Czasopismo Lekarskie

VI. 1904. Wrzesień 9

Dr. St. Serkowski.

Zarys semiotyki moczu.

(Dalszy ciąg).

Białko. Krew dorosłego człowieka zawiera według obliczenia Poehla w 6000 grm. surowicy około 80‰, tj. 480 grm. białka, które jest zasadniczą substancyą wszelkich zwierzęcych i roślinnych tkanek. Wyczerpanie się zapasu białka—to śmierć: nic więc dziwnego, że troską każdego lekarza przy łożu chorego jest, gdy ten dużo traci, a mało asymiluje białka, gdy zapasy ostatniego w ustroju wyczerpują się coraz więcej.

Mylnym był stary pogląd, jakoby obecność białka (serumalbuminy i serumglobuliny) w moczu wskazywała zawsze na cierpienie nerek. Obecność rozpuszczonego białka warunkuje się tem, że albo do niezawierającego go, prawidłowego, moczu dołączają się ciała, zawierające białko, po drodze poniżej nerek (śluz, ropa, krew, nasienie), jak to ma miejsce przy pyelitis, cystitis, gonorrhoea, spermatorrhea (*albuminuria spuria seu* pseudoalbuminuria),—albo też wydzielina sącząca się z nerek, już zawiera białko (*albuminuria vera* seu renalis),—albo nakoniec z obydwóch źródeł (*białkomocz mieszany*), gdy obok białka pochodzenia nerkowego znajduje się też białko z dolnych dróg moczowych. Domieszka 50 tysięcy ciałek ropnych w moczu odpowiada ca 1‰ białka. O pochodzeniu ostatniego decyduje inna część analizy moczu, mianowicie drobnowidzowe badanie osadu.

Do dzisiejszego dnia trwa spór o istnienie t. zw. *przypadkowego i fizyologicznego białkomoczu.* Jedni twierdzą, że obecność białka w moczu we wszelkich przypadkach wskazuje na pewną nieprawidłowość wydzielania (Moraczewski), że jest zawsze objawem chorobowym (Bartels), i że „najmniejsze ślady białka w moczu wskazują na zaburzenia kłębków nerkowych“ (Lecorché i Talamon). Według tej szkoły, białko niemoże przedostać się do moczu przez niezmieniony filtr nerkowy, a białkomocz zdarza się nie u osób zupełnie zdrowych, lecz tylko u pozornie zdrowych; to bowiem, co nazywamy zdrowiem, tj. ogólna równowaga czynności narządów trwa też i przy pewnej niedomodze jednego z nich;— a przeciwnie, absolutna doskonałość wszelkich narządów zdarzać się może tylko wyjątkowo.

Inni znów, a pomiędzy nimi w pierwszym szeregu Senator, dowodzą, że w najprawidłowszym moczu zdarzają się ciała białkowe, i że każdy w pewnym stopniu nasycony mocz zawiera białko, co też Leube nazywa „białkomoczem prawidłowym“ i co wykryć można jedynie przy pomocy bardzo czułych odczynów.

Czasowy, przejściowy, fizyologiczny białkomocz zdarza się po fizycznych ćwiczeniach, podrażnieniach skóry (faradyzacyi), chłodnych kąpielach (wskutek zniżonej działalności skóry), wzruszeniach, silnej pracy umysłowej, obfitem przyjęciu pokarmów, wynosząc najwyżej 0,5‰ białka w moczu. U zdrowych żołnierzy po marszu zjawia się często białkomocz; J. Müller znalazł w 72% po uciążliwem chodzeniu białko w moczu, w tej liczbie u 58% badanych osób także różne wałeczki w dużej ilości i dużo też nabłonków nerkowych, a Giacosa u 20% cyklistów. Po wyskoku i używkach bywa przejściowy białkomocz z niewielką ilością wałeczków, białemi i czerwonemi krwinkami i nabłonkiem nerkowym; długotrwałe działanie tych bodźców wywołuje, zdaniem Penzoldta, długotrwałe zmiany. Między fizyologicznym a patologicznym białkomoczem niema ścisłej granicy: bywały przypadki, że pierwszy stopniowo przechodził w chorobę Bright'a. Białkomocz przypadkowy u pozornie zdrowych ludzi z przemęczenia lub po wytężonej pracy zdarza się najczęściej w dzień, przy tem moczu wydziela się mało, mocz o wysokim ciężarze gatunkowym obfituje w sole; wałeczków niema. Vieillard objaśnia to zjawisko w ten sposób: mocz zawiera mało wody i dlatego prawa osmozy w kłębkach są zmienione; prócz tego działają ujemnie na filtr nerkowy toksyny, wytwarzające się w warunkach fizyologicznych.

Fizyologicznemi danemi objaśnia się białkomocz nowonarodzonych (w ciągu pierwszych 8—10 dni życia), w okresie dojrzewania płciowego *(albuminuria adolescentum)*, oraz białkomocz u kobiet ciężarnych i w ciągu 48 godzin po połogu (zdarza się do 40% kobiet w tych stanach), ale białkomocz starców jest oznaką zwyrodnienia narządu wydzielniczego.

Od powyższej postaci odróżnia się *białkomocz okresowy (cykliczny)* młodzieńczego wieku, cechujący się albo pewną peryodycznością—zdarza się głównie w dziennej porcyi, w postaci napadów w określonej porze dnia, albo też występujący tylko przy stojącej pozycyi ciała *(albuminuria orthostatica)*. Ilość białka dochodzi do 1‰, zdarza się u mężczyzn, jak i u kobiet, zwłaszcza u osobników nerwowych i bezkrwistych i zależy od przekrwienia charakteru biernego w nerkach, od zaburzeń układu naczynioruchowego. Przy cyklicznej albuminuryi białko występuje w moczu najczęściej między 12—1 w południe, czasami i po raz drugi między 7 a 11 wieczorem (cykl podwójny).

Między fizyologicznym a patologicznym białkomoczem niemoże być ścisłej granicy, jak to dowodzi powyższy rzut oka. Niezawsze może wyjaśnić te zwikłane stosunki nawet ilość białka, którego nader małe ilości (mniej niż 0,5‰, ślady, minimalne ślady, a nawet zupełny brak—albuminuria intermittens et remittens) cechują niektóre cierpienia nerek, jako-to śródmiąższowe, przewlekłe miąższowe zapalenie i przekrwienie nerek, tj. mniejsze ilości od zdarzających się przy białkomoczu fizyologicznym.

Nieokreślony charakter posiada *białkomocz trawienny* (bez wałeczków) który — zdaniem Vieillarda — bywa żołądkowego, wątrobianego i kiszkowego pochodzenia. Białko w ilości do 0,6—0,8‰ występuje:

po spożyciu niektórych rodzajów białka (np. kurzego),

niekiedy u osób zdrowych na wysokości aktu trawienia,

u chorych na rozszerzenie żołądka,

w czasie uporczywych biegunek (ischaemia renum),

współrzędnie z nadmiarem indolu i etero siarczanów przy niedrożności kiszek i przy nieprawidłowej (wzmożonej) czynności wątroby.

Jest dużo przyczyn białkomoczu patologicznego, lecz wszystkie podlegają kilku zasadniczym punktom:

1) Białkomocz w skutek cierpień systemu nerwowego (białka do 0,6%): stany depresyi, psychozy, porażenia niektórych części mózgu, napady epileptyczne, apopplexia, delirium tremens.

2) Zmiany chemiczne krwi i wpływy toksyczne. Tu możnaby wymienić ciężką niedokrwistość, leukaemia i pseudoleukaemia, gnilec (nawet bez krwawień), cięższe lub długotrwałe przypadki cukrzycy i żółtaczki, dalej *albuminuria febrilis*, choroby zakaźne (toksyny), środki drażniące (terpentyna, kantarydyna), otrucia (arsen, rtęć, fosfór, ołów, antymon, alkohol, kwasy mineralne).

3) Zmiany krwi ogólne (choroby serca i niektóre cierpienia płuc) i przyczyny miejscowe mechaniczne w nerkach (kamienie, nowotwory); przy tem białkomocz bywa zwykle mały, nie wyżej 0.1—0.2% i równocześnie występują w moczu erytrocyty i wałeczki w niewielkiej ilości.

4) Cierpienia nerek. Narówni z innemi chorobami zakaźnemi, i syfilis może powodować toksyczne podrażnienie nerek, przyczem mogą być dotknięte zarówno miąższ nerek, jak i tkanka śródmiąższowa (Wacł. Sterling); białko najczęściej występuje w okresach wczesnych, wkrótce po wysypce, trwa przez pewien czas i znika, rzadziej zdarza się podczas nawrotów. W trzeciorzędnym okresie Gerhardt znajdował pepton, a według Peehla $^2/_3$ wszystkich luetyków cierpi na lekką peptonuryę. Nie ulega też wątpliwości, że alkoholizm pociąga za sobą uporczywy białkomocz, co zależeć ma zarówno od bezpośredniego wpływu wyskoku na serce i nerki, jak i od nadmiaru płynu (piwo) i wynikających stąd raptownych zmian krwiobiegu i wzmożonej czynności nabłonka nerkowego. Co do innych trucizn, to fosfór powoduje tłuszczowe zwyrodnienie tegoż nabłonka, a terpentyna i kantarydyna bezpośrednio sprowadza stan zapalny.

O semiotycznem znaczeniu moczu w rozpoznawaniu chorób nerek będzie mowa niżej przy badaniu drobnowidzowem osadu. Stosunkowo mały, ale uporczywie trwający białkomocz w chorobach nerek powoduje nieraz cięższe skutki, aniżeli czasowo lub przejściowo nadmierna ilość białka (Vieullard). W rozpoznawaniu różnych cierpień nerkowych—przy uwzględnieniu badania drobnowidzowego—nie pozbawioną jest znaczenia i ilość wydzielonego białka:

1) przy przekrwieniu nerek — ślady do 0.5‰.

2) przy zapaleniu miąższowem ostrem—odsetka białka (albuminy z domieszką glo-

buliny) waha się w szerokich granicach, 1 do 5‰, w ciągu doby może wynosić 20 grm. i więcej.
3) przy zapaleniu miąższowem przewlekłem —ilość zmienna = od minimalnych śladów do 1‰.
4) przy zapaleniu śródmiąższowem—ślady.
5) przy zwyrodnieniu skrobiowatem—duża ilość, zwłaszcza globuliny.

Jeżeli do zapalenia śródmiąższowego dołącza się cystitis, to bez drobnowidzowego badania osadu pierwsza choroba bywa nierozpoznaną. U ludzi, posiadających zdrowe nerki, obfite spożywanie jaj surowych zazwyczaj wywołuje nieznaczny białkomocz, u nefrytyków zaś zwiększa ilość wydalanego z moczem białka i drażni schorzały nabłonek nerkowy.

Dotychczas rozpatrywaliśmy wydzielanie się w moczu serumalbuminy i serumglobuliny, ale w patologicznych przypadkach mocz może zawierać jeszcze inne ciała białkowe—nukleoalbuminę, mucynę, albumozy, pepton, włóknik i haemoglobinę.

Nukleoalbumina i mucyna. Z substancyi białkowych najczęściej zdarza się w moczu mucyna, w minimalnych śladach nawet w prawidłowym moczu, tworząc lekki osad—t. zw. „nubecula“, a w większej ilości (mucinuria) wydziela się przy wielu chorobach, jako-to: cystitis, gonorrhoea acuta et chronica (w postaci „nitek“), nephritis (w postaci cylindroidów), w przebiegu ostrych chorób gorączkowych (płonica i błonica), a także po stosowaniu drażniących leków, kantarydyny, olejku terpentynowego i t. d.

Blizką do mucyny, choć nie identyczną z nią, jest nukleoalbumina, zawierająca fosfór: obecność jej dowodzi rozpadu komórek; w większej ilości znajdowano ją przy leukaemii i u ikterycznych.

Albumoza, przejściowy produkt hydratacyi białka, nie zdarza się w prawidłowym moczu, lub może tylko w minimalnych śladach; również niema jej we krwi (Neumeister). Albumozurya bywa:

1) rzeczywista { pokarmowa, tkankowa, krwiopochodna,
2) rzekoma.

Albumozurya rzeczywista pokarmowa bywa wtedy, gdy warunki wchłaniania w żołądku i kiszkach są nieprawidłowe, naprz. w razie obecności owrzodzeń, wskutek czego albumozy nie mogą w ścianach kiszek przeistaczać się w białko. Alb. tkankowa ma miejsce w zależności od rozpadu komórek, zwłaszcza leukocytów. Możliwem jest, że niekiedy podczas chorób nerkowych albumozy wytwarzają się w samych nerkach. Zjawiają się w moczu często współcześnie z białkiem, czasami uprzedzają białkomocz lub trwają po ustaniu białkomoczu; obecność ich w ostatnim przypadku może służyć poniekąd za dowód, iż nerki nie powróciły jeszcze do stanu normalnego, w pierwszym zaś—są zwiastunem białkomoczu. Opisywano albumozuryę po otruciu fosforem, wprowadzeniu do ustroju większych ilości gwajakolu i antipyriny, wstrzykiwaniu starej tuberkuliny, nalewki jodowej i in. Co do działania tuberkuliny to objaśniają albumozuryę wyługowaniem albumoz z ognisk gruźliczych do krwiobiegu. Halpern sądzi, że albumozurya i gorączka nie znajdują się w ścisłym związku.

Ważniejsze znaczenie zdaje się mieć t. zw. *albumozurya Bence-Jonesa* (heteroalbumoza), przy której wydziela się obfitość albumozy do 6—7% przy cierpieniach szpiku kostnego (myeloma) i mięsaka kości (sarcomatosis).

Fibrina samoistnie wydziela się rzadko w moczu w postaci fibrinuryi, częściej tworzy się przy staniu moczu, zawierającego krew. Fibrinuria bywa przy gruźlicy, błonicy i skrobiowatem zwyrodnieniu nerek i miedniczek nerkowych i wogóle w daleko posuniętych stanach zapalnych narządów moczowych, a także przy otruciu kantarydyną.

Haematuria i haemoglobinuria, pierwsza przy obecności erytrocytów w moczu, druga zaś oznacza obecność w nim wyługowanego barwnika z krążków krwi czerwonych, których bądź niema wcale bądź też jest bardzo mało. Barwa moczu, zawierającego krew, waha się od bladej (różowy osad) do różowej, mięsnej, krwistej, nawet ciemnobrunatnej, a przy dłuższem staniu przechodzi w brudno-brunatny, później ciemno-zielony odcień. Obecność krwi w moczu jest objawem chorobowym, z wyjątkiem:
1) gdy jest przypadkową domieszką (haemorroidy, menstruatio, plwocina);
2) gdy występuje zastępczo (hysteria) lub po fizycznem zmęczeniu;
3) przy równoczesnym obfitym osadzie oksalatów.

Pod względem pochodzenia odróżniamy:

1. *haematuria renalis*:
nephritis acuta et parenchymatosa,
silne podrażnienie nerek kantarydyną, olejkiem terpentynowym, sublimatem i t. p.
diatesis haemorrhagica (haemophilia, gnilec, morbus maculosus Werlhofii, choroby zakaźne o ciężkim przebiegu),
złośliwe nowotwory, zawał lub zakrzep.
2. *krwawienie z miedniczek nerkowych i moczowodów:*
kamienie i piasek moczowy (lithiasis) przy równoczesnych objawach pyelitis,
gruźlica.
3. *haematuria vesicalis i krwawienia z szyjki pęcherza*:
lithiasis, guz lub ropne zapalenie,
4. *haematuria uretralis.*

Przy ujawnianiu przyczyny krwawienia zawsze należy mieć na uwadze możliwość gruźlicy lub raka; w pierwszym przypadku, o ile znaleziono laseczniki Kocha, niezbędnem jest różniczkowanie ich od innych kwasoodpornych bakteryi. Co do umiejscowienia krwawienia, to określa się je różnymi sposobami klinicznemi i za pomocą drobnowidzowego badania osadu.

Haemoglobinuria ma miejsce przy rozpadzie dużej ilości czerwonych krążków krwi, naprz. po wstrzykiwaniu krwi i surowicy odmiennego gatunku zwierząt; odróżniamy:

1. *haemoglobinuria paroxismalis* (silne oziębienie, chłodne kąpiele, uciążliwe pochody) u osób pozornie zdrowych i luetyków.

2. *h. toxica* wskutek rozpadu erytrocytów w samych naczyniach pod wpływem różnych trucizn (kali chloricum, gliceryna, arszenik, naphtol, karbol, kwas pyrogallusowy, garbnikowy, solny lub siarkowy, siarkowodór, nawet woda destylowana!) oraz jadów bakteryjnych (ciężkie choroby zakaźne).

3. haemoglobinuria wskutek znacznych oparzeń.

Chyluria i lipuria. Obecność tłuszczu w moczu (o ile nie jest przypadkowem zanieczyszczeniem z naczynia, zgłębnika, odbytnicy i t. p.) nadaje ostatniemu wygląd mleka (chyluria) lub zjawia się w postaci tłustych kropli na powierzchni (lipuria). Tłuszcz w moczu prawidłowym zdarza się rzadko u człowieka; częściej u zwierząt. W Indyach, Egipcie i niektórych miejscowościach Brazylii i Japonii przyczyną tego zjawiska bywają pasorzyty we krwi i limfie—filaria sanguinis et distomum haematobium, ale i u kilkudziesięciu osób, które nigdy Europy nie opuszczały, opisano chylurię pasorzytniczego pochodzenia. Co do innych przyczyn tego zagadkowego zjawiska, to odróżnia się:

1) *chyluria haematogen.* wskutek nadmiernej zawartości tłuszczu we krwi (z pożywienia, zabiegów leczniczych, przy złamaniach kości z porażeniem mózgu kostnego, eclampsia położnic, rozpad tkanek lub nowotworów, cukrzyca, alkoholizm, gruźlica, otyłość, otrucia fosforem.

i 2) *z narządów moczowych* przy tłuszczowem zwyrodnieniu i rozpadzie nerkowych nabłonków, ropnych ciałek i nowotworów.

Waldvogel i Bickel, na mocy szczegółowego i długotrwałego badania przypadku chyluryi u 39 letniej kobiety, skłaniają się do zdania Claude-Bernarda, Engela, Littrego i Robina, że chyluria stanowi następstwo nadmiernej zawartości we krwi składowych części mleczka, których krew nie jest w stanie należycie zużytkować. Ta niesprawność krwi niekoniecznie rozciągać się musi na wszystkie części składowe, a to nam tłomaczy, dlaczego w niektórych przypadkach obok białka i tłuszczu znajdują się jeszcze w moczu zaczyny włóknikowe, w innych tylko białko. Występowanie chyluryi w późnych godzinach dnia i w nocy wytłomaczyć można tem, że wtedy właśnie sprawy utleniania w ustroju odbywają się z małą energią, albo też—że po przyjęciu największego posiłku dowóz mleczka do krwi jest najobfitszy.

Diazoreakcya Ehrlicha. Ten odczyn – podług Ehrlicha:
1) nigdy nie zdarza się u osób zdrowych;
2) prawie zawsze bywa przy durze brzusznym i plamistym i przy odrze; nie ma go podczas duru o słabym przebiegu;
3) w cięższych przypadkach gruźlicy płuc odczyn Ehrlicha bywa bardzo często, a dłuższe zjawianie się reakcyi jest złym prognostykiem nawet pomimo bezgorączkowego przebiegu choroby; również źle rokuje diazoodczyn w późniejszych okresach wad serca i przy leukaemii.

Jakkolwiek przyczyna tej reakcyi nie została wyjaśniona (toksyny bakteryi? leukocytoliza? rozpad białka?), znaczna większość badaczów przypisuje diazoreakcyi bardzo ważne rozpoznawcze znaczenie przy durze,

odrze, płonicy, cukrzycy, róży, grypie i ciężkiej postaci gruźlicy płuc, inni znów —widzą w tem wskazówki prognostyczne w przebiegu chórób zakaźnych lub objawy wtórne zależne od zakażenia mieszanego. Rokowanie przy zapaleniu opon mózgowych Nissen stawia zależnem od diazoodczynu, a dodatni wynik ostatniego w Inst. Kocha uważany był za przeciwskazanie do stosowania tuberkuliny w gruźlicy płucnej, Tenże odczyn ma wyjaśnić pochodzenie wysypki (lekarstwa i pokarmy, czy ostra choroba zakaźna?).

Niektóre lekarstwa, jak morfina, opium, chryzarobina, naftalina i dionina, mogą powodować zjawienie się diazoodczynu w prawidłowym moczu, a inne znów, do których zalicza się fenol, krezol, salol i grupy pokrewne, przeszkadzać w wytwarzaniu się tego objawu: należy więc przy przesyłaniu moczu do rozbioru notować, jakie lekarstwa otrzymuje chory.

Nowy odczyn Ehrlicha z dimethylamidobenzaldehydem ma miejsce w przypadkach zaburzeń żołądkowo—kiszkowych charakteru zapalnego lub zależnych od nowotworów, a także w przebiegu różnych chorób zakaźnych i występuje często jednocześnie z diazoodczynem, przyczem mocz posiada wysoki ciężar właściwy (1028—1032).

(D. c. n.).

Krzywica w świetle poglądów współczesnych.

Napisał Dr. **Zdzisław Prechner.**

(Dokończenie).

Dawno już zwracano uwagę na pewne cechy krzywicy, które naprowadziły na myśl o jej pochodzeniu pasożytniczem. Geograficzne rozmieszczenie, zmniejszenie ilości krzywicy z wzniesieniem się nad poziom morza, niekiedy epidemiczne występowanie, ostry początek przy pozornym braku warunków zewnętrznych —oto najważniejsze podstawy do budowy teoryi pasożytniczych. Mniej ważnemi są te fakty, że uznane choroby zakaźne ostre i przewlekłe (gruźlica, przymiot, zapalenie szpiku kostnego) umiejscowiają się u dzieci w układzie kostnym, że w wielu przypadkach istnieje powiększenie śledziony, że wreszcie krzywica na wzór niektórych uznanych chorób zakaźnych występuje jako powikłanie chrób poprzedzających. Mircoli uważa okresy gorączkowe przy krzywicy za dowód teoryi pasorzytniczej, lecz takie okresy gorączki zdarzają się u dzieci zbyt często, aby je można było wyłącznie na karb krzywicy zaliczyć.

Już dość dawno Openheimer utożsamiał jad krzywiczy z zimniczym, a poważny zarzut, że w miejscowościach z epidemiczną zimnicą angielska choroba jest sprawą rzadką, odpierał w ten sposób, że dzieci są bardzo wrażliwe na jad zimniczy, i część umiera przed wystąpieniem objawów krzywicy, inne zaś zapadają na postać malaryi nie zabójczą, i ta jest właśnie krzywicą. Teorja należy do przeszłości, lecz pozostawiła nam ważną wskazówkę, że istoty krzywicy można i należy poszukiwać w zarazkach gruntowych. Pierwszym twórcą teoryi ściśle pasożytniczej był Mircoli, który nalazł w kościach krzywiczych ropne gronkowce i paciorkowce. Chaumier uważa krzywicę za chorobę endemiczną, niekiedy epidemiczną, a zarazek jest wspólny ludziom i zwierzętom (prosięta); te zarazki znajdują się zwykle w mieszkaniach, i to tłomaczy t. zw. dziedziczne przypadki krzywicy. W ostatnich czasach liczne doświadczenia przeprowadził Ettore Smaniotto i znalazł w szpiku kostnym przy czystej krzywicy prócz zwykłych pasożytów ropnych jeszcze bact. coli, pneumokokki i pneumobacyle. Edlefsen z Kielu uważa, że zarazek krzywicy znajduje pomyślne warunki w gruncie mieszkań tak samo, jak zarazek gośćca, zapalenia płuc, nagminnego zapalenia opon mózgowych. Twierdzenie swoje Edlefsen opiera na spostrzeganej w Kielu koincydencyi w powstawaniu krzywicy i wymienionych cierpień; również krzywa temperatury przy krzywicy niezmiernie jest zbliżoną do krzywej przy wymienionych chorobach. Oryginalnem jest twierdzenie, że dzieci dlatego zapadają na krzywicę po chorobach ostrych lub przewlekłych, że są zmuszone do pozostawania w mieszkaniach, gdzie są wystawione na działanie tego gruntowego zarazka.

Poważne zarzuty stawia teoryi pasożytniczej Kassowitz. Przedewszystkiem krzywica niema nagłego początku, lecz zwykle rozpoczyna się wkrótce po urodzeniu i rozwija się stopniowo aż do wystąpienia objawów makroskopowych. Następnie, Kassowitz nie zna przypadków krzywicy bez powikłań i z nagłym podwyższeniem T^0. Obrzmienie śledziony bywa niezbyt często i zwykle przy powikłaniach chorobą krwi lub ciężkiemi zabu rzeniami dróg trawiennych. Zdaniem Kassowitza najważniejszym czynnikiem pobudzającym do powstawania krzywicy

jest wdychanie organicznych materyi lotnych, które wywołują stan zapalny w miejscu wzmożonego nawarstwiania się kości; znakomite warunki ku temu znajdują się w brudnych nieprzewietrzanych mieszkaniach, kiedy pot, wydzieliny i t. d. wywołują silną fermentacyę amoniakalną; rzecz naturalna, że na wsi i w miejscowościach wysoko położonych warunki są lepsze, i tam krzywica występuje rzadziej.

Bardzo szczegółowe doświadczenia nad pochodzeniem krzywicy przeprowadził Spillmann. Z tych doświadczeń wynika, że I-o wadliwe odżywianie i zaburzenia trawienne, czas dłuższy trwające, zatrzymują wzrastanie i sprowadzają zanik ogólny, nie wywołując krzywicy, II-o nie wywołuje krzywicy również odżywianie niedostateczne, III o brak soli wapnia jest wynikiem, lecz nie przyczyną krzywicy. Co się tyczy teoryi bacylarnej (zakażenie i zatrucie), to badania wykazały, że u dzieci i zwierząt krzywicowych znajdujemy w kościach te same drobnoustroje, co w kościach zwierząt i dzieci zmarłych od innej przyczyny i bez śladów krzywicy. Jeśli zakażenie ma wychodzić z kiszek, to możliwe są 2 teorye: 1) pasożyt w kiszkach wytwarza jad, który dostaje się do krwi i działa na szpik kostny, 2) pasożyt sam przenosi się z kiszek do kości i wywołuje specyficzne zmiany. Badania w tym kierunku z drobnoustrojami kiszkowemi i z innemi wykazały, że samo zakażenie lub zatrucie z kiszek nie wystarcza do wywołania krzywicy. Spillmann nie mógł również stwierdzić istnienia specyficznego drobnoustroju. W dalszym ciągu wynika z badań Spillmann'a, że przy krzywicy nie mamy zwyczajnej infekcyi lub zatrucia. Sporadyczne lub epidemiczne występowanie u zwierząt, stałość zmian, nagły w niektórych przypadkach początek—to wszystko każe przypuszczać jednak istnienie przyczyny specjalnej (zapewne toksyny). W jednem doświadczeniu dodatniem causa efficieus był kał dziecka z początkującą krzywicą, lecz ten fakt nie upoważnia do umiejscowienia jadu krzywiczego wyłącznie w kale. Ostatecznie samego jadu jeszcze nie znamy, lecz wywołuje on w kościach w miejscu największego unaczynienia specjalny rodzaj zapalenia (ostitis rachitica toxica juxtaepiphysaria et subperiostalis).

Zanim przejdę do teoryi specjalnie biologicznych, nie mogę nie wspomnieć o teorji wyprowadzającej krzywicę z zaburzeń pierwotnych w centralnym układzie nerwowym. Ta teorya, której rzecznikami byli Pommer i Tedeschi, nie została w nauce przyjęta.

W czasach najnowszych zawiła kwestja patogenezy krzywicy weszła na nowe tory. Większość badaczy twierdzi, że przy krzywicy istnieje nietylko patologiczny stan układu kostnego, lecz mamy do czynienia z chorobą ustrojową, gdzie zmiany w układzie kostnym są objawem dominującym. Istnieje analogia pomiędzy krzywicą a obrzękiem śluzakowym: mianowicie mamy zarówno objawy z zahamowania rozwoju ustrojowego wynikające, jakoteż objawy patologicznego bujania tkanek. Przy obrzęku śluzakowym zahamowaniu w rozwoju ulega tkanka chrząst. na, przy krzywicy wyraz jego znajdujemy w niezupełnem wapnieniu prowizorycznem chrząstki, w zwolnionem rozszerzaniu się linii kostnienia oraz w osteoporozie. Patologicznemu bujaniu przy obrzęku śluzakowym ulega tkanka tłuszczowa podskórna, przy krzywicy okostna. Ta analogja skłoniła badaczy do przyjmowania, że krzywica również jak i obrzęk śluzakowy, zależną jest od zaburzeń w wydzielaniu wewnętrznem którego z mało znanych fizjologgicznie gruczołów zamkniętych (grasica, gruczoł tarczowy, nadnercza i przysadka mózgowa). Że takie zaburzenie jest prawdopodobne, wynika z istoty zaburzeń kostnienia przy krzywicy. W normalnych fizjologicznych warunkach odróżniamy trzy okresy kostnienia: 1) okres istoty kostnawej, 2) okres, w którym istota kostnawa staje się zdolną do impregnacji wapiennej i 3) okres istoty kostnej, ostatecznie zwapnionej. Drugi okres nazywa Stoeltzner potencjalnie zawierającym wapień (potenziell kalkhaltig); tego okresu nie możemy stwierdzić na preparatach, gdyż łączy się on zawsze z trzecim, i impregnacja wapniem rozpoczyna się z chwilą przygotowania organicznego podłoża. Przy krzywicy nowowytworzona istota kostna pozostaje niezwapnioną, a więc brak tego czynnika, który prowadzi do okresu drugiego.

Rozmaici autorzy rozmaitym gruczołom przypisywali udział w powstawaniu krzywicy. Stoeltzner uważa, że nadnercza, jako w budowie najbardziej zbliżone do gruczołu tarczowego, sąowym gruczołem, który przy nieprawidłowej sekrecyi wewnętrznej wywołuje sprawę krzywiczą. Badania Langstein'a, Neter'a, Hönigsberger'a dowiodły wprawdzie pewnego dobroczynnego wpływu nadnerczy na ogólne wzmocnienie ustroju, nie potwierdziły wszakże teoryi Stoeltzner'a. W ostatnich czasach

sam Stoeltzner wypowiada się niezbyt kategorycznie o tem, czy nadnercza znajdują się rzeczywiście w podawanym przez niego stosunku do krzywicy, i uważa za niezbędne dalsze badania nad tą sprawą.

Mendel jest gorącym rzecznikiem poglądu, że krzywica zależną jest od zaburzeń w wewnętrznem wydzielaniu grasicy. Friedleben w r. 1858 i Mettenheimer w czasach nowszych dowiedli doświadczalnie, że grasica jest w ścisłym związku z wzrastaniem kości. W warunkach fizyologicznych normalnych okres najsilniejszej działalności wydzielniczej grasicy przypada podług Fredlebena na czas od 9 miesiąca do 2-go roku życia; później czynność słabnie, i grasica, przerastając tkanką łączną, kurczy się i zanika. W odpowiedni sposób zmienia się skład chemiczny grasicy: sole mineralne (siarczany wapnia, fosforany ziemne, alkaliczne, chlorek potasu) są najobfitsze w okresie ssania, kiedy odbywa się najsilniejszy rozwój ustroju i szczególnie kośćca. Praca grasicy jest większą w okresie trawienia; posty, pokarmy nieodpowiednie, a szczególnie obfitujące w składniki krochmalowe, zaburzenia trawienne zmniejszają czynność gruczołu i mogą przerwać ją całkowicie. Badania wykazały, że przy krzywicy grasica bywa zwykle zmniejszona. Przy wycięciu grasicy zwierzęta rozwijają się gorzej, wydzielanie azotu jest wzmożone, zaś kwas węglowy wydziela się przez płuca w ilości mniejszej; czynność gruczołów potowych wzrasta, nerki działają słabiej. Najjaskrawsze zmiany są jednak w układzie kostnym i zależą od stanu rozwoju kości w okresie wycięcia. Od zaniku grasicy zależnem jest też powiększenie śledziony (przerost zastępczy); od niego zależą objawy nerwowe (analogja do zaburzeń nerwowych przy obrzęku śluzakowym). Mendel od 5 lat stosuje świeżą grasicę cienko siekaną w rosole (tyle gramów grasicy ile dziecko ma miesięcy—raz dziennie przed jedzeniem) i tabletki (Thymus tabloids) (6—12 dziennie roztłuczonych w mleku); żadnych objawów ubocznych jakoby nie było. Badania innych autorów nie potwierdziły jednakże wartości przetworów grasicy, a więc i sama teorya wymaga dalszych badań.

W czasach najnowszych Meinhard Pfaundler naszkicował teorję krzywicy opartą na zasadach chemii fizykalnej. W zarodzi komórkowej można znakomicie widzieć powinowactwo mechaniczne pomiędzy koloidami i krystaloidami, czyli szczególne dążenie do wzajemnego ich przyciągania się. To powinowactwo może tłomaczyć wiele spraw biologicznych, szczególniej zaś tąkich, przy których należy tkankom przyznać zdolność wyboru pod względem przyciągania lub odpychania dostarczanych im związków (np. wydzielanie limfy, wchłanianie kiszkowe, sekrecja nerek, wytwarzanie kwasów żołądkowych i t. d.) Być może, że strącanie się wapnia w układzie kostnym też zachodzi pod wpływem przytoczonego czynnika. Pfaundler przeprowadził badania nad zachowaniem się roztworów fizjologicznych soli wapiennych względem tkanek zwierzęcych żywych i martwych, szczególniej zaś względem kości i chrząstki. Badania z działaniem pewnych tkanek zwierzęcych (kości, chrząstki) i ich surogatów (kleju, żelatyny) na izosmotyczne* roztwory chlorku wapnia wykazały, że zawsze z roztworu znika wapień, chlor zaś pozostaje w ilości niezmniejszonej. Mamy więc do czynienia z elektywnem przenoszeniem się oddzielnych jonów, powodującem rozszczepianie związków stałych. W danym razie metal (Ca) wiąże się nie jako cząsteczka chlorku wapnia, lecz jako jon dodatni, dysocjowany ze słabego roztworu soli; ponieważ odczyn powstałego roztworu pozostaje jednak mniej kwaśnym, niż należałoby się spodziewać po wystąpieniu wapnia z chlorku wapnia, musimy przypuścić, że metal ulega zastąpieniu przez inne jony dodatnie z tkanki pochodzące. Ten fakt strącania metalu możnaby uważać za rodzaj tworzenia się białkanu metalu na wzór strącania się białka przez sole metali ciężkich: jednakże badania doświadczalne nie wykryły żadnej substancyi nietylko strącającej wapień, lecz nawet hamującej dializę soli wapiennych. Metal łączył się zawsze z istotą tkankową, i ilość jonów wapnia wiążąca się z koloidem znajduje się w stosunku prostym (w przybliżeniu) do stężenia roztworu soli wapiennych. Zachodzi tu zjawisko *adsorpcyi*, przy której mogą adsorbować się elektywnie oddzielne jony. Substancye koloidowe mogą oddzielać jedne jony od drugich i w ten sposób wyraźnie wywołać rozszczepienie, np. hydrolizę; takie działanie koloidów na stałe sole metalowe zostało niejednokrotnie stwierdzone. Dla lepszego zrozumienia przytoczę tu przykład Liebermann'a: biał-

*) Izosmotycznemi roztworami nazywają się takie, których ciśnienie osmotyczne jest jednakowe z ciśnieniem danej cieczy, w danym razie surowicy krwi.

kan lecytyny, otrzymany z błony śluzowej żołądka i nerek (ciało koloidowe) oddziela w roztworach różnych soli obojętnych kationy (rodniki metalowe) od anionów (rodniki kwasowe), adsorbuje kationy, a przesącze nabierają odczynu kwaśnego. Zmiany, jakie zachodzą przy wprowadzeniu adsorbujących substancyi koloidowych do roztworów soli obojętnych, są analogiczne do zmian, jakie zachodzą przy wprowadzeniu do dwu niemieszających się cieczy ciała, które się w obu rozpuszcza. Jeśli wlejemy do naczynia eteru siarczanego i wody, które się z sobą nie mieszają, i dolejemy kwasu mlecznego, który się rozpuszcza w wodzie i w eterze, to kwas mleczny będzie się rozpuszczał w jednej i drugiej cieczy, lecz nie w jednakowym stopniu, a w stosunku t. zw. spółczynnika cząstkowego (Teilungskoefficient); w ten sam sposób, jeśli wprowadzimy ciało koloidowe do wodnego roztworu chlorku wapnia, to przez dysocjację elektrolityczną wyzwalają się jony wapnia i łączą się zarówno z koloidową masą, jak z wodą, też w stosunku owego współczynnika, przyczem powinowactwo przyciągania wapnia względem koloidu jest większe, aniżeli względem wody. Faktem stwierdzonym przez Pfaundlera jest, że jony wapnia stają się czynnemi, wyzwoliwszy się z roztworów obojętnych „fizjologicznych". Wobec niezmiernie ważnego znaczenia jonów wapnia dla wielu spraw fizjologicznych i patologicznych (krzepnięcie krwi, fermentacja mleka, wapnienie naczyń) należało się przekonać, czy adsorpcja wapnia bierze udział w t. zw. witalistycznej czynności ustroju, czy ma jakikolwiek wpływ na przechodzenie wapnia do tkanek z przepływającej krwi (sprawa asymilacyi). W tym celu robione były przez Pfaundlera doświadczenia, które wykazały, że mechaniczna adsorpcja wapnia z krwi ma pewne znaczenie przy osadzaniu się wapnia w tkankach i stanowi, być może, pierwszy stopień w przebiegu wapnienia; nie jest ona jednak wyłączną przyczyną osadzania się wapnia już choćby z tego powodu, że to osadzanie się w oddzielnych tkankach, a nawet w oddzielnych częściach tych tkanek podlega prawu wyboru: tymczasem adsorpcja z roztworów obojętnych jest cechą, właściwą zarówno tkankom żywym, jak i martwym.

Badania Stoeltznera, potwierdzone przez Pacchioni'ego, (mówiłem o nich przy teorjach gruczołów zamkniętych), wykazały, że nowa tkanka kostnawa z początku nie zdradza szczególnego powinowactwa do składników nieorganicznych: to powinowactwo występuje później przed samym okresem kostnienia. Zjawienie się tego powinowactwa Pfaundler tłomaczy specyalną heteroplazją tkanki kostnawej. Histochemiczne powinowactwo wapnia jest cechą, właściwą niektórym związkom azotowym, wchodzącym w skład tkanek i znajdującym się w stanie rozszczepienia; ze związków proteinowych otrzymujemy przez powierzchowne rozszczepienie fermentowe twory o dużej cząsteczce, które w obecności rozpuszczalnych soli wapnia łączą się z jonami metali w związki stałe nierozpuszczalne (fibryna, kazeina i t. d.). Jeśli przypuścimy, że w tkance kostnawej w późniejszym okresie sprawy autolityczne wywołują takie rozszczepienie, to z łatwością możemy sobie wyobrazić, że przez powstający rozkład hydrolityczny zjawia się powinowactwo wapnia, i składniki tkanki kostnawej przeistaczają się na *receptory wapnia* (Kalkfänger). Że przy tej przypuszczalnej heteroplazji tkanki kostnawej tworzą się związki bazofilowe, mamy dowody mikrochemiczne (odczyn Stoeltznera ze srebrem i inne).

Nie można określić, na czem polega istotna różnica pomiędzy wynikiem spraw autolitycznych w innych tkankach, które nie wapnieją, a w tkance kostnej: jednakże stwierdzonym jest fakt, że różne rodzaje tkanek skłonne są do wapnienia przy zwolnionej przemianie materyi, przy zaburzeniach w trawieniu (ścianki naczyń u ludzi starych, zawartość otorbionych ognisk zapalnych i t. d.).

Nie należy zapominać, że prócz wapnia muszą przejść do kości z otaczającego płynu tkankowego rodniki kwasowe w obfitej ilości, szczególnie kwas fosforowy. Nukleoproteidy z komórek tkanki, która jeszcze nie uległa zwapnieniu, dają przy rozszczepieniu kwas nukleinowy (też strąca wapień), wreszcie fosforowy, lecz tą drogą powstaje tylko bardzo nieznaczna część ogólnej ilości kwasu fosforowego, znajdującego się w kościach. I tu być może w grę wchodzi ta heteroplazja tkanki kostnej.

Badania Pfaundlera nad zachowaniem się chlorku wapnia w ustroju zdrowym i dotkniętym krzywicą wykazały, że adsorpcja jonów wapnia przy krzywicy nie jest wybitnie zmienioną, że powstawanie krzywicy niema nic wspólnego z dostarczaną ilością wapnia. Wobec tego ostatecznym wynikiem, wywołującym krzywicę

może być niedostateczna lub zwolniona przemiana tkanki kostnawej w receptory wapnia. Istota krzywicy polega na zahamowaniu normalnych biochemicznych zmian w tkankach; te zmiany można uważać za początek przemian wstecznych w wytworzonych już związkach proteinowych i zaliczyć do grupy spraw autolitycznych. Odpowiednio do utrudnionej przemiany tkanki kostnawej w układzie kostnym zahamowaniu ulegają heteroplazje w innych układach, i w ten sposób powstaje grunt dla objawów spółrzędnych przy krzywicowem skażeniu ustroju. Ten pogląd na powstawanie krzywicy najlepiej również tłomaczy uznaną skuteczność leczenia fosforowego: dzięki farmakodynamicznemu działaniu fosforu na przemianę materyi wzmaga się rozszczepianie hydrolityczne związków azotowych, wchodzących w skład tkanek, a co zatem idzie, stwarzają się warunki do przeistoczenia obojętnej tkanki kostnawej na receptory wapnia.

Powyższy szkic teoryi wprowadza sprawę patogenezy krzywicy na zupełnie nowe tory. O wartości tej teoryi na razie nic się nie da powiedzieć, tembardziej, że sam Pfaundler uważa ten szkic za doniesienie tymczasowe; obszerniejsza praca jego w tej sprawie znajduje się w druku i wkrótce wyjdzie w „Jahrbuch f. Kinderheilkunde". W każdym razie teorja Pfaundlera przedstawia się bardzo ponętnie i być może doprowadzi nas do ostatecznego celu poznania istoty sprawy krzywiczej.

Pozostaje mi powiedzieć jeszcze słów kilka o stosunku krzywicy do cierpień dość znacznie do niej zbliżonych, a mianowicie, do rozmiękczenia kości (osteomalacia) i choroby Moeller-Barlow'a.

Klinicznie rozmiękczenie kości tak wybitnie się różni od krzywicy i co do czasu występowania, i co do przebiegu ostatecznego wyniku, że dawniej, gdy ta kwestya nie była jeszcze dokładnie zbadana, uważano je za sprawy zupełnie różne. Virchow nawet przeprowadza b. ścisłe różniczkowanie. Przy rozmiękczeniu kości, powiada on, następuje faktycznie resorpcja, masa twarda staje się miękką, z kości, zawierającej wapień, tworzy się szpik galaretowaty; —przy krywicy nic nie ulega właściwie wessaniu, warstwy kostnawe, nie zawierające wapnia, pozostają również bez zmiany, jak masy istoty zbitej i istoty gąbczastej. Przy rozmiękczeniu zmianie podlega kość—przy krzywicy chrząstka i okostna; przy rozmiękczeniu istnieje zanik, atrofia, zwyrodnienie, przemiana wsteczna,—przy krzywicy — tworzenie, bujanie, przemiana postępowa, która na pewnym poziomie ulega zatrzymaniu. Jednakże nowe badania Pommer'a v. Recklinghausen'a, Ziegler'a, Morpurgo i innych zmieniły zupełnie pogląd Virchow'a.

Przy rozmiękczeniu kości prócz spraw przytoczonych wyżej mamy wytwarzanie się tkanki kostnawej bez skłonności do wapnienia, przy krzywicy zachodzi również objaw halisterezy, a więc usuwania się wapnia ze zwapnionych już części kostnych. Rehn opisał rozmiękczenie kości u dzieci (osteomalacia infantilis), lecz jest to sprawa krzywicza z nieco silniejszemi objawami halisterezy; zdaniem Rehna ta miękkość i giętkość kości częściej występuje u dziewczynek. Aczkolwiek anatomicznie obie sprawy są identyczne, jednakże kliniczne dane przemawiają bardzo za tem, że przyczynowo różnią się one między sobą.

Zbliżoną również do krzywicy jest choroba Barlow'ą. Jest to choroba okresu wzrastania, główne zmiany są w kościach, które są bolesne łamliwe i skłonne do deformacyi. Pod drobnowidzem widzimy rozległy zanik przegródek kostnych, pozostałe nie podlegają zwapnieniu, szpik kostny zawiera mało komórek i z limfoidowego staje się siatkowatym (Gerüstmark). Ziegler uważa chorobę Barlow'a, nazwaną przez niego osteotabes infantum, za zaburzenie szpiku kostnego, i, gdy w krzywicy dotknięta jest część szpiku wewnętrzna, nazwana przez niego endosteum, przy chorobie Barlow'a zmiany ześrodkowują się w szpiku limfoidowym. Sprawa się rozpoczyna od zaniku wolnych komórek szpikowych, następnie z rozwojem galaretowatego zwyrodnienia szpiku rozszerzają się przestwory szpikowe, gdyż nawarstwianie jest słabsze, niż zanik przegródek, wreszcie występują krwawienia; zmiany w szpiku kostnym wywołują niedokrwistość, a następnie usposobienie krwotoczne.

Sprawa krzywicy w ostatnich czasach znacznie posunęła się naprzód, lecz przyczyny choroby nie znamy. Trudno nawet dokładnie określić, czy objawy ogólne, spotykane przy krzywicy, są wynikiem zaburzeń kostnych, czy też sprawa się zupełnie odwrotnie przedstawia. Rozwiązanie tej kwestyi jest niezmiernie ważne dla sprawy leczenia krzywicy. Możliwem jest, że zmiany kostne są pierwotne, że udział szpiku kostnego wywołuje chorobę krwi, ktorej wynikiem stają

się spostrzegane objawy ogólne. Prawdopodobniejszem jednak się wydaje, że ogólne zaburzenia w przemianie materyi są primum movens, że zmiany kostne są wyrazem tego zaburzenia w układzie kostnym, i to wyrazem najwcześniejszym i najbardziej subtelnym.

Literatura, z której korzystałem:

Ausset* Rachitisme et lait sterilisé. Thèse de Paris 1902. A. Baginsky i L. Bernhard. Rachitis w Realnej Encyklopedja Eulenburga. Wydanie 3-cie T. 20. Basch*. Ueber Ausschaltung der Thymusdrüse. Referat w Münch Medicin Wochenschrift 1902 № 44. Castenholz Ueber die Aethiologie der Rachitis. Ref. w Arch. f. Kind. Bd. 37. 1903. Comby Le rachitisme. Traité de Mal. de l'enfance Wyd. z r. 1897. T. II. O. Damsch*. Rachitis Handbuch der prakt. Med. T. III. cz. 2. 1901. A. Delcourt* Le rachitisme, sa patogenie. Thèse de Bruxelles 1899. G. Edlefsen Zur Aethiologie der Rachitis. Deutsche Aertzte-Ztg. 1901.№ 22—24. G. Edlefsen Ueber die Entstehungsursachen der Rachitis und ihre Verwandschaft mit gewissen Infektionskrankheiten. Deutsche Aerzte-Ztg. 1900 № 52. Epstein* Verdauungsstörungen im Säuglingsalter. Handb. der prakt. Med. T. II. 1900. Escher Zur Frage der angeborenen Rachitis. Jahrb. f. Kind. T. 56. 1902. Fedei Finizio* Recherches micoscopiques sur le rachitisme foetal. Revue mens. de mal. de l'enf. 1901 № 3. R. Fischl Neueres zur Patogenese der Rachitis, Arch. f. Kind. T. 31 1901. Hansemann* Beiträge zur Lehre der Rachitis. Ref. w Münch. Med. Woch. 1900 № 52. O. Heubner* Barlowsche Krankheit. Ref. w Münch. Med. Woch. 1903. № 11—13. O. Heubner* Lehrbuch der Kinderkrankheiten. Bd. I. 1903. M. Königsberger Zur Behandlung der Rachitis mit Nebennierensubstantz Münch. Med. Woch. 1901 № 16. L. de Jäger* Ueber Säureintoxication in Verband mit Rachitis. Ref. w Centralblatt f. innere Medicin. 1901. Jakobsthal* Zur Patologie der Knochenerkrankungen bei Barlowscher Krankheit. Zieglers Beiträge zur patolog. Anatomie T. XXVII. Kassowitz Ist die Rachitis einę Infektionskrankheit? Deutsche Aerzte-Zeitung 1902 № 3. Kassowitz. Zur Theorie der Rachitis. Wiener med. Wochenschr. 1901 № 38—40. Krautwig Thymus und Rachitis, Laryngospasmus und Tetanie in ihren Beziehungen zu einander. Ref. w Arch. f. Kinderheilk. T. 32. 1901. Langstein Zur Behandlung der Rachitis mit Nebennieren substantz Jahrb. f. Kind. S. 53. 1901. Le Gendre* Zaburzenia i choroby odżywiania. Przekład z Traité de Medecine 1893. F. Mendel Thymusdrüse und Rachitis. Münch. Med. Woch. 1902 № 4. Neter Die Behandlung der Rachitis mit Nebennierensubstanz. Jahrb. f. Kinderheilk. T. 52. M. Pfaundler Besprechung vón „Zweifel, Aetiologie, Prophylaxe und Therapie der Rachitis". Jahrb. f. Kind. T. 54. M. Pfaundler* Ueber die Kalkadsorption tierischer Gewebe und über die Grundlagen einer modernen Rachitistheorie. Separatabdr. aus Münch. Med. Woch. 1903 №. 37. E. Pritchard* Patogenese und Behandlung der Rachitis. Ref. w Arch. f. Kind. T. 34. Sasuchin Die Rachitismilz. Jahrb. f. Kinderheilk. T. 51. 1900. M. B. Schmidt* Allgemeine Patologie und patologische Anatomie der Knochen. Lubarsch's und Ostertag's Ergebnisse 1897, wydane w r. 1899 Simmonds* Die Erblichkeit der Rachitis. Ref. w Arch. f. Kind. T. 37. L. Spillmann Le rachitisme. Thèse de Paris. 1900. L. Spillmann Recherches sur les alterations osseuses daus le rachitisme. Revue mens. de mal. de l'enf. 1901. № 1. L. Spillmann Recherches sur la patogenie du rachitisme. Arch. de mal. des enf. T. IV. № 5. W. Stoeltzner Die Einwirkung des Phosphors auf den rachitischen Knochenprozess. Ref. w Arch. f. Kind. T. 37. W. Stoeltzner Farbenanalytische Untersuchungen am rachitischen Knochen. Ref. Arch. f. Kind. T. 37. W. Stoeltzner* Patologie und Terapie der Rachitis 1904. W. Stoeltzner Ueber die Behandlung der Rachitis mit Nebennierensubstanz. Jahrbuch f. Kind. T. 51. 1900. S. Sterling O krzywicy „Medycyna" 1895. „Arch. für Kinderheilkunde". T. XX. Stubenrauch* Der zerstörende und bildende Einfluss des Phosphor auf den Knochen. Münch. Med. Woch. 1901 № 15. Ungar Zur Phosphorbehandlung der Rachitis. Münch. Med. Woch. 1902 № 24. Vieubled* Lait sterilisé et le Rachitisme, Thèse de Paris. 1902. J. v. Wichmann Rachitis oder Pseudorachitis? Ref. w Arch. f. Kind. T. 34. Ziegler* Ueber Rachitis und Osteomalacie. Münch. Med. Woch. 1902 № 35. P. Zweifel Aethiologię Prophylaxe und Terapie der Rachitis. 1900.

Obszerny wykaz literatury, zawierający przeszło 500 prac z dziedziny krzy-

wicy, a doprowadzony do czasów ostatnich, znajduje się u W. Stoeltznera w "Patologie und Terapie der Rachitis". Gwiazdkami oznaczyłem prace, których w wykazie Stöltznera nie znalazłem.

Przyczynek do leczenia płonicy surowicą swoistą (z pracowni prof. Bujwida).

Napisał Dr. **W. Puławski.** (z Radziejowa).

Do opisu powyższego poszczególnych spostrzeżeń uważam za konieczne dodać następujące uwagi:

1). Przy opisie przebiegu klinicznego przypadków starałem się zawsze podawać dane jaknajdokładniejsze co do stanu ciepłoty, tętna i oddechu. Ciepłotę mierzyłem zawsze pod pachą lub w pachwinie, przy nodze zgiętej w kolanie ku brzuchowi, przyczem teormometr ze skalą maksymalną minutową trzymany był niekrócej jak minut sześć do ośmiu. Dane dotyczące tętna i oddechu starałem się zawsze posiąść w zupełnym spokoju chorego dziecka, nprz. w czasie snu lub też na samym początku badania lub też, u dzieci bardziej wrażliwych i niespokojnych, w jakiś czas (godzinę lub później) po badaniu, gdy dziecko zupełnie już uspokoiło się i ochłonęło. Tę okoliczność należy mieć zawsze na uwadze, gdyż inaczej można otrzymać dane fałszywe.

2). Jak dotąd, stosowałem względnie małe dawki surowicy (od 10 cntm. sześć. do 60); powodem tego była przedewszystkiem, naturalnie, jej zbyt jeszcze wysoka cena w sprzedaży aptecznej, a przytem mała jej ilość w obiegu sprzedażnym. Tem więcej daje to się odczuwać, że surowicy wyrobu Warszawskiej pracowni D-ra Wł. Palmirskiego dotąd w handlu niema, a wprost z pracowni trudno ją dostać dla braku większej ilości, jak mi to łaskawie kol. Palmirski w m. Lutym roku bieżącego listownie doniósł.

Teraz przejdę do uogólnień, jakie będę mógł z moich spostrzeżeń wyprowadzić:

1). W 28 przypadkach szkarlatyny, które miałem możność bliżej i dokładniej osobiście spostrzegać i których przebieg następczy pochorobowy jest mi wiadomy aż do chwili obecnej, stosowałem surowicę przeciwpłoniczą wyrobu pracowni prof. O. Bujwida w Krakowie. Wśród nich było o przebiegu ciężkim 12 przypadków (43%); z tych 5 zakończyło się śmiertelnie, t. j. 41,7%, a 18% ogólnej liczby. Pozostałe 16 przypadków, ze względu na ich kliniczne objawy, jakie były przed zastosowaniem surowicy, zaliczam do średnich lub lżejszych; nie dały one ani jednego zejścia śmiertelnego. Czy przebiegały by one równie pomyślnie bez zastrzyknięcia surowicy, o tem, naturalnie, przesądzić nie jesteśmy w możności. Wiadomem jest powszechnie, jak często zwodniczym jest lekki początkowo przebieg szkarlatyny, W przeciągu tegoż czasu spostrzegałem 18 przypadków szkarlatyny nieleczonych surowica; wśród nich było 12 ciężkich (66,6%), w tem 9 śmiertelnych czyli 75%, a 50% ogólnej liczby. Pomiędzy ostatnimi 4 zaczęły się jako zupełnie łagodne, dopiero między 4 a 8 dniem choroby kliniczny przebieg zaczął przyjmować obrót tak niepomyślny, że wszystkie dały zejście śmiertelne: 2 na ósmy dzień choroby, 1 na szesnasty i 1 na 24-ty, przy objawach silnego ropienia gruczołów szyjowych oraz zap. nerek. Z pozostałych ośmiu, które zaczynały się odrazu jako ciężkie, pięć zmarło pomiędzy 3 a 22 dniem choroby; reszta t, j. trzy, przychodziła do zdrowia bardzo powoli (6 do 8 tygodni): dawały powikłania (ropienie gruczołów, wyciek z uszu, zapalenia nerek).

Zestawiając dane, otrzymane przezemnie, w cyfrach, będziemy mieli:

Ogólna ilość przypad.	Ilość przyp. śmiert.	= w %	Ilość przyp. ciężkich	= w %	Śmiert. ich w %	U W A G A
18	9	50%	12	16 6%	75	Leczenie zwykłe
28	5	18%	12	43%	41,7	Leczenie surowicą

Rozumiem dobrze, że zbyt małe są to jeszcze dane cyfrowe, aby z nich można jakieś pewniejsze wysuwać wnioski quoad futurum.

2). Leczone przypadki grupowały się w następujący sposób:

1) Co do płci: chłopców 11, dziewcząt 16, dorosła kobieta 1 (gravida in 2-o meuse).

2) Co do wieku:

0 — 1 roku	0	4 — 5 „	3
1 — 2 lat	5	5 — 6 „	4
2 — 3 „	3	6 — 7 „	1
3 — 4 „	2	7 — 8 „	1

10 — 11	„	3	14 — 15	„	1
11 — 12	„	1	18 — 19	„	2
12 — 13	„	1	28	„	1

3) Co do dnia choroby, w którym surowica zastrzykniętą została:

na 1-szy dzień		2	na 5-ty dzień		4
„ 2-gi	„	3	„ 6-ty	„	3
„ 3-ci	„	11	„ 8-my	„	1
„ 4-ty	„	4			

4) Co do ilości zastrzykniętej surowicy:

10	cntm. sześć.	w przypadkach	11
20	„ „	„	12
30	„ „	„	3
40	„ „	„	1
60	„ „	„	1

5) W przypadkach, zakończonych śmiercią:

1. Na 6-ty dzień choroby 30 cntm. sześć. —śmierć na 8 dzień chor.
2. Na 3 i 4 dzień chor. po 20 cntm. sześć. (razem 40)—śmierć na 7 dzień chor.
3. Na 3, 3 i 5 dzień chor. po 20 cntm. sześć. (razem 60)—śmierć na 6 dzień chor.
4. Na 1-szy dzień choroby 20 cntm. sześć. —śmierć na 5 dzień chor.
5. Na 3-ci dzień choroby 30 cntm. sześć. —śmierć na 5 dzień choroby.

W 1-ym	przypadku	dziewczyna lat	14
2-im	„	„	$3^1/_2$
3-im	„	„	$5^1/_2$
4-ym	„	chłopiec	$4^1/_2$
5-ym	„	„	10

6). Białkomocz wyraźny można było skonstatować w jednym przypadku (spostrzeż. 28). We wszystkich przypadkach śmiertelnych i w przyp. VII zebrać pewnej ilości moczu do analizy nie udało się.

7). W szesnastu z powyżej opisanych przypadkach, przed ich wystąpieniem były w rodzinie wśród najbliższych lub dalszych krewnych zachorowania na szkarlatynę, zakończone śmiercią (t. j. w 57% przypadków).

Reasumując wyniki, otrzymane przezemnie przy leczeniu szkarlatyny surowicą swoistą wyrobu pracowni prof. O. Bujwida w Krakowie, mogę wyciągnąć wnioski następujące:

1). Ta surowica, w ilościach przezemnie stosowanych, ani razu nie wywołała jakichkolwiekbądź chorobowych objawów miejscowych (in loco iniectionis). Ani razu również nie udało mi się spostrzegać żadnych objawów chorobowych ogólnych, które można by uważać jako posurowicze.

2). W przypadkach ciężkich, które od początku zaczęły się jako takie, surowica ta w pięciu z nich nie wywarła żadnego widocznego dodatniego wpływu, w pozostałych siedmiu działała dodatnio, przyśpieszając wysypywanie i skracając okres jego trwania, osłabiając groźne objawy chorobowe i znakomicie przyspieszając okres zdrowienia. Chroniła przytem, jak się zdaje, od powikłań i chorób następczych (otitis, lymphadenitis, nephritis i t. p.).

3). W przypadkach o natężeniu średniem lub, łagodnem (przed zastosowaniem surowicy), surowica, zastosowana nawet w małych ilościach (10 cntm. sześć.), lecz zaraz z samego początku zjawienia się podejrzanych objawów płoniczych, działała wyraźnie dodatnio, osłabiając wszystkie te objawy chorobowe, rozwinięcia i potęgowania się których zwykliśmy oczekiwać nawet w łagodniejszym przebiegu choroby. Przez to już samo, zdrowienie w przypadkach tych następuje prędzej, łatwiej i bez chorób dodatkowych lub następczych.

4). Ograniczać zastosowanie surowicy przeciwpłoniczej jedynie tylko do przypadków ciężkich, zdaniem mojem, w praktyce ogólnej, prywatnej, niema racyi bytu; jest nawet wprost niemożliwem. Przy największem nawet udoskonaleniu surowicy i wzmocnieniu jej siły, przypuszczalnie nie da się osięgnąć takiego optimum, aby wszystkie, leczone nią w danej epidemii, przypadki można ocalić od śmierci. Zwlekanie zaś ze zastosowaniem jej w początku choroby może narazić chorego na to, że, w razie rzeczywistego pogorszenia się choroby lub wystąpienia groźnych dla życia objawów, zastosowanie surowicy nawet w bardzo wielkich ilościach może nie przynieść albo żadnej, albo tylko zbyt małe korzyści.

Takie postępowanie stało się zresztą już kardynalnem prawidłem przy leczeniu innemi surowicami.

Na zakończenie pracy niniejszej uważam za konieczne raz jeszcze nadmienić, i zaakcentować, co następuje:

Zbyt skromne są cyfry podane tu, a może i same spostrzeżenia w zbyt ciężkich i niesprzyjających czynione warunkach, aby z nich można wyciągać wnioski pewne quoad futurum.

Zdaje się jednak w tym względzie świtać pewna, uzasadniona zresztą, nadzieja, która być powinna bodźcem i zachętą

do gromadzenia większego materyału statystycznego.

W obecnej fazie, jaką surowica przeciwpłonicza przechodzi, głównem naszem zadaniem będzie gromadzenie największej, ile można, ilości spostrzeżeń, dokładnych i bezstronnych, dokonywanych w najróżnorodniejszych warunkach i wśród różnych epidemii.

O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu.

Napisał **Dr. Seweryn Sterling.**

(Dalszy ciąg).

Wewnątrzżylne stosowanie *hetolu* należy też do próbowanych obecnie metod specyficznych. Zaczyna się od $^1/_2$ mg. —przy gorączce, od 1—2 mg., jeśli niema gorączki, i dochodzi stopniowo do dawek: 25—50 mg.; przy dawce maksymalnej pozostaje się dwa miesiące (zastrzykuje się 2 r. tygodniowo), po czem stopniowo dawki się zniża, aż do 1 mg. Po kursie leczniczym trwającym 4 do 6 miesięcy—należy uczynić przerwę 1—2 miesięczną, poczem kurs leczenia powtórzyć.

Są, wreszcie, zwolennicy *ichtyolu*—jako specyfiku przeciw gruźlicy płuc. Zalecają go 3 razy dziennie po 2 do 30 kropel zażyć w wodzie (z kroplami miętowemi) przed jedzeniem; popić kawą czarną lub lemoniadą. Albo też w takiej postaci: Rp. Ichtyoli 25 gr. Aq. destill. 60. Alcoholi 60 gr. Syr. citr., Syr. cort. Aur. aa. 50 g. M.D.S. 1—3 aż do 8 łyżeczek dziennie, w wodzie.

Ale wszystkie te rzekome specyfiki działają tylko pod warunkiem współczesnego stosowania lecznictwa hygieniczno-dyetetycznego. Nie powinno nas jednak to zastrzeżenie zupełnie zniechęcać do wymienionych środków: choćby tym „specyfikom“ wypadła rola lecznicza najskromniejsza, odrzucać je na tej zasadzie jedynie, że ich pretensye sięgają wyżej, aniżeli ich siła lecznicza—nie należy. A właśnie z tych względów wielu kolegów je lekceważy.

Leczenie objawowe.

Większość objawów chorobowych należy tylko łagodzić—aż do czasu, kiedy znikną wraz z ustąpieniem przyczyn je wywołujących. Źle czyni, kto je za wszelką cenę chce zdusić, gwałtem.

Leczenie objawowe gra taką w obec leczenia dyetetyczno-hygienicznego rolę, jak remedium adjuvans wobec remedium cardinale. Nie znaczy to więc wcale, by miało grać leczenie objawowe rolę podrzędną; łagodzenie lub usuwanie objawów, nawet w przypadkach uleczalnych metodą hyg.-dyetetyczną, sprzyja powrotowi do zdrowia; wystarcza jako przykład przytoczyć noce bezsenne z powodu kaszlu. W przypadkach nieuleczalnych, a u ludzi niezamożnych wogóle, jeszcze poważniejszą gra ono rolę, do niego bowiem ograniczyć wtedy nieraz wypada całe nasze postępowanie lecznicze, które tem nie mniej bywa niekiedy uwieńczone wynikiem pomyślnym.

Leki objawowe nie pochodzą jedynie z apteki; przeciwnie, i do łagodzenia lub usuwania objawów korzystamy tu ze środków lecznictwa fizykalnego.

Objawy miejscowe.

Kaszel. Zadaniem lekarza przy zwalczaniu tego objawu jest: ograniczyć ruchy kaszlowe do tego minimum, jakie jest potrzebne w celu wydalenia plwociny. Podrażnienie kaszlowe silne, gwałtowne, może dla cierpiącego na gruźlicę płuc być wprost niebezpieczne, ponieważ głęboki i wysiłkowy wdech poprzedzający taki kaszel sprzyja przyssaniu do zdrowych części płuca mas zawierających zarazki, a mocny wydech — przy zamkniętej głośni —wtłacza plwocinę do oskrzelików; powtóre, działa on ujemnie na krążenie krwi, podnosząc w niem ciśnienie, to jest sprzyjając, u osobników skłonnych, powstaniu krwotoków; jednocześnie zaś, wywołując przekrwienie górnego odcinka dróg oddychowych, tworzy tem samem w nich nowe źródło podrażnień kaszlowych. Silny kaszel wywołuje bóle głowy, czasem wymioty, rozciągnięcie i naderwanie tkanki płucnej, opuszczenie macicy, incontinentiam urinae, naderwanie i kurcz mięśni brzucha i t. p.

Zanim zalecimy środki mające łagodzić kaszel, przekonać się musimy, czy nie ma on swego źródła w górnym odcinku dróg oddychowych—w gardzieli i krtani, lub czy, przynajmniej, sprawa chorobowa tu umiejscowiona nie bierze udziału w powstawaniu tego objawu; jak bowiem wiadomo, ztąd właśnie pochodzi podrażnienie do najuporczywszego i najwięcej męczącego suchego kaszlu, o czem dalej będzie mowa, przy rozpatrywaniu leczenia powikłań; toż samo tyczy kaszlu pochodzenia opłucnowego.

Kaszel zależny od sprawy chorobowej umiejscowionej w okrzelach i płucach le-

czymy w ten sposób, że—z jednej strony —sprzyjamy odlepieniu się wydzieliny oskrzeli i oderwaniu się mas zniszczonych tkanki płucnej, z drugiej zaś strony—albo miarkujemy zbyt gwałtowne i niezborne ruchy kaszlowe, które właśnie przez te swoje cechy niespełniają właściwego zadania, albo też pobudzamy mięśnie do silniejszych ruchów kaszlowych.

Najlepszy środek służący do rozmiękczania mas rozpadłych tkanki płucnej i sprzyjający ich eliminacyi, zarazem zaś rozrzedzający wydzielinę oskrzeli—mamy w okładzie rozgrzewającym, nakładanym na klatkę piersiową. Ponieważ siedliskiem gruźlicy są tak często górne płaty, ten okład stosujemy w postaci *opaski krzyżowej*.

Fig. I.*)

Ta postać okładu jest u nas zamało jeszcze znana; dlatego opiszę dokładniej technikę nakładania opaski krzyżowej.

Używamy w tym celu bandaża z płótna grubego (znanego dziś pod nazwą płótna knajpowskiego), niezbyt gęstego, t. j. mogącego wchłonąć dużą ilość wody. Dla dorosłego osobnika średniej tuszy należy użyć bandaża mającego 3 metry długości i 40 centymetrów szerokości; dla osób szczuplejszych bandaż będzie o pół metra krótszy i parę centymetrów węższy. Taki bandaż składamy wzdłuż do połowy, otrzymując opaskę podwójnej grubości, szeroką 20 centym. Zwinąwszy ten bandaż niezbyt ściśle, zanurzamy go w chłodnej wodzie (bandaż pierwszy raz zwilżany musi w wodzie leżeć jaki kwadrans zanim dobrze nasiąknie) i po wyjęciu mocno wyżymamy.

*) Zamieszczone fotografie zdejmowano zimą, więc bandaża użyto suchego, aby chory nie zziąbł, stojąc przed aparatem; dlatego bandaż nie przylegał do ciała dokładnie, marszczył się i usuwał.

Fig. II.

Wyżęty bandaż szybko nakładamy na obnażoną klatkę piersiową chorego w taki sposób: począwszy od przedniej powierzchni idziemy ukośnie ku górze na ramię lewe (fig. I), po tem przez plecy (gdzie bandaż podwijamy, fig. II) pod prawą pachę; potem poziomo przez przednią powierzchnię klatki piersiowej (fig. III) aż do lewej pachy, zkąd ukośnie ku górze przez plecy (bandaż znów podwijamy, fig. IV), by przez prawe ramię wyjść znów na przednią powierzchnię klatki; jeśli bandaża starczy, to raz jeszcze owijamy klatkę piersiową skrętami poziomymi.

Fig. III.

Na wilgotny bandaż płócieny w podobny sposób nakładamy teraz bandaż flanelowy, którym go szczelnie pokrywamy. Bandaż flanelowy powinien być o 2—3 centymetry szerszy od (złożonego) bandaża płóciennego i o pół metra dłuższy.

Figura IV.

Nałożona w sposób opisany opaska może leżeć przez 12 godzin. Czy nie zachodzi potrzeba zdjęcia jej wcześniejszego, przekonywamy się, sięgając palcem pod płótno: dopóki ono jest ciepłe i wilgotne—opaski zdjąć nie potrzeba. Nie należy zaniedbać uprzedzić o tem pielęgnujących chorego, ponieważ źle nałożona opaska może, ostygnąwszy prędko zaszkodzić, odbierając zbyt wiele ciepła.

Fig. V.

Po zdjęciu opaski należy ciało prędko obmyć chłodną wodą i mocno wytrzeć suchym ręcznikiem w celu pobudzenia do skurczu naczyń skórnych, które znajdują się—pod wpływem długiego działania wilgotnego ciepła—w stanie biernego rozkurczu.

Niemiłe uczucie chłodu, jakie występuje bezpośrednio po nałożeniu opaski, powinno po półgodzinie ustąpić miejsca uczuciu ciepła. Jeżeli tego nie ma, tym bardziej zaś, jeśli opatrunek po pół godzinie jeszcze chorego ziębi — należy go zdjąć. Tak bywa u chorych anemicznych, u chorych z upośledzonem krążeniem, u bardzo otyłych; dla tego dobrze jest wytrzeć takim chorym mocno skórę, aż do zaczerwienienia, do przekrwienia, tuż przed nałożeniem opaski, którą wtedy lepiej znoszą.

Zamiast opaski z bandaży obmyślono t. zw. kamizelki hydropatyczne: na gołe ciało kładziemy wilgotną kamizelkę z płótna, a na tę—kamizelkę z flaneli. Ponieważ trudno tak dopasować kamizelkę, by ona zupełnie szczelnie do ciała przylegała wszędzie, więc użycia takich kamizelek nie mogę polecić.

Zastąpić natomiast śmiało można opaskę z płótna—paru ręcznikami, a bandaż flanelowy—chustką wełnianą. Jeśli ręczniki są dosyć długie, wystarczają dwa: jeden przez prawe, drugi przez lewe ramię założony, krzyżować się powinny na piersiach i na plecach; na to chustka wełniana, na plecach skrzyżowana a od przodu związana (bo węzeł z tyłu przeszkadza przy leżeniu na wznak). Tylko że taką opaskę wypadnie częściej zmieniać, aniżeli opaskę nałożoną lege artis.

Jeżeli opaskę wypadnie nakładać przez czas dłuższy, dobrze jest—zapobiegając wypryskowi—dodać do wody nieco Aquae Plumbi.

Ktokolwiek stosował opaskę krzyżową chorym na płuca - nie wyrzeknie się już chyba nigdy tego środka leczniczego, który zmniejsza ból, łagodzi kaszel, rozrzedza flegmę, ułatwia wykształcanie.

Nieocenione wprost jest działanie tej opaski jako środka przeciw rannemu kaszlowi suchotników, który jest zawsze tak męczący, a często sprawia wymioty, ponieważ nawet najdrobniejszy kawałek flegmy mocno przylepiony, bo wyschnięty, wymaga wielkich wysiłków do odkasłania. Opaska hydropatyczna działa tu lepiej, aniżeli picie—zaraz do obudzeniu — ciepłych płynów (mleko, herbata), ponieważ ataki kaszlu budzą już pacyenta, czyli, że

napad kaszlu występuje wcześniej, aniżeli pacyent zdąży wypić coś ciepłego; opaska na noc założona uprzedza te napady, nie pozwala zaschnąć plwocinie w stopniu zbyt znacznym.

W walce z uporczywym kaszlem niemałą rolę gra inteligencya chorego, resp. umiejętność korzystania ze wskazówek lekarza. Spotykamy np. chorych, którzy za jakiś punkt honoru mają wykrztusić plwocinę po każdem zakasłnięciu, po każdem zaswędzeniu w gardle; tacy zmuszają się gwałtem do kaszlu; należy im wytłumaczyć, jak dalece mogą sobie takiem postępowaniem zaszkodzić.

Suchy kaszel można nieraz zdusić za pomocą prostego zabiegu: w chwili, kiedy chory czuje podrażnienie do kaszlu, niech kilkakrotnie odetchnie głęboko, przy zamkniętych ustach.

Czasem przyczyną suchego kaszlu jest zbyt suche powietrze; wtedy sprawi ulgę miska z wodą przy łóżku postawiona, wdychanie gorącej pary wodnej, picie gorącego mleka z wodą szczawnicką, inhalowanie roztworów wód mineralnych.

Działanie stosowanej w tych razach ślazowej herbaty, ziółek pektoralnych, wody z cukrem na tem polega, że z tych płynów osadza się na ściance gardzieli cienka warstwa substancyi rozpuszczonych w wodzie i chroni błonę śluzową od podrażnienia.

Znieczula błonę śluzową pierwszych dróg oddychowych wdychanie pary mentolu; na łyżkę blaszaną kładziemy kilkadziesiąt kryształków mentolu i lekko je ogrzewamy nad lampą; powstającą ztąd parę każemy wdychać, przy czem w początku łyżkę trzymamy zdaleka a po chwili tuż przy ustach pacyenta.

Jeśli te środki niepomagają, lub jeśli zbyt silny kaszel już z góry nie pozwala mieć nadziei, by one wystarczyły, natenczas stosujemy narkotyki.

Stosując narkotyki w chorobie przewlekłej, pamiętać trzeba o tem, że chory łatwo się przyzwyczaja do danego narkotyku, czyli, że: nie zwiększać dawki, lecz zmieniać należy przetwory.

Z narkotyków najczęściej są w użyciu: kodeina (2 do 3 cg. pro dosi), dionina (1 do 3 cg. pro dosi), morfina, heroina (5 milig. pro dosi), heroinum hydrochloricum (rozpuszczalne; 3 milig. pro dosi). Wszystkie narkotyki należy kazać zażywać po jedzeniu (więc np. w nocy zażyte łatwo wywołują mdłości, upadek działalności serca, zawroty głowy).

W celu ułatwienia wykrztuszenia plwociny stosujemy znów, z najlepszym wynikiem, opaskę krzyżową; nie zostawiamy jej jednak na długo, przeciwnie—zmieniamy co 2—3 godziny, a po każdorazowem jej zdjęciu mocno wycieramy skórę. Letnie i zimne oblewania karku, nad miednicą, również sprzyjają wykrztuszeniu plwociny.

Z innych zabiegów fizykalnych należy pamiętać o znaczeniu pozycyi chorego przy wykrztuszaniu plwociny. Przedewszystkiem więc niektórym chorym leżącym w łóżku należy dopiero zwrócić na to uwagę, że o wiele łatwiej jest wykrztusić i wypluć plwocinę siedząc, aniżeli leżąc; chorym, którzy, leżąc na prawym—dajmy na to—boku dużo odpluwają (prawdopodobnie mają jamę w lewem płucu) należy poradzić, by po odrzuceniu pewnej ilości plwociny położyli się na lewy bok, odpoczęli od kaszlu; natomiast by rano, zaraz po przebudzeniu się, przez pewien czas leżeli na prawym boku—w celu łatwiejszego i prędszego opróżnienia jamy z zawartości, jaka się w nocy zebrała; tak samo postąpić im radzimy przed obiadem i przed kolacyą, aby przy stole nie spluwali; natomiast przez noc każemy im leżeć na stronie jamy, (o ile nie podejrzewamy, że np. istniejąca gorączka pochodzi ze stagnacyi plwociny w jamie).

Do rzędu środków ułatwiających odkrztuszanie zaliczamy też napoje gorące, picie wód mineralnych, ziółek rozmaitych; ich działanie, zdaje się, polega głównie na dostarczaniu organizmowi wody, dzięki czemu wydzielina oskrzeli staje się płynniejsza.

Bezpośrednio rozrzedza plwocinę—jodek potasu (lub sodu), pobudza bowiem gruczoły wydzielnicze dróg oddechowych i tym sposobem sprzyja odlepianiu się plwociny i ją rozrzedza. W tych więc przypadkach, gdzie chcemy ułatwić odkrztuszanie zbyt gęstej plwociny, za najwłaściwszy środek polecić można Kalium, resp. Natrium, jodatum (w dawce 5 g. na 100—150 g. wody; trzy łyżeczki dziennie, w mleku); z innych przetworów wymienić tu jeszcze trzeba: Natrium benzoicum, Tinct. opii benzoica, Apomorphinum hydrohlorium, Camphora, tran.

Na zmniejszenie ilości plwociny zbyt obfitej wpływ dodatni wywierają te wszystkie środki, które dzięki tej właśnie swej własności—uchodzą za leki swoiste, a więc: kreozot, thiocol, ichtyol; dalej—wszystkie Balsamica, jako to: Ol. Terebinthinae, Terpinolum, Balsamum Peruvianum, Ter-

pinum hydratum, Eucalyptolum, Myrtolum (à 20 cg. ad caps. gelat.). Wszystkie te środki należy zalecać po jedzeniu, ponieważ czasem drażnią błonę śluzową żołądka.

Balsamica stosować też można w postaci wziewań, lejąc np. kilkanaście kropli leku na wodę gorącą i zalecając wdychanie pary.

Bardzo właściwem jest zbadać stan nerek przed zaleceniem wyliczonych leków i powtarzać badanie moczu w każdym przypadku, kiedy są one przez czas dłuższy używane.

Przeciw wymiotom towarzyszącym niekiedy kaszlowi stosujemy, prócz środków łagodzących kaszel lub ułatwiających wykrztuszanie, takie zabiegi, jak mocne bandażowanie brzucha, pędzlowanie gardzieli roztworem antipyriny, znieczulanie błony śluzowej żołądka roztworem karbolu (Rp. Acidi phenylici liquefacti gtt. sex —octo. Aq. destill. 150 g. Aq. Menthae 50 g. M. D. S. 3—4 łyżki dziennie).

Niepowikłanej gruźlicy płuc nie towarzyszy *duszność*, chyba w ostatnim jej okresie, lub przy upośledzonem odkrztuszaniu plwociny; jeżeli więc niezależy ona od takich powikłań, jak zapalenie opłucnej lub zapalenie płuc, to najpewniej zależy od osłabienia serca; w tym więc kierunku należy skierować nasze zabiegi lecznicze, które polegają głównie na ścisłem dawkowaniu ruchu i spoczynku, unikaniu pokarmów podniecających działalność serca lub rozdymających kiszki; z leków aptecznych ulgę sprawia, najprędzej, obok środków nasercowych, morfina, per se lub w połączeniu z kamforą, heroina, oksafor (Rp. Oxaphori, Spiriti vini aa 10 g. Aq. destill. 175 g. Aq. Menthae ad 200 g. M. D. S. Co 2 g. łyżkę), diuretyna (Rp. Diuretini 5 g. Aq. dest. 175. Aq. Menthae ad 200 g. M. D. S. Co 3 g. łyżkę).

Bóle w bokach, w piersi, w mięśniach staramy się łagodzić okładami rozgrzewającymi, kataplazmami (Hamilton), plastrami (ściągnąć kilku paskami plastra lepkiego dolegającą okolicę klatki piersiowej). Unikając stanowczo podawania do wewnątrz środków antineuralgicznych (poty, osłabienie serca), zalecić najlepiej jaką maść kojącą (Rp. Extr. laudani, Extr. belladonnae aa. 50 cg. Ung. emoll. 40 g. S. Wetrzeć kawałek wielkości orzecha); w ostateczności uciec się trzeba do zastrzyknięcia morfiny.

Krwioplucie i krwotok. Ponieważ chcę tu mówić przeciw szablonowi panującemu w leczeniu krwawień płucnych, występujących w przebiegu gruźlicy, muszę zacząć od przypomnienia, w jakich warunkach ten objaw powstaje.

Źródłem krwawienia jest zawsze naczynie zniszczone przez sprawę swoistą, wogóle częściej tętnica, aniżeli żyła. Ale obok nadżarcia naczynia działa tu jako czynnik ważny chwilowe przekrwienie: czynne albo bierne.

Samo nadżarcie, bez udziału tych czynników wtórnych, może być przyczyną krwotoku z tętnic przebiegających w jamach, gdzie tętnice tworzą różnej wielkości wypuklenia aneuryzmatyczne; sprawa niszcząca łatwo przebija ściankę naczynia w takim aneryuzmacie; jeśli w żyłach rzadziej do tego przeżarcia dochodzi, to dla tego, że—dzięki wolniejszemu w nich prądowi krwi—na ranie uczynionej przez sprawę gruźliczą łatwiej tworzy się skrzep, który zatyka brak tkanki w ściance naczynia.

Sama sprawa gruźlicza bywa przyczyną drobnych krwawień w początkach choroby, kiedy drobne tętniczki płucne są p i e r w o t n i e zajęte sprawą chorobową; w dalszym zaś przebiegu choroby—kiedy szybko rozpadające się ognisko nadeźre ściankę naczynia.

Ale o wiele częściej krwotok wywoływany bywa bezpośrednio przez przekrwienie, czynne lub bierne.

Wysiłek fizyczny; wdychanie gazów drażniących, a nawet zimnego powietrza; nadmierne wzruszenia psychiczne; otrucie alkoholem; różne choroby zakaźne (np. influenca)—oto najczęstsze przyczyny czynnego przekrwienia płuc. Wtedy nadwątlone ścianki naczyń, gruźliczo zwyrodniałe, pękają i powstaje krwotok, najczęściej niezbyt wielki i niezbyt długo trwający, ponieważ czynne przekrwienie nie trwa zwykle długo.

Ale i samej sprawie gruźliczej towarzyszy przekrwienie; pierwszy jej okres, kiedy zajmuje nowe części tkanki płucnej, jest okresem zapalnym, któremu czasem towarzyszy przekrwienie i krwioplucie. Mamy wtedy i inne rozszerzania się czynnego sprawy swoistej objawy (miejscowe i ogólne). Takie krwioplucia trwają dłużej, a krew się wtedy wydziela zwykle zmieszana z plwociną, która bywa tylko rdzawo zabarwiona, chociaż zdarzać się tu mogą i obfite krwotoki.

Przekrwienie bierne powstaje z dwu głównie przyczyn. Zdarza się we wszystkich okresach choroby z powodu chwilowego osłabienia serca; często występuje wtedy krwotok nad ranem, wśród snu głębokiego, kiedy czynność serca jest słaba i krążenie płucne zwolnione. Drugą przyczyną, występującą u osobników, u których sprawa gruźlicza trwa już czas dłuższy, jest osłabienie stałe serca, powstające z powodu zwyrodnienia mięśnia pod wpływem działalności toksyn bakteryjnych i z powodu znacznych przeszkód w krążeniu płucnem, a to z racyi zaniku naczyń płucnych i istnienia blizn w tkance płucnej.

Ten schematyczny obraz patogenezy krwotoków i krwawień płucnych pozwoli nam ocenić wartość używanych leków.

Przedewszystkiem: co może nam wtedy pomóc lek najczęściej stosowany, sporysz i jego przetwory?

Dzięki skuteczności sporyszu przeciw krwawieniom macicznym stosuje go się obecnie larga manu przy wszelkich krwotokach, a więc i przy płucnych.

Sporysz wywołuje skurcz mięśni gładkich, więc też i skurcz mięśni naczyniowych; ale przy krwawieniu z macicy wcale nie bezpośrednie jego działanie zamyka światło naczyń, tylko głównie skurcz mięśni samej macicy, uciskającej wtedy i zaciskającej naczynia. A choćby nawet i w tym razie pewien udział przypisać skurczowi mięśni okrężnych naczyń krwionośnych, to są to naczynia zdrowe, niepozbawione kurczliwości i elastyczności.

Zupełnie inaczej się dzieje w płucach. Tu naczynia nie przebiegają w kurczliwej tkance mięśniowej, która by je zacisnąć mogła; natomiast krwawią tu naczynia leżące w masie nacieczonej i destruowanej, naczynia, których ścianki, głównie warstwa mięśniowa, są pozbawione właściwej im funkcyi przez nacieczenie drobnokomórkowe lub są zniszczone przez rozpad, więc naczynia do reagowania na działanie sporyszu zupełnie niezdolne. Dodajmy jeszcze do tego, że, najczęściej krwawiące, tętnice płucne są wogóle wątlejsze, cieńsze, mniej od innych tętnic ciała kurczliwe (więcej w swej budowie do żył zbliżone), a zrozumiemy, jak dalece nieumotywowaną jest wiara, że skurczy się takie naczynie i zamknie o poszarpanych brzegach otwór, gdzieś wzdłuż ścianki naczynia przez sprawę gruźliczą wyżarty.

Cóż więc osiągamy za pomocą sporyszu? Kurczymy tętnice wielkiego krążenia (powiększając tam ciśnienie), w stopniu mniejszym kurczymy tętnice krwiobiegu płucnego (powiększając i tu ciśnienie tętnicze), a wcale nie wpływamy na zwężenie światła tętnicy krwawiącej, gruźliczo zwyrodnionej.

Jeśli uprzytomnimy sobie, że kurczące się tętnice krwiobiegu wielkiego wypychają część krwi w nich zawartej do żył, czyli, że tym sposobem powiększa się masa krwi w tętnicy płucnej, a więc i powiększa w niej ciśnienie; że i bezpośrednio sporysz, kurcząc ścianki zdrowych rozgałęzień tętnicy płucnej, też ciśnienie w niej podnieść może—zrozumiemy, ile szkody przynieść może sporysz, jeśli jest stosowany przy krwotoku zależnym od wzmożenia ciśnienia w układzie naczyniowym płuc.

Z jednej więc strony: nieprawdopodobny skurcz zwyrodniałej krwawiącej tętnicy; z drugiej strony: prawdopodobne podwyższenie ciśnienia, t. j. sztuczne wywoływanie jednego z czynników etyologicznych krwotoku!

To rozumowanie powinno chyba ograniczyć bezmyślne stosowanie sporyszu, który chyba jedynie dla tego tak licznych ma zwolenników, że i po nim krwotoki ustają.

Mówimy tu ciągle o dawkach lekarskich sporyszu. Inna sprawa, gdy mamy do czynienia z dawkami toksycznemi; wtedy dojść może do samoistnego zamknięcia światła, co widuje się przy zatruciach tą rośliną. Ale wtedy widzimy skurcz naczyń w różnych okolicach ciała, bo—rzecz prosta—wprowadzony do krwi równomiernie działa sporysz na cały układ tętniczy.

Tymczasem, stosujący dawki lekarskie sporyszu wyobrażają sobie, że działa on przy krwotoku płucnym tam właśnie, na to naczynie, gdzie lekarz chce, by lek podziałał. Jakkolwiek widzi, że wszystkie np. dostępne badaniu błony śluzowe nie blednieją, wierzy, że jednak te właśnie tętnice, o które mu w danej chwili chodzi, że one właśnie—i tylko one—skurczowi ulegają!

To, co mówię o sporyszu, stosuje się i do wszystkich innych środków przeniesionych z akuszeryi do lecznictwa chorób płucnych.

Jedyny wyjątek, kiedy sporysz pewną korzyść przynieść może, stanowi sprawa zastoju w płucach, jeśli prawa komora jest biernie rozszerzona; wtedy—być może—sporysz, wywołując skurcz mięśnia sercowego, sprzyja szybszemu powrotowi jego siły, t. j. umożliwia mu wyrównanie za-

burzeń w krążeniu; ten sam wynik da nam jednak okład lodowy na okolicę serca położony.

Wprowadzona niedawno do lecznictwa adrenalina stosowana jest obecnie i przy leczeniu krwotoków płucnych.

Stosują ją bądź per os (Rp. Adrenalini hydrochlorici solutionis 1 pro mille 10 g. S. 3 razy dz. po 15 do 25 kropel w łyżce wody), bądź podskórnie (tego samego rozczynu po 10 ctg. do 20 ctg. trzy razy dzien.) Wielokrotnie w przypadkach uporczywego krwotoku, w których krwotok wstrzymywała, widoczne było jej działanie i na inne tętnice, mianowicie widoczne było wyraźne zblednięcie błony śluzowej gardzieli i występowały takie objawy, jak omdlenie i kołatanie serca. Wątpię jednak, by zatrzymywała ona krwotoki, działając za pomocą skurczu naczyń gruźliczo zwyrodnionych; może działa dla tego, że ma własność zwiększania krzepliwości krwi. Ponieważ jednak jej działanie jest tylko wtedy pewne, kiedy się ją stosuje podskórnie, a wtedy wywołuje niepokojące objawy uboczne—stosowanie jej należy wogóle ograniczyć do przypadków, w których wszystkie inne środki zawiodą; w każdym razie, chorego, któremu zastrzykniemy adrenalinę, nie wolno lekarzowi przez parę godzin opuszczać.

Skurcz naczyń krwawiących w płucach chcą też niektórzy wywołać przez stosowanie zimna.

I ten zabieg jest pozbawiony podstawy fizyologicznej. Przypuściwszy bowiem nawet, że drogą odruchu ze skóry wywołamy za pomocą zimna skurcz naczyń płucnych, to przecież ten skurcz odruchowy trwać będzie krótko, a po nim nastąpić musi reakcyjne rozszerzenie paralityczne tych samych naczyń, czyli ich przekrwienie.

Połykanie lodu też niewielki może tu wpływ leczniczy wywrzeć; jeśli działa, to chyba tylko dzięki wpływowi znieczulającemu zimna na błonę śluzową gardzieli, wpływowi zmniejszającemu podrażnienie kaszlowe. Zbyt długie jednak używanie lodu źle wpływa na żołądek; lód brudny źle działa przez swe zanieczyszczenia, lód z wody destylowanej—przez brak soli w wodzie, co, jak wiadomo, powoduje uszkodzenie błony śluzowej.

Większość krwotoków płucnych ustaje bez wszelkiego leczenia farmaceutycznego; ztąd właśnie płynie ta rozbieżność w ocenie środków przeciw temu objawowi używanych.

Krwotok płucny ustaje dzięki zaczopowaniu otworu w naczyniu przez skrzep krwi. Wszystko, co przeszkadza tworzeniu się tego czopu, więc: trudna krzepliwość krwi, jej rozwodnienie, wysokie ciśnienie; wszystko, co wyrzuca raz utworzony, ale jeszcze nie dosyć silnie w otworze umocniony skrzep; wszystko, co odrywa ten skrzep od brzegów—podtrzymuje krwawienie.

Te momenty szkodliwe mamy: w zbyt wysokiem ciśnieniu, w przekrwieniu płuc, w rozwodnieniu krwi, w ruchach całego ciała, w ruchach klatki piersiowej (głębokie oddychanie, kaszel). Usuwając te momenty szkodliwe—sprzyjamy zatamowaniu krwotoku.

Krzepliwość krwi staramy się podnieść przez unikanie jej rozwodnienia. Dla tego podawanie zbyt wielkich ilości płynu jest podczas krwotoków niewątpliwie szkodliwe; tem bardziej, że jednocześnie, zwiększając masę krwi, zwiększamy parcie w naczyniach.

Krzepliwość krwi ma wzmagać wprowadzenie do ustroju roztworu żelatyny. W tym celu stosujemy podskórne zastrzykiwania 2 do 10 procentowego wyjałowionego roztworu żelatyny w jednoprocentowym roztworze soli kuchennej. Nie wolno używać w tym celu zwykłej żelatyny, ponieważ zdarzały się przypadki zaszczepienia tężca przy stosowaniu leczniczem żelatyny nieczystej, a zabicie zarodników tężca w żelatynie—bez jednoczesnego pozbawienia jej krzepliwości (którą traci przy dłuższem ogrzewaniu)—jest rzeczą trudną. Dla tego używać w tym celu wolno tylko gotowych roztworów żelatyny w specyalnych zakładach wyjałowionej i zatopionej w rurkach (Gelatina sterilisata Merck).

Bolesność zabiegu i wątpliwy, jak dotąd stwierdzono, jego pożytek przy krwotokach płucnych każe zaliczyć zastrzykiwanie żelatyny do środków, które jedynie w rzadkich przypadkach bardzo uporczywego krwotoku stosować wolno.

Krzepliwość krwi ma wzrastać po terpentynie, po terpinolu. Są to środki nieszkodliwe, więc—niezależnie od innych i współcześnie z nimi—można je stosować. Przepisujemy więc np. terpinol (Rp. Terpinoli 5 g. S. Co 2 godz. po 2 krople) w mleku, zalecając użycie go w ciągu jednego do dwu dni; jeżeli przez ten czas nie wywrze pożądanego skutku—lek ten odstawiamy. Terpentynę dajemy w dawkach po 50 cg. ad caps. gelat. (4—5 sztuk

dziennie) lub w emulsyi (2 g. na 150 g.; co 2 g. łyżkę).

W celu obniżenia ciścienia krwi w krążeniu płucnem stosujemy kilka środków.

Najprostszym jest odciągnięcie krwi do kiszek, t. zw. derivatio na kiszki, więc zastosowanie gorzkiej wody, albo—w pierwszej chwili—soli kuchennej.

Użycie tego ostatniego środka jest znanym zabiegiem lecznictwa domowego. Racyonalnie stosować go należy w ten sposób, że do ust wsypuje się garść suchej soli i popija wodą; to też chorym z krwotokami zalecam, by na stoliku nocnym mieli w kieliszku trochę soli i gdy zobaczą pierwsze ślady krwi—niech zażyją sól w sposób wyżej opisany. Działanie tego zabiegu ma polegać na pobudzeniu osmozy do kiszek, czyli na zgęszczeniu krwi; jednocześnie działa ono jako Nauseosum, czyli rozszerza naczynia jamy brzusznej.

Zalecanie środka przeczyszczającego podczas krwotoku uważa wielu kolegów za błąd, a to z tego powodu, że chory przy defekacyi musi się poruszać. Otóż tylko wysiłek przy oddawaniu stolca twardego może zaszkodzić, natomiast oddanie w łóżku, do podsuniętego basenu, stolca po solnym środku, jest stanowczo mniej szkodliwe, aniżeli wyczekiwanie skutków zaparcia, sprawiającego zastój w krążeniu żylnem i rozdymającego kiszki, t. j. unoszącego przeponę ku górze.

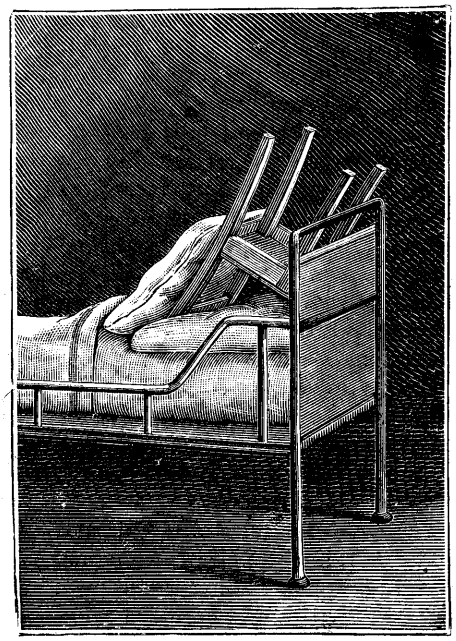
Środkiem pewniejszym w celu wywołania spadku ciśnieniu stosowanym jest przewiązywanie kończyn w celu zatrzymania w żyłach rąk i nóg jaknajwiększej ilości krwi. W tym celu przewiązujemy obydwa uda wysoko i obydwa ramiona kawałkami węża gumowego (lub chustkami), zaciskając tak mocno, by przez tętnice krew jeszcze dochodziła, ale już nie odpływała przez żyły. Nagłe wykluczenie z krwiobiegu znacznej ilości krwi musi obniżyć ciśnienie, a dzięki temu krwotok ustaje. Po półgodzinie rozluźniamy kolejno (w przestankach kilkunasto-minutowych, by nie powiększyć ciśnienia nagle!) przewiązki i wreszcie zdejmujemy je zupełnie.

Trzecim środkiem w celu zmniejszenia ciśnienia jest zastosowanie morfiny; o dawkowaniu będzie mowa niżej.

Przy krwotokach zależnych od biernego przekrwienia płuc (tętno drobne, słabe; wzmocnienie drugiego tonu tętnicy płucnej; objawy zastoju w żyłach jarzmowych; rozszerzenie granicy serca na prawo, stwierdzone przed krwotokiem, ponieważ po krwotoku opukiwania zaniechać należy)—najwłaściwszym środkiem jest naparstnica. Jeżeli osłabienie działalności sercowej jest bardzo mocno wyrażone, na miejscu jest kamfora; w tych też przypadkach zalecić można i kawę, a nawet parę łyżek wina, które szkodliwe jest przy przekrwieniach czynnych.

Przeciw zbyt żywej akcyi serca, wskazującej na czynne przekrwienie płuc i zależnej często od wzruszenia psychicznego z powodu krwotoku, stosujemy morfinę i okład lodowy na okolicę sercową; lód co godzinę zdejmujemy, aż do ustąpienia zaczerwienienia skóry.

Najważniejszym jednak zabiegiem leczniczym jest zupełny spokój całego ciała i możliwy spokój klatki piersiowej.



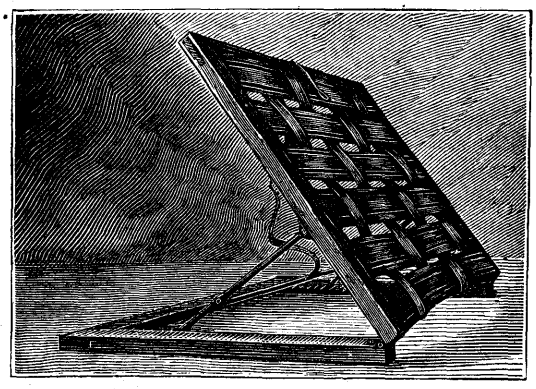
Oparcie improwizowane, z niewielkiego krzesła.

Chory plujący krwią musi leżeć w łóżku tak długo, dopóki parę dni nie minie po ostatniem ukazaniu się krwi w plwocinie.

Powszechnie panuje zwyczaj kładzenia takich chorych w pozycyi poziomej, z głową nizko ułożoną; jest to znów zabieg przejęty z innych dziedzin medycyny, np. z akuszeryi, gdzie ten zabieg jest polecony z obawy o wystąpienie anemii mózgowej.

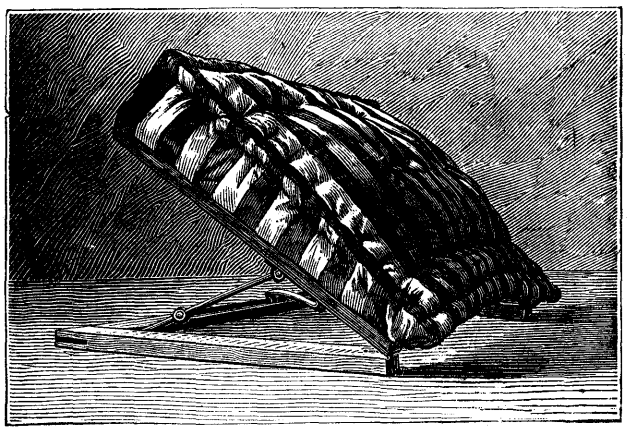
W krwotoku płucnym rzadko do tak obfitej utraty krwi dochodzi; natomiast położenie poziome, uniemożliwiające odkszuszanie krwi, utrudniające kaszel, jest wprost szkodliwie. To też jedynie półsiedząca, nawet siedząca, pozycya powinna być na-

kazana; chory powinien być dobrze podparty poduszkami, powinien siedzieć, mając mocne oparcie pod grzbietem; a i nogi powinny być oparte o coś twardego



Oparcie dla chorego w łóżku.

(o brzeg łóżka lub stołeczek do łóżka wstawiony), bo ułatwia to odkasływanie, jeśli chory znajduje jaknajwięcej punktów oparcia dla swego ciała.



Oparcie dla chorego w łóżku

Bezpośrednio po krwotoku chory nie powinien rozmawiać, nie powinien rąk do góry unosić, nie powinien sam sięgać po spluwaczkę, ani—tem bardziej—sam trzymać szklanki. Jak wspomniałem, wypróżnienie powinien oddawać w łóżku, również i mocz. W celu ułatwienia wypróżnienia, prócz środków czyszczących, dobrze jest—w parę godzin po takim środku—dać choremu lawatywę z niewielkiej ilości wody z solą (ewent. z dodatkiem gliceryny). Przy tych czynnościach, naturalnie, chory porusza się; nie zaszkodzi mu to, jeśli będzie wykonywał potrzebne ruchy bardzo wolno; jedno wstrząśnienie klatki piersiowej przy kaszlu stokroć więcej zaszkodzić może, aniżeli powolny ruch całego ciała, nawet zejście z łóżka. O tem jednak pamiętać trzeba, że w ruchu rąk, w opieraniu się np. na rękach przy zmianie pozycyi, bierze—do pewnego stopnia—udział klatka piersiowa, więc chorego trzeba tak podpierać przy wszelkich ruchach, by nie potrzebował nic chwytać rękoma, ani się na nich oprzeć.

Zgodnie z ogólnemi zasadami opanowywania krwotoków, powinniśmy i przy krwotoku płucnym dążyć do dania możliwego spokoju krwawiącemu organowi: starać się o unieruchomienie tej strony klatki piersiowej, zkąd pochodzi krwotok, o zmniejszenie szerokości ruchów oddechowych tej strony, o to, by się przy kaszlu jaknajmniej wstrząsała; to wszystko wolno jedynie wówczas, kiedy zupełnie dokładnie wiemy, z której okolicy płuc pochodzi krwotok.

Trudno to bywa określić, jeśli jesteśmy wołani do chorych, których przed tem nigdy nie badaliśmy; nieco łatwiej u chorych, których stan płuc i umiejscowienie cierpienia znamy. W każdym jednak razie, korzyść wynikająca z zastosowania dalej opisanych dwu sposobów unieruchomiania klatki piersiowej bywa tak wielka, że po uspokojeniu się chorego i zastosowaniu pierwszych środków pomocy—zawsze staram się przez osłuchiwanie dojść, zkąd krwotok pochodzi; ponieważ chory, z naszego polecenia, nie leży, ale siedzi, usunięcie poduszek wystarcza do osłuchania; naturalnie, choremu nie każemy wykonywać żadnych ruchów oddechowych głębszych. Osoba pielęgnująca chorego siada przy tem, twarzą zwrócona do chorego, na łóżku i, objąwszy chorego rękami za kark, podtrzymuje go.

W celu ograniczenia ruchów klatki piersiowej stosujemy ucisk. W ten właśnie sposób działa pęcherz z lodem, jeśli go kładziemy w okolicy krwawiącej; ucisk, a nie zimno, jest wtedy czynnikiem leczniczym. To też śmiało można pęcherz z lodem zastąpić jakimś workiem z piaskiem, który, uciskając okolicę krwawiącą, ten sam skutek wywrze, co i pęcherz z lodem. W obu przypadkach nie bez znaczenia dodatniego jest to, że chory unika ruchów z obawy zrzucenia pęcherza, resp. innego ciężaru, położonego na piersiach.

Unieruchomić—do pewnego stopnia—klatkę piersiową można za pomocą opatrunku z plastra lepkiego.

Najlepiej nadaje się do tego albo plaster w rolkach t. zw. „Cito“ (inaczej zw. dla cyklistów), którego zużywamy dwie rolki; albo plaster „Leukoplast“, albo wreszcie zwykły plaster lepki, który krajemy na paski długości 60 cm., szerokości 3 cm.

Zaczynamy od wywarcia ucisku na górny odcinek płuca: umocowawszy jeden koniec paska na kręgosłupie, prowadzimy plaster, mocno go naciągając, nad szczytem płuca, aż do mostka; następne rzędy układamy dachówkowato na poprzedzające. Na grzebień łopatki, nad obojczyk, w zagłębienie nadobojczykowe, wkładamy duże waciki. Teraz uciskamy boczną część klatki piersiowej za pomocą dobrze ściągniętych pasków, idących pionowo od kręgosłupa do mostka. Zagłębienie pod pachą też wypełniamy dużym wacikiem. Na brodawkę piersiową kładziemy maleńki wacik, sutkę obchodzimy zupełnie.

Taki opatrunek niewątpliwie ogranicza głębokość ruchów oddychowych; ale właśnie dla tego wolno go zastosować jedynie wtedy, kiedy dokładnie wiemy, z której strony jest krwotok. W przeciwnym razie, t. j. ograniczając ruchy ze strony zdrowej i zmuszając tem samem stronę krwawiącą do głębszych ruchów—szkodzimy.

Najczęściej jednak przyczyną powrotu krwotoków są ruchy kaszlowe; to też najpożyteczniejszymi przy zwalczaniu krwotoków lekami są narkotyki, a przedewszystkiem morfina.

Podskórne zastrzyknięcie morfiny uspakaja podnieconego i przestraszonego chorego, reguluje akcyę serca, obniża ciśnienie, łagodzi kaszel. Dla tego—niezależnie od dalszego planu kuracyi—w pierwszej chwili 1 cg. morfiny zastosować podskórnie wypada w każdym przypadku nieco znaczniejszego krwawienia.

A i w dalszym przebiegu najlepsze nam usługi oddaje morfina. Stosujemy ją—rzecz prosta—w różnych dawkach dobowych, zależnie od przypadku; czasem wystarcza co dwanaście godzin po 1 cg., czasem jeszcze rzadziej; innym razem trzeba tę dawkę powtarzać, kilka razy z kolei, co ośm, a nawet co sześć godzin. Zależy to—z jednej strony od gwałtowności kaszlu i od skutków jakie on wywołuje (ponowny krwotok); z drugiej zaś—od obfitości krwotoku: bardzo wielka ilość krwi musi być przez kaszel z oskrzeli wydalona, w przeciwnym razie grozi uduszenie. Jakkolwiek aspiracyjne zapalenie płuc swoiste, jakie widujemy po krwotokach, widujemy i po nieznacznych krwotokach, tem nie mniej częściej się ono zdarza po obfitych. W ogóle jednak, jeżeli lekarz wołany do krwotoku stwierdza rozszerzenie się sprawy swoistej, wcale nie zawsze zależeć ono musi od aspiracyi krwi; przeciwnie, właśnie owo nowe ognisko zapalne może było przyczyną krwotoku.

Ostrożność, jakiej się wymaga od lekarza przy stosowaniu morfiny w przebiegu krwotoków płucnych, na tem polega, by po dawce pierwszej—wtedy następną dopiero zastosował, kiedy podrażnienie do kaszlu staje się zbyt żywem; lub, inaczej mówiąc: dawka powinna tylko łagodzić kaszel, ale nie powinna znieść odkrztuszania skrzepów, leżących w oskrzelach.

Przy niewielkich krwawieniach stosujemy morfinę w kroplach, ewent. kodeinę, dioninę; niewłaściwą jest tu heroina, która pogłębia ruchy oddechowe.

Ponieważ są to wszystko środki wywołujące zaparcie, należy pamiętać o podawaniu środków przeczyszczających. Nie należy też zapominać o tem, że morfina może wywołać dysurią.

W przypadkach bardzo silnego krwotoku, jeśli przy tem mamy do czynienia z osobnikiem osłabionym, źle odkrztuszającym, jeśli osłuchiwanie przekona nas, że w oskrzelach jest dużo krwi—należy zastosować środek wymiotny: apomorfinę podskórnie (0,5—1 cg.). W takich też razach nie należy ani stosować zabiegów ograniczających ruchy klatki piersiowej, ani zalecać absolutnego spokoju, ani dawać narkotyków. Tu bowiem ważniejszem od zatamowania krwotoku jest wydalenie nadmiaru krwi z oskrzeli. Są to jednak przypadki wogóle rzadkie.

Przepisy dyetetyczne przy krwotokach uległy tej samej rutynie, co i inne zabiegi dziś ulubione; wszyscy zalecają lód, mleko zimne, ew. jakiś inny pokarm płynny, na zimno.

Zasad, na których opiera się to postępowanie, nie zdołałby prawdopodobnie obronić nikt z jego zwolenników. Bo trudno przypuścić, by lód lub inny napój zimny, przechodząc przez gardziel i połyk, wpływał leczniczo na krwawiące płuco; co najwyżej—jak już wspomniałem—może on łagodzić kaszel, jeśli ten pochodzi z gardzieli. To też najmniejszej niema racyi do do podawania—i to w ciągu wielu dni, jak to czynią niektórzy—płynów oziębianych chorym krwawiącym. Unikać jedynie trzeba pożywienia gorącego, bo ono

w istocie podnieca działalność serca, a tego należy unikać w przypadkach krwotoku z powodu przekrwienia czynnego.

Zakorzeniony wśród ogółu zwyczaj nie pozwoli nam jednak zerwać z tradycyą już teraz; więc nie obejdzie się i dziś bez zalecenia płynnych i zimnych pokarmów; ale ograniczmy je do pierwszej doby po krwotoku, przechodząc jaknajprędzej do dyety posilnej, byle łatwo strawnej i nie drażniącej gardzieli, t. j. nie pobudzającej do kaszlu. Zalecimy więc obok mleka i zup mlecznych (z kaszkami, ryżem, tapioką), kleiki, małe butersznyty z zimnem mięsiwem (na chlebie lub bułce bez skórki, takie, które się gryzie i żuje bez wysiłku), jajko na miękko. To wszystko nie gorące, ale też nie oziębione.

Zabraniamy przez czas dłuższy, jeśli nie jesteśmy pewni, że krwotok jest zastoinowy, wina, wszelkich innych napojów i potraw podniecających, jak również napojów musujących, więc i kefiru.

Specyalnej dyety wymagają zaburzenia trawienia, towarzyszące często obfitym krwotokom; tu się stosować trzeba do stanu żołądka, o czem dalej będzie mowa, przy leczeniu powikłań. Jeśli jednak z tej strony niema przeciwwskazań, to należy po ustąpieniu krwawienia jaknajprędzej przejść do dyety obfitej, tem obfitszej, im więcej chorego krwotok osłabił.

Więc plan postępowania leczniczego przy krwotokach tak się przedstawia:

Przywołany do krwotoku lekarz przedewszystkiem powinien stać się panem sytuacyi: uspokoić chorego, poskromić wybuchy zwątpienia w otoczeniu, usunąć z pokoju ludzi zbytecznych, nakazać bezwzględny spokój w całym domu.

Zastrzyknąć jednę dawkę morfiny, która—niezależnie od tego, czy ją i potem zastosujemy—w pierwszej chwili jest środkiem bardzo pożytecznym (wyjątek stanowią jedynie krwotoki masowe).

Ułożyć chorego w pozycyi półsiedzącej, zbadać serce i płuca—w zakresie wyżej wspomnianym.

Dalsze postępowanie zależy od wyników badania: jeśli znajdziemy dostateczną ilość objawów pozwalających na rozpoznanie jakości przyczyn krwotoku (przekrwienie czynne, czy zastoinowe), jeśli będziemy w stanie ściśle określić okolicę, zkąd krew pochodzi—zastosujemy się do przepisów odpowiednich, wyżej podanych.

W przeciwnym wypadku—na razie—polecimy tylko spokój, lód na okolicę serca, środek przeczyszczający, przewiązanie kończyn, narkotyk.

Dalsza obserwacya może nam dać prawo do zastosowania innych środków, z liczby opisanych.

Nie wszystkie krwotoki dają się opanować. Rzadko wprawdzie, ale zdarzają się krwotoki śmiertelne: długotrwałe, choć niewielkie, krwawienia w przebiegu hemoptoicznej postaci ostrej, lub podostrawej, gruźlicy (towarzyszy jej wysoka gorączka i silna duszność); masowe krwotoki z tętnic większego kalibru w przebiegu rozwiniętej, daleko posuniętej, gruźlicy przewlekłej.

Wtedy, niestety, nasze zabiegi i środki są nieskuteczne, bo charakter samej sprawy nie daje oparcia naszym usiłowaniom leczniczym.

(D. n.

Prace tymczasowej Komisyi przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego lubelskiego.

(Dokończenie).

E. Maszyny elektrostatyczne (do Franklinizacyi) ręcznie poruszane.

Typ. 1) system Töpler—Holtz'a—bez szafy, i przyborów, najprostszego wykonania, —średnica płyty 50 ctm.

FIRMY: *Makowski* — cena rb. 125
Reiniger — „ „ 138 kop. 65 (z cłem rb. 180).
Hirschmann — „ „ 103 „ 40 („ „ 135).

Typ. 2) system Wimshursta—z kondensatorami—2 płyty kauczukowe.

FIRMY	Gaiffe	Bonetti	Genisson	Chardin	Reiniger
Śrenica płyt	45 ctm.	46 ctm.	46 ctm.	55 ctm.	41 ctm.
Cena „netto“	rb. 61 k. 50	rb. 64 k. 60	rb. 72 k. 20	rb. 114	rb. 89 k. 30
Cena z cłem etc.	rb. 80	rb. 84	rb. 93.	rb. 148	rb. 115.
Uwagi:			bez kondensatorów.		

Typ: 3) system Carré.

FIRMY:	Gaiffe.	Genisson.	Chardin.
Średnica płyty kauczukowej.	49 ctm.	49 ctm.	50 ctm.
Średnica płyty szklanej.	38 ctm.	38 ctm.	39 ctm.
Cena „netto“	rb. 123 kop. 60	rb. 140 kop. 60	rb. 222
Cena z cłem	rb. 160	rb. 182.	rb. 286

Wszelkie przybory i części zapasowe do maszyn elektrostatycznych wyrabia firma Makowski w Warszawie i wszystkie firmy wyżej wymienione.

Z przytoczonego wykazu cen maszyn elektrostatycznych wynika, że mamy tanią maszynę krajową (typ. 1) i że maszyny francuskie (typ. 2) *są znacznie tańsze od niemieckich.* Ja sam posiadam już od 2 lat maszynę systemu Wimshursta z fabryki Gaiffe'a w Paryżu, która działa doskonale, daje silną iskrę i zaleca się nadzwyczaj prostą budową.

F. Maszyny do przypalania i prześwietlania. (Galwanokaustyka i Endoskopia)

Typ: 1) przenośne:

FIRMY:	Genisson	Chardin	Bonetti	Reiniger	Hirschmann
Cenna „netto“	rb. 41 k. 80	rb. 52.20—76	rb. 64. k. 60	rb. 51 k. 70	rb. 82 k. 70
Cena z cłem etc.	rb. 54	rb. 69 do 98.	rb. 83.	rb. 67.	rb. 107
Uwagi:	4 elementy duże	2—6 elementów po 3 cynki, 4 węgle.	4 elementy duże.	10 elementów po 1 cynku 2 węgle	10 elementów po 1 cynku 2 węgle

Typ. 2) stałe

FIRMY:	Chardin.	Reiniger	Hirschmann.
Cena „netto“	rb. 106 kop. 40	rb. 155	rb. 129 kop. 75.
Cena z cłem	rb. 138	rb. 201	rb. 168
Uwagi	6 elementów, każdy po 4 cynki 5 węgli.	10 elementów, każdy po 1 cynku 2 węgle	10 elementów, każdy po 1 cynku 2 węgle.

W dziale galwanokaustyki i endoskopii *maszyny wyrobu francuskiego są znacznie tańsze od takichże niemieckich.*

G. Elektromotory. — do masażu wibracyjnego, trepanacyi, plombowania zębów.

Typ:—) dla prądu stałego, z opornikiem i wyłącznikiem, na podstawie.

FIRMY:	Makowski.	Gaiffe.	Genisson.	Bonetti.	Lacoste.	Reiniger.	Hirschman
Siła wymagana	16 Volt	12 V. 10 A.	12 V. 2 A.			12 Volt	12 Volt.
Cena „netto“	rb. 76	rb. 42. 75	rb. 12—79	rb. 47. 50	rb. 76	rb. 40—54	rb. 82. 25
Cena z cłem	—	rb. 55	r. 15—103	rb. 61	rb. 98	rb. 52—70	rb. 106
Uwagi:		sam motor	sam motor	bez podstawy i opornika	bez opornika		

Wszystkie firmy wymienione w dziale G., oprócz Bonetti oraz Genisson, wyrabiają wszelkiego rodzaju nasady do masażu wibracyjnego i trepanacyi.

H. Akumulatory.

a) celki pojedyńcze, cena za celkę:

FIRMY:	Makowski	Reiniger	Hirschman
Siła	Volt 2, Amp. godz. 8	Volt 2, Amp. godz. 8	Amp. godz. 7.
Cena „netto“	rb. 4 kop. 75	rb. 3 kop. 76	rb. 3 kop. 30
Cena z cłem etc.	—	rb. 4 kop. 90	rb. 4 kop. 30
Uwagi:			System Tudor.

b) baterye.

FIRMY:	Makowski	Chardin	Lacoste	Bonetti	Gennisson	Reiniger	Hirschmann
Siła	V. 12 A. 8	Amp. 20	V. 8 A. 6	Amp. 6	Volt 16	V. 12 A. 8	V. 12 A. 7
Cena „netto“	rb. 40 k. 85	rb. 7.60	rb. 31 k. 60	rb. 45	rb. 60 k. 80	rb. 40	rb. 31
Cena z cłem	—	rb. 9.80	rb. 40 k. 90	rb. 58.50	rb. 79	rb. 52	rb. 40.
Uwagi	celek 6		celek 4.	celek 4.		celek 6.	

I. Kąpiele elektryczno—świetlne.

Wszelkie przyrządy do tych kąpieli wyrabia, obok firm niemieckich, firma francuska Lacoste.

K. Röntgenografia.

Wszelkie przyrządy do otrzymywania promieni Röutgena wyrabiają następujące firmy francuskie:

Radiguet et Massiot,
Carpentier,
Victor Chabaud,
A. Gaiffe — wszystkie w Paryżu.

Z powyżej przytoczonego wykazu porównawczego cen maszyn i przyborów typowych do elektrolecznictwa możemy się przekonać, *że wielką część naszego zapotrzebowania w tym dziale przemysłu lekarskiego* (mianowicie dla maszyn i przyborów prostszych, motorów, akumulatorów etc) *może w zupełności zaspokoić produkcya krajowa (firma Makowski)*, pozostałą zaś resztę potrzebnych nam narzędzi i ma-

szyn możemy zakupywać w fabrykach francuskich (i poczęści w fabryce wiedeńskiej, Leiter'a); bez żadnego uszczerbku materyalnego—*w dziedzinie elektrolecznictwa możemy się obejść najzupełniej bez wyrobów niemieckich, nie ponosząc żadnych ofiar materyalnych na zamianie produkcyi niemieckiej na krajową oraz francuską.*

Produkcya francuska i austryacka w tym dziale dorównywa jakością produkcyi niemieckiej, a rozmaitością i bogactwem typów maszyn galwanicznych, faradycznych i statycznych nawet tę ostatnią przewyższa.

Objaśnienie nazw fabryk:

Makowski — Wład. Makowski, ul. Nowogrodzka № 17 w Warszawie; tenże jest przedstawicielem firm Chardin i Hirschmann.

Bonetti — L. Bonetti. 69, Avenue d'Orleans, Paris; (cennik z 1900 r.)

Carpentier — J. Carpentier—20, rue Delambre, Paris. (bobiny indukcyjne)

Chabaud — Victor Chabaud—58, rue Monsieur-le-Prince, Paris.

Chardin — Charles Chardin—5, rue de Châteandun, Paris (cennik z r. 1899) przedstawiciel w Warszawie—p. Wł. Makowski.

Chauvin et Arnoux (Galwanometry). 186—188, rue Championnet-Paris (cennik 1901 r.)

Gaiffe — A. Gaiffe et C-ie. 9, rue Mechain, Paris (cenniki № 4 i 5, rok 1900 i 1901).

Genisson — Genisson et Vaast—adres w dziale III.

Lacoste — J. Lacoste et C-ie. 28, Boulevard de Strassbourg, Paris (cennik 1903 r.)

Radiguet et Massiot. 13 — 15, Boulevard des Filles-du-Calvaire, Paris (Radiographie et Haute—frequence) —przedstawiciel w Warszawie — inż. Gustaw Kamieński. Al. Jerozolimska № 25

Leiter — Josef Leiter, Mariannengasse 11—Wien IX/2—(cenniki z r. 1895)

Firmy niemieckie: Reiniger, Gelbert u. Schall. Berlin — Erlangen — cennik z 1902 r.

Hirschmann. Berlin—Cennik № 14, 1898 r.

DZIAŁ X.

Wyroby lekarskie gumowe i przyrządy kliniczne.

Opracował Dr **Eugieniusz Tymiński,**

NAZWA PRZYRZĄDU.		FIRMY: Manufaktura Ros.-amerykańska	Bognier	Windler	Lentz Medic.-Polit. Union
		Rb. k.	Rb. k	Rb. k.	Rb. k.
Rozpylacz Richardsona	za tuzin	22.70	19.38	—	27.75
Aparat ochładzający na brzuch z rurki gumowej	za sztukę	4.30	3 80	—	4.23
Worki do lodu z materacem gumowym	za tuzin	15.90	24.70	33.84	—
Balony gumowe z kanką (4 unc.)	„	8.25	8.55	—	14.00
Odciągacze pokarmowe z rezerwoarem	„	7.10	11.40	—	8.83
Brodawki gumowe	„	1.10	1.71	—	1.40
Brodawki szklane ze smoczkiem	„	- -	1.71	—	—.85
Odciągacze pokarmowe Auvard'a	„	12.85	8.00	11.28	—
Kroplomierze do oczu Pagenstechera	„	0.35	0.38	—	—
Baseny gumowe podłużne	za sztukę	6.25	7.60	6.58	—
Insuflatory do gardła z czerwoną pałką gumową	za tuzin	4.45	10.26	—	13.80
Insuflatory do gardła ze szklanym cylindrem	za sztukę	—	1.50	—	1 50
Irigatory z naczyniem gumowem na 1 litr	„	1.25	2.20	—	2.75
Kanki maciczne kauczukowe z kranem	za tuzin	2.60	3.80	—	5.64
Korki gumowe do naczyń chemicznych	za funt	5.75	3.80	—	4.60
Klizopompy gumowe syfonowe duże	za tuzin	15.45	12.54	—	28.20
Rękawiczki gumowe	za parę	1.00	1.90	—	2.82

NAZWA PRZYRZĄDU:		FIRMY: Manufaktura Ros.-amerykańska	Bognier	Windler	Lentz Medic. Polit. Union
		Rb. k.	Rb. k	Rb. k.	Rb. k.
Poduszki okrągłe gumowe pod chorych	za sztukę	3.25	3.04	—	3.24
Poduszki gumowe kwadratowe	„	3.20	6.08	—	4.60
Sondy żołądkowe gumowe	za tuzin	—	10.26	—	15.30
Worki urynowe męskie czarne	za sztukę	3.20	2 00	—	4.00
Worki gumowe damskie czarne	„	2.50	2.00	—	4.00
Pasy brzuszne gumowe damskie	„	2.00	3.68	—	5.64
Miseczki kauczukowe do ropy, trójkątne	„	1.05	2.18	—	2.11
Miseczki kauczukowe do ropy, nerkowe	„	1.15	1.52	—	1.65
Inhalatory Siegl'a z blachy białej	„	—	2.75	1.18	—
Stetoskopy kauczukowe składane przy muszli	„	—	0.95	—	0.94
Termometry maksymalne zwyczajne	za tuzin	—	5.93	9.84	—
Termometry maksymalne minutone (nie sprawdzane, oprawa metalowa)	„	—	8.00	12.70	—

Uwaga: Ceny wyrobów zagranicznych podane są bez kosztów cła.

Z powyższego wykazu porównawczego wynika, że najtańszymi są wyroby manufaktury rosyjsko-amerykańskiej, posiadające b. dobrą gumę, wyroby francuskie są nieco droższe, a dobroć ich jest ogólnie znaną.

Wyroby niemieckie, podług katalogów firm przytoczonych, są najdroższe i, zdaje się, ustępują jakością wyrobom rosyjskim i francuskim.

Zwracamy uwagę na taniość termometrów francuskich, które mogą skutecznie odtąd konkurować u nas z termometrami niemieckimi, dotąd wyłącznie u nas rozpowszechnionymi przez składników. Polskich firm wyrobów gumowych nie posiadamy. Firma Ehlert i nowa Karolewski i Kamiński w Warszawie—są to składnicy, sprowadzający prawie wyłącznie towar niemiecki.

Objaśnienie nazw fabryk:

Manufaktura Ros-Amer. — Товарищество Россійско-Американской Резиновой Мануфактуры — С.-Петербургъ, на Обводномъ Каналѣ № 138 (cennik 1903 r.)

Bognier — A. Bognier et G. Burnet, rue Vieille-du-Temple,125,—Paris—(cennik 1900 r.).

Firmy niemieckie: Windler i Lentz w Berlinie.

DZIAŁ XI.

Przyrządy laboratoryjne.(*)

opracował Dr. **Stefan Rudzki.**

W dziale laboratoryjnym, jak i we wszystkich innych, korzystano u nas dotąd wyłącznie prawie z wyrobów niemieckich, głównie z powodu ustalonej ich renomy, oraz łatwości stosunków z niemcami, tak wysoko stojącymi pod względem techniki handlowej. Doniosłą rolę odegrała tu wreszcie nasza nieznajomość wyrobów innych krajów nie-niemieckich, na co przedewszystkiem należałoby zwrócić baczną uwagę naszego ogółu.

Już zgóry można było przypuścić, że takie wysoce kulturalne i zdolne narody jak Francuzi i Anglicy, zdołały rozwinąć u siebie odnośne gałęzie przemysłu, chociażby na własne potrzeby. A jeżeli liczne wszechnicy, pierwszorzędne pracownie i szpitale francuskie lub angielskie mogą zadowolnić się wyrobami nie-niemieckimi, to nie ulega wątpliwości, że i my—wobec mniejszych wymagań naszych—również śmiało moglibyśmy obejść się bez stosunków z Niemcami, zastępując je Francyą lub Anglią.

Co do naszego krajowego przemysłu, o który nam przedewszystkiem chodzić powinno, stoi on dotąd w gałęzi laboratoryjnej bardzo nizko, bodaj, że nie istnieje.

Wobec zaś odrębności wyrobów angielskich i ich znacznej drożyzny* oraz wobec nieznacznej produkcyi na tem polu

*) Przy opracowaniu działu niniejszego korzystaliśmy w znacznym stopniu ze wskazówek łaskawie nam udzielonych przez prof. d-ra Ciechanowskiego z Krakowa przy zakładaniu pracowni szpitalnej w Lublinie. Wyrażamy na tem miejscu Szanownemu Profesorowi raz jeszcze naszę serdeczną wdzięczność.

*) Niedrogie mikroskopy wyrabia firma angielska Beck w Londynie.

innych narodów i ich zależności od wyżej wymienionych, pozostaną nam do rozpatrzenia głównie wyroby francuskie.

Za najlepsze mikroskopy uważane są dotąd Zeissowskie z powodu wysokiej wartości swych soczewek, stosowanych nawet w mikroskopach pochodzenia nieniemieckiego,—bardzo dobre jednak soczewki wyrabia teraz fabryka Feil-Mantois w Paryżu. Stosowane są one na większą skalę w mikroskopach Nachet, a poczęści i u Stiassniego.

Dwie te firmy francuskie dostarczają mikroskopów znacznie tańszych od niemieckich, a pod względem technicznym zupełnie zadawalniających. Firma paryska Krauss'a korzysta z soczewek Zeissa, lecz daje daleko lepsze statywy, przedstawiające ostatnie słowo techniki. Cena ich jest również niższa od Zeissowskich, gdy bowiem mikroskop Zeissa ze wszystkiemi udoskonaleniami kosztuje 1174 rb., u Kraussa równie dobry dostaniemy za 828 r., a u Nachet'a nawet za 695 r. (Stiassniego najlepszy mikroskop kosztuje 440 r., lecz nie ma on apochromatycznych objektywów). Angielskie mikroskopy są innej budowy, niż kontynentalne. Soczewki przeważnie niemieckie. Ceny wysokie, jak wogóle angielskich wyrobów.

Przyrządów pomocniczych do mikroskopów dostarczyć mogą wymienione powyżej firmy francuskie Nachet, Stiassnie i Krauss.; ma je również firma Adnet.

Mikrotomy, zupełnie wystarczające do badań laboratoryjnych, wyrabiają firmy francuskie (Nachet, Stiassnie, Krauss, Cogit). Ceny są znacznie niższe od niemieckich, gdy bowiem najprostszy mikrotom Zimmermanna kosztuje 81 r., a przeciętny przeszło 100 r., u Nachet zupełnie dobry przyrząd dostać możemy za 91 rb. a u Stiassniego nawet za 84 r. W Anglii wyrabia mikrotomy Cambridge Scientifie Instruments Company. Nieco odmienny typ (Reinhold—Giltay) daje holenderska firma Kipp & Zonen (cena około 200 rb).

Szkło lekarskie możemy dostać z fabryk francuskich (Chabaud, Adnet, Collot) lub z czeskiej Kavalier'a, która wyrabia jednak przyrządy więcej chemiczne, niż bakteryologiczne. Petersburska firma Rittinga daje dobre szkło, lecz droższe od francuskiego lub czeskiego.

Sterylizatorów dostarczają firmy Adnet i Wiesnegg. Wogóle wszelkie przyrządy bakteryologiczne wyrabia firma Adnet.

Odczynniki i gotowe barwiki mają również wyżej wymienione firmy francuskie, lecz suche barwniki wyrabia tylko firma Société Chimique des Usines du Rhône (między innemi: eozyny, erytrozynę, fuksynę, safraninę, methylviolett, aethylgrün, Bismarckbraun, błękit metylenowy, tropeolinę, fluoresceinę, naphtolgelb, etc...).

Przyrządy do badań klinicznych wyrabiają francuskie firmy Nachet, Stiassnie, Krauss, oraz angielska Cambridge S. I. C-o. Ceny ich są naogół nie wyższe od niemieckich.

Zaznaczyć wreszcie można, że firma Cogit w Paryżu dostarcza wszelkich przyrządów pracownianych z fabryk francuskich. Pośredniczyć może we wszystkich zakupach agencya francusko-polska, mająca przedstawicielstwa w Warszawie, Lublinie i niektórych innych miastach Królestwa.

Wnioski. 1. W dziale pracownianym obejść się można bez wyrobów niemieckich.

2. Przemysł krajowy w danej dziedzinie jest jeszcze zupełnie nierozwinięty.

3. Najdogodniej zastąpić można przyrządy laboratoryjne niemieckie francuzkimi, które naogół nie są gorsze, a których ceny są niższe.

Adresy firm nie-niemieckich, powyżej wymienionych.

1. Anet & fils.—26 rue Vauquelin Paris
2. Agence franco-polonaise commerciale et industrielle Wydżga, Horwitz et Studnicki.—21 rue du Louvre Paris.
3. Buchet (Pharmacie Centrale de France),—patrz w dziale I.
4. Cambridge Scientifie Instrument Company, LTD, Cambridge, England.
5. Chabaud—58 rue Monsieur-le-Prince Paris.
6. Cogit et C-o—49 Boulevard St. Michel Paris.
7. Collot—8 boulevard Edgar-Quinet Paris.
8. Kavalier—Neu Sazava bei Karlsbad (Böhmen).
9. Kipp & Zonen, I. W. Giltay Opvolger, Delft (Pays-Bas).
10. Kraus, Bausch & Lomb—21 & 23 rue Albony Paris.
11. Nachet & fils, anc. Hartnack & Prażmowski, 17, rue St. Severin Paris.
12. Société de produits chimiques de Montereau—patrz w dziale I.

13. Stiassnie, anc. Vérick 204 Boulevard Raspail Paris.
14 Wiesnegg (Maison), 64 rue Gay-Lussac Paris.
15. Société chimique des Usines du Rhône—patrz w dziale I-m: Lyon.

Jak to już zaznaczyliśmy w przedmowie do naszej pracy, posiada ona liczne braki, których usunięcie połączonem było ola nas na razie z nieprzezwyciężonemi trudnościami. Nie posiadamy więc dokładnie opracowanego wykazu porównawczego cen narzędzi i przyrządów do laryngologii, otiatryi i rhinologii, nie mamy danych porównawczych, dotyczących przyrządów i maszyn do wodolecznictwa (wiadomo nam tylko, że między innemi odpowiednie urządzenia wykonywa firma Aubry w Paryżu—6, Boulevard Saint-Michel); wielki brak stanowi niewiadomość nasza co do szprycek Pravaza, które mogłyby konkurować skutecznie z niemieckiemi pod względem ceny (jakość tych ostatnich b. wiele pozostawia do życzenia); dalej nie byliśmy w możności podać żadnych szczegółów, dotyczących techniki przemysłu aptekarskiego, nie wiemy, z jakich źródeł czerpią teraz te przedmioty aptekarze nasi i czy można otrzymać je z po za Niemiec. Na te i inne braki naszej pracy zwracamy uwagę wszystkich, którym sprawa wyzwolenia się naszego z pęt ekonomicznych niemieckich prawdziwie leży na sercu i prosimy albo o informacye, albo o samodzielne opracowanie odpowiednich działów.

W pracy naszej odzwierciadla się z dostateczną jasnością stan obecny naszego przemysłu i handlu lekarskiego.

W przemyśle lekarsko-chemicznym prawie niepodzielnie panują dotąd niemcy, oparci o przesadne pojęcia nasze co do niezrównanej doskonałości i czystości leków niemieckich. W kraju nie wyrabiamy dotąd (z małymi wyjątkami) żadnych leków subtelnych do użytku wewnętrznego; produkcya polska ogranicza się do najprostszych środków chemicznych, mogących mieć tylko zastosowanie zewnętrzne. W ostatnich czasach jednak można zauważyć na tem polu większe ożywienie; do konkurencyi z zagranicą występują firmy „Motor", Manduk i Bukowski, których przetwory zasługują na najgorętsze poparcie lekarzy naszych. Niewyrabiane w kraju środki można otrzymać z Francyi i Szwajcaryi; nie ustępują one w jakości niemieckim, a nawet czasem je przewyższają (np. Kreozotal firmy Lambiotte).

Dział wód mineralnych naturalnych rodzimych dotąd niezasłużenie usuwanych na plan dalszy przez rozmaite wody niemieckie, zdobywa sobie coraz pewniejszy grunt i coraz większe uznanie wśród lekarzy naszych. (Obacz protokół posiedzenia wydziału hygieny zdrojowisk i miejscowości klimatycznych z dnia 27 marca r. 1903. Odczyt magistra Białobrzeskiego „Zdrowie"—rok 1903, zeszyt 8).

W dziale środków opatrunkowych posiadamy watę Bartkiewicza; jest ona jednak jeszcze zbyt drogą i skutecznie konkurować z zagranicą nie może; zwracamy uwagę na watę i opatrunki, wyrabiane przez firmę „Tlen" we Lwowie, dającą duże ustępstwa od cen katalogowych dla szpitali. W sprzedaży detalicznej jednak można śmiało i wyłącznie polecać publiczności watę Bartkiewicza, gdyż w tych warunkach przewyżka ceny jest b. nieznaczną, a wata rzeczywiście dobrą (gatunek „extra"*)

W dziale narzędzi chirurgicznych za dużo jeszcze sprowadza się od niemców wyrobów, których w tym samym gatunku, a nawet w lepszym, można już dostać w kraju (Mann, Jodłowski i inni); nie wyrabiamy jednak jeszcze narzędzi precyzyjnych i hartownych, których dostarczyć nam mogą jedynie firmy francuskie (Collin, Lüer, Aubry etc.) i angielskie (Weiss, Krohne).

Prawie wszystkie urządzenia do sal operacyjnych, dotychczas również sprowadzane przeważnie z Niemiec, dostać możemy w fabrykach krajowych (Konrad Jarnuszkiewicz, Gostyński, Petz, Witt etc.).

W dziale wyrobów gumowych niemcy mogą być zupełnie usunięci wobec istnienia doskonałych wyrobów Towarzystwa rosyjsko-amerykańskiej manufaktury gumowej i dobrych a znacznie tańszych wyrobów francuskich (Bognier et Burnet. Gaillard, Vergne etc,). W Królestwie Polskiem żadnej fabryki wyrobów gumowych nie posiadamy.

W dziale dentystyki poza narzędziami najprostszemi nic w kraju nie wyrabiamy. Z niemcami konkurować u nas mogą tylko wytwórcy angielscy. (Ash).

W dziale przyrządów elektrolecznicznych, dotąd wyłącznie opanowanym u nas przez niemców, bardzo wiele potrzeb mo-

*) Tegoż gatunku wata w sprzedaży hurtowej dla szpitali kosztuje o 6 rubli na pudzie drożej od waty austryackiej z Brüx (Morawia), co przy wielkich ilościach waty, zużywanych w szpitalach, bardzo zaciążyłoby na budżecie tychże.

żemy już zaspokoić w kraju (Makowski); bardziej skomplikowane i precyzyjne przyrządy możemy sprowadzać od francuzów (Chardin, Gaiffe, Bonetti, Chanoin et Arnoux etc.), którzy wyrabiają je taniej i lepiej, niż niemcy.

W dziele laboratoryjnym nie produkujemy nawet wyrobów najprostszych— wszystko sprowadzamy z zagranicy, od niemców. Za tę samą cenę i w tym samym gatunku (oprócz mikroskopów) możemy sprowadzać naczynia i przybory laboratoryjne od czechów (Kavalier) i francuzów (Cogit, Adnet, Collot, Chabaud etc.)

Mamy nadzieję, że dane, zawarte w pracy naszej, dowiodą ogółowi polskiemu, że zamało dotąd pamiętaliśmy o tem, co możemy kupić w kraju.

Udzielając stałego i serdecznego poparcia temu przemysłowi, jaki już u siebie posiadamy, a który na to poparcie w zupełności zasługuje, *dopomożemy wytwórcom krajowym do wzniesienia się na wyższe szczeble wytwórstwa i całkowitego wyparcia w przyszłości wyrobów cudzoziemskich.*

Co się zaś tyczy tych przedmiotów, które dotąd sprowadzaliśmy i w przyszłości jeszcze będziemy zmuszeni sprowadzać z zagranicy, już dziś powiedzieć możemy śmiało, *na zasadzie możliwie ścisłego obliczenia i porównania, że w tej chwili przynajmniej 9/10 zapotrzebowania naszego w dziale przemysłu lakarskiego możemy zaspokoić po za Niemcami*, którym przez cały szereg lat niepotrzebnie odawaliśmy miliony, ciężko zapracowane.

Pracę naszą składamy w ręce całego społeczeństwa polskiego i prosimy wszystkich, troszczących się o naszę przyszłość ekonomiczną o nadsyłanie nam wszelkich uwag i uzupełnień w duchu i kierunku naszej pracy.

U w a g a: Praca naszej Komisyi tymczasowej, polegająca na zebraniu danych i informacyi jest ukończoną. Teraz otwiera się przed nami ogromne i trudne zadanie opracowania zebranego materyału i przeprowadzenia wysnutych wniosków przez ogień praktyki życiowej. Nie wątpimy, że dążenia nasze tę ogniową próbę wytrzymają. Na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego lubelskiego w dniu 4 listopada 1903 r. postanowiono utworzyć stałę Komisyę przemysłowo-lekarską, której powierzono czuwanie nad popieraniem przemysłu krajowego lekarskiego i dalsze usiłowania ku usunięciu wyrobów niemieckich z handlu lekarskiego, w obrębie sfery wpływów Towarzystwa.

Że dotychczasowe usiłowania nasze są przyjmowane życzliwie przez kolegów, mamy już na to liczne dowody:

Towarzystwo lekarskie kaliskie na posiedzeniu w dniu 17 września r. b. postanowiło przedrukować swoim kosztem w 100 egzemplarzach i rozesłać uchwałę naszego Towarzystwa w sprawie stosowania naturalnych wód mineralnych*), zaś na posiedzeniu w dniu 17 października 1903 r. przyjęło z uznaniem do wiadomości i obiecało żywo poprzeć uchwałę Towarzystwa lekarskiego lub. w sprawie wypisywania środków lekarskich i opatrunkowych**). Otrzymujemy też liczne listy od lekarzy i aptekarzy z wyrazami uznania i zachęty dla naszej pracy.

Mając stały organ, jakim będzie nasza nowa Komisya przemysłowo-lekarska, pracować będziemy wytrwale dalej w nakreślonym pierwotnie kierunku—nie możemy jednak pominąć tu milczeniem tej okoliczności, że Towarzystwo nasze, nieliczne, niezasobne i odsunięte od większych ognisk kulturalnych, prawdopodobnie nie zdoła, pozostawione wyłącznie własnym siłom, rozwiązać w całości nakreślonego sobie ogromnego zadania. Dlatego też bylibyśmy nad wyraz szczęśliwi, gdyby do pracy nad naszym przemysłem lekarskim przystąpiło, obok Towarzystw prowincyonalnych, i Towarzystwo lekarskie Warszawskie, które—jako instytucya posiadająca znaczne zasoby materyalne, a co ważniejsza, wielką powagę naukową i moralną, mogłoby, utworzywszy w swojem łonie organ odpowiedni, odrazu popchnąć sprawę naszego przemysłu lekarskiego na tory odpowiednie i pożądane.

---

*) Patrz wyżej w dziale II.

**) Patrz wyżej w dziale I.

Towarzystwa Lekarskie prowincyonalne.

Towarzystwo Lekarskie Radomskie.

Posiedzenie dn. 9 Kwietnia 1904 r.

Przewodniczący kol. J. Pełczyński.

Obecnych 23 członków.

Przed porządkiem dziennym kol. Pełczyński przedstawił *normalny plan szkoły ludowej wiejskiej*, wypracowany przez Towarzystwo Hygieniczne Warszawskie, przyczem wskazał na zalety i wady tego planu. Do zalet zaliczył dostateczność oświetlenia i wyborny sposób wentylacyi, do wad zaś—niedostateczność powietrza w stosunku do liczby uczniów, dla której ma służyć sala klasowa. Za najmniejszą objętość powietrza, jaka jest wymagana na 1 ucznia należy przyjąć dla szkół wiejskich $3^1/_2$ metra sześciennego, w szkole zaś typu Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego, obliczonej na 100 uczniów, ilość ta wypada zaledwie równą 2,43 m³. Wobec powyższego należało by przyjąć w planowanej szkole najwyższą dopuszczalną liczbę uczniów nie 100, lecz 75—80, lub przy 100 uczniach podnieść wysokość izby szkolnej o 1 łokieć t. j. zamiast 6 łokci wysokości, dać ściany 7 łokci wysokie.

Przedstawiony plan, skopiowany przez jednego ze specyalistów-architektów radomskich, kol. Pełczyński ofiarował do zbiorów Towarzystwa.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Zbrożek odczytał rzecz: *„3 przypadki psychozy popołogowej“*.

Dwa z powyższych przypadków rozpoczęły się gorączką nie przenoszącą 38,5°. Gorączka owa wprowadzała w błąd lekarzy, gdyż jeden z przypadków w początkowym swym okresie budził podejrzenie poczynającej się pneumonii, drugi zaś, pojawiając się po dokonaniu łyżeczkowania macicy w 6 tygodni po połogu wskutek krwotoku zależnego od endometritis hyperplastica—symulował „zakażenie i za takowe był przyjęty przez lekarza wezwanego w okresie pooperacyjnym. Psychozy owe ref. zalicza według symptomatologii do formy delirium halucynatorium, 2 inne przypadki do formy—mania.

Ref. przyjmuje podział Fürstnera, który psychozy popołogowe dzieli na: melancholia, mania i delirium halucynatorium. Co do powstawania psychoz popołogowych, to chociaż Teling z większością autorów za najbliższe przyczyny uważa osłabienie organizmu, lecz wymaga koniecznie indywidualnej lub dziedzicznej diatezy, ref. idzie za zdaniem Krepelina, który za przyczyny pojawienia się psychozy uważa upośledzone odżywianie mózgu, a szczególną diatezę uważa za rzecz podrzędną. (Autoreferat).

Dyskusya. Kol. Szczepaniak zapytuje prelegenta, czem wyrażały się u jego chorych zaburzenia psychiki, czy dotyczyły one głównie sfery uczuciowej, czy też intellektualnej?. Czy omany zmysłów, o których wspominał kol. Z., w postaci złudzeń i urojeń były jedynemi przejawami zboczenia psychicznego i czy nie miały za podstawę usposobienia nerwicowego. Nie otrzymawszy wyczerpującej odpowiedzi, kol. S. zapytuje następnie, czy było przeprowadzone somatyczne badanie odnośnie zachowania się źrenic, oddziaływania sfery czuciowej i t. p. wreszcie zarzuca kol. Z. pominięcie przez niego monografii Lulliera o psychozach poporodowych i nieuwzględnienie w etyologii tej sprawy chorobowej teoryi toksycznej, kiedy podniesienie temperatury, jakie towarzyszy wystąpieniu pomienionej psychozy, usilnie domaga się uwzględnienia takiego czynnika wywołującego, jak samozakażenie. Kol. Raszkes wątpi, czy przedstawiony 2-gi przypadek był istotnie psychozą popołogową, przypuszcza prędzej, że było to zakażenie po łyżeczkowaniu macicy, które była dokonane nie w zupełnie odpowiednich warunkach—a gorączka wywołała objawy psychozy. Kol. Fuksiewicz skłania się w tym przypadku do rozpoznania psychozy popołogowej, gdyż gorączka i objawy zakażenia były za słabe, aby wywołać formalną psychozę. Kol. Zbrożek utrzymuje pierwotne swe rozpoznanie, gdyż rozdrażnienie i halucynacye zaczęły się już przed dokonaniem łyżeczkowania macicy.

III. Kol. Fidler odczytał rzecz p. t. *„Przyczynek do epidemiologii błonicy“*. (Obecnie drukuje się w „Czasop. Lek.“).

Z powodu spóźnionej pory duskusyę odłożono do następnego posiedzenia.

Na tem posiedzenie ukończono.

Posiedzenie dn. 7 Maja 1904 r.
Przewodniczący kol. J. Majkowski.
Obecnych 23 Członków.

Przed porządkiem dziennym kol. A. Żebrowski przedstawił:

1) dziewczynkę, u której usunął operacyjnie obce ciało z zewnętrznego przewodu usznego.

Dziewczynka 4-letnia, cierpiąca od roku na ropne zapalenie obydwu jam bębenkowych, włożyła sobie do lewego ucha kamyk. Z początku matka próbowała usunąć go patykiem, potem niepowołana ręka felczera—jakimś haczykiem starannie wepchnęła kamyk głębiej; rezultatem tych zabiegów było uwięzgnięcie kamyka w okolicy *annulus tympanicus*. Przy badaniu wziernikiem zewnętrzny przewód uszny okazał się wypełnionym krwią, strupami i ropą; kamyk — na razie — niewidoczny. Po oczyszczeniu przewodu usznego widać duży przedmiot, b. twardy, wydający przy dotykaniu sondą metaliczny dźwięk i w zupełności zamykający światło zewnętrznego przewodu usznego. Po zachloroformowaniu dziecka w Radomskim szpitalu dla starozakonnych daremnemi okazały się wszystkie próby usunięcia kamienia zapomocą ostrych łyżeczek i haczyków. Wobec istniejącego od roku ropnego zapalenia średniego ucha usunięcie kamienia było bezwarunkowo wskazane; nie zwlekając więc odłuszczyłem muszkę uszną (przy łaskawej pomocy kol. Raszkesa): cięcie przy samym przyczepie muszli długości 6 do 7 cntm. (przecięcie i podwiązanie art. auricularis), następnie odseparowanie części chrzęstnej, przecięcie takowej. Kamyk okazał się leżącym tuż u annulus tympanicus i został z łatwością usunięty ostrą łyżeczką. Częściowe zaszycie rany. Opatrunek aseptyczny. Na 3-ci dzień po operacyi usunięto szwy, ponieważ okazało się obfite ropienie i infiltracya brzegów rany. Staranne oczyszczanie rany, codzienne opatrunki, spowodowały zagojenie się—wprawdzie per secundum—lecz z bardzo mało widoczną bruzdą w ciągu 3-ch tygodni. Niewątpliwie przyczyną ropienia z rany było ropne zapalenie jamy bębenkowej trwające już od roku. Obecnie stosowane są wtrzykiwania 10% rozczynu hydrogenii hyperoxydati z następczą tamponadą ucha paskami gazy jodoformowej. Usunięty kamyk—okrągławy—okazał się kawałkiem żwiru, szerokości około 6-ciu i grubości około 3-ch milimetrów.

2) Chorego *po całkowitej rezekcyi krtani i 10 ctm. przełyku* z powodu carinoma oesophagi.

Pacyent liczy lat 60; Ż. widział go po raz pierwszy $1^1/_2$ roku temu. Uskarżał się wtedy na pewne utrudnienie przy łykaniu, szczególniej pokarmów stałych. Przy badaniu sondą okazało się, że sonda średniej grubości z pewnym trudem przechodzi do żołądka. Miejsce zwężenia leżało nieco niżej *cartilago cricoidea*. Przy łykaniu wody wyraźny szum na tejże wysokości. Krtań bez zmian, głos czysty. Odżywianie bardzo dobre. Ż. powziął podejrzenie, że, być może, jest to nowotwór charakteru złośliwego, w czem upewniło go badanie w 2 tygodnie później. Pacyent następnie wyjechał do Warszawy, gdzie rozpoznano carcinoma oesophagi; ztamtąd zaś—do Berlina. W Berlinie prof. Gluck dokonał niezwłocznie operacyi: całkowitej resekcyi krtani i 10 ctm. przełyku. Rana zagoiła się w sposób istotnie zadziwiający. Pacyent obecnie może zupełnie swobodnie łykać wszystko; mówi za pomocą rurki wyraźnym szeptem i spełnia swe obowiązki—słowem rezultat operacyi znakomity. Odsyłając czytelnika interesującego się operacyą rezekcyi krtani do monografii Sędziaka: „Nowotwory złośliwe krtani“ (Przegląd Chirurgiczny T. III. Zesz. 2 i 3), nadmienić należy, że w ostatnich czasach operacya ta bynajmniej nie należy do rzadkich. Od roku 1873, gdy Billroth wykonał pierwszą ekstyrpacyę krtani, do roku 1894 (statystyka Sędziaka) wykónano ogółem 187 całkowitych ekstyrpacyi krtani; przytem przyznać należy, że poważną rolę grali tu chirurgowie — polacy, zajmując 4-e miejsce w tej statystyce co do liczby do konanych operacyj (16 przypadków). Od roku 1894 r. liczba tych operacyj znakomicie się powiększyła; nprz. Prof. Gluck w swej pracy: „Der gegenwärtige Stand der Chirurgie des Kehlkopfes, Pharynx-Oesophagus und der Trachea“ (Mon. schr. f. Ohrenheilkunde Kehlkopf etc. Krankheiten 1904) donosi o 136 operacyach częściowej lub całkowitej ekstyrpacyi krtani, gardzieli i przełyku.

Wracając do naszego pacyenta, widzimy—po zdjęciu opatrunku, usunięciu kaniuli tracheotomicznej i rurki przełykowej—obraz następujący: W miejscu, gdzie znajdowała się krtań, widać podłużną rynnę, rodzaj zagłębienia, długości około 12 ctm. Na dnie tego zagłębienia—dwa owalne otwory: jeden z nich przedni, to otwór tchawicy, tylny zaś — otwór przełyku. Otwór przełyku leży wyżej,—otwór tchawicy—nieco niżej. Całe zagłębienie pokryte różowym naskórkiem, zupełnie czystym

i niebolesnym przy dotyku, obcieraniu wacikami etc. Przez usta wkładamy pacyentowi gumową rurkę, długości około 30 ctm., u góry zakończoną lejkiem. Brzegi tego lejka opierają się o bliznę wytworzoną na tylnej ścianie gardzieli i na podstawie języka, po usunięciu części gardzieli i nagłośni. Prócz tego, rurkę gumową przywiązujemy jedwabną tasiemką do szyi. Rurka ta zastępuje usunięte 10 ctm przełyku. Jak widzimy, pacyent zupełnie swobodnie może łykać mleko i ani kropla płynu nie przedostaje się za rurkę. Następnie, do tchawicy wkładamy dużą kaniulę tchawicową. Kaniula ta ma z przodu część wystającą, na którą pacyent, gdy chce mówić *głośnym szeptem*, nakłada cienką rurkę gumową—drugi koniec tej rurki przykłada do ust i słyszymy wyraźny i dość głośny szept. Od operacyi upłynął już rok. Stan zdrowia pacyenta jest na tyle dobry, że śmiało może służyć jako potwierdzenie zdania wypowiedzianego przez Sędziaka w wyżej przytoczonej monografii: *„że jedynie tylko racyonalnem jest operacyjne leczenie nowotworów złośliwych krtani i jako takie jaknajczęściej w przypadkach odpowiednich stosowane być winno“*. (Autoreferat).

Kol. Raszkes przedstawił chorą z rozpoznaniem: *„Psoudoleukemia w okresie połogowym (gruźlica guzowata gruczołów)*.

Chora Ch. w dzieciństwie zawsze była zdrową. Jedna z sióstr zmarła od „krwiopluciа“ (gruźlica?) Przymiotu chora nie miała. Przed rokiem wyszła zamąż i 6 tygodni temu urodziła dziecko, które sama karmi. Poród odbył się prawidłowo; w ciągu pierwszego tygodnia po porodzie gorączkowała, podniosła się jednak z łóżka 10-go dnia po porodzie. Po dwóch zaś tygodniach po urodzeniu dziecka, chora i otoczenie zauważyli nagłe obrzmienie gruczołów, szczególnie podszczękowych, które przed porodem były tylko bardzo nieznacznie powiększone. Chora średniego wzrostu; odżywianie—słabe; skóra i błony śluzowe—blade; 2 tygodnie temu w płucach dawały się zauważyć objawy rozlanego nieżytu oskrzelików. Chora gorączkowała; t° wieczorem dochodziła do 39,°5 —40,°0, zrana zaś spadała do 38°—37°. Tętno 110—120. W czasie obecnym objawy nieżytu ustąpiły, tylko w wierzchołkach— oddech nieco dmuchający. Badanie na laseczniki Koch'a dało wynik ujemny; w sercu—nic anormalnego; w moczu niema ani białka, ani cukru. Gruczoły chłonne znacznie powiększone. Na szyi z prawej strony, tuż pod uchem, znajdują się 3 złączone między sobą pakiety; gruczoły są wielkości od orzecha do jaja kurzego. Takież duże gruczoły znajdują się w obu fossae supraclaviculares i w lewej fossa axillaris; w prawej zaś kilka małych gruczołów niezłączonych między sobą; takie same małe gruczoły wyczuwają się i w pachwinach. Niektóre gruczoły szyjowe mają większą konsystencyę i są bolesne. Śledziona ani wątroba nie są powiększone i nie wyczuwają się. Tętno —110, T° normalna. Badanie krwi: hemoglobiny 70%. leukocytów—7500. Ściślejsze badanie krwi nie było wykonane, w każdym razie wybitnej przewagi limfocytów nie daje się pod mikroskopem zauważyć. Ponieważ przypadek ten przedstawia obraz leukemii bez powiększenia liczby leukocytów, więc trzeba zaliczyć go do pseudo—leukemii limfatycznej. Umiejscowienie zaś powiększonych gruczołów, miękka konsystencya niektórych z nich, gorączka, objawy rozlanego nieżytu oskrzeli i oskrzelików, dane anamnestyczne (gruźlica u siostry pacyentki), a w szczególności—brak powiększenia śledziony—wskazują nadto z dużem prawdopodobieństwem, że przypadek ten należy do odrębnej gruźliczej formy pseudoleukemicznej, mianowicie do gruźlicy, występującej w postaci guzów. (St. Klein: O rozpoznawaniu białaczki. Odb. z Medycyny 1903 r. Str. 21). Przypadek ten jest bardzo ciekawy z tego powodu, że obraz chorobowy wystąpił w okresie połogowym. W dostępnej literaturze referent znalazł tylko jeden przypadek opisany przez Jagqard'a. (Encykl. Euleuburga, T. II. Str. 39 tłom. ros.) (Autoreferat).

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Przyjęto do grona Członków rzeczywistych Towarzystwa kol. Tytusa Horoszewicza (z Końskich).

III. Kol. przewodniczący otworzył dyskusyę nad odczytem kol. Fidlera p.t.: *„Przyczynek do epidemiologii błonicy“*.

Kol. Pełczyński. Dziś nie podlega wątpliwości, że zaraza przy dyfterycie udziela się prawie wyłącznie za pośrednictwem osób, noszących w ustach, gardzieli lub nosie bacillusy Loefflera, oraz że te osobniki mogą roznosić zarazę, same przez się nie przedstawiając klinicznego obrazu właściwej dyfteryi. Wobec tego, wszystkie te osobniki, których gardło i sąsiednie okolice zawierają laseczniki Loeflerowskie muszą być przez nas uważane za niebezpieczne dla otoczenia ze względu na mo-

żliwość szerzenia zarazy błonicy. Z drugiej strony, zarażenie błonicą za pośrednictwem różnych przedmiotów, które były używane przez chorych, lub noszących zarazki w swem gardle, zdarza się, niewątpliwie, choć znacznie rzadziej w porównaniu z zarażeniem bezpośredniem od osób z laseczkami Loefflera. Wejchardt zajmował się tą sprawą w instytucie hygienicznym Flüggego we Wrocławiu w r. 1900 i badał bakteryologicznie próby, wzięte z rzeczy, znajdujących się w pokoju chorych. Na 300 prób, wziętych z 22 pokojów, gdzie przebywali chorzy na dyfteryt, znalazł on Loefflerowskie laseczniki tylko 3 razy, mianowicie na przedmiotach, które były w bezpośredniem użyciu chorych lub też były zawalane ich plwociną: na chustce z szyi chorego dużo kaszlącego, na dywanie, leżącym przy łóżku chorego i na smoczku od chorego ssawca (smoczek ten w ciągu godziny nie był wymyty). Badania więc Wejchardta zgadzają się w wynikach z badaniami Flüggego, Reger'a i innych autorów, że z tej strony niebezpieczeństwo zarażenia jest bardzo nieznaczne. Jeśli do tego dodamy, że laseczniki L. są bardo nietrwałe (bo giną po 1—2 min. przy działaniu na nie 3% rozczynu sody przy 40°, a w ciągu $^1/_2$—$^3/_4$ min. w spirytusie mydlanym), to jasną dla nas będzie rzeczą, dlaczego przy zachowaniu jakiej takiej czystości względem przedmiotów, które były używane przez chorych, przypadki zarażenia tą drogą są bardzo rzadkie. Lecz z drugiej strony, badania Łobanowa w klinice oftalmologicznej Axenfelda w Rostoku wykazały, że przy wysuszaniu na płytkach Petri'ego laseczniki zachowywały swą żywotność i własności chorobotwórcze (przynajmniej względem zwierząt) w ciągu 16—21 dni, na szkiełkach pokrywkowych w ciągu 14—17 dni, a zmieszane z kurzem przez 10—13 dni. Nareszcie, wszak nam wiadomo, że nawet u ozdrowieńców długi czas po wyzdrowieniu mogą się znajdować w gardzieli laseczniki Loefflera, czyli, że ci ozdrowieńcy długi czas są niebezpiecznymi dla otoczenia. Mając to wszystko na uwadze, referent sądzi, że odosobnienie jaknajściślejsze powino dotyczyć nie tylko samego chorego na błonicę, ale i wszystkich tych współmieszkańców chorego, którzy mogą być przenośnikami zarazy, t. j. wszystkich noczących w gardle laseczniki Loefflera, choćby nie przedstawiali symptomatów chorobowych błonicy; tylko tym, u których kilkakrotne badanie bakteryologiczne nie wykryje w nosie, gardle i ustach laseczników błonicy, możemy pozwolić na swobodne obcowanie z publicznością. Lecz ponieważ w warunkach naszej praktyki prywatnej badanie bakteryologiczne nigdy prawie dokonywane nie bywa, a bez takowego nie wiemy, od kogo zarazić się możemy błonicą, a z kim możemy bez niebezpieczeństwa obcować, to wniosek kol. Fidlera oznaczony № 6 referent uważa za niedość ściśle sformułowany, przez co przyjęcie go w tej formie byłoby nieodpowiednie. Umieszczenie chorego nawet w oddzielnym pokoju przy niechlujstwie i ciemności otoczenia będzie fikcyą izolacyi. W takich więc wypadkach, jak również w wypadkach zachorowania biedaka, którego cała rodzina mieści się w jednej izbie, należy nakłaniać do zupełnej izolacyi chorego, rsp. do umieszczenia go w szpitalu, o czem kol. F. nie wspomina. Z tych że względów referent uważa za bardzo ryzykowne wymienione pod № 6 w „sposobach zapobiegawczych" pozwolenie zdrowym współmieszkańcom obcowania po za domem, ewentualnie — chodzenia do szkoły — bez uprzedniego stanowczego przekonania się za pośrednictwem badania bakteryologicznego o nieobecności w ich gardłach, nosach i ustach laseczników Loefflera, bo, będąc *zdrowymi* — w zwykłem znaczeniu tego wyrazu — mogą oni być roznosicielami zarazy w szkole. Również i 7-my przepis „sposobów zapobiegawczych" referent radziłby uzależnić od wyników badania bakteryologicznego. Jeśli zaś badanie takie dokonane być nie może, to nie pozostaje nam nic innego, jak właśnie pilnować zachowania kwarantanny dla chorego i jego otoczenia przez czas 3—4 tygodniowy, jak tego żądają jednozgodnie tacy hygieniści, jak Flügge, Esmarch, Erisman i inni. Co do dezynfekcyi mieszkania po wypadku błonicy, to jakkolwiek zarażenie błonicą przez rzeczy jest rzadkie, ze względu jednak na możliwość takowego, można się ograniczyć do odkażenia pokoju, zajmowanego przez chorego i rzeczy, znajdujących się w tymże pokoju, pod tym jednak warunkiem, że jesteśmy pewni, iż nic zakażonego z pokoju chorego do innych pokojow wyniesione i tam pozostawione nie było. Odkażaniu również powinno podlegać to ubranie pielęgniarzy, w którem chorym czynili posługi. Na inne wnioski kol. F. piszę się w zupełności. Zupełnie słusznie przy wyliczeniu sposobów zapobiegania błonicy kol. Fidler pominął t. z. zapobiegawcze wtrzykiwanie surowicy przeciwbłoniczej. Wbrew opinii

Pasani'ego, Wassermann'a i innych, a zgodnie ze zdaniem Kassowitz'a, Gottstein'a, Sevestre'a wartość zapobiegawcza tejże surowicy jest więcej niż problematyczna. Już w zeszłym roku na kwietniowym zjeździe hygienicznym w Warszawie zaopono wałem przeciw wnioskowi wydziału biologicznego Tow. Hyg. Warsz. w tej sprawie (p. t. Spraw. ze zjazdu. „Now. Lek." № 6 z r. 1903) na zasadzie kilku spostrzeżeń własnych, gdzie pomimo wstrzyknięcia surowicy obraz chorobowy błonicy rozwinął się po 6—11 dniach od daty wstrzyknięcia. Od tej pory wstrzykiwań zapobiegawczych referent nie stosuje, gdyż wcale nie imponują mu cyfry dziesiątków tysięcy wstrzykiwań dokonanych na klinice Nettera, które mają dowodzić skuteczności zapobiegawczej surowicy przeciwbłoniczej. Jeśli Netter nie miał wypadku zasłabnięcia na dyfteryt u tych, których szczepił zapobiegawczo, zależało to od ścisłej dezynfekcyi i izolacyi, jaką otaczał wstrzykiwanych zapobiegawczo. Pacyenci referenta byli w tych warunkach, gdzie izolacya dokonana być nie mogła i *pomimo* wstrzykiwań zapobiegawczych zakażeniu ulegli. To samo zdarzyło się i I. Kozłowskiemu (p. t. Wiestn. Obszcz. Gigieny i Sudiebn. miediciny—1903, Styczeń). lekarzowi 2-go przytułku Moskiewsko-Nawrskiego Oddziału Tow. Opieki nad biednemi choremi dziećmi. Z powodu wybuchu epidemii błonicy w tym przytułku Kozłowski 22 Listop. 1901 r. wstrzyknął zapobiegawczo zdrowym 3 wychowankom przytułku po 500 jednostek surowicy z inst. med. doświad. w Petersburgu. Jedna z nich zachorowała 23 List., druga 30 Listop., trzecia —8 Grudnia, a więc po 1, 8 i 14 dniach od wstrzykiwań. Jeżeli nawet przypuścić, że pierwsze dwie chore miały już dyfteryt w okresie utajenia (1—8 dni), że więc wstrzykiwania nie mogły już zapobiedz rozwojowi choroby, to w 3-cim wypadku zachorowanie dowodzi wprost braku działania zapobiegawczego ze strony surowicy przeciwbłoniczej. Surowica przeciwbłonicza zobojętnia toksyny, krążące we krwi chorego na błonicę, a więc działa leczniczo, nie działa natomiast bakteryobójczo, nie może więc mieć działania zapobiegawczego przeciw błonicy. Oto wniosek, jaki daje się wyprowadzić z przypadków moich, Kozłowskiego, a może i wielu innych, którzy wstrzykiwali surowicę w celu zapobiegawczym (Autoreferat).

Kol. Idzikowski uważa, iż propozycya kol. F., aby Tow. Lek. Rad. wystąpiło do władz z projektem zmiany dotychczasowych przepisów żądających usuwania ze szkoły zdrowych współmieszkańców chorego ucznia, oraz odkażania mieszkań pobłonicowych—jest niedostatecznie usprawiedliwiona, a to dla tego, iż środki zapobiegawcze podane przez niego są zbyt dowolnymi: wiemy dobrze, co znaczy odosobnienie do sąsiedniego pokoju, a choć by i do dalszego pokoju, zdrowych uczniów od chorego i przestrzeganie dokładne przepisów czystości ze strony pielęgnujących chorego. Kto z lekarzy miał u siebie chorego na zakaźną chorobę, a chciał od niej uchronić resztę rodzeństwa i wogóle otoczenie, ten wie, że pomimo posiadania obszernego mieszkania, oddzielnej usługi dla chorych i zdrowych, ścisłe zachowanie wymagań aseptyki jest prawie nie do osiągnięcia. Cóż dopiero myśleć o ścisłem wykonaniu przepisów przez niewprawną, a najczęściej lekceważącą je publiczność naszą. Kol. I. zgodziłby się posadzić swe dziecko obok współmieszkańca chorego na błonicę, gdyby on uległ ścisłej dezynfekcyi, której by chirurg nic zarzucić nie mógł, z tym jeszcze warunkiem, aby jama ustna współmieszkańca chorego na błonicę zbadana została bakteryologicznie, że niema w niej „biernie zachowującego się, a już zamieszkującego błonę śluzową lasecznika błoniczego", co wszystko w praktyce jest niewykonalne. Z tego powodu kol. I. patrzy na liberalizm kol. F. z tego punktu, iż powstał on pod wpływem przeświadczenia, że posiadamy skuteczne lekarstwo przeciwko tej chorobie, że zarażenie się błonicą nie jest tak częste, jak w szkarlatynie np., ani następstwa jej nie są tak ciężkie, jak tej ostatniej. Lecz i w tym względzie, czy możemy być pewni, że dany wypadek nie jest sygnałem do wybuchu szybko szerzącej się złośliwej epidemii. Przecież pamiętamy i w Radomiu epidemię przed kilku laty, która wywołała takie spustoszenie między dziećmi, że po bóżnicach żydzi zanosili modły o odwrócenie tej plagi. I sporadyczny przypadek dyfterytu na złym gruncie może mieć skutek fatalny, a wtedy nie z takim spokojem znosilibyśmy podejrzenie, że choroba powstać mogła przez sąsiedztwo z współmieszkańcem chorego na błonicę ucznia. Trzeba by w każdym poszczególnym wypadku zaręczać władzom szkolnym i rodzicom dzieci, że ów współmieszkaniec znajduje się w warunkach, które gwarantują pewność nieprzeniesienia się zarazy i samemu te warunki kontrolować. Prócz

tego wiemy, że w ostatnich kilku latach błonica między młodzieżą szkolną, a nawet wogóle między dziećmi, nie należała do liczby częstych chorób, pomimo cyfr dość dużych podanych przez kol. F., które zresztą nie są bez zarzutu, bo bakteryologicznie sprawdzone nie były; czy więc dla tych nielicznych przypadków błonicy, która nie wiele zaciężyła na liczbach opuszczonych przez uczniów lekcyi, warto łamać zasadę niezbędnej w chorobach zakaźnych ostrożności, jaką jest i zupełna izolacya od chorych i niedopuszczanie do szkoły zdrowych współmieszkańców przez czas trwania okresu utajenia choroby, jak również naukowo przeprowadzona dezynfekcya chorych i mieszkań po chorobach zaraźnych". (Autoreferat).

Kol. P r z y ł ę c k i. Przypuszczenie, które wyraził kol. Fidler, iż zarazek błonicy nie jest lotny, lecz kontagijny, zrodziło się u referenta mniej więcej przed dwoma laty, gdy z powodu błonicy u jednego ucznia na stancyi, należało wszystkich tamże znajdujących się uczniów rozpuścić. Uczniowie rozjechali się, a z dzieci utrzymującej stancyę, które zostały z chorym w tem że mieszkaniu, tylko w innych pokojach, ani jedno nie zachorowało. Matka, dozorująca chorego, była kobietą inteligentną i ściśle spełniającą polecenia lekarza, myła ręce i twarz, wychodząc z pokoju chorego, słabym rozczynem sublimatu i zmieniała wierzchnie ubranie. Wypadek ten, który naraził na duże materyalne straty kobietę obarczoną liczną rodziną, a współtowarzyszy chorego—na stratę całego roku szkolnego, zmusił mnie do dalszej w tym kierunku obserwacyi. Nie przytaczając, wobec dość licznej liczby spostrzerzeń kol. F., wszystkich obserwowanych przez siebie przypadków, ref. zwraca uwagę na dwa z nich, które—jeżeli można się tak wyrazić—terytoryalnie —z powodu dużej ilości osób w obydwóch —stwierdzają wyraziście wyrzeczone przez kol. F. przypuszczenia. W jednym z powyższych przypadków—na stancyi składającej się z 5 uczni i z 3 uczenic, jedno z czworga dzieci utrzymującej stancyę zachorowało na błonicę; ponieważ rozkład mieszkania nadawał się doskonale do izolacyi chorego, ref. umieścił go w pokoju oddzielnym za kuchnią i oddał pod wyłączną opiekę matki; nie ufając jednak jej zamiłowaniu do absolutnej czystości i mając do czynienia z osobą niezbyt inteligentną, polecił opiekę nad uczniami i uczenicami innej osobie—i więcej ani jednego przypadku błonicy na tej stancyi niebyło. W drugim wypadku ref. postąpił jeszcze śmielej. Na stancyi było 18 osób. Zachorował na błonicę siostrzeniec utrzymującej stancyę; ulokowano go w oddzielnym pokoju, ten jednakże przylegał z jednej strony do sypialni. z drugiej—do jadalni; chory pozostawał pod opieką ciotki, która jednocześnie miała nadzór nad resztą uczni, gdyż nie miała absolutnie nikogo do wyręczenia, miała tylko polecone chodzić przy chorym w czepku na głowie, zmieniać wierzchnie ubranie przy wychodzeniu z pokoju chorego, płukać bardzo często usta rozczynem kwasu bornego, ręce i twarz myć rozczynem sublimatu. Pomimo ciągłego zajmowania się chorym i zdrowymi uczniami—nikt więcej na błonicę nie zachorował. (Autoreferat).

Kol. P a p i e w s k i nie może się zgodzić z tak liberalnem postępowaniem w sprawie dezynfekcyi przy błonicy, jak to proponuje kol. F., gdyż wypadki mówią przeciw temu, na dowód czego cytuje opisane w literaturze przypadki Fiłatowa i Festnera (z Drezna), skłaniając się do dezynfekcyi surowej i radząc w tym względzie być ostrożnym.

Kol. F i d l e r. Niezmiernie jestem rad, że poruszona przezemnie sprawa wywołała tak ożywioną dyskusyę. Dowodzi to bowiem, żem dotknął bardzo ważnego przedmiotu. Zarzuty skierowane przeciwko mnie dotyczą 3-ch punktów: 1-o odosobnienia chorych; 2-o usunięcia współmieszkańców chorego od obcowania ze zdrowymi przez dłuższy czas i 3-o konieczności odkażania mieszkań pobłonicowych. Co do 1-go punktu, to bynajmniej nie przeczyłem, że odosobnienie zmniejsza szansę przeniesienia zarazka na otoczenie. Wyłuszczyłem to dostatecznie w 6-tym wniosku, w którym mówię, że „brak odosobnienia sprzyja powstawaniu wtórnych zakażeń. Lecz odosobnienie przez przeniesienie zdrowych do innego pokoju w zakażonem mieszkaniu nie przedstawia większego niebezpieczeństwa, aniżeli odosobnienie przez usunięcie ich z domu". Skoro nabrałem przekonania, że laseczniknik błonicy przenosi się jedynie przez dotykanie chorych rsp. ich wydzielin, a bynajmniej nie przez powietrze, tedy wyprowadziłem wniosek, że uniemożebnienie stykania się z chorymi musi wpłynąć ujemnie na szerzenie się błonicy. Potwierdziły to najzupełniej moje spostrzeżenia, z których wynika, że wtórne zakażenia zdarzyły się wśród nieodosobniających ro-

dzin półtora raza częściej, aniżeli wśród odosobniających, zaś wśród tych ostatnich liczba przypadków wtórnych zakażeń była jednakową bez względu na sposób odosobnienia (usunięcie z domu lub przeniesienie do innego pokoju). Zupełnie słusznem jest żądanie kol. Pełczyńskiego, ażeby chorych zpośród proletaryatu umieszczać w szpitalu. Nie wspominałem o tem, gdyż sądziłem, że powyższy wniosek nasuwa się sam przez się. Skoro chory ma być odosobniony, to wobec niemożności wykonania tego żądania, w sferach uboższych, należy zalecić przeniesienie chorego do szpitala. Właściwym jednak kamieniem obrazy był mój wniosek, żądający dopuszczenia zdrowych współmieszkańców do obcowania z ludźmi po za domem, rsp. dopuszczania uczni do szkoły w czasie trwania choroby w domu, jeżeli tylko zostali odosobnieni od chorego. Moi oponenci żądają usunięcia zdrowych od obcowania w przeciągu 3—4 tygodni, jak tego wymagają przepisy ministeryalne i „tacy hygieniści—jak Flügge, Esmarch, Erismann i in.“ Konieczność tego zarządzenia opierają na wynikach badań bakteryologicznych jamy ustnej zdrowych współmieszkańców błonicowego, które wykazały w pewnej liczbie wypadków obecność laseczników błonicowych w przeciągu mniej lub więcej długiego czasu. Nadto oponenci moi żądają, aby pozwolenia na obcowanie pozadomem udzielano dopiero po uprzedniem badaniu bakteryologicznem. Ostatnie żądanie jest niemożliwe w naszych warunkach, gdyż nie mamy pracowni bakteryologicznej; lecz nawet tam, gdzie takowa istnieje, badanie to jest zbyteczne. Wprawdzie laseczniki błonicze mogą zamieszkiwać na błonie śluzowej, nie wywołując niekiedy żadnych klinicznych objawów błonicy, lecz w większości przypadków sprowadzają pewne anatomo-patologiczne zmiany na błonie śluzowej gardzieli, które mogą nie posiadać typowego charakteru błonicy. Widzimy wtedy rozlane zaczerwienie i obrzmienie błony śluzowej lub też t. z. angina lacunaris. Cierpienia te stają się podejrzane, jeśli się pojawią w domu nawiedzonym przez błonicę i, w istocie, w podobnych wypadkach wykrywano laseczniki błonicze (Aaser). A zatem w domach nawiedzonych przez błonicę należy badać codziennie jamę gardzielową i po wystąpienia najlżejszych objawów cierpienia zatrzymywać w domu podejrzane osobniki. Z drugiej strony, badania Aasera wykazały, że laseczniki błonicze znikały z błony śluzowej z chwilą ustąpienia objawów choroby, jak zaczerwienienie i obrzmienie błony śluzowej, — czyli, że w braku pracowni bakteryologicznej wystarczą do postawienia rozpoznania błonicy objawy kliniczne, choć nieznaczne, wykryte u osobników, zamieszkujących zakażony dom, jak również wystarczą do usunięcia tychże od obcowania ze zdrowymi. Oprócz tego, jak wykazał Escherich, płukanie jamy ustnej płynami odkażającymi szybko niszczy nietrwałe laseczniki błonicze. Moje żądanie dopuszczenia współmieszkańców błonicowego do obcowania z ludźmi po za domem—było logicznym wnioskiem powyższych dwóch przesłanek. Gdy bowiem z jednej strony odosobnienie zmniejsza szansę zarażenia się, gdy z drugiej strony—odkażanie jamy ustnej niszczy laseczniką błonicy, ergo tedy współmieszkańcy stosujący się do powyższych przepisów mogą być dopuszczani do obcowania po za domem bez niebezpieczeństwa przeniesienia zarazy. Moi oponenci nie mogą mi przeciwstawić również logicznego wniosku. Powoływanie się na powagę szeregu znanych hygienistów —nie rozstrzyga sprawy. Ich poglądom przeciwstawić mogę zdanie Behringa, który bynajmniej nie wymaga kwarantanny dla współmieszkańców błonicowego. Jest on nawet tego zdania, że zbyt przeceniamy niebezpieczeństwo bezpośredniego przeniesienia zarazy błoniczej z osobnika na osobnika, wobec wszechobecności laseczniką błonicowego. Wreszcie, mojem zdaniem, każdą sprawę biologiczną, jak każdą przyrodniczą wogóle, rozstrzyga nie juramentum in verba magistri, lecz krytyczna ocena zjawisk przyrodniczych. Jeżeli lasecznik błonicy nie unosi się w powietrzu, co wykazał Flügge, jeśli się sadowi wskutek bezpośredniego przeniesienia rsp. przeszczepienia go tamże, tedy samo obcowanie, czyli przebywanie z chorym w jednem mieszkaniu, przy zachowaniu pewnych ostrożności (odosobnienie) nie może sprzyjać przesiedleniu się laseczniką błoniczego z chorego na zdrowego. W tych wypadkach, w których istotnie znajdowano laseczniką błonicowego u pewnej liczby współmieszkańców koszar lub pawilonu błoniczego (Aaser, Roux, Yersin), niewątpliwie przyczyną powyższego było ściślejsze obcowanie z chorymi (korzystanie z jednych naczyń, palenie z jednej fajki lub cygarnicy, lub nieprzestrzeganie czystości przez posługę szpitalną). Niezaprzeczonym jest faktem, że laseczniki błonicze znajdywano i u zupełnie zdrowych ludzi. Odsetka dodatnich badań w tym kierun-

kę wynosi od 2,3 (Biggs, Park) do 42,3 (Roux i Yersin). Lecz z powyższego faktu niepodobna wysnuwać wniosku o konieczności badania bakteryologicznego współmieszkańców chorego, gdyż w takim razie należałoby systematycznie badać wszystkich ludzi i usuwać czasowo od obcowania posiadaczy laseczników błoniczych, co wszakże jest niemożebne. Według bowiem Behringa, lasecznik błoniczy jest wszechobecny. Każdy z nas go mieć może, a lasecznik nie posiada dokumentu o miejscu swego urodzenia. Zkąd się wziął u zdrowych osobników badanych przez Loefflera, Roux, Yersina, Abla, Biggsa, Parka, Wassermana i innych—nie wiadomo. Czy nawet jadowite laseczniki, znajdywane u zdrowych przez Löfflera i Abla, byłyby w istocie jadowitymi dla współtowarzyszy swych gospodarzy, skoro nie wywołały u tych ostatnich objawów chorobowych—to rzecz nierozstrzygnięta. Czy należy uznać, że sama obecność lasecznika u zdrowych wystarcza do wywołania następczych zakażeń, czy też przyjąć za zasadę, że jedynie już istniejąca błonica stać się może źródłem zarazy, zdaje się, że drugi wniosek jest słuszniejszy. Gdyby bowiem sama obecność lasecznika błonicowego u zdrowego, bez najmniejszych objawów klinicznych, zagrażała zdrowiu publicznemu, to byśmy nieustannie musieli walczyć z błonicą. Tymczasem błonica, jak to zauważył kol. Idzikowski, rzadko występuje epidemicznie. Widocznie lasecznik bł. jest w większości przypadków pasorzytem nieszkodliwym W pewnej zaś liczbie, wskutek nieznanych nam bliżej warunków, staje się jadowitym i wywołuje przedewszystkiem błonicę u swego gospodarza, a następnie dopiero wędruje dalej. Znajduję pewną analogię pomiędzy lasecznikiem bł.—częstym gościem jamy ustnej i gardzieli a lasecznikiem okrężnicy (b. coli)—nieustannym mieszkańcem kiszek. I ten ostatni jest nieszkodliwym, a nawet koniecznym towarzyszem naszych biologicznych spraw. Lecz w pewnych warunkach nabiera on złośliwości i wywołuje: kamicę żółciową, ropne zapalenie dróg żółciowych, a nawet sprawy posocznicowe. Czy powinniśmy z nim walczyć jedynie dlatego, że czasami staje się złośliwym i zagraża naszemu życiu. Przedewszystkiem nie możemy, a następnie nie powinniśmy, albowiem nie posiadamy środków na wygubienie go, a wreszcie—posiada on pewne znaczenie w sprawie kiszkowego trawienia; winniśmy jedynie unikać wytworzenia pomyślnych warunków dla wywołania jadowitości. Podobnież rzecz się ma i z lasecznikiem błon.. Gdy tenże lasecznik wywołał swoiste cierpienie, należy unikać przeniesienia go na zdrowych, gdyż niewątpliwie, i u nich, w pewnej liczbie przypadków, wywoła toż samo cierpienie, wprawdzie różnego natężenia. Gdy jednak wśród otoczenia chorego nie znajdziemy choćby najlżejszych objawów cierpienia gardzieli, to nawet obecność l. bł. nie upoważnia nas do wykluczenia zdrowych z ludzkiego towarzystwa. Widocznie bowiem, ten l. bł. pochodzi z innego źródła, niejadowitego, a więc nie od chorego dotkniętego błonicą, a więc, według wszelkiego prawdopodobieństwa, nie zdolny jest wywołać cierpienia ani u swego gospodarza, ani u jego współtowarzysza. Bakteryologiczne badanie nie jest miarodajnem, miarodajnymi mogą być jedynie kliniczne objawy już istniejącej choroby. Co się tycze 3 punktu, t. j. odkażania mieszkań po błonicowych, to sprawa ta zdaje się być roztrzygniętą wobec badań Escherich'a, Flüggego, Wrighta, Emersona, Schlichtera i wobec bezskuteczności odkażania przedsiębranego na wielką skalę przez Aasera, Schlichtera i Gabryczewskiego. Jedni wcale nie znajdywali l. bł. ani w pyle sal błonicowych, ani na ścianach i podłogach tychże. Inni twierdzą, że l. bł. muszą ginąć przy tym stopniu suchości, jaka jest konieczna do wytworzenia kurzu i pyłu, inni zaś bezskutecznie dokonywali odkażania w zakażonych koszarach, domach podrzutków, instytutach wychowawczych i t. p. Nie mamy więc potrzeby ponownie odkrywać Ameryki: możemy wierzyć powyższym badaczom, że trud odkażania jest bezcelowym, albowiem nie zabezpiecza nawet od ponawiania się epidemii. Zachowanie czystości przez chorego i otoczenie, oto jedynie logiczne i celowe sposoby zapobiegawcze. Kol. Pełczyński powołuje się na biologiczne własności l. bł., chcąc dowieść, że tenże długo zachowuje swą żywotność, co umożebnia przeniesienie zarazy po upływie długiego czasu po przebytej błonicy. Na to mogę odpowiedzieć, że pracownia stwarza sztuczne warunki hodowli, których niema w przyrodzie. Laseczniki błon. zachowują zdolność do rozwoju nawet po upływie 331 dni (Löffer), a nietylko po 17, jak przytacza kol. P. Lecz l. bł. wymaga do swego rozwoju odpowiedniej ciepłoty i podłoża, a natomiast w gnijących masach szybko ginie w walce z saprofitami. Przeto w przyrodzie, a nie w pracowni, rzadko układają się tak pomyślne warunki dla

zachowania żywotności l. bł. Tu również przeprowadziłbym analogię pomiędzy sztuczną hodowlą pomarańczy i cytryn w cieplarniach, a ich rozwojem na naszym gruncie i w naszym klimacie na otwartem powietrzu. W pierwszym wypadku uda się wyhodować cieplarniane rośliny, lecz w drugim giną one—dla braku odpowiednich warunków. To samo się dzieje z lasecz. błon.. Czy on jest w istocie wszechobecnym, jak tego chce Behring, niewiadomo. Wątpliwem jest również, czy istnieje on poza ustrojem jako taki. Może on jest odmianą innego jakiegoś pasorzyta, może stanowi podgatunek jakiegoś gatunku bardziej odpornego na wpływy otoczenia, jak np. las. gruźliczy, który ma być podgatunkiem grzybka promienicowego jako pratworu (o czem wspominałem w swej pracy „O gruźlicy") My o tem do tej pory nic nie wiemy. Znamy l. bł. jako twórcę błonicy u ludzi i jako taki wymaga on specyalnych warunków do swego rozwoju. L. bł. uważany jest obecnie jako bezwzględny pasorzyt, nie rozwijający się po za ustrojem ludzkim, a więc wymagający kultury na ludzkiem podłożu. W przyrodzie, wydalony z ludzkiego ustroju, jest on sierotą jak wiele innych bezwzględnych pasorzytów, skazanym na zagładę wobec wszechpotężnej falangi saprofytów, które opanowały cały świat biologiczny. Nie mogę pojąć, jakim sposobem kol. Idzikowski przyszedł do tego przekonania, że pochop do proponowania środków zapobiegawczych, wyłożonych w mej pracy, wziąłem z przeświadczenia o skuteczności zwalczania błonicy przy pomocy surowicy. Wszak nie wspominałem o tem ani jednem słowem. Kol. Idzikowski imputuje pobudki zupełnie mi obce i widocznie wyczytał między wierszami to, czego nie miałem na myśli. Wszak opierając się na dość licznym materyale, którego wiarogodność podaje w wątpliwość kol. I. dla braku badań bakteryologicznych (nb. przez nikogow Radomiu niedokonywanych), miałem jedynie na celu docieczenie przyczyn i sposobów szerzenia się błonicy. Najzupełniej było mi obojętne, czy błonicę można zwalczać skutecznie surowicą, czy nie; kładłem wyłącznie nacisk na to, jakim sposobem można uniknąć szerzenia się błonicy, eo ipso—potrzeby stosowania nawet bardzo skutecznego leczenia. Jako lekarza szkolnego obchodziło mnie jedynie, czy i jakim sposobem można przeszkodzić wybuchowi epidemii błonicy w szkole i internacie, albowiem strata czasu poniesionego na chorobę, nawet wobec skutecznego leczenia, jest dość dotkliwa, zarówno dla pojedyńczego ucznia, jak i dla całej szkoły. Moim obowiązkiem jest przestrzeganie wszystkiego, co mogłoby narazić na szwank bieg życia szkolnego i przeszkodzenie w pojawieniu się jakiejkolwiek nagminnej choroby—bez względu na ciężkość objawów i rodzaj leczenia. Zdaje mi się, że cała moja praca tutaj odczytana mogła jedynie utwierdzić Szanownych kolegów, że stałem na stanowisku lekarza hygienisty i miałem jedynie na widoku profilaktykę błonicy. Przeto zarzut kol. Idzikowskiego uważam za gołosłowny i zbyt przenikliwy. Niewątpliwie, choroby nagminne nie oszczędzają nawet i rodzin lekarskich, którzy umieją i mogą przestrzegać przepisów zapobiegawczych, zjawisko to jednak dowodzi tylko, że środki zapobiegawcze muszą być tak różne, jak różnymi są sposoby szerzenia się poszczególnych chorób nagminnych. Zastrzegałem się na początku mej pracy przeciw szablonowości obecnej modły zapobiegawczej. Powtarzam to z naciskiem i tutaj. Zapewne, wobec płonicy, odry i gryppy moje środki zapobiegawcze będą niewystarczające, albowiem w każdym poszczególnym rodzaju choroby zaraźliwej należy postępować zgodnie z naturą zarazka, jego zdolnością do przenoszenia się i sposobami szerzenia. Wyłuszczone przezemnie sposoby zapobiegawcze stosują się do błonicy, na co zwracam uwagę Szanownych Kolegów. Sądzę wreszcie, że jedynie takie postępowanie nazwać można naukowem, które opiera się na znajomości własności biologicznych zarazka, sposobów jego bytowania, warunków sprzyjających szerzeniu i dróg, któremi zarazek zwykł chadzać. Ogólnikowość jest wrogiem naukowości, ścisłość—jej sprzymierzeńcem. Postępować naukowo to znaczy myśleć i wyrażać się ściśle, oraz stosować środki pewne i celowo wymierzone. Wobec ważności sprawy nie chcę bynajmniej, aby Szanowne Towarzystwo zatwierdziło—bez sprawdzenia podanych przezemnie wyników—wniosek o konieczności zmiany obecnie istniejących w tym względzie ministeryalnych przepisów. Przeciwnie, najgoręcej upraszam Szanownych Panów, by się raczyli zająć powyższą sprawą, albowiem wszechstronne wyjaśnienie może jedynie pogłębić nasze poglądy i ochronić od błędów. Niemyślę bynajmniej apodyktycznie narzucać Szanownemu Towarzystwu mojego zdania. Podjąwszy nową do pewnego stopnia sprawę, chciałem tylko pobudzić do wszechstronnego zbadania tak ważnej kwestyi

A więc, zgodnie z powyższem odstępuję od swego pierwotnego wniosku, aż do zebrania ostatecznego dowodowego materyału. (Autoreferat).

Postanowiono: prosić Członków Towarzystwa o zbieranie danych o sposobach szerzenia się błonicy w celu zebrania odpowiedniego dowodowego materyalu.

III. Kol. Przewodniczący przedstawił Ogólnemu Zebraniu wniosek w sprawie zaprowadzenia stałych sprawozdań i referatów o nowych środkach i metodach leczniczych z uwzględnieniem racyonalnych wskazań i przeciwskazań, oraz wyników z dotychczasowych doświadczeń własnych lub cudzych.

Ogólne Zebranie uchwaliło powyższy wniosek, niektórzy zaś koledzy wyrazili gotowość przedstawiania stałych sprawozdań z dziedziny postępów swych specyalności.

IV. W sprawie powzięcia uchwały co do sprowadzania leków i środków opatrunkowych postanowiono: wstrzymać się do czasu przedstawienia przyrzeczonego w tym względzie memoryału przez Członków-farmaceutów.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes J. Majkowski.

Sekretarz W. Cennére.

KRONIKA.

— 57. — Rząd pruski w celu zachęcenia lekarzy Niemców do osiadania w Poznańskiem wydaje tym ostatnim zapomogi pieniężne.

Wobec tego lekarze Polacy w Wielkopolsce wystosowali następujące pismo do izby lekarskiej w Poznaniu:

Jest notorycznie znanem, że od lat kilku zniewala się lekarzy do osiedlenia w rozmaitych miejscowościach prowincyi poznańskiej, gdzie absolutnie niema potrzeby drugiego lekarza. Fakt ten znajduje potwierdzenie w tem, że ze strony rządu, względnie Towarzystwa dla kresów wschodnich, takim lekarzom, aby umożliwić im egzystencyę, udziela się rocznej zapomogi, za którą nie wymaga się wzamian żadnej czynności.

Jesteśmy zdania, że odpowiednio do praw krajowych, według których osoby, pobierając publiczne wsparcie, tracą prawo wyboru:

1) takim lekarzom, którzy otrzymują publiczną zapomógę, musi być odjęte przez izbę lekarską prawo wyboru, oraz

2) że według §. 3 prawa o sądach honorowych nie zgadza się z godnością stanu, żeby pobierać publiczne wsparcie dla robienia nierzetelnej konkurencyi kolegom.

Prosimy Wysoką izbę, by zechciała w tej sprawie zająć stanowisko.

Poznań 9. marca 1904.

Następuje 113 podpisów

Na to pismo otrzymano taką odpowiedź:

Zarząd Izby lekarskiej na prowincyę poznańską, zebrany na posiedzeniu dnia 7. maja 1904 roku w sali gmachu naczelnego prezesa w Poznaniu postanawia:

Podanie Jerzykowskiego i towarzyszy z dnia 8 marca 1904 roku oddane 10. kwietnia 1904 roku, odrzuca się, jako nie nadające się do dyskusyi i postanowienia przez Izbę lekarską na mocy następujących rozumowań:

W podaniu wnosi się, by Izba lekarska zajeła stanowisko co do zapatrywanla wnioskodawców:

1) że lekarzom, otrzymującym publiczne wsparcie, ze strony Izby lekarskiej prawo wyboru musi być odjęte;

2) że według §. 3 prawa o sądach honorowych nie zgadza się z godnością stanu pobierać publiczną zapomogę, w celu robienia kolegom nieczystej konkurencyi.

Izba lekarska prawnie ani do odjęcia prawa wyboru, ani wyrokowania o uchybieniach godności lekarskiej według §. 3 prawa z 25. listopada 1899, dotyczącego sądów honorowych lekarskich i t. d., nie jest uprawniona Dla obydwóch spraw jedynie sąd honorowy lekarski jest odnośną instancyą.

Wskutek tego dla Izby lekarskiej jest absolutnie wykluczonem, by miała zastępować wobec sądu honorowego zapatrywania i wnioski podania, już z samego poszanowania dla sądownie zupełnie samodzielnego charakteru tej instytucyi Izby lekarskiej.

Powołując się na to, że lekarzom dla ułatwienia ich osiedlenia w prowincyi poznańskiej ze strony rządu udziela się zapomóg, we wniosku stawia się 1) żądanie, żeby tym lekarzom odjęto prawo wyboru do Izby lekarskiej „odpowiednio do ustaw krajowych, według których osoby, pobierające publiczną zapomogę, tracą prawo wyboru“

Ani pruskie ustawy krajowe, ani prawa Rzeszy nie zawierają tego rodzaju ustawy, jak wynika zarówno z § 8 ukazu o wyborach do drugiej Izby z dnia 30. maja 1849 (Ges. S. S. 205) jako i z §. 3 prawa o wyborach do sejmu Związku północno-niemieckiego z 31. maja 1869 (B. G. B. str. 145).

Że zaczepione w podaniu wsparcia nie odpowiadają w jakimkolwiek stosunku wsparciom (dla ubogich), udzielanym na mocy publiczno-prawnego zobowiązania, nad tem na seryo nawet zastanawiać się nie można.

Nie można też suponować, jakoby wnioskodawcy co do tego znajdowali się w błędzie. Dla tego też stawianie przez wnioskodawców mimo to tych lekarzy, których osiedlenie ułatwia państwo, na równi z osobami, podpadającemi publicznej opiece nad ubogimi, może być tylko uważane jako umyślne poniżenie czci tych lekarzy, jako też podsuwanie w punkcie 2, że państwowe zapomogi udziela i przyjmuje się dla ułatwienia n i e c z y s t e j konkurencyi.

Nad temi insynuacyami, wychodzącemi od lekarzy przeciw lekarzom, należy w interesie poszanowania stanu lekarskiego żywo ubolewać i z całą stanowczością takowe napiętnować.

Podanie więc, którego wywody pod każdym względem wychodzą z fałszywych faktycznych i prawniczych danych, zawiera ciężkie obrazy względem lekarzy prowincyi poznańskiej.

Takim czysto agitacyjnym dążeniom choćby tylko przez dyskusyę nad wnioskami udzielić poparcia nie odpowiada godności reprezentacyi stanu lekarskiego.

Zarząd Izby lekarskiej, powołany do reprezentowania tejże, uważa sobie za obowiązek, żeby każdą taką próbę nadużycia powagi Izby lekarskiej odeprzeć z góry z całą stanowczością.

Replika lekarzy Polaków.

Na odpowiedź z dnia 7. maja b. r. oświadczamy co następuje:

Odpowiedź według naszego przekonania polega na godnem ubolewania zapoznaniu znaczenia i doniosłości

naszego podania z 8. marca b. r. z jednej, a stanowiska i zadań Izby lekarskiej z drugiej strony.

Ma się rozumieć, że było nam wiadomem, że nie Izba jako taka, tylko sąd honorowy lekarski jest odpowiednią instytucyą do odjęcia prawa wyboru i do zasądzenia uchybień przeciw godności stanu lekarskiego, jeżeli chodzi o formalne wytoczenie sprawy przeciw osobom. My jednak absolutnie nie mieliśmy zamiaru przez nasze podanie zainicyować postępowania przeciw pojedyńczym osobom. Gdyby to było naszym zamiarem, wówczas podalibyśmy nazwiska.

Lecz my nie chcieliśmy denuncyować osoby, lecz reformować stosunki. Chodziło nam jedynie o to, żeby zwrócić uwagę Izby lekarskiej na pewne stosunki, które według naszego zapatrywania muszą prowadzić do spaczenia pojęć o lekarskiej koleżeńskości i godności stanu, oraz do poniżenia zawodu lekarskiego do roli narzędzia dla dążności, leżących zupełnie poza obrębem tego najwięcej humanitarnego ze wszystkich zawodów, a zdolnych do podkopania samodzielności, koleżeńskości i godności lekarskiej.

Według naszego przekonania najprzedniejszem zadaniem lekarza jest pełne poświęcenia oddanie się cierpiącym bez względu na narodowość i wyznanie chorego. Żaden inny stan nie jest w tym stopniu powołanym do tego, jak nasz, żeby pielęgnować zasady prawdziwej humanitarności i kłaść nacisk na to, żeby każdy w drugim przedewszystkiem widział bliźniego. Żeby wypełnić te wysokie zadania, musi stan lekarski współpracować w zwartym szeregu, oparty na zasadzie prawdziwej koleżeńskości.

Z temi zasadami nie da się pogodzić, żeby lekarz na polu materyalnem wchodził w konkurencyę z kolegami pod takimi warunkami, które dowodzą, że nie zapotrzebowanie pomocy lekarskiej ze strony ludności, lecz inne względy wpłynęły na wybór miejsca osiedlenia.

Tak się dzieje, jeżeli lekarz nie zdobywa sobie stanowiska z własnej siły, lecz przez zapomogi z tajnych funduszów dyspozycyjnych rządu albo z towarzystw, które nie hygieniczne mają cele, ale cel politycznej walki Tego rodzaju zapomogi notorycznie mają na celu ułatwienie osiedlenia lekarzowi nie dla zaspokojenia istotnej potrzeby lekarzy jako takich, lecz dla wyparcia już na miejscu osiadłych lekarzy, którzy tylko ze względów politycznych wydają się niemiłymi. Jesteśmy zdania, że, jeśli taki system osiedlenia lekarzy się rozpowszechni, skutek musi być ten, że nastąpi zupełne rozstrojenie stosunków zawodowych lekarzy i ci nie za kolegów, lecz za nieprzyjaciół uważać się będą. Jest naszem przekonaniem, że istotnie lekarze, którzy otrzymują wsparcie tego rodzaju, nie przejmując za to żadnych zawodowych obowiązków, robią kolegom swoim nieczystą konkurencyę i kalają godność stanu lekarskiego.

Czy lekarzy takich należy stawiać na równi z osobami, podpadającemi publicznej opiece nad ubogimi, — zdanie, ktoregośmy zresztą w naszem podaniu wcale nie wypowiedzieli — pozostawiamy nierozstrzygnięte. Ze stanowiska godności stanu zachowanie się tych lekarzy według naszego przekonania, jest jeszcze daleko gorsze, niż gdyby otrzymali wsparcie ubogich. Wsparcia bowiem dla ubogich otrzymują tylko osoby nieszczęśliwe, które wskutek niezdolności do pracy nie mogą sobie same na utrzymanie zarobić. Tu atoli chodzi o osoby, które są zdolne do pracy, a wsparcia tylko dla tego muszą przyjmować, ponieważ swą pracę zawodową rozwijają nie w tych miejscach, gdzie zachodzi istotne zapotrzebowanie.

Że tego rodzaju niezdrowe stosunki w wysokim stopniu nadają się, jako przedmiot obrad Izby lekarskiej, to, według naszego zdania, żadnej nie ulega wątpliwości.

Według §. 2 rozporządzenia z 25. maja 1887 roku Izba lekarska jest kompetentnym urzędem do rozstrząsania wszystkich kwestyi i spraw, które tyczą się zawodu lekarskiego, albo mają na celu zachowanie i obronę interesów zawodowych. Słusznie więc zwróciliśmy się do Izby lekarskiej, a nie do sądu honorowego, ponieważ naszem dążeniem było to, żeby chwycono się odpowiednich środków ku usunięciu nadużyć, a obrony czci zawodowej.

Protestujemy niniejszem energicznie przeciw zarzutowi, zrobionemu nam przez zarząd Izby lekarskiej, jakoby podanie nasze z 8. marca 1904 r. wypływało z „czysto agitatorycznych dążeń“. Żywo ubolewamy, że zarząd mógł wypowiedzieć tego rodzaju zarzut bez faktycznej podstawy, tem bardziej, że podanie nasze zostało podpisane nie tylko przez lekarzy polskiej, ale i niemieckiej narodowości. Ma się rozumieć, że żądalibyśmy, żeby z wyżej podanych powodów wystąpiono przeciw polskim lekarzom, gdyby takowi z jakichkolwiek funduszów bez przejęcia za to jakich obowiązków czerpali środki, aby robić kolegom konkurencyę na polu materyalnem.

Tem stanowczej musimy się zastrzedz przeciw temu, że zarząd w swej odpowiedzi opuścił stanowisko czysto rzeczowe, i, kierując się powodami, leżącymi po za rzeczą samą, czuł się spowodowanym do wykluczenia wniosku naszego z obrad Izby lekarskiej.

Zaprzeczamy wprost, że zarząd miał prawo na własną rękę odpowiadać na podanie, zwrócone do Izby lekarskiej, nie przedłożywszy go Izbie lekarskiej samej. Ustawy tem mniej go do tego uprawniają ze względu na to, że podanie było podpisane także przez członków samej Izby lekarskiej.

Z całą stanowczością zakładamy protest przeciw formie odpowiedzi. Jeśli w niej jest mowa o „insynuacyach“, „dążeniach agitacyjnych“, „nadużyciu powagi Izby lekarskiej“, to odpieramy tego rodzaju absolutnie nieuprawnioną krytykę naszego podania, podpisanego przez przeszło 100 lekarzy, jak najenergiczniej.

Oświadczamy, że nie uważamy sprawy za ubitą przez odpowiedź z dnia 7. maja. Przeciwnie, w interesie koleżeństwa lekarskiego i godności zawodowej prześlemy całą wymianę skryptów, w sprawie tej przeprowadzoną, wszystkim Izbom lekarskim niemieckim aby wszyscy lekarze państwa niemieckiego dowiedzieli się, jakie stosunki na polu koleżeńskości u nas panują, i w jak dziwny sposób zarząd poznańskiej Izby lekarskiej traktuje sprawy zawodowe lekarskie i broni honoru zawodowego lekarskiego.“

— 58 — *Honorarya lekarskie.* Wydział Tow. „Samopomocy lekarzy“ dla Galicyi, Ślązka i Bukowiny rozesłał do wszystkich lekarzy w trzech wymienionych krajach następującą odezwę:

„Od wielu lat wytworzyła się w naszem społeczeństwie niewłaściwa moda płacenia honorarów lekarskich w sposób niepraktykowany w żadnym innym zawodzie, a nawet w innych krajach wobec lekarzy już dawno zaniechany. Z małymi bardzo wyjątkami pacyent, płacący za poradę, stara się wręczyć honoraryum niepostrzeżenie, zostawiając je ukradkiem, lub wsuwając nieznacznie w rękę przy pożegnaniu, jak gdyby uiszczenie go było czemś ubliżającem, lub rodzajem napiwku, a nie zapłatą, zarobioną uczciwie i słusznie się należącą za pracę. Takie płacenie honorarym w „sekrecie“ ubliża w wysokim stopniu powadze lekarza, a nadto daje nieraz niesumiennemu pacyentowi sposobność do wyzysku. Wobec tego, na żądanie bardzo wielu lekarzy, wydział Towarzystwa Samopomocy zwraca się do ogółu kolegów z usilną prośbą, aby pobieraniu w ten sposób honorarów z całą stanowczością przeciwdziałali i zaleca umieszczenie odezwy tej na widocznem miejscu w poczekalniach lekarzy“.

Zwyczaj płacenia „w sekrecie“ honorarym lekarzowi zaniechany został już dawno w innych krajach. Czy jednak wpłynęli na to lekarze i to w sposób taki, jaki proponuje Tow. „Samopomocy“? Nie. Ten zwyczaj

znikał wraz ze zmianą stanowiska lekarzy w społeczeństwie. Dopóki się mówiło powszechnie, że X czy Y „poświęcił się medycynie“, dopóki stan lekarski używał jakiejś powagi wyjątkowej—na równi np. z kapłańskim—dopóty płacenie *honoraryum* (nawet wyrazu używano specyalnego dla zarobków lekarskich) żenowało pacyenta; tkwiła w tej formie płacenia myśl, że nie jest to zamiana usług równej wartości, że ten pieniądz, to honoraryum jest niedostatecznym równoważnikiem za usługi, okazane przez lekarza. Tak należy rozumieć powstanie tej formy wynagradzanie lekarzy: znikła ona wraz ze zmianą—niestety—stanowiska lekarza w Europie Zachodniej, gdzie płaci on np. podatki dochodowe na równi z każdym innym obywatelem.

I u nas tak się powoli staje, a ogół, widząc w lekarzu takiego samego zawodowca, jak w rejencie czy elektrotechniku—każe sobie przysyłać rachunki i jawnie wynagradza go za jego pracę.

Czy to lepiej, czy gorzej—niechcę przesądzać. Ale że bardzo niemiłe wrażenie zrobi na pacyentach wywieszone w poczekalni obwieszczenie tej treści, jaka wynika z przytoczonej odezwy Tow. „Samopomoc“—to rzecz niewątpliwa.

Nam się zdaje, że większy ztąd uszczerbek moralny wyniknie, aniżeli z trwania starego systemu „wsuwania“ honoraryum ukradkiem, przeciw któremu łatwo przecież walczyć sposobem arcy-prostym: „wsuniętą“ kwotę obejrzeć jawnie wobec ności płacącego. Przy takiem postępowaniu oduczy się publiczność od tajemniczego sposobu wypłacania honoraryów.

— 59 — „Goniec“ warszawski wydrukował list otwarty felczera kolejowego p. Cudzińskiego, rzucający jaskrawe światło na stosunki, jakie panują w szpitalu kolejowym na Pradze.

Oto lekarz miejscowy wydał rozporządzenie, w którem między innemi powiedziano: „z trzech felczerów, którzy są w szpitalu, winno dyżurować dwóch bezustannie, trzeci zaś po skończeniu zajęć może się wydalić, lecz nie inaczej jak za każdorazowem pozwoleniem lekarza“.

„Innemi słowy — pisze autor listu — każdy z nas powinien przebywać aż 56 godzin w obrębie szpitala, co ze względu na warunki zdrowotne jest dla nas wprost zabójczem“.

Gdy pokrzywdzeni tem zarządzeniem felczerzy zaprotestowali wobec naczelnego lekarza, ten oświadczył im, że, jeżeli nie chcą zgodzić się na ten warunek, mogą wynosić się na cztery wiatry. Tegoż samego dnia protestujący felczerzy zostali ukarani za nielojalność swoją, niby żaki szkolne, gdyż odmówiono im wydania z kuchni szpitalnej obiadu, a następnie dano dymisyę.

„I za co, pyta w zakończeniu skargi autor listu. Że ośmieliliśmy się prosić o złagodzenie rozporządzenia co do dyżurów wprost dla nas zabójczych?“

Nie można wątpić na chwilę, że gdyby władza kolejowa zażądała od lekarzy 56 godzinnego dyżuru, panowie ci, zupełnie zresztą słusznie, protestowaliby przeciw temu—protestowaliby w imię słuszności, hygieny, godności stanu lekarskiego etc. etc.

Nie jest to pierwszy ani jedyny wypadek, że inteligencya zawodowa występuje jako czynnik eksploatujący pracę swych podwładnych. Inteligencya ta w dążeniu do karjery staje po stronie silnych przeciw słabym.

Przed rokiem toczyła się sprawa wytoczona kolei Wiedeńskiej przez poszkodowanych przy wypadku robotników. Otóż na posiedzenie sądowe przybył lekarz kolejowy, który tak gorliwie starał się zbijać ekspertyzę lekarzy z urzędu, iż najwyższy niesmak wprost budził, zamieniając rolę lekarza na rolę adwokata. („Głos“).“

W powyższych słowach jest tak dużo prawdy, że polecamy je uwadze wielu kolegów.

— 60 — Pan E. P. rzuca w „Gońcu“ warszawskim myśl powołania do życia *lekarzy biurowych*, a więc organizacyi niby podobnej do lekarzy fabrycznych, a właściwie wzorowanej na instytucyi „lekarzy majsterskich“. Oto co pisze projektodawca:

„Lekarz biurowy, poza leczeniem pracowników biurowych — jak i lekarz fabryczny i szkolny, powinien zbadać, czy lokal odpowiada wymaganiom pod względem powietrza, światła i ciepła, o ile możliwe często badać urzędnika, czy nie jest zbytnio przeciążony, aby w należytym czasie wyjednać odpowiedni urlop. Lekarz biurowy stanie się powiernikiem pacyenta, znajdzie on możność obserwowania urzędnika w jego życiu domowem, Dzięki lekarzowi może w biurach, zamiast wszechpotężnej protekcyi i plotek, które dziś tam wszechpotężnie panują, wytworzy się pewna atmosfera cieplejsza, ugruntowana na prawdziwem poznaniu stosunków.

Instytucya lekarzy biurowych tylko wtedy może spełnić swe zadanie, o ile korzystać z niej będą wszyscy bez wyjątku pracownicy biurowi!

Licząc się z niskim poziomem umysłowym pewnego odłamu naszego kupiectwa, wątpię czy kupiectwo in gremio zgodzi się na założenie podobnej instytucyi i będzie chciało dobrowolnie na siebie nałożyć podatek.

Wobec tego okazuje się konieczność wyjednania podobnej instytucyi w drodze prawodawczej. Towarzystwo lekarskie, jako korporacya lekarska, towarzystwo hygieniczne, jako związek krzewicieli i działaczy na polu uzdrowotnienia (życia), wspólnie z instytucyami ekonomicznemi, jak zgromadzenie kupców, towarzystwo popierania rosyjskiego przemysłu i handlu, komitet giełdowy, oraz towarzystwa pracowników handlowych, powinny energicznie działać w tym kierunku. Nim jednak ta instytucya otrzyma sankcyę urzędową, to przodujące sfery naszego kupiectwa, w myśl zasady, „noblesse oblige“ powinny w kierowanych przez siebie najpoważniejszych instytucyach krajowych jak: banki, akcyjne towarzystwa ubezpieczeń, położyć zaczątek nowemu ulepszeniu“.

Takie organizacye zbiorowej pomocy lekarskiej mają—w gruncie rzeczy—cel główny inny, aniżeli te, które wymienia pan P.. Chodzi tu o t a n i o ś ć porady, o umowę z lekarzem, który by za „hurtowe“ wynagrodzenie jaknajtaniej leczył; nic więc dziwnego, że wobec takiej zasady głównej, ten z kandydatów zwycięża, przy obsadzeniu posady, który będzie najtańszy; potem, aby się na posadzie utrzymał, musi on być —rzecz prosta—jeszcze bardzo... grzeczny dla kierowników danej instytucyi. Myśl to u nas nowa, ale w Europie Zachodniej wypróbowana, a stanowczo szkodliwa dla ogółu lekarzy, przedewszystkiem szkodliwa moralnie. Nie wiele ona jest warta i dla uczestników, bo kończy się zwykle tem, że zapracowany i źle wynagradzany lekarz nie stoi na wysokości swych obowiązków.

Pan E. P. chce, by „po za leczeniem pracowników biurowych“ był lekarz biurowy kierownikiem sanitarnym ich życia, wskazywał: „czy lokal odpowiada wymaganiom pod względem powietrza, światła, ciepła“, „czy urzędnik nie jest przeciążony“ i t. d.

Bardzo by to było piękne, ale pod warunkiem, że *żądania* lekarza byłyby, choć w drobnej cząsteczce, uwzględniane przez tych, od których zależy zmiana lokalu lub zmniejszenie pracy biurowej.

Bez takiej gwarancyi—rola sanitarna lekarzy biurowych będzie bardzo mała!

—61— Zgodnie z uchwałą Rady Państwa (z d.11 XII 03) prawidła o sposobie regestrowania zmarłych (§§ 722—730 Wraczebnawo Ustawa. Sw. Zak. Tom XIII. Wyd. r. 1892) rozkazano—tytułem próby na lat pięć—stosować do wszystkich miast gubernialnych Królestwa Polskiego i do niektórych powiatowych.

Do tych ostatnich zaliczono i m. Łódź, które, nareszcie, będzie dzięki temu miało racyonalną statystykę śmiertelnosci. Dziwną więc jest ocena tej pożądanej innowacyi przez łodzki „Rozwój“, który pisze:

„Nie wiem, z jakiego powodu i przez kogo wydane zostało rozporządzenie, żeby w kancelaryi parafialnej składano potwierdzenie zgonu osoby zmarłej, wydane przez lekarza. Nie śmiem oceniać wartości tego rodzaju dokumentów dla celów hygieniczno-statystycznych, pozwolę sobie tylko zwrócić uwagę na zamęt, jaki powstaje przy zastosowaniu nowego przepisu.

Przedewszystkiem lekarz nie siedzi ciągle w domu, więc otoczenie zmarłego musi tracić czas, ponosić trudy na wyszukanie lekarza i zdobycie dokumentu.

Lekarz najczęściej nie pamięta szczegółów, dotyczących wieku, płci, nazwiska osoby zmarłej, której kiedyś, może przed rokiem, a choćby nawet przed tygodniem, udzielił porady, najczęściej jednorazowej. Lekarz nie wie nawet, czy otoczenie zmarłego mówi prawdę, czy osoba odnośna rzeczywiście umarła, czy może żyje jeszcze? A może zginęła jakąś śmiercią gwałtowną? Sprawdzać nie pójdzie na miejsce, bo przy dużej ilości chorych ma pewno i duży procent zmarłych (gdzie drzewa rąbią, tam i wióry lecą), nie starczy mu nawet czasu na sprawdzanie słów rodziny. A gdyby i miał czas, to dla czego ma pakować sobie na kark jeszcze jeden ciężar? Kto mu zapłaci za buty, czy za dorożkę? Czy dla tego, że n. p. udzielił kiedyś bezpłatnej porady w ambulatoryum, to dziś ma co tego dopłacić w postaci czasu i gotówki? Boć tego mu nikt nie zwróci Ma więc podpisywać blankiety na niewidzianego? Tego chyba nikt nie ma prawa wymagać, abyśmy czynili fałszerstwa. Za podpis na świadectwie położony możemy kiedyś odpowiadać i to grubo. I słusznie.

Jedynie więc mogą wydawać tego rodzaju świadectwa lekarze policyjni, jako ludzie, pobierający za to wynagrodzenie od miasta. Rzecz prosta, i oni nie są w stanie podołać temu zadaniu. Ale to już ich rzecz...“.

Na te uwagi odpowiedzieć przedewszystkiem można, że procedura stosowana w całym świecie ucywilizowanym nie musi ani być zbyt trudna, ani znów narażać tak bardzo lekarzy, kiedy o takich jej konsekwencyach jakoś nigdzie niesłychać. Wszak i w Warszawie jest od lat wielu stosowana i okazała się wykonalną.

Nikt też nie żąda, by lekarze wydawali świadectwa po śmierci chorego, którego leczyli „kiedyś, może przed rokiem“. Jeśli od dawnego czasu niewidzieli chorego, nie mają obowiązku wydawać świadectwa. Odpowiedni przepis przekazuje tę czynność — w razie, jeśli zmarły niebył leczony, lekarzom policyjnym, którzy za to pobierają z sum miejskich po kop. 30 za świadectwo.

—62— W „Medycynie“ z d. 17 Września, № 38-my, czytamy:

„Dnia 7 b. m. w szpitalu św. Ducha odbył się konkurs na posadę ordynatora oddziału chirurgicznego w zakresie chorób dróg moczowych. Do delegacyi konkursowej należeli: delegat Rady miejskiej Dobr. Publ. inspektor szpitali d-r Troickij, z urzędu lekarz naczelny szpitala św. Ducha d-r Mikołaj Bruner, z wyboru: d-r Wł. Stankiewicz, d-r Watraszewski, d-r Sztejner dr. Karczewski i d-r Chrostowski. Zastępcami na wypadek niestawienia się którego z sędziów byli: d-r Krajewski i d-r Edward Zieliński.

Do konkursu stanęli d-rzy Damski, Grosglik, Kryński, Mincer i Świątecki. Początek konkursu wyznaczono na godzinę 9½.

O godzinie 11 przewodniczący delegacyi, otwierając konkurs publiczny, ogłosił warunki, jakie delegacya konkursowa zdecydowała zastosować do oceny kandydatów. A mianowicie: 1) kandydaci będą badali chorych i mieli wykłady w porządku składania podań, 2) każdy z kandydatów zbada dwóch chorych, wyznaczonych przez losowanie, 3) operacyi nie będą wykonywali wszyscy kandydaci, lecz tylko ci 2, ewentualnie 3, którzy otrzymają największą jednakową liczbę stopni; operacya ta ma służyć do ponownego balotowania i rozstrzygnąć ostatecznie, który z kandydatów otrzyma ordynaturę, 4) badania chorych, skomplikowane i wymagające specyalnych przyrządów, nie są konieczne, kandydat jednak musi zaznaczyć, że do zupełnego rozpoznania trzebaby było wykonać takie a takie badanie. Część chorych do badania przysłano przed rozpoczęciem konkursu z innych szpitali, reszty dostarczyła klinika chirurgiczna szpitala św. Ducha.

Po zbadaniu przez kandydatów chorych i zakomunikowania rozpoznania, zrobiono godzinną przerwę, po której odbyło się wygłaszanie rozpraw. Następnie delegacya konkursowa usunęła się na naradę przy drzwiach zamkniętych. W trakcie narad wezwano na posiedzenie delegacyi d-ra Grosglika; o przyczynie i rezultacie tego wezwania niebawem dowiedziało się całe auditoryum. O godzinie 6½ przewodniczący delegacyi oznajmił publicznie, co następuje: jednakową największą liczbę kresek (po 66) otrzymali trzej kandydaci: d-rzy Grosglik, Kryński i Mincer, pozostali dwaj otrzymali mniejszą, lecz również dostateczną liczbę kresek. Z wymienionych trzech kandydatów d-r Grosglik dla pewnych względów zrzekł się posady podczas wezwania go na naradę delegacyi, z dwóch zaś pozostałych delegacya konkursowa na życzenie lekarza naczelnego szpitala św. Ducha d-ra Mikołaja Brunera dała pierwszeństwo d-rowi Mincerowi i jego przedstawia jako kandydata na posadę ordynatora.

Wykonanie operacyi, która miała wedle publicznej zapowiedzi delegacyi konkursowej rozstrzygnąć o kandydatach, pominięto milczeniem. Musimy tutaj wyjaśnić powód zrzeczenia się d-ra Grosglika, o czem zresztą wszyscy wiedzą.

Wezwanemu na posiedzenie delegacyi obiecano ordynaturę, która się ma utworzyć w szpitalu Starozakonnych, jeżeli zrzeknie się jej u św. Ducha. D-r Grosglik zrzekł się, pomimo że miał z początku, jak się po ściślejszem obliczeniu przekonano, największą liczbę kresek.

Tak się odbył konkurs 7 września r. b. w szpitalu św. Ducha“.

„Zestawiając przepisy prawa i porządek, przyjęty i ogłoszony przez delegacyę konkursową odbytego w dniu 7 września r. b. konkursu, widzimy różnicę, na którą czujemy się w obowiązku zwrócić uwagę. 1) Delegacya konkursowa nie wybierała chorych do badania klinicznego przed posiedzeniem konkursowem, skutkiem czego nie znała chorych i naturalnie nie mogła ocenić badania i rozpoznania, stawianego przez kandydatów. Z powodu uchylenia się delegacyi od tego przepisu prawa — do badania klinicznego był przedstawiony chory, który nie był chorym urologicznym. Kiedy zaś kandydat, dzięki tylko obyciu klinicznemu, zwrócił po zbadaniu chorego uwagę delegacyi, że chory ten nie jest chorym urologicznym, chciano to przedstawić jako nieumiejętność rozpoznawania. Chociaż często trudniej jest dowieść, że pacyent jest zdrów, niż powiedzieć przypuszczalne rozpoznanie. 2) Delegacya konkursowa zadecydowała, że nie wszyscy będą wykonywali operacye, lecz tylko ci, co będą mieli największą jednakową liczbę kresek. A jednak § 11 prawa o wykonywaniu operacyi) jest również ważny, jak punkty inne, bo służy do oceny uzdolnienia kandydata.

Delegacya nie mogła powziąć takiej decyzyi, bo to obraża wyraźny przepis prawa. Nie dość na tem, delegacya konkursowa nie zastosowała się nawet do własnej nieprawnie powziętej decyzyi, ogłoszonej publicznie przy rozpoczęciu konkursu, zapominając, że nie można zmieniać warunków konkursu z chwilą publicznego ich ogłoszenia, bo one już zostały prawem publicznem i obowiązują tak delegacyę, jak i kandydatów.

Trzem kandydatom z jednakową liczbą kresek nie dano do wykonania operacyi, lecz przeprowadzono wybór kandydata w sposób, dotychczas niepraktykowany. Jednemu wezwanemu na posiedzenie do delegacyi ofiarowano za zrzeczenie się: nieistniejącą posadę w szpitalu Starozakonnych. Z dwóch pozostałych wybrano tego, kogo sobie życzył lekarz naczelny, d-r Mikołaj Bruner. Gdyby dotrzymano przynajmniej własnego przyrzeczenia, danego na początku konkursu publicznie, to bardzo być może, że wszystkie te układy byłyby zbyteczne. Nowe głosowanie, które miało się odbyć po wykonaniu przez kandydatów operacyi, mogłoby wysunąć tylko jednego kandydata. Opowiadano później, że nie było narzędzi, trupów i miejsca do wykonania operacyi, wreszcie, że było już późno. Dlaczego w takim razie nie odłożono konkursu; nic przecież pilnego nie było. Oddziału przecież właściwie niema, bo niema ani sali operacyjnej, ani żadnych urządzeń niezbędnych w takim oddziale. Chciano przecież tylko stworzyć, jak to często się robiło, nowego ordynatora nadetatowego, aby powiększyć liczbę całej masy ordynatorów bez oddziałów lub oddziałów, zupełnie nie urządzonych i nieodpowiadających zadaniu. Co zaś do spóźnionej pory, to trudno, delegaci wiedzieli o tem, że tam, gdzie staje pięciu kandydatów, na odbycie konkursu trzeba będzie 10 godzin. Wreszcie, można było odłożyć wykonanie operacyi do dnia następnego, bo prawo temu nie przeczy.

O zrzeczeniu się d-ra Grosklika przed ostatecznym rezultatem, t. j. przed wykonaniem operacyi, nie będziemy mówili bo to jest jego rzecz prywatna. Musimy jednak podnieść propozycyę delegacyi konkursowej, która ofiarowuje mającą się utworzyć posadę w innym szpitalu za zrzeczenie się jej w szpitalu św. Ducha. Delegacya nie miała żadnego prawa z dobrą wiarą robić takiej obietnicy, bo jej dotrzymać nie może. Posady w szpitalu Starozakonnych niema i może nie być zupełnie.

Inicyatywa do utworzenia takiej posady może wyjść tylko od szpitala Starozakonnych, który zapewne nie zechce pozbyć się prawa rozporządzania się u siebie i w myśl § 2 wystąpi z przedstawieniem o ogłoszenie konkursu, do którego, naturalnie, musi stanąć każdy, kto zechce otrzymać posadę, bez względu na to, czy stawał już gdziekolwiek do konkursu, i czy mu ktokolwiek kiedykolwiek coś obiecywał.

To też przebieg konkursu i wyrok delegacyi konkursowej wywarł na wszystkich obecnych bardzo przykre wrażenie. I słusznie. Takie gwałcenie kardynalnych zasad konkursu dla widzimisię jednostek obniża samą zasadę konkursu. Zaczęto też wypowiadać wątpliwość, czy droga jawnego konkursu jest drogą najlepszą, bo również nie zabezpiecza od stronności i samowoli. Musi jednak każdy po bliższem zastanowieniu się przyznać, że tą drogą jest się narażonym na mniejszą niesprawiedliwość, niż inną. Trzeba tylko, ażeby sędziowie konkursowi stali na wysokości zadania i obowiązku obywatelskiego.

Gdyby nie jedna, dwie, lecz nawet kilka jednostek w delegacyi nie stało na wysokości zadania i chciało powziąć postanowienia niezgodne z prawem i sprawiedliwością, to jeden po męsku wypowiedziany protest może zniweczyć wszelkie machinacye.

Konkurs jest jawny i złą wólę zdemaskować łatwo. Dlaczego sędziowie konkursowi dopuścili do tego, co się stało, jest zgoła rzeczą niezrozumiałą. Wszyscy wiedzą np. że już na parę dni przed konkursem agitowano wśród sędziów na jednego z kandydatów, że prowadzono układy z drugim kandydatem, aby zrzekł się, jeżeli otrzyma jednakową liczbę kresek z protegowanym. Jednemu z kandydatów, który przez grzeczność (jak się okazało w tym wypadku zupełnie zbyteczną) poszedł się zarekomendować, jako kandydat, lekarz naczelny szpitala d-r M. Bruner odpowiedział, że zupełnie niepotrzebnie staje do konkursu, bo gdyby się nawet utrzymał, to oddziału i tak nie dostanie, gdyż ten oddział ma być urządzony dla kogo innego. Dalej już posunąć się w pogwałceniu zasady konkursu trudno; na określenie zaś takiego postąpienia brak słów.

Wie też ogół, jak się odbyło dodawanie stopni i głosowanie. Konkurs, w tych warunkach odbyty, powinien być nieważny i wywołać gorący protest."

„Dużo pisano i mówiono u nas w ostatnich czasach o znaczeniu konkursów. Wobec jednak takich faktów, jakie miały miejsce na ostatnim konkursie, pozwolimy sobie zwrócić uwagę jeszcze raz na korzyści, jakie z konkursu wypływają: 1) otrzymanie posady jest mniej zależne od protekcyi a więcej od wartości kandydata; 2) posady szpitalne będą obsadzone przez dzielniejszych lekarzy, bo miernota do konkursu nie szanie; 3) lekarz dla otrzymania posady musi liczyć na własne siły, a to go zachęci do pracy i nie będzie demoralizowało wyszukiwaniem protekcyi i t. p. Naturalnie, że, aby tak było, powinni stać na wysokości zadania sędziowie konkursowi. I o to wszelkiemi siłami należy się starać.

Jeszcze parę słów wyjaśnienia w sprawie głosowania. Często sędziowie konkursowi, żeby nie uchybić kandydatom, piszą 2-im lub 3-im najwyższą liczbę kresek, to jest po 10. To nie powinno mieć miejsca. Konkurs nie jest egzaminem na jakiś stopień naukowy, lecz jest współubieganiem się kandydatów o jednę jedyną posadę. Nie może więc sędzia konkursowy przeznaczać 2 lub 3, lecz musi, zważywszy wszystkie okoliczności, wybrać tylko jednego, któremu, według jego zdania, najsłuszniej należy się oddział, dla którego odbywa się konkurs. W ocenianiu zaś kandydatów nie tylko strona naukowo-lekarska kandydata powinna być brana pod uwagę, lecz i strona moralna i etyczna. Chorzy szpitalni nie mogą dowolnie wybierać lekarzy i dlatego powinni być powierzani pieczy takich lekarzy, którzy na to wszechstronnie zasługują."

W podobny sposób oceniły też „Gazeta lekarska" i „Kronika lek". ostatni konkurs w szpitalu św. Ducha.

Nas dziwi, dla czego wszystkie zarzuty są kierowane przeciw d-rowi Brunerowi; przecież w organizacyi kollegialnej, jaką stanowiła delegacya konkursowa, było pięciu jeszcze kolegów, którzy, uległszy zdaniu Dra. Br, są tyleż co i on winni wobec ogółu.

Smutne to, że w tym—prawie wyjątkowym—wypadku, kiedy dane nam jest prawo rządzenia swymi losami w tak zły sposób z tego prawa korzystamy. I to jest dla nas w tej całej sprawie najwięcej charakterystyczne.

— 63 — Jak donosi „Kurjer Warszawski" z lekarzy prowincyonalnych powołano ostatnio na Daleki Wschód:

D-rowie: Altenberger (Łódź), Czaplicki (pow. nowomiński), Czarnecki (Bodzentyn w gub. kieleckiej), Drozdowicz (gub. piotrkowska), Epstein (Białystok), Kapłan (pow. łukowski), Kłokow (Kowel), W. Kotzin (Łódź), M. Kwiecień (pow. noworadomski), Kiersnowski (Koziegłowy), Ostrowski (pow. bielski), Roncewicz (Wołkowysk), Święcki (Żyrardów), Sitkowski (pow. kowelski), Szczęsnowski (pow. jędrzejowski, Zaleski (Pułtusk), Zmigrodzki (wieś Podomowski Dwór w pow. bialskim), Żołądkowski (Kobryń) i Żółtowski (pow. kutnowski).

Komitet redakcyjny:
L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, 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 13 Сентября 1904 г.

Типографія С. Дембскаго въ г. Лодзи. **Druk S. Dębskiego w Łodzi**