu płuc  $\Delta$  jest mała (zmniejszone wydzielanie się chlorków).

*Wskaźnik osmotyczny moczu* — podług P o e h l a — wyraża się stosunkiem ciśnienia osmotycznego (P.) do ilości części stałych (R.) w procentach.

$$K = \frac{P}{R} \text{ (lub wartość P. wyrażając przez ciśnienie atmosferyczne)}$$

$$= \frac{12,07 \times \Delta}{R}$$

Biorąc pod uwagę 100 ctm. sześć moczu

$$\text{Wsk. osmot.} = \frac{1207 \times \Delta}{R}$$

Wsk. osmot. krwi = 23,96 różnica 16.04 wy-  
 „ „ mocz. = C/a40,0) rażać ma pracę ne-  
 rek.

Istnieją jeszcze inne formuły dla określania sprawności nerek, Bernarda, Claud i Balthazarda, Korányego i in. (szczeg. patrz „O kryoskopii“ Serkowskiego. 1901, str. 9—13).

„Zarówno rozpoznawanie, jak i rokowanie przy wielu cierpieniach, zależnych od zaburzeń, które trudno jest stwierdzić za pomocą dotychczasowych badań klinicznych, znalazły potężną pomoc w kryoskopii. Dla wszystkich zaburzeń czynności serca i nerek, zapaleń opon mózgowych, opłucnej, chorób zakaźnych i zaburzeń w odżywianiu — kryoskopia wskazała nowe dokładne objawy. Ta metoda bez wątpienia rozwinie się jeszcze, lecz i teraz ma prawo obywatelstwa w medycynie na równi z najbardziej pewnymi metodami chemicznymi i fizycznymi. Przez szybkość określania pewnych zboczeń, kryoskopia staje się metodą równie praktyczną, jak ilościowe określanie mocznika, badanie krwi i metody bakteriologiczne“.

Temi słowami charakteryzuje kryoskopję, jako metodę rozpoznawczą do celów klinicznych, V. Balthazard.

**Ilość dobową** moczu wynosi przeciętnie 1—1½ do 2 litrów, dzieci wydzielają stosunkowo więcej, niż dorośli. 1 kg. ciała w ciągu 1 godziny wydaje przeciętnie 1 ctm. sz. moczu. Czasowe, przejściowe fizyologiczne wahania: ilość moczu zmniejsza się po skąpem przyjmowaniu napojów lub obfitem poceniu, a wzmaga się do

3 i więcej litrów na dobę po przyjęciu płynów w dużej ilości (urina potus), zwłaszcza zawierających kwas węglowy; po wzruszeniach radosnych lub smutnych.

Wzmożona (*poliuria*) lub zmniejszona ilość dobową moczu (*oliguria*) o tyle ma djagnostyczne i prognostyczne znaczenie, o ile: 1) jest znacznie wyrażona, 2) jest cechą trwałą, przynajmniej w ciągu kilku dni, 3) o ile równocześnie brany jest w rachubę uboczny wpływ czynników fizyologicznych (napojów, pocenia etc.). Zarówno poliuria, jak oliguria może być: 1) albo objawem ogólnych zaburzeń, 2) albo objawem pewnych chorób nerkowych.

*Poliuria* w stanach patologicznych:

1) Podczas *nephritis interstitialis* poliuria jest stałą cechą, ilość moczu wzrasta do 2—4 litrów, a podług Barthelesa nawet czasami do 6 na dobę. W *zwyrodnieniu skrobiowatym nerek*, jest raczej dążność do poliuryi, niż rzeczywista poliuria (objaw niestały!)

2) Przy *zmianach w zawartości krwi* lub *ciśnieniu takowej*, poliuria jest spowodowaną przez nagromadzenie w krwi pewnych substancji i wydzielanie ich przez mocz: *moczówka, cukrzyca* (ilość moczu może dochodzić do 12 litrów i więcej na dobę), *azoturia* (nadmiar mocznika — zwłaszcza w porcyi nocnej), *diabetes mineralny*, t. j. wzmoczenie jednego lub więcej składników mineralnych (chloruria, phosphaturia, sulphaturia). Takż skutkiem wywierają stany z *wzmoczeniem ciśnieniem* krwi i użycie *diuretica* (coffeina, digitalis, diuretica, etc).

3) W niektórych cierpieniach systemu nerwowego poliuria może dosięgać kolosalnej dobowej objętości (20—25 litrów): tu możemy wymienić obrażenia mózgu i rdzenia przedłużonego, różne nerwozy — epilepsyę, hysteryę, chorea, morbus Basedowii, a także wzruszenia moralne i t. d.

*Oliguria* w stanach patologicznych:

1) W *zapaleniu nerek ostrem*, zwłaszcza szkarlatynowem, w miąższowem przewlekłym, blenorrhagicznem i niekiedy w *chorobach pęcherza* (cystitis).

2) Konstatowano też oligurię w początkowych okresach zapalenia opłucnej, w odmie płuc, w chorobach serca z osłabieniem ciśnienia naczyń (affectio valv. mitral.) i zwyrodnieniu mięśnia sercowego, we wszystkich cierpieniach gorączkowych i w pewnej liczbie skórnych.

3) W czasie tworzenia się *wysięków i przesieków*, a także uremii, ogólnym hy-

drops, osłabionej przemianie materji, uporczywych biegunkach.

Oliguria—zdaniem Guyona—jest przeważnie objawem trzech stanów: 1) ogólnych ciężkich zaburzeń, posuniętych w swym przebiegu, 2) napadów gorączkowych, i 3) traumy wypadkowej lub chirurgicznej.

Pollakiuria jest częstym objawem choroby Brigtha: chorzy odczuwają częstą chęć moczenia, co jednak nie wpływa na objętość moczu.

Niektóre z wyżej wymienionych stanów chorobowych przy większem natężeniu prowadzą do *anurii*, która ma miejsce zwłaszcza przy nephritis scarlatinosa, uporczywych biegunkach (stadium algidum cholerae), toksycznych, nerwowych (hysteria, ischuria paradoxa etc.) lub mechanicznych przeszkodach w nerkach, miedniczkach, moczowodach, pęcherzu (tumor, lithiasis, hypertrophia prostatae etc.).

Dla pamięci:

- |           |   |   |
|-----------|---|---|
| Oliguria. | } | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Z nadmiarem części stałych (początkowy okres każdej gorączki).</li> <li>2. Z normalną lub zmniejszoną ilością części stałych (po uporczywych biegunkach, długotrwałej gorączce, co objaśnia się zmniejszonym wydzielaniem chlorków, zwłaszcza przy pneumonii).</li> <li>3) Ze zmniejszeniem części stałych (przy puchlinach wodnych, zależnych od nefritu lub zmian krwiobiegu, przy których wydziela się mało mocznika i chlorku sodu, dalej przy osłabionej przemianie materji, ciężkich anemiach i pod koniec ostrych i przewlekłych śmiertelnych chorób.</li> </ol> |
| Poliuria. | } | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Z nadmiarem części stałych (przy diabetes mellitus).</li> <li>2. Ze zmniejszeniem części stałych (przy diabetes insipidus, <u>urina spastica</u> u hysterycznych, poliuria nervosa).</li> </ol>   |

**Ciężar gatunkowy.** Czynniki, które powodują poliurię lub oligurię, oczywiście muszą wywierać wpływ i na ciężar gatunkowy moczu. Prawidłowo ciężar wynosi 1015—1022 w mieszaninie dobowej, oddzielne dzienne i nocne powiem porcy mogą mieć bardzo różnorodną gęstość (1002 do 1050).

Do czynników wpływających na ciężar w warunkach fizjologicznych, należą: ilość i jakość przyjętych napojów, ilość wody oddawanej przez skórę i płuca, wzmożona praca mięśniowa (mała ilość moczu cum sedimento lateritio).

Ciężar gatunkowy zwykle znajduje

się w stosunku odwrotnym do ilości wydzielonego moczu—z wyjątkiem azoturii i cukromoczu z dużą ilością moczu i wysokim ciężarem, oraz chronicznych nephritów z małą ilością i niskim ciężarem. Ciężar gat. moczu jest też bardzo wysokim (przeszło 1030—35) przy pentosuryi i wydzielaniu kwasu glikuronowego. Nizkim ciężarem (do 1002) cechuje się mocz w innych przypadkach poliurii, jako to: diabetes insipidus, neurastenii etc. „Nie-normalna gęstość moczu powinna też zwrócić uwagę na ilość takowego“, mówi Guyon.

Podług zestawienia Chabrié, bywa:

- |                               |   |  |              |   |  |               |   |  |
|-------------------------------|---|--|--------------|---|--|---------------|---|--|
| 1) Ciężar <i>zbyt mały.</i>   | } | <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: middle;">bez poliurii</td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>śłaba działalność serca.</li> <li>osłabiona przemiana materji.</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: middle;">przy poliurii</td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>nephrity chirurgiczne.</li> <li>różne stany nerwowe.</li> </ul> </td> </tr> </table> | bez poliurii | { | <ul style="list-style-type: none"> <li>śłaba działalność serca.</li> <li>osłabiona przemiana materji.</li> </ul> | przy poliurii | { | <ul style="list-style-type: none"> <li>nephrity chirurgiczne.</li> <li>różne stany nerwowe.</li> </ul> |
| bez poliurii                  | { | <ul style="list-style-type: none"> <li>śłaba działalność serca.</li> <li>osłabiona przemiana materji.</li> </ul>   |              |   |  |               |   |  |
| przy poliurii                 | { | <ul style="list-style-type: none"> <li>nephrity chirurgiczne.</li> <li>różne stany nerwowe.</li> </ul>   |              |   |  |               |   |  |
| 2) Ciężar <i>zbyt wysoki.</i> | } | <table border="0"> <tr> <td style="vertical-align: middle;">bez poliurii</td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>reumatyzm, podagra,</li> <li>kamień, większe operacje.</li> </ul> </td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: middle;">przy poliurii</td> <td style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">{</td> <td> <ul style="list-style-type: none"> <li>choroba cukrowa,</li> <li>azoturja.</li> </ul> </td> </tr> </table>                          | bez poliurii | { | <ul style="list-style-type: none"> <li>reumatyzm, podagra,</li> <li>kamień, większe operacje.</li> </ul>         | przy poliurii | { | <ul style="list-style-type: none"> <li>choroba cukrowa,</li> <li>azoturja.</li> </ul>                  |
| bez poliurii                  | { | <ul style="list-style-type: none"> <li>reumatyzm, podagra,</li> <li>kamień, większe operacje.</li> </ul>   |              |   |  |               |   |  |
| przy poliurii                 | { | <ul style="list-style-type: none"> <li>choroba cukrowa,</li> <li>azoturja.</li> </ul>  |              |   |  |               |   |  |

**Mocz lepki ciągnący się** 1). Mocz lepki, śluzowatej konsystencji, zawiera ropę w dużej obfitości, śluz i przeważnie posiada oddziaływanie alkaliczne, pod wpływem którego białe ciała krwi (przeważnie wielojądrowe) pęcznieją, nabierając gala-

retowatych własności. Nawet bez drobnowidza można odróżnić mocz o takich własnościach, cechujący ropne procesy dróg moczowych.

2) Zdarza się czasami mocz ciągnący się o reakcyi kwaśnej, (przypadki opi-

sane przez Guyona, Chabrie i in.) i zależęć ma od włókniaka rozpuszczonego w moczu (fibrinuria ciekła?). Taki mocz ma wygląd roztworu gumy arabskiej, po kilku godzinach tworzy się na spodzie naczyń osad galaretowaty, falisty, jak się to dzieje w niezupełnie rozpuszczonej gumie. Niektórzy chorzy wyciągają sobie taki mocz z kanału, jakby białko jaja, choć mocz taki zawiera zwykle b. mało białka. To zjawisko jest prawdopodobnie zależnem od bac. viscosus (Albertoni).

**Barwa moczu.** Prawidłowy mocz ma złocisto-słomkową lub bursztynowo-żółtą barwę, zależną głównie od urobiliny (Jaffé); na intensywność zabarwienia wpływa stopień nasycenia, nadmiar moczanów w osadzie, różne stany chorobowe, jakoteż i przyjęte lekarstwa. Zaraz po oddaniu mocz powinien być zupełnie przezroczystym; po ochłodzeniu mocz mętnieje wskutek wypadania moczanów (prześwieśla się ponownie po ogrzaniu do t<sup>o</sup> ciała ludzkiego), a przytem równocześnie wypadają w postaci

osadu kryształowy kwasu moczowego i szczawianu wapnia. Osad moczanowy nazywa się *sedimentum lateritium*. Po kilkogodzinnem staniu nawet zupełnie przezroczystego moczu osadza się bardzo lekkie, szare nubeculum, w skład którego wchodzi śluz i nabłonki. Błada, wodnista barwa może cechować mocz z niskim ciężarem gatunkowym (poliuria), jak i z wysokim (diabetes mellitus). Prawidłowo kwaśny mocz przy dłuższem staniu na powietrzu, ciemnieje (alkaptonuria, obecność karbolu lub naphtolu wskutek utleniania się takowego w dioxynaphtalinę, C<sub>10</sub>H<sub>6</sub>(OH)<sub>2</sub>).

Podług skali Vogela, rozróżniamy cztery lub dziewięć stopni zabarwienia:

I. 1—2 blade, od bezbarwnego moczu do barwy słomkowo-żółtej.

II. 3—4 normalnie zabarwiony, bursztynowo-żółty.

III. 5—6 intensywnie zabarwiony, (brunatno-czerwony do czerwonego).

IV. 7—9 ciemny: od brunatnej, do czarnej barwy.

Barwa. Zmiany w zabarwieniu moczu:	Od lekarstw:	W stanach chorobowych:
Wodnis'a, blade-żółta		Urina spastica (hysteria, cierpienia nerwowe) Diabetes insipidus Anaemia. Diabetes mellitus. Nephritis chron.
Intensywnie żółta, nasycona (brudno-żółta), czerwonawa.		Febris. ostra gorączkowa choroba. Mocz zastoinowy (sedimentum lateritium).
Zielonkavo-żółta, zielonkavo-brunatna	Thalina.	
Zielonkavo-brunatna lub brunatna.	Karbol. Gwajakol Kreozot. Salol. Resorcina Naphalina	Jcterus (piana żółta) Cystinuria.
Zielona fluorescencja (mocz gnijący)		
Zielonkavo-niebieska. (ciemno-niebieska)	Methylenblau.	
Brudno-niebieskawa.		Nadmiar indigo, indykanu (ferment. intest.) w moczu alkalicznym.
Intensywnie żółta, a przy alkalicznej reakcji czerwona.	Senna. Rhabarbar Santonina	
Ciemnobrunatna-ciemna.		Krwawienia przy melanosis, kachexia malarica gruźlicy przewlekłej.
Krwista. (brunatna, ciemna)	Antipyrina Purgatin Pyramidon	Haematuria. Haemoglobinuria.
Czerwono-winna	Trional. Sulfonal Borówki	Urobilinuria. Haematoporphyrinuria.
Mleczno-biała.		Chyluria. Hysteria (z wydzielaniem mleka i cukru mlecznego, nie gronowego w moczu).

Nie zawsze błady lub nasycony mocz wskazywać może na stan chorobowy; błady mocz spotyka się u ludzi zdrowych po przyjęciu dużej ilości napojów, a także u zdrowiejących po ostrych chorobach gorączkowych, podczas których nigdy nie ma bladego moczu; nasycona, żółto-czer-

wona barwa moczu, spotyka się też u osób zdrowych — po obfitem przyjęciu pokarmów, silnym ruchu, poceniu lub skąpem przyjmowaniu napojów przez czas dłuższy.

**Oddziaływanie** prawidłowego moczu jest kwaśne w zależności od pożywienia.

- I. Przyczyna kwasowości
- |   |   |                   |
|---|---|-------------------|
| { | 1. kwaśne fosforany sodu ( $\text{NaH}_2\text{P.O}_4$ ) | } <i>głównie.</i> |
|   | i potasu ( $\text{KH}_2\text{P.O}_4$ )                  |                   |
|   | [2. kwas hippurowy $\text{C}_9\text{H}_9\text{NO}_3$    |                   |
|   | 3. kwas mleczny $\text{C}_3\text{H}_6\text{O}_3$ ]      |                   |

Mocz mięsożernych jest kwaśny, trawożernych — neutralny lub alkaliczny. Człowiek, przy mieszanym pożywieniu, wydziela mocz kwaśny. Kwasowość moczu określa się albo metodą Naegeli i wyraża się w ilości ctm. sz.  $\frac{1}{10}\text{N}$  ługu sodowego, użytego do zneutralizowania 100 ctm. sz. moczu, albo też prawidłowiej, określa się zawartością fosforanów kwaśnych, których norma bywa od 0,4 do 2,0 mg w 1 litrze moczu.

*Stopień kwasowości:* od 0,4 do 2,0 ‰ fosfor. kwaśnych = mocz prawidłowo kwaśny. ponad 2, ‰ fosfor. kwaśnych = *hyperaciditas*.

Stopień zaś alkaliczności w moczu zasadowym nie można wyrażać w ilości zasadowego fosforanu sodowego, ponieważ w równej mierze zależy od fosforanu sodowego ( $\text{Na}_2\text{HPO}_4$ ) jak i węglanu sodu ( $\text{Na}_2\text{CO}_3$ ) lub amoniaku ( $\text{NH}_3$ ).

- |                 |                  |                                   |   |
|-----------------|------------------|-----------------------------------|---|
| Kwasowość moczu | {                | 1. zmniejsza się.                 | 1. Po silnem poceniu.                     |
|                 |                  |                                   | 2. Wskutek pożywienia roślinnego.         |
|                 |                  |                                   | 3. Przy dłuższem użyciu wód alkalicznych. |
| {               | 1. zwiększa się. | 1. Przy długotrwałych biegunkach. |   |
|                 |                  | 2. Po pracy mięśniowej.           |   |
|                 |                  | 3. Wskutek głodzenia.             |   |
|                 |                  | 4. Przy mięsnej djecie.           |   |

Przy pewnych cierpieniach (np. katarach pęcherza z alkaliczną fermentacją), lekarzowi zależy na wzmożeniu kwasoty w moczu i wówczas zaleca użycie kwasów: ten sposób jest zupełnie mylny, ponieważ wzmożenie tą drogą kwasoty moczowej prawie wcale nie udaje się wskutek równoczesnego tworzenia się kompensat amoniaku w tkankach\*). *Zwiększyć kwasowość przez czas dłuższy można jedynie albo przez pożywienie wyłącznie mięsne, albo przez głodzenie.*

Pozornie dziwne zjawisko, że mocz jest kwaśnym, choć krew alkaliczna, jedni objaśniają tem, że nerki przesączają więcej kwaśnych, aniżeli alkalicznych związków z krwi, inni — że kwasno reagujące produkty nabłonka nerkowego rozkładają zasadowe związki osocza krwi. Ilość kwaśnych fosforanów jest zwykle jednakową w kwaśnej, jak i alkalicznej urynie, lecz w ostatniej znajduje się nadmiar związków zasadowych.

*Hyperaciditas*, wzmożona fizyologiczna kwasota moczu, zdarza się w takich cierpieniach, jak gościec, dna i t. p.

II. *Mocz zasadowy.* 1. Przy dłuższem stanie i odpowiedniej t<sup>o</sup>, kwaśny mocz mętnieje i staje się zasadowym, co zależy od węglanu amonu, powstałego w moczniku drogą hydratacji pod wpływem drobnoustrojów. Równocześnie wypadają w osadzie związki, rozpuszczalne w środowisku kwaśnym i nierozpuszczalne w zasadowym (fosforany). Taką *alkaliczną fermentacją* moczu może się odbywać pod wpływem bakterii w samym pęcherzu moczowym (cystitis).

2. Zasadowość moczu może zależeć od pożywienia lub napojów, np. od pokarmów roślinnych, od obfitości soli kuchennej (teorya Köppe — wskutek resorbeyi do krwi Na—jonów), Vichy etc.

Różnicę między 1 i 2, a więc i przyczynę alkaliczności z łatwością wykryje analiza moczu (w 1-ym przypadku obecny węglan amonu, w 2-im fosforany i węglany zasadowe).

3. Mocz mętny, alkaliczny już w chwili

\*) Schmiedeberg, Hallervorden i in. udowodnili, że przez spożywanie kwasów, nie można zwiększać kwasoty moczu.



oddania, zależnie od węglanów i fosforanów wapnia i magnezu i od fosforanów magnowo-amonowych (tryplfosfatów) zdarza się przy niektórych stanach chorobowych, zwłaszcza żołądka (rozszerzenie żołądka, przetoka żołądka, biegunka i t. d.).

Należy zaznaczyć, że obecność fosforanów w osadzie, zależy od neutralnej lub alkalicznej reakcji moczu, lecz zgoła nieprzemawia za phosphaturią (patrz fos-

- |    |                     |   |   |
|----|---------------------|---|---|
| 1. | Zapach amoniaku     | — | przy fermentacji amoniakalnej.                                  |
| 2. | „ siarkowodoru      | — | „ cystitis (bact. coli com.).                                   |
| 3. | „ kału              | — | „ jątrzących się nowotworach lub przetoce kiszkowej.            |
| 4. | „ owocowo-acetonowy | — | „ diabetes (zwłaszcza coma) i niektórych sprawach gorączkowych. |
| 5. | „ fijołkowy         | — | po użyciu terpentyny.   |
| 6. | „ aromat. korzeni   | — | „ szafranu, kubebry, bals. Chop. lub per.                       |
| 7. | „ miętowy           | — | „ mięty i mentholu.   |
| 8. | „ ostry, odrażający | — | spożyciu czosnku lub szparagów (methylmercaptan, Nencki).       |

(d. c. n.)

## Birsztany.

Napisał Dr. Fr. Grodecki (Kowno-Birsztany)

(Dokończenie)

Sezon leczniczy zaczyna się w Birsztanach 20 maja st. st. i trwa do końca sierpnia. Komunikacja z Kownem odbywa się bądź po szosie za pomocą bryczek lub powozów, bądź po Niemnie statkami parowymi, które w roku 1903 kursowały codzień, z Olitą zaś — za pomocą bryczek.

Życie w Birsztanach nie jest drogie; co zaś się tyczy mieszkań, to sam zakład posiada 186 pokojów, nadto w parku znajdują się jeszcze domy pp. Arciszewskiej, Syliwanowicza, zawierające 52 pokoje; w miasteczku zaś, prócz domów włościańskich, w których mieszkania zajmuje uboższa publiczność, znajduje się jeszcze kilkanaście domów, posiadających wcale dobrze zaopatrzone lokale.

Kuracja w Birsztanach polega na stosowaniu kąpieeli mineralnych i niemeńskich, picciu wód, kumysu i kefiru; w wielu wypadkach stosowany bywa masaż, elektryzacja i gimnastyka lecznicza.

Kuracja w Birsztanach wskazana jest w następujących cierpieniach:

- 1) Zolży we wszelkich postaciach.
- 2) Krzywica.
- 3) Gościec przewlekły i dna.
- 4) Chroniczne zapalenie stawów pochodzenia urazowego.

Czas. Lek.

forany), tak jak i nadmiar oksalatów w osadzie wcale nie dowodzi oxalurii.

Mocz miewa alkaliczne oddziaływanie także przy resorbeyi dużych ilości zaszadowych płynów, przesięków lub krwi (Quincke).

**Zapach moczu.** Zapach moczu *swoisty* jest niewiadomego pochodzenia, zmienia się w niektórych stanach patologicznych, a także od pożywienia i lekarstw:

- 5) Choroby układu nerwowego, przeważnie porażenia i nerwobóle.
- 6) Pełnokrwistość brzuszna, krwawienia, otyłość.
- 7) Choroby przewlekłe narządów płciowych niewieścich.
- 8) Przewlekły niezbyt kiszek.
- 9) Choroby przewlekłe skóry, zwłaszcza będące w związku z zółzami.
- 10) Małokrwistość, bladaczka.
- 11) Zastarzałe postacie przymiotu.
- 12) Przewlekające się zdrowienie po zapalnych cierpieniach stawów, mięśni, żył, naczyń limfatycznych i ślepej kiszki.
- 13) Przewlekłe niezłyty dróg oddechowych; stwardnienie tkanki płucnej po zapaleniach niezłytowych.

Przeciwwskazania: Żle zrównoważone wady serca; gruźlica płuc ze skłonnością do krwioplucia. W początkowych okresach gruźlicy, o ile tylko chorzy nie gorączkują, tudzież nie ujawniają skłonności do krwioplucia, pobyt w Birsztanach nieraz wywiera nader pomyślny wpływ.

Przechodząc obecnie do przestawienia wyników leczenia w Birsztanach, zaznaczyć winieniem, że statystyka moja opiera się na 638 przypadkach, które pod względem rozmaitych schorzeń, wieku i płci rozpadają się w ten sposób:

## I) Gościec przewlekły mięśni i stawów:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
5—10	1	1
10—15	2	11
16—20	4	11
21—25	2	13
26—30	6	14
31—35	9	14
36—40	7	23
41—45	5	13
46—50	6	15
51—55	2	13
56—60	5	14
61—65	2	5
66—70	4	3
Razem	58	+ 150=208

Z liczby 208 chorych wyzdrowienie nastąpiło u 89 (42.8%) Znaczna poprawa u 103 (49.5%), nieznaczne polepszenia u 8 (4%), wreszcie żadnego polepszenia nie doznało 8 osób (4%).

## II. Zapalenie stawów zniekształcające:

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
26—30	—	2
31—35	1	—
36—40	—	1
46—50	—	1
51—55	—	1
61—65	1	1
66—70	1	—
Razem	3	+ 6 = 9

Chorzy należący do tej grupy opuścili zakład bez widocznej poprawy objektywnej; subiektywnie natomiast czuli się wszyscy lepiej, głównie z powodu zmniejszenia się, niekiedy znacznego, dokuczliwych bólów.

## III. Kulszówka (Ischias)

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
10—15	—	1
16—20	1	1
26—30	—	5
31—35	—	2
36—40	1	1
41—45	1	5
46—50	3	1
51—55	—	1
56—60	1	2
61—65	1	1
66—70	3	1
71—75	2	—
Razem	13	+ 21 = 34

Z liczby powyższej wyzdrowienie zupełne nastąpiło w 14 przypadkach (40%), Znaczna poprawa w 16 przypadkach (45,7%),

wreszcie w 4 przypadkach (11.1%) chorzy nie doznali żadnej ulgi.

## IV. Żoły (Scrophulosis)

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
1—5	21	11
6—10	16	19
11—15	10	18
16—20	4	8
21—25	1	—
Razem	52	+ 56=108

Wyzdrowienie nastąpiło w 21 przyp. (19.4%). Bardzo znaczna poprawa w 87 przyp. (80.6%).

## V. Niedokrwistość i bladaczka.

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
10	4	6
10—15	6*)	20
16—20	3*)	31
21—25	1*)	21
26—30	—	15
31—35	—	4
36—40	—	3
41—45	—	2
46—50	—	3
Razem	14	+ 105=119.

Wyzdrowiało 32, czyli 26,8%  
Znaczna poprawa 83, czyli 69,7%  
Nieznaczna poprawa 4, czyli 3,5%

## VI. Nieżyt oskrzeli przewlekły; początkowe okresy gruźlicy płuc.

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
do 10	2	—
10—15	—	1
16—20	1	2
21—25	2	5
26—30	1	3
31—35	—	1
36—40	4	2
41—45	1	1
46—50	1	—
56—60	1	—
61—65	1	—
Razem	14	+ 15 = 29

Pogorszenie w 1 przypadku, czyli 3.7%  
Bez poprawy w 3 „ „ 11.1%  
Z b. znaczną poprawą 26 przypadków.  
czyli 85.2%

## VI. Neurastenia, wyczerpanie nerwowe.

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
10—15	1	2) pensy-
16—20	—	2) onarki
21—25	—	5

\*) Wszyscy mężczyźni — to ucząca się młodzież.

26—30	2	4
31—35	—	1
36—40	4	3
41—45	3	8
46—50	3	3
51—55	2	1
56—60	1	1
61—65	1	—
Razem	17	+ 30 = 47

Bez poprawy 2, czyli 4.2%

Znaczna poprawa 41, czyli 87.4%

Wyzdrowienie 4, czyli 8.4%

#### VII. Przewlekły nieżyt żołądka i kiszek.

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
do 10	2	1
10—15	2	1
16—20	1	2
21—25	1	1
31—35	2	1
36—40	1	3
41—45	1	1
46—50	2	2
51—55	1	3
56—60	—	3
61—65	—	1
Razem	13	+ 19 = 32

Wyzdrowienie 17, czyli 53.12%

Znaczna poprawa 14, czyli 43.75%

Bez poprawy 1, czyli 3.13%

#### VIII) Kamica żółciowa.

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
31—35	1	1
46—50	1	—
56—60	2	1
Razem	4	+ 2 = 6

Wszyscy opuścili Birsztany ze znaczną poprawą.

#### IX. Choroby narządów płciowych niewieścich.

Wiek	
21—25	3
26—30	3
36—40	3
41—45	2
46—50	2
Razem	13

Wyzdrowienie nastąpiło w 9 przyp., czyli 69%. Znaczna poprawa w 3 przyp., czyli 23%. Bez poprawy (tumor uteri) 1, czyli 8%.

#### X. Choroby serca i naczyń krwionośnych

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
12	—	1

15—20	2	2
21—25	—	1
26—30	1	1
31—35	1	1
36—40	—	2
41—45	—	1
46—50	2	—
51—55	1	3
56—60	2	3
61—65	1	—
66—70	2	—
75	1	—
Razem	13	+ 15 = 28

Z poprawą 15, czyli 53.5%. Bez poprawy 13, czyli 46.5%.

#### XI. Choroby mózgu i rdzenia.

##### a) Myelitis chronica.

Wiek	Mężczyźni	Kobiety
26—30	1	—
46—50	1	—
52	—	1
Razem	2	+ 1 = 3

Wszyscy bez polepszenia.

##### b) Paralysis agitans.

wiek	Mężczyźni
36	1
53	1
62	1

Razem 3

Wszyscy bez polepszenia.

##### c) Hemiparesis post hemiplegiam.

Wiek	mężczyźni	Kobiety
46	1	—
51—60	2	1
63	—	1
67	1	—
75	1	—

Razem 4 + 2 = 6

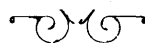
Bez poprawy 5, z poprawą 1.

##### d) Syringomyelia 1 mężczyzna w wieku 46 lat, bez poprawy.

##### c) Tabes dorsalis.

Wiek	mężczyźni
46	1
51—55	2
Razem	3

Wszyscy doznali polepszenia, w tem znaczeniu, że ustąpiły bóle strzelające.



## O błędach lekarskich ze stanowiska nauki i w obliczu prawa.

Podał Dr. E. Sonnenberg.

(Dokończenie)

### XIV.

#### *Stanowisko sędziego wobec spraw, dotyczących błędów, popełnionych przez lekarza.*

Treść: Osoby niefachowe w roli sędziów. Lekarze w roli sędziów. Dodatnie i ujemne strony tej sprawy. Jak należy sądzić lekarza, oskarżonego o popełnienie błędu w leczeniu? Rozpoznawanie każdego przypadku z osobna. Zasada, którą należy się kierować przy rozpatrywaniu sądowem będących w mowie pytań.

Nie będę się zatrzymywał nad pytaniem, kto powinien ukonstytuować się w ciało sądzące, gdy wypada wyrokować o postępowaniu lekarza. Czy jest lepiej, gdy w roli sędziego, jak to się dzieje obecnie, występują ludzie niefachowi, czy też stosowniejby było, gdyby sędziowie rekrutowali się z rzeczoznawców fachowych.

Każda rzecz ma swoje dobre i złe strony.

Gdyby lekarzom wypadało wydawać sądy o usterkach lekarzy, łatwiejby im przyszło uporać się z wieloma trudnościami natury technicznej, aniżeli ludziom niefachowym, dla których rzeczy rozbiране są obce i stanowią luźne, niczem nie powiązane urywki. Ileż to bowiem razy sędzia-niefachowiec, aby mieć pojęcie o rzeczy, którą ma rozstrzygać, musi się zapoznawać z najrozmaitszymi zapytowaniami powag lekarskich, wnikać w istotę sporów gorących, porównywać i poddawać rozbirowi zasadnicze przypuszczenia nauki. Naturalnie, iż oryentowanie się w takim odmęcie pojęć jest dla niego bardzo trudne. Dlatego też akcja sądowa nieraz wkracza na tory błędne i chaotyczne.

Z drugiej znów strony, lekarze w roli sędziów, uosabiający tę lub inną szkołę i uprzedzeni do pewnych metod i środków leczniczych, mogliby ze szkodą dla prawdy przeceniać znaczenie jakiegoś faktu, przez nadawanie większej wartości temu, co odpowiada ich przekonaniom i lekceważenie tego, co w ich oczach posiada mniejszą wagę, słowem, z przedpozwziętymi mniemaniami mogliby do rzeczy roztrząsanej przykładać miarkę subiektywną, czego następstwem byłyby zbyt jednostronne opinie. A zresztą, wiedza fachowa lekarza, nawet najrozleglejsza, nie zawsze wystarczałaby tam, gdzie trzeba czyjeś postępowanie poddawać subtelnemu

rozbirowi i na podstawie zgromadzonego surowego materiału, porządkować i grupować szczegóły, jednać sprzeczności i t.d. Do oryentowania się w tego rodzaju sprawach potrzebne jest szersze pogłębienie i wyrobienie zasad słuszności oraz wspierany przez ustawiczny kontakt ze sprawami sądowemi, zmysł praktyczny, jakiego nie może nabyć żyjący na uboczu od spraw sądowych lekarz, podczas przelotnej czynności w sądzie kolegi.

Rzeczą o wiele ważniejszą od pytania kto powinien sądzić lekarza, jest kwestya jak należy sądzić lekarza, oskarżonego o popełnienie usterki w leczeniu.

Jak wiemy, nie można utworzyć oderwanego typu dobrego lekarza i według takiego utworzonego wzoru, jako probiera porównawczego, oceniać innych lekarzy, jeśli w charakterze oskarżonych zostają pociągnięci do odpowiedzialności sądowej. W każdym przychodzącym pod rozpoznanie przypadku należy rozstrzygać z osobna i inną miarą mieć dla tych, od których mamy prawo więcej wymagać. Jeśli, na przykład, lekarz praktykuje na prowincyi, w głuchej miejscowości, sam jeden, rzecz naturalna, że musi nieraz brać na swe barki ciężar, który przerasta jego siły. Usterki naukowe takiego lekarza należy oceniać mniej surowo. Inną znów miarę w ocenie uchybień należy stosować do tych lekarzy, którzy biorą się do rzeczy, przerastającej ich siły wówczas, kiedy do tego niema potrzeby, na przykład, w dużem mieście, gdzie są więcej doświadczeni lekarze. Tu wina leży już nie tyle w nieumiejętności, ile w fakcie, że się zaniedbuje robić to, co w interesie chorego czynić należy: nie czując się na siłach wykonać zabieg operacyjny lub, stojąc wobec nierozpoznanego cierpienia, lekarz powinien powstrzymać się z działaniem i skierować klienta do lekarza więcej doświadczonego.

Sam więc fakt nieumiejętności, z wyjątkiem rzeczy kardynalnych, nie zawsze może być lekarzowi poczytany za winę. Zależnie od okoliczności można grzeszyć brakiem wiedzy, trudniej natomiast usprawiedliwić brak staranności. Jeśli nie można wymagać od każdego lekarza aby posiadał doświadczenie i zręczność w tym stopniu, jakim odznaczać się mogą jedynie wybrańcy w zawodzie, to jednak *ma się prawo od każdego, bez względu na jego stanowisko w świecie lekarskim, oczekiwać jednakowej uwagi i staranności przy wykony-*

waniu obowiązków zawodowych. Z tej strony chory powinien posiadać porękę.

I to jeszcze rzeczy nie wyczerpuje.

Mojem zdaniem, ile razy wypada rozstrzygać sprawy, dotyczące uchybień lekarskich i roztrząsać pytania: czy lekarz przyłożył rękę do nieszczęścia, które spotkało chorego? czy nadszarpnął jego zdrowie? czy mógł przewidzieć uszkodzenie? uniknąć go? czy jest winny? w jakim stopniu? — zawsze powinno się pamiętać, że w tych sprawach, więcej niż we wszystkich innych, kierować się należy ową wielką prawdą, że *sprawy ludzkie nigdy z bezwzględności stanowiska oceniane być nie powinny*. „Trzeba brać ludzi takimi, jakimi być mogą w danych warunkach, ale nie jakimi widzieć ich pragnęliśmy\*).

## XV.

*Drogi, które obiera sobie nieraz ekspiacya błędów lekarskich.*

Treść: Zdarzenie D-ra Kolomnina. Ból odczutej winy. Odkupienie błędu popełnionego. Samobójstwo D-ra Grosza. Samobójstwo D-ra Spitzer'a. Zdarzenie hamburskie. Refleksye.

Jeszcze słówko.

Gdy popełniamy usterkę leczniczą, odczuwamy boleśnie krzywdę, mimowoli wyrządzoną temu, który nam zaufał. Nieraz podobne zdarzenie, druzgocząc spokój, stanowi punkt zwrotny w naszym życiu.

Wstrząsające do głębi są drogi, które obiera sobie czasem odkupienie błędów lekarskich.

Kolomnin, człowiek wielkiej erudycji, jeden z wytrawniejszych chirurgów rosyjskich, pragnąc przed operacją wywołać miejscowe znieczulenie, postanowił zastosować kokainę. Środek wspomniany był naówczas zupełnie nowy a dawka nie była jeszcze ustalona. K. znalazł w literaturze opisy przypadków, które świadczyły, że chorzy doskonale znosili dwugramowe, a nawet i większe, dawki kokainy, postanowił jednak, ze względów ostrożności ograniczyć się w swoim przypadku do zastrzygnięcia *in rectum* jednego grama kokainy i przystąpić do operacji. Po 30 jednak minutach wystąpiły u operowanej gwałtowne objawy otrucia i pomimo ratunku—chora zmarła. Dokonana sekcyja wykazała, że przyczyną śmierci była kokaina. Wrażenie potęgowało się jeszcze tym szczegółem, że badanie zwłok wykazało jednocześnie, iż mniemane cier-

pienie, dla usunięcia którego K. przystąpił był do operacji—wcale nie istniało\*). Zdarzenie to sprawiło na chirurgu potężne i bolesne wstrząśnienie. Z jednej strony bolała go myśl, że się był przyczynił do śmierci pacjentki, frymarząc jej życiem przez zastrzyknięcie nie dość jeszcze wypróbowanego środka, z drugiej znów strony — przygniała go wstyd, że postawił fałszywe rozpoznanie cierpienia. Dosyć sobie na chwilę to uprzytomnić, aby pojąć ból odczutej winy i zranionego ciężko człowieka i fachowca.

Nie zniósł tego Kolomnin. Dęczonej krwawą wizją zdarzenia, zbrzydził sobie samego siebie i, nie mogąc znieść goryczy, która go opanowała, uczuł się wobec dalszego życia bezradnym, cierpiąc okrutnie, odebrał je sobie wystrzałem z rewolweru.

Nie mniej głośnem było samobójstwo D-ra Grosza.

Wymieniony lekarz, wraz z jednym z koburskich chirurgów, leczył kobietę, która uszkodziła sobie ramię. Po długim leczeniu chora wyzdrowiała, lecz wydolność kończyny pozostała niepełna. Chora po pewnym czasie udała się do kliniki w Erlangen, gdzie ją zbadano przy pomocy promieni Roentgen'a.

Prześwietlenie wykazało, że u chorej istniało nie złamanie, jak utrzymywał Grosz, lecz zwichnięcie główki ramiennej. Zły więc wynik zależał od nałożenia na czas dłuższy nieruchomego opatrunku, który spowodował przyrośnięcie główki kości ramiennej poza stawem. Mąż pacjentki wystąpił przed sąd, oskarżając G. o nieumiejętnie udzieloną pomoc. Grosz odczuł boleśnie to zdarzenie. Omroczone smutkiem i zawodem, jakie mu dało życie, w ciężkiem przesileniu wewnętrznem, stracił równowagę, zażył morfiny i umarł przed rozpatrywaniem jego sprawy w sądzie\*\*).

Przed kilkunastu laty odebrał sobie w Wiedniu życie Dr. Spitzer, również z przyczyny oskarżenia go o nieprawidłowe leczenie\*\*\*).

Na takim samym podkładzie oparty jest przypadek, który się zdarzył w Hamburgu. W r. 1894 skazano tam pewnego lekarza na 3 miesiące więzienia za to, że z winy jego umarła kobieta podczas po-

\*) Prof. Władysław Holewiński: „O zobowiązaniach według kodeksu Napoleona“. Wykład Tytułu III i IV księgi trzeciej. Warszawa 1875. Str. 303.

\*) Prof. G. B. Ughetti: „Zwischen Aerzten und Klienten“. 1899. Wien und Leipzig. S. 71—72.

\*\*) Klinisch. therapeut. Wochenschr. 5 I'. 1899.

\*\*) Kühner (l. c.) S. 94.

rodu. Gdy wyrok został w ostatecznej formie ogłoszony, skazany lekarz wydał na siebie wyrok stokroć surowszy, bo wyrok śmierci i zażył cyanku potasu\*).

Przykłady powyższe same za siebie mówią i aż nadto jaskrawo ilustrują stan duszy i ów wyraz wewnętrznej tragedii lekarza, uwikłanego w starcie z samym sobą i idącego na śmierć dobrowolną, jako okup za krzywdę zrzadzoną.

\*) Le Bulletin médical 23 V. 1894.



## Prace tymczasowej Komisji przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego lubelskiego.

(Dalszy ciąg)

### DZIAŁ IV.

#### Narzędzia położnicze.

Opracował Dr. Jaworowski.

Wobec rozmaitości typów narzędzi położniczych u rozmaitych narodowości, niepodobna było przy zestawianiu cen tychże zgrupować je w jednej tablicy. Podajemy więc poniżej 3 tablice porównawcze.

Tablica I.

NAZWA NARZĘDZIA	F I R M Y			
	Polskie: Mann i Jodłowski Rub. kop.	Niemiecka: Schmidt Rub. kop.	Czeska: Rychlik Rub. kop.	Francuska: Collin Rub. Kop.
Kleszcze Simpsona	9.50	9.40	9.60	15.50
Kleszczę Nagele	9.75	7.05	8.00	15.50
Kranioklast Brauna	10.75	9.40	14.40	25.00
Kephalotryb Brauna	18.75	15.98	16.00	27.00
Perforator-trepan Brauna	8.25	9.88	12.40	16.00
Perforator Blot	6.00	7.52	8.40	6.00
Perforator Smellie	3.00	3.05	3.20	6.00
Hak Brauna	2.00	1.88	1.70	5.00
Miednicomierz Martin'a	7.00	6.58	6.40	7.50
Suma:	75.00	70.74	80.10	123.50
(-) 10% ustępstwa	67.50		71.09	
Ceny francuskie przyjęte za 100%	53%	57.2%	57.5%	100%

Ceny narzędzi zagranicznych obliczone są bez kosztów cła i przesyłki, co należy mieć na pamięci przy porównaniu cen tychże z cenami narzędzi polskich.

Firma Collin'a, jak wiadomo (patrz wyżej Dział III) daje od 12-25% ustępstwa od cen katalogowych, co w powyższej tablicy nie zostało uwzględnione.

Tablica II.

NAZWA NARZĘDZIA	F I R M Y			
	Polskie Mann i Jodłowski Rub. kop.	Niemiecka Schmidt Rub. kop.	Szwedzka Stille Rub. kop.	Belgijska Drosten Rub. kop.
Kleszcze Andersena	10.00	9.65	10.20	10.60
Kranioklast Brauna	10.75	9.40	15.30	16.00
Kephalotryb Brauna	18.75	15.98	23.00	19.00
Perforator Naëgele	4.25	3.76	4.00	5.30
Kranioklast Auvard'a	25.00	25.38	22.95	31.90
Nożyce Dubois	3.50	3.52	3.80	4.70
Hak Brauna	2.00	1.88	2.50	2.00
Kleszcze kostne Boera	3.50	3.76	4.00	4.20
Miednicomierz Martin'a	7.00	6.58	7.50	9.00
Miednicomierz Collin'a	6.00	5.64	10.00	7.40
Suma:	92.75	87.43	106.45	112.76
(-) 10% ustępstwa:	83.48			
Ceny belgijskie przyjęte za 100%	74%	77.5%	94.4%	100%
W porównaniu z cenami francuzkiemi			69.5%	69.6%

Tablica III.

NAZWA NARZĘDZIA	F I R M Y	
	Francuska Collin Rub. kop.	Angielska Weiss Rub. kop.
Kleszcze Barnes'a	15.50	8.46
Kleszcze Tarnier'a	29.50	32.90
Perforator-trepan Brauna	15.00	30.55
Perforator Blot	6.00	14.57
Perforator Smellie	6.00	4.70
Basiotryb Tarnier'a	57.00	34.50
Hak Brauna	5.00	3.56
Miednicomierz Collin'a	7.60	8.46
Suma:	141.60	137.500
Ceny francuskie—za 100%	100%	97%

Porównywając w tablicach niniejszych narzędzia jednego typu: szwedzkie, belgijskie i angielskie (firmy Weiss'a) z francus-

kiemi—otrzymujemy następującą tablicę stosunkową cen:

na I-em miejscu (pod względem taniości) stoją narzędzia polskie:				
narzędzia polskie, ich stosunek do francuskich	=	53.		
na II miejscu niemieckie	"	"	"	= 57.2
na III " czeskie	"	"	"	= 57.5
na IV " szwedzkie	"	"	"	= 69.5
na V " belgijskie	"	"	"	= 69.6
na VI " angielskie	"	"	"	= 97.
na VII " francuskie	"	"	"	= 100.

Najtańszymi zatem są narzędzia polskie—najdroższymi—francuskie.

Wnioski:

1) Narzędzia firm polskich, jako najtańsze i nieustępujące w niczem niemieckim — a niekiedy przewyższające je, np. trwałością niklowania—*powinny w praktyce zwyklej zupełnie zastąpić i wyrugować narzędzia niemieckie.*

2) Narzędzia angielskie i francuskie, —prawie w dwójnasób droższe, — *muszą być zalecane przed wszystkiemi innemi, nie wyluczając niemieckich; tam, gdzie idzie o nadzwyczajną dokładność i elegancję wykonczenie—bez względu na cenę: narzędzia niemieckie nie wytrzymują z niemi najmniejszego porównania.*

Objaśnienie nazw fabryk w dziale III.

## DZIAŁ V.

### Narzędzia ginekologiczne.

Opracował Dr. **Zdzisław Markiewicz** (Ostrołęka)

Z niżej przytoczonego zestawienia w rubryce ryczałtowej możemy się przekonać, że ceny firmy warszawskiej Manna są niższe od cen najtańszych firm niemieckich i francuskich; różnica ta będzie jeszcze większą, jeżeli uwzględnimy, że

wyroby zagraniczne opłacać muszą cło (nie mówiąc już o kosztach przesyłki). Jakość większości wyrobów warszawskich nie ustępuje zagranicznym (z wyjątkiem, oczywiście, takiej firmy jak Collin, z którą pod względem dobroci towaru mierzyć się trudno), *przewyższa zaś w znacznym stopniu tani towar, sprowadzany z Niemiec.*

Objaśnienie nazw fabryk — w dziale III.

N A Z W A N A R Z E D Z I A	F I R M Y						
	Polaka Mann Rub. kop.	Francuska Collin Rub. kop.	Francuska Aubry Rub. kop.	Francuska Genisson Rub. kop.	Niemiecka Walb Rub. kop.	Niemiecka Lentz Rub. kop.	Angielska Krohne Rub. kop.
1 <i>Wziernik</i> pochwowý „Cusco“ sklad. metal.	3.50	6.84	6.84	5.32	3.53	4.23	7.05
2 <i>Wziernik</i> pochwowý Fergusson'a porcelanowy	1.20	1.90	1.90	1.90	1.18	1.54	1.41
3 <i>Wziernik</i> wewnątrzmaciczny	5.25	7.60	7.60	9.12	—	8.56	—
4 <i>Zglębnik</i> maciczny z podziatką	— .90	2.28	1.14	1.90	— .94	1.18	2.12
5 Laminaria, miary stopniowan. co 1/8 mm. po	—	— .29	— .38	— .27	— 13.— 18	— .20	1.65
6 <i>Kleszczyki</i> dwuhaczykowe do ściąg. szyjki	1.75	3.42	3.42	3.04	1.88	1.78	4.94
7 <i>Kyżeczka</i> ostro Simsa	2.00	4.00	4.00	3.04	1.88	2.12	3.06
8 <i>Strzykawkica</i> Brauna (w pudełku)	2.60	4.56	5.32	3.04	1.41	1.88	2.35
9 <i>Skaryfikator</i> Kristellera	1.65	2.28	2.28	1.90	1.18	1.53	2.59
10 Trójgramiec do opróżnienia torbieli	5.50	9.50	9.50	—	3.76	4.23	4.90
11 <i>Kyżka</i> Doyena przy położeniu Trendelenb.	4.25	6.84	6.84	—	2.82	5.03	—
12 <i>Zaciskadło</i> Terrier'a (22 ctm.) proste, wygięte	5.00	3.80	4.56	15.20	4.23	—	—
13 <i>Kyżka</i> podwójna Simsa	1.80	5.70	5.70	5.70	1,64—2.07	2.82	5.64
14 <i>Nożyczki</i> wygięte Simsa	2.30	3.42	3.80	4.56	2.12	—	5.00
15 <i>Wziernik</i> pochwowý trójramienny Notta	5.00	1.72	—	—	3.76	4.23	7.00
16 <i>Pincet</i> do tamponowania pochwy (30 ctm.)	2.00	—	3.04	—	1.41	1.88	2.60
17 <i>Cewnik</i> Bozemann-Fritsch'a	2.00	—	4.56	3.80	2.12	2.35	3.50
18 <i>Nóż</i> fistulowy Simon'a	1.75	—	—	1.72	1.41	1.78—2.00	2.50
19 <i>Rozszerzadło</i> pochwowé Bozemann kauczuko- we (35 — 50 ctm.) po	1.00	—	3.80	—	— .94	— .94	1.00
Suma cen narzędzi podkreślonych, wyrabianych przez wszystkie wymienione fabryki №№ 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 13 Ustępstwo: Mann 10%, Genisson—25%	15.40 13.86	30.98	30.60	25.84 18.38	14.07	17.08	29.16
Ceny Collin'a przyjęte za 100%	44.7%	100%	98.7%	59.3%	45.4%	55.1%	94.1%



## Korespondencye.

### W sprawie memoriału Komisji Towarzystwa lubelskiego.

Szanowny Redaktorze!

Najzupełniej współczuję pobudkom, które powodowały pracę tymczasowej Komisji przemysłowo-lekarskiej Tow. lek. lubelskiego, ale podziwiam pośpiech w ogłoszeniu wyników, które mają zobowiązać ogół naszych lekarzy do zapisywania preparatów z wymienieniem podanych firm krajowych, a przynajmniej nienie mieckich — wyników opartych tylko na zbadaniu katalogów. Niema takiej gałęzi handlu, gdzieby wyższa lub niższa cena katalogowa mogła nieodwołalnie i niezależnie od rozmaitej dobroci produktu decydować o tem, gdzie należy kupować.

Tem mniej jest usprawiedliwiona taka pośpieszna i stanowcza decyzja, jeżeli chodzi o preparaty farmaceutyczne i narzędzia chirurgiczne, gdzie tak wiele zależy od idealnej czystości i dokładności wykonania. Rzecz tak prosta, że nie potrzebuje dowodów. Ale oto parę przekonujących przykładów. Przed samem ogłoszeniem pracy wyżej wspomnianej Komisji kupuję watę hygroskopijną Bartkiewicza (firma zalecana przez Komisję) w oryginalnem opakowaniu (próbką mogę służyć). Wata nie tylko prędko nie tonie w wodzie, ale wcale nie daje się zatopić, ani nawet zmoczyć, jednym słowem: wcale nie zasługuje na nazwę hygroskopijnej. Kolega sprowadza narzędzia okulistyczne od firmy warszawskiej Jodłowskiego — otrzymuje połowę zardzewiałych.

Czy to nas trzeba przekonywać, że byśmy kupowali rzeczy do wyrzucenia, czy naszych fabrykantów, żeby takich rzeczy nie sprzedawali?

A z preparatami farmaceutycznymi może być jeszcze gorzej. Co do nich przeciętny lekarz w poszczególnym wypadku nie może przekonać się o czystości preparatu. Zdaje się na łaskę i niełaskę losu, lub, w najlepszym razie, polega na renomowanej marce fabrycznej. Czy to nie za mało, jeżeli chodzi o środki silnie działające, wiedzieć tylko tyle, że fabryka znajduje się poza granicami Niemiec?

Samo zebranie i przejrzanie wielu cenników już jest pracą, której nie lekceważę.

Byłoby zupełnie na miejscu samo zwrócenie uwagi, że takie a takie środki

wyrabiają się poza granicami Niemiec, a nawet w kraju, i przy tem kosztują taniej. Ale moralnie obowiązujący nakaz żądania przetworów wymienionych firm może być wydany tylko po dokonaniu pracy o wiele mozolniejszej i kosztowniejszej, po zbadaniu wszystkich zalecanych przetworów w laboratorium chemicznem.

Prawdopodobnie byłaby to praca nad siłę jednego Towarzystwa lek. lubelskiego, ale może by się dała wykonać, jeżeli by ją rozdzielić pomiędzy inne towarzystwa lekarskie i laboratoria niezależne.

Przytem, nie należałoby żądać próbek wprost od firm przez tak poważne instytucje, a brać je tak, jak się to robi przy rewizjach sanitarnych produktów spożywczych, w oryginalnem opakowaniu, ale w handlu detalicznym.

W myśl Towarzystwa lek. lubelskiego można tylko życzyć, żeby próby podobne były dokonane i żeby jaknajwięcej przetworów krajowych wyszło z nich zwycięzko, jak wychodzić zaczynają krajowe wody mineralne, których analizy dokonywały niezależne powagi naukowe.

Napoleon Czarnecki, lekarz.

Świsłoc, 12 Lutego, 1904 r.

Szanowny Redaktorze!

Głos szanownego kolegi Czarneckiego przerwał wymowne milczenie, jakim ogół naszych lekarzy przyjął pierwszą pracę Komisji przemysłowej Tow. lek. lubelskiego.

Zasadniczo zarzuty kolegi Cz. są najzupełniej słuszne i oponować Mu nie można. Jednak o ile dotyczą one poszczególnych działów pracy naszej Komisji, pozwolimy sobie oświetlić te zarzuty z punktu widzenia, jakim powodowało się Towarzystwo lekarskie nasze, ogłaszając swoją uchwałę. W podawaniu nowych firm byliśmy nader oględni; jeśliby Szanowny Oponent nasz zadał sobie trud dokładnego przejrzania naszego wykazu cen i porównał go z odpowiednią tablicą, zawierającą tekst uchwały Tow. lek. lubelskiego o środkach farmaceutycznych, mógłby się łatwo przekonać, że ta ostatnia wylicza zaledwie *połowę* całej ilości środków, wymienionych w wykazie; gdybyśmy się opierali wyłącznie na porównaniu cen katalogowych, powinniśmy umieścić w naszej uchwale obowiązującej dwa razy tyle leków; wymienione w uchwale naszego Towarzystwa firmy francuskie

i szwajcarskie jako to Lyonska (Société chimique des Usines du Rhone), Hoffmann La Roche, Schlieren są u nas oddawna i dostatecznie znane; mało znane były dotąd firmy Lambiotte, Roques, Buchet, Salle, Janousek, a z polskich—Manduk.

Przetwory kreozotowe firmy Lambiotte już poprzednio były wypróbowane z dobrym wynikiem *klinicznym* w szpitalach warszawskich, a następnie i lubelskich, i bezwarunkowo stoją wyżej od niemieckich. Przetwory firmy Roques (jodowe i bromowe) stosowaliśmy przed ogłoszeniem uchwały w szpitalach lubelskich. Firma Buchet, której wyroby, mówiąc nawiasem, dotąd jeszcze nie pojawiły się w handlu u nas, była nam poleconą jako pewna i zasługująca na zaufanie przez aptekę Centralną szpitali Paryzkich, do której zresztą dostarcza leków. Wyroby firmy Salle sprowadza od pewnego czasu warszawski „Motor“. Wyroby fabryki czaskiej Janousek z Pragi były nam polecane przez aptekarzy lubelskich, którzy je sprowadzali na własną rękę już przed rozpoczęciem naszej pracy. Tylko przetwory firmy Manduk w Warszawie są dotychczas (oprócz dermatolu) niedostatecznie jeszcze znane. Zanim więc przystąpiliśmy do ogłoszenia naszej pracy, mieliśmy już wiadomości doświadczałne o wartości poszczególnych fabryk chemicznych i, śmiemy twierdzić, wiadomości nasze były pewniejsze, niż wiadomości lekarzy, stosujących rozmaite pierwszy raz zasłyszane czy wyczytane euopheny, salopheny etc. renomowanych fabryk Heydena, Bayera, Mercka i innych. Kolega Cz. żąda, abyśmy poddawali wszystkie nowe środki z fabryk *nie-niemieckich* pochodzące, jako nieznanne, analizie chemicznej; dlaczemu dotąd nie stosowano u nas tego ostracyzmu względem preparatów *pocho-dzących z Niemiec*, ale przyjmowano je i rozpowszechniano bezkrytycznie, polegając jedynie na obficie rozrzuconych pomiędzy nami reklamach niemieckich. Teraz, kiedy my staramy się wprowadzić najprostsze przetwory chemiczne fabryk francuskich i szwajcarskich, odzywają się trwożne głosy, nawołujące do ostrożności, jak gdyby środki te, dobre dla mieszkań-ców Francji czy Szwajcaryi, u nas miały się naraz przeobrazić w silnie działające trucizny. Gdybyśmy mieli czekać na wyniki analizy chemicznej wszystkich środków farmaceutycznych, pracy kosztownej i długiej, która niema zresztą dla nas żadnej wartości praktycznej wobec tego, że wszystkie środki lekarskie, wprowadzane w granice Państwa Rosyjskiego muszą

odpowiadać wymaganiom Farmakopei Rządowej, upłynęłoby lat tyle, że znowu kilkanaście milionów naszego grosza przeszłoby w ręce niemieckie. Nam, lekarzom, chodzi przede wszystkim o kliniczne działanie pewnego środka; badanie też, które przedsięwzięła nasza komisya w dalszym ciągu prac swoich, ogranicza się do obserwacji klinicznej. Jakkolwiek nie zaniedbujemy i analizy chemicznej w granicach naszej możności, jednakże tej ostatniej pracy zasadniczo podejmować nie będziemy. W uchwale naszego Towarzystwa zamiast bezkrytycznego i nieusprawiedliwionego niczem, a szkodliwego *nalogu stosowania wypróbowanych i niewypróbowanych środków niemieckich* postawiliśmy jako zasadę *obowiązek popierania wypróbowanych i niewypróbowanych środków polskich, francuskich i szwajcarskich*. Lekarze nasi, stosujący środki niemieckie, jako „jedynie pewne“, niewiedzą nieraz, do jakiego stopnia to ich przeświadczenie o doskonałości leków niemieckich jest im suggestyonowane przez aptekarzy, korzystających, jak wszyscy nasi kupcy, bardzo chętnie z długoterminowego kredytu, udzielanego im łaskawie przez fabrykantów pruskich za pośrednictwem przedstawiciela tychże fabrykantów, firmę Ludwika Spiessa i Syna w Warszawie.

Zarzut, dotyczący waty Bartkiewicza, jest bezwątpienia słuszny, jakkolwiek niewszystkie transporty waty mają tak wielkie wady; w pracy naszej wymieniamy też fabrykę lwowską „Tlen“, dostarczającą ten artykuł do wszystkich szpitali galicyjskich i niektórych w południowej Rosji. Firma Jodłowskiego, o której wspomina kol. Czarnecki w swoim liście, nie jest jedyną i najlepszą fabryką polską narzędzi chirurgicznych — obok niej wymieniamy w pracy naszej i fabryki inne. Zresztą, zupełnie zgadzamy się ze zdaniem kol. Czarneckiego, że należy przekonywać naszych fabrykantów, aby sumiennie wykonywali swoje obowiązki względem kupujących. Kończąc, uważam sobie za miły obowiązek podziękować koledze Czarneckiemu za zajęcie się naszą pracą, którą podjęliśmy w chęci przyczynienia się do ogólnego dobra, a którą uważamy dopiero jako materiał pod dalszą budowę—do tej zaś pracy stanąć powinni wszyscy lekarze polscy.

Zalącam wyrazy szacunku i koleżeńskie pozdrowienie.

Dr. W. Chodźko.

Członek Komisji przemysłowej  
Tow. lek. lubelskiego.

**Kilka uwag o przypadku D-ra Troczewskiego, opisanym w № 3-im. („Przyczynki do działania surowicy przeciwpaciorkowcowej.“).**

Przypadek opisany przez kolegę Troczewskiego, skądinąd bardzo ciekawy i pod wielu względami niezwykły, nasunął mi kilka uwag i pewne wątpliwości, którymi radbym podzielić się z czytelnikami „Czasopisma Lekarskiego“. Zanim jednak przystąpię do uwag dotyczących danego przypadku kol. T., zmuszony się czuję w kilku słowach rozważyć, kiedy mamy właściwie prawo uznać środek leczniczy, a szczególnie surowicę leczniczą, za skuteczny w chorobach ostrych zakaźnych.

W ocenianiu skuteczności środka leczniczego przy chorobach ostrych zakaźnych znajdujemy się często w niemałym kłopotcie, a to z tego powodu, że własności osobnicze chorego, odporność ustroju i wiele innych czynników wielki wpływ wywierają na przebieg choroby i na jej zakończenie. Ztąd — tylko znaczna ilość przypadków przebiegających pomyślnie przy użyciu pewnego środka może mieć znaczenie w ocenianiu jego skuteczności. Wracając do pytania, kiedy mamy prawo uznać pewien środek za skuteczny w chorobach ostrych zakaźnych, sądzę, że tylko wtedy, gdy po wprowadzeniu jego do ustroju i krwi wywiera on działanie bakterjocydy, zmniejsza wytwarzanie się toksyn i zubożnia już wytworzone, a gdy to się uda, w takim razie wpływa na dalszy przebieg zakażenia dodatnio, skraca czas jego trwania i zapobiega ciężkim przypadłościom i powikłaniom właściwym dla tego zakażenia.

Surowica przeciwbłonicza dosyć wczesnie wprowadzona do ustroju chorego na błonicę gardzieli zapobiega dalszemu szerzeniu się błon surowicznych, stąd rzadko przechodzą one na krtań, jakoteż nie dopuszcza do powstania różnych powikłań, np. porażenia gardzieli i t. p.; surowica przeciwbłonicza będzie uznaną za skuteczną przeciwko płonicy, gdy się okaże, że w większości przypadków tej choroby wpłynie ona na skrócenie czasu trwania choroby, ograniczy liczbę powikłań i t. d.

Po tych uwagach przechodzę do przypadku spostrzeganego przez kolegę Troczewskiego. Kolega T., wychodząc z punktu widzenia „że wszystkie niemal znane przypadki zakażeń, w których stosowaną była surowica przeciwpaciorkowcowa, należały do rzędu niezbyt ciężkich i nie mogły być miarodajnymi“ sądzi, „że dla należy-

tego oceniaenia skuteczności surowicy przeciwpaciorkowcowej jako środka leczniczego w zakażeniach pógowych i wszelkich innych, należałoby ten środek wypróbować w przypadkach przedewszystkie bardzo ciężkich“. Do takich przypadków należał przypadek kolegi T., który on uważa za *zupełnie miarodajny* pod względem skuteczności surowicy przeciwpaciorkowcowej przeciw zakażeniu pógowemu.

Tak na jedno, jak i na drugie twierdzenie zgodzić się niepodobna. Co się tyczy pierwszego, to nie wiem, na jakiej zasadzie kolega T. twierdzi, że surowica przeciwpaciorkowcowa była dotąd stosowana tylko w przypadkach niezbyt ciężkich. Kazyistyka przypadków ciężkich zakażenia pógowego, w których stosowaną była surowica przeciwpaciorkowcowa, nie jest bynajmniej mała; zresztą, trudno przypuścić, aby w klinikach, szpitalach, w których próbowano — po większej części bezskutecznie — surowicę przeciwpaciorkowcowa wybierano przypadki niezbyt ciężkie.

Co się zaś tyczy przypadku kolegi T., zobaczymy, czy on w istocie jest miarodajny pod względem skuteczności w nim surowicy.

Pacjentka jego zachorowała między 25 a 28 Marca 1903 roku na ciężką posocznico-ropnicę z głównem umiejscowieniem jej w otrzewnej (peritonitis generalis septica). Około dziesiątego dnia choroby, a zatem jak na gorączkę pógową dosyć wczesnie, pierwszy raz zastrzyknął 2 flakony surowicy przeciwpaciorkowcowej Marmorka i od tego czasu w ciągu 23 dni zastrzyknął 13 flakonów tej surowicy, ilość zatem bardzo dużą. Zobaczymy, jaki był skutek tych zastrzykiwań. Na drugi dzień po pierwszym zastrzyknięciu surowicy, przy ciepłocie rannej 37,6 (takie spadki ciepłoty krótkotrwałe zdarzały się i poprzednich dni), „chora prawie nieprzytomna, stan groźnej zapadłości, wzdęcie brzucha kolosalne“; zastrzyknięto znowu flakon surowicy, ciepłota wieczorem 37,6°; w nocy objawy poczynającej się agonii (?)\*. W ciągu poprzednich dni, jakoteż współcześnie z zastosowaniem surowicy, kol. T. stosował larga manu zastrzykiwania kamfory, które przecież nie mogły być bez wpływu na stan chorej. W ciągu kilku następnych dni nieznaczna poprawa w stanie ogólnym; cho-

\*) Agonia — konanie — jest walką przedśmiertną, zawsze kończąca się śmiercią. Śmierć może nastąpić bez konania, lecz konanie zawsze się kończy śmiercią.

ra jednak ciągle gorączkuje, a po 12 Kwietnia, już po zastrzyknięciu 7 flakonów surowicy, występuje zapalenie jednej, a następnie drugiej ślinianki przyusznej, z dużą gorączką: „chora znowu nieprzytomna, majaczy, niespokojna“. W dalszym ciągu codzienne zastrzykiwanie surowicy. 18-go Kwietnia, już po zastrzyknięciu 12 flakonów surowicy, występuje po chwilowym spadku ciepłoty ciała na nowo podniesienie jej i objawy zapalenia opłucnej, z początku surowczo-włóknikowe, a po wypuszczeniu płynu za pomocą przekłucia w kilka dni—ropne, i dopiero po wykonaniu operacji radykalnej i opróżnieniu worka opłucnej z ropy, dnia 5 Czerwca, t. j. w dwa miesiące przeszło od początku choroby i od rozpoczęcia leczenia za pomocą surowicy—chora wstępuje w okres rekonwalescencji.

U ciężko więc chorej kolegi T. pomimo dosyć wczesnego energicznego leczenia za pomocą surowicy przeciwpaciorkowcowej choroba trwała przeszło 2 miesiące; pomimo zastrzyknięcia w tak wielkiej ilości surowicy rozwinęło się zapalenie obu ślinianek przyusznych, zapalenie obu opłucnych, a zatem najcięższe powikłania zakażenia posocznico-ropnicowego.

Jak wobec tego rozumieć w przypadku tym skuteczność surowicy?

Nie możemy inaczej rozumieć skuteczności surowic swoistych, jak tylko w ten sposób, że działają one bakteryobójczo lub antitoksycznie. Jeżeliby działanie to wystąpiło w przypadku kol. T., w takim razie niewątpliwie wpłynęłoby na skrócenie czasu trwania choroby, a przede wszystkim zapobiegłoby powstaniu tak ciężkich powikłań, jak zapalenie ślinianek przyusznych; tymczasem pomimo zastosowania tak kolosalnych ilości surowicy siła zakaźna bakterii chorobotwórczych,

lub toksyczna—ich toksyn, musiała pozostać znaczna, skoro mogły wystąpić tak ciężkie powikłania.

Wobec tego co powiedziałem, zmuszony się czuję do twierdzenia, że surowica przeciwpaciorkowcowa Marmorka w przypadku kol. T. nie wywołała ani działania bakteryobójczego, ani antitoksycznego, nie wpłynęła skutecznie na przebieg choroby i że nie tylko przypadek kolegi T. nie może być miarodajnym pod względem skuteczności surowicy, lecz przeciwnie—dowodzi zupełnej jej bezskuteczności.

Zejście zaś pomyślnie ciężkiej choroby należy przypisać głównie zagadkowej niemal odporności ustroju, w znacznej części larga manu i umiejętnemu zastosowaniu leków pobudzających, w porę dokonanym rękoczynnym chirurgicznym, jakoteż szczęśliwym warunkom otoczenia, w jakich się chora znalazła, nigdy zaś—działaniu surowicy, która w tym przypadku nie wywarła tak samo żadnego działania, jak w większości przypadków dotychczas spostrzeganych.

W końcu jeszcze jedna uwaga. Jakkolwiek większa część posocznico-ropnic pochodzenia połogowego zostaje wywołana przez paciorkowce, wszelako nierzadko gronkowiec jest bakterią, która wywołuje to zakażenie. Brak w spostrzeżeniu kolegi T. badań bakteryologicznych wydzielin i krwi tej kwestyi nie rozstrzyga, a w każdym razie nie pozwala stanowczo twierdzić, że użyta była właściwa surowica, a zatem i pod tym względem przypadek kol. T. niemoże być miarodajnym co do skuteczności surowicy przeciwpaciorkowcowej przy posocznico-ropnicy.

Feliks Arnstein

Kutno dnia 31. III. 1904 roku.

## Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

### Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dnia 20 Stycznia 1904 r.

I. Kol. Birenweig przedstawił: a) chorego 21-letniego, u którego w prawej połowie moszny prócz normalnego jądra, przyjądrza i powrózka nasiennego znajduje się guz wielkości orzecha włoskiego, konsystencji normalnego jądra, o gładkiej powierzchni. Guz przylega do górnego bieguna jądra prawego i znajduje się z nim w ścisłym związku; guz

istnieje od lat dziecięcych. Jest to przypuszczalnie *torbiel przyjądrza*. b) Chorego 21-let., dotkniętego od miesiąca wysypką, zajmującą przeważnie górną część tułowia, sąsiednią część kończyn i czoła. Przedstawia się ona w postaci wykwitów pierścieniowych, ponad poziom skóry lekko wzniesionych, o barwie czerwonej z odcieniem brunatnym. Środkowa część wykwitu gładka i wklęsła, obwód wzniesiony, powierzchnia lekko ziarnista, łuszczy się niezbyt obficie. Swędzenia nie było po-

mimo tego, że chory przebył żółtaczkę. B. sądzi, że w danym przypadku ma do czynienia z *pityriasis rosea Giberti* lub też z jedną z odmian *eczema seborrhoicum arcuatum*. Badanie łusek na obecności trichophyton dało wynik ujemny.

II. Koledzy Goldman i Pański przedstawili dwudziestokilkoletniego robotnika, który w roku zeszłym uległ uderzeniu nożem w zewnętrzną stronę przedramienia prawego. Przecięcie „żyły“ wymagało wtedy, podług słów chorego, zabiegu chirurgicznego, który został wykonany w Kaliszu. Demonstrowany zgłosił się do ambulatoryum przy szpitalu Poznańskich z powodu wystającej z otworu skórnej nawiązki. Badanie wykazuje: na przedramieniu prawem, na granicy przedniej i tylnej powierzchni, w środkowej części przebiega w poprzecznym kierunku blizna skórna długa na 2—2½ ctm. W odległości 3 ctm. ku górze od blizny pod skórą wyczuwa się bolesne nacieczenie; takie samo nacieczenie znajduje się w odległości 1—1½ ctm. ku dołowi od blizny. Obydwa nacieczenia są przy obmacywaniu bolesne. Prawa dłoń w stawie promienio-napięstkowym zgięta ad maximum i przy uniesieniu do góry wraca do poprzedniego położenia. Palce zgięte w stawach śródreko-paliczkowych. Śródreczę oraz pierwsze paliczki nie mogą być wyprostowane, zginanie zaś dobrze zachowane. Chory skarży się na brak ruchów i odrętwienie dużego palca. Brak przedmiotowych zmian czuciowych. Mięsień trójgłowy ramienia na prąd stały i przerywany oddziaływa prawidłowo. Z punktu ramieniowego nerwu promieniowego ani prądem stałym ani przerywanym nie udaje się wywołać skurczu mięśni przedramienia. W mięśniach odwracającym, rozginającym napięstek, promieniowym długim i krótkim, rozginającym palec wspólnym, rozginającym napięstek, piętowym, rozginającym palec wielki krótkim i rozginającym palec wielki długim—zupełny odczyn zwyrodnienia. Typowe opuszczenie ku dołowi dłoni, zgięcie palców, odczyn zwyrodnienia w wyżej wymienionych mięśniach i uraz w wywiadach—przemawiają za *porażeniem n. promieniowego*, pochodzący od tej jego części, która przechodzi z zewnętrznej powierzchni k. ramieniowej na tylną jej część, zależnym od przecięcia nerwu w tem miejscu.

III. Kol. Perli przedstawił *przyp. oderwania więza górnego rzepki*. 20-letni robotnik przed 6 miesiącami upadł na bruk i uległ silnemu stłuczeniu prawego kola-

na z następczym znacznym bardzo wylewem krwawym do stawu kolanowego. Od tego czasu utyka na prawą nogę, nie może jej zgiąć ani wyprostować. Prawa rzepka niezmienniona, cała; ponad nią przebiega głęboko bruzda poprzeczna podskórna, powstała wskutek oderwania się górnego więzu. Tenże został odciągnięty na 3 ctm. ku górze na udo, gdzie zgrubiały i skostniały brzeg jego dobrze się wyczuwa. Zginanie w stawie kolanowym jest ograniczone w nieznacznym stopniu, ruchy zaś wyprostne są zupełnie zniesione. Celem usunięcia tego kalectwa więz będzie przymocowany do rzepki.

*W dyskusji* nad *przyp. kol. Birencweiga* wyraża kol. M. Cohn przypuszczenie, że guz, o którym była mowa, jest torbielą jądra. Kol. Sonnenberg przychylił się do rozpoznania torbieli przyjądra, zaznacza jednak, że podobne umiejscowienie może dać czasem powód do pomyłki rozpoznawczej, a mianowicie w przypadku istnienia trzeciego jądra. Kol. S. spozstrzegł podobny przypadek; stwierdzenie osobnego sznurka nasiennego ochroniło od mylnego rozpoznania.

IV. Kol. A. Żurkowski z Warszawy, wspomniawszy o zapowiedzianym na Lipiec r. b. zjeździe lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie, odczytuje długi szereg zapowiedzianych już prac i zachęca obecnych do przyjęcia udziału w zjeździe.

V. Przyjęto 38 lekarzy na członków czynnych Towarzystwa

VI. Wskutek zapytania kol. Godlewskiego z Kalisza w sprawie umieszczenia w pismach codziennych sprawozdania z działalności Tow. lekarskich, obecni wypowiedzieli się w tym duchu, że drukowanie w dziennikach protokółów in extenso uważają za niewłaściwe, że natomiast niekiedy, gdy chodzi np. o sprawy higieny społecznej, pożądanem być może ogłoszenie opinii Tow.; lecz i wtedy, zgodnie np. z § 6 Regulaminu Tow. Łódzkiego, stać się to może jedynie na mocy upoważnienia Zarządu.

Posiedzenie z dnia 3 Lutego 1904 r.

I. Kol. Łaski przedstawił 2 chłopców z *wodogłowiem*: a) 1½ rocznego z wodogłowiem wewnętrznym wrodzonym i b) 5-letniego z wodogłowiem nabytem. Pięcioro rodzeństwa pierwszego było również dotkniętych wodogłowiem.

II. Kol. Wisłocki wygłosił rzecz p. t. *O sterylizacji, pasteryzacji etc. mleka w świetle nowych badań biologicznych*.

W dyskusyi kol. Łaski zaznacza, że pomimo pewnych braków jedynym sposobem, który posiadamy do zwalczania drobnoustrojów mleka pozostaje metoda termiczna; zachodzi tylko pytanie, co lepiej odpowiada celowi, sterylizacya czy pasteryzacya. Kol. A. Landau zwraca uwagę na to, że na wsi cedzą mleko przez brudne szmaty. Kol. Rząd nie przypisuje większego znaczenia jakości bakterji kiszkiowych bez względu na to, czy one sprzyjają czy upośledzają trawienie, sądzi natomiast, że ważną rolę odgrywa ilościowy ich stosunek, ponieważ przy znacznej ilości drobnoustrojów na ich zwalczanie może zabraknąć aleksyn; radzi krótko gotować mleko, lecz zaleca co 4—5 godzin powtórnie je przegotować.

III. Kol. Łaski mówił „O wodogłowiu”. Przytoczywszy różne teorie dotyczące etyologii tego cierpienia, prelegent wymienił dotychczasowe metody lecznicze, a w szczególności zatrzymał się nad zabiegiem Quinckego (przekucie mózgowoładźwiowe), który niekiedy daje pomyślne wyniki.

Posiedzenie z dnia 17 Lutego 1904 r.

I. Przeczytano protokół komisji, wybranej na posiedzeniu z d. 6 Stycznia r. b. w celu rozpatrzenia projektu Tow. Lek. Radomskiego i wypracowania odpowiedzi na ten projekt. Komisya przyszła do wniosku, że utworzenie kasy emerytalnej specjalnie lekarskiej ze względu na zbyt małą liczbę uczestników, trudności przy inkasowaniu pieniędzy, brak kapitału zakładowego i gwarancyjnego, wielką zależność od epidemii i przesileni ekonomicznych—nie będzie mogło sprostać tak trudnemu zadaniu, jakim jest zabezpieczenie lekarzy na starość i rodzin, po nich pozostałych, na wypadek śmierci. Zamiast tego komisya zaleca ubezpieczenie w istniejących towarzystwach asekuracyjnych, ale zbiorowe, na specjalnie dogodnych warunkach i za pośrednictwem komitetu centralnego. Niezależnie od tego komisya proponuje, by popierać godne uznania dążności Tow. Rad. i ewentualnie ponieść część wydatków do wysokości stu rubli.

II. Kol. Gutentag przedstawił  $\frac{1}{2}$  roczne dziecko z *dermatitis exfoliativa recidivans*. W przeciągu ostatnich dwu miesięcy wysypka występowała w nieznacznym stopniu na tułowiu i twarzy, a silnie na kończynach. Stan bezgorączkowy. Po zniknięciu wysypki zjawiało się zawsze silne łuszczenie, jako po płonicy.

III. Kol. Kaufman mówił o *Emamelu Kancie* z okazji setnej rocznicy jego śmierci. (Rzecz nienadaje się do streszczenia).

IV. Kol. Landau mówił o *Osseinie* i innych przetworach mogących zastąpić tran rybi. Prelegent zaznacza, że zdaniem Petzolda masło krowie wyświadcza te same usługi, co tran.

W dyskusyi twierdzi kol. Betté, że osseiny z powodu jej gęstości i lepkości dzieci nie przyjmują chętniej, aniżeli tran zwykły. Kol. Rząd potępia lekarza, który, ulegając pacjentowi lub jego otoczeniu, zaleca środki, o których skuteczności sam nie jest przekonany. Kol. M. Cohn broni leczniczych własności tranu. Kol. Koliński zaznacza wartość jego przy niektórych cierpieniach ocznych, a mianowicie przy t. zw. kurzej ślepotcie.

V. Przewodniczący przeczytał odezwę komitetu, urządzającego wystawę przemysłowo-lekarską i higieniczną podczas X Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich we Lwowie w Lipcu r. b.

Posiedzenie z d. 2 Marca 1904 r.

I. Kol. Prechner pokazał 11 miesięczne dziecko z kilku guzami wielkości jaja kurzego na głowie i tułowiu, prawdopodobnie natury gruźliczej.

Dyskusya: Kol. Łaski proponuje zbadanie zawartości guzów na laseczniki gruźlicze. Kol. Rundó wspomina, że przy rozpoznaniu trzeba wziąć pod uwagę przymiot. Kol. Rząd sądzi, że wobec niepewnego rozpoznania należy wypróbować leczenie swoiste. Kol. Goldman zwraca uwagę na to, że u dzieci nie występują kilaki tej wielkości; poszukiwane zaś laseczników gruźliczych jest bezcelowe, gdyż one w ropniach zimnych zwykle się nie znajdują.

II. Kol. Łaski wygłosił odczyt p. t. *Obrzęk śluzakowy, kretynizm sporadyczny i wole*. Prelegent prócz fotografii, zacierpniętych u innych autorów, pokazał podobiznę swego pacjenta. Jest to chłopiec 3-letni, fizycznie normalnie rozwinięty, pod względem inteligencji upośledzony. Wymawia tylko jedno słowo: ma-ma, nie łącząc z niem widocznie żadnego pojęcia, i kilka innych niezrozumiałych dźwięków. Umysłowo zupełnie nierozwinięty, nie interesuje się otoczeniem. Gruczoł tarczowy nie wyczuwa się na zwykłym miejscu. Przyczyny choroby, o której mowa, zależne są od zmian w budowie i czynności gruczola tarczowego. Przy jego zaniku występuje kretynizm, przy po-

większeniu—wole i równoleglez temi zmianami niekiedy charłactwo. Czynności gr. tar. polegające: a) na zobojętnianiu toksyn; b) na wpływie na rozwój kości i tłuszczu; c) na zabezpieczeniu mózgu od wahań w krwiobiegu, ulegają znacznym zaburzeniom. Z objawów tej choroby zasługują na uwagę: a) porcelanowy wygląd i kruchość skóry; b) kruchość włosów; c) zupełny brak potów; d) bezustanne uczucie zimna; e) przytępienie umysłu, oraz brak pamięci. Przy obrzęku śluzowym w młodym wieku przyłącza się jeszcze powstrzymanie rozwoju układu kostnego i inteligencji. Leczenie, chociaż nietrwałe i wymagające powtórzenia, polega na podawaniu do wewnątrz wyciągu gruczolu tarczowego, dzieciom w postaci elixir thyreoidini Allen et Harnburys'a. Przy leczeniu przetworami gr. tarcz. należy pamiętać o możliwości thyreoidyzmu.

*Dyskusya:* Kol. Sterling uważa rozpoznanie za niepewne wobec trudności wyczuwania normalnego grucz. tarcz.; tylko z istniejących objawów mógł chyba prelegent a posteriori wnioskować o zaniku gruczolu, jako przyczynie choroby. Kol. Jonscher przytacza dwa własne spostrzeżenia kretynizmu u dzieci z bardzo dobrym skutkiem leczone thyreoidyną.

III. Kol. Rund o przeczytał streszczenie dzieła prof. Lenhartz'a p. t. „Die septischen Erkrankungen“. (Rzecz nie nadaje się do streszczenia).

Bronisław Handelsman.

## Towarzystwo Lekarskie Mińskie.

Posiedzenie z d. 17 Grudnia 1903 r.

I. Wybrano delegata na zjazd Pirogowa w Petersburgu.

II. Odczytano protokół Komisji rewizyjnej, która przejrzała rachunkowość kasy Towarzystwa Lek. i Komisji odczytów ludowych.

III. Dr. Sack opowiedział o wrażeniach swoich z oględzin szpitala okręgowego dla chorych umysłowych w Wiljeje.

Szpital jest urządzony wzorowo i odpowiada wszelkim wymaganiom.

IV. Dr. J. Malkiewicz odczytał pracę swoją: „O leczeniu chorych piersiowych w sanatoryach i o sanatorium Nordrach w Szwarzwaldzie“.

Sanatorium *Nordrach-Colonie*, położone w Badeńskim Szwarzwaldzie, 500 metr. nad poz. morza, wśród lasów niezmiernych, osłonięte jest z 3 stron górami.

Wyróżnia się od innych sanatoryów tem, że chorzy (naturalnie nie obłożni) nie są tu skazani na absolutny spokój; przeciwnie, mają zalecone stopniowe ćwiczenie sił i płuc przez spaceru w góry. Po powrocie ze spacerów chorzy nie przestają korzystać z idealnego powietrza, gdyż w pokojach ich stale są otwarte okna i dniem, i nocą, w zimie więc temperatura nie przewyższa 5° R. Chorzy pomimo to nie uskarżają się na zimno, mają bowiem ciepłą pościel i bieliznę i koldrę wełnianą. Odżywianie chorych bardzo dobre; wizytacya lekarza odbywa się 3 razy na dzień. Wyzdrowienie zupełne w 30%. Właścicielem i kierownikiem zakładu jest Dr. Walther; on właściwie jest zwolennikiem hartowania chorych piersiowych, by ci zachowali odporność i po powrocie do domu. Dr. Walther zachęca do robienia wycieczek bez okrycia dla głowy, bez palta i bez kaloszy.

V. Rozprawiano o grasujących w Mińsku chorobach zakaźnych, pomiędzy którymi szkarlatyna zajmuje pierwsze miejsce; epidemia tegoroczna przybrała charakter pandemii.

Posiedzenie z dnia 28 Stycznia 1904 r.

I. Dr. I. Malkiewicz odczytał rzecz p. t. „Krótki zarys nowych kierunków w etyce ogólnej i lekarskiej“.

Materyalistyczny kierunek w życiu społecznym, walka o byt, podniesienie skali użycia i komfortu—przytłumiły w ludziach naogół świadomość tego, że mają w sobie od natury daną wspólną wszystkim duszę człowieka, której wytworem być musi etyka wszechludzka i porządek życia etycznego na świecie. Sama wiedza, nauka, i jednostronne wykształcenie stanowią nieraz miecz obosieczny. Wiedza może się przyczyniać, lecz sama przez się nie tworzy etyki; nowe wynalazki i życie współczesne wogóle dają nawet powody do większej demoralizacyi. W końcu XIX-go wieku zaczyna się reakcyja, szukająca nowych dróg i przejścia od suchego materyalizmu do ideałów, uogólnień, do filozofii — do nowych kierunków i w sztuce i w nauce. Tworzą się etyczne stowarzyszenia i Szkoły Etyki w Ameryce—a potem w Europie; w tych stowarzyszeniach i szkołach uczą, czem jest obowiązek człowieka, co jest sumienie, co czczyć i szanować w życiu należy; uczą o etyce i o duszy człowieka, o wyższych ideałach moralnych, o obowiązkach w życiu, o sile woli.

Etyka ogólnoludzka odczuta należyście daje dostateczne wskazówki postępo-

wania i dla każdego fachowca; to też etyka zawodowa wobec tego jest zbyt cenna. Pewną tylko odrębność etyki lekarskiej mogą stwarzać odrębne warunki bytu lekarzy. W etyce lekarskiej również można zaznaczyć zwrot ku ideałom wznioślejszym, zwrot, który w pracy lekarza stawia cel i obowiązek: *leczenie chorego życia*, a nie książkowej anatomicznej choroby; dusza i jednostka, typ chorego stają na pierwszym planie, by zaś na nią korzystnie oddziaływać; potrzebną jest także dusza etyczna w lekarzu. Humanitaryzm i altruistyczny kierunek stanowić powinny podstawę czynności lekarza. Na zakończenie przytacza się indyjską legendę o sędziu Buddy nad roznościcielami wody i wyrok Buddy: „Sznujcie się sami wzajemnie, więc i was szanować będą“.

Nareszcie, przechodząc do miejscowych warunków życia koleżeńskieg, referent radzi dla wytworzenia większej łączności i pozyskania neutralnego terenu do zbliżania się i poznawania wzajemnego stworzyć wspólnymi siłami bibliotekę i czytelnię lekarską w oddzielnym lokalu. (Autoreferat).

*Dyskusya:* Dr. K a m i n s k i ostro wystąpił przeciwko zdaniu prelegenta, że wykształcenie i kultura nie wpłynęły na podniesienie poziomu moralnego ludzkości; modnemu zaś na zachodzie etycznemu prądowi, oponent nadaje inne znaczenie, dowodząc, że ma on na względzie wyłącznie dobro klas uprzywilejowanych. Dr. L u n z nie zgadza się z wypowiedzianem w odczycie zdaniem, że L. Tołstoj jest zły usposobiony dla lekarzy dla tego, że nie spotkał pomiędzy nimi ludzi humanitarnych; Tołstoj jest wogóle wrogiem nauki, a więc i medycyny. Dr. O f f e n b e r g wypowiada zdanie, że nowe poglądy na etykę lekarską powinny wypłynąć z nowych pojęć na istotę choroby, podług których oznacza ona nie sumę zmian anatomicznych w organach, a *chore życie*; lecząc nie cierpienie, a cierpiącego, lekarz ma do czynienia w znacznym stopniu z duszą chorego, jego indywidualnością i od lepszego lub gorszego jej zrozumienia zależy zaufanie, które u pacjenta zdobywa i ta wiara, z którą chory się leczy; to też nie powinien brać za złe choremu, gdy ten pod wpływem niepokoju o swe zdrowie i życie wzywa innych lekarzy do siebie, jak również sam, będąc wezwany do łóża chorego, którego odwiedzał przedtem inny lekarz, powinien się starać, o ile to się da, przywrócić w chorym wiarę w autorytet poprzednika swego.

II. Dr. R u b i n s t e i n opowiedział o swoim przypadku: „Porażenie serca błonicy u 4 letniego dziecka“, przytoczył najnowsze poglądy na przyczynę tej sprawy i statystykę porażen (6<sup>o</sup>/<sub>o</sub>). W dyskusyi (kol. Eisenstadt i Juraha) omawiano anatomię patologiczną takich porażen serca (zakrzep naczyń włoskowatych serca i rozpuszczenie włókienek mięsnych lub, podług innych, tłuszczowe zwyrodnienie mięśni sercowych).

III. Dr. L i p m a n o f f demonstrował chorą dziewczynę z morbus Adissoni i tłumaczył patogenezę tej choroby nietylko cierpieniem gland. suprarenalis, ile wpływem systemu nerwowego. Mówiono o leczeniu adrenaliną oraz zwracano uwagę, by przy różniczkowaniu cisawicy mieć zawsze w pamięci argyriam, która daje podobne zabarwienie.

Dr. Jan Offenber.

## Towarzystwo Lekarskie Płockie.

Posiedzenie z dnia 31 Sierpnia 1903 roku.

Obecnych na posiedzeniu 10 członków.

I. Wskutek panującej w Płocku i jego okolicach szkarlatyny postanowiono przedsięwziąć następujące środki ostrożności: a) umarłych na chorobę zakaźną kazać zamykać w trumnę zaraz i chować w 24 godz. od chwili śmierci; b) trumien z umarłymi na chorobę zakaźną nie wozić dorożkami; c) w razie zachorowania w mieszkaniu, gdzie są uczniowie, kogokolwiek na szkarlatynę, zawiadomić o tem lekarza miejskiego, który zabroni zdrowym uczniom z tego mieszkania uczęszczać przez pewien określony czas do szkoły; d) uświadamiać ogół co do zachowania środków ostrożności w razie przypadku szkarlatyny; w tym celu opracować i wydać drukiem krótkie przepisy, które rozdawać na mieście, rozlepić na rogach ulic i t. p.

Opracowania tych przepisów podjęli się kol. M a c i e s z a i T h e m e r s o n.

II. Kcl. C h m i e l i Ń s k i podjął się opracować i wygłosić odczyt: „O chorobach zakaźnych, ich szerzeniu się i zapobieganiu“.

III. Rozpatrywano projekt utworzenia kasy emerytalnej dla lekarzy Królestwa Polskiego, powstały w Radomskim Tow. Lekarskiem. Wnioski dyskusyi: a) Tow. Pł. uważa projekt za będący na czasie i zasługujący ze wszzech miar na uznanie; b) Tow. Pł. podejmuje się wspólnej pracy w gromadzeniu odpowiedniego ma-



teryżu i opracowaniu projektu; c) Tow. Pł. zgadza się ponieść część wydatków, jakie na nie przypadną przy opracowaniu projektu; d) postanowiono zawiadomić o rezultacie dyskusji przewodniczącego komisji emerytalnej przy Tow. Lek. Radomskiem, kol. Fidlera.

IV. Postanowiono zakupić do Biblioteki Towarzystwa pracę zbiorową profesorów polskich pod redakcją prof. Jaworskiego, p. tyt. „Nauka o chorobach wewnętrznych“, oraz „Etykę lekarską“ Molla (w tłum. rosyjskim).

V. Dr. weter. Zaniewski demonstrował kilkadziesiąt preparatów drobnowidzowych z dziedziny bakteriologii zwierzęcej.

Posiedzenie z dn. 5 Października 1903 r.

Obecnych na posiedzeniu członków 11, gości 4.

I. Postanowiono, ażeby pisma lekarskie, prenumerowane przez Tow. Lekar. Płockie, nie od razu po przyjeździe były roznoszone do domów (jak było dotychczas), lecz aby w ciągu jednego tygodnia pozostawały rozłożone na stole w bibliotece Towarzystwa. Po upływie tygodnia mają być pisma owe roznoszone po kolei do czytania członkom Towarzystwa. W celu, ażeby pisma nie ginęły, woźny, roznoszący je, ma brać od członków pokwitowania z odbioru pism.

II. Dr. weter. Zaniewski odczytał pracę: „O promieniu“. Autor traktował głównie o promieniu u zwierząt, w etyologii jednak i terapii uwzględnił i promienię u ludzi.

Po odczycie była dyskusja.

Prelegent demonstrował suchy preparat—czaszkę wołu, dotkniętego promienią, oraz świeży okaz — łeb przed kilku dniami zabitego wołu z ropniami promienicowymi w częściach miękkich.

III. Kol. Zaleski powiedział kilka słów o nowej surowicy przeciwszkarlatynowej, przygotowywanej od niedawna przez Dra Palmirskiego w Warszawie. O ile surowica ta jest skuteczna w szkarlatynie, powiedziec tego dotychczas nie można ze względu na małą ilość spostrzeżeń.

IV. Kol. Maciesza wskazał na ciekawą pracę Dra Popiela: „Miednica polek“. Kol. M. w krótkości streszczył tę pracę.

Posiedzenie nadzwyczajne w d. 23 Października 1903 r. Na posiedzeniu obecni byli członkowie rzeczywisci, jakoteż członkowie protektorzy Pł. Tow. Lek.

I. Posiedzenie zagał prezes Towarzystwa Dr. Zaleski, robiąc ogólny

przeгляд działalności sekcji higienicznej przy Tow. Lek. Pł. od czasu jej powstania t. j. od końca Stycznia r. b.

II. Pani Doktorowa Chmielińska odczytała „Sprawozdanie z trzechletniej działalności komitetu gier dzieciennych w ogrodzie Tow. Kolarzy w Płocku“.

III. Powstała myśl utworzenia wydziału wychowawczego sekcji higienicznej przy Pł. Tow. Lek. Na przewodniczące komitetu wybrane zostały: pani Drowa Chmielińska i pani Sztramajerowa; na członków komitetu: pani inżynierowa Czechowska i panna Wąsowiczówna.

IV. Inżynier Hendzel odczytał pracę „Stan wodociągów w Płocku“. Prelegent przedstawił historię powstania wodociągów w Płocku, oraz analizę wody z Wisły.

V. Dr. Thernerson odczytał referat: „Obowiązki właścicieli domów“. Prelegent przedstawił postulaty higieniczne, jakich obowiązani są trzymać się właściciele przy budowaniu domów.

V. Dr. Maciesza podał projekt utworzenia sekcji ludowej higienicznej dla uzdrowotnienia wsi. Dyskusja nad tą kwestją została odłożona do następnych posiedzeń.

Posiedzenie w dn. 18 Listopada 1903 r.

Obecnych na posiedzeniu członków czterestu.

I. Sprawy bieżące: a) Na kandydata wybranym został pan Lokodowski. b) Pan Donajski 11 głosami przyjęty został na członka Tow. Lek. c) Pan Szymański wskutek wyjazdu z Płocka zrzeka się kasyerstwa i wybranym został na członka korespondenta. d) Z powodu śmierci prof. Brodowskiego postanowiono wysłać depeszę i uczcić pamięć Jego przez ogólne powstanie. e) Obliczono, że czysty zysk ze sprzedaży „Karmienia niemowląt“ wynosi dotąd rb. 18 kop. 90. f) Na propozycję Sek. Hyg. w Kaliszu przysłania 400 egz. „Karmienia niemowląt“ wzamian za 40 egz. „Jak ratować tonących“ Tow. zgadza się. g) Propozycję Tow. Lek. Lub. w kwestyi zakupywania środków aptecznych w fabrykach krajowych postanowiono oddać do rozpatrzenia Pp. aptekarzom. h) Ponieważ miasto zanieczyszcza wodę w Wisle, przez co mieszkańcy Powisła pozbawieni są czystej wody, z jakiej mieszkańcy miasta korzystają dzięki wodociągom, przeto Tow. zwraca się z odeszłą do magistratu, aby miasto wydawało mieszkańcom nad Wisłą bony na wodę wodociągową.

II. Kol. Zaleski: *Dwa przypadki szkarlatyny, leczone surowicą Dr. Palmirskiego.* Na poprzednim naszym zebraniu referowałem ogólnikowo o wynikach leczenia trzydziestu kilku przypadków ciężkiej szkarlatyny w Warszawie surowicą przeciwploniczą Dr. Palmirskiego i o ogólnym wrażeniu, jakie surowica ta wywarła na lekarzach warszawskich. Wrażenie to było na ogół dodatnie; chociaż nie wszystkie przypadki zakończyły się pomyślnie, to jednakże najprzód lekarze, stosujący surowicę, nie widzieli wpływu szkodliwego na chorych, powtóre, śmiercią kończyły się przypadki, w których zastrzykiwano surowicę późno (18-go lub 19-go dnia). Wobec zachęcających, bądź co bądź, wyników postanowiłem w odpowiednich ciężkich przypadkach zastosować surowicę wspomnianą, użyczoną mi łaskawie przez D-ra Palmirskiego; ponieważ jednak epidemia plonicy w Płocku ma się ku końcowi, przypadków więc cięższych mieliśmy nie wiele, i w dwóch zaledwie mieliśmy sposobność zastosowania tego sposobu leczenia; obydwą przypadki, robiące wrażenie ciężkich i obserwowane przeze mnie razem z D-rem Nehringem, zakończyły się pomyślnie.

Przypadek I. S. S. lat 15 ze wsi Kobrezki przybyła do szpitala dnia 18. V. Choruje dzień trzeci. Z początku samego wymioty, ziębienie, ból głowy; na drugi dzień ból gardła. Na całym ciele znaleźliśmy bladoczerwoną wysypkę, w gardle na migdałach naloty i głębokie bardzo krypty, wypełnione szaro-żółtą masą.  $T^{\circ}=39,06$ ,  $P=148$ , miękki, mały. Usta otwarte. Robi wrażenie bardzo ciężko chorej. Zaraz też zrobiono iniekcję 50 cmt. sz. surowicy. Nazajutrz  $T^{\circ}$  około  $39,0$ ,  $P=124$ , a jeszcze dnia następnego  $T^{\circ}$  rano= $37,5$ , wieczorem  $38,6$ ,  $P=92$ ; toż samo nazajutrz, a potem już normalnie. W gardle szybka poprawa. Dnia 20. X. wysypka znikła. Stan zupełnie dobry. Dnia 23. X. zabrana do domu. We 2 tygodnie miałem o niej wiadomość od matki, że jest zupełnie zdrowa.

Przypadek II. K. W. lat 13 przybył do szpitala dnia 27. X. trzeciego dnia choroby, w stanie ciężkim: wysypka mało wyraźna, sina;  $P=152$ ;  $T^{\circ}=40,6$ ; język suchy, obłożony; w gardle duże naloty; silne obrzmienie gruczołów szyjowych, szczególnie ze strony prawej; chory mocno osłabiony. Tegoż dnia—iniekcya 50 gr. surowicy przeciwploniczej D-ra Palmirskiego. Na drugi dzień rano  $T^{\circ}=40,2$ , wieczorem  $39,6$ ,  $P=150$ , wysypka wyraźniej-

sza, czerwieńsza. Dnia 29. X.  $T^{\circ}$  rano i wieczorem= $39,4$ ,  $P=132$ , stan subiektywny lepszy. Dnia 30. X.  $T^{\circ}$  rano  $38,2$ , a wieczorem= $39,0$ ,  $P=102$ , gruczoły szyjowe dużo mniejsze. Następnego zaś dnia  $P=84$ , przy  $t^{\circ}$  jeszcze około  $39^{\circ}$ . Stan ogólny dobry. Gorączka utrzymywała się jeszcze dni parę powyżej  $38^{\circ}\text{C}$  przy ogólnym stanie bardzo dobrym, przyczem gruczoły szyjowe zupełnie znikły. Chory poprawia się szybko w zupełności, chociaż przebywa jeszcze w szpitalu; łuszczenie prawidłowe.

Dwa te przypadki nie mogą być naturalnie przekonywającymi, w każdym razie należały one do cięższych. Oboje chory robili wrażenie ciężko zakażonych. Niepokojące objawy upadku działalności serca po zastosowaniu surowicy bardzo szybko ustąpiły, obrzmienie gruczołów bardzo wielkie w drugim przypadku znikło szybko i stan subiektywny rychło się poprawił. W miejscu zastrzyknięcia surowicy żadnych nacieczeń ani bolesności nie było i przypadki te, chociaż nie zupełnie przekonywające, upoważniają do stosowania surowicy D-ra Palmirskiego w odpowiednich razach. Sądzę, że Sz. Koledzy, gdy zdarzy się przypadek plonicy z niepokojącymi objawami, śmiało mogą stosować ten rodzaj leczenia bez obawy jakiejś komplikacji ze strony surowicy. Z czasem dopiero pokaże się, czy w surowicy tej pozyskaliśmy środek tej wartości, jaki mamy w surowicy przeciwploniczej. (Autoreferat).

III. Dr. Zaleski: *Przypadek tężca leczonego surowicą swoistą.* Po omówieniu procentu śmiertelności tężca przy leczeniu surowicą swoistą i bez surowicy Dr. Zaleski opisuje swój przypadek, spostrzeżany w szpitalu S.tej Trójcy.

Chory W. W., lat 6 ciu, wstąpił do szpitala dnia 15. X. 1903 r. Zachorował około 3 tygodni przedtem. Zaczął doznawać trudności przy chodzeniu, a po tygodniu chodzić zupełnie zaprzestał i, podług opowiadania rodziców, cały był wyprężony.

W szpitalu zanotowano: Dziecko leży ze zgiętymi w kolanach i stawach biodrowych nogami; mięśnie grzbietowe, piersiowe i brzuszne napięte, twarde; opistotonus; lordosis; przykurczenie stawów łokciowych; trismus niewielkiego stopnia; mięśnie karku stosunkowo mało naprężone; risus sardonicus; na brzegach języka ślady odcisniętych zębów. Jeżeli wziąć chorego za obiedwie goleni, podnieść go można do góry w pozycji poziomej, przyczem całe ciało jest wyprostowane; podno-

zenie takie sprawia choremu silny ból. Stan bezgorączkowy. Tętno 144. Na lewej poduszce parę świeżych niewielkich blizn: chory zwykle chodził bosy. Stan napięcia mięśni jest prawie ciągły; od czasu do czasu zwiększa się jeszcze, i chory wtedy krzyczy i głośno skarży się na bóle. W nocy zasypia, lecz budzi się bardzo często z krzykiem. Jeść może nieźle. Zastosowano gorące kąpiele po godzinie codziennie i chlorał do wewnątrz po 0,6×3, a jednocześnie posłano do Warszawy po surowicę swoistą.

Przy stanie ciągle jednakowym dnia 20. X. wstrzyknięto 20 cmt. sz. surowicy przeciwężcowej D-ra Roux. Dn. 21. X. znowu iniekcya 20 ctm. sz., a dnia 22. X. 10 cmt. sz.

Dnia 24. X. zanotowano: tętno, które trzymało się ciągle na 144 uderzeniach, spadło do 126; napady większego skurczu mięśni rzadsze.

Dnia 25. X. tętno 112; przykurczenia słabsze; stan lepszy.

Dnia 26. X. Chory sam może wyprostować nogi i usiąść na łóżku.

Dnia 28. X. Tętno 108. Chory siedzi i zaczyna trochę chodzić, chociaż ze zgiętemi jeszcze w kolanach nogami.

Dnia 29. X. zanotowano: w nocy 3 razy tylko krzyczał.

Od tego czasu stan zdrowia powoli, ale stopniowo, się poprawiał, tak że od początku Listopada już bez trudności chodzić zaczął. Tętno 86. Ze szpitala wyszedł 11. X., przyczem chodził jeszcze dość niezgrabnie, przytrzymując się łożek, ale napady skurczów już więcej się nie powtarzały. Stan ogólny dobry. Prócz surowicy swoistej chory codziennie otrzymywał kąpiele gorącą. (Autoreferat).

Wobec otwartej jeszcze kwestyi leczenia teżca surowicą swoistą Dr. Zaleski uważa za stosowne podać swój przypadek, chociaż należy on do lżejszych i przewlekłych, a więc dających rokowania lepsze.

Sekretarz Tow. Lek. Płock.

J. Żenczykowski.

### Towarzystwo Lekarskie Radomskie.

Posiedzenie d. 16 Stycznia 19 4 r.

Przewodniczący kol. K. Marks. Obecnych 31 członek.

Przed porządkiem dziennym kol. W. Papiewski przedstawił dziecko z *osteo-chondritis luetica haeditaria cum pseudomonoplegia*.

Dziecko 3 miesięczne, chore od 7 tygodni. Objawem, który zwrócił uwagę

otoczenia, był bezwład prawej rączki, który nagle wystąpił; nazajutrz zauważono zgrubienie nasady dolnej kości przedramieniowych, które stopniowo wzrastało pomimo stosowanych różnych kąpiele. P. widział po raz pierwszy małego pacjenta przed 8 dniami; przy badaniu znalazł: brak wybitnych cech zwyrodnienia, strup głowy na tle tłuścizotoku, nieznaczny tłuścizotok na brwiach, charakterystyczne, bledo-żółtawe zabarwienie skóry twarzy (Trousseau), wypływ ropy z lewego ucha, powiększenie i stwardnienie powierzchownych gruczołów chłonnych w pachwinach; u nasady dolnej prawego przedramienia znaczne zgrubienie obu kości, głównie promieniowej, bolesne przy macaniu i ruchach (biernych) stawu, ze skórą zaczerwioną z lekka, gorącą w dotknięciu i obrzęką. Bezwład kończyny jest tylko pozorny: po biernem ustawieniu kończyny w pozycji niedogodnej, dziecko rączką porusza, natomiast, niewątpliwie, ruchy w stawie napiętkowym zarówno czynne, jak bierne są dlań bolesne. Zmian w sferze czucia niema; stan dyspeptyczny. Wywiady dają rozstrzygające wyniki: matka rodziła 6-ro pierwszych dzieci; z następnych jedno umarło z objawami podejrzanymi; sama przechodziła lues i żywe dzieci rodzić zaczęła po zastosowaniu leczenia swoistego. Rozpoznanie więc danego przypadku nie przedstawia najmniejszych trudności—jest to osteo-chondritis luetica haeditaria cum pseudomonoplegia. W podstawie jego, jak wykazał Münch, leży periarteriitis syphilitica naczyń kostnych, wskutek której rozwija się zgorzel kości enchondralnej, która z kolei wywołuje reakcyę ze strony chrząstki, wyrażającą się bujaniem tkanki granulacyjnej naprzód w kanałach pasa kostnienia, a potem zupełnie oddziela trzon od nasady; obok tego zjawia się reakcyja okostnej, mianowicie zapalenie przewlekłe tej ostatniej. Anatomia patologiczna sprawy, dzięki badaniom Wegnera, Waldeyera, Köbnera, dowodzi, że mamy tu do czynienia z zapaleniem całej kości, nie tylko chrzęstnej lub okostnej. Sprawy te, konstantowane najczęściej przy autopsyi, porażają z kolei częstości: żebra, dół nasady uda, d. n. goleni, d. n. przedramienia, górn. n. goleni, g. n. uda, g. n. przedramienia, d. n. ramienia t. j. najczęściej tam, gdzie zachodzi najszybszy wzrost kości. Klinicznie konstatuje się zwykle, gdy dochodzi do oddzielenia trzonu i krepitacyi w miejscu porażonem, czego w naszym przypadku niema i, — dzięki przedsięwziętemu przed 10 dniami leczeniu rtęciowemu — niewąt-

pliwie nie będzie. Zwraca tu na siebie uwagę inny objaw—porażenie wrzekome: występuje ono w sprawie dość daleko posuniętej; nie jest to żaden bezwład i nie zależy on bezwątpienia od porażenia narządu nerwowego lub mięśni, lecz warunkowany jest naruszeniem ciągłości drąga i bolesnością, wskutek której dziecko dąży do bezwładności kończyny: przy odpowiednim leczeniu równocześnie ze znikaniem zjawisk zapalnych kości ustępuje porażenie wrzekome.

II. Kol. Szczepaniak przedstawił chorą z *carcinoma gland. lacrymalis sin.*

Chora lat około 60, odżywiania miernego; od kilku miesięcy skarży się na ból w lewym oku i ucisk w lewym oczodole. Przy pierwszym wejściu na chorą od razu daje się zauważyć lekkie skrócenie lewej gałki ocznej do wewnątrz i ku dołowi, palcami zaś wyczuwa się w części skroniowej oczodołu guz w postaci kulistego odcinka, otaczającego zzewnątrz gałkę oczną. Guz ten jest mało ruchomy, twarde, o nierównej powierzchni; z przodu przylega do brzegu wyrostka oczodołowego kości licowej, nie zlewa się z nim jednak i, wypychając ku gałce łącznicę powiekową oraz część zewnątrz obu załamków, gubi się w głębi oczodołu. Topografia guza tak idealnie odtwarza położenie normalnie znajdującego się w tej części oczodołu gruczołu łzowego wraz z jego dodatkami cewkowo-groniastymi iż eo ipso zostaje rozstrzygnięte pytanie co do punktu wyjścia sprawy chorobowej. Chodzi więc tylko o to, jakiego rodzaju jest ten guz? Kazyistyka anatomopatologiczna wskazuje, iż gruczoł łzowy, oprócz guzów na tle zapalnym powstałych (ropień, przerost) może również dawać początek (aczkolwiek rzadko) różnym nowotworom (torbiel, gruczolak, rak, mięsak); wiek chorej jakoteż szybki stosunkowo rozrost guza przemawia naturalnie za rakiem, chociaż niema tu jeszcze powiększenia gruczołów sąsiednich. Leczenie może być tylko operacyjne. Co zaś do metody operacyjnej, to, zdaniem autora, najwłaściwszy byłby sposób Valpeau, polegający na 2-ch ciężciach: poprzecznym ku skroni i prostopadłym do niego wzdłuż łuku brwiowego, z następczem odwinięciem ku górze kwadratowego płatu. Sposób ten uprzyściplni obnażenie gruczołu na całej jego przestrzeni i da możność radykalnego usunięcia nie tylko samego gruczołu, ale i okolicznej tkanki, jeżeli ta uległa już choćby częściowemu zwyrodnieniu.

III. Kol. K o ł o d n e r przedstawił chorego ze skórnymi guzami twarzy i owłosionej części głowy. Część tych guzów K. usunął drogą operacyjną i, sądząc z rozwoju i wyglądu makroskopowego, przypuszcza, że jest to fibroma molluscum. K. ma zamiar wkrótce przystąpić do usunięcia pozostałych guzów i zbadania takowych pod drobnowidzem, poczem z wynikami badania nieomieszka podzielić się z kolegami.

I. Z powodu zamknięcia roku sprawozdawczego Prezes, kol. J. Majkowski, zagałł posiedzenie następującemi słowy:

Szanowni panowie! Sprawozdanie z działalności naszego towarzystwa za rok ubiegły ujęte w liczby i fakty, posłyszymy niebawem z ust kolegów: Sekretarza, bibliotekarza i Skarbnika. Sąd o tym wspólnym naszym dorobku pozostawiam Waszej światłej i sumiennej opinii. Jest do życzenia, abyście go wypowiedzieli szczerze i otwarcie, zażądali bliższych wyjaśnień, postawili swoje wnioski i postulaty na przyszłość. Ośmielając się zabrać pierwszy głos w uroczystą dla nas rocznicę otwarcia Towarzystwa, zamierzam jedynie wskazać na idealną stronę jego działalności na te impouderabilia, które, aczkolwiek faktami się znaczą, nie nadają się jednak do ilościowej analizy i tylko z ręką na sercu wyczuwać się dadzą. Jeżelibyśmy np. chcieli dochodzić przyczyny, dla czego dwa główne nasze zadania t. j. praca na polu medycyny praktycznej i na polu higieny—tak nierównomiernie się u nas rozwija, to za pierwszą wewnętrzną przyczynę — postawił bym: *brak zaufania we własne siły u jednostek*, a za drugą: *nasze ogólne nieprzygotowanie do pracy zbiorowej*. Medycyna praktyczna to nasz chleb powszedni, codzienna potrzeba i wynik naszej wykształconej umysłowości, gdy higiena dopiero od niedawna zaczęła nas — lekarzy — obowiązywać, stawiamy na tem polu pierwsze zaledwie kroki, nie mamy — wyznajmy szczerze — *dostatecznie przygotowanych jednostek*, jak równie nie mamy *wyrobienia w pracy zbiorowej*, której higiena przedewszystkiem wymaga. Można jednak mieć nadzieję — a starać się należy jaknajusilniej o to, aby się pozbyć tych ujemnych naszych właściwości, hamujących należyty rozwój towarzystwa. I tu — dobry przykład jednostek ruchliwych, umiejętna zachęta i szlachetna emulacja, obudzi — niewątpliwie — u nas więcej indywidualizmu, a szczerze i ogólne dążenia, jeżeli nie do zbratania

się, to przynajmniej do ścisłego, koleżeń-  
skiego zrzeszenia—ułatwi nam *naszą pracę  
zbiorową*. Zapewne przyznać zechcecie  
Szanowni panowie, że dotychczas sprawy  
towarzystwa za mało budziły u nas ogól-  
nego interesu. Są członkowie, którzy  
w ciągu całego roku świecili nieobecno-  
ścią. Wprawdzie powody nieobecności mo-  
gą być często usprawiedliwione. Wiemy,  
jak niewolniczo nieraz jest przykuty le-  
karz do miejsca swej działalności. Lecz  
jeżeli kto z nas nie może przyjąć udziału  
osobistego, to mógłby przecież zdobyć się  
na udział piśmienny, np. przesłaniem swo-  
ich uwag odnośnie do protokółów, ogło-  
szanych in extenso co miesiąc w „Czaso-  
piśmie Lekarskiem“. Nie potrzebuje go to  
zrażać, że sprawa została już przesądo-  
ną i że akta o niej zamknięto. albowiem  
może ona łatwo być wznowioną i przez  
to zyskać na pogłębieniu. Toż samo pe-  
żadanymi będą opisy spostrzeżeń prak-  
tycznych, a rzadkich i pouczających, nad-  
syłane Towarzystwu, w razie niemożno-  
ści przybycia na posiedzenie, jak również  
naukowe korespondencye wszelkiego ro-  
dzaju, nie wyłączając spraw zawodowych.  
W dalszym rozwoju tej myśli rzucam pro-  
jekt zaprowadzenia rodzaju *skrzynki za-  
pytań*, jak to ma miejsce w wielu nauko-  
wych stowarzyszeniach. Byłby to, zda-  
niem mojem, najprzystępniejszy i najmniej  
pretensjonalny sposób dzielenia się swo-  
jemi myślami, wątpliwościami naukowemi  
etc. a zarazem łącznik umysłowy z ogół-  
em stowarzyszonych kolegów. Wszak ma-  
my w naszym gronie członków gruntow-  
nie ukształconych, wyrobionych specya-  
listów, którzy pracy swej, w dawaniu od-  
powiedzi na pytania, nie poskąpią—zwła-  
szcza—że będzie to praca drażna—odpo-  
wiedź krótka na kateryczne zapytanie.

Z praktycznego i koleżeńkiego sta-  
nowiska śmiem jeszcze zwrócić uwagę  
Szanownych Towarzyszy na to, że od kil-  
ku miesięcy posiadamy odpowiednio urzą-  
dzoną Czytelnią zaopatrzoną w pisma,  
którą godziło by się częściej odwiedzać,  
tak ze względu na czytelnictwo pism, jak  
i częstszego zetknięcia się z kolegami.  
Ktoś zwróci uwagę na interesujący arty-  
kuł, inny wyda o nim opinię, zawiąże się  
dyskusya i zawsze pożyteczna wymiana  
zdań. Nie bez tego, aby i bieżące sprawy  
Towarzystwa nie dały przedmiotu do roz-  
mowy. A wszystko to przyczyni się do  
osobistego zbliżenia, do wzajemnego po-  
znania się i uznania, do rozbudzenia życia  
umysłowego i podtrzymania ducha wśród

szarych codziennych naszych zajęć obo-  
wiązkowych.

Pozwólcie mi Szanowni Panowie, abym  
jeszcze na jeden punkt zwrócił Waszą  
uwagę. Jest nim *pessimizm*, przejawiający  
się niekiedy w wygłaszanych opiniach  
o stanie i przyszłości naszego Towarzyst-  
wa. Pessimizm i łatwość zniechęcania się  
do przedsięwziętych zadań jest w ogóle  
ciężką chorobą naszego społeczeństwa. Za-  
nadto uogólniamy ponure poglądy i prze-  
nosimy je z jednej sfery naszej sytuacji  
do drugiej. Cóż więc dziwnego, że i w na-  
szem gronie mamy pessimistów, którzy  
z pewną nawet brawurą do tego się przy-  
znają.

Mili towarzysze! związaliśmy się w to  
koło—z własnej woli. Spójnia jest nieroz-  
zerwalna. Stójmy więc twardo i w zwar-  
tym szeregu—za honor tego koła—boć  
on jest i naszym!

II. Protokół poprzedniego posiedzenia  
odczytano i przyjęto.

III. Odczytano i zatwierdzono roczne  
sprawozdania: sekretarza, skarbnika i bi-  
bliotekarza.

IV. Zatwierdzono budżet na rok 1904.

*Dochód*: Remanent z r. 1903—225 rb.  
99 k.; ze składek rocznych—768 rb. ze  
składek zaległych—84 rb.; zwrot kosztu  
druku szematów—25 rb. Razem—1102 rb.  
99 kop.

*Rozchód*: Lokal—150 rb.; opał i świa-  
tło—50 rb.; prenumerata pism—175 rb.;  
kupno książek—100 rb.; oprawa tychże—  
50 rb.; pensya woźnego—120 rb.; służbie  
na ogólnych zebraniach—10 rb.; umeblo-  
wanie lokalu—50 rb. wydatki kancelaryj-  
ne—60 rb.; wydatki nadzwyczajne—28 rb.  
razem—793 rb.

Remanent—309 rb. 99 kop.

V. Członek komisji rewizyjnej, prow.  
Łagodziński, odczytał protokół tejże komi-  
syi w sprawie stanu kasy i biblioteki To-  
warzystwa; jak kasa tak i biblioteka zna-  
lezione zostały przez komisję w należytym  
porządku.

VI. Kol. Prezydujący zarządził głoso-  
wanie tajne nad obiorem: Wice-prezesa,  
Członka Zarządu, Skarbnika, oraz Członka  
komisji rewizyjnej, ustępujących na mo-  
cy § 12 Ustawy Towarzystwa. Większo-  
ścią głosów wybrani zostali: na Wice-Pre-  
zesa—kol. Henryk Fidler; na Członka Zar-  
ządu—kol. Józef Pełczyński, na Skarbnika—  
kol. Antoni Szczepaniak, (ponownie),  
na Członka komisji rewizyjnej—kol. Zygmunt  
Płużański (ponownie).

VII. Postanowiono zaprenumerować w roku bieżącym, prócz pism prenumerowanych w roku zeszłym, jeszcze: 1) „Przewodnik Hygieniczny,” 2) „Lekarz” 3) „Müncher medicin. Wochenschrift i 4) „Terapia“.

VIII. Postanowiono nabyć dla biblioteki 2 szafy w cenie 70 rb.

IX. Ustanowiono następujące terminy ogólnych zebrań w roku bieżącym: 16. I., 6. II., 5. III., 9. IV., 7. V., 4. VI., 3. IX., 8. X., 12. XI., 3. XII.,

X. Przyjęto na Członka rzeczywistego Towarzystwa—kol. Walerego Libzowskiego (z Przysuchy).

XI. Kol. Prezes odczytał odezwę komitetu higienicznego, w której tenże z uwagi, iż wszystkie organy Towarzystwa w myśl Ustawy powinny podlegać

corocznej odmianie, z drugiej zaś strony: Ogólne Zebranie, zatwierdzając komitet, nie oznaczyło żadnego terminu jego działalności, ani też nie określiło porządku odnowy jego składu, przeto komitet higieniczny uważa się z dn. 1 Stycznia 1904 r. za rozwiązany, o czym prosi Zarząd zawiadomić Ogólne Zebranie. Komunikując o powyższym kol. Prezes poddał pod obrady wnioszek Zarządu, aby nowego komitetu nie wybierać, a sprawy higieniczne powierzyć Zarządowi Towarzystwa.

Wniosek powyższy został przez Ogólne Zebranie przyjęty i zatwierdzony. Natem posiedzenie ukończono.

Prezes J. Majkowski.

Sekretarz W. Cennère.

## Krytyka i bibliografia.

„Lekarz”. Pismo popularno-lekarskie, poświęcone higienie, zapobieganiu chorobom, dyetetyce i ratownictwu №№ 1—7.

Z oceną pisma nowego typu wstrzymać się należało aż do ukazania się większej liczby jego zeszytów. Dziś, mając już w rękę siedm zeszytów „Lekarza”, zdanie o nim mogliśmy sobie wyrobić.

Zacznę od wskazania dwu braków: za słabe uwzględnienie działu poświęconego pielęgniarstwu i brak „pokłosia” z pism ogólnych.

Wykazywanie błędów popełnionych przez pisma ogólne, smaganie nieuctwa reporterów, piszących o wszystkim, więc i o medycynie, jest pożądane w piśmie tego typu, nie tylko z racji pożytku, jaki płynie bezpośrednio z poprawiania błędów; jest to zarazem najwygodniejsza okazyja zwalczania wielu fałszów, kursujących wśród ogółu. A przymtem: forma polemiczna nadaje artykułowi i aktualność i żywe zabarwienie; dla tego staje się on więcej interesującym, jest chętniej czytany. Niemalą też jest wartość faktu, że pisma ogólne, wiedząc o stałym korektorze swych „artykułów” (najczęściej tłumaczeń nieudolnych) i wiadomości z dziedziny medycyny—liczyć się z nim będą zmuszone.

Za główne zadanie takiego pisma, jak „Lekarz” uważam: systematyczne usuwanie tych fałszywych poglądów, jakie obecnie na każdym kroku są przyczyną, że pacjent nie rozumie lekarza, że otoczenie chorego zamiast pomagać, przeszkadza lekarzowi, więc szkodzi choremu.

Jeżeli w zakresie przepisów ściśle leczniczych, t. j. farmaceutycznych, nie zrozumie laik intencji lekarza, nie w tem niema jeszcze złego (przynajmniej — dla pacyenta; nie chodzi nam zaś w tej chwili o krytykę, jakiej podlega lekarz z tego właśnie powodu). Ale jeśli w dziedzinie dyetetyki i zabiegów pielęgnowania niema zrozumienia—złe na tem chorey wychodzi. Bo nie łatwiejszego jak—mechanicznie—dawać podług przepisu: trzy razy po 2 pigułki lub po 15 kropel; nie zaś trudniejszego, jak w ciągu całej doby umieć pielęgnować i karmić chorego — zgodnie z planem leczenia, jaki nakreślił sobie lekarz.

Gdy zaś w środkach lecznictwa dyetetycznego i higienicznego upatrujemy dziś poważne czynniki terapeutyczne; gdy w tym właśnie kierunku najfałszywsze wśród ogółu panują poglądy; gdy—wreszcie—lekarz nie może przewidzieć z góry wszystkiego złego, jakie w tym względzie spotkać może chorego ze strony otoczenia—jest rzeczą pierwszorzędną wagi, by szeroki ogół nie tylko poznał zasady tego lecznictwa, ale by je dobrze rozumiał.

Zdaje mi się, że „Lekarz” ma tu bardzo wdzięczne pole działalności.

Po tych uwagach śmiało już mogę określić cały materiał dotąd w „Lekarzu” wydrukowany jako doskonale dobrany i bardzo umiejętnie zredagowany.

Na pierwszym miejscu postawiłbym wszystkie artykuły kol. Rzętkowskiego.

Ten np. „O apetycie“ polecić można do przeczytania wszystkim bez wyjątku pacjentom, bo nawet najinteligentniejszy wśród nich dowie się dopiero z niego tej prostej, a tak zapoznawanej, prawdy, że nie apetyt stwarza zdrowie, tylko odwrotnie: zdrowie stwarza apetyt.

Toż samo należy powiedzieć o artykułach „O przejadaniu się“, „O mięsie“, „O chlebie“.

Za bardzo właściwe w „Lekarzu“ i pouczająco napisane są też prace: kol. K. Łazarowicza (Złamania kości. Krwotoki przyranne. Otrucia gazami), kol. J. Idzikowskiego (Apteka domowa), kol. Bączkiewicza (Jak ochraniać dzieci od chorób zakaźnych), kol. Korybut—Daszkiewicza (Jak urządzić mieszkanie dla chorego dziecka), kol. Biehlerówny (Odżywianie dzieci), kol. Ulińskiego (O wypadaniu włosów), kol. Chodeckiego (O hartowaniu dzieci.

O bezsenności), kol. Świętochowskiego (O przeciągach) i in.

Na dobro redakcyi zapisać należy dział „Wiadomości praktycznych“, zajmujący, bo poruszający sprawy życia codziennego w sposób przystępny, a zarazem naukowy.

Dział: „Nasze żądania“ jest — ściśle biorąc — zbiorem nagłówków do artykułów, które powinny się w „Lekarzu“ z czasem znaleźć. Samo aforystyczne żądanie będzie wykonane tem prędzej i ściślej, im więcej *przekonany* będzie czytelnik o słuszności każdego żądania.

Ponieważ „Lekarz“ w zupełności odpowiada wymaganiom, jakie takiemu piśmie należy stawiać, obowiązkiem lekarzy jest polecać to pismo jaknajszerszemu kręgu inteligencji, dla której jest przeznaczony.

S. S.

## K R O N I K A.

— 36 — Do „Ech płockich i włocławskich“ (№ 15) piszą z Przasnysza:

Dnia 15 stycznia rada powiatowa dobroczynności publicznej w pełnym komplecie zwiedziła i obejrzała gruntownie nasz szpital i przysłała do wniosku, że szpital potrzebuje natychmiastowej i gruntownej restauracji, gdyż nie odpowiada swemu celowi i nawet grozi zawaleniem. Rada ta ma dziś na odrestaurowanie szpitala w rozporządzeniu swem 3,500 rb., lecz suma ta okazuje się za małą w stosunku do wielkości niezbędnej naprawy.

Szpital nasz nie ma łazienek, nie ma poczekalni dla przychodzących chorych, którzy na poradę i lekarstwa czekają w zimnym korytarzu, nie ma wentylacji, ma bardzo niehygieniczne i mocno wadliwie urządzone ustępy; cały oddział kobiecy, mieszczący się na poddaszu, nie wytrzymuje najmniejszej krytyki; cały szpital potrzebuje osuszenia. Przeto i niezbędna restauracja szpitala będzie kosztowała więcej, aniżeli 3,500 rb. Rada uznała za stosowne polecić inżynierowi powiatowemu sporządzenie kosztorysów, nie oglądając się na sumę rozporządzalną dziś, gdyż przysłała do niezłomnego przekonania, że zrobić coś a nie zrobić wszystkiego, będzie się równać wpakowaniu 3,500 rubli w błoto. Przy tej sposobności lekarz szpitala przemawiał za urządzeniem sali dla dziatwy chorej i za powiększeniem etatu na wyżywienie chorych, gdyż 11½ k. dziennie dla chorego podług etatu — jest stanowczo za mało“.

— 37 — Aptekarz z Głowaczowa, p. J. Fabowski, umieścił w „Farmaceutyce polskim“ (№ 5) korespondencję, z której podajemy urywek, domagający się sprostowania ze strony oskarżanego lekarza:

„Lekarz jest młody i zdolny, to też rychło zyskał sobie uznanie, a co pozatem idzie zapewnił dostatanie utrzymanie. Niezwykłe więc dziwnem wydaje mi się, że zapragnął, bym mu odstąpił połowę swego mieszkania, a mówiąc nawiasem, mieszkam u nas jest pod dostatkim, odmowa zaś moja była kością niezgody, *casus belli*. Jak się następnie okazało, powód tkwił głębiej: mój antagonistą miał kuzyna, farmaceutę, którego radby widzieć posiadaczem mej apteki, lecz zamiast otwartej propozycyi sprzedaży apteki

(mieszkając w G. lat 10, nie mam zamiaru jej opuszczać), wolał użyć środków przymusowych. Pomimę wymienianie tych „środków“, których charakter dobrze jest znany naszej braci prowincjonalnej, tam zwłaszcza, gdzie antagonizm stron występuje jaskrawo, czerpiąc swe źródło w zadraśniętym autorytecie lekarza. Nie mogę jednak przemilczeć, że jednym z tych środków jest przyrządzanie i wydawanie leków chorym przez samego lekarza. Gdybyż to były leki proste, simplicia, lecz są to leki złożone (czego dowody namacalne posiadam), których przyrządzanie i wydawanie stanowi właściwość, cel i zadanie apteki, a z porządku rzeczy daje środki utrzymania i zabezpiecza skromny wyprawdzie, lecz względnie niezależny byt. Jeżeli tedy kto wkracza w tę dziedzinę świadomie i przyrządza leki celowo, tem samem wyrządza szkodę farmaceutyce, jako uprawnionemu funkcyonaryuszowi społecznemu. Dotąd cierpi strona materyalna, jednakże bywa, że lekarz, dając choremu receptę, uprzedza wypadki i zapewnia go, iż lek *nio powinien* więcej kosztować nad podaną przezeń cenę. W rzeczywistości cena leku jest wyższa, wynika nieporozumienie pomiędzy przyrządzającym lek w aptece a nabywcą, które z porządku rzeczy wyrządza szkodę moralną, podrywając zaufanie potrzebujących leków.“

— 38 — *Nadużycia felczerów.* Urząd lekarski w Warszawie, po spisaniu odpowiedniego protokołu, domagał się pociągnięcia do odpowiedzialności sądowej starszych felczerów warszawskich: Aleksandra Kowalskiego i Lejbe Sznażmana, za zajmowanie się praktyką lekarską.

Usprawiedliwiając swoje żądanie, urząd między innymi przytoczył, iż panowie ci, wbrew 7-go art. instrukcyi felczerkiej, zatwierdzonej przez b. komisję sądową do spraw wewnętrznych i duchownych, zajmowali się wstrzykiwaniem chorym surowicy antydyfteryicznej, a czynność ta bezwarunkowo wchodzi w zakres praktyki lekarskiej.

Na posiedzeniu sądownem S. nie przyznał się do winy, Kowalski zaś dowodził, iż raz tylko zastrzykiwał surowicę i to dziecku. Zresztą — dowodził K. — czynność ta była mu wskazana przez ordynującego

lekarza, dr. Słupskiego, któremu nawet nie mógł się sprzeciwić, wszelki bowiem opór, okazany w takich razach lekarzowi, jest surowo wzbroniony; niemniej i samo odmówienie pomocy choreму jest karane. Jeżeli felecerowi dozwolone jest samodzielne szczepienie ospy, bez udziału lekarza, to i wstrzykiwanie surowicy—jako czynność nie wymagająca specjalnych znajomości—nie może być wzbroniona felecerowi, który ukończył szkołę specjalną i jest obeznany ze swoim zawodem.

Sędzia pokoju, po wysłuchaniu świadków, uznał oskarżenie za usprawiedliwione i skazał obu za zajmowanie się czynnościami, wchodzącymi w zakres specjalności lekarskiej, po rb. 15 grzywien, a w razie niemożności zapłacenia tej sumy po 3 dni aresztu policyjnego.

W obszernej skardze apelacyjnej Kowalski (Sznapan poprzestał na wyroku I instancji) starał się dowiedzieć, że wyrok sędziego pokoju w żadnym razie ostać się nie może, jako niezgodny z duchem przepisów ustawy felecerskiej, i że w danej sprawie nie było żadnego przekroczenia ani pod względem prawnym, ani etycznym.

Zjazd sędziów pokoju pozostawił skargę apelacyjną bez skutku. (Kur. Warsz. 1904. № 103).

— 39 — W dziwny sposób nasza publicystyka traktuje sprawę lekarskie.

Bo oto np. w № 15 pisma bezwarunkowo poważnego, jakimi są „Ogniwa“ w felietonie p. t. „Nasze lecnicтво ludowe“ obok bardzo ogólnikowych frazesów i wykrzykników, zwraca się felietonista do Towarzystwa lekarskiego w Warszawie z żądaniem, by ono zechciało dać inicjatywę w sprawie polepszenia lecnicтва wśród ludu,

„Możeby się kto znalazł wreszcie naprawdę, ktoby się tą sprawą zajął“.

Musiał chyba autor słyszeć o lekarzach, którzy po osadach i wsiach osiadali, i o całej akcji w sprawie zorganizowania racjonalnej pomocy lekarskiej, i o losach naszych w tym kierunku projektów!

„Od iluż lat kwestya pomocy lekarskiej jest omawiana? Od iluż lat ów głos jest głosem bezsilnych?“—pyta autor dalej.

A tu przecież mało co inicjatywa jednostki, a wszystko—społeczna poprawić może, jeśli chodzi o zmianę szybko, a poprawę decydującą!

„Wsió—wstręt“ i „miasteczko—wstręt“ naszych lekarzy? zniknie albo powoli: przez podniesienie się stopy życiowej ludności, kiedy ta *nie będzie się mogła obejść* bez kąpieli, książki i racjonalnej pomocy lekarskiej, albo s z y b k o: przez gmiune zabezpieczenie stałej pomocy lekarskiej ludności, a lekarzom—możności utrzymania się.

W żadnym z tych kierunków decydującą nie może być działalność towarzystw lekarskich; „tą sprawą“ zajmowały się one bardzo serdecznie, ale ich głos pozostał głosem bezsilnych...

„W związku z haniebnym brakiem pomocy lekarskiej na wsi“ jest — „przerazająca ciemnota, a nawet wprost barbarzyństwo ludu“.

I na to pomocy żądać nie można od—towarzystwa lekarskiego...

--- 40 --- Chory w więzieniu. Charakterystyczny przykład procedury więziennej przytaczają, gazety niemieckie. Jakiś żyd, poddany rosyjski, był przez długi czas pozbawiony wraz z rodziną pracy

przymierał z głodu i stopniowo zupełnie zidociał. W takim stanie został pewnego dnia stawiony przed sąd w Plützensee jako oskarżony o kradzież zegarka. Żyd stał przed sędziami i nie był w stanie nawet zatrzymać uwagi, ażeby zrozumieć stawiane mu pytania. Ponieważ nie zaprzeczył winy, bo był zupełnie nieprzytomny, więc przedstawiciele sprawiedliwości skazali go na rok więzienia. Tam skazany zachowywał się tak samo bezwładnie i pomimo wszelkich gróbów ze strony zwierzchności więziennej przez długi czas nie poruszał się z miejsca i nie chciał się wzięść do przymusowej pracy więziennej, mając wciąż oczy nieruchomo utkwione w jeden punkt. Dozorca skonstatował ten stan, zapisał w aktach więziennych, że „numer taki a taki odma w i a (niewiadomo jakim znakiem) pracy“, i na tej podstawie skazał go na zamknięcie w samotnej celce i pozbawienie obiadów. System ten trwał przez szereg miesięcy; więzień nie wychodził ze stanu odrętwienia, a dozorca ciągle konstatował oficjalnie: „odmawia posłuszeństwa“, i pozbawiał go coraz innych części pożywienia. *Wszystko to działo się z każdorazowego zezwolenia lekarza więziennego.* Po kilku miesiącach nareszcie zarządził oddanie więźnia do szpitala dla obłąkanych: lekarz nareszcie doszedł do przekonania, że ma do czynienia z umysłowo chorym. Znaleziono go w celce na podłodze bez pościeli, zupełnie wyczerpanego z sił. Z trudem podniesiono żywego kościotrupa i odstawiono do szpitala. („Głos“ № 14).

— 41 — Zakład wodolecznicy w Chojnach pod Łodzią, za sprawą jego kierownika lekarskiego Kol. Ad. Landego, zmienił swego właściciela. Nowa administracja z gruntu odnowiła Zakład, doprowadzając do należytego porządku pomieszczenia mieszkalne, urządzenia lecznicze oraz ogród i lasek przylegające do Zakładu. Jako rzecz dotychczas w krajowych uzdrowiskach nieznaną — w Chojnach obok zwykłych metod leczniczych prowadzone będą kąpiele powietrzne i słoneczne. Zabiegi te znane jeszcze z odległej starożytności, a szczególnie przez Rzymian, jako rzecz higieny ulubione (urządzały oni specjalnie t. zw. solaria) przeszły potem w zapomnienie. Na nowo wskrzeszone w naszych czasach przez t. zw. Naturheilartz'ów, zwołna wyrobiły sobie prawo obywatelstwa i w racjonalnie prowadzonej terapii fizycznej. Znajdują one najszersze zastosowanie w chorobach ze zwolnioną lub wadliwą przemianą materii. W dziedzinie chorób skórnych i kostnych zyskały one też dość licznych zwolenników. Zakład został otwarty d. 20 Kwietnia.

— 42 — Właścicielka pensjonatu leczniczego dla dzieci („Niecuzja“) w Zakopanem, pani Benoni-Dobrowolska, otworzyła podobny pensjonat (wespół z panią Sztromajerową) na sezon letni w R a b c e. Pensjonat zostaje pod opieką lekarską D-ra E. Supińskiego.

Utrzymanie tygodniowe z praniem i usługą, wynosi 33 do 40 koron. Koszty leczenia liczy się oddzielnie.

*Sprostowanie.* Str. 181 w. 5 z g., szp. 1, zamiast: „Lubelskie“ winno być „Radomskie“. Str. 184, w. 2 od d., szp. 1 zamiast: „Łukasiewicz“ winno być: „Fuk-siewicz“. Str. 184, w. 6 z g., szp. 2 zamiast: „odbył się“, winno być: „odbył“. Str. 185 w. 1 z d. szp. 2 zamiast: 710, winno być: 711. Str. 186 w. 10 z g. szp. 1 zamiast: 31, 34, winno być: 31, 43. Str. 186 w. 27 z d. szp. 1 zamiast: 86 r. powinno być: 84.

Komitet redakcyjny:

L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Joischer, H. Kohn, J. Koliński, A. Krasche, J. Maybaum  
J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, E. Sonnenberg.

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 21 Апрелья 1904 г.

Druk. S. Dębskiego, w Łodzi.