

Osmaście przypadków wąglika złośliwego.

Podał F. Mieczynski (Chorzela, gub. Płockiej).

W lecie roku bieżącego wybuchła w Chorzela i okolicy epidemia karbunkułu wśród bydła, koni, trzody chlewnej i drobiu, stwierdzonego klinicznie i bakteriologicznie przez weterynarzy Mączewskiego, Tomaszewskiego z pow. Przasnyskiego i Wermistra ze Szczytna (Prus Wschodnich). Podczas tej epidemii zachorowało 18 osób, mających styczność z inwentarzem, na wąglik złośliwy. Ze względu na dość znaczną ilość przypadków zarażenia się podaje je do wiadomości publicznej.

I. Bykowska (60 lat), mieszcanka, zjawiała się do mnie 13/IV 06 z pryszczem twardym, brązowym, wielkości przeciętego grochu, na tylnej powierzchni prawej dłoni; wokoło pryszcza silny obrzęk, dochodzący do stawu napięstkowego. Choruje od 4-ch dni; przed kilku dniami doiła i doglądała krowy, która padła następnie na karbunkul; żadnej styczności z mięsem nie miała. T° 39. Pryszcz wyciąłem wraz ze zdrową skórą i zastrzyknąłem wokoło rany 3% karbol. Następnego dnia, t. j. 5-go choroby, obrzęk posunął się do łokcia—pod kompresami z sublimatu; 7-go dnia doszedł do pachy. Na miejscu zastrzykiwań mnóstwo pęcherzy z krwawym wysiękiem i 2 nowe czarne pryszcze. Cała skóra przedramienia i ramienia pokryta niebieskawymi i brudno-czerwonymi smugami, t. zw. obrzęk złośliwy (oedema malignum v. carbunculosum). Zalecone narazie okłady z sublimatu zmieniłem na kompresy z Liq. Burowi 1% i przy zmianie ich kąpanie kończyny w letnim lysolu, 1/4%, po pół godziny. W przeciągu 2-ch tygodni odpadła połowa zgnarngrenowanej skóry tylnej powierzchni dłoni i rana zaczęła pokrywać się ziarniną, skóra przedramienia i ramienia złuszczyła się. Chora wyzdrowiała po 2-ch miesiącach.

II. Waleszczak, lat 55, mieszczanin, zjawiał się 18/VII; choruje od tygodnia, zdejmował skórę z padłej krowy. Na prawem przedramieniu 4 pęcherze napełnione ciemnym płynem, po usunięciu zawartości—czarne pryszcze. Całe przedra-

mię i ramię do łokcia i powyżej mocno obrzękłe. Pryszcze powypalałem aparatem Paqueliną wgląd na 1 cent i wokoło wraz ze zdrowszą tkanką, zaleciłem kompresy z sublimatu, moczenie raz dziennie w lysolu 1/4% ciepłym; w 4 tygodnie wyzdrowienie.

III. Waleszczakowa (żona II-go), l. 50, 18/VII; choruje od tygodnia; oparowała i jadła mięso z padłej sztuki, poczem zapadła na ból gardła. Znalazłem w gardle lewy migdał silnie obrzękły o fioletowym zabarwieniu, gruczoły podszczękowe obrzękłe silnie (wielkości złożonej pięści), nad lewym obojczykiem pryszcz wtórny (2 dni temu zjawił się) ciemnobrązowy, następnie z fioletowym odcieniem, wielkości 20-kopiejki. Pryszcz wypaliłem Paquelinem; do płókania zaleciłem wodę karbolową 1%, na gruczoły—wcieranie szaruchy. Wyzdrowiała w 6 tygodni.

IV. Korzeniak, 42 l., rzeźnik 19/VII; choruje od 6-u dni; obdzierał skórę z padłej krowy. 3 pryszcze zapadnięte, czarne, na lewem przedudziu, pokryte pęcherzami, obrzęk po kolana i zaczerwienienie. Pryszcze wypalone acido nitrico fum. Okłady z sublimatu 1%. Wyzdrowiał w 4 tygodnie.

V. Bludajowa, 30 lat, córka Waleszczaków; choruje drugi dzień, miała styczność z mięsem padłej krowy. 20/VII pryszcz brązowy na karku, wielkości grochu, wokoło silny obrzęk. Pryszcz wypalony do głębi 1 cent.; tyleż w średnicy. Wyzdrowiała w 2 tygodnie.

VI. Słomkowska, mieszcanka, lat 52, choruje od 5 dni; zarażona od mięsa z padłej krowy. 21/VII na prawej ręce i palcach 4 pryszcze czarne, wielkości małej dziesiątki, obrzęk bez zabarwienia do łokcia, obrzęk bez zabarwienia do łokcia, jak poprzednio; pryszcze zniszczone Paquelinem. Okłady z sublimatu. Obrzęk nie powiększył się już, pęcherzy nie było. Wyzdrowiała.

VII. Kurowski, 65 lat, mieszczanin, choruje od 8-iu dni; oparował skórę z padłej krowy. Wezwany byłem do niego 22/VII; znalazłem 8 pryszców wąglikowych na obydwu przedramieniach, masę pęcherzy o brudnej zawartości, obrzęk obydwu rąk do ramienia. T° 39,5; ogólne osłabienie. Pryszcz wypaliłem Paquelinem, do wewnątrz zaleciłem kofeinę

z kamforą. W nocy z 22-go na 23-ci zmarł (1).

VIII. Kurowski 20 lat, rymarz, wyprawiał skórę z krowy zdechłej na karbunkuł, chory od 4 dni. 24/VII trzy węgliki na prawem przedramieniu. Obrzęk z różowem zabarwieniem do łokcia.

P a c q u e l i n, moczenie w lysolu, wyzdrowienie.

IX. Niewodnicki, 43 l., mieszczanin, choruje od 4 dni, oprawiał zdechłą krowę. 24/VIII dwie pustulæ malignæ na lewem przedramieniu, obrzęk do łokcia, P a c q u e l i n, lysol, sublimat. Wyzdrowiał.

X. Jastrzęb, stróż, lat 50, choruje od pięciu dni; obdzierał skórę. 24/VII sześć pryszczów czarnych na prawej ręce i przedramieniu, obrzęk: P a c q u e l i n, sublimat, lysol. Wyzdrowiał.

XI. Oleksikowa, mieszcanka lat 40, chora 5 dni, oprawiała mięso z padłej krowy. 29/VII pustula maligna manus dextrae. P a c q u e l i n, moczenie w lysolu $\frac{1}{4}\%$. Wyzdrowiała.

XII. Wapiwodzka, mieszcanka, lat 30; chora 3-ci dzień, zaraziła się od mięsa z chorej krowy. 29/VII pryszcz brunatny na prawym łokciu, wielkości grochu, obrzęk ramienia i przedramienia, bez pęcherzy i sinego zabarwienia. Wypalony P a c q u e l i n e m. Okłady z sublimatu, moczenie w lysolu ciepłym $\frac{1}{4}\%$. Wyzdrowiała w 2 tygodnie.

XIII. Dańkowska, 45 lat, mieszcanka, zaraziła się od mięsa zdechłej krowy, 24/VII; znalazłem 4 pryszcze węglkowe na prawej ręce, czarny obrzęk nie złośliwy do łokcia. P a c q u e l i n, sublimat, wyzdrowienie.

XIV. Grabowska 50 l. mieszcanka, zaraziła się od mięsa, 30/VII. Dwa pryszcze na prawej dłoni z tyłu, obrzęk do połowy przedramienia. P a c q u e l i n i jak poprzednio; wyzdrowiała.

XV. Piasecki, oprawca 45 l. oprawiał konia zdechłego, choruje od 4-ch dni. 26/VIII pryszcz węglkowy czarny, wielkości małej dziesiątki, na tylnej powierzchni lewej dłoni, wokoło obrzęk niezłośliwy do łokcia. Pryszcz wypalony został P a c q u e l i n e m. Wyzdrowienie po 5-ciu tygodniach.

XVI. Hajdukowa mieszcanka 67 l. chora od 4-ch dni, doglądała chorej krowy. 4/IX dwa pryszcze ciemnofioletowe na prawem przedramieniu, wielkości 15 kopejkówki, obrzęk złośliwy przedramienia i dłoni. T^o 37,5. P a c q u e l i n e m zniszczono pryszcze. Okłady, jak poprze-

dnio; następnego dnia masa pęcherzy nakoło ognisk pierwotnych. Przy wzmagającym się upadku sił chora zmarła (2). 8/IX z objawami ogólnego zakażenia.

XVII. Maliński, stróż z dóbr Rycice, choruje od 2-ch dni, zaraził się od mięsa. 19/IX pryszcz brązowy wielkości ziarnka konopi na tylnej powierzchni prawej dłoni, wokoło obrzęk. Węglik wypalony P a c q u e l i n e m. 23/IX nowy pryszcz pod pęcherzem wielkości dużej dziesiątki czarny, również wypalony. Pod kompresami z sublimatu i płynu B u r o w a obrzęk po tygodniu znikł, strupy odpadły, pozostawiając zwykłe ziarninujące rany. Wyzdrowienie.

XVIII. Leśnikowska, wieśniaczka, lat 30, chora 3 dni, zaraziła się, oprawiając zdechłą kurę, 11/X pryszcz czarny, wielkości 10-kopejkówki na lewej ręce, w pobliżu zgięcia 4 palca, cała dłoń obrzękła. P a c q u e l i n, sublimat, następnie kompresy z Liq. B u r o w i; wyzdrowiała.

Obserwując, choć dorywczo, podane przypadki węglika złośliwego doszedłem do wniosków, że zarażenie występuje li tylko przez styczność z chorem lub padłmi zwierzętami, że zarażenie człowieka od człowieka nie miało miejsca, pomimo że opatrunki robione były przez otoczenie chorych wśród najniehigienicznych warunków. Widocznie laseczniki węglika ulegają w organizmie ludzkim osłabieniu.

Najeczęściej pryszcze węglkowe występują na kończynach górnych, co zresztą zrozumiałem jest przez łatwiejszą styczność rąk z zakażonymi zwierzętami. Dwa przypadki z opisanych zasługują na baczniejszą uwagę: I-y zarażenie się przy dojeniu i III-ci—przez gardło, z wtórnym pryszczem na szyi. Śmiertelnych przypadków było 2, co stanowi około 11%. Biegański podaje 10% wśród leczonych i 20% wśród nieleczonych.

Z przypadków opisanych wnosić można, że węglik u człowieka ma charakter bardziej sprawy miejscowej i że organizm ludzki jest mocno odpornym przeciwko lasecznikowi karbunkułu, dowodem tego bywają dość rozległe nawet zmiany z obrzękami, pryszczami wtórnymi i obrzękiem złośliwym—przy dość znośnym lub wcale dobrym bezgorączkowym stanie ogólnym. K ö n i g w „Chirurgii Ogólnej“ zaznacza, że człowiek i zwierzęta mięsożerne odznaczają się małą skłonnością do zarażenia się i daje przykład epidemii karbunkułu w Alpach Bawarskich w 1877 r., gdzie na 1000 sztuk cho-

rego była 650 sztuk padło, u ludzi zaś zanotowano 7 tylko przypadków węglika i jedną śmierć. Biegański na 30 przypadków obserwowanych przez siebie podaje 4 śmiertelne przypadki.

Kilka słów dodać tu muszę w sprawie leczenia węglika. Otóż ogólnie zalecanem jest: 1-o wycinanie pryszczu wraz ze zdrową tkanką, 2-o wypalanie kwasem saletrzanym dymiącym, 3-o zastrzykiwania fenolu 2 — 3% wokoło pryszczów, 4-o wypalania Pacqueleinem, a nawet, ostatniemi czasy, 5-o zabiegi zachowawcze (wcierania szaruchy, opatrunki wyskokowe).

Co do 1-go, wycinania pryszczu, to zabieg ten usposabia do dalszego zakażenia: przez otwarcie naczyń krwionośnych i chłonnych otwiera się wrota dla przedostania się zarazków do krwiobiegu, a tem samem dla ogólnego zakażenia; otrzymałem też wrażenie takie, stosując ten rękoczyn w przypadku 1-ym. Pryszcz zazwyczaj otoczony jest zapalnym walem, co niewątpliwie ma znaczenie dla umiejscowienia sprawy, niszczenie tej linii demarkacyjnej wydaje się nieracjonalnem. 2-o zastrzykiwania fenolu, aczkolwiek mają na celu wprowadzenie wokoło chorej tkanki płynu dezinfekcyjnego i tamowanie rozwoju laseczników karbunkulowych, również obrażają tkanki okalające ognisko zakażenia. W przypadku też pierwszym na miejscu każdego ukłócia powstały pęcherze, a następnie cały ten płat uległ gangrenie, na całej zaś kończyźnie powstał obrzęk złośliwy z pęcherzami; 3^o przypalania acido nitrico fumante działają zbyt powierzchownie.

Wobec tych względów i stosując się do wskazówek Jessnera „Choroby skóry”, Lessera „Podręcznik chorób skórnych”, wszystkie przypadki, nie wyłączając 1-go i 4-go, traktowałem żegadłem Pacqueleina i otrzymałem wrażenie, że zapobiega ten rękoczyn szerzeniu się sprawy i miejscowo i ogólnie.

Podaję tę notatkę jako przyczynek do statystyki i leczenia węglika złośliwego. W „Chorobach zakaźnych” Biegańskiego znalazłem 30 przypadków leczonych zastrzykiwaniami karbolu. Nasunęło mi to myśl ogłoszenia obserwowanych przypadków, odmiennie traktowanych a z tym samym prawie 0% śmiertelności.

Organizacja pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej.

Napisał Dr. Seweryn Sterling.

(dokończenie).

III.

Projekt organizacji pomocy lekarskiej dla robotników w Królestwie, oparty na zasadach samopocy, ogłosiłem w dziele zbiorowem „Medycyna w samorządzie“^{*)} w którym opracowałem dział „Pomoc lekarska dla ludności miejskiej, w szczególności dla fabrycznej“.

Ten projekt (z małemi zmianami) brzmi tak:

Ubezpieczenie powszechne na wypadek choroby robotników Królestwa Polskiego.

I. Urząd ubezpieczony na wypadek choroby obejmuje sobą terytoryalnie wszystkie gubernie Królestwa, ma jedną wspólną kasę i jako ograny wykonawcze wszystkie samorządne instytucje Królestwa. Urząd ubezpieczeniowy stanowi dział Komisji Zdrowia Publicznego w Królestwie Polskiem, czuwającej wogóle nad medycyną i higieną publiczną w całym kraju.

II. Z prawa ubezpieczenia korzystać może każdy zarabiający rocznie mniej niż 1200 rubli.

III. Obowiązek ubezpieczania się ma każdy subjekt handlowy, oficyalista, robotnik, rzemieślnik, parobek, wogóle najmita, pracujący w sklepie, warsztacie, zakładzie przemysłowym, fabryce i t. p., i nie zarabiający więcej niż 1200 rb. rocznie.

IV. Organami spełniającymi funkcje tu należące są instytucje samorządu miejskiego i wiejskiego.

V. Każdy dobrowolnie przystępujący (II) do ubezpieczenia płaci stale co najwyżej 5% swego zarobku **).

Każdy należący obowiązkowo (III) do ubezpieczenia płaci część składki ubezpieczeniowej, resztę dopłaca przedsiębiorca; cała składka ubezpieczeniowa nie może przewyższać 4% zarobku danego ubezpieczonego osobnika.

^{*)} Warszawa. E. Wende i Spółka. 1906. Str. VII+298.

^{**)} Wysokość składki określa dla każdej miejscowości, resp. dla każdego zawodu Zarząd miejscowej kasy.



Ubezpieczony ma prawo:

1) Od początku choroby i w ciągu najwyżej 26 tygodni: leczenia się bezpłatnie (w ambulatoryum, domu lub szpitalu — stosownie do orzeczenia lekarza).

2) Leczenia w ciągu takiegoż czasu — w ambulatoryum, domu lub szpitalu — swojej rodziny (żona, dzieci i wychowawcy do lat 15, niedołężni rodzice).

3) Pobierania — w ciągu najwyżej 26 tygodni — zapomogi w rozmiarze połowy zwykłego zarobku.

4) W przypadku porodu—otrzymywania zapomogi w wysokości sześciokrotnego zarobku tygodniowego.

5) W przypadku śmierci ubezpieczonego—otrzymywania zapomogi w wysokości 20-krotnego zarobku dziennego.

6) W przypadku śmierci członka rodziny—otrzymywania zapomogi wysokości 10-krotnego zarobku dziennego.

Co do sposobu podawania pomocy lekarskiej w miastach.

W każdym mieście, licząc większą liczbę lekarzy, tworzy się organizacja lekarzy ubezpieczenia robotniczego.

Każdy ubezpieczony i jego rodzina ma prawo korzystania z pomocy lekarskiej dowolnego z lekarzy, do tej organizacji należących.

Lekarz, chcący wstąpić do organizacji, poddaje się specjalnym przepisom i ma obowiązek leczenia chorych ubezpieczonych na warunkach przez Prezydium organizacji zatwierdzonych.

Honorarium za leczenie pobiera za pośrednictwem swej organizacji kwartalnie, podług przedstawionych dowodów.

Warunki honoraryów lekarskich układa Prezydium organizacji lekarskiej w porozumieniu z miejscowym Zarządem biura ubezpieczeniowego. Sprawami pomocy lekarskiej dla ubezpieczonych zawiaduje grono ludzi, w skład którego wchodzi przedstawiciele obu stron płacących, przedstawiciele biura ubezpieczeniowego i organizacji lekarskiej.

Poradę lekarską otrzymuje ubezpieczony na podstawie bonu, który mu jest za każdą razą wydawany przez osoby do tego uprawnione.

W czasie trwania danej choroby wolno zmieniać lekarza tylko za zezwoleniem jednego z członków biura ubezpieczeniowego, do tej czynności upoważnionego.

Wszelkie sprawy dotyczące się rzeczoznawstwa lekarskiego będą załatwiane

przez specjalnych lekarzy zaufanych, niemających obowiązków terapeutycznych względem ubezpieczonych.

Rolę opiekunów sanitarnych muszą wziąć na siebie specjaliści, przy inspekcji fabryczno-lekarskiej miejskiej funkcjonujący lekarze przemysłowi (Gewerbeärzte). Rola lekarzy instytucji ubezpieczeniowej musi być wyłącznie terapeutyczna i tylko w zakresie higieny indywidualnej mogą rozwinąć swą działalność lekarze instytucji ubezpieczeniowej.

W większych miastach będą istniały specjalne szpitale dla ubezpieczonych, w mniejszych—będą one połączone z szpitalami miejskimi.

Zarówno nadzór sanitarno-lekarski, jak i cała sprawa pomocy lekarskiej dla pracowników fabrycznych, należą do obowiązków i atrybucji Komisji Zdrowia Publicznego Królestwa Polskiego.

Epoka przejściowa, a głównie — niemoce prawodawcza, zmusza do zredukowania zasad tego projektu, którego wykonanie w całej rozciągłości odłożyć trzeba do chwili otrzymania autonomii, lub choćby samorządu; wtedy też musi współcześnie z organizacją powszechnego ubezpieczenia na wypadek choroby powstać ubezpieczenie inwalidów.

Przedewszystkiem więc możemy dziś mówić jedynie o tworzeniu w każdym większym mieście przemysłowem kas zabezpieczających robotnikom i ich rodzinom pomoc na wypadek choroby.

Zamiast istniejących dwu — do pewnego stopnia — instytucji: pomocy dla robotnika ze strony fabrykanta i pomocy dla rodzin — ze strony kas chorych, należy utworzyć wielkie kasy, jednoczące troskę o robotników i rodziny wielu, może wszystkich, w danem mieście pracujących robotników.

Mus zabezpieczenia pomocy lekarskiej tyczy obecnie tylko robotników; rodziny ich w wielu fabrykach niekorzystają z tego dobrodziejstwa kultury; rozpoznać i na nie zabezpieczenie na wypadek choroby musi być najbliższem zadaniem medycyny fabrycznej.

Nie można — natomiast — już dziś organizować dobrowolnego ubezpieczenia się (ludzi zarabiających mniej niż 1200 rb. rocznie), bo ta postać ubezpieczenia wymaga bardzo złożonej organizacji, na którą nas dziś niestac.

Organami spełniającymi funkcję ubezpieczenia będą na razie Zarządy kas,

t. j. funkcyonaryusze honorowi z wyboru i funkcyonaryusze płatni.

Co się tyczy wysokości składki ubezpieczeniowej, to trudno z góry w tym kierunku stawiać określone cyfry.

Gdyby cała sprawa szła drogą prawodawczą, natenczas nietrudno byłoby stawić żądania, biorąc za podstawę optimum pomocy lekarskiej — we wszelkiej jej postaci. Gdy jednak obecnie ma decydować układ dobrowolny — trzeba będzie się zadowolnić tem, co się da na razie skutecznie — odkładając dalszy rozwój i ulepszenia do niedalekiej przyszłości.

Jaką pomoc ma zabezpieczać chorym kasa, widać z zestawienia kol. Markiewicza *). Żąda on:

a) Jaknajdostępniejszej porady lekarzy internistów, tak ambulatoryjnej jak i w mieszkaniu pracowników i pomocy felczerskiej.

b) Porady specjalistów, a mianowicie: okulisty, otyatry, laryngologa, chirurga, ortopedysty, syfilidologa, dermatologa, neuropatologa, psychiatry, dentysty.

c) Lekarstw i środków opatrunkowych z wyłączeniem jedynie zbytkowych leków i kosmetyków, ale bez wyłączenia wód mineralnych.

d) Okularów, pasów, kul, członków sztucznych, szpryc, irygatorów, inhalatorów i t. d., i t. d.

e) Leczenia w szpitalu.

f) Leczenia w zakładach i miejscowościach leczniczych krajowych.

g) Kąpieli w celach leczniczych i przetworów kąpielowych.

h) Porady ginekologicznej ambulatoryjnej i pomocy ginekologicznej i akušeryjnej, tak w mieszkaniu pracownika, jak i we właściwych zakładach.

Przy wydawaniu zapomóg, t. zw. „półlonków“, niezbędnem jest zaprowadzenie surowej kontroli, której obecnie brak u nas zupełnie, a która będzie dopiero wówczas skuteczną, kiedy sami robotnicy będą brali udział w zarządzaniu funduszami kasy.

Dziś bowiem nie ma żadnego budżetu stałego na wydatki lecznicze i zapomogowe; ztąd albo sknerstwo w wydatkach niezbędnych, albo równego potępienia godna demoralizująca rozrzutność.

Tyle o planie ogólnym organizacji pomocy lekarskiej dla robotników miejskich.

Co się tyczy stosunku lekarzy do tych organizacji, to jeszcze może on być ustalony w ten sposób, w jakim go przedstawia przytoczony projekt — przynajmniej w zakresie terapeutycznym.

Nie można natomiast jeszcze organizować racjonalnego rzeczoznawstwa, opieki sanitarnej, organizacji lekarzy przemysłowych — są to wszystko desiderata przeszłości.

Literatura: Prócz prac, przytoczonych w odсылaczach do tekstu, korzystałem ze źródeł następujących:

Führer durch das Krankenversicherungs-Gesetz. Berlin 1905. Verlag Buchhandlung Vorwaerts.

Führer durch das Unfallversicherungs-Gesetz für Land und Forstwirtschaft. Berlin. 1900. Verlag Buchhandlung Vorwaerts.

Führer durch das Invalidenversicherungs-Gesetz. Berlin 1906. Buchhandlung Vorwaerts.

J. Grosse. Die freie Artzwahl bei den reichsgesetzlichen Krankenkassen. Berlin. 1896. Schall & Gründ.

F. Meyer. Statistischer Vergleich der Ergebnisse der acht grössten Ortskrankenkassen Deutschlands für das Jahr 1905. Soziale Medizin und Hygiene. 1906. № 10.

Suwirow. Gasudarstwiennoje strachawańje rabocznych w Germanii. Petersburg. „Proswieszczenje“.

Zwiedineck-Südenhorst. Arbeiterschutz und Arbeiterversicherung. 190. B. G. Teubner.



Korespondencye.

Z wycieczki na kursa wakacyjne do Bonn.

Podał Dr. med. A. Pański.

Od lat szeregu profesory uniwersytetów niemieckich urządzają podczas wa-

kacyi 2-tygodniowe bezpłatne wykłady dla przyjezdnych lekarzy-praktyków, swoich i obcych; ostatni są tam szczególnie mile widziani i wyróżniani.

W tym roku miałem możność razem z kolegami G u t e n t a g i e m, P u t e r m a n e m (Sosnowice) i B r ü n e r e m

*) „Czasop. Lekarskie“ 1906 r. str. 251.

(Warszawa) być na takich wykładach w Bonn, a chcąc zachęcić i naszych uczonych (głównie warszawskich) do utworzenia podobnych wykładów u nas, pozwolę sobie zdać relację z widzianego i słyszanego.

Wszyscy wykładający starają się uczynić wykłady swe dostępnymi dla szerokiego ogółu lekarzy-praktyków; wybierają więc tematy ciekawe, t. j. będące na czasie; udzielają bardzo chętnie wszelkich wskazówek i informacji, zwracającym się bezpośrednio do nich, i pozwalają korzystać z materiału klinicznego, jakoteż pracować w laboratoriach, nie szczczędając czasu na wskazówki.

W klinikach przedstawiani są chorzy z cierpieniami trudno rozpoznawalnymi w praktyce prywatnej. Przy demonstracji chorych zapoznawano słuchaczy z nowszymi sposobami nie tylko dyagnostyki, ale i terapii.

Całość wykładów nazwać można doskonałą; we dwa tygodnie lekarz-praktyk skorzystać może nadspodziewanie wiele; mało natomiast korzyści odniesie lekarz-specjalista.

Wykłady odbywają się od 7-ej rano do 7-ej wieczór z przerwą (1 godz.) na obiad. Wykładów w r. b. w Bonn słuchało około 200 przyjezdnych lekarzy.

W wykładach przyjmują udział prawie wszyscy profesorowie, docenci i asystenci. Liczba ich jakoteż tematy były następujące:

Bier. Klinika chirurgiczna (6 godzin tygodniowo).

Dou trelepont. Klinika chorób skórnych i wener. (2 godz. tygod.).

Eschweiler. Wykłady i demonstracje z dziedziny chorób gardła, nosa i uszu (3 godz. tygod.).

Finkler. Wybrane rozdziały z higieny (2 g. tygod.).

FrietschiReiferscheid. Ginekologia i akuszerya. Leczenie rzeżączki, zaburzeń w miesiączkowaniu, krwawień, wysięków. Operacje tyłopochylenia. Pubiotomia (3 godz. tygod.).

Graf. Operacje chirurgiczne (4 g. tygodniowo).

Grouven. Terapia chorób skórnych i płciowych inclusive leczenia promieniami Röntgena i metodą Finsena (2 g. tygod.).

Humelsheim. Leczenie chorób ocznych. Wiadomości niezbędne dla lekarza prakt. (1 g. tygod.).

Kölpin. Demonstracja przypadków z sądowo-psychiatrycznej praktyki.

Rozbiór ich historii chorób (2 g. tygodniowo).

Klap. Metody leczenia fizykalnego za pomocą aparatów leczniczych (3 g. t.). Anestezja miejscowa (1 g. tygod.).

Kruse. Postępy bakterjologii (1 g. tygod.).

Leo. Wybrane rozdziały z dziedziny chorób żołądka i kiszek z demonstr. chorych (2 g. tygod.). O sposobach walki z gruźlicą (1 g. tygod.).

Loeb. Enzymy krwi (1 g. tygodniowo).

Nussbaum. Topografia stawów (1 g. tygod.).

Pletzer. Pogadanki z dziedziny akuszeryi (2 g. tygod.).

Reifferscheid. Cystoskopia u kobiet (1 godz. tygod.).

Ribbert. Niektóre rozdziały patologii z demonstracją preparatów anatomopatologicznych. Nauka o nowotworach; o dziedziczności i t. d. (4 godz. tygod.).

Rieder. Badanie chorych chirurgicznych po urazie w celu określenia uszkodzenia. Leczenie uszkodzeń (2 g. tygod. z demonstracjami).

Rumpf. Niektóre rozdziały z dziedziny chorób wewnętrznych. Cierpienia urazowe. Choroby serca. Ubezpieczenie na wypadek starości lub niedożywienia (3 godz. tygod. z demonstracjami).

Saemisch i Neden. Zewnętrzne uszkodzenia oka (3 g. t.).

Sultz, Strasburger i Esser. Niektóre rozdziały z dyagnostyki i nowszej terapii chorób nerwowych i wewnętrznych. (Działania nowych środków leczniczych, nowsze metody badania; nerwice ogólne, nerwice urazowe, wodolecznictwo (4 g. t.).

Ungar. Odżywianie zdrowego i chorego ssawca (3 g. t.).

Walb. Niektóre rozdziały z dziedziny chorób gardła nosa i uszu (2 g. tygod.).

Wesphal. Psychiatria kliniczna z uwzględnieniem tych chorób umysłowych, które znać powinien każdy lekarz praktyk. Demonstracja. (2 g. t.).

Witzel. Praktyczna chirurgia (3 g. tygod.).

Większość lekarzy uczęszcza na wszystkie bez wyjątku kliniki i wykłady i z natężoną uwagą wsłuchuje się w słowa prelegenta. Ci, którzy nie po raz pierwszy na takie kursy przyjeżdżają, twierdzą, iż, praktykując na prowincyi i nie mogąc śledzić za postępami wiedzy, otrzymują ją na tych wykładach w spo-

sób bardzo dla nich dostępny i że korzyść w ten sposób osiągnięta jest dla nich ogromna.

Z niektórych wykładów podają streszczenia; uczyni to i kol. P u t e r m a n. Wykłady te streszczam nie dla tego, że w nich prelegenci poruszyli kwestye u nas nieznanne, lub w piśmiennictwie naszym mało omawiane, lecz by wskazać na to, że jeżeli gdzieindziej dla odświeżenia swego zasobu wiedzy, a nie dla studyów specjalnych, zjeżdżają się setki lekarzy, to pewnie i u nas znalazło by się bardzo wielu, pragnących wzbogacić swe wiadomości ostatniem słowem nauki. A ponieważ i my poszczycić się możemy kolegami, którzy by podobne wykłady mieć mogli, z drugiej strony—ponieważ wiemy, że nie wszyscy jeździć mogą po wiedzę tak daleko, więc czy by ci, którzy mogą, nie zechcieli na wzór tych kursów urządzić takież i u nas.

Oby przykład Krakowa, Lwowa i kursów niemieckich znalazł jaknajszyciej naśladowców w Warszawie!

Zacznę od streszczenia wykładu Prof. R i l b e r t a na temat *uwagi z nauki o nowotworach*:

Przerzuty nowotworów złośliwych dowodzą zdolności ich przenoszenia się. Powstawanie przerzutów zrodziło przypuszczenie pasożytniczego pochodzenia nowotworów. Jednakże szczepienia nowotworów zwierzętom dawały tylko wtedy wyniki dodatnie, kiedy nowotwory szczepiono zwierzętom tego samego gatunku; gdy zaś nowotwory, napotykanne np. u ludzi, przeszczepiono zwierzętom, lub odwrotnie, wtedy pomimo, iż u niektórych zwierząt stwierdzono powstawanie samoistne nowotworów właściwych ludziom, sztuczne ich wywołanie drogą szczepienia nie dawało wyników, dodatnich.

Wyniki tych doświadczeń nie potwierdziły przypuszczeń o pasożytniczem pochodzeniu zarazków. Gdyby bowiem cząsteczki nowotworu, użyte do szczepień, zawierały w sobie zarazki żyjące, wówczas szczepienia różnym gatunkom zwierząt udać by się musiały.

H a h n był pierwszy który z wynikiem dodatnim przeszczepił raka ze szczura na szczura; to samo doświadczenie czynili potem i inni, mogąc potwierdzić ścisłość doświadczeń H a h n a.

G e n s e n w Kopenhadze szczepił nowotwory, zdarzające się na sutkach myszy innym myszom i w 20% wszystkich szczepień otrzymywał wyniki dodat-

nie; większy procent takich wyników dawały szczepienia potomstwu tych myszy, już raz szczepionych.

Te same doświadczenia robione w ten sposób, iż nowotwory myszy kopenhagskich przeszczepiano na myszy sprowadzone do Kopenhagi z innych miejscowości, nprz. z Berlina, dawały rezultaty stale ujemne. Doświadczenia przeto G e n s e n a jeszcze dobitniej przeczą parazytarnemu pochodzeniu nowotworów.

Zdaniem R i b b e r t a, nawet osiągnięte za pomocą szczepień uodpornienie, przeciw zarażeniu nowotworowemu nie przemawia za pasorzytniczem pochodzeniu nowotworów; pomyślny wynik szczepień uodporniających tłomaczy on w ten sposób, że komórki nowotworu użyte do szczepień produkują jakąś niezbadaną dotąd wydzielinę, która szczepiony ustroj czyni odpornym przeciw dalszemu działaniu zawartości komórki nowotworowej, czyli przeciw komórkom samym.

Według R i b e r t a, szczepienie czyli transplantacya jest niczem innem, jak pewną modifikacyą przerzutów. W rzeczy samej, szczepienie polega na tem, iż żywotne jeszcze cząsteczki nowotworu przenosi się na świeżo skałeczony naskórek. Czy zaś te cząsteczki przeniesione zostają na inne miejsca tegoż samego zwierzęcia (jak to bywa przy przerzutach), czy też na drugie zwierzę, należące do tego samego gatunku, rezultat powinien być i jest identyczny.

By szczepienia przyjęły się, musi jeden warunek być uwzględniony, mianowicie: cząsteczki nowotworu wzięte do szczepień zawierać muszą żywe komórki tegoż nowotworu. Natomiast szczepienia pozostają bez rezultatu, gdy do nich użyte tylko zawartości komórek nowotworowych.

Przykład dokładniej wyjaśnia zasadniczy ten warunek. Przy przeniesieniu gruźlicy z płuc do nerki główną i jedyną rolę odgrywają laseczniki zawarte w komórkach, natomiast same komórki płuc udziału w zakażeniu nie przyjmują żadnego. Inaczej rzecz się ma przy tworzeniu się przerzutów. By powstały przerzuty, muszą komórki nowotworu być zawleczone do danego narządu; te komórki niszczą zdrową tkankę tego narządu i tworzą nowotwór przerzutowy.

Drogi, za pomocą których cząsteczki nowotworu, zawleczone być mogą do różnych narządów, stanowią naczynia chłonne i krwionośne. Dzieje się to zazwy-

czaj w ten sposób, iż nowotwór pierwotny zrasta się z naczyniem, którego ściankę z czasem niszczy i wrasta w światło naczynia w postaci czopka, od wierzchołka którego płyn przebiegający w naczyniach odrywa drobne cząsteczki i roznosi je po całym ciele.

Jednakże nie wszystkie komórki, w ten sposób od nowotworu oddzielone i przeniesione do jakiegoś narządu, rozwijają się dalej; przeciwnie, większość tych komórek ulega zniszczeniu. Poza tem komórki nowotworu nie we wszystkich narządach znajdują odpowiednie dla dalszego rozwoju podłoże.

Do takich narządów, w których zawleczone komórki nie mogą się dalej rozwijać, należy przedewszystkim śledziona, w której przerzuty zdarzają się bardzo rzadko, a zależeć to musi od specjalnych, niezbadanych jeszcze warunków. Do tejże kategorii należy również mięsień sercowy, mięśnie poprzeczno-prążkowane i mózg. Natomiast wątroba jest uprzywilejowanym narządem dla przerzutów.

Działa przy tem prawo, które mówi, że narządy, w których często rozwijają się nowotwory pierwotne są na przerzuty mało wrażliwe i odwrotnie. To też nowotwory wątroby są przeważnie i prawie wyłącznie nowotworami wtórnymi, przerzutowymi; natomiast pierwotne nowotwory wątroby — za wyjątkiem nowotworów pęcherzyka żółciowego, gdzie znów nowotwory przerzutowe należą do rzadkości — zdarzają się tylko wyjątkowo.

Czasami przy autopsji trudno odnaleźć narząd, w którym rozwijał się nowotwór pierwotny. I dla tego powinno się wiedzieć, w jakich narządach szukać pierwotnego nowotworu. Otóż pierwotne nowotwory zdarzają się przeważnie w sutkach, gruczole krokowym i żołądku, gdzie znów przerzutów prawie że nie bywa.

Rozmiary nowotworu pierwotnego nie mają żadnego wpływu na rozmiary wtórnego, to znaczy, że bardzo nieznaczne nowotwory pierwotne dają przerzuty bardzo dużych rozmiarów. Prawdło to dotyczy przedewszystkiem melanosarkomatów: bardzo mały nowotwór skóry tworzy bardzo duże przerzuty w innych narządach. Nowotwory wtórne dają często poważne objawy, gdy pierwotne wcale nie dawały objawów i były tak małe, że je odnaleźć trudno.

Wiadomo powszechnie, iż z raka gruczołu krokowego bardzo wczesnie tworzą

się nowotwory przerzutowe, które umiejscawiają się przeważnie w kościach. Ponieważ w kościach rak pierwotny zdarzyć się nie może, każdy przeto rak kości jest nowotworem wtórnym. Przyczyna, wskutek której komórki przerzutowe raka gruczołu krokowego osiadają przeważnie w kościach, nie została dotychczas wyjaśniona.

Nowotwory przerzutowe jeszcze inną mogą powstać drogą. Oto nowotwór (rak np.), umiejscowiony na dnie żołądka, może ściankę żołądka zniszczyć i przedostać się do jamy brzusznej. Komórki rakowate, osiadłszy na otrzewnej, rozwijają się co raz więcej, tworząc wreszcie nowotwór przerzutowy otrzewnej. Komórki takie osiadają zazwyczaj w uprzywilejowanych miejscach, w pierwszym rzędzie w miejscu przyczepu sieci do kiszek. Powstałe z tych komórek guzy mogą przyjąć tak duże rozmiary, iż z zewnątrz wywierają ucisk na kiszkę i powodują ich zwężenie. Zdarzyć się może, iż zwężenie kiszkę wymaga interwencji w tym okresie, w którym nowotwór pierwotny żołądka wcale nie zdradzał się poważnymi objawami. Znane są takie właśnie przypadki raka żołądka, umiejscowionego na dnie, kiedy nowotwór żołądka przebiegać może bez znacznych dolegliwości; natomiast zwężenie światła kiszkę może operację czynić niezbędną. Dopiero podczas operacji rzecz cała się wyświetla, mianowicie, że nowotwory były przerzutowe, znajdowały się na otrzewnej, a nie w kiszki samych, i że nowotworu pierwotnego szukać trzeba gdzieindziej (przeważnie w żołądku).

Drugim miejscem uprzywilejowaniem, w którym komórki rakowate znajdują odpowiednie dla dalszego rozwoju podłoże jest jama *D o u g l a s a*. Tutaj komórki osiadają zazwyczaj w macicy lub odbytnicy. To też podczas operacji nowotworów jajników powinno się baczyć, aby cząsteczki nowotworu nie dostały się do jamy *D o u g l a s a*; w ten bowiem sposób bardzo często tworzą się na otrzewnej, macicy, kiszce i t. d. nowotwory złośliwe, jako przerzuty implantowane.

Natomiast komórki rakowate przeniesione z nowotworów umiejscowionych na powierzchni na zdrową skórę nie mogą dalej rozwijać się, ponieważ powierzchowne warstwy nowotworu mają zbyt mało siły żywotnej, by mogły zdrowy nabłonek skóry zniszczyć i na nim się dalej rozwijać. W każdym razie przypadki takie, gdyby się zdarzyć mogły, należały by do bardzo rzadkich wyjątków.

Jeszcze mniej prawdopodobieństwa istnieje, by połknięte komórki rakowate mogły dalej rozwijać się, osiadłszy gdziekolwiek w narządach trawienia.

Częściej powstają przerzuty implantowane tak zwane operacyjne. Mianowicie przy wyluszczeniu nowotworów złośliwych baczyć się powinno, by takowych nie skaleczyć, cząsteczki bowiem nowotworu, przeniesione nożem na brzegi rany, lub zaszczerpione igłą przy zaszyciu rany, mogą rozwijać się dalej, tworząc nowotwory przerzutowe, szczerpne.

Prof. Ribert wygłosił również odczyt o źródłach i drogach zakażenia gruźlicy.

Według Riberta gruźlica szerzy się prawie wyłącznie w ten sposób, iż laseczniki przeniesione zostają z rodziców na dzieci, przy obcowaniu z nimi, t. j. R. nie uznaje odziedziczenia suchót w sensie Baumgartena; ten ostatni uznaje dwie drogi odziedziczenia: germinatywną i placentarną. Przy germinatywnej jajko zawierało by laseczniki już przed zapłodnieniem. Za prawdopodobieństwem tego twierdzenia przemawiała by jedna okoliczność, doświadczalnie stwierdzona, iż jajko nie obumiera pomimo inwazyi laseczników. Trzeba by jednakże wyjaśnić, w jaki sposób i w którym miejscu laseczniki do jajka przedostać się mogą. W jajniku jest to niemożliwe: przy początkach gruźlicy bowiem było by to nieprawdopodobne, gdyż jest ich tam bardzo niewiele, przy rozwiniętej zaś — jajnik przestaje sprawić swą czynność fizyologiczną; zakażenie jajka w jamie brzusznej mogłoby zachodzić przy istniejącej gruźlicy otrzewnej; z jajowodów dotkniętych gruźlicą jajko przedostać się nie może; z okoliczności tych wynika, iż jajko po drodze do macicy zakażeniu uleż nie może. Infekcyja przez spermę jest również bardzo problematyczna, przy daleko posuniętej bowiem gruźlicy jądra lub pęcherzyków nasiennych sperma wogóle przedostać się nie może, przy początkach zaś gruźlicy tych narządów jest to nieprawdopodobne i, aczkolwiek możliwość ta istnieje, nie może jednak praktycznego mieć znaczenia. Odziedziczenie gruźlicy germinatywne nie wytrzymuje przeto krytyki.

W kwestyi łożyskowego przeniesienia zarazka Ribert mniema, że laseczniki wtedy by się przedostać mogły przez łożysko, które — jak wiadomo — jest rodzajem filtru, nie przepuszczającym nawet barwników, gdyby łożysko w jakimś

miejscu zniszczone zostało przez proces gruźliczy. Lecz gruźlica łożyska i gruźlica noworodków należy do rzadkości. Baumgartenowi, który dla potwierdzenia swego twierdzenia, skrupulatnie zbierał przypadki gruźlicy u dzieci w pierwszych miesiącach życia, udało się zebrać zaledwie przypadków takich 18, którą to cyfrę uważać należy za zupełnie niewystarczającą dla potwierdzenia jego teoryi.

Nie wytrzymuje również krytyki i drugie przypuszczenie Baumgartena, jakoby laseczniki skrycie przebywać mogły w organizmie dzieci przez lat dziesiątki, by, przy okolicznościach sprzyjających, rozpocząć swe dzieło zniszczenia. Przeciwno temu przemawia znany fakt, iż gruźlica u dzieci bardzo szybki ma przebieg. Przypadki zaś cierpienia Addisona również nie mogą służyć za dowód pozostawiania laseczników w ukryciu przez szereg lat; nadnercze zresztą wcale nie jest tak ukrytym narządem w organizmie, by aż przypuszczać trzeba było, że inwazyja laseczników wcale dostępu do niego nie ma; otóż nadnercze leży w sąsiedztwie ujścia gruczołów limfatycznych z którego zarazki łatwo przedostać się mogą do nadnercza.

W myśl tych wywodów teoria gruźlicy wrodzonej musi upaść zupełnie i gdyby się nawet zdarzyć mogły pojedyncze przypadki, natenczas ilość ich, w porównaniu z ogromną ilością przypadków gruźlicy inną drogą powstałej, nie może nawet być wziętą w rachubę.

Na infekcyę gruźliczą zapatrywać się powinno, jak na przeniesienie laseczników pozamaciczne. Zakażenie gruźlicze płodu we wnętrzu macicy musi być wykluczone. Laseczniki mogą, na przykład, być przeniesione na skaleczoną skórę, bądź to na świeże rany, bądź też na naskórek, co się dzieje przy rytualnym obrzezaniu. Gruźlica jednak w ten sposób powstała bywa tylko miejscową i goi się bardzo szybko. Przeniesienie zarazków zwierzęcych z bitego bydła na świeże skaleczenia grozi również tylko gruźlicą miejscową skóry, szybko się gojąca.

Najczęściej dostają się do organizmu laseczniki przez otwory naturalne. Lecz i tutaj niektóre podrzędną odgrywają rolę. Otóż cewka moczowa kobiety i otwór stolcowy nie wchodzi prawie w rachubę, samoistna bowiem gruźlica tych ujść prawie że się nie zdarza. Znane są gruźlicze owrzodzenia pochwy, jajowodów i t. d. Teoretycznie przypuścić ła-

two, iż zarazek dostał się z zewnątrz wprost do pochwy, skąd powędrował wyżej; sekcye jednakże wykazały, że gruźlica bierze swój początek w jajowodach, z których stopniowo przechodzi na macicę, wreszcie w końcu na pochwę, czyli że gruźlica w tych narządach szerzy się z góry na dół; zupełnie w taki sam sposób szerzy się gruźlica w narządach płciowych mężczyzn: przedewszystkiem spostrzegamy gruźlicę przyjadrza, potem jądra, vasis deferentis, pęcherzyka nasiennego, gruczołu krokowego, wreszcie pęcherza i cewki. Gruźlica nerki bardzo rzadko bywa następstwem gruźlicy pęcherza, zazwyczaj dzieje się odwrotnie.

Jednym słowem: gruźlica w narządach płciowych jest stanowczo zstępująca i hematogenna.

Ważniejsze nieco wrota inwazyi laseczników stanowi jama ustna i jej przedłużenie—narządy trawienia.

Behring mniemał, że do organizmu dziecka wprowadza się laseczniki wyłącznie tylko wraz z mlekiem krów gruźliczych; przyznał jednak, iż zarazek może się dostać również przez drogi oddechowe. I w rzeczy samej, gruźlica kiszki pierwotna i samoistna zdarza się stosunkowo rzadko, bo tylko w 10-ciu na sto przypadków gruźlicy kiszki, idącej w parze z gruźlicą płuc. Skąd łatwo wyprowadzić wniosek, iż cierpiący na gruźlicę płuc połykać muszą własną płwocinę, zawierającą laseczniki, które osiadają w narządach trawienia i w nich wywołują gruźlicę.

Zwolennicy innej teoryi powstania gruźlicy płuc przypuszczali, że laseczniki z narządów trawienia przedostają się mogą przez gruźliczo zniszczoną ścianę kiszki do gruczołów krezkowych, skąd miały by być przenoszone do innych narządów, głównie zaś do płuc. U dzieci jednakże w gruczołach krezkowych spostrzegano gruźlicę bardzo rzadko, u dorosłych natomiast, chociaż napotymano częściej na ślady wygasłej już gruźlicy, mianowicie na zwapniałe gruzelki, jednakże gruźlicy płuc w tych przypadkach stwierdzić się nie udało. Według Riberta, gruzelki te przeważnie wywołane zostały przez laseczniki gruźlicy zwierzęcej.

Gruźlica błony śluzowej gardzieli również nie może służyć za dowód, iż gruźlica z gardzieli przechodzi na płuca, bo chociaż gruźlica zdarza się w gardzieli dość często, prawie zawsze jednak występuje jednocześnie z gruźlicą płuc, jako następcza i descendująca.

Jeżeli zebrać wszystkie przypadki gruźlicy powstałej wskutek inwazyi laseczników przez wyszczególnione powyżej wrota, przekonamy się, że suma ich stanowi minimalną cyfrę w porównaniu z przerażającą liczbą przypadków gruźlicy płuc, do których dostają się laseczniki przez narządy oddechowe.

Laseczniki nie zawsze i nie bezpośrednio wywołują gruźlicę płuc; o wiele częściej wędrują one przez nieuszkodzone płuca dalej. Mianowicie stwierdzono na stole sekcyjnym, że u 95% ludzi (według bardzo sceptycznych autorów w 60%) obok zupełnie zdrowych płuc znaleźć można pojedyncze zserowaciałe lub zwapniałe gruzelki gruczołów oskrzelowych. Gdyby szukano jeszcze skrupulatniej — znaleziono by gruzelki, przeważnie zwapniałe, u każdego niemal dorosłego człowieka. A sprawa chorobowa w gruzelkach nie zawsze wygasa, lecz przeciwnie może się rozwijać; wtedy powiększone gruczoły wywierają ucisk na oskrzela lub tchawicę, powodujące silne ataki duszności.

Cząsteczki zserowaciałych gruczołów przedostać się mogą przez gruźliczo zniszczoną ścianę tchawicy lub oskrzeli do tych ostatnich i albo, co rzadko się zdarza, spowodować śmierć wskutek uduszenia, lub, co bywa częściej, zserowaciałe masy, przyssane zostają do głębszych części płuc. Jeśli przytem ściana naczynia krwionośnego ulega zniszczeniu, wtedy krew roznosi te całe cząsteczki po całym organizmie, pozostawiając je w mózgu, sercu, lub innych narządach.

Skoro wszystkie narządy mogą tą drogą uleść zakażeniu gruźliczemu, przeto i gruźlica płuc tą drogą powstać może i faktycznie powstaje; gruźlica płuc jest przeto w większości przypadków gruźlicą wtórną, co dzisiaj już nie ulega, bo nie może ulegać, żadnej wątpliwości. Poza tem stwierdzono, iż gruźlica płuc w 80% powstaje wskutek wdychania laseczników, które, przez drogi oddechowe wchłonięte, przedostały się do gruczołów oskrzelowych i tutaj zostały zatrzymane, gruczoły bowiem są pewnego rodzaju filtrem, nie przepuszczającym zarazków.

Przeciwnicy tej teoryi twierdzili, iż laseczniki mogą się przedostać do gruczołów oskrzelowych z innych narządów nie z płuc, lub też że laseczniki jako płodowe mogły tkwić przez cały szereg lat w gruczołach, nie powodując gruźlicy. Lecz na potwierdzenie swych teoryi nie mogli przytoczyć żadnych dowodów, fakty zaś przemawiają przeciw ich twierdzeniom

gołosłownym. I w rzeczy samej, gdyby laseczniki gnieździły się w gardzieli, musielibyśmy znajdować je w migdałach (tonsillae) lub w gruczołach szyjowych, gdy tymczasem w tych ostatnich gruczyły prawie że nie znajdujemy; powtórze komunikacji między gruczołami szyjowymi, a oskrzelowymi brak. Gdyby laseczniki przedostawać się miały z kiszek, wywoływały by przedewszystkiem gruźlicę gruczołów krezkowych, między zaś tymi gruczołami a oskrzelowemi, w których gruźlicę stwierdzono najczęściej, komunikacji nawet być nie może, ponieważ odbywać by się musiała przeciw prawowi limfy, co również jest niemożliwe.

Reasumując to wszystko, Ribert wyprowadza wniosek stanowczy i niezbity, że gruźlica oskrzelowych gruczołów limfatycznych może powstać i powstaje wyłącznie przez wdychanie laseczników, a więc z powietrza, i że ta gruźlica jest bezspornie najczęstsza u ludzi.

Trzeba przeto gruźlicę gruczołów oskrzelowych limfatycznych poczytywać za punkt osiowy gruźlicy wogóle. W każdym zaś poszczególnym przypadku gruźlicy, bądź płuc, bądź innych narządów, jak mózg i t. p. powinno się szukać pierwotnego ogniska gruźliczego w tych gruczołach, a gdy się szukać będzie umiejętnie zawsze się pierwotne ognisko gruźlicze w oskrzelowych gruczołach limfatycznych odnajdzie.

Prof. Leo mówił o walce z gruźlicą.

W swych pierwszych pracach Koch indentyfikował laseczniki, znajduwane u dotkniętych gruźlicą ludzi i zwierząt, zwłaszcza krów; z tego powodu starano się unikać mleka krów gruźliczych. W r. 1901 roku Koch odróżnił dwa laseczników gruźliczych typy: typus humanus i bovinus; dało to pohop do chwilowych fałszywych wniosków o nieszkodliwości dla ludzi mleka krów gruźliczych.

W 1902 r. Behring starał się dowieść, iż gruźlica powstaje wogóle najczęściej w młodocianym wieku dziecka, a wywołaną ona zostaje przez laseczniki wprowadzane do ustroju dziecka wraz z mlekiem krów gruźliczych. Tej teorii stawiają następujące zarzuty: 1) Rzadko zdarza się gruźlica kiszek samoistna. 2) Laseczniki krwi znajdują w bardzo nielicznych przypadkach gruźlicy ludzi. 3) Stwierdzono bardzo częste powstanie gruźlicy wskutek wdychania laseczników, a więc t. zw. Inhalations-tuberkulose.

To też teoria Behringa nie uzyskała dotąd uznania. Tem nie mniej

środki zapobiegawcze, stosowane dotychczas, a usuwające niebezpieczeństwo zarażenia się gruźlicą zwierzęcą, nie utraciły swego znaczenia; przeciwnie muszą i nadal być stosowane, pomimo że zapatrywania na zarazek gruźlicy i na drogi, któremi się ten zarazek do organizmu dostaje, uległy zmianie.

Jako ważny środek walki z gruźlicą powszechne uzyskały uznanie t. zw. uzdrowiska dla suchotników.

Na kongresie zeszłorocznym w Paryżu stawiano uzdrowiskom tym poważne zarzuty, co nie przeszkadza dalszemu rozwojowi tego rodzaju zakładów w państwach cywilizowanych. Powstało mianowicie pytanie, czy za pieniądze, wydawane na utrzymanie tego rodzaju uzdrowisk, nie dałyby się większe osiągnąć korzyści.

Uzdrowiskom czynione są następujące zarzuty:

1) Przyjmuje się do uzdrowisk tylko chorych, u których stwierdzono początki gruźlicy; ciężko zaś chorzy ze znacznymi zmianami płuc przyjmowani do uzdrowisk nie bywają. Główną w danem zapatrywaniu na przyjęcie chorych rolę odgrywa dążenie do powrócenia możliwości zarobkowania jaknajwiększej liczbie chorych; ale przez to usuwani są ciężiej chorzy, t. j. groźni dla otoczenia jako źródło zarazy.

Drugi zarzut, czyniony uzdrowiskom, jest ten, iż chorzy opuszczają uzdrowiska przyzwyczajeni do takich warunków, jakich, a nawet podobnych, stworzyć sobie nie mogą; a ponieważ wychodzą z uzdrowisk ze względną zaledwie poprawą, pogorszenie przeto nie daje długo na siebie czekać. Przeto za duże pieniądze, rezultat osiągnięty jest krótkotrwały. Natomiast można w inny sposób, o wiele tańszy, zająć się chorymi w początkowych okresach gruźlicy. Jako takie wymienia Prof. Leo t. zw. Kuratorya przeciwgruźlicze (Tuberkuloseführsorge-stellen), jakich w Niemczech urządzono już sześćdziesiąt kilka.

Kuratorya badają przedewszystkiem szczegółowo podejrzanych o gruźlicę, a gdy gruźlica zostaje stwierdzoną, chory otrzymuje przez czas nieograniczony dostateczną ilość mleka, jaj i innych pokarmów pożywnych; do domu chorego udaje się lekarz i bada całą rodzinę, razem z chorym mieszkającą; notuje warunki mieszkaniowe, zarządza zmiany, jakie uważa za niezbędne nprz. zmianę mieszkania, oddzielny pokój sypialny dla chorego, a w cięższych wypadkach przy-

najmniej oddzielne łóżko, oddzielne naczynia do pokarmów i napojów, poucza chorego, jak pracować ma swoją bieliznę (ewentualnie — posyłają do domu wyszkoloną prачkę, która raz bieliznę przepiera wygotowawszy ją przedtem w sodzie), jak często ściany mieszkania powinny być pobielane, czy też odkażane; daje choremu spluwaczki, jako też przepisy, jak zachować się powinien i t. d.

Następnem zadaniem, jakie postawiły sobie kuratorya, jest opieka nad rodziną chorego. O ile ważnem jest czuwanie nad zdrowiem najbliższej rodziny suchotnika, dość powiedzieć, iż wśród niej stwierdzono cierpiących na różne choroby blisko 80%, z których, co prawda, nie tak wielką część cierpi na gruźlicę, natomiast inni niedomagają z powodu różnych chorób wycieńczających organizm i przygotowujących glebę dla zarazka gruźliczego.

Pomoc okazywana rodzinie składa się ze środków materyalnych, opieki lekarskiej, zarządzeń higienicznych i t. p. czem pośrednio zapobiega się powstaniu gruźlicy; gdy zaś badanie wykaze jeszcze kilku członków rodziny, dotkniętych początkami gruźlicy, to i tymi opiekuje się kuratorium w sposób wyżej przytoczony. Dzieci dotkniętych gruźlicą rodziców umieszczane bywają po wsiach, bądź w instytucjach dobroczynności publicznej, bądź na koszt kuratorów przeciwgruźliczych. Praktyka wykazała, iż koszta takiej opieki nad chorymi i nad rodziną zagrożoną gruźlicą, nie są znaczne, przynoszą zaś duże korzyści.

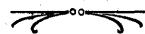
W Bonn istnieje takie kuratorium od 1½ roku, a wyniki tam osiągnięte, mogą i powinny zachęcić inne miasta do naśladownictwa.

Istnieją też innego rodzaju zakłady, mające na celu walkę z gruźlicą. Mianowicie pod miastem w lesistych miejscowościach budują obszernie hale, w których chorzy przepejądzają po kilka godzin, nie będąc tam leczeni. Noszą one nazwę *stacyi dziennych leśnych* (*Erholungsstädte* lub *Walderholungsstädte*).

Takie stacye dzienne urządziło sobie dotąd w Niemczech jakieś pięćdziesiąt miast.

W Bonn jako stacya dzienna służy obszerny pokój, w którym chorzy przepejądzają po kilka godzin dziennie. Przebywanie tam chorych połączone zostało z pewną kuracją. Oto, w myśl idei Biera, urządził się leżaki, na których chorzy spoczywają po kilka godzin dziennie, leżąc przy tem tak, iż tułów chorego zwie-

sza się ku dołowi przez co wywołuje się przekrwienie płuc, bardzo korzystnie wpływające na przebieg gruźlicy. Chorzy, doznając w tych leżakach znacznej ulgi w dolegliwościach swoich, chętnie przyzwyczajają się do tej napozór niewygodnej pozycyi. *).



Szanowny Panie Redaktorze!

Chociaż spór, jaki na łamach Twego szanownego i dla nas, lekarzy powinny być prowadzonych, tak pożytecznego pisma prowadzę z Dr. Rychlińskim, może się niejednemu wydawać sporem „de lana caprina“, jednakże wszystko każe nam przypuszczać, że jeżeli nie więcej, to w każdym razie samorząd miejski i ziemski otrzymamy, a w takim razie pomiędzy innymi kwestyami musimy się zaraz zająć kwestyą organizacyi pomocy lekarskiej; słuszną więc rzecz, żebyśmy teraz już omówili i możliwie wyświetlili wszelkie za i przeciw różnych sposobów urzeczywistnienia organizacyi tej pomocy. Dlatego też sądzę, że nie weźmiesz mi za złe, Szanowny Redaktorze, że i ja jeszcze raz zabiorę głos w tej sprawie.

Dr. Rychliński wszystkie projekty, jakie w kwestyi organizacyi pomocy lekarskiej dla ludu wiejskiego u nas powstały, dzieli na 3 kategorie i, zdaje się, nie wie, do jakiej kategorii zaliczyć moje zapatrywania w tej kwestyi. Otóż osobiście i ja jestem za ukrajowieniem pomocy lekarskiej, chodzi mi tylko o to, aby to ukrajowienie dało ludowi naszemu korzyść rzetelną, a nie było tylko bezowocną próbą. Śmiem mniemać, że tylko szpitale gęsto rozrzucone po kraju naszym mogą skutecznie zaradzić niedoli ludu naszego, nigdy zaś leczenie dorywcze, dojazdowe. Twierdzę to na podstawie mego osobistego doświadczenia i dlatego przeciwny jestem tworzeniu posad lekarzy okręgowych bez szpitali. Pewny jestem, że jeżeli szpitale takie powstaną, w nich zaś wieśniak znajdzie pomoc i troskliwą opiekę, to każdy chory podaży doń, wiedząc, że tam prędzej do zdrowia dojść może, niż w domu. Co zaś do ilości szpitali, jaka ma powstać, to wcale nie utrzymywałem, aby każda gmina miała mieć swój szpital; wiem dobrze, że to byłoby niemożliwem z wie-

*) O kuratoryach przeciwgruźliczych, stacyach dziennych, metodzie leczenia za pomocą biernego przekrwienia płuc — pisał w „Czas, Lek.“ kol. Sterling w r. 1904-ym.

lu względów. Nie, ja utrzymywałem, że każda osada dzisiejsza, o ile to byłoby koniecznem, powinna mieć swój szpitalik, a to rzecz różna, gdyż osad w naszym kraju jest 354, („Ogólny rzut oka na stan ekonomiczny Królestwa Polskiego“, dodatek do „Prawdy“ r. b. str. 22); i z tych nie we wszystkich mogłyby być szpitale z tego względu, że nieraz odległość od osady do osady jest tak niewielka, że jeden szpital mógłby powstać w okolicy dwóch lub więcej osad. Przy szpitalu powinien być w pewnych godzinach ambulans, gdzie w chorobach lekkich lub chronicznych wieśniak nasz mógłby zasięgać porady w cierpieniu. Wielkość takiego szpitala powinna być zastosowana do ilości mieszkańców danej okolicy. Szpital powinien być zaopatrzony we wszystkie niezbędne środki lekarskie, urządzenie jego powinno być nie wykwintne, lecz celowe.

Tworzenie organizacji sanitarnej, o jakiej Dr. R. mówi, jest potrzebą najpilniejszą i na to zgoda zupełna; my wszyscy tu na prowincyi dotkliwie brak jej uczuwamy, a sami prawie nic dla polepszenia obecnych warunków zrobić nie możemy, gdyż 1-o nie mamy możności poprawienia złego, 2-o gdybyśmy nawet mieli, musielibyśmy wchodzić w ciągłe kolizye z interesami pewnych jednostek, co dla lekarza terapeuty jest wcale niepożądane; że tak jest, sam na sobie tego, niestety, doświadczyłem. Stworzenie więc organizacji sanitarnej zupełnie oddzielnej od organizacji leczniczej jest konieczne i na tę część projektu Dr. R. w zupełności się piszę. Inna zaś rzecz—organizacji leczniczej. Tutaj proponowane przez Dr. R. tworzenie posad lekarzy bez szpitali (na 3 okręgi szpital) uważam za chybione, a to ze względu, jaki poprzednio wyłuszczyłem, więc obecnie do tego powracać nie będę. Po za prowadzeniem szpitala i ambulansu lekarz obowiązany był nieść pomoc akuszeryjną bezpłatną niezamożnym chorym; ale tutaj najwpierw trzebaby było się postarać, aby każda wieś miała kobietę, któraby przeszła kurs położnictwa przy przytulku położniczym, gdzieby ją zapoznano z fizyologią porodu, nauczono rozpoznawać zhoczenia od normalnego porodu, a nadewszystko—aseptycznego prowadzenia porodu. Nadto powinny przy uniwersytetach powstać kursa dopełniające dla lekarzy prowincjonalnych i każdy lekarz powinien otrzymywać możność od czasu do czasu przejścia tych kursów.

Tak sobie przedstawiam na początek sprawę pomocy lekarskiej dla ludu naszego i mniemam, że taka pomoc na początek byłaby możebną a nadewszystko dałaby temu ludowi pomoc prawdziwą. Taka organizacya zabezpieczałaby pomoc w chorobie bezrolnym i bezdomnym, a także mniej zamożnym wieśniakom; o tych, powtarzam, nam, lekarzom, powinno na początek iść najbardziej. Więcej zamożni włościanie i bez pomocy społeczeństwa dadzą sobie radę; nie przeczę, że organizacya pomocy lekarskiej dla wszystkich byłaby więcej celową, ale czy społeczeństwo nasze na początek mogłoby poświęcić kapitały, za któreby można stworzyć taką organizacyę, o tem wątpię.

Z kwestyą organizacji pomocy lekarskiej wiąże się kwestya wynagrodzenia lekarza. Dr. R. wyznaczył mu pensyę, jaką ja uważam za małą, On zaś za dostateczną; kto z nas ma racyę, nie mam prawa rozstrzygać. Jeżeli kto, to lekarze prowincjonalni nieraz dawali i dają dowody ofiarności swej dla dobra ogółu; ofiarność to cicha, rozgłosu nie ma, więc o niej nikt nie wie. Wiem dobrze, że dla dobra sprawy wielu z lekarzy prowincjonalnych zadowolni się bardzo skromnym wynagrodzeniem, ale chyba społeczeństwo nie ma prawa wymagać od nas ciągłych ofiar, chyba i my mamy prawo żądać za pracę naszą znosnych warunków egzystencyi.

Czy szanowny Dr. R. sądzi, że lekarz prowincjonalny może nie mieć żadnych potrzeb? Przeciwnie, i on je ma, a na zaspokojenie ich wydaje więcej znacznie, niż wydawałby w Warszawie; weźmy dla przykładu kwestyę prenumeraty pism, kupna książek; lekarz w Warszawie ma je wszystkie, nie potrzebuje wszystkich prenumerować lub na własność kupować; weźmy, co ważniejsza, kwestyę kształcenia dzieci i wiele, wiele innych.

Jeżeli społeczeństwo nasze okaże się tak biedne, że wszystkich obywateli za usługi jemu oddawane będzie mogło wynagradzać tylko połowicznie, to z pewnością my, lekarze, wołać o całkowite wynagrodzenie nie będziemy; lecz chętnie będziemy „przymierać głodem i chłodem“. Jeżeli jednakże inni będą opływali w dostatki, często może niezasłużone, to my powinniśmy protestować przeciw temu wszelkimi możliwymi sposobami, bo społeczeństwo powinno być tak urządzone, aby żadnej jego klasie nie działa się krzywda, ale żeby każdy był

wynagrodzony stosownie do zasług od-
danych społeczeństwu. Dr. R. mówi:
„jeżeli kol. L. zarabia obecnie więcej, to
znaczy, okolica w której zamieszkał jest
dość zamożna i nie ma obawy, żeby na
pomoc lekarską przy opodatkowaniu sa-
morządowym mniej potrzebowała płacić“.
Ależ ja nigdy nie utrzymywałem, żeby
okolica, w której mieszkam, była wyjąt-
kowo biedną; przeciwnie, jeżeli o to idzie,
muszę wyjaśnić, że stan majątkowy
mieszkańców mojej okolicy nie jest wca-
le gorszym, niż pozostałych części nasze-
go kraju; idzie tylko o to, że jeżeli u-
względnimy projekt opodatkowania na
rzeczą lecznictwa, przedstawiony przez
Dr. R., to ci, którzy mogliby płacić wię-
cej na ten cel, nie będą płacić, bo cen-
zus majątkowy, proponowany przez Dr.
R. uwolni ich od tego, gdyż nie ma tu
takich, którzyby posiadali większe obsza-
ry ziemi, lub rozporządzali nieruchomo-
ściami, wartującymi większą sumę; więc
dodatek 35% proponowanych przez Dr.
R. będzie redukował się do sumy śmiesz-
nie małej. Tę wadę projektu chciałem
zaznaczyć i obecnie ją podkreślam. Nie
przeczę i stanowczo się zgadzam z Dr.
R. że kwestya wynagrodzenia lekarzy
jest drugorzędna; szych interesów nie

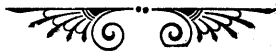
mamy prawa wysuwać na pierwszy plan,
kiedy idzie zwłaszcza o tak doniosłą
rzeczą jak kwestya organizacyi pomocy
lekarskiej dla ludu naszego; chciałem tyl-
ko wytknąć błędy w projekcie Dr. R., a
pomiędzy innymi musiałem zaznaczyć i
ten. To jeszcze nie mówi, abym kwes-
tyę naszej kieszeni stawiał na pierwszym
miejscu. Przeciwnie, pierwszą i podsta-
wową rzeczą, jaką musimy się zająć, jest
stworzenie możliwie najlepszej organiza-
cyi przy najmniejszym wydatku.

Nakoniec, co do krzywdy, jaką wy-
rządziłem Dr. R., śpieszę zaznaczyć, że
krzywdzić Go nie miałem zamiaru, chci-
łem tylko wskazać na konsekwencye
Jego projektu, na co, zdawało mi się,
tu nie zwrócił uwagi. Przynajmniej nie
było moim zamiarem czynić Mu przy-
krości; zwrócenia zaś uwagi Jego na ta-
ką konsekwencyę projektu nie może On
uważać za krzywdę Mu wyrządzoną, je-
stem bowiem moralnie przekonany, że
roli policyjnej nam, lekarzom, On nigdy
by narzucać nie chciał.

Racz przyjąć, Szanowny Redaktorze,
wyrazy szacunku i szczerzego uznania.

K. Lidmanowski.

Zagórów, 17. IX. 06.



Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Tow. Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dn. 21. III.

3. Kol. St. Skalski odczytał pro-
jekt *organizacyi pomocy lekarskiej dla lu-
dności Królestwa Polskiego*.

O sprawie tej mówiono i pisano wiele.
W ostatnim czasie pisali o niej Bie-
gański, Rychliński, Rutko-
wski. Należy zdecydować, czy pomoc
ma być dla wszystkich, czy tylko dla u-
bogich; czy lekarz ma jedynie leczyć,
czy też być i higienistą, czy felczerzy
mają istnieć, czy nie. Autor dzieli Kró-
lestwo na rewiry o 10—15 tysiącach lu-
dności; każdy taki rewir ma obsługiwać
jeden lekarz z pomocą akuszerki i pie-
legarzy, mając do swego rozporządzenia
szpital.

Obowiązkiem lekarza będzie leczenie
wszystkich chorych. Na lekarzu nie bę-
dzie ciążyło robienie lekarstw, które win-
ny być przyrządzone przez specjalistów,
a nie przez akuszerki lub pielęgarzy.
Co do szpitali, projektuje powiatowe na
30—40 łóżek, z uwzględnieniem głównie
chirurgii i chorób ocznych; obwodowy na
10 łóżek, nadto przytułek dla nieuleczal-
nych na 120—150 łóżek, oraz szpital dla
obłąkanych; te dwa na całą gubernię.
Koszta mogłyby zostać pokryte drogą
podatku bezpośredniego po 1 rb. z głowy.
Pomoc potrzebna jest właściwie dla 1/2
ludności naszej gubernii, gdyż 1/2 korzy-
sta z pomocy bezpłatnej z racyi zajęcia
w fabryce.

W dyskusyi wzięli udział kol. Ster-
ling, Goldman, Sonnenberg.

4) Kol. Sterling wygłosił rzecz o „Kasach chorych dla klasy średniej“.

Grozi nam niebezpieczeństwo, którego skutki czują już na swej skórze lekarze Europy Zachodniej.

Łatwość zakładania stowarzyszeń sprowadzi za sobą powstanie „kas chorych“, do których wejdą ludzie średnio zamożni, t. j. warstwy, z jakich dziś czerpiemy głównie swe utrzymanie.

Nieczekając tej chwili, należy już dziś uprzytomnić sobie, jaką ztąd lekarzom grozi szkoda materyalna i moralna.

Szkodę materyalną pociągnie za sobą zniżka honorarium, boć w tym właśnie celu owe kasy powstaną, by jaknajtaniej mieć pomoc lekarską. Szkodę moralną sprowadzi nadmiar pracy, jaką weźmie na siebie lekarz „kasy“; weźmie z konieczności, by zarobić — przy niskim honorarium — na utrzymanie. Przy takiej pracy jakoś porady lekarskiej obniżyć się musi.

W Łodzi wcześniej, niż gdzieindziej „kasy“ takie powstaną; dla tego, że jest tu dużo ludności niemieckiej, która zna odpowiednie instytucje Zachodni Europy; dla tego też, że wzorem będą — do pewnego stopnia — kasy robotnicze.

Już obecnie uzyskano pozwolenie na otwarcie takiej „kasy“, zacznie ona swe czynności z chwilą uzyskania 1500 członków.

W dyskusyi wzięli udział: kol. Saks, który stawia wniosek, by opracować warunki uczestniczenia w kasach i pracy w nich dla lekarzy, bo życie zmusi nas do wstąpienia do nich wcześniej, czy później.

Kol. Goldblum powołuje się na przykład zagranicy i mówi, że tam przyjmowano na bardzo złych warunkach lekarzy stałych-kasowych. Wobec tego lekarze poczuli kasy bojkotować (Lipsk) i żądać zaprowadzenia wolnego wyboru lekarzy. Tęgoż samego należy pragnąć dla Łodzi. Sądzi, że należałoby wysłać komisję do opracowania wniosków Tow. Lekarskiego.

Kol. Skalski wskazuje na przykład Francyi.

Kol. Pinkus zgadza się na niesprawiedliwość wyzysku lekarzy przez kasy. Zarzuca, że sami lekarze winni, bo nie działają solidarnie. Przytacza fakt z dziejów Towarzystwa, kiedy opracowano projekt warunków pracy lekarskiej w fabrykach.

Kol. Sterling w odpowiedzi mówi, że leczący się robotnicy są to niezamożni, gdy w kasach łączą się zamożni, łączą

się ludzie jedynie w celu zdobycia taniej pomocy lekarskiej. Kasy trzymają w zależności lekarzy nie tylko materyalnie, lecz nawet moralnie, przekonaniowo. Należy się zjednoczyć i odepchnąć ten projekt. Obcym lekarzom przyjeżdżać się nie opłaca. Zwołanie ogólnego zebrania lekarzy w celu opracowania norm trafia mu do przekonania. 1—5 lekarzy, którzy mimo tego zgodzą się pracować w kasie; sprawy nie rozstrzyga. Jedynie izba lekarska mogłaby tę sprawę wprowadzić na odpowiednią drogę.

Stawia wniosek: przy okazji zwołać ogół lekarzy łódzkich i sprawę przedyskutować.

Kol. Sonnenberg pyta, kto będzie pokrzywdzonym w razie powstania kas. Czy jednostka, czy ciało zbiorowe. Jego zdaniem ucierpi ciało zbiorowe. Sklepić nie jest pokrzywdzonym, gdy sprzedaje swój towar instytucji. Lekarz toż samo.

Prelegent odpowiada, że pomoc lekarska z konieczności będzie gorszą. Krzywda stanie się więc i ciału lekarzkiemu i leczonemu.

Kol. Saks sądzi, że spór jest teoretyczny. Jeśli traci członek ciała zbiorowego, traci również ciało. Tą i wieloma innymi sprawami musi się zająć izba lekarska.

S. Skalski.

Posiedzenie z dn. 4. IV.

1) Odczytano sprawozdanie z poprzedniego posiedzenia.

2) Kol. Bełżyński demonstruje chorego.

3) Sprawa pożyczania kośca pani Jaszuskiej, właścicielce pensyi żeńskiej; postanowiono pożyczyć.

4) Kol. Sterling odczytuje opracowany przez specjalną komisję nowy regulamin Tow. Lekarskiego.

Artykuł dawnego regulaminu w sprawie jawności posiedzeń Towarz. Lek. poddany zostaje rozpatrzeniu przez zebranie, gdyż głosy komisji podzieliły się. Kol. Saks i kol. Sterling byli za jawnością, kol. Pinkus — przeciwko jawności.

Kol. Groszlik żąda, by o rzeczach lekarskich nie pisać w pismach ogólnych.

Kol. Skalski zaznacza, że pisma ogólne mogą zawsze przedrukować z pism lekarskich, będzie to więc jedynie czasowe chowanie.

Kol. Margulies sądzi, że Towarz. Lekar. nie ma prawa pociągać do odpowiedzialności autora artykułu w pismach ogólnych, artykuł bowiem stanowi własność autora.

Kol. Saks nie widzi, by lekarze dotąd uciekali się do reklamy za pomocą sprawozdań z posiedzeń Towarzystwa, sądzi więc, że i nadal tego nie będzie. Chcemy zniesienia cenzury, nie zaprowadzajmy jej dla pism w sprawach lekarskich. Niewątpliwie, nie należy spraw specjalnie lekarskich referować w pismach ogólnych, są jednak sprawy ogólne, które można i należy ujawniać; na tej zasadzie proponuje odrzucenie starego artykułu.

Kol. Sterling, stając w obronie jawności przytacza fakt z tuberkuliną Kocha. Jest on zdania, że zbyt wielkie wymagania, jakie stawiają chorzy lekarzowi, wypływają z ciemności otaczających lekarza.

Kol. Groszlik pyta, kto będzie miarodajnym do zacydowania, czy dany lekarz się reklamuje.

Głosowanie wypada ogromną większością za wykreśleniem artykułu.

Wniosek kol. Silberstroma, by Zarząd upoważnił kogoś do pisania sprawozdań w pismach, został odrzucony.

W dyskusji zabrali nadto głos koleldzy: Kaufman, Pinkus, Mittelstadt, Saks, Sterling. Jasiński K., Silberstrom.

Komisya stawia wniosek, by sekretarz II i bibliotekarz II mieli jedynie głos—doradczy.

Kol. Silberstrom proponuje, by ci obaj nie uczestniczyli w sądach, w sprawach zaś administracyjnych korzystali z prawa głosu.

Kol. Groszlik mówi o potrzebie mówienia bezpośrednich informacji przy chorym, którego się demonstrowuje.

W sprawie posiedzeń administracyjnych kol. Kaufman mówi, że powinny być ważne bez względu na liczbę obecnych, o ile były rozsyłane zawiadomienia.

W sprawie głosowania, poruszonej przez kol. Margulies a, postanowiono, że głosować można jedynie osobiście.

Wniosek kol. Kaufmana, by usunięto z regulaminu głosowanie przez aklamację—przyjęto.

W sprawie sądów kol. Silberstrom pyta, jakie sprawy podlegają sądom zarządu, a jakie nie?

Kol. Sterling odpowiada, że sąd zawsze się może uchylić od sądenia danej sprawy.

Kol. Silberstrom widzi nieodpowiedniość połączenia w osobach zarządu funkcji sądowych i administracyjnych.

Kol. Saks mówi o rzadkości sporów.

Po wyczerpującej dyskusji regulamin z odpowiedniami zmianami został przyjęty; postanowiono go wydrukować i rozesać członkom.

Balotowanie nowych członków dało wyniki następujące: Na kol. Bernartha na 18 głosujących: 17 affirmatyw, jedno wstrzymanie się od głosowania. Kol. Eichlera — 13 affirmatyw, 5 wstrzymało się od głosowania. Kol. Jasińskiego Wał.—15 affirmatyw, 3 wstrzymało się od głosowania. Kol. Trenkner — 18 affirmatyw.

S. Skalski.

Posiedzenie z dn. 18/4 06.

I. Kol. K. Jasiński, jako prezes, wita gości i podkreśla małą liczbę obecnych członków.

II. Kol. Groszlik przedstawił 15 letnią dziewczynę z następującymi objawami: skóra na całym ciele nadzwyczaj sucha, szorstka; mnóstwo drobnych guziczek follikularnych; normalne brzozy skóry nader wydatne. Zmiany powyższe, widoczne na całym ciele, występują ze szczególną wydatnością na wyprostnych powierzchniach kończyn, zwłaszcza stawów, dosięgając największego rozwoju na stawach kolanowych, gdzie skóra jest brunatna, pomarszczona i jakby usiana guziczkami. Gdzieniedzie objawy pryszczycy, wskutek czego gruczolny pachwinowy powiększone; widziana po raz pierwszy przed 2 tygodniami, chora miała skórę pokrytą mnóstwem łusek, które pod wpływem leczenia znikły. Cierpienie rozpoczęło się w pierwszym roku życia, starsza siostra ma objawy lichen pilaris. Kol. G. rozpoznaje *Ichtyosis nitida*, wobec wczesnego powstania choroby i zmian nie tylko na follikulach, lecz również na skórze między follikulami; odrzuca zaś rozpoznanie *Keratosis pilaris*, ponieważ przy tem cierpieniu zmiany ograniczają się tylko do follikulów, a samo cierpienie rozpoczyna się dopiero w okresie dojrzewania płciowego.

III Kol. Skalski demonstrował chorego, u którego w szpitalu fabrycznym w Widzewie została dokonana z pomy-

ślnym wynikiem operacya podwiązania tętnicy podobojczykowej lewej z powodu silnego i niemożliwego do zatamowania krwawienia ze zranionej tętnicy okalającej przedniej kości ramiennej (arteria circumflexa humeri anterior).

IV. Inżynier Schoeneich odczytał rzecz: *O kanalizacji i wodociągach łódzkich*. Niezadawalniający stan sanitarny Łodzi jest zależny od a) dostarczania wody do picia i b) usuwania nieczystości. Dostarczanie wody w Łodzi znajduje się w stanie nieodpowiadającym najelementarniejszym zasadom higieny. Woda czerpie się ze studzien, mających swój zbiornik w pokładzie dyluwialnym, utworzonym z naniesionych warstw piasku i gliny, zmieniających się kolejno i przechodzących jedne w drugie. Woda w tym zbiorniku, zależnie od głębokości, posiada różne stopnie zanieczyszczenia i twardości i przeważnie jest niezdatną do użytku wewnętrznego i domowego. Przyczyną zanieczyszczenia studzien jest nieracjonalna ich budowa, bliskie sąsiedztwo nieczelnych dołów kloacnych i wsiąkanie ścieków podwórzowych i ulicznych. Wogóle, jak wykazały badania D-ra Serkowskiego (67 na 117) 57% studzien łódzkich posiada wodę szkodliwą dla zdrowia.

Nieczystości, które należy usunąć z miasta, stanowią: a) nieczystości ustępowe, b) ze ścieków ulicznych i c) śmieci i odpadki.

Nieczystości ustępowe zabierane są, bądź przez okolicznych kolonistów w beczki otwarte, napełniane czerpakami z dołów i rozlewane na sąsiadujące z miastem pola, lub też przez asenizatorów łódzkich, którzy wylewają je przeważnie w obrębie miasta. Uprzywilejowanymi miejscami do składowania nieczystości są: 1) plac na Dzielnej za nowym parkiem, 2) za Helenowem, 3) około stacyi pasażerskiej dr. kaliskiej, 4) na Zarzewskiej za fabryką Scheiblera, 5) na placach za Łągiewnicą i w przeciwnej stronie Bałut i Zabieńca, 6) na Średniej od № 151 do Zagajnikowej, 7) na nowo urządzanym parku przy rzeźni i wielu innych placach w obrębie miasta. Wyszczególnione miejscowości są wymienione na zasadzie urzędowych raportów. Ekskrementy, rozlane na owych placach, gniją i zanieczyszczają powietrze, a przefiltrując się w ziemię zarażają wodę, przez co są przyczyną nieustających epidemii tyfusu, szkarlatyny, zapaleń kiszek i t. p.

Ścieki domowe i fabryczne, koncentrując się w niektórych prowizorycznych

kanałach i rowach, wpadają tymi ostatnimi w północnej i południowej części miasta do rzeczek: Łódki i Jasienia, te znów, oddając swe zawartości rzece Ner, zanieczyszczają powietrze okolic przepływanych do tego stopnia, że ludność cierpi na chroniczne zapalenie oczu a roślinność zamiera. Wpływ łódzkich ścieków odczuwać się daje nawet przy ujściu Neru do Warty, t. j. na odległości 12 mil od Łodzi.

Co się tyczy uprzątnięcia śmieci i odpadków, to również wywożone są one na puste miejsca w obrębie miasta i pozostawione dla dowolnego rozkładu. Nic dziwnego, że śmiertelność Łodzi wynosiła w r. 1905 - 32,5⁰/₀₀, podczas gdy Warszawy była — 21,5⁰/₀₀. Przyjmując ludność Łodzi 315000, widzimy, że w Łodzi umiera rocznie 3465 osób przedwcześnie.

Dla polepszenia tego rozpaczliwego stanu sanitarnego miasta, konieczne jest urządzenie wodociągów i kanalizacji oraz zakładu miejskiego do spalania śmieci, a przedewszystkiem kamera dezynfekcyjna, nadzór sanitarny i wiele innych sanitarno-lekarskich urządzeń.

Zaprowadzenie wodociągów i kanalizacji zmniejsza śmiertelność, dowodem czego służy porównanie śmiertelności w rozmaitych miastach europejskich przed i po zaprowadzeniu kanalizacji; i tak w Warszawie w roku 1882, t. j. przed zaprowadzeniem nowych wodociągów i kanalizacji, ogólna śmiertelność wynosiła 28⁰/₀₀, w 1901 — 22⁰/₀₀ a w 1905 — 21⁰/₀₀, pomimo, że kulturalne warunki przez ten czas wcale się na lepsze nie zmieniły, przeciwnie analfabetyzm podniósł się. Według opinii dr. Polaka od czasu zaprowadzenia wodociągów zmniejszenie się śmiertelności w Warszawie wynosi 4 %.

W 1900 roku powierzono W. L. indle'y'owi kierownictwo nad studjami do kanalizacji i wodociągów Łodzi, które to studia rozpoczęły się w 1901 r. i trwały przeszło dwa lata. Zadaniem studjów wodociągowych było znalezienie dostatecznej ilości wody w najbliższej odległości od miasta. Przyjmując na głowę 150 litr. wody na dobę i ludność Łodzi półmilioną, potrzebna ilość wody na dobę będzie 75000 m.³

Jako najbliższe zbiorniki uważano Wartę i Pilicę, z tych zaś tylko Pilica posiada wodę odpowiednią do użytku. Ze względów finansowych najodpowiedniejszą jest woda t. zw. „Modrych Źródeł“ pod Tomaszowem, w odległości około 50 wiorst od Łodzi.

Woda z Modrego Źródła jest czysta, niepotrzebuje filtracji, lecz zaspokoiliby zaledwie $\frac{1}{3}$ zapotrzebowania, przytem byłaby za droga. Bliższe badania, a szczególnie studni w fabryce Poznańskiego, ogólnej głębokości 685 m., pokazały, że woda tej studni pochodzi z tej samej formacji, co i woda pod Tomaszowem, co potwierdziły badania geologów Lewińskiego i Aird'a, jak również analizy obydwóch wód, dokonane przez Dra Serkowskięgo. Z powyższego wynika, że Łódź posiada obfity zbiornik wody i zdaniem Lindley'a należy z niego korzystać, wierząc pierwiastkowo jedną studnię; gdyby ona nie dała pożądaných wyników, wtedy należy zwrócić się do źródeł nad Pilicą.

Odrowadzenie ścieków, ilość których będzie niemniejszą niż 75000 m.³ na dobę, okazuje się rzeczą trudną do rozwiązania i należy je oczyszczać.

Co do sposobów oczyszczania, istnieją następujące:

1) Nawadnianie albo iroygacya, nieodpowiedni z powodów klimatycznych i drogi.

2) Filtracya przez grunt przerywana, odmiana irygacyi.

3) Klarowanie mechaniczne, stosowane w sąsiedztwie wielkich rzek.

4) Klarowanie chemiczne, — odczynniki chemiczne drogo kosztują, nagromadzają się masy osadu i trudny dozór.

5. Klarowanie elektryczne — mało zbadane.

6) Filtry biologiczne — niedostatecznie zbadane i brak teoretycznych danych.

Co się tyczy Łodzi, zdaniem Lindley'a, niemożliwym jest narazie przyjmować stanowczego postanowienia systemu oczyszczania ścieków a należy pierwiastkowo urządzić osadniki do mechanicznego klarowania ścieków, a gdy główna sieć kanalizacyjna będzie ukończona, przystąpić do doświadczeń i na zasadzie danych z tych ostatnich zdecydować się na system odpowiedni.

Śmieci i odpadki mogą być usunięte albo wywózką za miasto, spalaniem, albo też zużytkowaniem.

Najodpowiedniejszym dla Łodzi byłby system spalania, zastosowywany w Warszawie

Sprawa kanalizacji i wodociągów Łodzi, od czasu zakończenia studyów, wcale się nie posunęła, a wszystkie plany i zebrane materiały w magistracie,

obecnie przewiezione zostały do Warszawy bez celu i potrzeby.

Wobec ważności sprawy dla miasta należało by, aby Towarzystwo lekarskie łódzkie wspólnie z innymi miejscowymi stowarzyszeniami naukowymi i społecznymi zajęły się nią; ażeby wobec niemożliwości narazie przystąpienia do wykonania, przygotować szczegółowe projekta i wyjednać pozwolenie władz na zaciągnięcie pożyczki, mogącej być zrealizowaną w odpowiedniej sprzyjającej chwili.

Odczyt wywołał szeroką dyskusję, w której wzięli udział: kol. Koliński w sprawie systemu Chambeau i oddzielnego oczyszczania ścieków domowych i fabrycznych. Mówiąc o zanieczyszczeniu przez ścieki fabryczne, kol. Koliński przytacza wieś Chachulę, gdzie zanieczyszczenie chemikaliami doszło do bardzo wysokiego stopnia. Kol. Koliński sadzi, że prawodawstwo popełnia omyłkę, gdy niezmusza do oczyszczania ścieków fabrycznych.

Prelegent w odpowiedzi zaznacza, że łączenie ścieków fabrycznych z domowymi wpływa na wzajemne ich unieszkodliwienie, polepsza je.

Kol. Sterling stawia wniosek: jedyna rzecz, jaką możemy zrobić w myśl wywodów prelegenta, to zaprosić przedstawicieli innych Towarzystw i wystąpić z żądaniem spiesniejszego załatwienia tej doniosłej sprawy.

Inżynier Schoeneich mówi, że należy Lindley'a pobudzić; prace przygotowawcze przeciągają się. Prelegent jest zdania, że samo wykonanie winno spocząć w rękach Lindley'a.

W debatach brali jeszcze udział kol. Pinkus oraz inżynier Lubotyłowicz.

Uchwalono, że Tow. Lek. w miesięcznym terminie zaprosi przedstawicieli innych Towarzystw w celu narad.

S. Skalski.

Posiedzenie z dn. 2/5.

I. Kol. Groszlik przedstawił chorego z następującymi objawami: induracya na członku, papulae penis et scroti, papulae humidae ad anum. Plaques labii infer. Ulcerationes od amygdalas. Twarz i czoło pokryte są mnóstwem pęcherzy-

ków z zawartością ropną (acne syphil.). Na ciele resp. tułowiu, i udach i pośladkach *abfita drobnogrudkowa wysypka*, składająca się z drobnych grudek, wielokrotnie w grupy po kilka do kilkunastu ułożonych (lichen syphiliticus), tu i owdzie na wierzchołkach grudek drobne pastułki (syphilis miliar. pustulosa). Miejscami widać większe grudki (syphil lenticularis), po części łuszczące się. Na karku syphilis lenticularis. Na uwagę zasługuje nadzwyczajna obfitość wysypki. Rodzaj wysypki znamionuje przebieg ciężki. Szankier powstał przed 10 tygodniami.

II. Prezes, kol. J a s i ń s k i, pyta o stan prac komisji, w sprawie szpitala Czerwonego Krzyża w Łodzi.

Kol. F a n k a n o w s k i, jako jedyny obecny na posiedzeniu członek komisji, wyjaśnia, że sprawa została zbadana, wynik badania jest w rękach komisji.

III. Kol. M a y b a u m czyta rzecz o wyniku ankiety, przedsięwziętej przez prelegenta wspólnie z kol. S e r k o w s k i m.

Ankieta obejmowała spis jednodniowy chorych na raka w dn. 15.1.06. Ogółem wysłano 5808 kwestyonyaryuszów do 1835 lekarzy, z których 30 lekarzom kwestyonyaryuszów nie doręczono; odpowiedzi nadesłało 767 lekarzy, czyli 42 $\frac{1}{2}$ proc.; pomiędzy nich 511 lekarzy nie posiadało w danym czasie chorych na raka; zaś 256 lekarzy nadesłało opisy 465 przypadków chorobowych.

Pozyskany materiał przedstawia wprawdzie wiele pouczających danych (szczegółowe zestawienie ukaże się w Gazecie lekarskiej), nie daje jednak możliwości do stawiania wniosków i uogólnień, to też sprawozdawcy ograniczyli na przytoczeniu danych, dotyczących płci, wieku, stanu cywilnego, zajęcia chorych na raka, umiejscowienia, rozpowszechnienia, dziedziczności i zaraźliwości raka i uważają podjętą pracę jako jeden z etapów walki z tem strasznym cierpieniem i jako bodziec do dalszych w tym kierunku badań.

W dyskusji, która się wywiązała wzięli udział: kol. S t e r l i n g, który zaznacza, że należało się zwrócić do lekarzy szpitalnych od nich możnaby się dowiedzieć czy rak teraz jest częstszy niż dawniej (w praktyce szpitali).

Kol. S o n n e n b e r g mówi, że ankieta w tej postaci, jak dokonali kol. S e r k o w s k i i M a y b a u m, nie usuwa możliwości powtarzania się chorych, którzy przechodzą od jednego do drugiego

lekarza. Wątpliwości mogłyby usunąć dane zebrane co do zmarłych na raka.

Kol. M a r g u l i e s mówi, że wdów jest więcej, dla tego i rak jest u kobiet częstszy.

Prelegent przyznaje słuszność opponentom i obiecuje wnieść należyte poprawki.

IV. Kol. P r z e d b o r s k i, S a k s i S t e r l i n g mówią o wpływie ciąży i karmienia na gruźlicę.

a) S t e r l i n g: Do połowy wieku 19-go powagi lekarskie uważały ciążę za pożądane powikłanie gruźlicy; z nastąpieniem ciąży miały przycichać objawy suchot. Już jednak i wówczas byli obserwatorzy, którzy zaznaczali zgubny wpływ porodu na przebieg gruźlicy.

Od połowy wieku 19-go poglądy się zmieniły i doszły obecnie u przedstawicieli szkoły niemieckiej (Niemcy i Włosi) do krańcowego pesymizmu: ciąża jest ciężkiem powikłaniem gruźlicy.

W chwili obecnej trzeźwy i nieuprzedzony sąd o tej sprawie tak sformułować należy:

Ciężko chore rzadko w ciążę zachodzą; jeśli jednak zajdą — to kończy się ciąża albo poronieniem, albo przedwczesnym porodem, który bardzo często poprzedza zgon. W tych przypadkach niepodobna ocenić wpływu ciąży na przebieg gruźlicy.

Inaczej z przypadkami najczęstszymi, kiedy ciąża wikła sprawę gruźliczą niezłśliwą lub chwilowo zupełnie wygasła.

A priori należy przewidywać pogorszenie; bo ciąża upośledza czynności fizjologiczne narządów oddychania, krążenia i trawienia, upośledza skład krwi.

Statystyka potwierdza to teoretyczne przypuszczenie, ale gdy np. Niemiecka zaznacza dużą odsetkę pogorszeń pod wpływem ciąży, francuzka — nie stwierdza szczególnie złych skutków.

Braki istniejących zestawień statystycznych zależą od krótkości obserwacji, które czynione bywały w szpitalach, klinikach położniczych i sanatoryjach ludowych.

Rozwiązać to zagadnienie mogą jedynie spostrzeżenia praktyki prywatnej, głównie — spostrzeżenia lekarzy małomiasteczkowych, którzy przez lata obserwują pewien materiał kliniczny.

Z własnego doświadczenia (szpitalnego, ambulatoryjnego; praktyki fabrycznej i prywatnej), S t e r l i n g doszedł do na-

stępnych wniosków: 1) Cięża wzmagą skłonności indywidualne do gruźlicy. 2) Cięża nie zawsze jest groźnym powikłaniem gruźlicy. 3) Groźne są cięża częste i szybko po sobie następujące. 4) *Pierwsze* objawy gruźlicy, występujące właśnie podczas ciąży — dają rokowanie złe. 5) Nienależy przypisywać ciąży tych skutków, jakie wywołują współistniejące czynniki: np. taka choroba, jak influenza, lub brak środków utrzymania z powodu niemożności zarobkowania. 6) Pogorszenie objawów gruźlicy pod wpływem ciąży w żadnym nie zostaje stosunku z okresem gruźlicy.

Poród bezpośrednio pogarsza jedynie gruźlicę otwartą, kiedy przez inspirację powstają nowe ogniska zapalne w częściach płuc dotąd zdrowych.

Poronienie jest najczęściej skutkiem zaostrenia się sprawy gruźliczej, więc nie gra roli czynnika pogarszającego gruźlicę. Czasem objawy posocznicy po poronieniu właściwie są objawami ostrej gruźlicy.

Karmienie długotrwałe bezwarunkowo pogarsza istniejącą gruźlicę.

Narzeczeństwo nieraz budzi uśpioną gruźlicę. O sposobach zapobiegania złym skutkom ciąży wypowie zdania kol. Saks.

b) Kol. Saks, stwierdzając szkodliwy wpływ ciąży na przebieg gruźlicy płuc i krtani, wypowiada zdanie, że najgłośniejsze zadanie lekarzy sprowadza się do zapobiegania ciąży. Omawia najrozmaitsze sposoby zapobiegania ciąży, wykazuje niemożliwość przeprowadzenia w praktyce bezwzględnej wstrzeźliwości płciowej, wytyka niepraktyczność czynienia nieplodnymi kobiet na drodze zabiegu operacyjnego, omawia coitum interruptum, per condom — znaczenie pessarii oclusivi i najrozmaitszych proszków, czopków z pewnymi środkami chemicznymi, przyczem stwierdza względną pewność wszystkich powyższych środków.

Na wypadek stwierdzenia ciąży u osoby, dotkniętej gruźlicą, kol. Saks wypowiada zdanie, że tylko w początku ciąży może być mowa o przerwaniu jej, wywoływanie zaś porodu przedwczesnego uważa prelegent za zabieg chybiony. Przerwanie ciąży we wczesnych jej okresach uważa kol. Saks za wskazane li tylko przy postaciach gruźlicy bezgorączkowych z nieznanymi zmianami w płucach. Na poparcie swoich poglądów przytacza prelegent pięć historii chorób, w których zostało wywołane poronienie u osób, gruźlicą dotkniętych: w dwóch

przypadkach z zejściem pomysłnym w sensie powstrzymania niejako sprawy chorobowej, w jednym zaś przypadku gruźlicy krtani i dwóch przypadkach gruźlicy płuc, przebiegających z podniesioną ciepłotą ciała, rezultat był fatalny; chora bowiem, gruźlicą krtani dotknięta, zmarła w kilka miesięcy później; chore zaś gruźlicą płuc dotknięta, u których choroba zaczęła szybko postępować podczas ciąży, przyczem przebiegała w wysoką ciepłotą, zmarły w kilkanaście dni po poronieniu przy objawach gwałtownie postępującej choroby. Kol. Saks wypowiada zdanie, że w przypadkach przebiegających z wysoką ciepłotą, acz bez znacznych zmian obiektywnych w płucach, poronienie sztuczne nie korzysc, lecz tylko szkodę przynieść może.

c) Kol. Przedborski, mówiąc o wpływie ciąży na gruźlicę krtani, sądzi, że cięża może wpłynąć na powstanie gruźlicy; na potwierdzenie przytacza przypadek gruźlicy pierwotnej krtani u ciężarnej. Sądzi on, że możność zatrucia CO₂ i sprawa przerwania ciąży wzajemnie zależą od siebie.

V. Kol. M. Cohn demonstruje pęcherzyk żółciowy wyjęty wraz z 12 kamykami kilkuletniemu dziecku.

Posiedzenie z dn. 16/V.

I. Po odczytaniu protokołu, kol. Gole kwestyonuje to odczytywanie, uważając je za zbyt częste.

Kol. Sterling, w odpowiedzi, prosi się na regulamin Towarzystwa, który wymaga odczytywania protokołu.

II. Sekretarz odczytuje odezwę Tow. Hygienicznego, zawiadamiającą o posiedzeniu w d. 30. VI, na którym p. L. Gajewicz odczyta referat w sprawie samorządu.

III. Kol. Brudziński odczytuje wynik oględzin szpitala Czerwonego Krzyża w Łodzi. (p. str. 285).

Posiedzenie z dn. 6. VI.

Obecnych 40 członków.

I. Kol. Trenkner demonstruje chorobę dotkniętą ataksją.

II. Kol. Groszlik demonstruje chorobę dotkniętą Vitoliginę.

III. Kol. Wasserman przedstawia chorobę operowaną z powodu raka odźwiernika przed rokiem. Obecnie guz jest i jest większy.

IV. Kol. Goldman przedstawia chorobę po wycięciu wola, przed 4 tygodniami,

prawie wygojoną. Ten sam przedstawia wypadek wyleczenia chorego po ranie postrzałowej leczonej konserwatywnie. Ten sam chorego z raną postrzałową tętnicy axillaris i spłotu ramieniowego. Kol. Kłozenberg — mówi o stronie nerwowej sprawy.

V. Kol. Grosplik przedstawia chorego dotkniętego przymiotem z żółtaczką.

VI. Kol. Goldman mówi o metodzie Biera, przedstawia w trakcie odczytu chorego Bierowanego.

W dyskusji nad odczytem kolegi Goldmana — kol. Waserman mówi o kłopotliwości stosowania opaski Biera i o tym, że Bier zrzekł się dłuższego stosowania niż 1—3 godzin.

O bańkach Klappa mówi, że sam Bier, wymaga by bańka była większą od nacieczenia. Pyta o stosowanie przy mastitis chronical intestinalis, gdzie jest dużo tkanki bliznowatej. Sądzi, że tu niema warunków stosowania Biera.

Kol. Pieniążek mówi o stosowaniu metody Biera w cierpieniach górnego odcinka dróg oddechowych. Zaczęto od stosowania przy zapaleniu wyrostka sutkowego. W sprawach chronicznych zapaleń nosa i gardzieli, gdzie mało strupów; miał dobre wyniki, przy cierpieniach antri Highmori; obserwował znikanie bólu w przypadkach Dysfagia w tuberculosis krtani, chorzy ci — Bierowani, wkrótce jedli. Metoda zdawałoby się winna szkodzić, wywołując obrzęk, tego nie było, wszystkie wypadki zachęcają do stosowania.

Kol. Landaum mówi, że dr. Deutschlender chwali stosowanie Biera przy złamaniach kończyn.

Kol. Grosplik mówi, że przy syphlis serpigiosa, która nie reaguje na K. J. i H. g., Bierowanie winno być pomocne.

Kol. Pieniążek stosował je na sobie przy katarze nosa.

Kol. Goldman w odpowiedzi kol. Wasermanowi, że chodzi nie o długość nie seansu, lecz chodzenia do lekarza. Co do leczenia mastitis intestinalis—niema doświadczeń, i nie spotykało nich wzmianek w literaturze. Sądzi, że metoda, która zdaniem Biera wydobywa na wierzch ropnie, zrobi toż samo w cierpieniu, o którym mowa. Sądzi, że nie jest słuszną myśl kol. Grosplika, gdyż może dyskretnie metodę. Sama metoda musi się przyjąć. Körte — żądał mówienia o złych wynikach, gdyż dobre są przesądzone.

Kol. Sterling mówi, że mamy w wypadku Grosplika do czynienia ze sprawą nie zapalną, lecz raczej nowotworową.

Kol. Grosplik nie zgadza się ze zdaniem, że jakąś metodę należy stosować jedynie w wypadkach wypróbowanych.

Kol. Waserman mówi, że maleńkie ropnie przy mastitis intestinalis nie mają dążności powiększania się.

VII. W sprawie pokazu kol. Trenknera mówi kol. Kłozenberg, że mamy tu flexio dorsalis palucha, brak odruchów Achillesa, co decyduje o dyagnozie, wiemy że przytabesie brak Achillesa decyduje; sądzi, że jest to morbus Friedreichi. Z początku wydawało mu się, że jest to morbus Litle'a.

Kol. Grosplik mimo niedokładności wywiadów co do dziedziczności, sądzi że jest to syphlis hereditaria. Mogą tu być sprawy parasyfilityczne; stosowałby leczenie antiluetyczne.

Kol. Brudziński mówi, że wygięte nogi w kształcie X i wielka głowa świadczą o krzywicy, lecz nie o syfilisie.

Kol. Sterling mówi o wypadku kol. Grosplika (lues z żółtaczką): brak mierzenia gorączki.

Kol. Grosplik nie powiada, że każdy icterus specyficzny dobrotliwy może przejść w złośliwą postać, należy się jednak mieć na baczności.

VIII. Kol. Krusche demonstruje guz wychodzący z wargi sromowej. Guz był olbrzymi.

IX. Kol. Waserman demonstruje guz wycięty.

X. Kol. Maksymilan Coh n przedstawia preparat otrzymany za pomocą *Cholecystectomy*. A. R. lat 45, żona buchaltera w Łodzi przyjęta do szpitala małż. Pozn. dnia 19. IV, operowana dnia 21. IV.

Wywiady: w rodzinie chorób dziedzicznych nie było. Rodziła 6 razy i raz poroniła w piątym miesiącu. Od lat wielu od czasu do czasu uciuwała gnienieczenie w dołku sercowym w większym lub mniejszym stopniu; obecne cierpienie trwa od połowy grudnia r. z. Napady silnych bólów w okolicy wątroby stawały się coraz silniejsze, częstsze i bardziej długotrwałe. Od stycznia chora prawie wcale nie wstawała z łóżka; sypia bardzo mało, apetyt marny, silnie wychudła. Na operację zgadza się chętnie w nadziei, że następstwem jej będzie zejście śmiertelne, które wybawi ją z nadmiaru cierpień.

Stan obecny. Średniego wzrostu, węższej budowy, wyniszczona i w wysokim stopniu zdenerwowana. T^o 37,8. Tętno 99. Serce i płuca bez poważniejszych zбоcezeń. W moczu białka, ani cukru nie ma. Wydatne ślady barwników żółciowych. Wątroba powiększona. Poniżej prawego łuku żebrowego guz formy podłużnej, wielkości małej pięści, ruchomy przy oddychaniu; w górnej części zlewa się z wątrobą.

Rozpoznanie: Cholecystitis chronica (Empyema?).

Operacja. Cięcie pionowe poniżej wyrostka mieczykowatego, długie na 5 ctm. następnie skośne na prawo na przestrzeni $\frac{2}{3}$ części mięśnia prostego brzucha, w dalszym zaś ciągu znowu w kierunku podłużnym do wysokości pępka. Całe cięcie ma zarys bagnetu (Cięcie Kehra) i jest długie na 16 ctm. Po przecięciu otrzewnej okazuje się, iż cały prawie pęcherzyk żółciowy, mając postać guza cylindrycznego znacznych rozmiarów, zrosnięty jest z siecią oraz w części z poprzeczną. Zrosty częściowo oddzielić się dają na tępo, częściowo za pomocą nożyczek. Wobec chorobliwie zmienionego pęcherzyka, którego ścianki w dwóch miejscach są blisko pęknięcia skutkiem nadżarcia z wewnątrz i po przekonaniu się o normalnym stanie trzustki przystąpiono do jego wyluszczenia; na przewód pęcherzykowy nałożono kleszczyki, przeprowadzono cięcie okólne, poczem wyluszczenie pęcherzyka z łożyska wątroby udaje się bez znacznego krwawienia. Przewód pęcherzykowy zostaje przecięty między kleszczykami, na kikut jego zakłada się dwie ligatury. Na łożysko wątroby zostaje nałożony tampon, wyprowadzony po za ściankę brzuszną, która nad i pod nim zostaje zeszyta szwami jednorzędowymi. Opatrunek. Uśpienie chloroformowe. Czas trwania operacji trzy kwadransy. Wyjęty pęcherzyk długości około 16 ctm., mający w największym obwodzie 14 ctm., wypełniony jest mętnym lepkiem płynem zawierającym 14 kamyków wielkości około pestki od wiśni z brzegami szlifowanymi, koloru ciemno-brunatnego, konsystencji, twardej.

Przebieg w ciągu pierwszych dni 5-ciu, to jest do dnia dzisiejszego pomyślny.

Przypisek dodatkowy. Chora wypisała się ze szpitala d. 10. VI z małą raną na zagojeniu.

S. Skalski.

Posiedzenie z dn. 20. VI.

I. Kol. Goldm. a n demonstruje chorobę po wycięciu wola.

II. Kol. Trenkner przedstawia dziecko dotknięte cierpieniem, co do którego nie jest pewny, czy ma do czynienia z hydroa, czy z pemphigus.

III. Kol. Bełżyński przedstawia chorobę z przetoką Bierowaną z pomyślnym wynikiem.

IV. Kol. Schoeneich przedstawia dziecko 8 dniowe z zupełnym zrosnięciem palców rąk i nóg i zniekształceniem czaszki (nos siodłowaty, powiększenie i wysunięcie ku przodowi ciemiączka czołowego).

V. Kol. Trenkner mówi o wynikach leczenia płonicy surowicą swoistą Palmirskiego w szpitalu Anny Maryi, (drukowane w „Czasopiśmie“).

W dyskusji kol. Skalski pyta o zasadę normowania dawek surowicy.

Kol. Gutentag mówi, że stosował surowicę przeciwskarlątnową przez 2 epidemie. Stosował w wypadkach lekkich i ciężkich. Wyniki złe. Co do rozpaczliwego wypadku, o którym mówił kol. Trenkner, pyta czy błony wrzeczki były badane na Löfflera.

Kol. Sonnenberg pyta, czy pokrzywka po zastrzykiwaniu surowicy była ogólna, czy częściowa.

W odpowiedzi kol. Trenkner zaznacza, że o dawkowaniu decyduje wiek chorego i ciężkość przypadku. Palmirski zaleca 25,0, 100,0 nie przekraczali, lecz do 100,0 dochodzili.

Kol. Gutentagowi, że nie przypomina sobie, czy badano naloty, dalszy jednak przebieg usuwa wątpliwości, co do swoistości błon, była bowiem nekroza.

Kol. Sonnenbergowi: pokrzywka była ogólna, dziecko chwilami puchło, było również ogólne zajęcie gruczołów. Co do Serumkrankheit, to prelegent widział ją u Mosera, gdzie dzieci robią wprost straszne wrażenie, iniekują tam do 180,0.

Kol. Sterling w sprawie wypadku Gienia Górskiego, pyta, czy dane rokownicze są pewne, czy też prawdopodobne? Zdaniem kol. Sterlinga szkodliwości surowicy nie widać w danym wypadku; zrazidby się było można do surowicy, gdyby na „stopniach ciężkości“ każdego wypadku można było bezwzględnie polegać. Nie jest to jednak grunt całkowicie pewny. Pyta wreszcie, czy dopuszczalnym jest produkowanie mate-

ryału z oddziały szkarlatynowego w postaci dokumentów w licznych zebraniach.

Prelegent odpowiada, że wszystko poddano odkażaniu, wobec czego kol. Sterling swój zarzut cofa.

Stopniowanie rokowania ma wartość jedynie względną. Wypadek G. G. zdemoralizował lekarzy szpitalnych; oddziały na ich psychikę. O szkodliwości surowicy nie prelegent nie mówi i mówić nie chce, nie widzi jednak swoistego działania.

Kol. Sterling odpowiada, że jeśli przyjąć mylną rolę rokowania, to dany wypadek już a priori, bez surowicy, mógł być ciężki.

Kol. Fankanowski stosował surowicę 2 lata; zastrzykiwał po 50,0; wyniki były świetne, choć powikłania się trafiały.

W roku bieżącym widział wypadek, w którym kol. Osiecki 2 razy zastrzykiwał po 25,0; nastąpiła tam zgorzel skóry na obrzymiej przestrzeni i śmierć.

Kol. M. Cohn podkreśla niewłaściwość nazwy surowicy — antyszkarlatynowa. Jest to nazwa wprost nieuczciwa: matka-robotnica słyszy o surowicy, nie wie ona o złych wynikach jej stosowania; ale ma żal do lekarza fabrycznego, gdy u jej dzieci nie zastępuje surowicy. Wobec tego nazwę należałoby zmienić.

Kol. Sonnenberg: przyczyna szkarlatyny o tyle jest znana, że wiemy, iż mamy do czynienia z paciorkowcem. Błąd co do surowicy może polegać na tem, że nie jest ona wiele — lecz mało-wartościową.

Prelegent odpowiada, że badania nad surowicą nie były dokonywane. Co do zarzutu kol. M. Cohna, stawianego nazwie surowicy, prelegent sądzi, że należy nie tylko nazwę zmienić, ale i surowicy nie stosować.

Przytacza wypadek stosowania surowicy przez jednego z kolegów podczas strejków w rodzinie ubogiego robotnika z opłakanym wynikiem. Pyta, czy wolno to robić.

W odpowiedzi kol. Sonnenbergowi mówi, że surowica Palmirskiego ma być wielowartościową.

Kol. Mogilnicki mówi, że sprawa przyczynowości paciorkowca nie jest rozstrzygniętą.

Kol. Sterling sądzi, że surowica winna usunąć choćby objawy wyraźnie septyczne, bo te zależą od paciorkowców.

Kol. Mogilnicki mówi, że Palmirski otrzymywał swą surowicę z je-

dnej epidemii, mogła więc nie być skuteczna w innej.

Kol. M. Cohn mówi: sąd Trenknera i Brudzińskiego jest miarodajny, a jako taki winien być wzięty pod uwagę przez lekarzy. Dziś widział jednak 3 wypadki stosowania surowicy.

Prelegent wyjaśnia, że 41 wypadków, to zbyt mało na sąd. Obserwacje prowadził sam, kontrolowania dokonywał kol. Brudziński. Dalsze obserwacje są prowadzone przez kolegę Schoeneicha, który za pół roku przedstawi odpowiedni materiał z tego samego szpitala Anny-Maryi.

Kol. Sterling proponuje wniosek, by wobec niepomyślnych wyników stosowanie surowicy Palmirskiego, zacząć stosować inny gatunek surowicy.

Kol. Justman mówi, że wyniki zależą od braku własności leczniczych surowicy. W ostatnich czasach Heubner twierdzi, że surowica przeciwszkarlatynowa nie daje innych wyników, prócz złych.

Kol. Skalski stosował surowicę Bujwida w Tuszynie. Wrażenie było dodatnie; o wrażeniu jedynie może być mowa, gdyż obserwacja nie mogła być ścisłą.

Kol. Sterling podkreśla odrębność każdej epidemii.

VI. Kol. Sonnenberg co do demonstracji kol. Trenknera mówi: Jest to cierpienie opisane po raz pierwszy przez Tilbury'ego Fox'a pod nazwą Dishdrosis. Odnacza się powstawaniem pęcherzyków rozmaitej wielkości, od główki szpliki do grochu. Zawartość pęcherzyków po pewnym czasie staje się ropną. Cierpienie omawiane powstaje mocne swędzenie i palenie. Jest ono umiejscowiona najczęściej na rękach, ztąd druga nazwa: Cheiropompholyx. Spotykamy często cierpienie to na stopach, rzadziej na tułowiu i twarzy. Pęcherzyki nigdy nie pękają.

VII. Kol. Goldman co do demonstracji kol. Bełżyńskiego mówi, że przetoka zagoiła się prędko. Jako ciekawy przytacza wypadek, gdzie Bier mógł zaszkodzić. Chory przywieziony był z Radomia z przestrzeloną jamą ustną. Stosowali Biera. Ciepłota spadła. Na 2-gi dzień nastąpił krwotok sztuczny z nosa, ust i ucha. Krwawienie było z wyrostka cykowatego; odszukali naczynie, zatamponowali i zastosowali żelatynę, a po 2-ach dniach przewiązali cerotis comunis. Wobec tego, że krwawienie nastąpiło w 8ym dniu po postrzale, pyta czy Biero-

wanie nie spowodowało oderwania się skrzepu.

Kol. Sterling pyta, czy nie było tutaj odbicia naczynia.

Kol. Goldman przypuszcza, że mieli do czynienia z oderwaniem się skrzepu; tego rodzaju wypadki są połączone z późnym krwawieniem mieli.

S. Skalski.

Posiedzenie administrac. w d. 5/IX. 06.

I. Prezes odczytał proponowaną przez Zarząd Tow. odezwę do Prezydenta miasta i pp. radnych w sprawie walki ze szkarlatyną; odezwę, po krótkiej dyskusji, w której brali udział kol. Saks, Koliński i Sterling, postanowiono wydrukować.

II. Prezes odczytał list D-ra Beckmana jako odpowiedź na referat komisji w sprawie kol. Drebina. Towarz. przyjęło to do wiadomości i uchwaliło przejść nad tem do porządku dziennego, jako nad sprawą nie zasługującą na dyskusję.

III. Przedstawiono wniosek Koła lek. fabr., aby Tow. Lek. zgodziło się być instancją apelacyjną dla sądu rozjemczego Koła. Po odczytaniu ustawy „Koła“ zgodzono się na uzupełnienie regulaminu Tow. Lek. w tym sensie, iż Tow. Lek. może rozpatrywać sprawy wnoszone do Towarzystwa przez organizację Koła lekarskiego.

IV. W sprawie wydelegowania komisji do spraw kasy Komitetu pomocy dla rodzin lekarzy powołanych na Daleki Wschód, Towarz. przychyliło się do wniosku Zarządu i powołało kol. Brudzinskięgo i Littauera do tej rewizji.

V. Prezes odczytał interpelację podpisaną przez 10 członków Tow. z żądaniem podania motywów w pewnej, przez Zarząd rozpatrywanej, sprawie, mianowicie co do zwrócenia się jednego z członków Towarz. do Zarządu o wydanie opinii, czy pewnym zamierzonym czynem nie uchyli obowiązkom koleżeńskim. Zarząd w przekonaniu, iż zadanie jego polega nie tylko na pociąganiu do odpowiedzialności za czyny już spełnione, lecz tembardziej na zapobieganiu wykroczeniom przeciwko etyce koleżeńkiej, podjął się wyrokowania w tej sprawie, i rozpatrywał tę sprawę jako Sąd, ponieważ jako Zarząd na sobie powierzono wyłączenie czynności określone § 6 Ustawy, („Zarząd zawiaduje sprawami administracyjnymi i majątkowymi i organizuje bieg zajęć naukowych Tow.“).

Na interpelację tę zarząd Tow. komunikuje: wyrokując w danej sprawie jako Sąd koleżeński, Zarząd stosownie do § 92 uwaga II, odmawia przytoczenia motywów decyzji.

Nad odpowiedzią Zarządu wywiązała się dyskusja, w której zabrał pierwszy głos kol. Saks, dowodząc, iż regulamin nie przewiduje podobnej sprawy, przeto Zarząd nie miał prawa jej rozpatrywać.

W odpowiedzi Prezes w dłuższym przemówieniu uzasadnia, iż jakkolwiek regulamin literalnie o takich sprawach nie wspomina, z ducha jednak regulaminu wpływa, że takie sprawy, powinny być rozpatrywane; co zaś do stanowiska Zarządu w tej sprawie, to jeszcze raz podnosi, iż Zarząd z chwilą, kiedy uznał się kompetentnym do sądenia danej sprawy, ukonstytuował się jako sąd — a że działał jako taki, dowód najlepszy, że nie zaprosił na posiedzenie członków Zarządu: pomocn. bibliotekarza i sekretarza, którzy do składu posiedzeń o charakterze sądowym nie wchodzi; więc w myśl regulaminu Tow. ma prawo odmówić przytoczenia motywów.

W dyskusji zabierali jeszcze głos kilkakrotnie kol. Saks, kol. Rundó, kol. Przedborski, kol. Margulies, kol. Goldsobel, dowodząc, iż postępowanie Zarządu nie zgadza się z regulaminem, i kol. Grabowski, który sądzi, iż z chwilą, kiedy Zarząd zakomunikował Tow., że działał jako sąd, nie mamy prawa żądać od niego podania motywów; możemy jedynie, jeżeli nie zgadzamy się na postępowanie Zarządu, wyrazić mu dezaprobatę.

Ze strony zarządu zabrali głos jeszcze Prezes i Sekretarz.

Ostatecznie postanowiono 2 wnioski; pierwszy, składający się z 2 części: — czy Tow. Lek. zgadza się na komentowanie regulaminu przez Zarząd Tow. Lek. w duchu regulaminu i czy w danym wypadku Zarząd komentował regulamin z godnie z jego duchem.

Drugi wniosek, postawiony przez kol. Rundę, brzmiał: „10 członków Tow. Lek. zwraca się po raz pierwszy do Zarządu w kwestyi wyjaśnienia sprawy, zupełnie nowej, której przyjęcie przedstawiało pewne wątpliwości z powodu braku wyraźnej wskazówki w regulaminie. Zarząd odmówił wyjaśnienia, powołując się na odpowiedni § regulaminu; czy Towarz. aprobuje podobne postępowanie Zarządu?“

Wyłoniła się dyskusja, nad którym wnioskiem najpierw głosować, postano-

wiono głosować nad wnioskiem kol. Rundy.

W głosowaniu 15 głosów aprobowano postępowanie Zarządu, 17 nieaprobowano. Po wysłuchaniu rezultatu głosowania Zarząd złożył swoje mandaty. Wobec tego postanowiono rozpisać nowe wybory Zarządu i zwołać w tym celu nadzwyczajne zebranie Towarz. w dniu 12/IX 06.

Zebranie nadzwyczajne w dn. 12/IX. 06.

I. Odczytano protokół zebrania poprzedniego i zatwierdzono go.

II. Na przewodniczącego zebrania poproszono kol. Kolińskiego, który na asesorów prosił kol. M. Cohna i kol. Bernhardta, a na sekretarza kol. Pieniżka.

III. Zebranie rozstrzygnęło odmownie upoważnienie jednego z nieobecnych kolegów do głosowania.

IV. Przystąpienie do wyboru prezesa: kol. K. Jasiński otrzymał 43 gł., kol. Sterling 3 gł., kol. Krusche 3 gł.

Kol. Jasiński oświadczył, że solidarnie z pozostałymi członkami ustępującego Zarządu wyboru nie przyjmują.

Wobec tego zarządzono nowe wybory, które dały rezultat następujący.

Na prezesa: kol. Rundo 26, kol. Krusche 11, kol. Serkowski 5. Kol. Rundo wybór przyjął.

Na wice-prezesa: kol. Krusche 36 gł., kol. Maybaum 4 gł., kol. Szayerowicz 2 gł. Kol. Krusche wybór przyjął.

Na sekretarza: kol. Groszlick 29 gł., kol. Szayerowicz 8 gł., kol. Sonnenberg 8 gł. Kol. Groszlick wybór przyjął.

Na bibliotekarza: kol. Pieniżek 28 gł., kol. Grabowski 8 gł., kol. Justman 3 gł.

Wobec zrzeczenia się wyboru przez kol. Pieniżka, zarządzono nowe wybory, w rezultacie których nikt większości głosów nie otrzymał, mian.: kol. Grabowski 21 gł., kol. Szayerowicz 8 gł., kol. Brzozowski i Prechner po 4 gł. Zarządzone wybory poraz trzeci wypadły jak następuje: kol. Prechner 14 gł., kol. Brzozowski 7 gł., kol. Garliński 5 gł., kol. Szayerowicz 4 gł. Wobec braku znowu większości głosów, zaproszono kol. Prechnera, aby zastępco pełnił obowiąz-

ki I i II bibliotekarza, na co kol. Prechner się zgodził.

Głosowanie na skarbnika dało rezultat następujący: kol. Staweno 29 gł., kol. Zeligson 3 gł., kol. M. Cohn, Brzozowski i Maybaum po 2 gł.

Przewodniczący w imieniu Zebrania wyraził podziękowanie ustępującemu zarządowi.

Koliński, Bernhardt, M. Cohn, Pieniżek.

Posiedzenie z d. 19 września 1906 r.

(W laboratorium Dr. S. Serkowskiego).
Obecnych członków 28.

1) Chemik, Eugenia Schmidt, demonstrował na aparatach Scaffnera próbę fermentacyjną w mleku i wodzie. Fermentacja kwasu mlecznego polega na zamianie cukru mlecznego na kwas mleczny; ten proces polega na hydratacyi według wzoru:

$C_{12}H_{22}O_{11} + H_2O = 4C_3H_6O_3$, przytem wytwarzają się różne poboczne produkty, zależne od takich czynników, jak temperatura, gatunek bakteryi i t. d.

Naprz. przy kwaśnieniu mleka pod wpływem bact. acidi lactici, prócz kwasu mlecznego wytwarzają się tylko ślady alkoholu i aldehydów, a przy fermentacyi mleka pod wpływem bakteryi, należących do grupy aerogenes, wytwarzają się prócz kwasu mlecznego, kwasy: octowy, bursztynowy, mrówczany, alkohol, wodór i bezwodnik kwasu węglowego (CO₂).

Działanie bakteryi pod względem ilościowym określił Hancke w r. 1902, który doszedł do wniosku, że 1000 bact. kwasu mlecznego przeciętnie rozkłada w przeciągu godziny 1/100000 do 1/8000 cukru mlecznego, tak iż jeden gram wilgotnej bakteryjnej waty może rozłożyć w ciągu godziny od 178—4800 gramów cukru mlecznego.

Fermentacja mleka stoi w ścisłym związku z tak zwaną kwasowością mleka. Jeżeli mleko zawiera sodę, kwas borny lub inne środki konserwujące to, bakterye kwasu mlecznego nie mogą się rozmnażać i niema procesu fermentacyi kwasu mlecznego. Otóż ztąd wniosek — nasza próba fermentacyjna ma na celu wykazać, czy w danym mleku odbywa się normalny proces fermentacyi.

Próba fermentacyjna ma większe szanse zastosowania w mleczarniach, ale i w laboratorium jest doskonałym środkiem pomocniczym. Następnie Eug. Schmidt demonstrowała próbę reakcyjną do określania świeżości mleka.

Określanie świeżości mleka, dające zarazem pojęcie o wartości badanego produktu, odgrywa w analityce produktów spożywczych oraz higienicznem ocenianiu wartości mleka, bardzo ważną rolę. Środki konserwujące jak formaldehyd, kwas borny, soda, woda utleniona w różnym stopniu wpływają na kwasowość i na obecność szkodliwych bakterii.

Po dodaniu środków konserwujących część bakterii wymiera, kwas mleczny zobojętnia się na sól tegoż kwasu; przemiana cukru mlecznego na kwas mlecz-

ny zachodzi w nadzwyczaj małych ilościach i fermentacja mleka odbywa się w sposób nienormalny. Cały szereg, doświadczeń, wykonanych w laboratorium Dr. Serkowskięgo, wskazuje, że naprz. H_2O_2 po postu zatrzymuje przemianę cukru mlecznego na kwas mleczny i liczba kwasowości powiększa się po 24 g. zaledwie na 1—3 stopni Thörnera. W niektórych wypadkach otrzymano liczbę zupełnie nie zmienioną, a nawet zmniejszoną.

N ^o doświadczeń	Ilość mleka używ. do doświadczeń.	Gotowane lub surowe.	Ilość ctm. ³ 3%-go roztworu H_2O_2 .	Przechowanie w lodowni lub w pokoju.	Kwasowość przed dodaniem H_2O_2 .	Kwasowość po 24 godz.
1	50 ctm. ³	surowe	bez H_2O_2	w pokoju	23,8	76,07
2	" "	"	5 ctm. ³	w lodowni	23,8	20,74
3	" "	"	bez H_2O_2	w pokoju	18,44	86,82
4	" "	"	10 ctm. ³	w lodowni	18,44	18,44
5	" "	"	15 "	w pokoju	18,44	19,97
6	" "	"	15 "	w lodowni	18,44	19,21
7	25 ctm. ³	"	10 "	w pokoju	36,11	21,51
8	" "	"	5 "	" "	36,11	23,82
9	" "	"	3 "	" "	36,11	25,35
10	" "	"	bez H_2O_2	" "	36,11	81,45
11	50 ctm. ³	"	bez H_2O_2	" "	18,45	83,40
12	" "	"	5 ctm. ³	" "	18,45	16,13
13	" "	"	5 "	" "	18,45	16,13
14	" "	"	2 "	" "	18,45	18,19

Podobne doświadczenia przerobiono, dodając do mleka zamiast H_2O_2 , sodę, kwas borny, formaldehyd. Kwasowość określano w zwykły sposób, mianując 10 ctm.³ mleka rozcieńczonego podwójną ilością H_2O $\frac{1}{10}$ N. KOH. Ilość zużytych ctm.³ $\frac{1}{10}$ N. KOH na 100 ctm.³ mleka wyraża liczbę kwasowości mleka podług Thörnera.

Z powyższej tablicy widzimy, że, określając świeżość mleka badanego na mocy liczby kwasowości, popełniamy błąd w najwyższym stopniu.

Aby więc móc ocenić świeżość i stosunkową wartość higieniczną mleka, musimy zwrócić uwagę na inne własności chemiczne mleka, a głównie na własność redukcijną.

Mleko, jak wiadomo, redukuje cały szereg ciał i przemienia siarkę na siarkowodór, odbarwia indol, lakmus, methylenblau i t. d.

Biorąc te zjawiska pod uwagę, a głównie, opierając się na odbarwianiu

methylenblau, Müller podaje bardzo dogodny i łatwy sposób określania świeżości mleka. Mleko redukuje, odbarwia methylenblau.

Jak dowiodła Schmidt, redukcja methylenblau w mleku zajść może tylko pod wpływem trzech czynników: 1) cukru mlecznego, 2) fermentów, 3) bakterii. Redukcja pod wpływem fermentów zachodzi tylko w obecności formaldehydu; cukier mleczny redukuje methylenblau tylko w wyrażnie alkalicznym odczynie; — redukcja zaś methylenblau w świeżem mleku, nie zawierającym formaldehydu i oddziaływającym nie alkalicznie, zachodzi jedynie tylko pod wpływem bakterii. Wychodząc z tego, Müller w następujący sposób określa świeżość mleka: do kolbki lub flaszki małej nalewa się pewną (50 ctm.³) ilość mleka badanego, dodaje się 10—15 kropeł wodnego roztworu methylenblau do turkusowego zabarwienia, następnie warstwę 1 mm. oleju zwyczajnego, żeby nie by-

ło dostępu powietrza. Szczelnie zatykamy naczynie korkiem i wstawiamy do kąpieli wodnej, ogrzanej do 40°C. (nie wyżej), od czasu do czasu zaglądając, czy mleko nie odbarwiło się. Gdy mleko odbarwi się i przyjmie swój pierwotny wygląd, doświadczenie skończone. Słabo niebieskie zabarwienie, pozostające pod warstwą oleju, niema żadnego znaczenia.

Mając do badania próbę mleka, określamy najpierw kwasowość, środki konserwujące i ciężar gatunkowy mleka, następnie ściśle wykonywamy próbę redukcijną Müllera.

Następnie E. Schmidt omówiła znaczenie wody utlenionej jako środka konserwującego, którego zalety są następujące: pod wpływem wody utlenionej bakterie obce w mleku wymierają; oprócz smaku, inne fizykalne własności mleka pod wpływem wody utlenionej nie zmieniają się; przez gotowanie w łatwy sposób woda utleniona może być usunięta z mleka, ponieważ przy wyższej temperaturze woda utleniona rozkłada się na wodę i tlen.

Następnie prelegent zademonstrował metodykę wykrywania wody utlenionej w mleku, zwracając głównie uwagę na dwa odczynniki, kwas wanadowy (HVO³) i para-phenyldiaminę.

II. Dr. St. Serkowski demonstrował szereg nowych gatunków bakterii, jako to *Spirochaete pallida*, *bac. fusiformis* (wyosobniony w Łodzi w 2 przypadkach za pomocą pożywek Lewkowicza), *Streptococcus mastitidis*, *bac. Marpmann'a* (t. zw. „*barabacillus*“), bakterie wyosobnione z *Laktobacilliny Miecznikowa*, kilka nowych odmian bakterii kwasu mlecznego, kilka odmian bakterii zatrucia mięsnego—*bac. enteritidis Gärtneri* i in. Dalej demonstrował różne sposoby przygotowania emulsji bakterii typhi, b. paratyphi, paciorkowców, metodykę aglutynacji makroskopową i drobnowidzową, co było przedstawione w rozmaitych okresach skupienia na lasecznikach duru, paratyphusu B i paciorkowcach, a także metodykę zbierania krwi na bibule (t. zw. papierki aglutynacyjne) i wykonany z pomocą ich odczyn Widala z *bac. typhi*, paratyphi A, B, alfa, beta.

III. Inż. chem. Jan Kruszewski demonstrował najnowsze sposoby określania białka mocznika, oraz indykanu w moczu. Co do określania procentowości białka, pokazał, prócz znanej metody Esbacha, szereg analiz nowszych, określających je w dokładniejszy sposób. I tak prócz analizy wagowej (najdokład-

niejszej), metodę Buchnera, polegającą na strąceniu białka gotowaniem danego moczu, rozpuszczeniu wypadających fosforanów kilku kroplami HNO₃, i pozostawieniu osadu wraz z moczem w ilości 8 cmt. z 2 cmt. roztworu soli kuchennej na godzinę; Odczytana każda porcja osadu odpowiada 1% białka.

Następnie demonstrował nowy sposób analizy optyczno-ilościowej Hegerstaedta, gdzie rozcieńczony 10-krotnie mocz, kolejno w szeregu epruwetek raz jeszcze 10..... 9..... 8..... 7..... i t. d. razy się rozcieńcza, i następnie bada; próbę Hellera na powstawanie mętnego pierścienia w miejscu zetknięcia moczu z kwasem azotnym.

Jeżeli w początku 3 minuty (dokładnie) pierścień się pojawi, to ze stopnia rozcieńczenia moczu w danej próbówce oblicza się procentowość białka według wzoru

$$X = \frac{s(v+a)}{300 v}$$

(a—ilość wody, — v, ilość rozcieńczonego moczu; s—stopień rozcieńczenia.

Analizy powyższe, wykonane przy demonstracji jednego i tego samego moczu, dały następujące wyniki:

Analiza wagowa	— 3,37 ^{0/100}	białka
Metoda Esbacha	— 2,9 ^{0/100}	„
„ Buchnera	— 3,1 ^{0/100}	„
„ Hagerstaedta	— 3,25 ^{0/100}	„

Z aparatów wyrażających zawartość mocznika demonstrował J. Kruszewski aparaty Rieglera, Hafnera i Bourieza. Na życzenie audytorium dokonane zostały analizy porównane metodą Rieglera i Bourieza. Demonstrowany mocz wykazał: metodą Rieglera 23,68 gr. (w litrze), zaś Bourieza 24,5 gr. mocznika. Ostatnia cyfra mnożona przez empirycznie znaleziony mnożnik, 0,967 zbliża się do wyniku otrzymanego według Rieglera.

Nakoniec zademonstrował J. Kruszewski reakcyi służących do wykrycia indykanu w moczu (oksydowanie podchloraanem indoksyłu na indygotynę, — i reagowanie na badany mocz roztworem paradimetylamidobenzaldehydem — zabarwienie czerwone).

IV. Dr. H. Rosenthal. *O paratyfusie z punktu widzenia klinicznego.* (Druk. w „Czas. Lek.” str. 218).

A. Goldman.

Posiedzenie zwyczajne d. 3/X. 06.

Członków obecnych 20.

I. Prezes: a) wita jako gościa kol. Goldenberga z Ozorkowa.

b) zawiadamia, że kol. Skalski podał się dymisji, jako II-gi sekretarz, solidaryzując się z poprzednim zarządem w sprawie wyluszczonej na ostatnim posiedzeniu administracyjnym; opóźnienie ze strony kol. Skalskiego zostało wywołane jego nieobecnością w kraju.

c) podaje do wiadomości ogółu, że w sprawie wynikłej na poprzednim posiedzeniu dyskusji o zarządzeniach przeciw szerzeniu się szkarlatyny w mieście postanowiono rozesłać do wszystkich kolegów szereg wniosków.

Z powodu otwarcia w dniu 20 września r. b. w mieście naszym Kamery dezynfekcyjnej, urządzonej w specjalnym gmachu przy ulicy Łąkowej, a także domu izolacyjnego przy ul. Andrzeja № 79, poruszoną została przez kol. Serkowskiego kwestya dezynfekcji, w której obecni na posiedzeniu wypowiedzieli się w następujący sposób:

1) Lekarze obowiązani są zawiadomić Komisję Sanitarną o chorobach infekcyjnych przy pomocy kartek specjalnych, które wrzucać należy do skrzynek pocztowych bez marek. Kartki mają być dostarczane lekarzowi przez Magistrat.

2) Dezynfekcja odbywa się bezpłatnie na zlecenie lekarza, skierowane do zarządzającego Kamery dezynfekcyjną (Dra Serkowskiego).

3) Dezynfekcja odbywa się: po szkarlatynie, ospie, tyfusie plamistym i dyfterycie, ewentualnie, w razie gdy Kamera dezynfekcyjna wydołała zapotrzebowaniom, i po innych chorobach zakaźnych.

4) W razie śmierci lub udania się chorego do szpitala, dezynfekcja uskutecznia się zaraz; gdy zaś chory leczy się w domu, dezynfekcja odbywa się przy płonicy po 6 tygodniach od zachorowania, przy innych chorobach zakaźnych—stosownie do uznania lekarza.

5) Pożądaniem jest, aby lekarze w miarę możliwości dopilnowali, żeby w wiadomych nie przypadkach chorób zakaźnych dezynfekcja we właściwym czasie uskuteczniłą została.

6) Otoczenie i rekonwalescent na czas dezynfekcji umieszczają się w domu izolacyjnym.

7) Uznano potrzebę, aby Tow. Lek. łącznie z Hygienicznym zajęło się popularyzacją sprawy dezynfekcyjnej.

d) odczytuje list prezydenta miasta Łodzi z prośbą o wybór delegatów do komisji sanitarnej miejskiej. Po ożywionej dyskusji prezes proponuje wybór kol. Grabowskiego — co zostało przyjęte przez aklamację; kol. Grabowski wybór przyjmuje, o czym postanowiono zawiadomić prezydenta.

II. Bibliotekarz odczytuje list kol. Sterlinga, dołączony do przesłanych w darze dla Tow. książek; postanowiono piśmienne podziękowanie kol. Sterlingowi.

III. Kol. Goldmań przedstawia 19-letnią Bronisławę K., wyleczoną metodą Biera z ostrego ropnego zapalenia wyrostka sutkowego wskutek zapalenia średniego ucha; zupełne zagojenie zarówno sprawy ropnej w wyrostku sutkowym, jak i w średnim uchu, nastąpiło w przeciągu 5 tygodni.

Kol. Przedborski potwierdza dobry wynik leczenia w danym przypadku, zaznaczając, że już w 3 tygodniu po rozpoczęciu leczenia metodą Biera błona bębenkowa wyglądała zupełnie normalnie.

Kol. Helman widział chorą w przebiegu leczenia o kilka dni wcześniej, niż kol. P., i również już znalazł normalny wygląd błony bębenkowej.

IV. Kol. Pański. *Wypadek dwustronnego porażenia nerwu twarzowego z przedstawieniem chorej.* (Druk. w „Czas. Lek.“ str. 255).

V. Prezes odczytuje list Dr. Serkowskiego otrzymany na posiedzeniu. W liście kol. Serkowski zawiadamia, że doszedłszy do wniosku o bezpożyteczności pracy w komisji sanitarnej — podał się do dymisji jako zarządzający dezynfekcją miejską i jednocześnie prosi o przedyskutowanie na posiedzeniu Towarz. następującego wniosku:

„Niezależnie od szpitala i dezynfekcji, uważałbym za konieczne natychmiastowe urzeczywistnienie następujących i równocześnie wszystkich wniosków:

1) Zbadanie pralni, aby nie były rozsądnikami zarazy, jak to miało i ma miejsce na ulicy Zielonej w Łodzi.

2) Zbadanie stanu zdrowia osób (ich rodzin) w mleczarniach i sklepach spożywczych.

3) Zbadanie, czy w domach, gdzie znajdują się piekarnie i cukiernie, w rodzinach osób, pracujących w piekarniach i cukierniach, oraz w izbach, skąd mleko jest dostarczane — niema chorych na

szkarlatynę, w razie pozytywnym—przedsiębrać odpowiednie środki.

4) Zobowiązać zarząd tramwajów, aby konduktorzy nie przewozili tramwajami chorych na szkarlatynę, a biorąc pod uwagę trudności tego zarządzenia—aby zarząd dezynfekował wagony.

5) Wprowadzić w czyn postanowienia komisji sanitarnej co do grzebania zmarłych na szkarlatynę w ciągu 24 godz.; komisya to postanowiła, ale nie wykonała.

6) Wpłynąć na otwarcie domu izolacyjnego, który *dotychczas nie jest otwarty!*

7) Zobowiązać właścicieli mykw i zakładów kąpielowych, aby: 1) nie wpuszczano chorych i rekonwalescentów i 2) aby zaprowadzono dezynfekcję wanien i zbiorników.

8) Zwrócić uwagę na szerzenie zarazy przez składy śmieci, kości, odpadków.

9) Zwrócić uwagę, aby lekarze i pielęgniarki nie roznosili zarazy po mieście (używanie fartuchów, dezynfekowanie ich w kamerze).

10) Unormować sprawę ambulatoryum i segregację chorych w ambulatoriach, ponieważ *największe niebezpieczeństwo przedstawiają lekkie, ambulatoryjne przypadki szkarlatyny oraz zdrowi przenosiciele zarazy z jej ognisk.*

11) Komisya sanitarna ustanowiła 4 lekarzy, którzy mają „zwidzić“ szkoły tylko elementarne, zbadać stan zdrowia uczniów i wypytać się o zdrowie rodzeństwa; taki środek był do przewidzenia 1/2 roku temu, ale obecnie przy pandemii szkarlatyny należy wyznaczyć nie 4 lecz większą liczbę lekarzy, zamknąć szkoły na krótki czas zupełnie w podwójnym celu — w celu zbadania uczni i ich rodzin *w domach*, nie w szkołach, i w celu zdezynfekowania lokali szkolnych.

Doświadczenie uczy, że podczas epidemii płonicy 40% przypadków udziela się przez szkołę. Na 190 śmiertelnych wypadków w okresie 14—24/IX 1/3 przy-

pada na wiek szkolny, a 2/3 na przed-szkolny. Ten środek opieram na doświadczeniu innych miast, gdzie była epidemia szkarlatyny, na wnioskach przedostatniego Zjazdu Hygien. i na wnioskach X Pirog. Zjazdu Lekarzy“.

Po dyskusyi w której przyjmowali udział Prezes, Sterling, Skalski, Krusche, W. Jasiński, Handelsman, Goldman, M. Cohn postanowiono szereg następujących wniosków:

1) Pozostawienie w obecnej chwili kamery dezynfekcyjnej bez fachowego kierownika jest krzyżującym brakiem.

2) Przy zawiadamianiu o chorobach zakaźnych w lokalach użyteczności publicznej, jak pralnie, sklepy spożywcze, piekarnie, mleczarnie, zakłady krawieckie i t. p. należy na kartkach uczynić odpowiednią wzmiankę, aby lekarze sanitarni mogli na to miejsce zwrócić szczególną uwagę.

3) Zmarli na szkarlatynę winni być chowani w ciągu 24-ch godzin, co, jakkolwiek postanowione, dotychczas nie bywa obowiązkowo wykonane.

4) Dom izolacyjny winien być natychmiast otwarty, co również było postanowione, lecz dotychczas nie wykonane.

5) W szpitalach, gdzie dotychczas niema segregacji chorych ambulatoryjnych, należy ją, wedle możliwości i sił, wprowadzić; przy szpitalu szkarlatynowym należy otworzyć ambulatoryum wyłącznie dla dzieci chorych na szkarlatynę.

6) Lekarze sanitarni winni w którym czasie (w ciągu 3-ch dni od daty postanowionej przez komisję sanitarną) zbadać, jaki wpływ ma epidemia na frekwencję szkół elementarnych i w razie uwidocznienia się takiego wpływu, zamknąć odnośne szkoły.

7) Tramwaje miejskie winny być, możliwie często (co wieczór) skrupulatnie czyszczone.

A. Goldman.



Krytyka i bibliografia.

„Kosmetyka“. Tygodnik poświęcony racjonalnej kosmetyce, estetyce ciała i perfumeryi.

Nowy tygodnik stawia sobie zadania, o których redakcja jego pisze co następuje:

Rozpoczynając nowe wydawnictwo, czynimy to w przekonaniu, że będzie ono wyrazem istotnych potrzeb szerszego ogółu. Kosmetyka w ostatnich latach znaczne zrobiła postępy, a dzięki dermatologom, higienistom i chemikom, zaczęła zwracać się na drogę coraz więcej naukową, i dzisiaj jako odrębna gałąź wiedzy lekarskiej, zyskała prawo obywatelstwa w medycynie. Jednocześnie zagranicą, zwłaszcza we Francyi, sztuka kosmetyczna doszła do wielkiego stopnia rozwoju i stanowi jedną z ważniejszych gałęzi przemysłu; przemysł ów jednak nie zawsze pozostaje w ręku osób kompetentnych i sumiennych, częściej w ręku jednostek, mających wyłącznie interes własny na celu i działających w myśl przysłowia łacińskiego: „Mundus vult decipi, ergo decipiatur“; a tymczasem kwestya kosmetyków, ze względu na ich rozpowszechnienie, ma doniosłe dla zdrowia publicznego znaczenie, to też zadaniem pisma naszego będzie: 1) Zaznajamianie szerszego ogółu z różnego rodzaju kosmetykami, 2) wykazywanie ich szkodliwości, 3) zabezpieczenie od wycisku, 4) wreszcie kształcenie zmysłu estetycznego przez rozpowszechnianie w szerokich kołach publiczności zasad racjonalnej kosmetyki i kalotechniki (estetyki ciała), opartych, na podstawach anatomii, fizjologii, chemii i higieny. Przygotowaliśmy obfity i zajmujący materiał i cały szereg ilustracji, a współpracownictwo wybitnych sił swoich i obcych — lekarzy, chemików i estetyków, daje nam nadzieję, że potrafimy wypełnić szeroko zakreślony program, który obejmować będzie następujące działy:

1) Kosmetykę (higiena skóry i włosów, zębów i jamy ustnej; zapobieganie chorobom skóry i włosów; leczenie tychże chorób w zakresie kosmetyki lekarskiej; pielęgnowanie cery i t. p.).

2) Kalotechnikę (estetyka ciała, rozwój sił fizycznych i pięknych kształtów ciała, pielęgnowanie urody; zapobieganie szpecącym ciało chorobom i t. p.).

3) Perfumerję (chemia kosmetyczna, rozbiory kosmetyków krajowych i zagranicznych ze wskazaniem ich pożytecznego lub ujemnego działania na zdrowie).

Dr. St. Droba i Dr. Kucera. Badania epidemii zapalenia opon mózgo-rdzeniowych w Galicyi w r. 1905. Str. 125 + pięć tablic mikroftograficznych + mapa orientacyjna.

Praca Droby i Kucery stanowi zeszyt pierwszy nowego wydawnictwa, które p. t. „Rocznik lekarski“ rozpoczął wydawać Wydział Lekarski Uniwersytetu Jagiellońskiego i Towarzystwo Lekarskie Krakowskie.

Redakcję objął niestrudzony Prof. Stanisław Ciechanowski, któremu „Przegląd Lekarski“ zawdzięcza swój obecny rozkwit.

Nowe wydawnictwo rozpoczęło od pracy, która postawiła je odrazu na poziomie poważnym.

Praca o epidemii zapalenia opon w Galicyi zawiera wykład o stanie zapatrywań na tę chorobę w chwili obecnej; wykład o metodach badania obecnie przyjętych i o metodyce autorów; obszerną część opisującą wyniki badań bakteriologicznych, doświadczalnych i sekcyjnych, dokonanych przez autorów; wreszcie — spostrzeżenia epidemiologiczne.

Kończą pracę uwagi krótkie terapeutyczne i zestawienie wniosków, dotyczących się zapobiegania nagminnemu zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych.

Cenna ta praca nasuwa jednak pewne wątpliwości, jeśli stanąć na punkcie widzenia autorów, którzy chcieli (str. 6) „poznać źródło i drogi zakażenia“.

Otóż nie badali autorzy *mocz* na zawartość meningokokków, jakkolwiek w tej wydzielinie meningokokki były znajdywane, a więc mocz może być źródłem zarazy.

Nie badali też na obecność meningokokków *krwi* chorych, bo krew badali tylko w przypadkach sekcyjnych, co ma wartość bakteriologiczną już niewielką.

Pominięte przez autorów zostało zapatrywanie Lewkowicza, który w roku 1900 na podstawie badań i spostrzeżeń doszedł do wniosku, że epidemie zapalenia opon mózgowych szerzą się jako zakażenia nosa swoiste (rhinitis meningococcica), a na tle tej właściwej epidemii

zdarzają się sporadyczne przypadki zapalenia opon.

Są to jednak usterki nie zmniejszającą zgoła wartości pracy, która stanowi poważny wkład do nauki polskiej.

S. Sterling.

Dr. St. Serkowski. **Dezynfekcja miejska w Łodzi.** Instrukcja dla sanitaryuszów kamery dezynfekcyjnej miejskiej. Łódź, 1906. Str. 30.

Napisana w postaci wykładu zawiera książeczka *Serkowskiego* o wszystkie niezbędne wiadomości o dezynfekcji; wykład popularny nie przeszkodził zamieszczeniu najnowszych wyników wiedzy i techniki specjalnej.

Co ważniejsza, jest tu mnóstwo czysto praktycznych wskazówek, bez znajomości których nawet dobry bakterjolog popełni ciężkie błędy podczas wykonywania dezynfekcji.

Prócz wstępu, zawierającego wykład o zasadach i celu dezynfekcji, mamy takie rozdziały: Aparaty i przedmioty, potrzebne do dezynfekcji. Kontrola kamery dezynfekcyjnej. Chemikalia potrzebne do dezynfekcji. Dezynfekcja małych mieszkań. (Porządek dezynfekowania małego mieszkania). Dezynfekcja dużego mieszkania. Dezynfekcja ustępów, beczek asenizacyjnych, strudzien, rur wodociagowych, wagonów, karetek Pogotowia ratunkowego, wagonów na trzodę.

Ścisłość naukowa, uwzględnienie współczesnej wiedzy w całej jej rozciągłości i cały skarb wskazówek praktycznych, zupełnie ogółowi nawet lekarzy nie znanych — oto dodatnie cechy pracy *kol. Serkowskiego*.

S. Sterling.



KRONIKA.

(№ 164) — Otrzymał list następujący:

Do Redakcyi „Czasopisma Lekarskiego“

w Łodzi, Cegielniana 36.

Stała delegacja Zjazdów lekarzy i przyrodników polskich, na posiedzeniu odbytem w Krakowie, w dniu 16 października b. r. postanowiła zwołać X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich do Lwowa w m. Lipcu 1907 r.

Zawiadamiając o powyższem postanowieniu, które niżej podpisani otrzymali za pośrednictwem odezwy z dn. 20 p. m., upraszamy najuprzejmiej Szanow. Redakcyę o podanie go do publicznej wiadomości, za pośrednictwem swego organu.

Z wysokiem poważaniem

Dr. Ignacy Baranowski

Wład. Lepper t

Dr. Karol Rychliński.

Warszawa, d. 2 listopada 1906 r.

(№165)—Dziesiąty zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który miał się obyć we Lwowie w roku 1904, odbędzie się w lipcu r. 1907. Owczesny wydział gospodarczy, którego przewodniczącym był prof. E. Machek, jego zastępcą prof. I. Zakrzewski, a sekretarzem głównym prof. W. Sieradzki, był już niemal w połowie swej pracy, która zapowiadała świetne powodzenie zjazdu, gdy wojna stanęła na przeszkodzie odbyciu się tegoż. Odroczony do 1905 znów bez terminu został odwołany, gdyż w tym roku uznano wa-

runki za takie, któreby zjazdowi nie mogły rokować zupełnego powodzenia.

Gdy jednak w roku bieżącym trzy zjazdy polskie, mianowicie: Rejowski, prawników i ekonomistów oraz górników odbyły się w Krakowie i pod względem liczby uczestników, ze wszystkich stron przybyłych, jak i obfitością materiału naukowego przeszły wszelkie oczekiwania, śmiało można wnioskować, że nic nie stoi na przeszkodzie i tradycyjnemu powodzeniu zjazdu lekarzy i przyrodników polskich. Dlatego też stała delegacja tych zjazdów na posiedzeniu swem, odbytem w Krakowie 16 z. m. postanowiła, by zjazd dziesiąty odbył się w lipcu 1907. Lwów jako miejsce zjazdu wybrane został już w r. 1900 na zjeździe, w Krakowie odbytem.

Postanowienie to spotkało się jednak prawie że z zupełnem rozwiązaniem się poprzedniego wydziału gospodarczego, gdyż tak przewodniczący, jak i jego zastępca i sekretarz główny w obec niepewności co do terminu dwa razy odraczanego zjazdu, zwrócili czynność swą w innym kierunku tak, że owu obowiązkom zadość uczynićby nie mogli. Dlatego też stała delegacja zjazdów zmuszona była zamianować przewodniczącym wydziału gospodarczego i jego zastępcą D-rą W. Bylickiego i Dr. M. Raciborskiego, którzy pospieszają podać do wiadomości wszystkich lekarzy i przyrodników polskich, co następuje:

1) Prawie wszyscy gospodarze dwudziestu sześciu sekcji zjazdu pozostają ci sami, którzy rozpoczęli byli swe czynności w odroczonej zjeździe.

2) W połączeniu ze zjazdem odbędzie się wystawa przyrodniczo-lekarska, której dyrektorem, jak poprzednio, pozostaje nadal dr. Kalikst Krzyżanowski (namiestnictwo).

3) Osobiste zaproszenia z wymienieniem bliższej daty zjazdu oraz wszystkich sekcji i ich gospodarzy każdy z lekarzy i przyrodników polskich otrzyma albo wprost od wydziału gospodarczego lub za pośrednictwem istniejących lub mających się na nowo utworzyć komitetów organizacyjnych z siedzibą w Krakowie, Poznaniu i Warszawie.

4) Wszystkich bliższych informacji, wyjąwszy dotyczących wystawy przyrodniczo-lekarskiej, udzielać będzie sekretarz główny docent dr. Adam Szulistański w sekretaryacie X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich (Lwów ul. Jagiellońska 8).

(№ 166) — Uzyskała zatwierdzenie ustawa szkoły położniczej przy miejskich przytułkach położniczych w Warszawie. Wykład odbywać się będzie po polsku. Do każdego przytułku może uczęszczać 12 kobiet od 18—40 lat. Pierwszeństwo mają chrześcianki. Opłata 100 rb. rocznie. Po egzaminach uczennice otrzymują tytuł akuszerki II-go stopnia.

(№ 167) — Minister oświaty zawiadomił rektora uniwersytetu warszawskiego, że zgodnie z uchwałą rady ministrów powinien postarać się o jak najprędsze rozpoczęcie wykładów.

(№ 168) — W Warszawie uwięziono kol. Kwasińskiego, Hubickiego i Goldenberga.

(№ 169) — W Koninie uwięziono kol. Godlewskiego.

(№ 170) — We Lwowie uwięziono — na żądanie władz rosyjskich — kol. Wacława Kraszewskiego z Włocławka.

Kol. Kraszewskiego oskarżają o ułatwienie ucieczki ze szpitala we Włocławku więźniowi politycznemu.

Jak donoszą pisma codzienne, władze austriackie już odmówiły wydania kol. Kraszewskiego, którego jednak dotąd z więzienia nie uwolniono.

(№ 171) — W szpitalu Częstochowskim nastąpił wybuch eteru podczas nasywania gazy opatrunkowej zawiesiną jodoformu w eterze.

Dwaj zajęci tą czynnością robotnicy ponieśli ciężkie obrażenia. Ściana sali została zarysowana.

(№ 172) — O trupiarnię w Łodzi. W ostatnich czasach coraz częściej umieszczają zwłoki zabitych w trupiarni szpitala powiatowego św. Aleksandra. Postępowanie takie wyraźnie sprzeciwia się przepisom szpitalnym, gdyż trupiarnia miejscowa przeznaczona jest wyłącznie na umieszczanie zwłok zmarłych w szpitalu.

Przywożenie zwłok z miasta wywołuje zwykle niepotrzebny zamęt w zakładzie, a co najważniejsze, wywiera bardzo przykre wrażenie na chorych, znajdujących się w szpitalu na kuracji.

Mając na względzie powyższe okoliczności, zarząd miejski powinien pomyśleć o specjalnej trupiarni, gdzieby składać można zwłoki zmarłych w mieście.

Jest to obowiązkiem magistratu, który zająć się winien jaknajprędzej tą sprawą. („Rozwój”).

(№ 173) — Na jednym z ostatnich posiedzeń Rada Miejska Dobroczyńności Publicznej w Warszawie zadecydowała wyznaczyć służbie w Tworkach pensją po rb. 11 kop. 50 miesięcznie z tym przywilejem, że po przesłużeniu pierwszych pięciu lat pensja będzie podwyższona o połowę, a po przesłużeniu lat dziesięciu będzie podwojona. Decyzja taka jest zupełnie słuszna i należałoby ją zastosować do ogółu szpitali, przynajmniej pod względem podwyższania pensji z biegiem lat służby. Niemniej palącą jest sprawa emerytury dla służby szpitalnej. („Gaz. Lek.”).

(№ 174) — Kol. Wacław Lasocki z Nałęczowa, b. naczelnny lekarz kolei Nadwiślańskiej, zapisał Towarzystwu rolniczemu lubelskiemu 12000 rubli na założenie szkoły rolniczej w Bochothnicy (pod Nałęczowem). („Gaz. Lek.”).

(№ 175) — *Odezwa Galicyjskiego Towarzystwa Samopomocy lekarzy w sprawie Kas majsterskich.*

Wydział Tow. Samopomocy lekarzy rozesłał następującą odezwę:

Koledzy! Nad materyalnym bytem lekarzy nowa wisi groźba. Czynią się starania o tworzenie kas majsterskich. Zbytecznym wyjaśniać, jaką klęską ekonomiczną dla stanu lekarskiego stałyby się one, gdyby sprowadziły bezpłatną dla członków swych pomoc lekarską przez utworzenie posad stałych lekarzy o wynagrodzeniu ryczałtowem, zawsze niestosunkowo małym. Przed niedawnym czasem taka kasa już powstała w Nowym Sączu.

Nie mamy zamiaru i celu działać przeciw utworzeniu się kas majsterskich, zresztą ustawą dozwolonych, o ile one do udzielania zasiłków pieniężnych członkom, statutem wzorowym im wskazanych, oraz udzielania leków i kosztów pożytkowych, statutem dozwolonych, ograniczyć się zechcą.

Natomiast z całą siłą i solidarnością bronimy naszych interesów ekonomicznych, gdy kasy zechcą — a obawa ta zachodzi i przykład ich podstępnego działania mamy już w innych krajach austriackich — dawać członkom bezpłatną pomoc lekarską, przez wprowadzenie stałych lekarzy lub choćby ograniczonego wolnego wyboru lekarzy, zawsze z obniżeniem przyjętej taryfy lekarskiej połączonego.

Na tem stanowisku stojąc, Walne Zgromadzenie Tow. Samopomocy lekarzy, w dniu 6 maja b. r. odbyte, powzięło następującą uchwałę:

„Solidaryzując się ze stanowiskiem przez IV (nadzwyczajny) Wice Izby austriackich oraz wszystkie w Austrii organizacje zawodowo-lekarskie zajętem, Walne Zgromadzenie Tow. Samopomocy uchwało:

Żaden lekarz nie może przyjmować posady w majsterskich kasach chorych, obojętne, czy te posady są ryczałtowo płatne, czy na wolnym wyborze lekarzy oparte. Lekarze winni uważać pacjentów, należących do kas majsterskich, jako pacjentów prywatnych, a z kasami majsterskimi nie mogą w żadne wchodzić ugody.

Przyjęcie więc jakiegokolwiek posady lub zawieranie jakiegokolwiek umowy z kasami majsterskimi, jako niezgodne z interesami ogółu lekarzy, uważane będzie za czyn niekoleżeński i nieuczciwy“.

W wykonaniu powyższej uchwały, Wydział Tow. Samopomocy lekarzy obrał drogę, przez Kolegów morawskich wskazaną, która skuteczną się okazała i nie wątpiąc w poczucie solidarności W. Pana Kolegi, uprasza o podpisanie załączonej deklaracji i odesłanie jej jaknajchciej w załączonej kopercie pod adresem Towarzystwa.

(№ 176) — *Przymus ordynowania w Kasach chorych.* Na ostatnim wiecu kas chorych niemieckich w Düsseldorfie żądano, aby lekarze byli u stawą zobowiązani do ordynowania w kasach chorych, gdzie one istnieją; za tem oświadczyli się także socyalni demokraci. Pisma lekarskie niemieckie podnoszą, że w ten sposób chce socyalna demokracja narzucić stanowi lekarskiemu to, co gdzieindziej sama zwalcza, żądając, aby każdy robotnik miał prawo tam szukać pracy, gdzie ona daje mu najlepsze warunki bytu i porzucić pracę, gdyby mu to przynieść miało pożytek. Tylko lekarzom, według socjalnej demokracji, nie wolno byłoby pracy sobie wybierać ani starać się o lepsze za nią wynagrodzenie. („Przegląd Lekarski“ № 45.)

(№ 177) — W Niemczech wprowadzono-tytułem próby na dwa taty — wolny wybór lekarzy dla pracowników kolejowych.

(№ 178) — W № 42 „Przeglądu Lek.“ czytamy: „W sprawie szpitalnictwa galicyjskiego. Wydział krajowy galicyjski wydał i rozesał świeżo okólnik w sprawie przyjmowania i leczenia chorych w szpitalach galicyjskich. Brzmi on, jak następuje:

„Wydz. kraj. L. 90,618. Okólnik do pp. lekarzy w szpitalach publicznych. Posada szpitalna, dając lekarzowi prócz płacy, podstawę naukową, sposobność do wykształcenia się w zawodzie i moralne oparcie, zapewnia mu tem samem pomysłne warunki po rozwinięciu praktyki prywatnej i zajęciu poważnego stanowiska społecznego. Są to korzyści, których nie można przeoczyć i które są zupełnie słuszne. Natomiast wszelkie inne wyzyskiwanie stanowiska szpitalnego w jakiejbądź formie poza pobieraną płacą, nie licując z godnością lekarza, który przedewszystkiem ma dbać o dobro zakładu, do którego należy; o ile zaś dzieje się to na koszt chorych, narusza zarazem i humanitarną zasadę bezpłatności szpitala, która opiera się na tem, że taksa, pobierana od stron lub od funduszu krajowego, ma w zupełności pokrywać całe utrzymanie i leczenie chorego.

Ponieważ w jednym i drugim kierunku zdarzają się nieprawidłowości, dające powód do zażaleń i niepochlebnych uwag, okazało się potrzebnem przypomnieć lekarzom istniejące przepisy i z naciskiem zalecić im pilne i ścisłe przestrzeganie tego wszystkiego, co nadaje szpitalowi w oczach ludności cechę instytucji humanitarnej, wyłącznie publicznemu dobru służącej i oddanej, dla ubogich zupełnie bezpłatnej, a w żadnym wypadku nie żądającej nic więcej, prócz zwrotu własnych kosztów szpitala.

Wskazaną jest przedewszystkiem oszczędność w całej gospodarce szpitalnej i poszanowanie wszystkiego, co jest własnością szpitala, względnie do jego majątku należy. Im mniejsze bowiem są wydatki na cele ogólne szpitala, których chory bezpośrednio nie odczuwa, tem znaczej-sza część taksy może być obrócona na świadczenia, które wprost wpływają na poprawienie utrzymania i zaopatrzenia chorych. Z tego powodu ani z zapasów i opatrunków, ani z inwentarza nie

powinien ani w szpitalu, ani poza szpitalem korzystać nikt inny, prócz chorych szpitalnych lub tych osób z personelu, którym Wydział krajowy prawo korzystania z czegokolwiek w szpitalu przyznał. Nieprzestrzeganie tej zasady uważać będzie Wydział krajowy za wykroczenie, krzywdzące chorych, a prócz tego demoralizujące służbę zakładową.

W sprawie przyjmowania chorych do szpitala wkraśl się w niektórych miejscach zwyczaj, że chorzy przyjmowani są w szpitalu tylko w pewnych wyznaczonych na ten cel godzinach przedpołudniowych. Chorzy, którzy poza temi godzinami zgłaszają się do przyjęcia, muszą się udać do prywatnego mieszkania lekarza, są przez niego wówczas uważani za prywatnych chorych i za czynność przyjęcia muszą się opłacać, niejednokrotnie nawet wysoko. Zwyczaj ten w pewnych razach, np. jeżeli chory spóźni się na urzędową godzinę, a nie może czekać do dnia następnego, przeradza się w ciężki dla ubogiej ludności przymus okupowania sobie przyjęcia do szpitala. Dostał do wiadomości Wydział krajowy nawet fakt taki, że w pewnym szpitalu chorzy z reguły tylko w prywatnym mieszkaniu lekarza do szpitala przyjmowani byli. Pamiętać więc należy, że szpital z natury swej jest w dzień i w nocy dla cierpiących otwarty, a przyjęcie chorych powinno być o ile możliwości ułatwione, że więc w przypadkach niepodejrzanych przyjąć chorego zgłaszającego się siostry zakonne, a przynajmniej mogą go zatrzymać w szpitalu aż do przybycia lekarza i że wogóle za czynność przyjęcia do szpitala nikt niema prawa pobierać jakiegobądź opłaty. Wobec tego więc, wszelki przymus, aby chory przed przyjęciem do szpitala szedł do prywatnego mieszkania lekarza, upozorowany nieurzędową godziną lub potrzebą poprzedniego dokładnego zbadania, powinien być raz na zawsze zaniechany. Zresztą regularna wizyta lekarska nie tylko z rana, ale i po południu, usuwa wszelkie trudności co do przyjmowania chorych. O ile chory zgłasza się w czasie, gdy lekarza niema w szpitalu, może go siostra aż do przyjścia lekarza zatrzymać, a w razach wymagających natychmiastowej pomocy — lekarza zawezwać. Również w czasie pobytu chorego w szpitalu lekarz bezwarunkowo pod żadnym pozorem nie może ani od chorego, ani od jego rodziny żądać jakiegobądź wynagrodzenia za swoje czynności z leczeniem tego chorego połączone, ani też takiego wynagrodzenia przyjąć.

Leczenie w szpitalu chorych ambulatoryjnych nie jest właściwie przeznaczeniem szpitala, weszło jednak w zwyczaj w wielu zakładach bądźto w interesie lekarzy, bądź też celem niesienia pomocy ubogiej ludności. Zauważyć należy, że ten ostatni wzgląd co raz rzadziej dostatecznie uzasadnia potrzebę istnienia ambulatorium wobec instytucji lekarzy okręgowych, kas chorych, urzędów sanitarnych miejskich, przepisów dla służbodawców i t. p., i dziś niemal każdy ubogi ma ustawowo zapewnioną bezpłatną pomoc ambulatoryjną lub domową, o ile zaś mu ta nie wystarcza, może być każdej chwili przyjęty do leczenia szpitalnego. Rola więc ambulatoryów szpitalnych jest pod względem humanitarnym dość wątpliwa, samo zaś ambulatorium przedstawia wiele stron ujemnych, a nawet dla szpitala szkodliwych, których problematyczna moralność puszek szpitalnej wcale nie znosi. I tak lekarz, który przy swej praktyce prywatnej pewną tylko część dnia może poświęcić szpitalowi, traci czas i siły w tej właśnie porze na ambulatorium, czyniąc tem krzywdę chorym szpitalnym, a więc właśnie tym, dla których szpital istnieje; równocześnie i zakon-

nice i służba, zajęta przy obsłudze ambulatorium, zaniebują swoje obowiązkowe zajęcia. Ambulatorium nadto łączy się niezbędnie z opatrunkami, z zużyciem płynów przeciwnie, dyspensacją maści i leków odręcznych, co dzieje się na koszt szpitala, odszkodowanie zaś niezawsze jest możliwe, a zawsze trudne do ścisłego oznaczenia, tak, że otrzymują chorzy bezpłatnie leki i opatrunki, choć wcale ubogimi nie są. Wogóle ambulatorium służy najczęściej za tanię źródło pomocy dla tych klas, którym ta pomoc tania ze względu na ich stan majątkowy nie jest potrzebna, a przez to stanowi niezdrowy czynnik konkurencyjny, bardzo szkodliwy dla miejscowych nieszpitalnych lekarzy, którzy pozbawieni bezpłatnej usługi, bezpłatnego lokalu z narzędziami, opatrunkami i całym urządzeniem, nie mogą z takim szpitalnym ambulatorium współzawodniczyć co do wynagrodzenia za swe czynności. Daje to tylko powód do skarg i usprawiedliwionego rozgoryczenia. Są to wszystko dostateczne powody, by ambulatoria zostały usunięte ze szpitali. Także i korzystny pozornie dla funduszu krajowego zwyczaj doleczania chirurgicznych rekonwalescentów szpitalnych w ambulatorium, małą ma realną wartość, bo chorzy zwykle zaniedbują się w domu i ze znacznym pogorszeniem powracają do szpitala, tak, że ilość dni leczenia chorego powiększa się niepotrzebnie ze szkodą dla funduszu krajowego.

Z przytoczonych powodów Wydział krajowy ambulatoria szpitalne znosi i zabrania by w szpitalu istniały puszki, których celem jest zachęcanie chorych do składania niedozwolonych datków. Gdyby w którym ze szpitali ambulatorium dla pewnej kategorii chorych było potrzebne, należy drogą urzędową przez komitet szpitalny uzyskać od Wydziału krajowego upoważnienie, które będzie udzielane tylko wyjątkowo na pewien oznaczony czas, z wykluczeniem pobierania jakichkolwiek datków i w jakiegokolwiek formie.

Oprócz zwykłego ambulatorium zdarzają się w szpitalu przypadki, że pacjent prywatny życzy sobie za umówionem z lekarzem honorarium, poddać się czy to mniejszej operacji, czy instrumentalnemu, trudniejszemu badaniu, które z praktycznych względów odbyć się ma w szpitalu, a nie wymaga pozostania w opiece szpitalnej. W takich przypadkach chory powinien zapisać się sam lub za pośrednictwem lekarza do szpitala, jako samopłacacy, na czas choćby najkrótszy, na II klasę, by w ten sposób pokryte zostały wydatki szpitala na opatrunki, lub użycie materiałów. i narzędzi, a zarazem, by pozostał w księgach ślad dokonanych czynności.

Uważając za potrzebną rzecz zwrócenie uwagi lekarzy na przytoczone postulaty etyki szpitalnej, Wydział krajowy wzywa PP. lekarzy, by się do wytkniętych w okólniku zasad ściśle zastosowali, co też niewątpliwie wpłynie na podniesienie się szpitali powszechnych, jako zakładów humanitarnych. Lwów, dnia 28 września 1906. Wydział krajowy królestwa Galicyi i Lodomerji wraz z Wielkim Księstwem Krakowskim. Marszałek krajowy: B a d e n i. Członek Wydziału krajowego: O n y s z k i e w i c z.

Okólnik ten ogłoszono 27 października 1906 r. „równocześnie i dosłownie“ kilka dzienników politycznych we Lwowie i w Krakowie, dodając tylko następującą np. uwagę:

„Okólnik ten, wystosowany do wszystkich lekarzy w publicznych szpitalach prowincjonalnych, posiada cechę wielkiej stanowczości i dlatego powitać go należy z uznaniem. Wydział krajowy postanowił z gruntu wykorzenić wszelkie niewłaściwości, jakie tu i owdzie się wydarzały, a tem

samem podnieść poziom szpitali do tego znaczenia, jakie w rządzie instytucji humanitarnych słusznie im się należy“.

Równobrzmiący z okólnikiem Wydziału krajowego i równoczesny komunikat w dziennikach krajowych budzić musi uzasadnione przypuszczenie, że dostał się on do prasy codziennej nie bez wiedzy Wydziału krajowego. Otóż, „nie poruszając zupełnie merytorycznej strony“ okólnika Wydziału krajowego, musimy wyrazić co najmniej zdziwienie, że w ten sposób podano wbrew zwyczajowi do wiadomości szerokiego ogółu nie tylko te zarządzenia, które ogół ten obchodzić mogą, ale i te, które odnoszą się do wewnętrznych spraw szpitalnych i bywały zazwyczaj osłaniane tajemnicą urzędową, oraz motywa, skłaniające Wydział krajowy do tych zarządzeń. Nie przeczymy, że przytoczone w motywach tych nadużycia niektórych lekarzy, są smutnymi, ale prawdziwymi faktami, dokładnie przez Wydział krajowy stwierdzonymi, które nie tylko można, ale „powinno“ się stawiać pod pręgierz opinii i należyście napiętnować, za czem sami się oświadczyliśmy. Ale fakta te, wyjątkowo, w okólniku zestawiono w taki sposób, że nawet nieuprzedzeni, a światli i krytyczni czytelnicy ze świata nielekarzkiego, jak to wielokrotnie już sprawdziliśmy, tak rzecz zrozumieli, jakoby nadużycia takie były zjawiskiem „powszechnem“ i codziennem we „wszystkich“ szpitalach galicyjskich. Wrażenia tego nie osłabiła w niczem dodana w niewielu miejscach uwaga, że te „nieprawidłowości“ „wydarzają się“ w „niektórych“ szpitalach „tu i owdzie“, ale przeciwnie, jeszcze potęgowała ciemne barwy, jakimi zbyt jednostronnie maluje okólnik obraz stosunków szpitalnych. Tem gorsze wrażenie wyrzucić musiała taka forma okólnika na szerokie, bezkrytyczne masy czytelników prasy codziennej, nie tylko obniżając opinię o lekarzach wogóle, ale także osłabiając zaufanie do szpitali.

W ten sposób motywa, przytoczone w okólniku, zrozumiane zostały przez ogół, jako ciężkie oskarżenie „wszystkich“ lekarzy szpitalnych, wniesione przez Wydział krajowy przez sąd społeczeństwa. Zbyt generalizując wyjątkowe nadużycia, potępiono w czambuł złych i dobrych, uczciwych i nieuczciwych i wyrządzono niepowetowaną krzywdę zarówno tej olbrzymiej większości lekarzy szpitalnych, która uczciwie, ofiarnie i z poświęceniem pracuje w służbie krajowej, jak i całemu stanowi lekarskiemu.

„Forma“, w jaką ujęto okólnik Wydziału krajowego i w jakiej on dostał się do wiadomości publicznej, tak różna od komunikatów w innych sprawach publicznych, dotyka boleśnie wszystkich lekarzy w kraju i wzbudzić musi słuszne, a głębokie ich oburzenie.

Władza ma moc i środki po temu, by ukrócić nadużycia i ukarać wykroczenia podwładnych sobie „poszczególnych“ jednostek. Uczynić to mógł i powinien Wydział krajowy, któremu nadużycia, nie od dzisiaj popełniane przez takie jednostki, nie od dzisiaj też były znane. Ale najśluszniej-szych choćby i najlepszych zarządzeń nie powinno się ogłaszać publicznie w formie, zanadto generalizującej przypadki nadużyć, rzucającej niezastudzoną plamę na cały personel szpitalny w kraju i będącej ciężką ujmą dla tej części lekarzy szpitalnych, której postępowanie jest czyste, gdyż to, mogąc obniżyć zaufanie publiczne do szpitali, szkodzi zarazem samejże instytucji.

(№ 179) — *Izba lekarska zachodnio-galicyjska* ogłasza: Wobec zdarzających się przypadków, że lekarze ogłaszają się w dziennikach zbyt długo,

po parę miesięcy lub nawet przez cały rok. Wydział Izby widzi się zmuszonym przypomnieć uchwałę, powziętą w tej sprawie przez X Wzrost Izby Lekarskich, która opiewa: „Niedozwolonem jest lekarzowi ustawicznie ogłaszanie się w pismach nielekarskich, chyba że uzyska w tym celu osobne pozwolenie ze strony Wydziału Izby, w której okręgu mieszka. Odnosi się to także do właścicieli i kierowników zakładów leczniczych“.

(№ 180) — *Do higieny więzień rosyjskich.* Dr. D w o r e c k i j podaje następujące dane o przepełnieniu więzień w państwie rosyjskiem:

	Liczba miejsc	Liczba uwięzionych
Wilno	315	667
Mitawa	361	525
Psków	175	300
Kamieniec Podolski	300	450
Czernihów	150	385
Saratów	460	1068
Pińsk	40	140

(Żurn. Obszcz. Pirogowa № 6).

(№ 181) — We Francji utworzono *ministerium pracy i zdrowia publicznego*. Ministrem został V i v i a n i (niezależny socjalista).

(№ 182) — Do parlamentu francuskiego wniesiono projekt włączenia nauki języka *esperanto* do programów szkół, w których są wykładane języki.

W petycji nazwano język *esperanto* — łańcuchem demokracji.

(№ 183) — W Moskwie studenci uniwersytetu urządzili bojkot prof. S i n i c y n a za nietaktowne obchodzenie się z chorymi i studentami, za jego reakcyjne poglądy, za głosowanie za karą śmierci, a przeciw autonomii uniwersytetu i t. d.

(№ 184) — Czcigodny Heliodor Ś w i e c i c k i opuszcza stanowisko redaktora „Nowin Lekarskich“, które pod jego kierunkiem znakomicie się rozwinięły.

Następcą jego będzie kol. St. Ł a z a r e w i c z.

(185) — W ciągu ostatnich tygodni przeciw „Czasopismu Lekarskiemu“ wytoczył Inspektor prasowy (nowoczesny tytuł Cenzora) aż trzy procesy.

W dwu już zapadły wyroki uniewinniające we wszystkich instancjach, w sprawie trzeciej od wyroku uniewinniającej pierwszej instancji założył Inspektor prasowy apelację.

(№ 186) — Jeden z prokuratorów niemieckich (Szczeciński) ogłosił w tamtejszej gazecie list gończy, w którym umieścił taki ustęp: „E., który niedawno podległ operacji, nosi opatrunek na prawej dłoni. Proszę więc specjalnie panów lekarzy i sanitaryuszów o zwrócenie uwagi na podobne podejrzane osobistości“. Izba lekarska pomorska, omawiając to bezcelne ogłoszenie prokuratora, nawołujące do złamania obowiązku tajemnicy lekarskiej, a wprowadzające w błąd publiczność, która może podejrzewać lekarzy o posłuszeństwo podobnym żądaniom przedstawicieli prawa, piętnuje ten postępek, który jakby powoływał lekarzy do współdziałania z policją.

Cóż by — mówi między innymi orzeczenie Izby — na to powiedzieli panowie prawnicy, gdyby w liście gończym za przestępcą, który już parokrotnie przed sądem stawał, było powiedziane: Proszę więc specjalnie panów sędziów, adwokatów i służących sądowych o zwrócenie uwagi na podobne podejrzane osobistości.

Izba lekarska pomorska zwróciła się do ministra sprawiedliwości z żądaniem zabronienia podobnych wezwań, które: 1) zawierają żądanie czynu przestępczego, 2-o) mogą zachwiać zaufanie publiczności do dyskrecyi lekarskiej, co stałoby się z wielką szkodą stanu lekarskiego. („Münch. M. W. № 47“).

(№ 187) — *Towarzystwo krzewienia oświaty* w Łodzi urządziło w swym Uniwersytecie powszechnym szereg wykładów z nauk przyrodniczych, cieszących się znakomitem powodzeniem.

Założycielami Towarzystwa są sami lekarze, mianowicie koledzy: K a u f m a n, P i e n i a ż e k, S k a l s k i i T r e n k n e r.

(№ 188) — W Łodzi powstała „pierwsza *chrześcijańska* lecznica chorób jamy ustnej i zębów“.

Nie jest to zgoła zakład filantropijny; wyrządzają też w nim zęby i nie-chrześcianom, biorąc przy tem o dziesięć groszy taniej, niż dotychczasowe „bezwyznaniowe“ lecznice; te pobierają za poradę dwa złote, nowa zaś — chrześcijańska — tylko pięćdziesiąt groszy.

Prawdopodobnie z pobudek — miłości bliźniego.

(№ 189) — „Przegląd Lekarski“ (№ 43) donosi, iż wydział lekarski Krakowski uchwalił kursów dla lekarzy, zamierzonych na grudzień, w roku bieżącym nie urządzić.

(№ 190) — W tym zeszytce umieszczamy program kursów dla lekarzy na Wydziale lekarskim Uniwersytetu we Lwowie w r. 1906-ym.

Kursa te będą trwały od 1 do 20 grudnia.

Szanownych kolegów upraszamy o wniesienie zalegającej przedpłaty!

Administracja.

Program kursów dla Lekarzy

na Wydziale lekarskim uniwersytetu we Lwowie w roku 1906.

Kursa te trwać będą od dnia 1-go do 20-go grudnia 1906.

Zapisy przyjmuje Kwestura Uniwersytetu od 16. listopada do 1. grudnia.

Godziny wykładowe w przeważnej części wykładów będą oznaczone później w porozumieniu z uczestnikami.

Liczba uczestników dla niektórych wykładów ograniczona.

Zgłoszenia przyjmuje i bliższych wiadomości udziela Prof. Dr. Władysław Szymonowicz we Lwowie ul. Pańska № 4.

1) Radca Dworu Prof. H. Kadzi: Wybrane rozdziały z anatomii. 5 godz. tygodniowo. Czesne 20 K.

2) Radca Dworu Prof. Dr. L. Rydygier: a) Nowsze sposoby badania i leczenie następowe chorób chirurgicznych z uwzględnieniem praktyki prywatnej. 10 godz. tygodniowo, od 10 — 12, z wyjątkiem soboty. Czesne 25 K. b) Kurs operacyjny wspólnie z asystentami. Czesne 50 K.

3. Prof. Dr. A. Gluziński: Klinika chorób wewnętrznych z uwzględnieniem nowszych sposobów badania i leczenia, razem godz. 20, czesne 25 K. Prof. Gluziński (przy współudziale Doc. Dra Renckiego, Doc. Dra Marischlera i asystentów klinicznych: D-rów Frankiego, Ziembickiego, Reichensteina i Czernieckiego) a mianowicie:

a) Choroby krwi (hematologia kliniczna). — Badania krwi w chorobach zakaźnych w celach rozpoznawczych z demonstracjami. (Widal, Ficker) — 3 godz.

b) Narząd krążenia (Nowsze poglądy na leczenie chorób narządu krążenia — dzisiejsze zapatrywania na powstawanie i znaczenie kliniczne niemiarowości tętna (*arythmia*) — 3 godz.

c) Narząd moczowy (Badania chemiczne i drobnowidowe — leczenie) — 3 godz.

d) Narząd pokarmowy (Sposoby badania i rozpoznawania) — 3 godz.

e) Moczówka cukrowa (*Diabetes melit.*) i prosta (*D. insipidus*) z okazaniem najnowszych sposobów badania moczu i z uwzględnieniem postępowania deytetycznego — 3 godz.

f) Demonstracje przypadków klinicznych i nowsze leki. — 5 godz.

4) Prof. Dr. A. Mars: O postępie ginekologii w ostatnich latach, 5 godz. tyg. Czesne 20 K.

5) Prof. Dr. Wł. Łukasiewicz: Rozpoznawanie i leczenie chorób skórnych i wenerycznych, 5 godz. tyg. Czesne 20 K.

6) Prof. Dr. Maché: Rozpoznawania i leczenie chorób ocznych, 5 godz. tyg. Czesne 20 K.

7) Prof. Dr. J. Raczyński: a) choroby przewodu pokarmowego dzieci, — przy pomocy D-ra Progulskiego, 3 godz. tyg. Czesne 15 K. b) Ćwiczenia w intubacji i tracheotomii, — przy pomocy Dra Bielskiego, 2 godz. tygod. Czesne 20 K.

8) Prof. Dr. H. Halban: Dyagnostyka chorób nerwowych z szczególnem uwzględnieniem chorób rdzenia pacierzowego, 5 godz. tyg. Czesne 20 K.

9) Prof. Dr. G. Ziembicki: Ćwiczenia operacyjne codziennie od 10—12, przedpołudniem. Czesne 50 K.

10) Prof. Dr. H. Schramm: Ćwiczenia w chirurgii wieku dziecięcego, 6 godz. tyg. Czesne 30 K.

11) Prof. Dr. Wiczkowski: Badania chemiczno-mikroskopowe przy łóżku chorego, wspólnie z D-rem Gittelmacherem - Wileńko i D-rem M. Selzerem 5 godz. tygod. Czesne 20 K.

12) Prof. Dr. R. Barącz: Kurs operacji brzusznych z uwzględnieniem wskazań (na zwołkach, w razie zgłoszenia się przynajmniej 10 uczestników), 5 godz. tyg. Czesne 50 k.

13) Doc. Dr. A. Gabrzyśzewski: Kurs massage'u, 4 godz. tyg. Czesne 50 K.

14) Doc. Dr. F. Kościński: O nowszych operacjach położniczych, 3 g. tyg. Czesne 15 K.

15) Doc. Dr. A. Sołowij: O nowszych poglądach na leczenie powikłań położowych, 2 g. tyg. Czesne 10 K.

16) Doc. Dr. A. Szuliński: Kurs wziernikowania, 4 godz. tyg. Czesne 20 K.

17) Doc. Dr. A. Gońka: Ćwiczenia w wyjmowaniu zębów z uwzględnieniem ogólnego i miejscowego znieczulenia, 4 g. tyg. Czesne 20 K.

18) Doc. Dr. P. Kucera: Bakteriologia lekarska z szczególnem uwzględnieniem rozpoznawania bakteriologicznego w praktyce. 6 g. t. Cz. 25 K.

19) Doc. Dr. E. Biernacki: Hematologia praktyczna, 4 godz. tyg. Czesne 20 K.

20) Doc. Dr. M. Herman: Wybrane rozdziały chirurgii ogólnej, 5 g. tyg. Czesne 20 K.

Komitet redakcyjny:

J. Brudziński, L. Fankanowski, A. Goldman, J. Grabowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Serkowski, S. Skalski, E. Sonnenberg, H. Trenkner.

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr. S. Sterling

Druk A. Karskiego w Łodzi.