

Gruźlica u żydów

Na podstawie dat statystycznych, zebranych przez Towarzystwo lekarskie Częstochowskie,

Opracował Dr. Władysław Błęgański.

(Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Towarzystwa w dniu 16 Kwietnia r. b.).

Na początku Marca r. b. minął rok, jak podjęliśmy zbieranie dat statystycznych o chorobach zakaźnych w naszym mieście. W pracy tej przyjęli udział prawie wszyscy lekarze interniści, praktykujący w Częstochowie, w liczbie 17. Sposób zbierania dat polegał na wypełnianiu drukowanych schematów, gdzie wypisywano imię i nazwisko, wyznanie, lata, miejsce zamieszkania, rodzaj choroby, czas jej trwania i zejście. Kartki wypełnione zbierano co tydzień i daty zapisywano do ogólnej kontroli. Tym sposobem zebrany został dość bogaty materiał statystyczny, który mam zamiar obecnie zużytkować. Dziś pomówimy tylko o datach statystycznych, dotyczących się gruźlicy; na następnym zaś posiedzeniu zapoznam Panów z przebiegiem innych chorób zakaźnych.

Nim przystąpię do opisu wyników, muszę krytycznie rozpatrzeć wartość zebranego przez nas materiału statystycznego. Tego rodzaju materiał wtedy tylko zasługuje na wiarę i daje nam możność wyprowadzania odpowiednich wniosków, jeżeli zebrane daty są możliwie dokładne i prawdziwe. Mamy wszelkie prawo twierdzić, że obecne nasze daty nie są fantastyczne, jak się to nieraz zdarza w statystykach urzędowych. Brak presji urzędowej i potrzeba zaznaczenia szczegółów takich, jak nazwisko chorego, jego wiek, miejsce zamieszkania, wyłączają tu, zdaje mi się, wszelką możliwość kompozycji. Prędzej możnaby podejrzewać, że istnieją tu pewne braki, że lekarze przez zapomnienie nie wszystkich chorych notowali na kartkach. Przypuszczam nawet, że tak nieraz było, w ostateczności jednak brak ten nie ma wielkiego znaczenia, zwłaszcza, jeżeli dotyczy takiej choroby, jak gruźlica. Chory na gruźlicę, choćby najbiedniejszy, wobec długiego trwania choroby i bezskuteczności naszej terapii, bardzo rzadko

poprzestaje na radzie jednego tylko lekarza. Zwykle, nie widząc wyraźnej poprawy, szuka pomocy gdzieindziej i dlatego, jeżeli jeden lekarz zapomni go zamieścić w statystyce, drugi lub trzeci zanotuje go napewno. Takie wędrowki chorych po lekarzach stwierdziłem niejednokrotnie właśnie na zasadzie zebranych kartek statystycznych:

Czy jednak pomimo to możemy być pewni, że wszyscy chorzy na gruźlicę byli wyliczeni w naszej statystyce? Ja sądzę, że nie, że pewien nieznaczny procent chorych nie był notowany. Przedewszystkiem do naszej statystyki nie weszli ci chorzy na przewlekłą gruźlicę płuc, którzy w ciągu całego roku nie doznali wyraźnego pogorszenia i wskutek tego nie byli zmuszeni zwracać się o pomoc do lekarza. Takich chorych jest ilość prawdopodobnie bardzo drobna, ale że są, o tem nie wątpię, gdyż sam znam jednego stalego mieszkańca Częstochowy, chorego na przewlekłą włóknistą postać suchot płucnych, który jednak nie został przez nikogo z lekarzy zapisany. Następnie, do naszej statystyki nie wciągnięto pewnej ilości przypadków gruźlicy płuc u dzieci, o czem świadczy ta okoliczność, że przypadków gruźlicy u dzieci, zanotowano tylko 39. Jak wiadomo, przebieg tej choroby w wieku dzieciennym jest pod wieloma względami odrębny, to też lekarze robią tu często omyłki rozpoznawcze i zaliczają gruźlicę płuc u dzieci, przynajmniej w pewnej ilości przypadków, do zapalenia płuc nieżyłowego. Mniejsze znaczenie ma niepewność w rozpoznawaniu początków sprawy gruźliczej. W dalszym bowiem przebiegu choroba coraz więcej się ujawnia i chory prędzej czy później dostaje się do ogólnej kontroli. Odwrotne omyłki rozpoznawcze, t. j. rozpoznawanie sprawy gruźliczej tam, gdzie jej niema, zdarzyć się niewątpliwie mogą, ale w naszej statystyce występują chyba rzadko, gdyż nasza ludność zasięga porady u lekarza w chorobie już dość daleko posuniętej, a więc łatwej do rozpoznania.

Przyjmując pod uwagę wszystkie powyższe okoliczności, zgodzić się musimy,

że nasze daty statystyczne są względnie dość pewne, chociaż niezupełne. Prawdopodobnie około 10% wszystkich przypadków gruźlicy zostało w danych przez nas zebranych pominięte.

Teraz przechodzimy do opisu wyników z naszej statystyki. Ogólna ilość chorych na gruźlicę wynosiła w ciągu roku, od Marca 1903 do tegoż miesiąca 1904 roku—421. Porównajmy teraz tę liczbę z ilością mieszkańców. Częstochowa z dniem 1 Stycznia 1904 r. liczyła podług dat urzędowych 61,141 mieszkańców. Daty urzędowe nie obejmują jednak Ostatniego Grosza i Rakowa, które administracyjnie należą do gminy Huta Stara, jakkolwiek stanowią dziś przedmieścia Częstochowy i jako takie wciągnięte były do zakresu naszej statystyki. Jeżeli jako liczbę mieszkańców tych przedmieść przyjmiemy 3,000, to cała ludność naszego miasta wynosić będzie w okrągłej sumie 64,000. Stosunek więc liczby chorych do ilości mieszkańców przedstawia się: 66 na 10,000, czyli jeden chory na gruźlicę wypada na 152 mieszkańców. Takim jest ten stosunek wobec dat, przez nas zebranych. Ponieważ daty te nie są, jak już wiemy, zupełne, ponieważ do naszej statystyki nie weszła pewna ilość przypadków, którą obliczyliśmy przypuszczalnie na 10%, to ściśle rzecz biorąc, stosunek ten będzie większy, co około 72 na 10,000, czyli jeden chory na 140 mieszkańców.

Czy ten stosunek jest wogóle znaczny, czy Częstochowa należy do miast, posiadających duży odsetek chorych na gruźlicę? Odpowiedź na to pytanie jest trudna. Statystykę gruźlicy zwykle obliczają nie podług ilości chorych, lecz podług ilości śmierci. Wiemy, że statystyka ogólna wykazuje dla miast europejskich stosunek 20—60 przypadków śmierci na 10,000 mieszkańców. Dla naszego miasta nie mogliśmy dokładnie zebrać statystyki śmiertelności. Lekarze nie zawsze dowiadują się o śmierci swych chorych; to też jakkolwiek na naszych kartkach figuruje rubryka „zejście“, bywa ona jednak wypełniana w sposób niezupełny i dlatego nie możemy na niej wcale polegać. Musimy tu postępować drogą uboczną: możemy, na przykład, obliczyć przeciętny czas trwania choroby i otrzymać tym sposobem t. zw. wskaźnik gruźlicy. Dzieląc przez ten wskaźnik ilość chorych w ciągu roku, znajdziemy przypuszczalną, zbliżoną do prawdy ilość śmierci. Podobnym sposobem w Zachodniej Europie obliczają ilość chorych na gruźlicę, mnożąc liczbę

śmierci przez znalezione wskaźnik. Otóż, co do czasu trwania gruźlicy, to Cornet oblicza, że czas ten wynosi dla mieszkańców Niemiec 3 lata; do takiegoż samego wskaźnika dochodzi Cybulski¹⁾ dla mieszkańców Królestwa Polskiego na zasadzie dat, zebranych ze szpitala św. Ducha w Warszawie. Sądzą jednak, że wskaźnik taki jest za wysoki, zwłaszcza jeżeli statystyka obejmuje nie tylko gruźlicę płuc, lecz i gruźlicę kiszek i opon mózgowych które przebiegają prędzej. W naszej statystyce, jako wskaźnik, przyjmując chyba możemy 2½ lat; w takim razie śmiertelność wynosić powinna 26,4 na 10,000 mieszkańców lub 28,5, jeżeli przyjmiemy pod uwagę podane powyżej uzupełnienie co do przypadków, które nie były notowane. Nie jest to cyfra zbyt wysoka, gdyż wiadomo, że w Warszawie śmiertelność z gruźlicy wynosi około 30 na 10,000, a w Krakowie i Lwowie były lata, że przekraczała nawet 60. A zatem Częstochowa nie należy do miast najbardziej upośledzonych pod tym względem, co w pewnym stopniu przypisać można rozległemu jej obszarowi i rozrzuconym zabudowaniom.

Nasze daty statystyczne ujawniają jeszcze jeden ciekawy fakt, dotychczas rzadko notowany. Chodzi tu mianowicie o stosunek gruźlicy do rasy. Ponieważ na naszych kartkach zaznaczamy zawsze czy spostrzegany chory jest chrześcianinem czy żydem, więc otrzymaliśmy pod tym względem daty ściśle, wykazujące że ilość chorych na gruźlicę żydów jest stosunkowo znacznie mniejsza, aniżeli ilość chorych chrześcian. Z ogólnej liczby 421 chorych było chrześcian 343, żydów zaś 78, co stanowi dla chrześcian 81%, dla żydów 19%. Porównajmy teraz te cyfry z ogólnym stosunkiem ludzkości chrześciańskiej do żydowskiej w naszym mieście. Podług dat urzędowych na 61,141 mieszkańców było chrześcian 41,685, żydów 19,415, mahometan 41. Pomijając nieznaczną liczbę mahometan i włączając do ludności Częstochowy ludność Rakowa i Ostatniego Grosza, gdzie żydzi stanowią mały odsetek, otrzymamy w okrągłych cyfrach 44,000 chrześcian i 20,000 żydów. Stosunek więc

¹⁾ Cybulski. Wskaźnik gruźlicy u nas „Gaz. lekar.“ 1902. Wskaźnik ten zresztą rozmaici autorowie rozmaicie obliczają. Dettweiler podaje, że czas trwania gruźlicy wynosi 7 lat, Dunin 6 lat, a Dąbrowski 1 rok i 8 miesięcy. Te różnice zrozumiemy dopiero, jeżeli weźmiemy pod uwagę materiał, na którym wylczenia dokonane zostały. Dunin i Dettweiler opierali swe wskaźniki na praktyce prywatnej, zamożnej, Dąbrowski zaś — na praktyce szpitalnej.

ludności chrześcijańskiej do żydowskiej wynosi w odsetkach: dla chrześcijan 69%, dla żydów zaś 31%. Tymczasem ilość chorych na gruźlicę chrześcijan stanowi 81%, żydów tylko 19%. Ta różnica nie jest wynikiem błędów statystyki. Żydzi, jak wiadomo, zwykle leczą się chętniej, daleko więcej dbają o swoje zdrowie i prędzej zasięgają porady lekarskiej, aniżeli chrześcijanie; to też statystyka nasza, oparta na liczbie osób leczących się, musi być co do żydów ściślejsza nawet, aniżeli co do chrześcijan. Nasze więc daty statystyczne stanowią przemawiają za tem, że odporność żydów względem gruźlicy jest większa.

Dowodzi tego poniekąd inne jeszcze zestawienie cyfr. U żydów mianowicie na zasadzie naszych dat statystycznych zauważyć można więcej przewlekły przebieg tej choroby. Jest faktem, że gruźlica w wieku późniejszym przebiega powolniej, aniżeli w wieku młodszym; otóż wśród żydów daleko więcej stosunkowo spotykamy chorych w wieku późniejszym, aniżeli u chrześcijan. Z ogólnej liczby chorych chrześcijan było do lat 30 osób 233, w wieku zaś późniejszym 110, co stanowi w odsetkach dla pierwszej kategorii 68%, dla drugiej 32%. Z ogólnej zaś liczby chorych żydów było do lat 30 osób 38, a w wieku późniejszym 40, co stanowi dla pierwszej kategorii 48%, dla drugiej 52%. Przeciętny wiek chorego chrześcijanina wynosił 27,8 lat, chorego zaś żyda 31,1 lat. Cyfry te pozwalają wnosić, że u chrześcijan daleko częściej spotykamy ostry przebieg choroby.

Czy fakt, przez nas zauważony, jest tylko przypadkowy, miejscowy, czy też jest to zjawisko powszechne, że żydzi są wogóle odporniejsi na zakażenie gruźlicze? W dostępnej mi literaturze mało znalazłem odpowiednich dat i wskazówek, dotyczących się tego przedmiotu. Rzecz godna uwagi, że na punkt ten zwrócili uwagę pierwsi lekarze angielscy, praktykujący w ubogich dzielnicach Londynu, zamieszkałych przez ludność żydowską, mianowicie Drysdale, Gibbon i Loane; wzmianki o ich poglądach czytałem tylko w krótkich referatach¹⁾, nie wiem więc, czy zdanie swe opierali na większym, zebranym przez siebie materiale statystycznym. Również i w literaturze niemieckiej od czasu do czasu czytałem referaty z prac, gdzie wzmiankowano pobieżnie o większej odporności rasy semickiej wobec zakaże-

nia gruźliczego. Ale wszystko to były zdania ogólnikowe, nie oparte na szczegółowych danych. U nas na sprawę tę także nie wiele zwracano uwagi. W wybornej na swój czas pracy Rollego p. t. „Statystyka gruźlicy w Kamieńcu Podolskim“, ogłoszonej w „Tygodniku lekarskim“ w 1864 roku niema wcale podanego podziału chorych podług wyznania. Późniejsze statystyki śmiertelności, ogłaszane przez Pawlikowskiego ze Lwowa²⁾, Danielewicz z Warszawy³⁾ nie uwzględniają w tablicach wyznania i tym sposobem nie mogą dać odpowiedzi na pytanie, przez nas postawione. W obszernych, opartych na wielkiej ilości dat statystycznych, pracach Dunina⁴⁾ i Fidlera⁵⁾ niema także wzmianki o tej sprawie.

Pewne interesujące nas tu daty spotykamy w pracach Sterlinga, Cennéra i Klarnera. Sterling⁶⁾ zestawił tablice śmiertelności z gruźlicy, zebrane w ciągu 5 lat ze szpitali chrześcijańskich i żydowskich. Z tablic tych wynika, że śmiertelność z gruźlicy w szpitalach żydowskich jest o połowę mniejszą, aniżeli w szpitalach chrześcijańskich, w pierwszych śmiertelność wynosi 20%, w drugich zaś około 29%. Cennére⁷⁾ znalazł, że w Radomiu na 1000 chrześcijan umiera rocznie z gruźlicy 3,69 a na 1000 żydów tylko 1,94.—Na 100 zgonów u chrześcijan przypada na gruźlicę, jako przyczynę śmierci 17,19 przypadków, u żydów zaś na tę samą liczbę żydów tylko 11,95. Klarner z Bełżyc⁸⁾ na zasadzie obliczenia chorych, zasięgujących u niego porady lekarskiej, wprowadził wniosek, że żydzi częściej zapadają na gruźlicę. Mianowicie, wśród 100 chorych żydów było z gruźlicą 3,2, wśród stu mieszczan chrześcijańskiego wyznania 3, a wśród włościan 1,9. Tego rodzaju obliczenia oparte na praktyce jednego lekarza, nie mogą być nigdy miarodajne, ilość bowiem zasięgujących porady zależną jest od najrozmaitszych okoliczności. Czasem przypadkowa sława, uzyskana jednym wyleczeniem ściąga do lekarza przez dłuższy czas wielu podo-

²⁾ Pawlikowski. Gruźlica we Lwowie „Wiadomości lekarskie“ 1884 r.

³⁾ Patrz roczniki „Zdrowia“.

⁴⁾ Dunin. Walka z gruźlicą „Odczyty kliniczne“ 1899 r.

⁵⁾ Fidler. Gruźlica. „Kronika lekarska“ 1903 r.

⁶⁾ Prace sekcji gruźliczej Zjazdu lekarzy w Krakowie.

⁷⁾ Cennére: Statystyka śmiertelności w Radomiu za r. 1900. „Zdrowie“ 1902 r.

⁸⁾ Klarner: Niejakie wskazówki co do chorobliwosci naszej „Zdrowie“ 1892 r.

¹⁾ Referat w „Nowinach lekarskich“ r. 1889.

nych chorych. Stąd też procentowe wyliczenia tego rodzaju mogą być bardzo często błędne. Chorobę, którą jeden lekarz często spotyka, inny uważać będzie, opierając się na własnych tylko spostrzeżeniach, za bardzo rzadką. Mnie samemu zdawało się również, że żydzi o wiele częściej chorują na gruźlicę, z pomiędzy bowiem chorych, przezemnie leczonych, większa część należała do tej rasy; a jednak spostrzeżenia zebrane z całego miasta i przez wszystkich lekarzy, wykazały stosunek zupełnie odwrotny.

Moglibyśmy tu jeszcze przytoczyć daty statystyczne porównawcze z ogólnej śmiertelności. Oddawna zwracano powszechną uwagę, że wśród żydów ogólna śmiertelność jest znacznie mniejsza. Fakt ten powtarza się prawie wszędzie. Drużyłowski¹⁾ na zasadzie dat urzędowych zebranych w Płocku, znalazł, że wśród żydów ogólna śmiertelność wynosi 27 na 1000 żyjących, gdy tymczasem wśród chrześcijan 31. Sznabl²⁾ zwrócił uwagę, że w Warszawie cyrkuł Bielański, zamieszkały w $\frac{3}{10}$ przez żydów, wykazuje najmniejszy odsetek śmiertelności pomimo najgorszych warunków higienicznych. Trudno wyrokować, wobec zupełnego braku dat szczegółowych, o ile tę mniejszą śmiertelność żydów możemy przypisać ich odporności na zakażenie gruźlicze. W każdym razie wnosić jednak można, że gruźlica wśród żydów nie może przyjmować wielkich rozmiarów, gdyż w przeciwnym razie odbiłoby się to wyraźnie na ich śmiertelności.

Oto wszystko, co mogłem zebrać z dostępnej mi literatury. Daty te nie uprawniają nas do przyjęcia wzmózonej odporności żydów na zakażenie gruźlicze jako zjawiska niewątpliwego i powszechnego, lecz zarazem nie podają dowodów przeciwnych. Wogóle ze wstydem stwierdzić musimy dziwny brak dat w naszej literaturze w sprawie tak blisko nas obchodzącej i niewątpliwie bardzo ważnej pod względem naukowym. Pozostawiając stwierdzenie tego zjawiska dla dalszych poszukiwań, zastanowimy się obecnie nad pytaniem, jak tłumaczyć sobie możemy wzmózoną odporność rasy semickiej na zakażenie gruźlicze.

Autorowie angielscy (Drysdale, Berent) przypisują mniejszą ilość chorych na

gruźlicę wśród żydów ścisłemu przestrzeganiu przepisów religijnych w sprawie rzezi bydła. Przepisy te, zdaniem powyższych autorów, wyłączają spożywanie mięsa, pochodzącego od zwierząt, dotkniętych gruźlicą, i tym sposobem usuwają jedno z pospolitych źródeł zakażenia gruźliczego u ludzi. Do zdania tego przychyliła się w pewnym stopniu Chłapowski¹⁾ i wykazuje, że przepisy rzezakie żydowskie jakkolwiek nie wyłączają napewno z użycia mięsa zwierząt gruźliczych, w każdym jednak razie zmniejszają do minimum możliwość zakażenia tą drogą. Jak wiadomo, rzezacy żydowscy przy woborze sztuk, przeznaczonych do użytku, t. zw. koszernych, zwracają główną uwagę na płuca. Wszelkie zrosty opłucnej i obecność jam (wrzodów), zwłaszcza obszerniejszych, komunikujących ze sobą, czynią sztukę zabita trefną, niezdatną do użycia. Przytem według przepisów religijnych rzeź bydła odbywa się przez wypuszczanie krwi, resztki zaś krwi z mięsa wypłukuje się następnie, a samo mięso oczyszcza się z tkanki łącznej, gruczołów i naczyń krwionośnych. Te ostatnie przepisy mają bodaj znaczenie ważniejsze, gdyż, jak wiadomo, sprawa gruźlica nigdy nie rozwija się w mięśniach i zarazek tam się znajduje tylko w soku krwistym, zwłaszcza jeżeli zwierzę zabite dotknięte było gruźlicą uogólnioną. Niewątpliwie więc przepisy rzezakie dość trafnie brakuje sztuki bydła gruźliczego i przez usuwanie krwi wyłączają możliwość spożywania mięsa wraz z zarazkami. A jednak niepodobna przypuścić, żeby ta okoliczność miała w tej sprawie odgrywać najważniejszą rolę. Przenoszenie gruźlicy zwierzęcej na ludzi za pośrednictwem spożywanego mięsa jest wątpliwe, a w każdym razie zdarza się chyba bardzo rzadko. Mięso bydłace zawiera w soku zarazki gruźlicze tylko przy zakażeniu uogólnionem, co nie jest sprawą zwykłą i częstą u bydła; następnie zaś gotowanie i smażenie niszczy zwykle te zarazki. Dzisiaj tej drodze szerzenia się gruźlicy słusznie nie nadają wielkiego znaczenia, a tem samem przepisy rzezakie nie są w stanie wytłumaczyć rzadszego zapadania żydów na gruźlicę.

Musimy więc poszukać innego tłumaczenia. Gruźlica, jak wszystkie choroby zakaźne, bywa towarzyszem nędzy ze wszystkimi jej następstwami, a więc niechlujstwem, brakiem czystego powietrza,

¹⁾ Drużyłowski: Wiadomości statystyczne o ludności Płocka „Gazeta lekarska“ 1875 r.

²⁾ Sznabl: Uwagi nad zdrowotnością rasy semickiej w Warszawie „Medycyna“ 1892 r.

¹⁾ Chłapowski: Rozszerzanie się gruźlicy przez mięso a rzezactwo żydowskie „Nowiny lekarskie“ 1890 r.

złem odżywianiem i tp. Otóż zachodzi pytanie, czy nie dałoby się odnieść zwiększonej odporności żydów do lepszego ich stanu materialnego. Zdania tego broni poniekąd Sznabl, który mniejszą ogólną śmiertelność żydów przypisuje głównie lepszym warunkom bytu, brakowi pijaństwa i innych nadużyć. Ale właśnie tutaj nasuwa się jeszcze wątpliwość, czy przeciętnie biorąc, stan materialny żydów jest lepszy od stanu materialnego chrześcijan. Proletariat żydowski jest również liczny, a może nawet liczniejszy od chrześcijańskiego, a nędza jego wobec ograniczonych źródeł zarobkowania jest bardzo wielka. Odżywianie biednych żydów jest także niedostateczne. Wysokiński¹⁾, który przeprowadził dość ściśle badania porównawcze nad żywieniem się żydów w Międzyrzeczu siedleckim, twierdzi, że ich odżywianie się jest gorsze, aniżeli odżywianie się chrześcijan, znajdujących się mniej więcej w tych samych warunkach materialnych. Chociaż żydzi spożywają pokarmy pożywniejsze (lubią naprzykład rośliny strączkowe), jedzą za to mało, poniekąd głodzą się i tylko raz na tydzień w sobotę otrzymują więcej dostateczne ilościowo pożywienie.

Co się tyczy pijaństwa, to wprawdzie u żydów rzadko bardzo spotykamy typ pijaków, dochodzących aż do utraty przytomności, lecz natomiast częstym zjawiskiem jest nawykowe, systematyczne używanie trunków, które sprowadza również poważne następstwa przewlekłego zatrucia. W biednej zwłaszcza klasie żydów użycie mocnej wódki (czystej okowity lub spirytusu) po kieliszku przed jedzeniem stało się poniekąd powszechną potrzebą i nałogiem. Ten sposób pijaństwa wprawdzie nie prowadzi nigdy do odurzenia, ale kto wie, czy dla ustroju nie jest szkodliwszy od przypadkowych obfitych libacyi, poprzedzanych nieraz długą, kilkutygodniową zupełną wstrzemięźliwością. Nakoniec o braku czystego powietrza i przysłowiowym niechlujstwie proletariatu żydowskiego nie potrzebuję tu wspominać. Ostatecznie więc całe tłumaczenie tej sprawy, oparte na przypuszczeniu: lepszym bycie żydów, nie da się obronić i nie może nam żadną miarą wyjaśnić ich większej odporności na zakażenie gruźlicę.

W ostatnim czasie nastąpił pewien zwrot w nauce o gruźlicy: lekarze zaczy-

nają obecnie przypisywać w tej sprawie większe znaczenie odporności wrodzonej. Gruźlicę, podług tego poglądu, należy uważać za wynik braku odporności wskutek wrodzonej degeneracji ustroju. Z tego stanowiska rozpatrując naszą sprawę, należałoby przyjąć wzmożoną odporność żydów za wyraz większej żywotności i dzielności ustrojowej, która mogła się rozwinąć przez dobór naturalny, przez wymarcie osobników i rodzin zdegenerowanych. Ale i to tłumaczenie ostać się żadną miarą nie może wobec ściślejszej krytyki. Przedewszystkiem, nie wiemy na pewno, na czym polega degeneracja ustroju, stanowiąca usposobienie do gruźlicy. Jeżeli upatrywać ją będziemy, jak chce Gabryłowicz¹⁾, w wymiarach: w małym obwodzie klatki piersiowej i brzucha i w długim tułowiu, to właśnie rasa semicka w niej celuje. Wszakże dla rekrutów żydowskich w Rosyi musiano nawet zmniejszyć przepisany wymiar klatki piersiowej, olbrzymia bowiem ich większość nie osiągała miary, uważanej za przeciętną dla chrześcijan. Jeżeli zaś za przykładem Zielińskiego²⁾ degenerację upatrywać będziemy w rozmaitych zбочeniach ustroju, jako to: uwłosieniu kobiecym na mons Veneris u mężczyzn, rozdwojeniu wyrostków ościśłych ostatnich kręgów grzbietowych i tp., to przynależnie również musimy, że te objawy degeneracji występują u żydów bodaj nawet częściej, aniżeli u chrześcijan. Słowem, budowa ustroju u żydów bynajmniej nie świadczy o ich większej żywotności i o braku degeneracji.

Ostatecznie pozostaje jedna tylko okoliczność, jedyną przyczyną możliwą, mianowicie przystosowanie się, akomodacja rasy do środowiska. Żydzi od wieków całych zamieszkiwali w miastach, gdzie, jak wiadomo, gruźlica najmocniej się szerzy. Żyjąc więc w środowisku najbardziej zagrożonem, przystosowali się do niego bądź pośrednio, przez dobór naturalny, t. j. przez wymarcie rodzin najwięcej usposobionych, bądź bezpośrednio, przez odporność nabytą i jej odziedziczenie. Jak we wszystkich chorobach zakaźnych, tak i w gruźlicy, szczęśliwe przebycie zakażenia o słabym natężeniu uodpornia ustrój. Jestto wniosek bardzo prawdopodobny. Marfan zwrócił już dość

¹⁾ Gabryłowicz Berliner Klinische Wochenschrift 1899 r.

²⁾ Zieliński O zбочeniach w budowie ciała suchotników „Gaz. lekarska“ 1900 r.

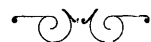
¹⁾ Wysokiński: Żywienie się mieszkańców miasta Międzyrzecza. „Zdrowie“ 1897 r. ┘

dawno uwagę, że osoby, które w młodym wieku przebyły szczęśliwie gruźlicze zapalenie gruczołów chłonnych szyjowych, odznaczają się dość znaczną odpornością wobec gruźlicy w wieku późniejszym. Ja sam również zauważyłem, że przebyta w wieku dzieciennym gruźlica kości zdaje się uodporniać ustrój na przyszłość przeciw gruźlicy płuc. Lekkie zajęcie gruźlicze płuc, przebyte w młodym wieku i zupełnie wygojone, wywiera również wpływ uodporniający. Tego rodzaju lekkie zakażenia zdarzają się prawdopodobnie bardzo często, jak o tem zresztą świadczą najnowsze poszukiwania anatomo-patologiczne. Dziś niektórzy lekarze nie bez pewnej słuszności sądzą, że zakażenie gruźlicze jest wśród ludzi, mieszkających zwłaszcza w miastach, zjawiskiem powszechnem (badania Nägelego w Zurichu). Prawie wszyscy mieszkańcy miast ulegają mu, ale jeżeli zakażenie to nie jest znaczne, jeżeli przedostają się do ustroju laseczniki osłabione lub też w małej ilości, wówczas sprawa przebiega prawie bez objawów. Ustrój jednak ludzki tą drogą uodpornia się na czas dłuższy i nie ulega zakażeniu silniejszemu. I na tem najgłówniej polegają znane powszechnie przypadki odporności przeciwko gruźlicy. Nie silna budowa chroni ludzi od tej choroby, lecz przebyte poprzednio lekkie zakażenie gruźlicze. Otóż żydzi, przemieszkujący stale w miastach, wśród ciężkich warunków higienicznych, mają sposobność do wczesnego przebywania lekkich stopni zakażenia gruźliczego i tym sposobem stają się odporniejsi na przyszłość.

Zresztą odgrywa tu pewną rolę i dziedziczność. Wprawdzie nie posiadamy dotychczas żadnego doświadczalnego dowodu co do odziedziczania odporności nabytej, fakty jednak, zdobyte przez epidemiologię, zdają się za nią przemawiać. Wiadomo, że choroby zakaźne, przeniesione do miejscowości nowo-odkrytych, szerzą się ze straszną siłą wskutek braku odporności ze strony ludności tubylczej. Ospa wytepiła prawie doszczętnie ludność tubylczą Kuby, Peru i innych krajów Ameryki południowej. Odra, po raz pierwszy przeniesiona na wyspy Polinezyi, przyjęła tam postać niesłychanie zabójczej epidemii. To samo dzieje się z gruźlicą, jeżeli szerzyć się ona zacznie wśród dzikich ludów, które jej poprzednio nie znały. Mieszkańcy starego ładu musieli do wszystkich tych chorób przez wieki całe przystosowywać się powoli, zaś przebyte cho-

roby w szeregu pokoleń wytworzyły odporność, którą my dziś w pewnym stopniu odziedziczamy i tej tylko dziedziczności przypisać możemy fakt, że odra, na przykład, dla nas stanowi chorobę bardzo lekką, że gruźlica nie tępi nas w tej mierze, jak to czyni z ludźmi dzikimi, nie przystosowanymi do niej dziedzicznie.

Jeżeli tak zapatrywać się będziemy na fakt większej odporności żydów wobec gruźlicy, jeżeli w tej sprawie przyjmujemy nie jakąś tajemniczą właściwość rasy, lecz zwykłe zjawisko przystosowania drogą odporności nabytej i jej odziedziczania przez kolejne szeregi pokoleń, wówczas musimy również przyznać, że to samo zjawisko zachodzić powinno i względem stałej chrześcijańskiej ludności miast. Stali od wielu pokoleń mieszczanie powinni być odporniejsi wobec gruźlicy, aniżeli przybysze ze wsi. Ażeby sprawdzić to przypuszczenie nie posiadamy dotychczas odpowiednich dat statystycznych. Żałuję mocno, że w naszych kartach statystycznych nie ustanowiliśmy rubryki „miejsca urodzenia“ i tym sposobem nie możemy obecnie wyzyskać zebranego materiału w tym kierunku. O ile jednak sądzić mogą bądź z notowanego na kartach zajęcia chorych, bądź z nazwisk, to olbrzymia większość suchotników przypada na młodych robotników fabrycznych, niedawno przybyłych ze wsi. Podobne poniekąd wyniki otrzymali Starkiewicz i Gryglewicz¹⁾ przy rozpatrywaniu statystyki gruźlicy z materiału zebranego ze szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. Autorowie ci znaleźli, że wśród chorych gruźliczych szpitalnych, urodzonych w Warszawie było tylko około 25%, tymczasem w ogólnej ludności tego miasta takich osób liczy się 50%. Można by jeszcze na poparcie tego poglądu przytoczyć spostrzeżenia niektórych lekarzy rosyjskich, którzy zauważyli, że kałmcy i kirgizy ulegają w miastach w stopniu wyższym gruźlicy, aniżeli stali mieszkańcy tych miast, rosyjanie. Rzecz prosta, że daty podane są jeszcze zbyt skromne i niepełne do wyprowadzania niezawodnych wniosków, w każdym jednak razie tego rodzaju badania porównawcze mogą rzucić dużo światła na ciemną dotychczas sprawę usposobienia i odporności wobec zarazka gruźliczego.



¹⁾ Starkiewicz i Gryglewicz: Ze statystyki gruźlicy płuc. „Gaz. lekarska“ 1903 r.

Z Zakładu wodoleczniczego w Chojnach, pod Łodzią.

Przyczyny do nauki o obrzękach pochodzenia nerwowego.

Podał Dr. Adam Lande.

Lekarz szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

19 Lipca 1903 r. przybyła do Zakładu chora R. S., lat 48 licząca, rodem z Łodzi, skierowana przez jednego z lekarzy warszawskich z rozpoznaniem „pseudoarthritis“.

Chora skarży się na występujące napadowo obrzęki kończyn; „atak“ taki pacjentka opisuje w sposób następujący: W miejscu, gdzie ma powstać obrzęk, czuję przedewszystkiem ból nieraz bardzo dotkliwy z domieszką jakby drętwienia i mrowienia; niebawem na prawej ręce zjawia się opuchnięcie, które w ciągu kilku godzin (a czasem prędzej) dochodzi do największego swego natężenia; wkrótce obrzęk podobny powstaje i na nodze w jednym lub kilku jej miejscach; po 3 — 4 dniowem trwaniu opuchnięcia te z prawej strony ciała zaczynają znikać, wytwarzając się w tym samym mniej więcej porządku i w tych samych okolicach z lewej połowy ciała, gdzie też istnieją 3—4 dni. „Atak“ więc trwa poniekąd 6—8 dni, poczem obrzęki giną bez śladu, aby po pewnym czasie znowu powrócić.

Jest to prawie jedyna dolegliwość chorej, która po za tem uskarża się na krótkotrwałe zawroty głowy, pewien brak równowagi w usposobieniu, ujawniający się już to pod postacią zrodrażnienia ogólnego, już to jakiegoś rozbójtnienia; lekkie objawy dyspeptyczne (odbijanie, palenie, czkawka, zaparcie stolca) uzupełniają obraz chorobowy, w którym wszystkie objawy, z wyjątkiem jedynie obrzęków bolesnych, odgrywają rolę bardzo podrzędną.

Wspomniane „ataki“ trapią pacjentkę od 5 lat, a początek ich był nagły, niespodziewany: powróciwszy do domu podczas słoty, zmoknięta i zziębnięta silnie się zirytowała (z powodu spraw gospodarskich), poczem uczuła dotkliwy ból w rękę w okolicy łokcia, gdzie zaczęło się tworzyć obrzmienie; dnia następnego toż samo spostrzegła w okolicy kolana i kostek piętowych; wezwany lekarz sądził, że ma do czynienia z goścem stawowym, jakkolwiek nie było ani podniesienia ciepłoty, ani objawów zapalenia miejscowego. Po trzech dniach chora wróciła do stanu normalnego, ale od owego czasu zdrowia odzyskać już nie mogła, albowiem powyżej opisane „ataki“ powta-

rzają się w przerwach 1—4 tygodniowych. W okresach przedmiesiączkowych występują one zawsze, pozatem jednak zjawiać się mogą bez żadnego widocznego powodu.

Z wywiadów zanotowaliśmy co następuje: przed 12 laty podczas trwania „coitus reservatus“ wybuchły silne objawy psychiczne histeryi, które jednak szybko przebrzmiały pod wpływem energicznego wystąpienia męża; przed 5 laty ponownemu okresowi „coitus reservatus“ towarzyszyły objawy psychiczne znacznie słabsze od poprzednich. Zresztą pacjentka żadnych chorób nie przechodziła; rodziła szczęśliwie 12 razy (6 dzieci sama karmiła), ostatnio 8 lat temu. Miesiączkowanie normalne. Ojciec zmarł w 78 r. życia przy objawach uwiadu starczego, matka w 64 r. życia z powodu raka w żołądku; 1 z braci zmarł wskutek wady serca i zapalenia nerek, reszta rodzeństwa zdrowa.

Pacjentka od lat kilku leczy się z powodu wspomnianych obrzmień; 3-krotnie odwiedzała Cieplice, raz jeden Karlsbad, dwukrotnie piła w domu wodę karlsbadzką—rozpoznawano u niej artretyzm.

Pzy badaniu zanotowałem co następuje.

19. VII. Chora wzrostu średniego, budowy normalnej, dobrze odżywiona; warstwa tkanki tłuszczowej nawet dość obfita (lekka obesitas); błony śluzowe nieźle zabarwione; język czysty, tętno 76, pod każdym względem normalne. W organach wewnętrznych żadnych zmian patologicznych nie udaje się znaleźć; brzuch nieco obwisły. W chwili badania nie widać nigdzie żadnych obrzęków, ani nawet śladów ich istnienia. Żadnych zmian niema w sferze ruchu, siły mięśniowej, czucia i zmysłów; odruch z łącznicy i gardzieli nieobecny, odruchy ścięgniaste mocno wzmożone, dermatographismus. Mocz o c. wł. 1020, umiarkowanie kwaśny, przezroczysty, nie zawiera żadnych składników patologicznych.

D. 23. VII. po uprzednio trwającym silnym bólu wystąpił i w ciągu 1—2 godzin doszedł do swego maximum obrzęk w okolicy powyżej nieco lewego stawu napiętkowego, mniej więcej równomierne obejmując przedramię na przestrzeni około 8 ctm., tworząc rodzaj jakby wałka; objętość ręki w tem miejscu jest prawie o 4½ ctm. większa, niż na końcu zdrowego; na miejscu obrzękniętem skóra ma wygląd normalny, tylko nieco bledsza, z lekkim połyskiem, widocznie mocno na-

pięta; przejście od od okolicy opuchniętej do normalnej dość wyraźne, ale niezbyt jaskrawe; ciepłota na miejscu obrzękniętem prawidłowa, wszystkie rodzaje czucia zachowane, bolesność na ucisk nieznaczna; ruchy w stawach sąsiednich zupełnie wolne; palec przy najmocniejszym nawet naciśnięciu żadnego po sobie nie zostawia śladu.

24. VII. obrzęk powyższy staje się mniejszym, natomiast zupełnie do niego podobny występuje na lewej pięcie od strony wewnętrznej na przestrzeni mniej więcej 2—3 ctm. średnicy, kształtu nieco kulistego.

25. VII. pojawił się obrzęk na prawej pięcie, a dnia 26 w okolicy prawego stawu napięstkowego. D. 29. VII. nie było już widać ani śladu obrzęków.

W początkach Sierpnia wystąpił ponowny „atak“ z tą różnicą, że tym razem obrzęk rozpoczął się w okolicy stawu łokciowego na przestrzeni 10—12 ctm., różnica między objętością na ręce chorej i zdrowej wynosi około 5 ctm. Staw jednak pozostał zupełnie wolny i ruchy pacjentka wykonywała poprawnie, z nieznacznym tylko utrudnieniem z powodu napięcia skóry i tkanek podskórnych. Przebieg i charakter tego ponownego „ataku“ nie różnił się niczem zasadniczym od poprzedniego, tylko uległy złagodzeniu bóle, towarzyszące powstawaniu obrzmięń.

W końcu Sierpnia, niedokończywszy kuracyi, polegającej na stosowaniu ogólnych i miejscowych zabiegów hydropatycznych, chora zniewoloną była do opuszczenia zakładu z nieznaczną tylko poprawą: bóle zmniejszyły się wybitnie, a co się tyczy obrzęków — nie miałem później żadnych o pacjentce wiadomości.

Ze w opisanym powyżej przypadku mamy do czynienia z cierpieniem natury czynnościowej, zbytecznym jest chyba dowodzić. Rzecz idzie o to tylko, do jakiego szeregu spraw zaliczyć je należy, czy uważać opisane zaburzenia za obrzęki hysteryczne, czy też odnieść je do tej grupy nozologicznej, na którą poraz pierwszy zwrócił należytą uwagę Quincke¹⁾, opisując t. zw. „*acutes umschriebenes Oedem*“, której symptomatologią obszerniej rozwinął Schleslinger²⁾ w szeregu prac, nadając jej ogólniejsze miano „*oedema hypostrophos*“, którą wreszcie inni autorowie (przeważnie angielscy) chętnie nazywają „*obrzękiem angioneurotycznym*“. W polskiej literaturze posiadamy tylko jedną pracę Higiera³⁾ w tej dziedzinie.

W obszernej monografii, poświęconej nerwicom naczynioruchowym i odżywczym, Cassirer⁴⁾ w rozdziale, traktującym o „ograniczonym ostrym obrzęku“, wyraża się w sposób następujący o rozpoznaniu tego względnie dość rzadkiego cierpienia: w typowych przypadkach nie przedstawia ono szczególnych trudności, a dyagnostycznie ważnym jest przedewszystkiem rodzaj pojedynczych obrzmięń. Szybko powstające, mniej lub bardziej ostro odgraniczone, blade, lub zabarwione normalnie, rzadziej nieco zaczerwienione obrzmienia, które powodują tylko uczucie napięcia, albo swędzenie, na których ucisk palca albo wcale, albo na bardzo krótki czas ślad po sobie zostawia, które wreszcie po niewielu godzinach lub dniach znikają. Przyłącza się do tego wielość obrzmięń, tak, iż podczas gdy jedno ginie, drugie zaczyna powstawać; dalej skłonność do nawrotów w okresach czasu to zmiennych, to stałych; często spostrzegana predylekcyja do miejsc, raz już zaatakowanych; zazwyczaj obserwowany ogólny stan nerwowy; wreszcie w wielu przypadkach nagłe wystąpienie i znikanie rozmaitych objawów ze strony narządów wewnętrznych“ (np. obrzęk krtani z objawami groźnego, z niebezpieczeństwem życia nawet związanego duszenia się⁵⁾); obrzęk błony śluzowej przewodu pokarmowego z burzliwymi nieraz objawami pod postacią wymiotów, rozwolnienia i t. d.)

Przytoczyliśmy ustęp powyższy, aby wyraźnie zaznaczyć, jak dalece opis nasz zgadza się z skreślonym przez Cassiera obrazem interesującego nas tu cierpienia.

Na jedno zwrócić tylko musimy uwagę, a mianowicie na silny ból, jaki poprzedzał zwykle u naszej pacjentki występowanie obrzęków, oraz często im towarzyszył, a co głównie skłaniało lekarzy do rozpoznania w tym przypadku artrytyzmu, a nawet reumatyzmu.

Cassirer⁶⁾ w tej kwestyi tak się wyraża: „bardzo rzadko obserwowano, aby bóle dotkliwsze poprzedzały występowanie obrzmięń“; z ustępu tego jednak widać, że odnośne obserwacye istnieją, a Cassirer cytuje jedyny przypadek dr. Castel'a⁷⁾, który autor opisuje pod mianem „*oedème rhumatismal à repetitions*“ Dodamy tu nawiasem, że niektórzy autorowie (przeważnie francuzcy) upatrywali w tem cierpieniu wyraz skazy reumatycznej lub artry-

tycznej, podczas gdy Cassirer wszystkie te przypadki rzekomo gościcowe lub dławne zalicza do szeregu ostrych ograniczonych obrzęków natury angioneurotycznej.

Charakter więc obrzmię u naszej pacjentki w zupełności daje się podciągnąć pod tę jednostkę nozologiczną, a analogia stanie się jeszcze jaskrawszą, gdy zwrócimy uwagę, że między momentami etyologicznymi ostrego obrzęku wybitną rolę odgrywają — pomiędzy innymi — wpływy termiczne i afekty psychiczne.

Spójrzmy teraz na nasz przypadek z odmiennego nieco punktu widzenia. Jakkolwiek w chwili obecnej nie mamy żadnych wybitnych stygmatów historycznych, ale dane z anamnezy i niektóre objawy zanotowane w „status praesens“ dowodzą niezbicie, że mamy do czynienia z osobnikiem, dotkniętym histeryą.

Rodzi się więc pytanie, czy opisane obrzęki nie należałyby uważać wprost za obrzęki historyczne; a wydawałoby się rzeczą prawdopodobniejszą i prostszą tak sądzić, aniżeli przypuszczać istnienie skombinowanego cierpienia: histeryi i ostrego obrzęku.

Wchodzimy w ten sposób w zakres różniczkowego rozpoznawania obrzęku historycznego od ostrego obrzęku ograniczonego.

Jakkolwiek kazuistyka obrzęków historycznych obfituje dziś już w pokaźny bardzo materiał kliniczny — wśród którego do najbardziej może ścisłych badań zaliczyć wypada, obok obserwacji Charcot'a i jego uczniów, przypadki, opisane przez naszych autorów, Gajkiewicza⁸⁾, Wizla⁹⁾ i Higiera¹⁰⁾ — mimo to trudno niezmiernie podać dokładną charakterystykę tego cierpienia, a to dzięki wielopostaciowości jego, która zresztą cechuje większość objawów tej kameleonej nerwicy.

Opierając się na wspomnianych badaniach autorów naszych, na dysertacji Warde'a¹¹⁾ pracach Gillesdela Tourette'a¹²⁾ i najnowszego dzieła Binswanger'a¹³⁾, poświęconego histeryi, — mniej więcej w sposób następujący można uchwycić znamiona wybitniejsze obrzęków historycznych: Istnieją ich trzy rodzaje: obrzęk biały (oedeme blanc) o ciepłocie zazwyczaj normalnej, obrzęk czerwony (oedeme rose) o temperaturze nieco podniesionej, oraz obrzęk fioletowo niebieski (oedeme bleu) o ciepłocie zwykle obniżonej; po za tem istnieją z jednej strony formy przejściowe pomiędzy tymi trzema typami, a z drugiej strony notowane

są obserwacje przeobrażenia się jednej formy w drugą; wreszcie i ciepłota na miejscach obrzmiętych może przedstawiać wyjątki od zaznaczonej powyżej reguły; obrzęki zjawiają się nagle po atakowo występujących zaburzeniach historycznych, szybko dochodząc do maximum swego rozwoju, lub dopiero w ciągu kilku godzin lub dni stopniowo się powiększają bez wszelkich uprzednich napadów; czas trwania ich jest bardzo zmienny, od kilku godzin do wielu lat, w przeważnej jednak większości przypadków mają one przebieg chroniczny; najczęstszym jest typ recydywujący w mniej lub bardziej odległych od siebie odstępach czasu; ucisk palca zwykle nie sprowadza wklęśnięcia; bardzo często towarzyszą im lokalne, dające się przedmiotowo skonstatować, zaburzenia w dziedzinie ruchu (porażenia, niedowład, przykurczenia), nigdy nie brak powierzchownych lub głębokich podmiotowych lub przedmiotowych zaburzeń czuciowych (znieczulenia, nadczułość, parestezye, bóle neuralgiczne), a z nich najstayszym objawem zdają się być bóle, nieraz bardzo dotkliwe; obrzęki najczęściej umiejscawiają się na kończynach, prawie zawsze wolnymi są od nich twarz (z bardzo nielicznymi wyjątkami) i błony śluzowe¹⁴⁾; bywają one rozleglejsze (t. j. zajmują większą przestrzeń); natomiast rzadziej bywają rozsiane i częściej dotyczą jednej tylko połowy ciała; niejednokrotnie daje się zauważyć wpływ psychiczny (np. suggestya) na ich powstawanie, lub przenoszenie się z miejsca na miejsce; oczywiście, obecność stygmatów historycznych gra też rolę wybitną w rozpoznaniu rodzaju omawianych tu zaburzeń.

W tem miejscu musimy jeszcze wspomnieć o pracy Strübinga¹⁵⁾, który stara się dowieść, że wszystkie przypadki, głównie przez autorów francuskich opisywane jako „oedeme blanc“ i „oedeme bleu“, nie należą wcale do szeregu obrzęków w ścisłym słowa tego znaczeniu, lecz są identyczne z cierpieniem, jakie poraz pierwszy opisał w r. 1892 Dercum pod mianem „adiposis dolorosa“. Główną cechą tej choroby jest powstawanie mniej lub bardziej bolesnych, mniej lub bardziej ograniczonych, albo rozlanych obrzmię, będących właściwie nagromadzeniem miejscowym (infiltrat) tłuszczu¹⁶⁾; takie infiltraty rozwijają się najczęściej na kończynach dolnych (przeważnie wszystkim goleni) z wyjątkiem tych

miejsce, gdzie istnieje ucisk od obuwia i podwiązki, następnie na kończynach górnych (przedewszystkiem ramię), a potem na tułowiu; cierpienie to ma przebieg wysoce chroniczny; rozwija się u osób otyłych, bladych, u których nadto znajdujemy objawy nerwowe ogólne, albo też specjalne, histeryczne; spotyka się najczęściej u kobiet i to w okresie klimakteryjnym. Autor twierdzenie swe o tożsamości wspomnianych cierpień opiera na podobieństwie ich wyglądu i przebiegu klinicznego, a przedewszystkiem na tem, iż przy nakłuciu t. zw. obrzęku twardego histerycznego nie wycieka żaden płyn, jak to ma miejsce z rzeczywistymi obrzękami. Być może, że część spostrzeżeń, opisywana jako obrzęk histeryczny, jest w rzeczywistości identyczna z chorobą Dercuma, ale sądzimy, że Strübing idzie za daleko, utożsamiając zupełnie dwa te szeregi cierpień. Przedewszystkiem, należy zwrócić uwagę, że obrzęk histeryczny nie raz bardzo szybko powstaje i również szybko mija, więc trudno sobie wyobrazić, żeby nacieczenia tłuszczowe tak prędko mogły się zjawiać i znikać; powtóre, jeżeli przy nakłuciu płyn nie wycieka¹⁷, to jeszcze niczego nie dowodzi. Jaką jest patogenezą obrzęku histerycznego nie wiemy do dziś dnia¹⁸), a w jej poznaniu tkwić może klucz do objaśnienia dziwnej tej osobliwości obrzęku histerycznego. Ale wszak fakt, że przez ucisk palcem nie wywołujemy wklęśnięcia na miejscu obrzękniętym, dowodzi tak samo, że nie mamy tu do czynienia z zupełnie wolnym przesięciem do przestrzeni międzytkankowych, jak w zwykłym obrzęku; ta sama osobliwość, jak widzieliśmy, cechuje i „ostry obrzęk ograniczony“, którego istnienie autor jednak uznaje¹⁹); nie udało nam się znaleźć nigdzie wzmianki o tem, czy przy nakłuciu „ostrego obrzęku“ wycieka płyn, ale przez analogią sądząc, zdaje mi się, że można twierdzić, iż tu płynu by też nie było.

Ale wróćmy do rzeczy.

Z powyżej przytoczonej charakterystyki obrzęków histerycznych widzimy, iż dla przypadków typowych nie brak bynajmniej cech pozwalających na ścisłe ich odróżnienie; ale gdy wielu z wspomnianych znamion niema—wtedy różniczkowanie z „ostrym obrzękiem“ stać się może bardzo trudnem.

To też Gilles de le Tourette uważa za rzecz często niemożliwą rozstrzygnięcie kwestyi, z jakiego rodzaju obrzękiem ma się do czynienia i wskutek tego waha

się nawet z uznaniem samoistności „ostrego obrzęku“, jako jednostki nozologicznej.

Gajkiewicz w pierwszej z cytowanych powyżej prac wyraził też przypuszczenie, że ostry obrzęk ograniczony może dać się z histerycznym utożsamiać.

Norton²⁰) też wyraża wątpliwość, czy należy wyróżnić osobną, samodzielną postać chorobową obrzęków angioneurotycznych.

Cassirer w monografii swojej przytacza parę obserwacji (Banke'go Edgeworth'a, Riel'a i swoją), w których okazywało się zadaniem trudnem, a nawet niemożliwem, z całą pewnością orzec, czy obrzęk jest histeryczny, czy też t. zw. „angioneurotyczny“, zwłaszcza, gdy występował u osobnika z niezawodnymi objawami histerycznymi.

Nasz przypadek należy do ich szeregu, bo jakkolwiek z jednej strony wszystkie jego znamiona przemawiają za przynależnością jego do „obrzęku ograniczonego“, to znów z drugiej strony nie ma ani jednej cechy któraby przeczyła rozpoznaniu u naszej chorej obrzęku histerycznego; zwłaszcza bóle dotkliwe, względnie dość znaczna rozległość niektórych obrzmień, brak udziału twarzy i błon śluzowych mimo pięcioletniego już trwania choroby, a w pierwszej linii—tło ogólne—przemawia nawet dość wyraźnie na korzyść takiego przypuszczenia.

Przypadek nasz wraz z podobnymi nielicznymi dotąd obserwacjami dowodzi, że jak w ogóle, tak i w danym razie, nie można między pokrewnymi zjawiskami patologicznymi sypać kopców granicznych, bo raz wraz spotykamy się z objawami, należącymi do dziedziny t. zw. „Grenzgebiete“.

Wobec tego rodzaju obserwacji mimowoli nasuwa się pytanie, czy choroba Quinke'go może być rzeczywiście uważana za opartą na bezwzględnie trwałych podstawach, jakkolwiek znakomita większość autorów obstaje za jej nozologiczną samodzielnością, a chrestny jej ojciec²¹) niedawno ogłosił znów cały szereg spostrzeżeń, dotyczący osobliwszych umiejscowień tego obrzęku (okostna, krtań, przewód pokarmowy).

Te wątpliwości odbijają się dość wyomnem echem i w monografii Cassirer'a. Wykluczwszy obrzęki pochodzenia angioneurotycznego przy chorobach organicznych układu nerwowego (choroba Raynaud, choroba Basedowa, tabes i t. d.), w których grają one rolę tylko objawową—autor stara się rozróżnić dwa

główne działy w grupie przypadków prawdziwego obrzęku ostrego, jako samodzielnej jednostki chorobowej. Do pierwszego działu chciałby zaliczyć te przypadki, które powstają na drodze toksycznej, autotoksycznej lub infekcyjnej, ostro się rozpoczynają, ostro przebiegają jak jakie zatrucie lub zakażenie, nie mają skłonności do nawrotów, a recydują o tyle tylko, o ile ponownie zjawi się ta sama wywołująca je szkodliwość; zbliżone są one do Urticaria i Purpura, posiadając często cechy tych cierpień. Do drugiego działu chciałby autor zaliczyć przypadki, gdzie istnieje pośrednie lub bezpośrednie obarczenie dziedziczne, gdzie rysy nerwowe w obrazie chorobowym jaskrawo się uwidaczniają, gdzie napady niezależnie od warunków zewnętrznych powracają z fatalistyczną prawidłowością i stanowczością. „Obie te grupy” — dodaje autor²²⁾ i tu brzmi echo wspomnianych wątpliwości — „dają się jeszcze mniej ściśle pomiędzy sobą rozgraniczyć, niż cała opisana choroba od pokrewnych sobie stanów“.

Musimy w tem miejscu jeszcze wspomnieć, iż niektórzy autorowie (np. Schlesinger²³⁾, Mendel²⁴⁾ starają się wyodrębnić osobną postać familijną ostrego ograniczonego obrzęku.

Milroy²⁵⁾ opisał formę chronicznego obrzęku familijnego, przyczem w 6 pokoleniach z pomiędzy 97 osób u 22 występował od urodzenia i powiększał się równoległe ze wzrostem dotkniętego cierpieniem osobnika — bezbolesny obrzęk obu goleni aż do kolan, zabarwiony różowo, z drobnymi białymi plamkami; ucisk palca sprowadzał wgłębienie do 10 minut trwające; wieczorem obrzęk się powiększał.

Opis ten nie zgadza się pod wielu względami z typowym „obrzękiem angio-neurotycznym“, to też Meige²⁶⁾, który opisał zbliżone bardzo do powyższego cierpienie — w 4 pokoleniach, u 8 osobników, rozwinął się w okresie dojrzałości płciowej chroniczny biały twardy obrzęk bezbolesny na stopie, goleni a potem na całej kończynie dolnej — zebrał z literatury pokrewne przypadki i stworzył z nich osobną grupę, ochrzciwszy ją mianem „trophoedème chronique hereditaire“.

Sicard i Laignel la Vastime²⁷⁾ rozróżnić by chcieli w „troficznych chronicznym obrzęku“ Meige'a postać wrodzoną i nabytą, opisując jeden zaobserwowany przez siebie przykład tej ostatniej.

Dla uprzytomnienia sobie tych różnorodnych postaci obrzęków w porównaniu z obrzękami, występującymi przy cho-

robach organicznych, przytaczamy następującą klasyfikację, ogłoszoną przez wspomnianych na ostatku autorów francuskich.

I Oedema acutum.

A. Infekcyjny obrzęk (Karbunkuł, róża)

B. Obrzęk Quincke'go.

II. Oedema hystericum (Charcot).

III. Oedema chronicum.

A. Obrzęk przy chobach serca, naczyń, nerek, nerwów oraz przy charactwie.

B. Obrzęk chroniczny słoniowaty (elephantiasis)

C. Obrzęk troficzny chroniczny (typ Meige'a), trophoedema: 1. wrodzony, 2. nabyty.

¹⁾ Quincke „Ueber akutes umschriebenes Hautoedem“ Monatsschr. f. Dermatol. 1882 Bd I. H. 5.
²⁾ Schlesinger „Das acute circumscribed Oedem“. Sammelreferat in Centrabl. f. die Grenzgeb. d. Med. u. Chir. I. 1898 № 5. Isdem „Hydrops hypostrophos“. Ein Beitrag z. Lehre d. acuten angioneurotischen Oedems“. Münch. med. Woch. 1899 № 35. ³⁾ Higier „O tak zwanym ostrym ograniczonym obrzęku“ Medycyna 1895 № 1. ⁴⁾ Cassirer „Die vasomotorisch trophischen Neurosen“. Berlin 1901 str. 462 — 525. ⁵⁾ Mendel „Das acute circumscribed Oedem“ Berlin Klin. Woch. 1902 № 48. Sträussler „Ueber einen Todesfall durch das so genannte akute umschrieb. Oedem. Prag. med. Woch. 1903 № 46 (według cytaty Quincke'go, p. niżej). ⁶⁾ l. c. str. 477. ⁷⁾ du Castel „Oedeme rhumatismal a repetitions. Annales de dermat. et. de syphilis 1899 (cyt. wdl. Cassirer'a). ⁸⁾ Gajkiewicz „O obrzęku pochodzenia histerycznego“ Gazeta lekarska 1891 № 1, 3. Isdem „Przypadek t. zw. obrzęku histerycznego“. Gazeta lekarska 1891 № 39. ⁹⁾ Wixel „Przypadek histeryi z obrzękiem histerycznym czerwonym“ Gazeta lek. 1893 № 6 i 7. ¹⁰⁾ Higier „Acutes u. chronisches Oedem bei manchen Neurosen, insbesondere bei Hysterie“. Aertzl. Central-Anzeiger. 1895 № 13, 14, 15, 16, i 17 (odbitka). ¹¹⁾ Warde „L'oedème hystérique“. These de Paris 1897. ¹²⁾ Gille de la Tourette „Traité clinique et therapeutique de l'hysterie. Paris 1895. ¹³⁾ Binswanger „Die Hysterie“ w Spec. Pathol. u. Therapie Nothnagel'a. Wien 1904. ¹⁴⁾ Zreszta, być może, że niektóre burzliwsze objawy histeryi np. ze strony przewodu pokarmowego, pochodzą też czasem wskutek tego rodzaju zmian na odnośnych błonach śluzowych. ¹⁵⁾ Strübing „Ueber adiposidolorosa“ (Dercum) und das „Oedème blanc et bleu“ (Charcot) Arch. f. Dermat. u. Syphilis. 59 Bd. 1902. ¹⁶⁾ Autor badał mikroskopowo wycięte kawalki odnośnych tkanek. ¹⁷⁾ Istnieją jednakże i spostrzeżenia przeciwnie p: Pitres L'hysterie 1891 T. I. str. 396 (cyt. u Higiera „Acutes u. chron. Oedem“ p. wyżej). ¹⁸⁾ Pitres widzi tu skutek porażenia vasoconstrictor'ów z jednocześnie trwałem rozszerzeniem naczyń włosowatych. Nato Binswanger odpowiada, że z równem prawdopodobieństwem można by było mówić o długo trwającym podrażnieniu vasodilatator'ów. Omawiając patogenezę ostrego obrzęku Quincke'go, Cassirer (l. c. str. 512) po szeregu rozważań dochodzi do wniosku, że niemożna uważać go za prostą angioneurozę, że obok niezawodnie istniejących zaburzeń w krążeniu (zależnych od nerwów naczynioruchowych) grają tu rolę wybitną inne jeszcze czynniki, należące do szeregu „odżywczych i wydzielniczych. ¹⁹⁾ Strübing „Ueber acutes an-

gioneurotisches Oedem“ Zeitschr. f. klin. Med. 1885 Bd. IX ²⁰) Norton „Angioneurotic Oedema“. New York med Journ. 1897 № 1. (ref. w Arch f. Dermat. u. Syphilis. 1897) ²¹) Quincke i Gross „Ueber einige seltenere Lokalisation des acuten umschriebenen Oedems“. Deutsche med. Wochenschr. 1904 № 1, 2. ²²) l. c.) str. 513. ²³) Schlesinger „Ueber die familiäre Form des acuten circumscribten Oedems“. Wien. Klin. Wochenschr. 1898 № 14. ²⁴) l. c. ²⁵) Milroy „An undescribed variety of hereditary Oedema“. New York med Journ. 5 Noremb. 1892 (cyt. według Cassirera) ²⁶) Meige „Le trophoedème chronique héréditaire“. Nouv. Iconogr. de la Salpetr. XII. 6. 1899 (refer. w Schmidt'a Jahrb.) ²⁷) Sicard et Laiguel la Vastime „Trophoedème chronique acquis et progressif“. Nouv. Iconogr. de la Salpetr. 1903 № 1. (refer. w Neurol. Centralbl. 1903 № 21.).



Kilka słów w sprawie aglutynacyi. Nowy odczynnik: „Typhus-diagnosticum“.

Przez Dr. Jakóba Putermana (Sosnowice).

(Dokończenie)

Z zarzutów czynionych próbie aglutynacyjnej Gruber-Widala zasługują na uwagę następujące:

1) Występowanie odczynu u chorych żółtaczkowych (cholangitis suppurativa, morbus Weillii, cholelithiasis, carcinoma hepatis sine febre) (Zupnik).

2) Sklejanie się drobnoustrojów Ebertha pod wpływem surowicy nietyfusowych, widoczne jednakże tylko przy badaniu drobnowidzowem (Landstein), zwłaszcza zaś pod wpływem surowicy krwi chorych na sprawy zakaźne, spowodowane przez laseczniki paratyphi i enteritidis Gaertneri.

Przy sprawach żółtaczkowych istotnie nieraz zauważyć się daje sklejanie się bakterji tyfusowych*) pod wpływem surowicy krwi, w której krążą kwasy żółciowe**). Dla odróżnienia wszakże spraw żółtaczkowych od tyfusowych mamy nieraz wiele innych dość wybitnych objawów, wykluczających tyfus.

Co się tyczy zarzutów występowania aglutynacyi i w sprawach zakaźnych innego pochodzenia, to zarzuty te upadają wobec używania przez pewnych autorów do badań zbyt słabych rozcieńczeń suro-

wicy 1:15 (do makroskopowych badań) i 1:10 (do mikroskopowych).

W sprawach zaś zakaźnych, spowodowanych przez laseczniki paratyphi i enteritidis Gaertneri, odczyn aglutynacyjny jeżeli występuje, to nigdy przy tak znacznym rozcieńczeniu surowicy jak w tyfusie brzuszny*).

Zresztą, wspólny poniekąd odczyn ten, choć i słabiej wyrażany, wskazywał by nam na istnienie pewnego pokrewieństwa pomiędzy las. paratyphi, enteritidis Gaertneri a lasecznikiem Ebertha*). Takie pokrewieństwo na zasadzie aglutynacyi, jak widzieliśmy, stwierdzono pomiędzy pewnymi gatunkami paciorkowców; również na zasadzie aglutynacyi udało się Kochowi wykazać pokrewieństwo pomiędzy różnymi gatunkami kwasoodpornych drobnoustrojów.

A że pomiędzy pewnymi pokrewnymi drobnoustrojami kwasoodpornymi stwierdzono pewną różnicę w sile ich chorobotwórczości, należałoby więc przypuścić także ilościową różnicę w sile działania i pomiędzy lasecznikami Ebertha, paratyphi i enteritidis Gaertneri. Sprawy zaś chorobowe, wywołane przez różne tej grupy drobnoustroje, zaliczyć by należało do jednej postaci klinicznej, różniącej się tylko jedna od drugiej natężeniem objawów chorobowych. Zwłaszcza stosowałoby się to do sprawy, powodowanej przez laseczniki paratyphi. Wiadomo, że lasecznik ten cechami swemi biologicznymi i bakteriologicznymi bardzo niewiele się różni od lasecznika tyfusowego, siła zaś aglutynacyjna surowicy chorych na sprawę paratyfusową, jak wzmiankowaliśmy, jest mniejsza, niż surowicy tyfusowych; dowodziłoby to, że lasecznik paratyphi jest osłabioną postacią lasecznika Ebertha i być może właśnie, iż tej słabszej postaci drobnoustroju tyfusowego, owemu bac. paratyphi, od-

***) Maximum aglutynacyi surowicy paratyfusowej wobec lasecznika tyfusowego wynosi 1:30 do 1:100 — 1:320; wobec zaś swoistych laseczników paratyfusowych 1:75 do 1:1000—2000, a nawet 140 000 (Clemens Ueber den. Paratyphus. D. Med. W. 1904 № 8). Przyp. przy korekcie.

*) Schottmüller (Zur Aetiologie der akuten Gastroenteritis. Münch-Medic. Wochenschr. 1904) utożsamia B. enteritidis Gaertneri, B. paratyphosus alcalifaciens i B. typhosus na zasadzie stwierdzonych przezen, oraz przez innych autorów, prawie identycznych u tych drobnoustrojów cech hodowlanych, aglutynacyjnych i chorobotwórczych.

Curschmann i Jürgens (cytowani przez Schottmüller'a) opisują przypadki 2—3 dniowej gastroenteritidis acutae, spowodowanej lasecznikami tyfusowymi (przyp. przy korekcie).

*) W jednym przypadku cirrhosis hepatis z wybitną żółtaczką odczynu tego nie otrzymałem (przypis. autora).

***) „Steniberg (Ueber Agglutination von Typhusbacillen durch das Blutsrum icterischer. Münch-Med. Woch. 1904 str. 469) zjawisko to przypisuje nie wpływowi kwasów żółciowych, lecz innym momentom, zależnym od spraw infekcyjnych, zazwyczaj towarzyszących sprawom żółtaczkowym (przyp. przy korekcie).

powiadają pewne lekko przebiegające postaci tyfusu.

Na zakończenie rozdziału niniejszego wspomnę jeszcze, że odczyn aglutynacyjny w sprawie tyfusowej pod względem prognostycznym żadnego niema znaczenia; spostrzegano bowiem przypadki śmierci u tyfusowych, pomimo stwierdzonej w ich krwi dość znacznej siły aglutynacyjnej.

Reasumując wszystko, com wyżej przytoczył, o aglutynacji Gruber-Widala, widzimy, że zdaniem większości autorów odczyn ten w tyfusie brzuszny zawsze występuje i że, chociaż odczyn ten nieraz występuje w późniejszym nieco okresie choroby, daje nam on jednakże możność rozpoznania na pewno choroby w tych przypadkach, gdzie objawy, tyfusowi właściwe, słabo są wyrażone, lub zupełnie ich wykryć nie można, że zatem—dla tyfusu brzuszno odczyn aglutynacyjny ma decydujące znaczenie rozpoznawcze.

Przystępuję obecnie do odczynnika Fickera: „Typhus-diagnosticum“.

Ze względu na to, że wykonanie aglutynacyjnej próby w tej postaci, w jakiej podaną została przez Widala, nie jest dostępnem dla lekarza, nieposiadającego laboratoryjno-bakteryologicznego urządzenia, Ficker uprościł sposób wykonania tej próby za pomocą przyrządzonej przezeń emulsji z drobnoustrojów tyfusowych zabitych, emulsji—zawierającej substancję aglutynującą się w stanie niezmiennym.

Według autora wykonanie próby za pomocą tej emulsji jest nadzwyczaj proste, nie wymaga wiele czasu, a głównie pozwala obejść się bez kosztownych przyrządów laboratoryjnych: termostatu, mikroskopu, gdyż odczyn obserwować się daje gołym okiem i uskutecznia się przy ciepłocie pokojowej. Po 10 12—14 godzinach odczyn jest skończonym, dłużej niż 20 godzin czekać nie należy.

Właściwie myśl stosowania do prób aglutynacyjnych drobnoustrojów zabitych nie jest nową. Emulsja przyrządzona z zabitych drobnoustrojów stosowana była dla aglutynacji w sprawie gruźliczej przez Kocha.

Widal i Sicard również zalecali dla próby aglutynacyjnej w tyfusie hodowlę, zabitą formaliną.

Fickera odczynnik ma tylko tę przewagę nad powyższymi, że przechowuje się bardzo długo (do 9 miesięcy) bez utraty swych własności, gdy inne są mniej trwa-

łe. (Widala odczynnik z formaliną przechowuje się najdalej 3 tygodnie).

Technika wykonania próby z odczynnikiem Fickera jest następująca:

Surowicę krwi jałowo zebranej do wyjałowionego naczynia oddzielamy od skrzepu i czerwonych ciałek najlepiej za pomocą wirówki. Surowicę rozcieńczamy dziesięciokrotnie roztworem soli. Do tego roztworu dodajemy odczynnik w stosunku 1:50 i 1:100 i zostawiamy przy ciepłocie pokojowej 10—12 godzin w miejscu ciemnym.

Odczyn wcześniej występuje, jeżeli rurki z odpowiedniami mieszaninami przechowujemy przy wyższej nieco ciepłocie, 18°—19°R. (Np. w kuchni lub za piecem—porą zimową).

Po upływie jednej do kilku godzin, przy dodatnim wyniku próby, w mieszaninach zjawiają się zawieszony w płynie płatki podobne do śniegu; w miarę zwiększania się ilości tych płatek i opadania ich na dno, mętny płyn staje się przezroczystym, na dnie zaś naczynia zbiera się osad kłaczkowaty. Jeżeli zaś aglutynacja nie występuje, płyn pozostaje mętnym, bez tworzenie omawianych płatek.

Badanie drobnowidzowe odczynnika Fickera wykrywa nam pojedynczo ułożone bakterie, osad zaś powstały po aglutynacji przedstawia się pod drobnowidzem jako skupiny z mnóstwa złączonych drobnoustrojów.

Tam, gdzie odczyn daje ujemny wynik, pod drobnowidzem widzimy tylko oddzielne drobnoustroje, jak w czystym odczynniku.

Doświadczenia moje z odczynnikiem Fickera dokonywane były nad surowicą chorych na tyfus brzuszny i na inne sprawy chorobowe w 17 przypadkach, oraz nad surowicą normalną krwi zwierzęcej—2 razy.

Wyniki doświadczeń tych, są zestawione na dołączonej tablicy, a dadzą się streścić w sposób następujący:

Chorych tyfusowych o przebiegu typowym z rozpoznaniem pewnym było sześciu. W przypadkach tych badanie krwi na aglutynację, wykonane najczęściej w końcu drugiego tygodnia choroby, zawsze dawało wynik dodatni w czasie 1—8 godzin (przy ciepłocie pokojowej 18—19°R.).

Przypadków nierozpoznanych, o przebiegu nietypowym, lub uważanych za inną sprawę zakaźną, było dziewięć. W pięciu z tych przypadków, w których próba aglutynacyjna dała wynik dodatni, dalszy

T a b l i c a A.

Badanie surowicy krwi na aglutynację za pomocą odczynnika Fickera.

№ kolejny	Data badania krwi	Krótką notatką o przebiegu choroby.	Pierwotne rozpoznanie choroby	Dzień choroby w którym badano krew na aglutynację	Wynik próby aglutynacyjnej	Czas wystąpienia aglutynacji przy 18°—19° R.	Co stwierdzono w dalszym przebiegu choroby	U W A G I
I	29. II. 1904	Ze szpitala w Pogoni S. I. 18 l. chory od 2 tygodni. Od 5 dni T° 39°—40°.	Typhus abdominalis	14 dni	+	5½ godz.	Typhus abdominalis	
II	4. III. 1904	Z prywatnej praktyki B. N. 19 lat. Chory od 5 dni, T° 39.	Bez rozpoznania	5 dzień	+	2 godz.	Typhus abdominalis	Poprzednio siostra chorowała na tyfus brzuszny.
III	5. III. 1904	Ze szpitala Będzińskiego F. D. 17 lat, Chora 29 dni, T° 39—40 Diarrhoea. Roseola, Decubitus, Oedema extrem. infer. praecipue dextrae.	Typhus abdominalis	29 dni	+	2 godz.	Typhus abdominalis	Próba z moczem na aglutynację dała wynik ujemny.
IV	6. III. 1904	Ze szpitala Czeladzkiego T. S. 28 lat. Chory od 56 dni T° 38,6—39,5. Intervalla afebrilia od 5—9 dni. Nasilenia 4 razy. Oddech zaostrożony w wierzchołkach.	Rozpoznanie wahało się pomiędzy tyfusem a TBC.	56 dni	+	1½ godz.	Typhus abdominalis	
V	6. III. 1904	Ze szpitala Czeladzkiego P. L. 18 lat. Chory 6 dzień T°: 3 dnia 39,9 od 5 dnia 37,4—38,0	Bez rozpoznania	6 dzień	—	Po 24 godzinach odczynu nie było	Bronchitis (?) Tyfusu nie było	
VI	6. III. 1904	Z prywatnej praktyki I. L. 8 lat. Chora 8-y dzień. Silny ból głowy T° w początku 38,6, później st. afebrilis	Bez rozpoznania	8 dzień	—	Po 20 godzinach odczynu nie było	Meningitis cerebro-spinalis	
VII	6. III. 1904	Z prywatnej praktyki N.C. 28 l. Chory niby 5 dz. Ból głowy, lekkie przelewania w okol. biodrowej prawej, Angina T°38,3. Nazajutrz 37,5—39,5. Następnie st. afebrilis. Lien auctum	Przypuszczalny tyfus brzuszny	? ?	+	4½ godz.	Typhus abdominalis	Blizsze wywiady wykazały, że już przeszło 14 dni przedtem gorączkował, miał biegunkę. W domu tym stale tyfus panuje.
VIII	7. III. 1904	Z Dąbrowy X. lat 22. Chory 4 tygodnie.	Typhus abdominalis	28 dni	+	1 godz.	Typhus abdominalis	

+ Oznacza dodatni wynik próby
— „ „ ujemny „ „

№ kolejny	Data badania krwi	Krótką notatką o przebiegu choroby	Pierwotne rozpoznanie choroby	Dzień choroby w którym badano krew na aglutynację	Wynik próby aglutynacji	Czas występowania aglutynacji przy 18°—19° R.	Co stwierdzono w dalszym przebiegu choroby	U W A G I
IX	10. III 1904	Ze szpitala Czeladzkiego S. P. lat 20. Chory 2 tygodnie. T° 39—40,4 Roseola, Lien auctum,	Typhus abdominalis	14 dzień	+	1½ godz.	Typhus abdominalis	D. 18. VIII. 21 dnia choroby odczyn aglutynacyjny również wystąpił, w godzinę.
X	10. III. 1904	Ze szpitala Czeladzkiego F. A. 26 lat. Chory 13 dzień T° 38.0 — 39.0. Ostatnio st. afebrilis	Fabris gastrica	13 dzień	+	8 godz.	Typhus abdominalis	
XI	11. III 1904	Z Dąbrowy C. F. 21 l. Chory 2—3 tyg. T° 37.5. Objawy niewyraźne.	Bez rozpoznania	2—3 tygodni	—		Rozpoznanie nie rozjaśnione. Tyfusu nie było	
XII	11. III. 1904	Z prywatnej praktyki W. M. 57 lat. Chora 5 dzień. Lien auctum; stan podgorączkowy.	Bez rozpoznania	5 dzień	+	3 godz	Typhus abdominalis	Diazoodczyn wyraźny. Aglutynacji z moczem nie było.
XIII	13 III. 1904	Ze szpitala Będzińskiego R. I. 20 lat. Chory 2 tygodnie.	Typhus abdominalis	14 dni	+	1½ godz.	Typhus abdominalis	
XIV	13 III 1904	Ze szpitala Będzińskiego J. Ch. R. 16 lat. Chora 3 miesiące.	Lues secundaria	2 miesiące	—	Po 24 godzinach odczynu nie było	Lues	
XV	13. III. 1905	Ze szpitala Czeladzkiego C. I. 46 lat. Potator. Chory od 3—4 lat. Hepar auctum. Wybitna żółtaczka.	Cirrhosis hepatis	3—4 lata	—	Po 24 godzinach odczynu nie było.	Cirrhosis hepatis	
XVI	14. III. 1904	Ze szpitala Czeladzkiego M. W. 30 lat. 12. II poród. Chora od tego czasu. Bolesność całego brzucha, zwłaszcza dolnej części. T° 39—40.	Febris puerperalis	4½ tygodnia	+	2½ godz.	Typhus abdominalis	Iniekcya surowicy przeciwpacior-kowcowej bez skutku.
XVII	15. III. 1904	Z prywatnej praktyki. M. T. 4½ l. Chora 4 dzień, klucie w lewym boku T° 40.1.	Bez rozpoznania	4 dni	—	Po 24 godzinach odczynu nie było	Pneumonia cruposa sinistra	

przebieg choroby stwierdził tyfus brzuszny (w 2 z tych przypadków stwierdzono aglutynację 5 dnia choroby); z czterech zaś przypadków, gdzie odczynu aglutynacyjnego nie było, stwierdzono:

W 1-ym przypadku Meningitidem cerebro-spinalem.

W 2-im przypadku Pneumoniam eruposam.

W 3-im przypadku rozpoznano Bronchitidem (napewno sprawy tyfusowej nie było).

W 4-ym zaś przypadku rozpoznanie nie rozjaśnione; tyfusu nie było.

W dwóch przypadkach, w których rozpoznano lues i cirrhosis hepatis, oraz w 2-ech doświadczeniach nad surowicą krwi gołębiej i karpia (w tych ostatnich nawet przy minimalnem rozcieńczeniu surowicy 1:5) odczynu aglutynacyjnego nie stwierdzono.

Również nie otrzymano odczynu aglutynacyjnego z moczem dwóch chorych na tyfus.

Z przypadków tyfusowych rozpoznanych tylko na zasadzie odczynu aglutynacyjnego godne są zanotowania następujące:

Jeden z prywatnej mojej praktyki. Mężczyzna, 28 lat, opowiada, że od 5 dni czuje się się niedobrze, doznaje bólu głowy. Badanie wykryło anginam, bronchitidem, lekkie przelewanie w okolicy biodrowej prawej, śledzionę wymacalną twardą. T. w. 38.3 następnego dnia 37.5—39.5. Od tego czasu, prócz jednego wieczoru, kiedy ciepłota dochodziła 37.5, stan bezgorączkowy. Obstr. olvi. Pacjent czuje się dobrze. Aglutynacja+(1:100).

Bliższe wywiady wykazały, że już ze 2 tygodnie przed moją pierwszą wizytą pacjent czuł się się niedobrze, gorączkował, miał biegunkę, pokładał się, wstawał i znów się położył w dzień pierwszej mojej wizyty.

Dalej stwierdzono, że w domu gdzie pacjent mieszka stałe panował, w domach zaś sąsiednich i obecnie panuje tyfus.

Drugi przypadek dotyczy chorej szpitalnej. Rozpoznanie: Febris puerperalis. Stosowanie surowicy przeciwpaciorkowcowej pozostało bez skutku. Na mocy dodatniego wyniku próby aglutynacyjnej stwierdzono tyfus.

Z rozpoznaniem ostatniem najzupełniej się zgadza przebieg choroby, która trwa 4½ tygodnia od czasu odbytego przez pacjentkę porodu. T° od 6—9 dni stałe się trzymała 39—40 (w szpitalu). Sensorium lekko zajęte. Tętno dwubitne.

Z początku obstructio alvi, w ostatnich czasach rozwolnienie. Słuch przytępiony. W ostatnich czasach lityczny spadek ciepłoty. Chora pochodzi z miejscowości, gdzie tyfus obecnie panuje.

Wnioski co do aglutynacji za pomocą odczynniku Fickera.

1) We wszystkich przypadkach stwierdzonego tyfusu brzuszego próba aglutynacyjna z odczynnikiem Fickera dawała wyniki dodatnie.

2) W przypadkach wątpliwych lub nierozpoznanych, gdzie badanie na aglutynację dawało wyniki dodatnie, dalszy przebieg choroby stwierdził tyfus brzuszny.

3) Z żadną surowicą krwi chorych na inne sprawy (w jednym przypadku nawet chorego na sprawę żołądkową, gdzie innym autorom udało się otrzymać odczyn aglutynacyjny Gruber-Widala) oraz z surowicą normalną zwierzęcą odczynu aglutynacyjnego nie otrzymano.

4) Odczynnik Fickera jest nadzwyczaj czuły: przy pewnej sile aglutynacyjnej surowicy i przy pewnej ciepłocie pokojowej (18°—19°R.) odczyn występuje nieraz dość szybko, w ciągu 1—1½ godziny.

Wyniki moich badań z powodu zbyt małej ich ilości, oraz z powodu braku stałego materiału obserwacyjnego, nie upoważniają mnie wprawdzie do ostatecznego zawyrokowania o wartości omawianego odczynnika. Na zasadzie jednakże i tej małej ilości badań, nie mogę nie przyznać odczynnikowi temu pewnego znaczenia praktycznego przy wykonaniu próby aglutynacyjnej Widala i nie zgodzić się ze zdaniem większości autorów, że w sprawach chorobowych wątpliwych, gdzie rozpoznanie waha się pomiędzy tyfusem brzuszynym i innymi sprawami zakaźnymi, dodatni wynik tej próby upoważnia nas do rozpoznania tyfusu brzuszego. Już po napisaniu pracy niniejszej miałem sposobność wykonania próby aglutynacyjnej z odczynnikami Fickera w 5 jeszcze przypadkach: w 2 z praktyki prywatnej w 3 z Czeladzkiego szpitala. We wszystkich tych przypadkach próba aglutynacyjna dała wynik ujemny; dalszy przebieg choroby stwierdził sprawy nietyfusowe.

W końcu poczytuję sobie za miły obowiązek wyrazić na tem miejscu serdeczne podziękowanie Sz. Kolegom: Paderwskiemu, Weinzieherowi i Kozłowskiemu.

mu za chętną pomoc w dostarczeniu materiału do badań, oraz odpowiednich historii chorób.

Literatura: 1) Widali Sicard, p. Refer. Landsteina: O rozpoznawaniu tyfusu brzuszego za pomocą surowicy krwi. Gazeta Lek. 1897, str. 108. 2) Weiberg, Ibidem. 3) Landstein. O wartości rozpoznawczej próby Widala przy tyfusie brzuszonym. Gaz. Lek. 1897 str. 502. 4) Rocco Jemma. Centralb. für innere Med. 1897, Ref. Gaz. Lek. 1897 str. 252. 5) Fraenkeli Otto. Przyczynok doświadczalny do nauki o własnościach aglutynacyjnych surowicy tyfusowej. Münch. medic. Wochensh. 1897 № 39 Ref. Gaz. Lek. 1898 str. 22. 6) Malkoff. Beitrag zur Frage der Agglutination der rothen Blutkörperchen. Deutsche Med. Wochenschrift. 1900 str. 229. 7) Berliner und Cohn. Klinische Beiträge zur Diagnose des Abdominaltyphus. Münch. Medic. Wochen. 1900 № 37. 8) Lovet Morse. Tyfus u plodu i w wieku niemowlęcym. Archives of Pediatrics 1900, Ref. Gaz. Lek. 1901 str. 598. 9) Biegański. Tyfus brzuszny. Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych 1900. 10) Kühler. Zur Agglutinationsfrage. Vereins-Beil. der Deut. Med. Woch. 1900 str. 212. 11) R. Koch. Ueber die Agglutination der Tuberkelbacillen und über die Verwerthung dieser Agglutination. Deut. Med. Wochensh. 1901, 12) Mertens. Beiträge zur Immunitätsfrage. Deut. Med. Woch. 1901 № 24. 13) Shiga. Studien über die epidemische Dysenterie in Japan, unter besonderen Berücksichtigung des bacillus dysenteriae. Deut. Med. Woch. 1903 № 43. 14) Monaco i Panichi. Sul fenomeno dell'agglutinatione nel Sangue dei malarici. II Policlinico 1901 Heft 8. Ref. Litten—Beit. der Deutsch. Medic. Wochenschrift 1902 str. 206. 15) Schmidt. Przyczynok do sposobów wczesnego rozpoznawania tyfusu brzuszego. Monatschr. für Ohrenheilkunde Ref. Gaz. Lek. 1901 str. 1143. 16) Dieudonne. Immunität und Immunisierung. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medicin 1 Band, 8 Heft 1901. 17) Majewski O zjawiskach aglutynacji w krwi człowieka i zwierząt w stanie fizyologicznym. Gaz. Lek. 1902 str. 895. 18) Karwacki. Aglutynacja w zakażeniu pneumokokowym. Gazeta Lek. 1902 str. 1247. 19) Rumpi und Guinard. Ueber die Agglutination der Tuberkelbacillen und die Verwerthung dieses Agglutination. Deut. Med. Woch. 1902. 20) Huber. Ueber Agglutination des Pneumococcus. Vereins—Beil. der Deut. Med. Woch. 1902 str. 17. 21) Kollé und Martini Ueber Pest. Deut. Med. Wochensh. 1902 str. 46. 22) Fritz Meyer. Die Agglutination der Streptococci. Deut. Med. Woch. 1902 str. 151. 23) Zupnik. Erfahrungen über die Gruber—Widal'sche Reaktion und Agglutination bei Typhus abdominalis. Ref. Litten—Beil. der Deut. Medic. Wochenschrift 1902 str. 207. 24) Günther. Wstęp do nauki o bakteriologii. 1902. 25) Ficker. Ueber ein Typhusdiagnosticum. Berlin. klin. Wochensh. 1903 № 45. 26) Wasserman. Haemolysine, Cytotoxine und Präcipitine. Sammlung klin. Vorträge 1903 № 331. 27) Adler. O wczesnem rozpoznawaniu tyfusu brzuszego za pomocą nakłucia śledziony i o próbie Gruber—Widala. Deutsches Archiv für klinische Medicin 1903. T. 75. z. 6 Ref. Gaz. Lek. 1903 str. 607. 28) Konradi. Typhusbacillen in Brunnenwasser. Centralblatt für Bacteriologie 1904 Bd. XXXV. 29) Nikolaus Jancso. Ergebnisse betreffend die Bedeutung der Milz- und Venenpunction bei der bacteriol. Diagnose. Centralbl. für Bacteriologie Bd. XXXV 1904 № 5. 30) Marti i Ehrnroth. Eine einfache Methode zur forensischen Unterscheidung von Menschen und Säugetierblut. Münchener Med. Wochensh. 1904 str. 293.

O odporności w stanach zakaźnych.

Podał Dr. Kazimierz Rzętkowski (Warszawa).

(Dokończenie).

Badania nad odpornością i uodparnianiem rozwinęły się bardzo z chwilą, kiedy wykryto możność uodparniania ustrojów nietylko przeciwko pasorzytom chorobotwórczym, ale i przeciwko elementom komórkowym innych ustrojów, a nawet przeciwko niektórym zaczynom i cieczom ustrojowym, takim np. jak mleko, roztwory białka jaj, produkty trawienia żołądkowego i trzustkowego i t. p. Wiadomo, że normalna surowica zwierząt zawiera substancje, rozpuszczające bakterje (t. zw. lizyny, aleksyny) i niektóre elementy komórkowe innych zwierząt (t. zw. cytolizyny, np. hemolizyny), a także—substancje, mające własność zbijania w kupki, sklejanja bakterji lub elementów komórkowych innych zwierząt (aglutyniny). Droga specyficznego uodparniania, t. j. wprowadzania do ustroju danych elementów komórkowych, można powyższe własności wzmódz. Tak np., surowica królika rozpuszcza słabo krwinki człowieka. Jeżeli „uodpornimy“ odpowiednio królika, wprowadzając kilkakrotnie do jamy otrzewnej jego odpowiednie ilości krwinek ludzkich, to surowica tak uodpornionego królika będzie energicznie rozpuszczała odnośne krwinki. Taka surowica traci swe własności „hemolityczne“ pod wpływem ogrzewania przez $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ godziny do 55° — 56° i wówczas nie rozpuszcza krwinek, tylko je aglutynuje (skleja). Wystarczy jednak dodać do krwinek zaglutynowanych w porcy surowicy ogrzanej nieco surowicy normalnej (t. j. królika *nieuodpornionego*), aby rozpuszczenie nastąpiło natychmiast. Powyższe typowe doświadczenie poucza, że w surowicy zwierzęcia tak uodpornionego znajdują się 2 substancje:

1. Substancja, wytrzymująca działanie ogrzewania do 55° — 56° , która aglutynuje krwinki i która wytwarza się w ustrojach pod wpływem uodparniania. Nazywamy tę substancję—substancją *uczulającą*.

2. Substancja, niewytrzymująca działania temperatury 55° — 56° , która ostatecznie rozpuszcza krwinki, uczulone przez pierwszą, i istnieje w surowicy zwierzęcia *nieuodpornionego*: *aleksyna*.

Uczulanie krwinek (ew. innych komórek i bakterji) przez substancję pierwszą w swym mechanizmie zbliża się do napajania tkaniny barwnikiem. Rozpuszcza-

nie tak uczulonych krwinek (ew. innych komórek lub bakteryi) polega na działaniu zbliżonem do działania zaczynów trawiących (np. proteolicznych) substancyi 2-ej. W ten sam sposób możemy uodpornić zwierzęta przeciw innym rodzajom komórek zwierząt innego gatunku. Otrzymamy tedy cały szereg cytotoksyn (cytolizyn), mianowicie też nefrotoksynę, hepatotoksynę, spermotoksynę, trichotoksynę, neurotoksynę i t. p., wprowadzając do ustrojów odpowiednich zwierząt komórki nerkowe, wątrobowe, plenniki, nabłonki rzęskowe, komórki nerwowe i t. p. Obie powyższe substancje, przyjmujące udział w niszczeniu komórek i stanowiące razem cytotoksynę, zdaniem Miecznikowa, mają pochodzić z fagocytów, podobnie jak i antitoksyny antybakteryjne i antitoksyczne.

Co się tyczy zjawiska aglutynacji, to zyskało ono na popularności od czasu, kiedy Widal (1896) użył go za podstawę do swej *serodyagnostyki* tyfusu brzuszego. Od tego czasu starano się rozszerzyć ramy serodyagnostyki i na inne sprawy (np. gruźlica i t. p.) i przekonano się, że zjawisko aglutynacji, występujące powszechnie w surowicy osobników w stanach zakaźnych, samo przez się niema nic wspólnego z odpornością i za miarę tejże służyć nie może. Tak np., chorzy na dur brzuszny, pomimo bardzo silnej sprawności aglutynacyjnej ich surowicy, zapadają nieraz na recydywy. Aglutynacja jednak — w myśl teorii Miecznikowa — unieruchamiając bakterie chorobotwórcze i sklejając je w kupki — niewątpliwie ułatwia fagocytom i cytazom niszczenie ich.

Precypityny otrzymują się również w powyższy sposób drogą uodparniania zwierząt, t. j. wprowadzania do ich ustroju płynnych ciał białkowatych. Tak nap., jeśli będziemy wprowadzać zwierzęciu do otrzewny np. mleko krowie, to po niejakiem czasie otrzymamy surowicę, która strąca mleko, t. j. dolana doń powoduje w niem powstawanie kłaczków. Lub, jeśli będziemy wstrzykiwać zwierzęciu roztwór białka kurzego (lub uryny białkowej, produktów trawienia proteolitycznego i t. p.), to po niejakiem czasie surowica jego nabierze własności wywoływania osadu w pomienionych ciałach. Precypityny są wysoce specyficzne, t. j. precypityna dla mleka krowiego daje osad tylko w mleku krowiem i t. p. Czy precypityny przyjmują jakiś udział w akcie odporności, na to pytanie nauka dostatecznie nie odpowiada. Jest jednak bardzo możliwe, że

swoiste precypityny, unieruchamiając toksyny, mogą również ułatwiać ich niszczenie drogą trawienia ich przy pomocy cytaz lub też pochłaniania przez fagocyty. Gdyby tak było, to zjawiska precypitacji i aglutynacji stanowiły by drugorzędne procesy pomocnicze w złożonem zjawisku odporności ustrojów przeciw czynnikom chorobotwórczym zakaźnym.

Odróżniamy wogóle *odporność antybakteryjną*, t. j. odporność przeciw bakterjom chorobotwórczym, i *odporność antitoksyczną* — odporność przeciw jadom bakteryjnym. Oba te rodzaje odporności dzielimy jeszcze według następującego schematu.

I. Odporność przyrodzona.

II. Odporność nabyta:

a. odporność nabyta nieswoista;

b. odporność nabyta swoista.	{	wytworzona umyślnie przez toksynę lub surowicę;
		wytworzona na skutek przebycia choroby zakaźnej;
		odziedziczona;
		nabyta drogą karmienia (lactatio).

Podział ten (Nicolle) dosyć dokładnie grupuje wszystkie przejawy odporności, spotykane w ustrojach, i jednocześnie daje pojęcie o tem, w jaki sposób odporność wogóle powstaje w ustrojach żywych.

Odporność przyrodzona u ludzi istnieje odnośnie od wielu chorób zakaźnych zwierzęcych (np. zaraza płucna, cholera kur, księgosusz i t. p.) I odwrotnie, zwierzęta nie chorują na takie choroby, jak trąd, wysypki ostre, kiła i in. Co się tyczy *odporności nabytej*, to, zdaje się, jest zasadą ogólną, że *po każdej chorobie zakaźnej ostrej ustrój pozostaje przez czas jakiś odpornym* na działanie pasorzyta, który tę chorobę wywołał. Taka odporność nabyta po chorobach zakaźnych istnieje musi krócej lub dłużej, ona przecież jest wyłączną przyczyną wyzdrowienia, jej napięcie bowiem w okresie zakażenia sprawia, że ustrój ostatecznie wzięł górę nad czynnikiem zakaźnym. Odporność taka trwa nieraz bardzo krótko i tylko bezpośrednio po wyzdrowieniu, lub też trwa całe życie, jak np. u ludzi po durze, po wrzodzie twarzym, po przebyciu ospy naturalnej i t. d.,

Odporność nabytą nieswoistą obserwujemy wówczas, kiedy po wprowadzeniu do ustroju czegoś na pozór obojętnego, czynimy ten ustrój nieczułym na działanie bakteryi lub toksyn. Tak np. bacillus pyocyaneus nie tylko in vitro, ale i in vivo hamuje rozwój bac. anthracis. Roztwo-

ry nukleohistonu(*) uodparniają zwierzęta przeciwko tetanii i dyfteryjnii; normalna surowica kozy uodparnia przeciwko toksynie cholerycznej; bulion hodowlany, wprowadzony do otrzewny zwierząt przed zakażeniem, hamuje rozwój bakterii i chroni zwierzęta od zakażenia. Wszystkie te ciała oczywiście nie działają bezpośrednio na bakterie lub toksyny. Zdaniem *Miecznikowa* działają one pośrednio, wzmagając mianowicie natężenie fagocytozy.

Odporność nabyta swoista jest to odporność, którą ustrój nabywa zazwyczaj w skutek specjalnej interwencji, t. j. celowego uodparniania lub też na skutek jakiejś choroby zakaźnej—odnośnie tylko do tej ostatniej. Ten typ odporności—odporność po chorobach—polega niewątpliwie na *sui generis* przyzwyczajeniu fagocytów, wdrożeniu ich do walki z pasorzytami. Owo przyzwyczajenie może polegać na szybkiej i energicznej reakcji fagocytowej, zanim dany pasorzyt rozmnoży się na tyle, że zacznie poważniej zagrażać ustrojowi. Wogóle jednak sprawy te są dotychczas zbyt ciemne, iżby o nich można było powiedzieć coś pewnego. To samo dotyczy odporności odziedziczonej i odporności nabytej drogą laktacji, którą, jak wiadomo, *Behring* chce w ostatnich czasach wyzyskać w walce z gruźlicą.

Z punktu widzenia praktycznego obchodzi nas daleko bardziej ten typ odporności, który nabywają ustroje na skutek celowo przedsięwziętej interwencji lekarza, t. j. na skutek celowego uodparniania. Tej kwestyi, niesłychanie ważnej z punktu widzenia praktycznego, musimy słów kilka na zakończenie poświęcić.

Odróżniamy uodparnianie przeciw bakteriom od uodparniania przeciw toksynom. Osobnik, uodporniony przeciw bakteriom, nie tylko nie jest zabezpieczony przeciw toksynom, ale może być nawet bardziej czuły na działanie toksyn, jak to np. znaleziono odnośnie toksyny cholerycznej i lasecznika cholery. Ustrój zaś, zabezpieczony przeciw działaniu toksyn, staje się odpornym i przeciw bakteriom.

Mechanizm odporności nabytej drogą uodparniania, zdaniem *Miecznikowa* i jego szkoły, polega również na usprawnieniu fagocytozy: w tych razach mia-

nowicie fagocyty stają się bardziej czynnymi, chemotaksa dodatnia ich ulega wzmoczeniu i zdolność trawienia mikrobów znacznie wzrasta. Zachodzi nadprodukcya czynników, uczestniczących w niszczeniu mikrobów i ich toksyn, skutkiem czego ustrój nabywa zdolności niszczenia zakażeń w zarodku. Praktycznie daje się to wszystko osiągnąć drogą metodycznego uodparniania ustrojów, czy to przy pomocy hodowli bakterii mniej lub więcej osłabionych, czy też przy pomocy toksyn. Tu odróżnić musimy dwa rodzaje odporności nabytej (*Ehrlich*): 1) *odporność czynna* (*Immunitas activa*)—kiedy zwierzę zostaje uodpornione drogą wprowadzenia do jego ustroju toksyn i 2) *odporność bierna* (*Imm. passiva*), kiedy zwierzę staje się odporne po wprowadzeniu do jego ustroju surowicy zwierzęcia innego, uodpornionego przedtem. W pierwszym razie ustrój zwierzęcia korzysta z antytoksyn, które sam czynnie utworzył, w drugim—ustrój zwierzęcia korzysta z antytoksyn, wytworzonych przez ustrój innego zwierzęcia. Zazwyczaj odporność czynna, jakkolwiek trudniej powstaje, trwa jednak dłużej, niż odporność bierna. Skutkiem tego uodparnianie czynne ma zastosowanie praktyczne jako środek zapobiegawczy, odporność zaś bierna—przeważnie (choć zgoda nie zawsze) jako środek leczniczy, stosowany już w chorobie, gdzie стоимy wobec „*periculum in mora*“.

Otrzymanie pierwszej surowicy „leczniczej“ odnosi się do roku 1888, gdy *Richet* i *Heri-court*, uodparniając psy przeciw gronkowcom ropotwórczym, znaleźli, że surowica tych psów uodparnia króliki na działanie pasorzytów pomniejszych. Następnie w dwa lata później (1890) *Roux*, a także *Behring* i *Kitasato* znaleźli, że surowica zwierząt uodpornionych przy pomocy hodowli tężcowych i dyfterytycznych nabiera własności zapobiegawczo—leczniczych przeciwko odnośnym zakażeniom. Wiekopomną to odkrycie wraz z odkryciem *Jennera* zapisało się złotymi głościami w historii walki ludzkości z zakażeniem. Odtąd usiłowania badaczy w kierunku otrzymywania surowic ochronnych wzmogły się na tyle, że chyba niema bakterii chorobotwórczej i toksyny, przeciwko której nie starano by się w celach leczniczo—praktycznych uodparniać zwierząt. Jako przykład modus procedendi w tym kierunku przytoczę tu w kilku słowach sposób otrzymywania surowicy przeciwbłonicowej, jedynej ze wszystkich surowic

(*) Nukleohiston jest to ciało należące do grupy nukleoalbuminów, stanowiące główną składową część jąder limfocytów i in. komórek. Rozpuszcza się w wodzie, słabych zasadach i mocnych kwasach. (Przyp. autora).

w celu leczniczo—praktycznym stosowanych, jaka zyskała już trwale i wieloletnie stanowisko.

Surowicę przeciwbłonicową otrzymujemy drogą szczepienia zdrowym i niereagującym na malleinę koniom w przeciągu 3—5 miesięcy (dwa razy na tydzień) coraz to większych dawek (1—300 ccm.) przesącza hodowli dyfterytycznej w odpowiedni sposób otrzymanej: po upływie okresu uodparniania z żyły szyjowej robimy koniowi upust krwi (6—8 litrów), której pozwalamy następnie skrzepnąć, skutkiem czego surowica oddziela się od reszty krwi w ilości około 2—3 litrów. Lub też możemy wypuścić koniowi więcej krwi (aż do zabicia konia), tak że jeden koń daje tylko jedną seryę surowicy. Tę surowicę następnie rozlewamy przy zachowaniu najściślejszej aseptyki do flaszeczek odpowiedniej wielkości i używamy do szczepień ochronnych. Niektórzy autorowie osłabiają toksynę, wprowadzane zwierzętom podczas uodparniania, przy pomocy rozmaitych środków, jak np. ogrzewanie do 60°, dodatek trójchlorku jodu, płynu *Lugola*, domieszka antytoksyny i t. p. Po otrzymaniu surowicy leczniczej powinniśmy dokładnie zorientować się co do jej siły. Tę siłę określamy w postaci jednostek antytoksycznych (uodparniających), zapropionowanych przez *Ehrlicha* i ogólnie przyjętych. Za taką jednostkę przyjmujemy 1 cent. sześć. surowicy, neutralizujący 100 dawek jadu śmiertelnych dla świnki morskiej (250 gm) w 4—6 dni. Surowica przeciwbłonicza warszawska, wyrabiana przez *Palmirskiego*, znajduje się w handlu w porcyach, odpowiadających 1000 powyższych jednostek uodparniających. Prócz surowicy przeciwbłoniczej w handlu znajdują się inne surowice, jak przeciwtężcowa, przeciwpaciorkowca, przeciwdżumowa i in., które jednak nie posiadają dotychczas tak doniosłego znaczenia, jak surowica przeciwbłonicza. Wszystkie one nadają szczepionym ustrojom odporność bierną; odporność czynną u ludzi w celach zapobiegawczych wytwarzamy przy pomocy wakcynacji—szczepionek, z których najpowszechniej znana jest wakcynacja ospy. W ostatnich czasach z niezłymi skutkami próbowano wakcynacji przeciwdżumowej i in.

* * *

Oto w zarysie wszystko, co da się powiedzieć dziś w kwestyi odporności. Z konieczności musiałem opuścić wiele szczegółów, może niemniej ciekawych

od tego, co powyżej zaznaczyłem. Szło mi przeciwko o przedstawienie rzeczy w możliwie dostępnej i łatwej postaci. Jak zjawisko odporności jest samo w sobie bardzo złożonem, tak i nauka o niem, opisując mnóstwo pojedynczych faktów, jeszcze do dziś niedostatecznie usystematowanych, z trudnością da się dokładnie zrozumieć i ująć. Nauka ta jednak, chociaż trudna i napozór sucha, jest niesłychanie pociągająca: ma ona na celu dobro cierpiących mas ludzkości daleko bezpośrednio, niż inne nauki biologiczno—lekarskie. Jako taka, jest nauką, w której pierwiastek czysto utylitarny stoi w pięknej harmonii z pierwiastkiem na pozór czysto teoretycznym. W każdym razie nauka o odporności, już w tej postaci, w jakiej istnieje dziś, zajmie jedną z najwspanialszych kart w dziejach lecznictwa.

Chcąc bliżej poznać poruszoną w powyższym artykule sprawę polecić mogę

1) *L'immunité dans les maladies infectieuses* par *E. Metschnikoff*, Paris 1901 str. 600 (Szczegółowe streszczenie polskie *K. Rzętkowskiego*, *Gazeta Lekarska* 1903).

2) *Lecons sur la pathologie comparée de l'Inflammation*, par *E. Metschnikoff* Paris 1891.

3) *Grundzüge der Allgemeinen Mikrobiologie* von *Dr. M. Nicolle* Berlin 1901

4) *Die theoretischen Grundprinzipien der modernen Immunitätslehre* (doskonałe streszczenie teorii *Ehrlicha*!) przez *F. Pröscher'a* i *A. Pappenheim'a*, artykuł w piśmie *Folia haemathologica* 1904 № 1 i dal.

5) O t. zw. hemotoksynach i inn. pokr. im ciałach prof. *Wł. Sieradzki* *Przegląd Lek.* 1901 № 25, 26 (literatura!)

6) O cytotoxynach *K. Rzętkowski*. *Gazeta Lek.* 1902 (literatura!)



O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu.

Napisał *Dr. Seweryn Sterling*.

(Dalszy ciąg)

Jeżeli zechcemy leczyć chorego w jego domu, musimy postarać się urządzić mu rodzaj sali szpitalnej — co jest możliwe wtedy, kiedy mieszkanie jego składa się z, conajmniej, dwu pokoi.

Wtedy jeden z nich przeznaczamy wyłącznie dla chorego; każemy wynieść wszystkie sprzęty, zostawiając tylko łóżko, stolik, krzesło i kanapkę. Na czas sprzątanía, na czas jedzenia obiadu i kolacyi, przyjmowania wizyt — chory (o ile niema nakazanego stałego pobytu w łóżku) przechodzi do rodziny, do sąsiedniego pokoju.

Pozatem, dajemy choremu i jego otoczeniu te same przepisy, jakie się stosuje w szpitalu.

Ważną jest rzeczą, by lekarz odwiedzał takiego chorego nie w terminach z góry oznaczonych, ale — niespodziewanie: w celu sprawdzenia, o ile i jak jego przepisy są spełniane.

Że każdego takiego chorego, o ile to tylko możliwe, namawiać należy do wyjazdu z miasta — mówiłem już wyżej.



Leżalnia półkryta dla jednej osoby, z koszyka.

Ale należy pamiętać o tem, jak dalece opłakane bywają często u nas na wsi warunki gruntowe, mieszkalne, warunki żywienia się, jaki brak fachowego dozoru i opieki lekarskiej tam panuje — dozoru i opieki, która dla naszych, lekkomyślnych przeważnie, chorych są niezbędne. Stałe towarzystwo ludzi zdrowych czyni nawet dla ludzi zamożniejszych, t. j. dla mogących pozwolić sobie na wszelkie wygody, pobyt — w celu leczenia się — na wsi, szczególnie na t. zw. letnich mieszkaniach, zgoła nieodpowiednim.

Dla tego choremu, którego wysyłamy na wieś, należy bardzo dokładnie i wszechstronnie wyłożyć zasady leczenia dyetetyczno-hygienicznego; jeśli w sąsiedztwie będzie miał lekarza, zawsze do niego liście

dać choremu należy, a w tym liścieku uprzedzić o naszym planie kuracyi.

Nacisk szczególnie położyć należy w przepisach dawanych choremu na znaczenie spokoju; większość bowiem takich chorych przechadzki i wycieczki (dotrzymując towarzystwa zdrowym) uważa za nieszkodliwe, bo na świeżem powietrzu przez ten czas przebywa. Nieprzeszkadza im to wzięcie się godzinami w dusznej i niskiej izdebce letniego mieszkania, gdzie — zwłaszcza nocą — panuje zaduch i duszność okropna.



Leżalnia dla jednej osoby.

Wobec niepełnego bezpieczeństwa osobistego (prawdziwego, czy urojonego), pływającego z trzymaniami przez noc na wsi, w mieszkaniu parterowym, okien otwartych, należy radzić chorym zamykanie — przy otwartych oknach — tylko okiennic, w których (u góry) jeszcze otwór wyciąć trzeba. Bojaźliwi chorzy, bojący się powiewu nocnego, niech śpią za parawanem, by wprost na nich nie wiało.



Leżalnia dla jednej osoby.

Na dzień musi chory mieć na werandzie lub w lesie ustawiony leżak; jeżeli na werandzie, t. j. przy mieszkaniu, nie może mieć chory niezbędnego spokoju,

należy poradzić, gdzie to jest dla chorego dostępne, wybudowanie specjalnej leżalni, wzorując się na jednej z tych, których rysunki przytaczam. Leżenie w altankach ogrodowych, zwykle ciemnych, wilgotnych (obrosniętych dzikim winem) wcale nie jest właściwe.

Niewłaściwe też jest dla naszych chorych leżenie na ziemi, a tem bardziej—w hamaku. W obu przypadkach chory nie może głęboko i swobodnie oddychać, a leżenie prędko go męczy.



Leżalnia dla jednej osoby.

Często nas pytają chorzy, wyjeżdżający latem na wieś, czy wolno im się kąpać w rzece. Otóż tylko chorym o wyraźnej skłonności do krwotoków (i gorączkującym) kąpeli rzecznych zabronić należy. Wszystkim innym polecić ją trzeba, zastrzegając wszakże, by kąpiel, raz na dzień, rano, trwała krótko; po kąpeli muszą użyć spaceru, chodząc wolno i nie nad rzeką.

Już na wstępie wyraziłem przekonanie, że w każdym szpitalu powinno się urządzić oddział dla piersiowych. Korzyści z takiego oddziału w szpitaliku małomiasteczkowym będą większe, aniżeli w szpitalu wielkomiejskim—dla tej prostej przyczyny, że w dużym mieście mamy jeden z najważniejszych czynników leczniczych—powietrze—w gatunku pośledniejszym.

Nie przedstawi urządzenie takiego oddziału w szpitaliku małomiasteczkowym większych trudności, jeśli lekarz potrafi zainteresować sprawą walki z gruźlicą kółko inteligencji miejscowej. Zebranie fundusiku na dopełnienie inwentarza sali szpitalnej, na ciepłą odzież i, co główna, na budowę leżalni—nie będzie znów sprawą zbyt trudną; po tem wypadnie ze sta-

łych składek dopełniać rację szpitalną chorych na gruźlicę.

Zdaje mi się, że idea niezbędności walki z gruźlicą przeniknęła już nawet na naszą prowincję, że więc tylko od dobrej woli i energii naturalnych przywódców tej walki, od lekarzy, zależy jej urzeczywistnienie, na razie w zakresie skromnym, tem nie mniej arcypożytecznym.

Każdy taki oddział szpitalny stać się może ogniskiem skupiającym wkoło siebie walczących z gruźlicą nie tylko w samym szpitalu, ale i w pewnej okolicy kraju.

Nie będzie chyba trudną działalność prywatna takich niewielkich *kuratoriów przeciwgruźliczych*, które obok opieki nad oddziałem szpitalnym, opiekowałyby się i chorymi na mieście, pielęgnując ich w chorobie.

Gdzie niema szpitali—lub gdzie w nich brak miejsca dla gruźliczych—podobne kuratoria mogłyby urządzić—na lato—t. zw. *stacje dzienne*. W tym celu w najbliższym lesie, uzyskawszy pozwolenie właściciela, wybudować należy dużą werandę i pozwolić chorym, przez lekarza zakwalifikowanym, przepędzać tam cały dzień, pod nadzorem osoby płatnej i umiającej się obchodzić z chorymi. Bardzo byłoby pożądane, by chorzy utrudzy otrzymywali tam pożywienie, t. j., by przy werandzie była kuchnia. W większych miastach można przy takich werandach urządzić filie tanich kuchen, resp. ogniska, przy których odgrzewanoby potrawy z tych kuchen przynoszone.

Są to—rzecz prosta—wszystko bardzo skromne sposoby zastąpienia prawdziwych sanatoryów ludowych; ale tych nie mamy, więc z musu uciekać się musimy do improwizowania innych sposobów ratowania tysięcy i tysięcy chorych, których nawet tak uproszczone leczenie ratować może.

Wobec ubóstwa naszych szpitali, wobec braku ich wogóle, z konieczności najważniejszą rolę grać jeszcze czas długi będzie leczenie domowe. Ponieważ zaś nie leki stanowią jądro współczesnego leczenia gruźlicy, tylko dyeta i higiena, na które się nie zdobędzie kieszeń większości chorych, więc dziś szczególną wartość może mieć działalność owych kółek ludzi dobrej woli, które nazwałem kuratoriami przeciwgruźliczymi, a które mogłyby stanowić np. sekcje towarzystw dobroczynności, tam gdzie te istnieją.

Zakres zadań takiego kuratorium oświeceni w pewnym stopniu kwestyona-

ryusz, jaki—jako „historię ubóstwa“ rodziny, w której jest chory na gruźlicę—wypełnić ma delegat kuratoryum. Oto pytania, na które należy odpowiedzieć w kwestyonaryuszu np. kuratorów francuskich (dispensaires):

Nazwisko, wiek, adres, zajęcie chorego. Położenie rodzinne. Wiek dzieci. Ile ich zmarło, od czego, w jakim wieku. Ile zarabia (lub zarabiał) chory dziennie. Ile godzin pracuje (pracował). Od jak dawna zmuszony był przerwać pracę zarobkową. Zajęcie żony, dzieci. Ich zarobek dzienny. Czy rodzina utrzymuje krewnych, rodziców. Czy i ile winna gospodarzowi. Czy i ile winna za żywność, opał, odzież. Nazwiska wierzących. Czy ma co w zastawie. Czy otrzymuje zapomogę dobroczynną. Czy dzieci są w domu, w ochronie. Czy chory nie może pracować w domu. Czy ma obstalunki. Do jakiej pracy chory jest chwilowo zdolny. Czy może wychodzić z domu w celu szukania pracy. Czy chory ma czem się żywić. Czy ma odzież ciepłą. Czy pluje. Jakie są najpilniejsze potrzeby jego i rodziny. Czy można coś dlań otrzymać od byłego pracodawcy. Czego wymaga od kuratoryum. W ilu pokojach mieszka. Czy sam śpi w łóżku. Ile osób śpi w tym samym pokoju. Rozmiary tego pokoju. Czy ten pokój ma okno od ulicy, od podwórza, od ogrodu. Ile ma okien. Czy łatwo je otwierać. Zkąd bierze wodę do picia. Jak daleko od studni do ustępu. Gdzie pierze bieliznę. Gdzie suszy bieliznę. Czystość mieszkania. Czy trzeba mieszkanie gruntownie oczyścić. Czy się na to zgadza chory, by je oczyścić.

Tak wszechstronną pomoc dają kuratorya francuzkie chorym, którymi się opiekują, i w ten sposób *leczą ich* skutecznie w domu.

Naturalnie, koniecznem dopełnieniem być musi opieka czysto lekarska, która gra jednak wtedy rolę już drugorzędą.

Lekarz ma jednak ważną rolę jako wychowawca całej rodziny chorego, która—dzięki pomocy kuratoryum—jest w możności urzeczywistnienia jego poleceń i przepisów.

Jeżeli ofiarność publiczna dziwnie jest u nas obojętna na potrzeby szpitali, to może ten nowy rodzaj pomocy i hasło walki z najgroźniejszą chorobą, jaką jest gruźlica, poruszy serca i umysły ogółu.

Zagrzewać do tej ofiarności i do tej pracy muszą lekarze.

Zanim przejdziemy do leczenia objawowego gruźlicy płuc, rozpatrzyć na tem miejscu musimy leki tak zwane: swoiste, specyficzne.

Z niezmiernie długiego szeregu środków, które rzekomo miały bezpośrednio niszczyć w tkankach zarazek gruźlicy, zostały w użyciu nieliczne dla ich własności, jakkolwiek nieswoistych, tem niemniej nieraz dodatnio na objawy gruźlicy płuc wpływających. Dla tego z terapii gruźlicy płucnej tych pseudo-specyfików wykreślić niemożna, szczególnie tam, gdzie—jak to ma miejsce przy leczeniu szpitalnem lub domowem—chory może korzystać z leczenia dyetetyczno-hygienicznego tylko w stopniu niedoskonałym.

Nie przepisując zupełnie własności swoistych *kreozotowi* i jego pochodnym, uznać go jednak musimy za środek, który nieraz wywiera wpływ dodatni na przebieg gruźlicy płuc. Nienależy tylko żądać, by zdziałał on więcej, aniżeli metoda sanatoryjna, dziś za najdoskonalszą uznana, t. j., by pomógł w przypadkach gruźlicy daleko posuniętej. W okresie początkowym może kreozot (i jego przetwory) być pożytecznym lekiem objawowym—jako środek wykrztuśny, zmniejszający ilość wydzielin lub jako Stomachicum—o ile jest przez organizm dobrze znoszony.

Ale też przepisywać go należy tylko tam, gdzie mamy jedno z tych trzech wymienionych wskazań: ograniczenie wydzielin, ułatwienie wykrztuszania lub potrzebę poprawy łaknienia (resp. zwalczanie nieprawidłowej fermentacji w organach trawienia). Bezwarunkowo zaś niewłaściwem jest przepisywanie go w przypadkach choćby najłżejszej nietolerancji, zarówno jak i przy skłonności do krwotoków, przy podnieconej działalności serca, przy podrażnieniu nerek. Nie wolno go podawać zbyt długo, a w każdym razie od czasu do czasu badać mocz każdego chorego, zażywającego kreozot; w organizmie źle znoszącym kreozot zatrucie tym przetworem może wywołać takie objawy, jak białkomocz, zaburzenia żołądkowe i kiszkowe, bóle głowy i tp.

Daleko mniej zaufania budzą przetwory kreozotu, które nie posiadają wprawdzie jego własności ujemnych, ale też—jak się zdaje—nie posiadają i tych dodatków, jakie w wielu razach widzimy u chorych znoszących kreozot.

Najlepszy sposób podawania kreozotu mamy, dodając go do tranu, po jednej do kilku aż do 8 kropli na łyżkę tranu, trzy

razy dziennie; zamiast tranu użyć też można jako vehiculum mleka, kleiku, galek z siekanego mięsa.

Kreosotal, rozkładający się w kiszkach na kreosot i kwas węglowy, podajemy w ten sam sposób, tylko w dawkach większych, po 5 do 40 kropel naraz, po jedzeniu.

Kreozalbinę stosuje się w dawkach 1—2 gramowych (szczypta na końcu noża), w mleku lub w opłatkach, popijając mlekiem.

Z przetworów kreozotu w użyciu są najczęściej bardzo drogie: duotal (po 20 do 50 cgr. aż do 1 i 2 g. trzy razy dziennie) i thio-col po 1 do 2 g. na dawkę (szczypta na końcu noża) trzy razy dzień.

Po wieloletniej ciszy zaczynają coraz częściej występować zwolennicy *tuberkuliny*, jako leku pomocniczego przy zwalczaniu pierwszych okresów gruźlicy. Jakkolwiek wszyscy stosują go równocześnie z terapią dyetetyczno-hygieniczną, tem nie mniej bardzo trzeźwi lekarze zakładowi i szpitalni otrzymywali lepsze wyniki z tego kombinowanego leczenia, aniżeli z samego sanatoryjnego. Szkodliwe wyniki leczenia przed laty spostrzeganego przypisują ci badacze temu, że leczono wówczas nieodpowiednie przypadki niewłaściwą metodą.

Tuberkulinę wolno stosować tylko chorym w początkowych okresach gruźlicy, niepowikłanej zakażeniem wtórnem, chorym, niegorączkującym, z sercem nieosłabionem, niemającym skłonności do krwotoków. Stosują ją przytem tylko takim chorym, którym nie przyniosła korzyści metoda hyg.-dyetetyczna przez czas dłuższy racjonalnie stosowana.

Wtedy stosują tuberkulinę (starą) w ten sposób:

Po kilkudniowym mierzeniu gorączki, co trzy godziny powtarzaniem, zastrzykuje się choremu $\frac{1}{10}$ miligrama tuberkuliny; jeśli ta dawka wywoła reakcję (ogólne rozbiecie, podwyższona ciepłota), następna dawka musi być jeszcze mniejsza. Jeśli zastosowana dawka nie wywoła reakcyi lub tylko minimalną—powtarzamy ją po kilku dniach i powtarzamy tak długo, dopóki po niej nie otrzymamy już żadnej reakcyi. Wtedy przechodzimy do dawki większej— $\frac{3}{10}$ do $\frac{5}{10}$ miligrama i znów tę dawkę powtarzamy tak długo dopóki organizm się do niej nie przyzwyczai, t. j. zniesie ją bez wszelkiej reakcyi. W ten

sposób: stopniowo zwiększając dawkę w ciągu wielu tygodni, cofając ją, zawsze jeśli wywoła reakcję, możemy dojść do 25—30 miligramów; wtedy już można śmielej powiększać dawki, dochodząc do 100 a nawet 200 miligramów na dawkę—bez wywołania reakcyi.

Zastrzykuje się zwykle jeden raz, najwyżej dwa, na tydzień; jeśli wystąpiła gorączka, to następne zastrzyknięcie wolno zastosować dopiero w parę dni po ustąpieniu zupełnem gorączki i innych objawów reakcyi.

Ciepłotę należy mierzyć co trzy godziny we dnie, a w ciągu nocy też choćby raz jeden. Jeśli w ciągu tej kuracyi stan podmiotowy się pogorszy, lub—co ważniejsza—waga chorego spadnie, należy zastrzykiwania przerwać.

Ten sposób stosowania tuberkuliny nigdy nie wywołał objawów, które tak fatalnie ją zdyskredytowały w pierwszych czasach po jej wprowadzeniu przez Kocha. Tem nie mniej stosować ją należy i dziś bardzo ostrożnie, po wszechstronnem rozważeniu danego przypadku.

Toż samo należy powiedzieć o tuberkulinie nowej Kocha, którą też w niektórych sanatoryjach i szpitalach stosują w celach leczniczych, i o tuberculozydynie Klebsa.

Obie surowice swoiste, Maragliano i Marmorka, zawiodły nadzieje, jak dotąd przynajmniej.

Za lek swoisty ogłoszono sok mięsny surowy, tworcąc swoistą dla gruźlicy *zomoterapię*; surowica krwi mięśniowej ma zawierać ferment rozpuszczalny („tuberkulinoza“), posiadający własności przeciwgruźlicze.

(D. c. n.)



Prace tymczasowej Komisji przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego lubelskiego.

(Dalszy ciąg)

DZIAŁ VI.

Narzędzia i przyrządy urologiczne.

Opracował Dr. Kazimierz Jacewski.

U w a g a: Ceny w tym dziale podane są *we frankach loco fabryka bez potrącania ustępstwa*, (nie wyliczając cen fabryk krajowych.)

Tablica I.
Cewniki elastyczne.

NAZWA NARZĘDZIA	F I R M Y		
	Delamotte Frc. ct.—Frc. ct.	Gaillard Frc. ct.—Frc. ct.	Vergne Frc. ct.—Frc. ct.
Cewnik cylindryczny	0,75—1,00	0,75—1,25	1,25—1,75
Cewnik stożkowy	1,00—1,25	1,00—1,75	1,25—1,75
Cewnik z oliwką	1,00—1,25	1,35—1,75	1,75
Cewnik „à bequille“.	1,25—1,50	1,25—1,75	2,00
Cewnik Guyo'na „à boule“*)	1,50—1,75	1,25	1,25—1,50
Cewnik t. zw. Nélaton'a	0,50—1,25	0,50—1,25	0,50—1,50

Tablica II.

Świecezki

NAZWA NARZĘDZIA	F I R M Y		
	Delamotte Frc. ctm.—Frc. ctm.	Gaillard Frc. ctm.—Frc. ct.	Vergne Frc. ct.—Frc. ct.
Świeczka oliwkowa	0,75—1,75	1,00—1,75	1,00—1,75
Świeczka cylindryczna	1,00	1,00	1,00
Świeczka nitkowata (oraz „en baïonette“)	1,25—2,25	1,25—2,25	1,25—2,25
Świeczka „à boule“ (t. zw. „exploratory“).	1,50	1,25	1,25
Świeczka „à boule“ z miarką	2,25	2,25	2,25

W przytoczonych trzech tablicach porównawczych uwzględniliśmy tylko niektóre najważniejsze narzędzia i przybory, używane w praktyce urologicznej i syfilidologicznej.

Mówiąc o cewnikach elastycznych i takichże świecezkach, ograniczyliśmy się na podaniu cen 3 firm francuskich, gdyż wyroby tego pochodzenia już oddawna zostały uznane przez cały świat lekarski za najbardziej odpowiedzialne. To też w każdym cenniku, bez względu na narodowość fabrykanta, towar francuski bywa zawsze wyróżniony omówieniem „oryginalny“. Ceny podane stosują się do 3 najbardziej znanych i najstarszych firm, mianowicie: Delamotte (istniejącej od r. 1789), Vergne et Bouisseren (dawniej Vergne), założonej w r. 1865 i Gaillard—istniejącej zaledwie lat kilkanaście, ale już poważną

liczbą nagród odznaczonej; różnica cen jest bardzo nieznaczna. Nabywając zatem cenniki elastyczne i świecezki, żądać należy towaru francuskiego firm wyżej wymienionych.

Co do narzędzi metalowych, używanych w leczeniu trypra i jego powikłań, to porównanie cen wyrobów francuskich i niemieckich wskazuje, że towar niemiecki jest niewątpliwie tańszy, a nadto wszystkie narzędzia wyrabiane są przez francuzów—np. uretrometr Otisa znajduje się tylko w cennikach firm Lüera i Aubry, dilatator Oberländera notuje tylko Aubry z drugiej strony uretrotomy Maisonnewe'a tańsze są u francuzów. Fabrykanci wiedeńscy—Reiner i Leiter—mają wyroby droższe, niż firmy cesarstwa niemieckiego.

Należy tu jednak zaznaczyć, że wyroby firm francuskich przewyższają wyroby niemieckie dokładnością i starannością wykończenia.

*) t. zw. „instillator“.

Tablica III. Przedmioty metalowe.

NAZWA PRZEDMIOTU.	F															
	Collin		Lüer		Simal		Aubry		Gennisson		Vergne		Gallard		Bognier	
	Frct.	-Frct.	Frct.	ct.-Frct.	Frct.	ct.-Frct.	Frct.	ct.-Frct.	Frct.	ct.-Frct.	Frct.	ct.-Frct.	Frct.	ct.-Frct.	Frct.	ct.-Frct.
Cewnik męski srebrny	6,00	—	—	—	—	—	5,00—8,00	—	6,00	—	—	—	—	—	—	—
Cewnik męski nowosrebrny	2,50	—	—	—	—	—	2,50	—	2,00	—	—	—	—	—	—	—
Psychrofor	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Beniquet	1,50	—	—	—	—	—	1,50	—	1,50	—	—	—	—	—	—	—
Endoskop Grünfelda	—	—	—	—	—	—	6,50—20,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Serya oliwek Guyon'a	25,00	—	—	—	—	—	—	—	25,00	—	—	—	—	—	—	—
Szprycaka Guyon'a	16,00	—	—	—	—	—	20,00—40,00	—	16,00—38,00	—	—	—	—	—	—	—
Szprycaka Uitzmanna	20,00	—	—	—	—	—	20,00—55,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Szprycaki tryprowe	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Uretrotom Maisonneuve'a	27,00	—	—	—	—	—	27,00	—	24,00	—	—	—	—	—	—	—
Uretrometr Otisa	—	—	—	—	—	—	90,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Dilatator Oberländera	—	—	—	—	—	—	75,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Do masowania gruczołu przy- prężnego.	—	—	—	—	—	—	15,00	—	—	—	—	—	—	—	—	—
NAZWA PRZEDMIOTU	Schmidt		Wandler		Medizin Hans		Wald		Reiner		Jadlowski		Mann			
	Frct.	ct.-Frct.	Frct.	ct.-Frct.	Frct.	ct.-Frct.	Frct.	ct.-Frct.	Frct.	ct.-Frct.	Frct.	ct.-Frct.	Frct.	ct.-Frct.		
Cewnik męski srebrny	5,00—8,70	—	3,75—8,50	—	4,30—7,50	—	4,30—7,50	—	5,00—7,00	—	6,25—8,00	—	6,25—9,00	—		
Cewnik męski nowosrebrny	2,50	—	1,75	—	2,10	—	2,10	—	2,40	—	1,75	—	2,0	—		
Psychrofor	5,00	—	5,30	—	5,00	—	5,00	—	7,00	—	5,50	—	5,80	—		
Beniquet	1,80	—	1,25—2,50	—	1,50	—	1,50	—	2,00—3,00	—	1,75	—	1,25—2,25	—		
Endoskop Grünfelda	5,60—8,70	—	3,50—9,00	—	—	—	3,75—7,20	—	2,00—8,00	—	3,75—7,50	—	3,75—7,50	—		
Serya oliwek Guyon'a	23,10	—	—	—	18,50	—	20,60	—	—	—	—	—	—	—		
Szprycaka Guyon'a	10,00	—	10,90	—	13,00	—	8,00	—	—	—	—	—	—	—		
Szprycaka Uitzmanna	11,50	—	5,00—12,50	—	9,30	—	9,30	—	11,00	—	10,50	—	7,00—11,20	—		
Szprycaki tryprowe	0,40—3,00	—	—	—	1,25—2,15	—	—	—	—	—	—	—	5,60—11,80	—		
Uretrotom Maisonneuve'a	30,00	—	30,00	—	27,00	—	28,00	—	20,00	—	0,75—1,50	—	33,70—40,00	—		
Uretrometr Otisa	46,00	—	40,00	—	43,50	—	43,50	—	60,00	—	32,50	—	45,00	—		
Dilatator Oberländera	50,00—62,00	—	45,00	—	47,00—53,00	—	47,00	—	56,00	—	75,00	—	48,70	—		
Do masowania gruczołu przy- prężnego.	—	—	7,50	—	15,00	—	11,00	—	—	—	7,50	—	—	—		

Dwie firmy warszawskie—Manna i Jodłowski—zostały również uwzględnione przezemnie przy układaniu powyższych tablic porównawczych; chcąc jednakże być szczerym, przyznać winienem, iż nie mogłem wyrobić w sobie jasnego zdania, czy wyroby Manna i Jodłowski, wymienione w ich cennikach, wyszły rzeczywiście z ich warsztatów, czy też są tylko importowane do kraju, gdyż na wielu rysunkach widnieje stempel obcy, a co ważniejsza—ceny towaru stosują się niewolniczo do cen fabrykatów zagranicznych, mianowicie niemieckich. Mnie by się wydawało, że cenniki firm naszych winny posiadać dwa działy odrębne: jeden—narzędzi, wyrabianych w kraju, drugi zaś—wyłącznie przeznaczony dla towaru importowanego, ze wskazaniem firmy, wyrabiającej narzędzie, którego nasz robotnik bądź nie umie wykonać, bądź też którego wyrób nie opłacał by się u nas nalezycie.

Objaśnienie nazw fabryk:

Adresy firm Aubry, Collin, Gennisson, Lüer, Simal, Mann, Jodłowski pomieszczone są w dziale III.

Bognier—Bognier et Burnet, —125, rue Vieille du Temple—Paris (France).

Delamotte—Delamotte—Rondeau Frères Successeurs,—68, rue J.J. Rousseau, Paris.

Gaillard*—L. Gaillard — 9 rue Danton, Paris (France)*

Mathieu—Raoul Mathieu—113, Boulevard Saint—Germain, Paris (France).

Vergne—Vergne & Bouissereu,—116, rue de Rivoli, Paris (France).

Leiter—Josef Leiter,—Mariannengasse №. 11, Wien IX/2, (Oesterreich).

Reiner, — Reiner, Franzensring, № 22, Wien I (Oesterreich).

Firmy niemieckie: Medicinisches Warenhaus, Schmidt, Walb, Windler.

DZIAŁ VII.

Narzędzia i przybory okulistyczne.

Opracował Dr. M. Zajdenman.

Ponieważ większość przyrządów, używanych przez okulistów, należy do rzeczy bardzo rzadko i w niewielkich ilościach uabywanych, przeto ograniczę się do porównania cen tych tylko narzędzi, któ-

* Przedstawicielem firmy Gaillard w Warszawie jest inż. Gustaw Kamiński ul. Jerolimka 35.

rych w praktyce najczęściej się używa. Zaczną od zbiorów szkieł optycznych:

a) pełny zbiór, składający się ze 120 szkieł sferycznych, 72 — cylindrycznych, itd. kosztuje:

w Niemczech (Sydow,—Berlin) —170 Marek=rub. 80.

we Francji (Lüer, Collin—Paryż) — 260 frank.=rub. 98.

b) mniejszy zbiór—120 szkieł sferycznych, 36—cylindrycznych, etc. kosztuje: w Niemczech—126 Marek=rub. 60.

we Francji—210 franków=rub. 79

Wzierniki wyrobu francuskiego są prawie w jednej cenie z niemieckimi, a niektóre *nawet o 3—5% tańsze od niemieckich.*

Narzędzia operacyjne, jak noże Graefe'go, igły do dyscezyji, łyżeczki kataraktalne, noże grotowe i t. p. z metalowemi rączkami kosztują w Niemczech (Windler) po 3 marki=rb. 1 kop. 40, we Francji zaś (Lüer, Collin) po fr. 3 50 ctm.=rub. 1 kop. 30 kop., czyli *narzędzia francuskie są tańsze od niemieckich, a wykończenie i ścisłość narzędzi francuskich przewyższa znacznie wyrób niemiecki, szczególnie w dziale noży. Nigdy nie używam innych noży, jak Lüera.*

Okulary, binokle, konserwy z fabryk francuskich są prawie o 40% droższe od takichże wyrobów niemieckich, *ale też znacznie przewyższają te ostatnie gatunkiem szkła i oprawy.*

Adresy firm Collin, Lüer—w dziale III.

Firma francuska, wyrabiająca szkła optyczne:

Société des Lunetiers (Ottolini, Chevaillier, Postel & C-ie).—6, rue Pastourelle, Paris (France).— (Succursale à Londres, 56 Hatton Garden E. C.)

DZIAŁ VIII.

Narzędzia i potrzeby dentystyczne.

Opracował Dr. Adam Brzeziński.

Powszechnie wiadomą jest rzeczą, że tak w dentystyce, jak w wyrobie wszelkich potrzeb dentystycznych, celują amerykańkanie, drugie miejsce w tym względzie zajmują Anglicy, potem idą Niemcy, Francuzi i t. d. To też wyroby firm amerykańskich postawić należy na pierwszym miejscu, a pomiędzy nimi trzyma prym firma: „S. S. White“. Wyroby tej firmy są najdroższe i najlepsze. Pomiedzy firmami angielskimi, firma „Ash i Syn“

zajął zasłużenie wybitne stanowisko, a względnie przystępne ceny jej wyrobów zapewnić by jej powinny szeroki zbył.

Dla porównania zestawilem ceny kle-

szczy, ekskawatorów i narzędzi do zdejmowania kamienia firm: Ash'a, francuskich, niemieckich, czeskich, szwedzkiej i polskich.

Tablica porównawcza.

NAZWA NARZĘDZIA	F		I		R		M		Y	
	Ash Rb. k.	Aubry Rb. f.	Collin Rb. k.	Simal Rb. k.	Rych- lik Rb. k.	Stille Rb. k.	Walb Rb. k.	Mann Rb. k.	Jodłowski Rb. k.	
Kleszcze do zębów	4-70	4-18	3-80	3-80	3-20	3-18	2-82	1-50	2-20	
Narzędzia do zdejmowania kamienia	0-70	1-14	1-14	1-14	0-60	—	0-47	0-65	0-65	
Ekskawatory:—za sztukę	0-42	1-05	0-76	0-76	0-56	0-66	0-35	0-55	0-55	

U w a g a Ceny narzędzi zagranicznych obliczone są bez kosztów cła i przesyłki, rabat również nie jest uwzględniony.

Z zestawienia powyższego trudno wysnuć jakiegokolwiek ogólne wnioski, na zasadzie których moglibyśmy polecać te lub inne firmy. Gdy jednakże zechcemy uwzględnić naszą myśl przewodnią, t. j. zechcemy propagować rugowanie z handlu wyrobów niemieckich, i zastępować je krajowymi, okaże się to niemożliwym ze względu na brak odpowiednich wyrobów krajowych. Musimy zatem zwrócić się do obcokrajowców i tutaj zatrzymać się winniśmy przede wszystkim na wyrobach angielskich, w pierwszym rzędzie na wyrobach firmy Ash i syn. Wyroby tej firmy są nieco droższe od wyrobów firm niemieckich, za to jednak *wyróżniają się dobrocią i dokładnością wykończenia, co bezwarunkowo wyrówna stosunkowo wyższą cenę.* Firma Ash i syn posiada dwa przedstawicielstwa w Państwie Rosyjskiem, mianowicie w Petersburgu i Moskwie, a przypuszczam, sądząc ze słów przedstawiciela w Berlinie, z którym osobiście w tej kwestyi rozmawiałem, firma ta utworzyłaby chętnie filię swą w Warszawie, gdyby w Królestwie wzmogło się zapotrzebowanie jej wyrobów. W każdym jednak razie mamy możność żądać od składników warszawskich, aby nam dostarczali wyrobów tej tylko firmy, a wówczas sprawa rugowania wyrobów niemieckich sama przez się rozwiązana zostanie zgodnie z naszą ideją zasadniczą.

Uważam za swój obowiązek wspomnieć tu jeszcze raz o firmie amerykańskiej S. S. White, wyrabiającej wszystko, co jest potrzebne w dentystyce, i mającej zupełnie zasłużoną markę „prima“. Istotnie, wyroby jej są bezwarunkowo znakomite, a tylko wysoka ich cena stoi na przeszkodzie szerszemu ich rozpowszechnieniu. Firma ta posiada filię w Petersburgu.

Materyały do plombowania zębów wyrabia również wyżej wymieniona firma „Ash i syn“, i tam zaopatrywać się można we wszystko, co tylko do plombowania potrzebnem być może. *Ceny tych materyałów bynajmniej nie są wyższe od rozmaitych patentowanych niemieckich preparatów, a dobrocią gatunku częstokroć je przewyższają.*

Adresy firm: Aubry, Collin, Simal, Rychlik, Stille, Walb, Mann, Jodłowski—w dziale III.

Ash—C. Ash and sons, 5, 6, 7, 8, 9 Broad Street, Golden Square London W. (England)—Przedstawicielstwo w Petersburgu: Малая Морская № 19. Przedstawicielstwo w Moskwie: Леонтьевский Переулок № 14.

S. S. White—przedstawicielstwo w Petersburgu: Большая Морская № 21.

(d. c. n.)

Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie w Częstochowie.

Posiedzenie z d. 20 Lutego r. b.

Obecnych 29 członków.

I. Kol. Drabczyk poświęcił kilka słów pamięci zmarłego kol. Janiszewskiego, kol. Biegański — pamięci kol. Szpigla. Pamięć zmarłych uczczono przez powstanie.

II. Kol. Nowacki z Ząbkowic przedstawił chorego po głębokim oparzeniu lewej stopy, z dużą blizną na górnej powierzchni i zniekształceniem palców.

Przedmiotem dyskusji było określenie stopnia niezdolności do pracy. Zdaniem kol. Lewenszteina, Biegański i Dehnel należy przedewszystkiem wykonać odpowiedni zabieg operacyjny. Jeżeli chory nie zgodzi się na operację, zdolność zarobkowa będzie zmniejszona o 25%.

III. Kol. Biegański zabiera głos w sprawie posiedzeń naszego Towarzystwa w Sosnowcu. Z ogólnej liczby 63 członków blisko 30 mieszka w Zagłębiu Dąbrowskiem. Wobec tego, iż częste wyjazdy zabierają wiele czasu i są połączone z kosztami, kol. B. sądzi, że posiedzenia winny się odbywać kolejno w Częstochowie, Sosnowcu lub Będzinie. W tym celu należy wystąpić do władzy z podaniem o odpowiednie uzupełnienie ustawy. Wniosek kol. B. został przyjęty jednogłośnie.

IV. Kol. Dehnel z Będzina odczytał „Sprawozdanie z kursów wakacyjnych dla lekarzy w Krakowie w 1903 r.“ Będzie druk. w Medycynie.

V. Kol. Dehnel wypowiedział kilka uwag o leczeniu niedrożności jelit atropiną. Na podstawie dwóch spostrzeganych przez siebie przypadków, kol. D. sądzi, że niekrytyczne stosowanie atropiny pociąga za sobą fatalne dla chorych następstwa. W pierwszym przypadku chory l. 38, dotknięty niedrożnością jelit, został umieszczony w szpitalu. Po drugim wstrzyknięciu atropiny, wobec pozornej poprawy, chory wypisał się ze szpitala i zmarł w kilka godzin po powrocie do domu. W innym przypadku śmierć nastąpiła przy objawach zatrucia atropiną. Wobec daremnej straty czasu, środek ten przyczynić się może do zejścia śmiertelnego w tych właśnie przypadkach, gdzie

zawczasu wykonany zabieg operacyjny mógłby utrzymać chorego przy życiu. Nadto duże dawki grożą możliwością paralitycznej, atropina może być skuteczna.

W dyskusji przemawiali kol. Biegański, Nowak, Pasierbiński, Wasserthal, Wrześniowski, Rozenfeld i Dehnel.

VI. Kol. Pisarzewski przedstawił chorą po operacji vagino—fixatio uteri. Chora l. 34, od 5 lat zamężna, nie rodziła, skarży się na silne bóle w krzyżu i bolesne miesiączkowanie. Przy badaniu stwierdzono retrofl. ut. fix., metr. chr., stenosis orif. int. Operacja była wykonana w uśpieniu chloroformem, podług ostatnio zmodyfikowanego sposobu Dührssena. W końcu kol. P. omawia szczegółowo ujemne wyniki dawnych sposobów operowania i dodatnie strony sposobu Dührssena.

Kol. Nowak, po omówieniu najważniejszych z tej operacji wskazań, zaznacza, że w danym przypadku zrosty były słabe, macicę, aczkolwiek z bólem, można było odprowadzić.

Kol. Dehnel, opierając się na wynikach badania kol. Nowaka, sądzi, że w danym razie operacja była zbyt ciężka. Wobec ruchomej macicy, chora mogła zająć w ciężę po założeniu wianka.

VII. Kol. Pisarzewski przedstawił preparat macicy z pęknięciem dolnego odcinka i szyjki z lewej strony. Chora zmarła w kilka dni po wykonaniu cięcia cesarskiego, przy objawach zakażenia otrzewny.

VIII. Kol. Lewensztein z Zawiercia przedstawił niezwykle wianek domowej roboty, który założony był przez wiejską kobietę i przez 23 lata pozostawał w pochwie. Chora zgłosiła się do kol. L. z powodu krwawych i cuchnących upławów, gorączki i ropnia na kroczu. Po przecięciu ropnia, którego jama łączyła się z pochwą, kol. L. odnalazł wianek owalnej formy, 6 ctm. średnicy, o brzegach grubości palca i twardych, jak kamień. Wianek był spleciony z gałązek, przykrytych na powierzchni mieszaną cementu i wosku.

IX. Kol. Lewensztein przedstawił kamień ślinowy z przewodu Bartholina. Chłopiec, lat 12, narzeka, że co pewien

czas obrzmiewa mu okolica podjęzykowa, poczem wylewa się jakiś płyn i następuje poprawa. Przy badaniu stwierdzono pod językiem guz wielkości sliwki, elastyczny, chęłbocący i bolesny. Po przecięciu wylało się około 50 ctm. mętnego i lepkiego płynu. W rozszerzonym przewodzie Bartholina wykryto kamień wielkości fasoli, barwy szarobiałej. Kamienie tej wielkości spostrzegane są rzadko.

X Kol. Wrześniowski przedstawił chorą, l. 15, po wycięciu z pod języka dużej torbieli skórzastej, która wypełniała całą jamę ustną

Posiedzenie w d. 19 Marca b. r.

Obecnych 28 członków.

I Kol. Puterman z Sosnowca odczytał rzecz p. t. „Kilka słów w sprawie aglutynacyi. Nowy odczynnik Fickera—Typhusdiagnosticum“. Drukowane w „Czasopiśmie lek.“

II Kol. Wrześniowski przedstawił nowotwór lewego jądra, który wielkością swoją przewyższał głowę człowieka dorosłego. Przed operacją chory zaledwie mógł chodzić. Guz usunięto po podwiązaniu sznurka nasiennego. Pod drobnowidzem stwierdzono mięsak drobnokomórkowy.

III Kol. Wrześniowski przedstawił wielką torbiel jajnika (cystoadenoma). Nowotwór na całej powierzchni zrosnięty był ze ścianą brzusznią i z krezką poprzecznicy. Chora wyzdrowiała bez żadnych powikłań.

IV Kol. Wrześniowski przedstawił szyny aluminiowe Vulpiusa.

V Kol. Nowak wypowiedział rzecz „O najnowszych poglądach na sprawę powstawania drgawek porodowych“. Punktem wyjścia nowszych na tę sprawę poglądów były badania Schmorla i Veita, który w żyłach i narządach matki stwierdził obecność oddzielnych komórek łożyska i kosmków i zjawisko to nazwał deportacją kosmków. Z innej zaś strony, zmiany anatomiczne, spostrzegane u osób zmarłych przy objawach drgawek porodowych i polegające na zmętnieniu komórek, wylewach i zatorach krwawych w nerkach, sercu, wątrobie, mózgu, płucach, naprowadzały na myśl, że cierpienie to jest następstwem ogólnego zatrucia ustroju. Połączenie tych zjawisk związkiem przyczynowym było podstawą teorii Veita. W myśl tej teorii wskutek deportacji komórek łożyska i kosmków powstaje

w ustroju matki syncytiolizyna, która w zwykłych warunkach rozpuszcza i zo-bojętnia szkodliwe dla ustroju pierwiastki. Drgawki porodowe są następstwem albo zbyt dużego nagromadzenia się w ustroju matki komórek łożyska, albo niedostatecznej ilości syncytiolizyny. Weichardt sądzi, że pierwiastkiem trującym są t. zw. syncytiotoksyny, zawarte w komórkach łożyska. Pod wpływem syncytiolizy substancje te przechodzą w stan wolny i wywołują zatrucie ustroju. W celu zo-bojętnienia ich ustrój wytwarza odpowiednie antytoksyny. Zbytne nagromadzenie pierwszych lub niedostateczna ilość drugich jest powodem drgawek. Zastrzykując królikom zawiesinę łożyska ludzkiego, Weichardt otrzymywał od nich surowicę, która in vitro rozpuszczała tkankę łożyskową. Powstające w ten sposób syncytiotoksyny wstrzykiwał królikom zdrowym i z pośród 9 przypadków w 3 otrzymał obraz drgawek porodowych, które spowodowały śmierć i właściwe dla tej sprawy zmiany anatomiczne w narządach. Doświadczenie to, powtórzone następnie przez Opitza, dało te same wyniki. Wrześnie Weichardt i Opitz powzięli zamiar przygotowania odpowiedniej surowicy w celach leczniczych. Surowicę, zawierającą syncytiotoksynę, wstrzykiwali w coraz większych dawkach koniom, kozom i innym zwierzętom, chcąc je uodpornić stopniowo przeciwko syncytiotoksynom. Surowica tych zwierząt ma posiadać własności nieszkodliwe i lecznicze. Doświadczenia te jednak nie zostały doprowadzone do końca. Wogóle sprawa powstawania drgawek nie jest ostatecznie rozstrzygnięta.

W dyskusji zabierali głos kol. Kohn, Dehnel, Puterman, Pietrasiewicz, Nowak. Kol. Wasilewski przypomina teorię Diensta, która główną przyczynę drgawek upatruje w cierpieniu nerek i serca, przyjmując nadto szkodliwy wpływ wytworów przemiany materii u płodu.

VI Kol. Biegański mówił: „O dwóch przypadkach akroparaesthesiae“. Będzie drukowane.

Posiedzenie z d. 16 Kwietnia b. r.

Obecnych 31 członków.

I Kol. Pisarzewski przedstawił preparat macicy, wyciętej wskutek olbrzymiego mięśniaka. Chora l. 42, rodziła 6 razy. Krwotoki rozpoczęły się przed 3 laty i doprowadziły chorą do najwyższe-

go stopnia wycieńczenia. Przy badaniu stwierdzono guz wielkości nowonarodzonego dziecka, który wychodził z lewej ściany macicy. Operacja była wykonana przez pochwę, według sposobu Doyena. Chora wyzdrowiała.

II Kol. Pisarzewski mówił o podskórnym stosowaniu arseniku. Spostrzeżenia kol. P. dotyczą jedenastu chorych, którym wstrzykiwano Natrium kakodylicum w dawkach po 0,05 i 0,1. Chorzy dotknięci byli przeważnie cierpieniem płuc oraz zaburzeniami nerwowymi natury czynnościowej (2 przypadki niemocy płciowej). Ogólna liczba wstrzykiwań—420. Najczęściej stosowano je co drugi dzień, nieraz z dłuższymi przerwami, w ciągu kilku tygodni lub nawet miesięcy. W pojedynczych przypadkach liczba wstrzykiwań wahała się od 25 do 48. Jednemu choremu, dotkniętemu lymphaden. tuberc., zrobiono 84 wstrzykiwania (24 po 0,1 i 60 po 0,05). Następstwem tego było wybitne zmniejszenie się gruczołów szyjowych. Wogóle kol. P. znajduje, że podskórne stosowanie arseniku podnosi odżywianie i sprowadza znaczną poprawę ogólnego wyglądu i stanu. Pomyślnie działanie spostrzegane było nawet w tych przypadkach, w których podawanie arseniku do wewnątrz nie przynosiło najmniejszej korzyści. Poprawa przy gruźlicy nie jest jednak trwałą. W jednym przypadku gruźliczego zajęcia jelit, mimo 48 wstrzykiwań, nastąpiło pogorszenie się ogólnego stanu.

Kol. Kohn sądzi, że stosowanie w ciągu dłuższego czasu dużych dawek Natrii kakodylici może pociągnąć szkodliwe dla chorego następstwa.

Kol. Wrześniowski zauważył, że przy dłuższem stosowaniu Natrii kakodylici chorzy uskarżają się na przykry smak czosnku, który upośledza łaknienie. Dlatego odpowiedniejsze są wstrzykiwania neoarsykodylu. Kol. W. podkreśla dodatni wpływ podskórnego stosowania arseniku przy gruźlicy chirurgicznej. W jednym przypadku gruźliczego zajęcia otrzewny pod wpływem neoarsykodylu ustąpiła gorączka, ilość wysięku znacznie się zmniejszyła, ogólny stan uległ znakomitej poprawie.

Kol. Biegański wątpi, żeby arsenik mógł spowodować tak wybitne zmniejszenie się gruczołów, sprawą gruźliczą dotkniętych, jak to miało miejsce w przypadku kol. Pisarzewskiego. Należy raczej przypuszczać, że kol. P. miał do czynienia z lymphoma malignum, dla któ-

rego istotnie arsenik jest lekiem swoistym. W większości spraw chorobowych arsenik posiada tylko znaczenie środka pobudzającego łaknienie i odżywianie. Cała zaleta nowego preparatu polega na bezbolesności wstrzykiwań.

Kol. Kozłowski znajduje, że arsenik, stosowany pod skórę, działa szybciej i pewniej, aniżeli podawany do wewnątrz.

III Kol. Wrześniowski przedstawił preparat drobnowidzowy promienicy.

IV. Kol. Biegański odczytał rzecz p. t. „Gruźlica u żydów“. Druk. w „Czasopiśmie lek“.

W dyskusji zabierali głos kol. Kohn, Kozłowski, Olszewski, Pisarzewski, Biegański.

V. Wybory na członka rzeczywistego przyjęty został kol. Zorski z Częstochowy.

Sekretarz: Karol Rozenfeld

Towarzystwo Lekarskie Płockie.

Posiedzenie z dnia 4 Stycznia 1904 roku.

I. Pan Gościcki poruszył sprawy zawodowe aptek do właścicieli składów aptecznych.

II. Kol. Macieszka odczytał program działu higieny ludowej na wystawach powiatowych rolniczych.

III. Odczytano odezwę sekcji okulistycznej X zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

IV. Na zapytanie Petersburskiej szkoły Suworowa w sprawie wykształcenia felczerek i akuszerok zdecydowano odpowiedzieć, że felczery wogóle stają się balastem i niepotrzebnym sprzętem społeczeństwa, gdyż dla wszystkich bez wyjątku pomoc lekarska musi być jednakowo kompetentna.

V. Omówiono program rocznego uroczystego posiedzenia na dzień 30 stycznia, na którym prócz tego Dr. Zaleski wypowiadał „O seroterapii“.

Posiedzenie roczne w dn. 30 Stycznia 1904 r.

Obecnych członków rzeczywistych 12, kilku członków protektorów i liczni goście.

I. P. Łobodowski przyjęty jednogłośnie przez balotowanie na członka Tow. Lek. Pł.

II. Sekretarz odczytał sprawozdanie roczne. Na początku ubiegłego roku Towarzystwo liczyło 17 członków rzeczywistych i 17 członków korespondentów.

W ciągu roku sprawozdawczego przybyło 3-ch nowych członków (kol. Feinberg, pan Donajski i p. Łobodowski) i ubył wskutek wyjazdu p. Szymański, którego zaproszono na członka korespondenta. Z początkiem bieżącego roku Towarzystwo liczy 19 członków rzeczywistych i 18 członków korespondentów. Skład zarządu stanowią: prezes—kol. Zaleski, wice-prezes—kol. Jurzyński, sekretarz—kol. Nehring, bibliotekarz—kol. Maciesza, skarbnik—p. Szymański. W roku sprawozdawczym Towarzystwo odbyło 7 posiedzeń zwyczajnych, poświęconych sprawom administracyjnym i naukowym, i 5 nadzwyczajnych, dotyczących głównie higieny. Odczytów wygłoszono 15, ważniejszych projektów wniesiono 12.

III. Sprawozdanie bibliotekarza: Stan biblioteki Tow. Lek. Pł. w dniu dzisiejszym przedstawia się następująco: 1) Dzieł, broszur i odbić osobnych podług katalogu z roku 1893—nazw 165 w 325 tomach. 2) Takichże, ofiarowanych przez prof. Romualda Płaskowskiego—nazw 1145 w 1822 tomach. 3) Takichże, ofiarowanych przez d-ra Gurbkiego i pozostałych po d-rach Kurowskim i Górskim—tomów 455. 4) Takichże, ofiarowanych w r. 1903—tomów 107. 5) Dzieł nieskatalogowanych, ofiarowanych przez wdowę po d-rze Nowaku z Włocławka—tomów sto kilkadziesiąt. W chwili przeto obecnej biblioteka Towarzystwa posiada dzieł, broszur i t. d. blisko 3000 tomów.

Przenumerowano pisma peryodyczne następujące: 1) Polskie archiwum nauk biologicznych i lekarskich, 2) Pamiętnik Tow. lek. Warsz., 3) Zdrowie, 4) Nowiny lekarskie, 5) Przegląd lekarski, 6) Gazeta lekarska, 7) Medycyna, 8) Krytyka lekarska, 9) Kronika lekarska, 10) Czasopismo Lekarskie, 11) Przegląd weterynaryjny, 12) La semaine medicale, 13) Russkij wracz, 14) Farmaceut i 15) Wiener Medicinische Wochenschrift. W roku ubiegłym z pism korzystali wszyscy członkowie rzeczywisci, a z biblioteki były wypożyczane dzieła przez 6 lekarzy i 3 członków protektorów.

Napływ ofiar w roku sprawozdawczym był znacznie większy, niż w latach zeszłych. Większe dary wpłynęły od pani d-rowej Nowakowej, d-rów Gurbkiego, Tchórznickiego, Chełchowskiego, Wrzoska i wielu innych. Pan redaktor Grabowski ofiarował kompletne roczniki „Krytyki lekarskiej“, „Czasopisma lekarskiego“ i „Zdrowia“ z r. 1903. Zasluguje na zaznaczenie

dar d-ra Chełchowskiego (komplet roczników piśmiennictwa lekarskiego polskiego), dzięki któremu mamy zupełną bibliografię prac lekarzy polaków od roku 1831 do obecnej chwili. Wszystkim ofiarodawcom, którzy pamiętali o naszej bibliotece, bibliotekarz składa na tem miejscu w imieniu Towarzystwa serdeczne podziękowanie.

IV. Sprawozdanie sekretarza komitetu popularyzacyi higieny: W celu krzewienia oświaty higienicznej wśród szerszych warstw społeczeństwa utworzono komitet popularyzacyi wiedzy higienicznej, w skład którego weszli: dr. Zaleski, jako prezes Tow. Lek., dr. Maciesza, jako przewodniczący, dr. Themerson, jako sekretarz i dr. wet. Zaniewski. Działalność Komitetu: 1) zebrano dużo broszur higienicznych w językach polskim, francuskim, rosyjskim i niemieckim, które przysłano na skutek rozesłanej przez komitet odezwy; 2) urządzono dział płocki na wystawie higieniczno-dydaktycznej w Warszawie; 3) wydano napisane przez d-ra Themersona objaśnienia „O szkarlatynie“; 4) zamierzono na przyszłość wygłosić szereg odczytów popularnych dla ludu z dziedziny anatomii, fizjologii i higieny; 5) na posiedzeniach higienicznych poruszono sprawy z dziedziny higieny społecznej; 6) na naradach wygłoszono następujące odczyty: kol. Maciesza „Sposoby szerzenia oświaty higienicznej“, dr. Themerson „O organizacyi kąpieli w szkołach początkowych“, kol. Zaleski „Stan sanitarny Płocka“, dr. Themerson „Małżeństwo w świetle higieny“ i kol. Paperno „Hygieny kobiety“.

V. Pełniący czynności kasyera, po ustąpieniu p. Szymańskiego, kol. Nehring zdał sprawozdanie ze stanu kasy.

VI. Przystąpiono do wyboru nowego Zarządu: na prezesa wybrany kol. Zaleski (7 gł.), na wiceprezesa kol. Bereza (6 gł.), na sekretarza kol. Nehring (8 gł.), na bibliotekarza kol. Maciesza (9 gł.) i na skarbnika pan Gościcki (5 gł.).

VII. Kol. Zaleski podał projekt utworzenia filii Warsz. Tow. Hyg. w Płocku. Projekt przyjęto bez dyskusyi.

VIII. Kol. Zaleski podał projekt urządzenia w roku przyszłym wystawy i narad higienicznych w Płocku z powodu 500-letniego istnienia szpitala Ś-tej Trójcy. Projekt przyjęto.

IV. W kołen kol. Zaleski wygłosił odczyt: „O zasadach leczenia surowicą krwi“.

Posiedzenie z dn. 22 Lutego 1904 r.

I. Kol. Macieszka oświadcza, że dr Nehring, wyjeżdżając na Daleki Wschód, prosił go o pełnienie obowiązków sekretarza do czasu wybrania nowego sekretarza.

II. Jako delegat do komitetu wystaw powiatowych rolniczych w Płocku wybrany został kol. Macieszka przez akklamacyę.

III. Postanowiczo na najbliższym zebraniu urządzić balotowanie na kol. Żenczykowskię, jako stałego obecnie mieszkańca Płocka.

I. Dr. A. Zaleski podaje dalsze *przypadki płonicy, leczone surowicą swoistą* Dr. Palmirskiego:

Przypadek III (obserwowany przez d-ra L. Nehringa) Maryanna Nowak, lat 4, zachorowała dnia 17. XI. wieczorem: silna gorączka i wymioty. Dnia 18. XI. od rana wysypka płonicza, gardziel czerwona. $T^{\circ} 38^{\circ},7$. Tętno 112—118. Ogólny stan dobry. Dnia 20. XI. wysypka b. silna na całym ciele, gruczoły podszczękowe obrzmiałe; na migdałach biały nalot. $T-39^{\circ},4$. $P-140$. Ogólny stan zadawalniający. Dnia 22. XI. ogólny stan zły, $t^{\circ} 39^{\circ},8$, tętno 180, w gardzieli nalot nekrotyczny. Dziecko nieprzytomne, wykrzykuje, rzuca się, jęczy, oddech utrudniony. Iniekcya 50,0 surowicy. Dnia 23. XI. $t-39^{\circ},6$, stan gorszy. Wieczorem—mors. W wypadku tym, jako z razu, zdawało się, lekkim, zastrzyknięcie surowicy zrobiono dopiero na 6-ty dzień choroby.

Przypadek IV (obserwowany przez d-rów Kuniga i Zaleskiego).

Adam An., lat 10, zachorował dnia 1. XII. przy objawach wysokiej gorączki i wymiotach. Dnia 3. XII. znaleziono stan b. ciężki: $t-39^{\circ},5$, $P-150$, b. miękki i mały, obrzmienie gruczołów na szyi b. mocne, chrapanie, nieprzytomność zupełna, rzuca się ciągle, ucieka; wysypka sina; na migdałach mocne obrzmienie. Iniekcya 50,0 surowicy. Dnia 4. XII. rano $T-39^{\circ},6$, $P-144$ miękki. Chłopiec nieprzytomny. Wiedzorem $T-40^{\circ},0$ tętno 120. W moczu trochę białka. Wymiotuje często. Dnia 5. XII. wymioty ustąpiły. $T-38^{\circ},1$, tętno 120. Przytomność wraca. Dnia 6. XII. $T-38^{\circ},1$, $P-120$ jeszcze b. mały. Przytomność zupełna. Dnia 7. XII. $T-37^{\circ},1$ $P-96$, mocny, gardziel prawie czysta. Białka w moczu niema. Od tego czasu zupełna rekonwalescencya. Mocz, badany jeszcze potem w ciągu miesiąca białka nie zawierał.

Przypadek V (obserwowany przez d-ra Kuniga).

Abram Fl., 4 lata mający, zachorował dnia 26. XI. Dziecko dobrze zbudowane i dobrze odżywiane. Wysypka na całym ciele. $T-39^{\circ},5$, tętno 130. Senność, apatya. Dnia 28. XI. tętno 140, małe, $t^{\circ}-39,3$ (rano). Wysypka sinawa. W gardle zaczerwienienie. Stan dziecka następnych dni nieco się poprawił, dopiero 1. XII. t. j. na 6-ty dzień choroby, stan bardzo się pogorszył: $T-39^{\circ},5$, tętno 104, w gardle białe naloty, gruczoły szyjowe mocno obrzmiałe, wysypka sina. Wstrzyknięto 50,0 surowicy. Dnia 2. XII. rażąca zmiana ku lepszemu. Dziecko ma wesołą minę. $T-38^{\circ},0$, $P-100$, dobry; gruczoły na szyi nie zmniejszają się. Dziecko gorączkowało dni 4, potem po przecięciu ropnia z lewej strony szyi nastąpiła zupełna rekonwalescencya. Mocz, badany w ciągu 3-ch tygodni później, białka nie zawierał.

Przypadek VI (obserwacya D-rów Kuniga i Zaleskiego).

An. Hieronim, lat 7, zachorował dnia 4. XII. przy wysokiej ciepłocie i wymiotach; wysypka bardzo silna. Dnia 6. XII. $T-39^{\circ},9$ $P-144$. Chłopiec nieprzytomny, chrapie głośno, usta szeroko otwarte, w gardle duże naloty, z nosa obfity wypływ. Iniekcya 50,0 surowicy. Dnia 7. XII. $T-38^{\circ},5$ $P-132$; rzuca się, ucieka z łóżka, ale wogóle przytomniejszy. Dnia 8. XII. $T-38^{\circ},1$, $P-96$, gruczoły szyjowe z obu stron mocno obrzmiałe. Dnia 10. XII. ogólny stan lepszy, mocne łuszczenie skóry, która schodzi dużymi płatami. Od tego czasu stan chorego coraz lepszy, chociaż ciepłota, około 38° , utrzymywała się jeszcze kilka dni; rekonwalescencya przerwana została zropieniem gruczołów szyjowych, a na 19-ty dzień w moczu zjawilo się dość obficie białko, po 2 dniach jednak znikło doszczętnie.

Przypadek VII (obserwowany przez D-rów Kuniga i Zaleskiego).

Fiszal Fl., 8 lat, dziecko bardzo wątłe, zachorował dnia 8. XII. Ból gardła. $T^{\circ}-39^{\circ},0$, tętno 120; wymiotów nie było. W gardle zaczerwienienie. Wysypki niema. Następnych dni stan jednakowy, wysypka nie pokazała się. Na 4-ty dzień dziecko słabsze, apatyczne; $T-39^{\circ},3$, tętno 130 nadzwyczaj małe, miękkie; silny obrzęk migdałów i miękkiego podniebienia. Iniekcya 50,0 surowicy. Po 24 godzinach chłopiec raźniejszy. $T-38^{\circ},2$, tętno 100 pełniejsze. Obrzęk w gardle mniejszy.

Od tego czasu rekonwalescencya, aż do dnia 11-go, kiedy pojawił się obrzęk twarzy i w moczu dość dużo białka. Po 5-ciu dniach białko w moczu i obrzęki znikły doszczętnie.

Przypadek VIII (obserwacya D-ra Zaleskiego).

Bronisław St., lat 5, zachorował dnia 4. I. z objawami silnej gorączki i wymiotów. Pierwszy raz widziałem chorego dnia 8. I. Wysypka bardzo blada, sina. Tętno 160 małe, miękkie. T—40,0. Chłopiec nieprzytomny, niespokojny, wciąż się rzuca; gruczoły podszczękowe bardzo mocno obrzmiały; na fauces silne obrzmienie i naloty. Iniekcyja 50,0 surowicy. Dn. 10. I. T°—39,8, tętno 140, nieco lepsze. Iniekcyja 30,0 surowicy. Dnia 11. I. T—39,5 tętno 140. Dopiero dnia 12. I. T—37,8, P—120 lepszy. Przytomność zupełna. Od tego czasu stan ogólny chłopca dość szybko się poprawiał, apetyt wzrastał. Białko w moczu nie pokazało się zupełnie. Za to wystąpił uporeczywy wyciek ropny z obu uszu, b. obfity i porażenie prawego nerwu twarzowego. (Dnia 4. V. widział chorego kol. Zenczykowski i zauważył prócz paralis facialis i ropienia w uszach kompletną utratę słuchu i zniszczenie obu bębenków. Przy przemianiu lewego ucha wypadł incus. Przyp. sekretarza).

Przypadek XI (obserwowany przez kol. Zaleskiego).

Teodozya Sow., lat 3, mieszkanka wsi Ośnica w odległości kilku wiorst od Płocka, zachorowała dnia 5. II. Widziałem ją dnia 8. II. Stan b. ciężki. T—40,5, tętno 160, małe, miękkie; wysypka płonica b. mocna, gardziel bardzo obrzmiała z obszernymi nalotami i wyżerkami. Iniekcyja 50,0 surowicy. Chorej więcej nie widziałem. Z relacyi ojca chorej wiem tylko, że po paru dniach nastąpiła znaczna poprawa, a mocz, badany kilkakrotnie do dnia dzisiejszego, białka nie zawiera. (Autoreferat).

Posiedzenie w dniu 1 Marca 1904 r.

I. Kol. Zenczykowski przyjęty jednogłośnie na członka Towarzystwa Lekarskiego.

II. Kol. Macieszka zrzeka się obowiązków sekretarza i prosi o wybranie nowego sekretarza. Wybór większością głosów padł na kol. Zenczykowskiego.

III. Kol. Macieszka powiedział kilka słów w sprawie należytej organizacyi instytucyi „kropli mleka“ w Płocku.

IV. Kol. Zaleski: „Przypadek posocznicy usznego pochodzenia, leczony surowicą przeciwpłoniczą D-ra Palmirskiego“.

St. W., lat 15, przybył do szpitala S-tej Trójcy dnia 27. XI. 1903 r. ze skargą na ból ucha; od 2-ch dni gorączka i ból w uchu. Przy badaniu znaleziono wyciek ropny z ucha b. obfity; ucisk na wyrostek sutkowy wywołuje nieznaczny ból; błona bębenkowa zupełnie zniszczona. T—39,3, tętno 140; wieczorem T—40,0. 28. XI. tętno 150; wymioty kilka razy w nocy. T—39,9. Pod chloroformem zrobiono atticoantrotomię, przyczem znaleziono w antrum dużo mocno cuchnącej ropy. Następných dni T° opadła prawie do normy, lecz już po 2-ch dniach znowu podwyższyła się do 40,0 przy tętnie około 140—150. Dnia 2. XII. odsłonięto zatokę poprzeczną, w której znaleziono jednakże krew niezmienioną. Od tego czasu ciepłota ciągle utrzymywała się wysoko z remisjami, a nawet intermisjami rannemi, i bardzo ciężkim stanem ogólnym bez zatrzymywania się ropy. Leczenie zasadzało się na podawaniu wewnątrz salolu, na obfitych wlewaniach per rectum po 3 razy dziennie roztworu soli kuchennej; 2 razy zrobiono wstrzykiwania do żyły 1% sol. collargoli po 10,0—wszystko to bez żadnego rezultatu. Stan ogólny coraz cięższy aż do dnia 28. XII., kiedy zastrzyknięto pod skórę 50,0 surowicy przeciwpaciorkowcowej (przeciwpłoniczej) d-ra Palmirskiego, poczem ciepłota zaraz z 39,8 rano spadła wieczorem do 38,9, a na 3-ci dzień do normy; następných dni parę razy podwyższała się jeszcze do 38,8, ale na czas krótki, a potem nastąpiła już zupełna poprawa, i chory przed początkiem marca wystąpił ze szpitala zdrowym. (Autoreferat).

Posiedzenie w dniu 31 Marca 1904 r.

Obecnych członków 12.

I. Uproszono kol. Berezę o tłumaczenie protokółów posiedzeń nadzwyczajnych na język rosyjski.

II. Odczytano list d-ra Palmirskiego, w którym tenże prosi o dalsze badania nad leczeniem płonicy surowicą swoistą.

III. Kol. Kunig: „Przypadek dziesiąty szkarlatyny, leczonej surowicą D-ra Palmirskiego“.

3. III. Ł. lat 11, zachorował na szkarlatynę dnia 2. III. przy objawach zwykłych. Dość gęsta wysypka po całym ciele T° rano 38,0, wieczorem 40,0. Puls 120, dobry. Na prawym migdale duży gruby nalot. 4. III. noc spędził w mali-

gnie. Od rana przytomny. Reszta objawów bez zmiany. 5. III. w nocy był nieprzytomny, niespokojny, z łóżka wyskakiwał. Rano przytomniejszy, na pytania nieźle odpowiada. Cały prawy migdał pokryty grubym nalotem. Puls nieco częstszy, lecz niezły. T° rano 39°5. O godz. 12-iej w południe—iniekeya 50,0 surowicy. T. wieczorem 40°0. 6. III. o godz. 1-iej w południe (więc po upływie 25 godzin po iniekeyi) zupełnie nieprzytomny, puls 125, lecz niezły. Noc była gorsza od zeszłych. T. rano 39°5, wieczorem 38°5. Reszta objawów bez zmiany. 7. III. w nocy był spokojny, spał. Rano o wiele przytomniejszy; t—38°0, puls 90. Nalot w gardle mniejszy. Wieczorem t—37°5. Od dnia 8. III. rekonwalescencya, która dotąd nieczem zmaconą nie została.

Jest to przypadek średnio ciężki. Reakcyja surowicy była tu nieco spóźniona. (Autoreferat).

IV. Kol. Chmieliński: „Przypadek idyosynkrazji do euchininy“.

Pannie S. lat 12, po przebytej niedawno influenzy, z powodu codziennych dreszczy i niewysokiej gorączki zaleciłem użycie chininy. Matka chorej oświadczyła mi, że żadne z jej dzieci chininy nie znosi, gdyż dostają przykrego swędzenia skóry, i że niezwykłą tę właściwość ustroju na użycie chininy dzieci jej odziedziczyły po ojcu, który po przyjęciu niewielkiej dawki tego środka, dostaje bardzo ciężkich objawów otrucia. Wobec tego, że chora przed laty dobrze znosiła euchininę, przepisałem jej 0,3 euchininy. W pół godziny po użyciu proszka wezwany byłem wraz z kol. Gołębiowskim do chorej, i znaleźliśmy stan następujący: Chora wymiotuje zielonkawym śluzowym płynem; twarz czerwonosiną; wzrok bystry; ogólny niepokój; oddech nieco przyspieszony; swędzenie skóry; kończyny sine; tętno niewyczuwalne; tony serca czyste, dosyć mocne. Zastrzyknęliśmy pod skórę kofeinę, zaleciliśmy ciepłe kompresy na kończyny, do wewnątrz kawę, wino i krople waleryanowe na eterze. Dopiero po 4-ch godzinach stan chorej poprawiać się zaczął, a na drugi dzień chora podniosła się z łóżka.

Przypadek powyższy poucza nas, jak trzeba się liczyć z indywidualnością organizmu przy stosowaniu rozmaitych leków. (Autoreferat).

Dyskusya w celu objaśnienia sinicy i niewyczuwalności tętna przy normalnem jakoby działaniu serca—tej sprawy nie wyjaśniła.

Sekretarz: J. Żenczykowski.

Towarzystwo Lekarskie Radomskie.

Posiedzenie dn. 6 Lutego 1904 r.

Przewodniczący, kol. J. Majkowski.

Obecnych 31 członków.

Przed porządkiem dziennym kol. Żebrowski przedstawił: 1) Przypadek *empyema antri Highmori*. Chory, lat 60, cierpi od roku na ropienie z lewego otworu nosowego; ostatniemi czasy—gorączka, zupełne zatkanie nosa, od czasu do czasu cuchnąca wydzielina z lewego przewodu nosowego w postaci biało—żółtych skrępków. Zęby zdrowe, lecz siedzą słabo i z łatwością zostały usunięte. Po usunięciu 3-ch zębów górnej szczęki z lewej strony (2 molares et 1 bicusp.) zrobiono duży otwór per alveolam swiderkiem Hartmann'a i przemyto antrum Highmori, przyczem usunięto olbrzymie masy ropy, jamę zaś wypełniono gazą jodoformową. Następce leczenie zasadało się na codziennem przemywaniu jamy roztworem kalii hypermang. oraz tamponowaniu powyższą gazą. Wyzdrowienie: nos wolny, brak ropy.

2) Przypadek *ozaenae laryngis*: chora, lat 18, cierpi od 2 lat na ciągłą chrypkę i suchość w gardle. Przy badaniu wznikiem widać czarne strupy, pokrywające obiedwie struny prawdziwe i fałszywe; strupy opuszczają się do tchawicy i widać je do 6-go pierścienia tchawicowego. Błona śluzowa jamy nosogardzielowej i gardzieli pokryta jest takimiż strupami; w nosie typowa ozaena. Lues negatur. Po kilkumiesięcznem pendzlowaniu roztworem jod-jodkalium w glicerynie—znaczna poprawa, uczucie suchości znikło. (Autoreferat).

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Wł. Garliński (z Łodzi) nadesłał w darze do biblioteki dzieła i roczniki pism lekarskich.

III. Kol. J. Przychodzki. odczytał rzecz p. t. „Uwagi o stanie sanitarnym m. Radomia i o potrzebie reorganizacji komisji sanitarnow wykonawczych w naszych miastach gubernialnych“

Komisye sanitarne wprowadzone u nas zostały w r. 1893 i mają obowiązek stale czuwać nad zdrowotnością miast; w skład komisji w Radomiu wchodzi: prezydent miasta (jako przewodniczący), lekarz miasta, 2 lekarze szpitalni, budowniczy miejski oraz policmajster. Zastanawiając się nad działalnością powyższej komisji, P.

zaznacza, iż takowa nie przynosi spodziewanych rezultatów, a to z powodu braku podstaw organizacyjnych co do zmniejszenia liczby chorych i zgonów, niesienia pomocy lekarskiej biednym, braku organów do badania warunków i przyczyn chorób zakaźnych i prowadzenia prawidłowej registracji chorób, uważając dzisiaj za wadliwą i nie prowadzącą do celu. Że gdy główną podstawę zdrowotności miast stanowi czyste powietrze i dobra woda do picia, wspomina ref. zatem, że Zarząd miejski, rozumiejąc dobrze potrzeby miasta, postarał się o wyjednanie zatwierdzenia Władz urzędzenia wodociągów i kanalizacji, za co należy się mu serdeczna podzięką. Następnie ref. wykazuje braki w obecnym stanie sanitarnym miasta. W jakim kierunku poprawa tego stanu powinna by nastąpić, P. powołuje się na zasady prawa sanitarno—lekarskiego w Cesarstwie i urzędzenia tamże, gdzie indziej już istniejące (Petersburg, Moskwa, Ryga, Odessa), oraz na „zasady organizacyi lekarsko—sanitarnej miast“—przez prywat—docenta uniwersytetu Charkowskiego Łaszczenkowa drukiem ogłoszone, które snadnie mogły by być zastosowane i w Królestwie, a mianowicie: wytworzenie przy zarządach miejskich biur statystyczno—lekarskich do potrzeb higienicznych, przy nich pracowni chemiczno—bakteryologicznych; urządzenie domów izolacyjnych dla chorych zakaźnych, kamery dezynfekcyjnej; utworzenie lekarzy sanitarnych i kuratorów zdrowia; urządzenie przy szpitalach oddziałów dla chorych zakaźnych, wreszcie wprowadzenie organów pomocniczych dla komisji sanitarnych przez wprowadzenie kuratorów zdrowia, jakie istnieją w Odessie z szerokim zakresem dobroczynnym. W końcu P. stawia następujące wnioski: 1) W stanie sanitarnym miast naszych wiele bardzo jest braków, którym śpiesznie zaradzić należy. 2) Chcąc to zadanie spełnić, potrzeba, aby dziś istniejące komisye sanitarno—wykonawcze, na które włożono obowiązek troski o zdrowotność miast i zachowanie zdrowia ich ludności, stosownie do obowiązujących przepisów prawa sanitarno—lekarskiego—były zreorganizo-

wane. 3) Aby organizacya sanitarna skutecznie swe cele przeprowadzić mogła, potrzebuje ludzi do spełnienia czynności sanitarnych, zatem wynika potrzeba utworzenia: a) lekarzy sanitarnych; b) kuratorów i opiekunów wykonawczych; c) lekarzy szkolnych dla szkół początkowych; d) lekarzy dla ubogiej ludności miasta; e) lekarzy fabrycznych stałych, oraz urzędzenia przy fabrykach szpitalików stosownie do prawa fabrycznego; f) ustanowienia kuratorów zdrowia, działających w zakresie potrzeb sanitarnych miejscowych. 4) Do najpilniejszych potrzeb sanitarnych należy utworzenie domu izolacyjnego i zaprowadzenie kamery dezynfekcyjnej. 5) Dla leczenia chorych zakaźnych potrzeba: aby w każdym szpitalu utworzone były osobne oddziały dla tego rodzaju chorych; gdyby ku temu zachodziły w nich miejscowe przeszkody—otworzyć należy je w oddzielnym domu na mieście, zdale od innych mieszkań, zaopatrzyć je w pomoc lekarską; 6) W przyjmowaniu chorych do szpitali koniecznem i niezbędnem jest, aby szpitale stale stosowały się do ustawy szpitalnej i cyrkularza b. Rady Głównej; dla chorych chronicznych i nieuleczalnych powinny być urządzone pomieszczenia przy przytułkach, ochronach lub specjalnie na to przygotowanych domach; 7) Gdy zaopatrzenie miast w czyste powietrze i zdrową wodę uważa się za najpierwszy i najważniejszy czynnik w ich uzdrowotnieniu, zatem potrzeba, aby miasta, które dotąd wodociągów i kanalizacji nie mają, dołożyły wszelkich starań do ich najrychlejszego uskutecznienia. 8) Referent prosi, aby Ogólne Zebranie członków Towarzystwa Lekarskiego po udzieleniu swej opinii powyższe wnioski zatwierdzić raczyło, celem skierowania ich na drogę urzędową. (Autoreferat).

Postanowiono: Referat kol. Przychodkiego przekazać Zarządowi Towarzystwa w celu bliższego rozpatrzenia i następczego przedstawienia Ogólnemu zebraniu wniosków w tym względzie.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes J. Majkowski.

Sekretarz W. Cennére.

Komitet redakcyjny:

L. Fankanowski, B. Haudelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohu, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, E. Sonnenberg.

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 17 Мая 1904 г.

Типографія С. Дембскаго въ г. Лодзи.