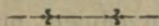


GAZETA LEKARSKA

I. Przyczynę do leczenia nosa zapadniętego sposobem Israel'a.

Podał

B. W. Sawicki.



Wszystkie sposoby leczenia nosa zapadniętego [a liczba ich jest bardzo znaczna] można sprowadzić do 5-iu następujących typów:

- 1) zastosowanie płatów skórnych, względnie skórno-okostnowych;
- 2) użycie płatów skórno-okostnowo-kostnych;
- 3) uniesienie nosa, po uprzednim uruchomieniu bliznowato ściągniętych części, zapomocą podpórek metalowych;
- 4) wprowadzenie pod skórę nosa drzazgi kostnej;
- 5) podskórne wstrzykiwania parafiny.

Pierwszy z tych sposobów wprowadził DIEFFENBACH. Początkowo odzierał on dwa boczne płaty i ściągnął je mocno od policzków ku środkowi, by grzbiet nosa wytworzyć. Następnie zaczął on posilkować się płatem skórny, wyciętym z czoła, który to płat bądź to układał na okrwawioną powierzchnię nosa (*Aufpflanzung*), bądź też wgajał go od wewnątrz, podprowadzając pod tkanki nosa i zwracając naskórkiem na wewnątrz. Ten ostatni sposób udoskonalił BARDELEBEN. Do tegoż typu należy jeszcze zaliczyć sposób THIERSCH'a, który wytwarzał przedewszystkiem z resztek nosa rusztowanie. Wyciąwszy w tym celu dwa boczne płaty, usuwał z ich powierzchni naskórek, a następnie temiż powierzchniami łączył ze sobą. Na to rusztowanie kładł w końcu płat, wycięty z czoła. Wszystkie te metody, jako oparte na zużytkowaniu tylko części miękkich, nie odpowiedziały zadaniu i mają dziś znaczenie jedynie prawie historyczne.

Prawdziwy postęp w sprawie leczenia nosów zapadniętych, a zwłaszcza siodełkowatych, stanowią dopiero prace OLLIER'a i LANGENBECK'a. Zwrócili oni uwagę na konieczność wytworzenia stalszej podpory dla części miękkich, by te nie kurczyły się i nie zapadały ponownie. W tym celu wspomniani chirurgowie zaczęli wytwarzać rusztowanie kostne z kości i wyrostków nosowych,

które oddłutowywali i jednym końcem odchylali ku środkowi, tworząc w ten sposób podpórkę dla części miękkich. Jednakże takie płyty kostne, połączone zaledwie cienkim mostem okostnowym z tkankami sąsiednimi, łatwo ulegały zgorzeli. To też idea OLLIER'a mogła dopiero wówczas wejść w życie, gdy ją w inny sposób zastosował KOENIG, biorąc płat skórno-okostnowo-kostny z czoła. Płat taki, zawierający w sobie długą blaszkę kostną, KOENIG układał naskórką ku wewnątrz, pokrywał zaś innym płatem od zewnątrz. Sposób ten był później wielokrotnie zmieniany przez ISRAEL'a, HELFERICH'a, TRENDELENBURG'a, SCHIMMELBUSCH'a i innych. Zapomocą tego sposobu można rzeczywiście otrzymać dobre wyniki, ma on jednakże tę ujemną stronę, że jest zbyt obrażający. Na czole pozostaje często znaczna blizna, a i na nosie pozostają także mniej lub więcej liczne blizny, co nieraz wpływa ujemnie pod względem estetycznym na wynik operacji. To też w lżejszych stopniach zapadnięcia nosa i w nowszych czasach starano się modyfikować tę metodę. Tak, na przykład, CZERNY wytwarzał przy nosie siodełkowatym rusztowanie z kości nosowych i chrząstek trójkątnych nosa.

Mniej pomyślne wyniki otrzymano zapomocą trzeciego typu operacji. Od dawna już starano się po uprzednim przecięciu blizn i po uruchomieniu części miękkich, dać im podporę z rusztowania metalowego. W tym celu DIEFFENBACH stosował rusztowanie z blaszki złotej, GAŁĘZOWSKI z ołowiu, TYRZEL z platyny. Wszyscy jednakże otrzymali wynik ujemny. Dopiero LEISZINK, zastosowawszy podpórkę z bursztynu, otrzymał wynik dobry, stwierdzony po pięciu miesiącach. Później podpórki metalowe stosował MIKULICZ, w ostatnich zaś czasach próby w tym kierunku, jakoby z wynikiem dodatnim, czynili: MARTIN, BERGER, VILLAR, HEARN. Pomimo pojedynczych wyników dodatnich, niekiedy stwierdzanych po kilku miesiącach [VILLAR], naogół protezy nie mogły się przyjąć, jako w większości przypadków bezużyteczne, a nawet szkodliwe.

W roku 1896 ISRAEL ogłosił dwa przypadki nosa siodełkowatego, leczone podług nowego, przez niego pomyślanego sposobu. Wykonawszy cięcie podłużne, 2 ctm. długie, na grzbiecie nosa, na miejscu zapadnięcia tegoż, ISRAEL poprzecinał następnie blizny podskórną tak, że nos można było ściągnąć ku dołowi i nadać mu kształt prawidłowy. Teraz z przedniego kantu kości goleniowej wyciął on dłótkiem kawałek kości wraz z pokrywającą go okostną, mający długości 3 do 3½ ctm., szerokości ½ ctm. Wycięty kawałek kości wszczepił w grzbiet nosa. W tym celu zapomocą podważki przez ranę na grzbiecie nosa zrobił uprzednio na tępo kanał w kierunku ku górze, t. j. do nasady nosa i ku dołowi, t. j. do końca nosa. Do kanału tego I. wsunął wyjętą z goleni kostkę przez otwór, zrobiony umyślnie w tym celu od strony jamy nosowej. Dwa przypadki, leczone taką metodą dały wynik zupełnie pomyślny.

Sposób, podany przez ISRAEL'a, zastosował następnie MANGOLDT z tą zmianą, że wszczepił w grzbiet nosa kawałek chrząstki żebrowej. De RUYTER wszczepił kawałek kości odwapnionej. Sądząc jednakże z literatury bieżącej i z tego, com mógł widzieć osobiście za granicą, sposób ISRAEL'a nie znalazł takiego zastosowania, na jakie zasługuje. Poza wyżej przytoczonymi pracami

spotkałem tylko w literaturze rosyjskiej parę prac, omawianej sprawy dotyczących. W roku 1900 ogłosił KUŹNIECOW dwa z dobrym wynikiem operowane przez siebie przypadki. Technikę operacyjną KUŹNIECOW zmienił o tyle, że na miejscu zapadnięcia nosa wykonywał przecięcie nie podłużne, a poprzeczne i że kość wprowadzał do kanału podskórnego nie od strony jamy nosowej, jak to czynił ISRAEL, lecz przez tę samą zewnętrzną ranę poprzeczną. Wprawdzie w jednym przypadku wprowadzenie kości okazało się uciążliwym, tak że do rany poprzecznej musiał dodać jeszcze podłużną, nie wpłynęło to jednak ujemnie na przebieg gojenia. Nosy, badane po upływie 4 i 6 miesięcy, zachowały w zupełności kształt przy operacji nadany. O wiele większą statystykę przedstawił ze swej kliniki profesor DIAKONOW, który ogłosił dwie prace w tym kierunku. Druga z tych prac [ogłoszona przez asystenta NAPAŁKOWA] obejmuje 25 przypadków przeszczepienia kości lub chrząstek przy zniekształceniach nosa, spowodowanych w większości przypadków syfilisem, rzadziej urazem. W 20-tu przypadkach dla podniesienia zakłęśniętego grzbietu nosa wszczepiono sposobem ISRAEL'a kawałek kości, wziętej z goleni. Cięcie wykonywano poprzeczne na miejscu zakłęśnięcia i stąd wprowadzono kość w kanał, na tępo zrobiony— pod skórę. 18 razy zagojenie nastąpiło zupełne, w dwóch zaś przypadkach część kości uległa zgorzeli i była usunięta. Pomimo to we wszystkich przypadkach ostateczny wynik operacji był dodatni. Pięć razy dla podtrzymania zapadniętych skrzydeł nosa wszczepiano w nie podskórnym kawałki chrząstki. Nakońc trzy razy wszczepiano kawałki chrząstki w wargę górną, z której następnie wycinano podporę dla nosa [te ostatnie operacje wykonano w 1901 i 1902 roku]. Dwa razy wytworzenie takiej przegrody powiodło się dobrze, w trzecim przypadku wycięty z wargi i umieszczony do góry płat początkowo przyrósł i podtrzymywał nos dobrze, później jednakże wskutek następujących poprawek uległ zgorzeli. Naogół więc biorąc, praca z kliniki DIAKONOWA podaje bardzo dobre wyniki po operacji ISRAEL'a. Na nieszczęście wszystkie operacje grzeszą zbyt krótkim okresem spostrzegania. Zaledwie paru chorych pokazywało się w klinice w miesiąc lub dwa po opuszczeniu tejże. Znaczna większość znikła z oczów chirurgów zaraz po zagojeniu.

W końcu musimy wspomnieć jeszcze o jednej metodzie, która zwróciła na siebie uwagę w ostatnich czasach i bywa obecnie bardzo szęsto stosowaną. Jest to leczenie zapomocą podskórnych wstrzykiwań wazeliny, względnie parafiny. Metoda ta w r. b. była już omawiana przez kol. SZLEIFSTEINA w Gazecie Lekarskiej, nie będę przeto długo się nad nią zastanawiał. Zaznaczę tylko, że wstrzykiwania parafiny pod skórę nosa, choć w wielu przypadkach dały wynik dodatni, dawały jednakże niekiedy nieprzyjemne, a nawet niebezpieczne powikłania. Spostrzegano, naprzykład, długotrwałe obrzęki w okolicy nosa i policzków, sine zabarwienie skóry na nosie z rozszerzeniem żył; WASSERMANN w jednym przypadku miał częściową zgorzel skóry. Znany jest nadto przypadek LEISER'a, w którym to przypadku, po zastrzyknięciu 4,5 grm. parafiny pod skórę nosa, wystąpiła zupełna amauroza lewego oka, co LEISER objaśnia zatorem żyły ocznej. Trzeba tu jeszcze zaznaczyć, że po iniekcjach parafiny w innych miejscach spostrzegano zatory w płucach. Większość tych przypad-

ków kończyła się wyzdrowieniem, były jednakże i śmiertelne, jak to zaznacza KUEMMEL w dyskusji nad przypadkiem LEISER'a. Tego rodzaju powikłania każą nam być wielce ostrożnymi pod względem stosowania parafiny; wątpię też, czy ta metoda przyjmie się przy leczeniu nosów siodełkowatych. Także wyraża się o niej bardzo powściągliwie i kol. SZLEIFSTEIN pomimo dwóch, z dodatnim wynikiem leczonych przez siebie przypadków.

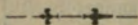
Ta okoliczność, że uwaga naszych lekarzy przy leczeniu siodełkowego nosa zwraca się dziś głównie ku parafinie, jako też i to, że o sposobie leczenia ISRAEL'a nie było u nas dotąd żadnej wzmianki, zniewala mnie do przytoczenia trzech operowanych przeze mnie przypadków. We wszystkich tych przypadkach wykonałem operacye podług metody ISRAEL'a, biorąc kawałek kości z przedniej powierzchni goleni i wszczepiając go w grzbiet nosa. W tym celu wykonywałem na grzbiecie nosa cięcie podłużne na miejscu kości nosowych, t. j. nieco powyżej zakłębnięcia. Tym sposobem wprowadzenie kości pod skórę okazało się o wiele łatwiejszem, aniżeli przy cięciu, wykonywanem na miejscu zakłębnięcia. Poza tem cięcie podłużne daje bliznę o wiele mniej widoczną, aniżeli cięcie poprzeczne, stosowane przez KUZNIECOWA i DIAKONOWA. Przez tę ranę skórną, podłużną wprowadzałem podważkę wąską lub zgłębnik żłobkowany i starałem się na tępo zrobić kanał wzdłuż grzbietu nosa aż do końca tegoż. W razie mocniejszych blizn posiłkowałem się wązkim nożem, który wprowadzałem przez ranę podskórną. Drzazgę kostną wycinałem z przedniej powierzchni kości goleniowej w ten sposób, że naprzód dwoma cięciami owalnymi przecinałem okostną tak, by płat jej miał szerokości około 1,5 ctm. Teraz, oddzieliwszy, nieco brzezi okostnej ku środkowi, wycinałem kawałek kości około 4 ctm. długi i 0,5 ctm. szeroki. W tym celu stosowałem dłuto szerokie, a cienkie i ostre. Ranę skórną po wszczepieniu drzazgi kostnej zaszywałem szwem węzełkowym. Okostnej umyślnie wycinałem więcej niż kości, ponieważ, jak to na zwierzętach wykazał MARCHAND, przeszczepiona kość ma się wsysać, a na jej miejsce wytwarza się nowa kość z przeszczepionej okostnej. W jednym z operowanych przeze mnie trzech przypadków oprócz wyrównania zakłębnięcia na grzbiecie nosa zmuszony byłem jeszcze unieść koniec tegoż nosa ku górze. W tym celu z drugiej goleni wyciąłem nowy kawałek kości i wszczepiłem go w środek wargi górnej. Gdy kość wrosła, wyciąłem tenże środek wargi wraz z kością, tworząc w ten sposób płat z dasadą u góry, który następnie uniosłem i podparłem nim nos. Tym sposobem myśl ISRAEL'a zużytkowałem dla wytworzenia przegrody nosa nieco wcześniej [r. 1900], niż to uczynił DIAKONOW. [D. n.]

II. Z ODDZIAŁU CHORÓB WEWNĘTRZNYCH DRA K. CHEŁCHOWSKIEGO W SZPITALU
DZIECIĄTKA JEZUS.

Ze statystyki gruźlicy płuc w oddziale wewnętrznym dawnego i nowego szpitala Dzieciątka Jezus.

Podał

Wl. Starkiewicz i T. Gryglowicz.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 44].

Wspominaliśmy już nieco wyżej, że wielu z naszych chorych przybywało na oddział pokilkakrotnie. Cyfrowo rzecz ta przedstawia się, jak następuje: Z pośród 497 suchotników 41 [37 w starym i 4 w nowym szpitalu] leżało na oddziale 2 i więcej do 6 razy, tak iż pobyków ich było 92.

Znakomita większość tych chorych za każdym pobytem zachowywała się jednakowo pod względem ciepłoty, a więc 11 za każdym razem przybywało bez gorączki, 14 za każdym razem z gorączką, 3 za każdym razem w stanie podgorączkowym, a tylko 13 okazywało różną ciepłotę przy różnych pobytach. Ze względu na zbyt krótki czas trwania obserwacji wniosek z tego faktu] wyprowadzamy z wszelkimi zastrzeżeniami, wielu] bowiem z tych chorych w domu mogło się zachowywać inaczej pod względem ciepłoty, niż w szpitalu. W każdym bądź, razie dla pewnej części tych przypadków, obserwowanych częściej i dłużej, niewątpliwie przyjąć należy stałą tendencję do zachowania *status quo* pod względem ciepłoty.

Śmiertelność suchotników w szpitalnych.

Cyfra śmiertelności suchotników na naszym oddziale w dawnym szpitalu wynosiła 43,4% [198 : 456], przyczem największa odsetka przypada oczywiście na chorych z wysoką gorączką, których² zmarło 53,15%. W dziale chorych z gorączką poniżej 39° śmiertelność spada do 44,12%, a w działach chorych podgorączkowych i niegorączkujących wynosi prawie jednakowe cyfry: 27,3 i 296%.

W nowym szpitalu ogólna cyfra śmiertelności suchotników wynosi 32,29% [zmarło 31 chorych, w tem 27 z gorączką i 4 bezgorączkowych].

Przytem w dziale chorych z wysoką gorączką liczba zmarłych stanowi 50% w dziale chorych z gorączką niższą spada do 18,75%, i u chorych niegorączkujących wynosi 26,66%.

Różnica śmiertelności w dawnym szpitalu i w nowym, jak widzimy z cyfr przytoczonych jest krzyżująca, tam 43%, tu 32%—tembardziej, że liczba chorych niegorączkujących, t. j. chorych z mniejszą śmiertelnością, była stosunkowo o wiele niższą, niż w dawnym szpitalu.

Przeciętna cyfra nasza śmiertelności suchotników w w starym i w nowym szpitalu wynosi 41,48%; przewyższa ona nieco cyfrę, jaką podaje SĘDZIAK (5) z oddziału SOKOŁOWSKIEGO w r. 1888 [38^o0] i BORZĘCKI (6), w r. 1902 [31%], a nie różni się prawie od cytowanej przez ostatniego cyfry śmiertelności z oddziałów ZIELIŃSKICH na Pradze [42%].

Dla porównania przytaczam tablicę śmiertelności z suchot ze szpitalów Dzieciątka Jezus i św. Ducha za różne lata:

Szpital Dzieciątka Jezus (8), (9), (10), (11).

R o k	% suchotników	% śmiertelności suchotników		
1841	5,14	65,45		
1842	3,95	72,65		
1843	3,74	78,97		
1844	3,57	69,84		
1845	3,62	69,68		
1846	2,75	72,89		
1849	4,79	80,49		
1851	3,08	77,60		
1856	4,54	41,75		
1883	6,66	48,80		
1884	6,67	52,30		
1885	8,49	42,33		
1886	5,25	42,80		
1887	6,31	45,90		
1888				

Szpital św. Ducha. (12), (13), (14).	
% suchotników	% śmiertelności suchotników
9,29	41,72
8,83	37,6
7,90	43,92
9,45	38,1
10,45	46,5
10,01	40,9

Z tablic tych wnosilibym przedewszystkiem, że statystyki ze szpitala św. Ducha bardziej zasługują na wiarę, niż od Dzieciątka Jezus. Odsetka suchotników w szpitalu św. Ducha jest niemal ta sama, co w spisie jednodniowym, dokonanym przez DĄBROWSKIEGO. Natomiast w sprawozdaniach ze szpitala Dzieciątka Jezus cyfry wypadają stosunkowo bardzo niskie. Z pewnością zaś do szpitala Dzieciątka Jezus przybywało suchotników raczej więcej, a nigdy

nie mniej, niż do św. Ducha. Różnicę tę sprawozdań z obu szpitali tłumaczyłbym sobie ich charakterem: sprawozdania ze szpitala Dzieciątka Jezus miały charakter raczej kancelaryjny, ze św. Ducha—raczej naukowy.

Drugi wniosek byłby ten, że u św. Ducha śmiertelność z suchot była mniejsza, niż u Dzieciątka Jezus.

Trzeci—że w dawnych latach [1841—1856] wykazywano małe odsetki suchotników [2,75—5,14], a niezmierną śmiertelność pomiędzy nimi, dochodzącą do 80%. Pochodziło to stąd zapewne, że do kategorii suchot zaliczano tylko przypadki, połączone z wielkiem wyniszczeniem, innych zaś suchotników podciągano do rubryki przewlekłych zapaleń płuc (*pneumonia chronica*).

Przeciętna długość pobytu była prawie jednakowa dla chorych wszystkich 3 kategorii i wynosiła średnio 41 dni dla dawnego szpitala, 32— dla nowego. Szczegółowy podział chorych podług długości ich pobytu uwydatni następująca tablica:

	Wypisani			Zmarli		
	Gorączk.	Podgor.	Bezgor.	Gorączk.	Podgor.	Bezgor.
1 dzień	—	—	—	—	—	—
2 "	—	1	—	—	—	4
3 "	—	—	1	5	1	7
4 "	—	—	4	—	1	6
5 "	3	1	1	6	1	4
6 "	3	3	—	4	—	—
7 "	1	1	2	7	—	—
8 "	2	1	8	4	1	3
9 "	5	2	3	7	—	2 = 63 zmarłych
10 "	4	—	—	6	—	1 przed 10-ym dniem pobytu
11—15	12	5	12	15	3	3
16—20	21	6	10	14	2	4 = 111 zmarłych
21—30	33	6	18	26	—	2 przed 20-ym dniem pobytu
31—45	40	4	25	25	3	1
46—60	10	10	11	12	—	3
2—3 m.	13	1	11	23	1	4
3—4 m.	7	3	6	6	1	2
4 m.— $\frac{1}{2}$ r.	6	1	1	4	1	1
$\frac{1}{2}$ r.	—	1	1	1	—	—

Z tabliczki długości pobytu okazuje się, że blisko $\frac{1}{3}$ zmarłych leżała w szpitalu mniej niż 10 dni (63), a prawie połowa zmarła przed 20-ym dniem pobytu. W nowym szpitalu zmarłych w ciągu pierwszych dni pobytu było daleko mniej.

Na oddziale SOKOŁOWSKIEGO liczby te wypadły jeszcze wyższe. Tam bowiem, jak podaje kol. BORZĘCKI, liczba zmarłych przed 20-ym dniem pobytu przewyższa $\frac{2}{3}$ ogólnej liczby zmarłych. Jeżeli z cyfr przytoczonych wyprowadzać wniosek, to zgodzimy się z uwagą, niejednokrotnie zaznaczaną przez naszych autorów, że znaczna większość naszych suchotników zjawia się do szpitala w stanie rozpaczliwym, kiedy walka z chorobą musi być bezskuteczną, wielu, rzec można,—w przededniu śmierci. Nowy szpital Dzieciątka Jezus na razie był pod tym względem szczęśliwszy, co mogłoby poniekąd wpływać na owo rażące zmniejszenie się śmiertelności z suchot.

Obecnie kilka słów o wpływie, jaki okazuje na suchotników w pobyt w szpitalu. Dotychczas wszyscy autorowie zgodnie zaznaczali, że pobyt w szpitalu wpływa ujemnie na suchotników. W roku ubiegłym kwestya ta została przedstawiona inaczej przez BORZĘCKIEGO. Posiłkując się materiałem z oddziału dra SOKOŁOWSKIEGO, oraz z oddziałów ZIELIŃSKICH w szpitalu praskim, BORZĘCKI dochodzi do wniosku, że z wyłączeniem suchotników z chorobą zbyt posuniętą, na pozostałych szpital w rzadkich tylko przypadkach wywiera wpływ ujemny, wznaczej zaś części przypadków wychodzi nawet chorym na korzyść.

Oto dane cyfrowe BORZĘCKIEGO:

Na 104 chorych bezgorączkowych zaczęło gorączkować 5, czyli blisko 5%; na 258 chorych gorączkujących gorączka ustąpiła u 45, t. j. przeszło 17%. Bardzo podobnie wypadły i obliczenia z oddziałów ZIELIŃSKICH. Nie w tym stopniu, lecz w każdym razie dość pomyślne wyniki okazuje i nasza statystyka. Podług naszych obliczeń z pośród 256 chorych gorączkujących i 55 podgorączkowych z dawnego szpitala przestało gorączkować 69. Z nich zmarło 15, wypisało się w stanie rozpaczliwym 2. Zostaje 52. Z tych trzech wypisało się z pogorszeniem, z nieznaczną poprawą 17; pozostaje 32 z wyraźną lub znaczną poprawą, choć z nich 14 miało początkowo gorączkę 39° i wyżej. Cyfra ta chorych, którzy z pobytu w szpitalu niewątpliwą korzyść odnieśli, stanowi 10,28% liczby chorych gorączkujących. Zaczęło gorączkować w szpitalu 17 chorych, przyczem 13 w ciągu pierwszych 10 dni pobytu, 2 między 10 a 15 dniem, a tylko 2 po dłuższym pobycie. Odsetka w stosunku do liczby bezgorączkowych 10,49%—cyfra 2 razy gorsza niż ze szpitala św. Ducha.

Jak widać z danych poniżej przytoczonych, ogromna większość tych chorych zaczęła gorączkować zaraz po kilku dniach pobytu w szpitalu, czego na karb szpitala składać jeszcze nie podobna. Z pośród chorych, którzy stracili gorączkę w szpitalu, zmarło tem niemniej 16, a 15 wypisało się z pogorszeniem.

Wniosek stąd wypływa, aby za miarę poprawy nie brać wyłącznie spadku ciepłoty, a szukać obok tego poprawy i na innych punktach.

Przytoczmy teraz odpowiednie cyfry dla nowego szpitala: Z pośród 76 suchotników gorączkujących i podgorączkowych przestało gorączkować 17, z tych dwóch na krótko przed śmiercią. 2 wypisało się bez poprawy, pozostaje 13, czyli 17,11%. Okazuje się tedy, że liczba chorych, którzy przestali gorączkować i wypisali się z niewątpliwą poprawą przewyższa niemal dwukrotnie pod-

buą liczbę dla dawnego szpitala. Poza tem stwierdzono poprawę u 8 chorych gorączkujących i 6 bezgorączkowych.

Zaczęło gorączkować w nowym szpitalu 2, czyli 9,09 %, obadwaj na czwarty dzień pobytu w szpitalu.

Łącząc teraz razem cyfry, otrzymane dla dawnego i dla nowego szpitala, widzimy, że przestało gorączkować i wyraźnie się poprawiło ogółem co najmniej 45 chorych, czyli co najmniej 11,62% gorączkujących. Aby ocenić w pełni wartość tych wyników, należy wziąć pod uwagę, że publiczność szpitalna składa się przeważnie z najuboższej klasy ludności, wśród której opłakane warunki życia i pracy wytwarzają znakomite podłoże dla rozwoju gruźlicy. Zgadza się też najzupełniej z wnioskiem BORZĘCKIEGO, że w naszych warunkach szpital stanowi często korzystniejsze miejsce pobytu dla suchotników, niż przeciętne warszawskie mieszkanie w suterenie lub na poddaszu. [C. d. n.]

ODCINEK.

NA CZASIE.

[Dokończenie—Patrz Nr. 44.]

Zacznijmy od liczb.

Królestwo ze swoją przeszło 9½ milionową ludnością liczy lekarzy 1706, a więc jeden lekarz przypada średnio na 5500 mieszkańców. I tu zarówno stosunek przedstawia się odmiennie, jeżeli porównamy rozmieszczenie lekarzy w większych miastach Królestwa z osiedleniem się ich po miasteczkach, osadach i wsiach. Według gubernii liczby przedstawiają się następująco:

W gubernii warszawskiej	na 1970 tys. miesz.	jest lek.	954,	czyli	1 : 2065 m.
„ piotrkowskiej	„ 1432	„ „ „ „	278,	„	1 : 5150 „
„ lubelskiej	„ 1182	„ „ „ „	90,	„	1 : 13100 „
„ kaliskiej	„ 858	„ „ „ „	72,	„	1 : 11900 „
„ radomskiej	„ 831	„ „ „ „	71,	„	1 : 11700 „
„ siedleckiej	„ 787	„ „ „ „	54,	„	1 : 14500 „
„ kieleckiej	„ 776	„ „ „ „	63,	„	1 : 12300 „
„ suwalskiej	„ 593	„ „ „ „	37,	„	1 : 16000 „
„ łomżyńskiej	„ 590	„ „ „ „	41,	„	1 : 14300 „
„ plockiej	„ 564	„ „ „ „	45,	„	1 : 12500 „

Z dwunastu zaś większych miast [wszystkie gubernialne z dodaniem Łodzi i Częstochowy] ma:

Warszawa	na 700000 ludności	826 lekarzy,	czyli	1 : 846 mieszkańców.
Łódź	„ 315200	„ 138	„	1 : 2284 „
Lublin	„ 50150	„ 28	„	1 : 1791 „
Częstochowa	„ 45130	„ 17	„	1 : 2655 „
Piotrków	„ 30820	„ 14	„	1 : 2201 „

Radom	„	28740	„	21	„	„	1 : 1370	„
Płock	„	27070	„	14	„	„	1 : 1934	„
Łomża	„	26075	„	10	„	„	1 : 2607	„
Siedlce	„	23710	„	9	„	„	1 : 2635	„
Kielce	„	23190	„	13	„	„	1 : 1783	„
Suwałki	„	22640	„	9	„	„	1 : 2516	„
Kalisz	„	21680	„	14	„	„	1 : 1548	„

Widzimy więc, iż to samo zjawisko, które uderza w Galicyi, występuje jednakowo i w Królestwie, a jest niem ogólne dążenie lekarzy do osiedlenia się w wielkich ośrodkach życia społecznego. Liczba lekarzy, mieszkających w 12 wymienionych miastach, wynosi $\frac{1}{3}$ ogólnej ich liczby w Królestwie, lekarze zaś w Warszawie stanowią prawie $\frac{1}{2}$ jej. Przyczyny tego zjawiska są zrozumiałe i nie wymagają tłómaczenia, niemniej przeto w tym stopniu jest ono zjawiskiem niepożądanem. Pozostała $\frac{1}{3}$, czyli [mówiąc dokładnie] 590 lekarzy obsługuje całą przeszło 8 milionową ludność mniejszych miast i wsi, co daje stosunek mniej więcej 1 : 14000. Stosunek ten zmniejszyłby się jeszcze, i to znacznie, gdybyśmy po odliczeniu z tych liczb miast o 8—20 tysiącach mieszkańców, chcieli oznaczyć gęstość rozmieszczenia lekarzy wśród drobnych gmin i osad.

Widzimy już i na przytoczonych powyżej liczbach, że w guberniach, mających mało miast większych, i bez odliczania ich ludności stosunek ogólny dla gubernii jest niższy od podanego średniego 1 : 14000; tak na przykład, w gubernii siedleckiej wynosi 1 : 14500, w suwalskiej jeszcze mniej, bo 1 : 16000.

Liczbowo więc warunki w Królestwie przedstawiają się nieco pomyślniej, niż w Galicyi. Rzecz prosta, same liczby nie mówią jeszcze wszystkiego i dla oceny warunków ekonomicznych bytu lekarzy wśród danej ludności koniecznym jest uwzględnienie jej położenia materialnego i kulturalnego. Obadwa te czynniki społeczne—dobrobyt i oświata—w kraju naszym bardzo jeszcze skromnie się przedstawiają i na ogólnej drabinie postępu ludzkości nie wysokie dotychczas zajmują szczeble. W prostej zależności od nich jest i byt materialny lekarzy i przytem w większym stopniu od drugiego z tych czynników, t. j. od oświaty. Niewątpliwie nasz chłop, czy mieszczanin z małego miasteczka przeważnie jest biedny i z trudnością zdobyć się może na opłacenie lekarza, lecz główna tego przyczyna leży w niskim jego stanie kultury. Gdyby każdy z nich mógł zrozumieć, jaką ruiną jest dlań choroba, pozbawiająca go zarobku, gdyby umiał obliczyć, jak drogo kosztuje go w rzeczywistości ta niby tania pomoc bab, znachorów i felczerów, to z pewnością częściej i wcześniej zwracałby się o poradę po lekarza i pomoc tę byłby w możności wynagrodzić. Niestety, od tego zrozumienia nasza ludność wiejska jest jeszcze daleką i to jest jedną z głównych przyczyn i smutnego jej stanu zdrowotnego i niechęci do osiedlenia się wśród niej lekarzy. Powstaje tu błędne koło, którego rozwiązanie jednak przynajmniej w połowie jest w rękach lekarzy.

Z miast Królestwa Warszawa już cierpi na nadmiar lekarzy. Dowodem tego coraz bardziej obniżające się zarobki młodych lekarzy i coraz większa wśród nich liczba takich, którym zawód nie może zapewnić środków utrzymania. Duże miasta prowincjonalne mają lekarzy zupełnie dosyć w obecnych stóskach, niektóre nawet za wiele, przytem warunki bytu większości są bardzo skromne. Pozostaje więc ta głębsza prowincya, te drobniejsze miasta i osady, na których jeszcze dziewiczym częstokroć gruncie lekarz wyrobić sobie może potrzebne do istnienia warunki—i wyrabiać powinien. Rozumiem dobrze, iż to pole działania pod wielu względami nie przedstawia się różowo, że dużo pracy ciężkiej i poświęcenia się wymaga ono od lekarza, że wiele spotka on tam na swej drodze kamieni i kolców,—lecz jest to konieczność ekonomiczna i im prędzej na tę drogę wstąpi ów nadmiar lekarzy z Warszawy i z większych miast, tem lepiej będzie dla nich, tem korzystniej dla ogółu.

Sprawa ta nie jest jednakże tak prostą w wykonaniu, składa się z wielu trudnych szczegółów i, oprócz dobrej woli ze strony lekarzy, wymaga koniecznie współdziałania i pomocy ze strony społeczeństwa, które dotychczas w tych rzeczach dziwną okazuje obojętność. Niewątpliwie czynniki zewnętrzne stoją tu w znacznej mierze na przeszkodzie, lecz i w zakresie możności wiele dałoby się tu zrobić.

Kwestya osiedlania się gęstszego lekarzy na prowincyi i podniesienia przez to stanu zdrowotności i kultury wśród ludu jest w ścisłym związku i zależności od dwóch spraw ogromnej wagi. Pierwszą z nich, na którą ogół nasz pośrednio tylko wpływ mieć może, jest sprawa wykształcenia zawodowego naszych lekarzy. Widząc, jak niedostatecznym jest zapas wiedzy, który mu daje u nas szkoła lekarska, jak mało przygotowanym do wykonywania w praktyce swego zawodu wychodzi z niej w życie, młody lekarz po otrzymaniu dyplomu dąży do wypełnienia tych braków. Stara się więc zdobyć możność uczenia się w oddziałach szpitalnych, niekiedy w klinikach i pracowniach. Wprawdzie te studia skutkiem zupełnego braku odpowiedniej celowi organizacji są zwykle niesystematyczne i dorywcze; wprawdzie reforma w tym kierunku jest konieczną i nagłą, lecz rozbija się o zupełną u nas bezsilność inicjatywy prywatnej, — jednakże usiłowania młodych lekarzy rozszerzenia swej wiedzy ze wszelkich miar zasługują na pomoc i współdziałanie. A ci właśnie młodzi lekarze cierpią największą biedę, będąc pozbawionymi dochodów, jakie mieli za czasów studenckich, a nie mając jeszcze zarobków ze swego zawodu.

I tę właśnie sprawę uważam za pole, na którym dużo pomódzby można i należy, a przyczynić się do tego muszą i sami lekarze i społeczeństwo. Pierwsi przedewszystkiem w osobie kierowników oddziałów szpitalnych, powołani są do wprowadzania tych młodych kolegów w cały zakres praktyczny swej nauki i sztuki, jakim rozporządzają, poświęcając dużo pracy i dobrej w tym kierunku woli. Społeczeństwo zaś powinno zrozumieć, jak bardzo w jego interesie leży posiadanie dobrych lekarzy i materialnie się do tego przyczyniać, umożliwiając w ten lub inny sposób egzystencję choć roczną w Warszawie młodemu lekarzowi przed wyjazdem na wieś. Stypendya i zapomogi, jakie otrzymuje młodzież podczas studyów uniwersyteckich, tu byłoby tembardziej odpowiednie i niewątpliwie dla społeczeństwa korzystniejsze. Gdyby udało się naszemu ogółowi lekarskiemu zorganizować sprawę kształcenia się młodych lekarzy i nadać jej najbardziej odpowiedni kierunek, a mianowicie możność w ciągu krótkiego czasu, choćby roku, zetknięcia się bezpośredniego z najważniejszymi dla lekarza wiejskiego gałęziami medycyny praktycznej, gdyby w tych pożytecznych usiłowaniach znaleźli poparcie społeczeństwa, — wtedy sprawa zaopatrzenia prowincyi w odpowiedniejszą potrzebom ludności liczbę dobrych sił lekarskich i ograniczenia następstw nadmiaru lekarzy w Warszawie zrobiłaby duży krok naprzód.

Lecz to nie wszystko, a zaledwo początek.

Tu bezpośrednio zaczepiamy o drugą z tych ważnych spraw, o których wspominałem powyżej, a jest nią sprawa szpitalnictwa w Królestwie. Z którejkolwiek strony poruszyć kwestyę lekarzy u nas, w jakim bądź kierunku dążyć — byśmy chcieli do koniecznych zmian i poprawy w jej zakresie, zawsze i wszędzie wyłoni się ona, jako nieodłączny postulat, wielkim głosem domagający się załatwienia.

Niema dwóch zdań w tej kwestyi: stan szpitalnictwa u nas znajduje się na poziomie, nieskończenie niżej stojącym od najprostszych pojęć o lecznictwie, obrażającym najskromniejsze wymagania higieny i wprost przeczącym instynktowi samozachowawczemu społeczeństwa.

Według obliczeń d-ra Męczkowskie-go, jeżeli stosować najskromniejszą normę 20 łóżek na 1000 mieszkańców, to Królestwo przy ludności 10200000

potrzebowaloby 20400 łózek szpitalnych, podczas gdy posiada tylko 5710, t. j. mniej więcej $\frac{1}{4}$ tej liczby, jaka wynika z wymagań rzeczywiście minimalnych. Bo gdybyśmy zamarzyć mogli o wzorowaniu się na krajach kulturalnych Zachodu Europy, to zamiast owych 20400 łózek musielibyśmy mieć przeszło 100000, licząc według stosunku w prowincjach nadreńskich, lub 87000 z górą według Alzacyi. A jeszcze pamiętać należy, iż owe 5710 łózek u nas znajdują się w szpitalach takich, że drobną tylko ich część zachowałoby należało, ogromna zaś większość jak najrychlej zniknąć powinna z powierzchni ziemi.

Najsmutniejsze przytem, że na tem polu nie tylko niema żadnej poprawy, lecz przeciwnie w ciągu ostatnich lat kilkudziesięciu widać stałe cofanie się wstecz; podczas bowiem gdy w roku 1867 na 10000 ludności przypadało 7 łózek, w trzydzieści lat później było już tylko 5,7, zaś do początku bieżącego roku 1903 stosunek ten obniżył się jeszcze do 5,6, co wynosi mniej od przeciętnej [6,2] dla całego państwa rosyjskiego, z Syberją, Kaukazem i Krajem Zakaspijskim! A tymczasem ze wszech miar słusznie powiada Męczkowski, że „wszelka pomoc lekarska dla ludu musi się oprzeć bezwarunkowo na szpitalach. Najznakomiciej opracowana organizacya pomocy przy pominięciu tego zasadniczego punktu do celu nie doprowadzi.“

W tem leży drugi punkt ciężkości zajmującej nas sprawy, rzecz już bezpośrednio związana z podstawowymi interesami całego społeczeństwa. Niewątpliwie, radykalna poprawa tego smutnego stanu leży poza granicą możliwości naszego społeczeństwa, nie mającego wpływu na działalność powołanych do tego sfer. To jednakże nie powinno wstrzymywać od dopomagania rzeczy, tak niezmiernie ważnej dla ogółu. Niegdyś społeczeństwo nasze hojnie łożyło na fundacyę szpitali i ich uposażenie: dziś zniechęcone, zamknęło ono szczelnie swą kieszeń dla spraw szpitalnych, co doprowadziło ostatecznie do tego ciężkiego położenia, w jakim się one dziś znajdują.

Nie uległo zarówno poprawie dziwne zapatrywanie się ogółu na swój stosunek do lekarzy, jako chlebobdawcy do klasy zarobkującej, i sposób ocenienia ich pracy. Jednym z dowodów są właśnie szpitale i panujący dotychczas powszechnie w nich system wynagradzania, a właściwie niewynagradzania pracujących w nich lekarzy. Z ogólnej liczby lekarzy szpitalnych zaledwie $\frac{1}{3}$ lub $\frac{1}{4}$ jest płatną, ogromna zaś większość pracuje zupełnie za darmo, i przytem pensya tej nielicznej mniejszości jest z małymi wyjątkami tak drobną [300 rubli rocznie], w takim pozostaje niestosunku do wkładanej przez lekarzy pracy, że można ją uważać istotnie za *quantité négligeable*. Sprawa ta bywała już wielokrotnie ostatnimi czasy przedmiotem dyskusyi wśród lekarzy, lecz z innych względów nie uznano za właściwe dążyć do jej poprawy.

Sądzę jednak, że niesłusznie, gdyż jakkolwiek wobec ingerencyi *force majeure* z zewnątrz zawsze jesteśmy bezsilni, pomimo to zasadniczo winniśmy starać się o zniesienie krzywdzącej niesprawiedliwości, tembardziej, że poprawa warunków szpitalnych w tym względzie nie pozostałaby bez dodatniego wpływu na zmianę w stosunkach lekarskich i gdzieindziej.

Zadaniem więc ludzi, dbających naprawdę o dobro społeczeństwa, powinna być troska o naprawienie tego zła, jakie przyniosła nam w sprawie szpitali druga połowa zeszłego stulecia. Budowa nowych szpitali i to budowa jak najspieszniejsza i w najszerszym zakresie stanowi obecnie jedno z najbardziej palących zadań. A szpitale te muszą nie tylko odpowiadać dzisiejszym wymaganiom nauki, ale przede wszystkim winny być zaopatrzone w liczny, dobrze uzdolniony i odpowiednio płatny personel lekarski. Skuteczne spełnienie tych dążeń da społeczeństwu pewniejszą broń w walce o najcenniejsze dobro człowieka — zdrowie, lekarzom zaś możliwość wydatniejszej dla tego dobra pracy wśród lepszych warunków bytu.

Podkreśliłem te nienormalne stosunki, dotyczące wynagrodzenia pracy lekarzy szpitalnych, gdyż są one u nas pierwowzorem stosunków zarobkowych, w których chlebobdawcą jest społeczeństwo lub jakiś jego odłam, zarobnikiem zaś lekarze. Stan taki trwa tak dawno, ogół tak się doń przyzwyczaił i uważa za tak naturalny, że rzadko komu przychodzi na myśl zastanawiać się nad sprawiedliwością i moralnością takiego stosunku. A prawie to samo *mutatis mutandis* dałoby się powiedzieć o położeniu naszych lekarzy kolejowych, fabrycznych, górniczych i t. d. Nader pouczające byłyby dokładne obliczenia tych kolegów, po ile kopiejek wypada im porada lekarska dla każdego z obowiązujących ich pacjentów. Instytucje te na swoje usprawiedliwienie mają fakt, iż na każdą, nawet najskromniejszą lub bezpłatną posadę zjawia się zawsze nadmiar dobijających się o nią kandydatów. To jednak świadczy tylko o smutnem położeniu materialnem petentów, a ekonomiści od dawna już nie uważają podaży i popytu za jedynie słuszne kryteria normowania płacy, że już pominię etyczną stronę takiego postępowania.

Byłoby niesprawiedliwie, gdybyśmy pod koniec nie zastanowili się nad tem, o ile we wzrastającym pogorszeniu się stanowiska materialnego wina leży po stronie samych lekarzy. Niewątpliwie jest jej dużo, a głównie wynika ona z następstw nadmiaru lekarzy w jednym miejscu, owej szkodliwej zawsze hiperprodukcji. W pogoni za kawałkiem chleba walka współzawodnicza stanowi konieczne zjawisko ekonomiczne, lecz nie powinna nigdy przekraczać granicy, zakreślonej przez poczucie etyki, godności osobistej i godności stanu. Że bywa tak niezawsze, wiemy o tem wszyscy. Pierwszy wynik tej walki—obniżanie cen zarobkowych postępuje wprost zastraszająco, krzywdząc lekarzy materialnie i jednocześnie obniżając moralnie w oczach ogółu. A słuszność wyznać nakazuje, że w tej smutnej licytacji *in minus* przodują bynajmniej nie ci najmłodszy, którym można byłoby łatwiej to jeszcze wybaczyć!

Rzecz prosta, iż wynagrodzenie pracy lekarza ulega i ulegać musi wahaniom w najszerszych granicach, że określenie tych granic należy do zadań trudnych i często nieuchwytnych, że wreszcie lekarz w poszczególnych przypadkach chętnym być powinien do najdalej idących ustępstw. Lecz i tu jest kres, którego mu przekroczyć bezwzględnie nie wolno, a jest nim wyzysk. Przeciw niemu powinni lekarze występować z całą energią i solidarnością, co jest tem konieczniejsze a zarazem tem trudniejsze, że wyzysk, jak już widzieliśmy powyżej, jest u nas w stosunkach lekarskich zjawiskiem powszedniem, jedyna zaś przeciw niemu zaporą—solidarność bywa wśród lekarzy dotychczas mitem lub w najlepszym razie pobożnem westchnieniem.

Jest jeszcze jedna okoliczność, utrudniająca należyte postawienie kwestyi lekarskiej u nas, a jest nią błędne pojmowanie stanowiska lekarzy w społeczeństwie i wzajemnego ich stosunku. Stanowi ono jakiś odgłos „dawnych, dobrych” czasów, występujący w spazmowanej postaci i fałszywą dźwięczący nutą.

Ciągle jeszcze spotykamy się w druku i w mowie z frazesem o szczytnem powołaniu lekarza, o czystej jego filantropii, brzydzącej się groszem, o bezinteresownem poświęcaniu się bez granic, o nieziemskim nieledwie posłannictwie jego tu na ziemi. Kolportuje się to nieraz w najlepszej wierze i jako takie byłoby nieszkodliwem, gdyby nie to, że poza tą tanią deklamacją kryje się często—kroć wyzysk lub dobroczynność z cudzej kieszeni. Usunąć to należy i wpoić w społeczeństwo zrozumienie tego, iż wbrew wszelkim nadzwyczajnościom, lekarz jest tylko jednym ze składników organizmu społecznego, różniącym się od innych tem, że oprócz najlepszej swej wiedzy i woli, oprócz całych zasobów swego umysłu i serca nieść winien dla jego dobra w każdej chwili swe zdrowie i życie, ale przytem... i on sam żyć musi. Jest to stanowisko może mniej poetyczne, lecz bardziej zbliżone do rzeczywistości, poważniejsze a przede wszystkim daleko sprawiedliwsze i korzystniejsze i dla społeczeństwa i dla lekarzy.

Wiele dałoby się jeszcze powiedzieć w poruszonej sprawie bytu lekarzy. Tyle ma ona stron do podniesienia, tyle w niej pragnień słuszných, tyle dążeń, zasługujących na poparcie, tyle rzeczy złých, domagających się naprawy, że nasza prasa w interesie ogółu lekarskiego powinna jej więcej niż dotychczas poświęcać uwagi. Nadto skorzystać należy ze sposobności, jaką następuje przyszloroczny Zjazd we Lwowie, aby w oddzielnej sekcji omówić niektóre z tych właśnie zagadnień zawodu naszego. A jest ich szereg długi i do współpracownictwa przyczynić się powinni wszyscy, komu sprawa dobra ogółu nie jest obojętną.

Tej zaś myśli ogólnej poruszenie jest zadaniem niniejszego artykułu.

Dr L. Kryński.

TOWARZYSTWO LEKARSKIE WARSZAWSKIE.



Posiedzenie dn. 15. IX. r. b.

1. KOZERSKI przedstawił przypadek *sclerodermiae* u 7-letniej dziewczynki — rzecz, w tak młodym wieku rzadką. K. podnosi w danym przypadku niezwykłość przebiegu smug sklerodermicznych, jak przy półpaścu, fakt występowania częstego pokrzywki i przykurczenie w stawach.

2. M. LUBELSKI przedstawił 2 chorych na 16 dzień i w 3 miesiące po operacji guzów krwawnicowych, dokonanej metodą VERRESO z wynikiem pomyślnym.

3. K. RZĘTKOWSKI przedstawił wątrobę chorego, lat 34, zmarłego w 3 dni po operacji TALMY. Płyn z brzucha wypuszczano mu już kilkakrotnie i w dużej ilości. Płyn, badany w szpitalu, nie różnił się niczem od banalnych płynów ascytycznych. Na sekcji znaleziono w wątrobie zropiałą torbiel bąblowca wielkości główki dziecka. Torbiel ta powodowała zaburzenia w krążeniu wątrobowem i wrotnem.

4. BORZYMOWSKI przedstawił a) przyrząd do podawania ligatur i zamakadło do irygatorów;

b) chorego po uranoplastyce.—B. dobry wynik przypisuje zastosowanej przez niego po raz pierwszy modyfikacji, polegającej na obszyciu gazą jodoformową odluszczonej od podniebienia i zeszytych z sobą płatów;

c) chorego, któremu B. przed 6-u miesiącami zszył serce z powodu drążącej rany prawej komory. Ogólny stan dobry. Różnica tętna na prawej i lewej ręce.

5. BORZYMOWSKI odczytał pracę: Trzy przypadki zeszywania ran serca, operowane w szpitalu Ś-go Ducha, oraz teoria zszywania ran serca, oparta na spostrzeżeniach własnych. Wnioski prelegenta są następujące: 1) przy cięciu skórnyem nie należy dotykać rany pierwotnej, ani narzędziem ani palcami; 2) przed wycięciem kostnego płata trzeba wyciąć część 5-ej lewej chrząstki, wejść palcem przez ten otwór do śródpiersia i odluszczyć osierdzie i opłucną od okolicy projektowanego płatu, aby cała operacja odbywała się po za granicami opłucnej; 3) po wycięciu płata kostnego należy odluszczyć osierdzie od tylnej powierzchni mostka; 4) obszyć zeszytą ranę osierdziem, w celu pozostawienia jej poza jamą osierdzia; 5) połączyć tylną jamę osierdzia z lewą opłucną.

W dyskusji SZTEYNER zaznacza, iż nie uważa za potrzebne omijanie rany skórnej i nie radzi zeszywać osierdzia. S. przytacza własny przypadek z przebiegiem bardzo pomyślnym.

ODERFELD podnosi, iż szukanie palcem rany serca jest bardzo nieodpowiednie, że sposób operowania prelegenta stoi daleko niżej od sposobu prof. WEHR'a, o którym prel. nawet nie wspominał.

PRZYBOROWSKI ADAM sądzi, że przez odłuszczenie osierdzia od tylnej powierzchni mostka nie uniknie się tarcia tegoż o serce.

SŁAWIŃSKI w tej kwestyi dodaje, że tarcie to nie jest szkodliwe, na dowód przytacza odpowiedni przypadek z literatury (drażnienie mechaniczne).

Odpowiada BORZYMOWSKI, uzasadniając podane wnioski. Co do sposobu prof. WEHR'a, zaznacza, iż w tym roku na Zjeździe chirurgów w Krakowie wykazał, iż sposób ten nie jest bezpiecznym dla opłucnej.

Posiedzenie dn. 29. IX. r. b.

1. BORZYMOWSKI przedstawił chorego po wyjęciu z oczodołu ciała obcego (odłamka noża długości $8\frac{1}{2}$ ctm.), stwierdzonego dopiero w uśpieniu chloroformowem; chory otrzymał ranę, lecz o niej nie pamiętał. Przy operacyi okazało się, że nóż przebił szczękę górną i sterczał swym ostrzem w nozdrzach tylnych.

2. St. KOPCZYŃSKI przedstawił chorą, dotkniętą zupełnem porażeniem nerwów promieniowego, pośrodkowego i łokciowego w następstwie ucisku rurą gumową przy operacyi. Na 10-y dzień od chwili operacyi (igłę wyjęto, rana się zagoiła) stwierdzono zupełne porażenie ruchowe wszystkich mięśni kości przedramienia. Zginanie ręki w stawie łokciowym niemożliwe. Ruchy w stawie barkowym zachowane. Zaburzenia czucia. Na 24-y dzień zauważono pewną poprawę, jednocześnie stwierdzono wyraźny zanik mięśni na ramieniu i przedramieniu. K. podnosi rzadkość zupełnego porażenia wszystkich trzech nerwów po podobnym ucisku chirurgicznym, przypuszcza t. zw. „zwyrodnienie urazowe nerwów” w okolicy ucisku. Wobec braku wyraźnego odczynu zwyrodnienia w porażonych mięśniach, K. przypuszcza możliwość poprawy. Stosuje masaż, kąpiele słone i elektryzację.

3. K. RZĘTKOWSKI odczytał rzecz p. t. „Działanie katalityczne i zaczynowe”. (Rzecz ta drukowana będzie w całości w Gazecie).

W dyskusyi J. PRUSZYŃSKI podnosi jasność i przystępność odczytu o rzeczach tak trudnych, zaznacza, iż pojęcie o katalizie wraca nas do czasów przed LIEBIG'em i wskazuje, że twierdzenie PASTEUR'a, jakoby fermenty były produktami komórki żywej, utrzymać się nie da. P. przypomina, iż przed odkryciem jeszcze oksydaz nieorganicznych, NENCKI przypisywał wielkie znaczenie popiołom ciał białkowych, których cząsteczki bez metalu lub metaloidu w niej zawartego wyobrazić sobie nie można. NENCKI nazwał te ciała czynnościami ciałami białkowymi.

Posiedzenie dn. 6. X. r. b.

1. SZTEYNER przedstawił chorego, wyleczonego po zeszczeniu rany drażącej serca, o którym mówił w dyskusyi nad odczytem BURZYMOWSKIEGO.

2. F. NEUGEBAUER przedstawił 25-letnią kobietę o płci wątpliwej. Na żądanie chorej N. wykonał dyagnostyczne cięcie brzuszne dla rozpoznania cech gruczołów płciowych. Jest to 38 spostrzeżenie własne wrzekomego obojnactwa.

3. T. DUNIN wypowiedział odczyt p. t. „O ciśnieniu krwi w arteriosklerozie”.

Dla oceny ciśnienia krwi miarodajne są, zdaniem mówcy, jedynie badania sfigmomanometryczne. D. przeprowadzał te badania na 400 blisko chorych z praktyki prywatnej i szpitalnej. W szpitalu stosował aparat RIVA-ROCCI, w praktyce prywatnej tonometr GAERTNER'a.

Z badań swych wyciąga D. wnioski następujące:

Nie w każdym przypadku arteriosklerozy ciśnienie bywa wzmożone: na 400 chorych nie było wzmożone u 80; jedynym objawem u niektórych chorych bywa metaliczny II ton aorty, inni skarżyli się na duszność, bicie serca (chorzy z dyskompensacją wyłączeni byli z badań). Liczniejszą była grupa chorych z ciśnieniem podniesionem: 80% badanych przypadków. Należą tu chorzy dwu kategorii: a) bez skarg na zaburzenia ze strony układu naczyniowego (skargi neurasteniczne, kolka wątrobowa), wzmożone ciśnienie wykryto dopiero sfigmomanometrem. Prel. nie zgadza się na pogląd Busch'a, iż w tej t. zwanej przez niego „*latente Arteriosclerose*” chodzi o zaburzenia czynnościowe bez zmian głębszych; b) z pewnemi skargami, jak bicie serca. Udział nerek u arteriosklerotyków ma, zdaniem prel., doniosłe znaczenie tam, gdzie nerki cierpią, można powiedzieć, że arterioskleroza zajęła już organy trzewowe, co wpływa poważnie na rokowanie. U chorych o małym ciśnieniu białka nie wykryto (drobne tętnice nie bywają zmienione), u chorych o wysokim ciśnieniu w 35% wykryto obecność białka (ogółem mocza badano w 103 przypadkach). *Anginam pectoris* spotykał prel. u chorych na arteriosklerozę bardzo często — należą tu chorzy z wysokim i niskim ciśnieniem. Wysokość ciśnienia przy *angina pect.* na rokowanie, zdaniem mówcy, nie wpływa. Poprawa w stanie ogólnym i wysokość ciśnienia równoległe nie idą, ma to miejsce stale jedynie u otyłych arteriosklerotyków: przy kuracji odłuszczejaczej ciśnienie spada i nieraz bardzo znacznie. HUCHARD tłumaczy to głównie wpływem diety mlecznej (*hypertension tonialimentaire*). D. przypisuje duże znaczenie i spadkowi wagi (nadmierne obciążenie systemu mięśniowego podnosi ciśnienie).

W dyskusji J. PAWIŃSKI zaznacza, iż sprawa ciśnienia krwi w arteriosklerozie nie jest bynajmniej zaniedbaną w nauce; jako dowód przytacza dzieło HUCHARD'a, który wszystkie zaburzenia krwi dzieli na zaburzenia z wzmożeniem i zmniejszonym napięciem naczyniowym. Mówca podnosi, iż cyfry, otrzymane co do ciśnienia u ludzi przy zastosowaniu sfigmomanometrów, nie wskazują właściwie wysokości ciśnienia krwi, lecz napięcia naczyniowego, w skład którego wchodzi a) ciśnienie słupa krwi w ścisłym tego słowa znaczeniu i b) napięcie ścianek naczyń (*tonus*). Często zdarza się, iż te składniki idą równoległe, zdarza się jednak i odwrotnie. P. zaznacza, iż ze względu na to, że ciśnienie krwi zależy przedewszystkiem od przeszkód w drobnych naczyniach, lepiejby było za przykładem DUROZIER'a zmienić wyrażenie: arterioskleroza na „angioskleroza”. Mówca nie zgadza się również na poglądy Busch'a co do jego „*latente Arteriosclerose*” i przyznaje więcej słuszności nazwie HUCHARD'a — *presclerosis*: mianem tem określa się okres wzmożonego ciśnienia, który ze swej strony sprzyja rozwojowi sprawy miażdżycowej.

Największy wpływ na wysokość ciśnienia krwi wywiera, oprócz faktu utraty elastyczności drobnych naczyń, a zwłaszcza zwężenie tychże — samo serce i ośrodek naczynioruchowy. Np. pomimo istnienia dużych przeszkód w krwiobieganiu ciśnienie krwi może być niepodniesione, jeżeli siła mięśnia sercowego słabnie (niedomoga czynnościowa lub skutek zmian organicznych). Z drugiej znowu strony małe ciśnienie krwi może uleść zwiększeniu nie wskutek przeszkód w krążeniu, lecz przez wpływ ośrodka naczynioruchowego na naczynia, jak to ma miejsce przy nagromadzeniu kwasu węglowego we krwi (przy rozedmie płuc i t. p.).

Doświadczenia na zwierzętach w ostatnich latach wykryły jeszcze jeden czynnik, wpływający na wysokość ciśnienia, mianowicie wydzieliny pewnych gruczołów o t. zw. sekrecyi wewnętrznej (nadnercza, gruczoł tarczowy, jajniki i t. p.).

Spadek ciśnienia, jaki niekiedy występuje w przebiegu arteriosklerozy, nie zawsze jest znakiem zmniejszania się samej sprawy. Może tu wchodzić w grę rozwijająca się niedomoga serca lub wogóle bezkrwistość, charłactwo. Mówca podnosi ważność uwzględniania wysokości ciśnienia przy wskazaniach leczniczych;

uwzględnianie tego czynnika uchroni od stosowania kąpeli, obfitujących w kwas węglowy w przypadkach o wysokim ciśnieniu, i od złudzeń, iż zastrzyknięcie kilkunastu ctm. sz. t. zw. surowicy TRUNECKA może wpłynąć na obniżenie ciśnienia i polepszenie sprawy miażdżycowej. P. podnosi wpływ środków czyszczących na obniżenie ciśnienia. Mówca zgadza się ze zdaniem prelegenta co do wpływu kuracyi odtłuszczającej na spadek ciśnienia i poprawę u arteriosklerotyków otyłych i na zakończenie zaznacza, iż badania sfigmomanometryczne u chorych mogą mieć doniosłe znaczenie dla patologii krwioobiegu, o ile w każdym poszczególnym przypadku uwzględnione będą inne właściwości układu krwionośnego.

STEINHAUS zaznacza, że elastyczność naczyń w arteriosklerozie niezawsze jest zmniejszona, może być nawet czasowo zwiększona, co dla kliniki arteriosklerozy ma duże znaczenie.

W odpowiedzi DUNIN zaznacza, iż kwestya, poruszona przez STEINHAUSA, jest bardzo ciekawa i odnośnie doświadczenia na oddziale preleg. są już w toku — jednak co do wpływu na ciśnienie, to nie elastyczność naczyń gra tu rolę, lecz fakt zwężenia ich światła. PAWIŃSKIEMU odpowiada w kwestyi t. zw. idyopatycznego przerostu serca, iż nie uznając tej kategorii, nie zgadza się również na twierdzenie PAWIŃSKIEGO, iż niskie ciśnienie występuje głównie wskutek niedomogi serca, spotykał je bowiem u osób młodych z dobrą działalnością serca. Zdanie PAWIŃSKIEGO o wpływie środków czyszczących na obniżenie ciśnienia, D. podziela w zupełności.

J. Brudziński.

Posiedzenie dn. 20. X. b. r.

1. J. PILTZ przedstawił 50 l. mężczyznę z *myelitis transversa*, przypadek zasługujący na uwagę ze względu, iż a) znieczulenie nie obejmuje całej powierzchni kończyn dolnych i tułowia, lecz występuje pasami i pod wpływem leczenia rozległość znieczulonych powierzchni zmniejsza się nieregularnie. b) chory ten ma bardzo wyraźny *clonus* kolana, c) przy uderzeniu młotkiem ścięgna Achilasa po stronie prawej wywołać można skurcz *mm. pectinei i gracilis*.

2. JAN ŚWIĄTECKI a) pokazał sposób wprowadzania cewników miękkich NELATON'a, zapobiegający przeniesieniu infekcyi z rąk wprowadzającego cewnik wprowadza się zapomagają pincety, wygotowanej uprzednio wraz z nim; b) przedstawił chorego 45 l., któremu kol. KRAJEWSKI wyciął więcej niż $\frac{3}{4}$ pęcherza moczowego z powodu raka; pozostała tylko tylna ściana z trójkątem LIETAUD'a, ujściami moczowodów i przyczepem do cewki. Pomimo to samoistnie wytworzył się jakby nowy pęcherz, którego przednią ścianę stanowią powłoki brzuszne. Chory zatrzymuje 80 ctm. sz. moczu, oddaje mocz co 1—1½ godz. pełnym strumieniem przez cewkę; przez przetokę w ścianie brzusznej wydziela się jeszcze bardzo niewielka ilość moczu tylko podczas chodzenia. S. podkreśla tak idealny, a nieoczekiwany wynik operacyi.

3. F. NEUGEBAUER uzupełnia demonstracyę z przeszłego posiedzenia. Cięcie brzuszne dyagnostyczne wykazało istnienie narządów płciowych kobiecych. Dokonano wobec tego amputacyi przerosłej lechtaczki. Po zagojeniu się rany brzusznej N. zamierza przeciąć zrost wielkich warg sromnych dla odszukania ujścia pochwy. Osobnik ten więc pomimo pozorów męskości, okazał się kobietą.

4. MIKŁASZEWSKI wypowiedział odczyt p. t. „Badania nad wpływem łaźni suchej na ustrój“.

W badaniach swych prel. uwzględnił głównie 2 kwestye: jaki wpływ wywiera łaźnia sucha na układ krążenia a) jako zabieg pojedynczy i b) jako leczenie, czyli szereg zabiegów.

Łaźnia odbywała się w łóżku chorego, zawiniętego w koce, pod które napływało ogrzane powietrze. Wyniki badań są następujące:

a) Ciśnienie krwi obniżało się najczęściej pod koniec łaźni, największy spadek wynosił 52,17%—[55 mm.], przeciętny—20%. Po łaźni ciśnienie podnosi się w ciągu kilkunastu minut do normy. Łażnia miejscowa [kończyny górnej] wywołuje bardzo nieznaczny spadek ciśnienia.

Leczenie łaźniami suchymi nie wywierało wyraźnego wpływu na ciśnienie [z wyjątkiem przypadków niedokrwistości z poprawą].

b) Na zdjęciach tętna widać wyraźną utratę sprężystości naczyń obwodowych i po $\frac{1}{2}$ godzinie—powrót do normy.

c) Szybkość tętna zwiększała się stale o 20—40%. Łażnie miejscowe pozostają bez wpływu. Leczenie łaźniami przy poprawie stanu ogólnego wpływało na poprawę tętna.

d) Ciepłota ciała podnosiła się w ustach od 0, X do 1,7°, pod pachą o 1° i więcej. Po $\frac{1}{2}$ —1 godz. ciepłota spada niżej normy.

Badanie krwi [120 badań u 25 chorych] doprowadziło prel. do wniosków odmiennych od badań dotychczasowych. Liczba krążków czerwonych zmniejszała się stale zaraz po łaźni, przeciętnie o 9,045%. W żadnym przypadku nie stwierdzono powiększenia liczby czerwonych ciałek [w b r e w i n y m a u t o r o m], zarówno w przypadkach ze składem krwi normalnym, jak i patologicznym.

Zmniejszenie liczby krążków czerwonych ustępuje po zabiegu poszczególnym powoli, a po szeregu zabiegów zmniejszenie staje się coraz znaczniejszem. Po skończeniu leczenia [15—20 łaźni] trwa ono jeszcze pewien czas, poczem liczba krążków powraca do normy lub nawet powiększa się ponad liczbę przed łaźniami [w niedokrwistości].

Ilość barwika krwi zmniejszała się po zabiegach poszczególnych przeciętnie o 5%; ilość substancji suchej zmniejszała się przeciętnie o 1,43%, mniej więcej równoległe ze zmniejszeniem liczby czerwonych krążków i barwika.

Liczba ciałek białych powiększała się zaraz po zabiegu przeciętnie o 25,5%; leukocytozy nie spotykano. Wpływ leczenia niewyraźny.

Waga ciała po poszczególnym zabiegu zmniejsza się o 200,0—1200,0 przeciętnie o 600,0, po łaźni zmniejsza się jeszcze wskutek pocenia się; nazajutrz po łaźni i po szeregu łaźni powraca do wysokości poprzedniej.

Badanie moczu wykazało zwiększenie się ilości dobowej, obliczonej na godzinę z okresu łaźni, czyli że wbrew pomienionym poglądom ciśnienie krwi w tętnicy nerkowej oraz ukrwienie nerki powiększa się przy łaźni. Ilość dobowa po jednej łaźni i po leczeniu łaźniami nie ulega zmianie.

Kwaśność moczu bezpośrednio po łaźni zmniejsza się równoległe do ciężaru właściwego, — bezwzględna kwaśność całej ilości moczu na dobę nie zmienia się po łaźniach. Prel. zaznacza, iż z tych danych możnaby wyciągnąć pewne wnioski co do zasadowości krwi, mianowicie, że zwiększa się ona podczas łaźni, po łaźni powraca do normy. Prel. omawia wpływ łaźni na wydzielanie soków żołądkowych, na siłę mięśniową, oddychanie i t. d.

Leczenie łaźniami suchymi dawało wyniki dodatnie w przypadkach gośca podostrego i przewlekłego, w zapaleniu nerek i w niektórych przypadkach niedokrwistości. Najmniejsze działanie lecznicze otrzymywano u chorych na podagrę i przy otyłości. Łażnie miejscowe pozostawały bez żadnego wpływu dodatniego. Dłuższe leczenie łaźniami wywierało pewien wpływ ujemny, przeważnie na system nerwowy.

Z objawów podmiotowych skarżono się na drętwienie w kończynach, osłabienie, ściskanie w gardle, bicie serca, zawroty głowy; przedmiotowo stwierdzał prel. zaburzenia czucia skórnoego, wzmożenie odruchów ścięgnistych, wzmożenie wydzielania HCl w żołądku, zmiany we krwi. Prel. ostrzega wobec tego przed nieogłędnem stosowaniem łaźni suchych.

W dyskusyi Rzętkowski przypomina, iż w pracy swej na ten sam temat doszedł do wniosku wręcz przeciwnego — stwierdził powiększenie się liczby czerwonych krążków krwi po łaźni suchej. R. zaznacza, iż z kwaśności moczu nie można, jak to czyni prel. wnioskować o zasadowości krwi.

BREGMAN zapytuje co do poprawy niedokrwistości, wyniku niezgodnego z faktem zmniejszania się liczby czerwonych krążków krwi po łaźni.

GRUNDZACH pyta, jak długo trwał poszczególny zabieg. PIOTROWSKI podnosi możliwość wpływu nierównomiernego ogrzewania całego ciała na wynik badań, oraz czyni parę uwag co do techniki badania hematologicznego.

A. LANDAU podnosi, iż prel. niesłusznie potępia istniejące metody badania zasadowości krwi.

TRZCIŃSKI zapytuje, do jakiej wysokości podnosi się ciepłota ciała podczas łaźni, i jak się zachowuje ciepłota po łaźni.

LUXENBURG z faktu występowania pewnych zaburzeń po łaźni suchej wnioskuje, iż u chorych na nerki występowały wskutek pocenia się obfitego po łaźni objawy uremiczne różnego natężenia, co już tłómaczyłoby przynajmniej w pewnym szeregu przypadków prelegenta owo rozwodnienie krwi, spostrzegane stale przez prel. L. wyraża pewne wątpliwości, czy dane zdobyte przez prel. u chorych mogą być odniesione do krwi normalnej.

MIKŁASZEWSKI odpowiada na niektóre punkty, poruszone w dyskusyi. Poprawę przy niedokrwistości uważa za wynik pobudzenia narządów krwiotwórczych przez niewielki rozpad krążków czerwonych, co ma np. miejsce po małych upustach krwi; zabieg poszczególny trwał od $\frac{1}{2}$ —1 godz. Ciepłota w łaźni podnosiła o 1° i wyżej, po łaźni spadała niżej normy [po $\frac{1}{2}$ —1 godz.].

Oprócz tego M. odpowiada na kwestye, poruszone przez Rzętkowskiego, LANDAU i LUXENBURGA, przypominając zasadnicze wyniki swych badań.

J. Brudziński.

DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

67. Hans Luce. O Leukanemii.

Leukanemią LEUBE nazwał takie stany patologiczne, gdzie jednocześnie występują objawy niedokrwistości złośliwej i białaczki. W literaturze opisane są tylko dwa podobne przypadki, trzeci — spostrzegał LUCE. U 40-letniej chorej po zapaleniu gardła wystąpiły objawy zwykłej niedokrwistości. Po miesiącu zwrócono uwagę na zwiększoną liczbę jednojądrowych ciałek krwi. Obraz niedokrwistości coraz wyraźniej występował, a jednocześnie liczba krążków białych, szczególnie dużych jednojądrowych leukocytów, wciąż wzrastała; w końcu 6-go tygodnia już stwierdzono białaczkę, powikłaną niedokrwistością zwykłą. W 4-ym miesiącu cierpienia badanie krwi wykazało wszelkie cechy niedokrwistości złośliwej i białaczki [przeszło milion krążków krwi czerw., około 60000 białych, a z pośród nich połowa leukocytów jednojądrowych, dalej pojkilo-anizomakro-mikrocytoza, sporo megalo- i normoblastów, a wreszcie oligo- i polichromemia]. Narząd chłonny wyraźnego udziału w cierpieniu nie brał; wprawdzie po jednej stronie szyi gruczoły były powiększone, a przed śmiercią wątroba i śledziona łatwo się wyczuwały. Pośmiertne badanie, prócz zwykłych objawów ogólnego wyniszczenia i niedokrwistości, wykazało obecność szpiku czerwonego w trzonach kości długich. Pod drobnowidzem stwierdzono w wątrobie, nerkach

i mięśniu sercowym nacieczenie komórkami jednojądrowymi, w śledzionie i gruczołach szyjowych — rozrost tkanki adenooidalnej, a w kościach długich zamiast szpiku zwykłego — też tkankę adenooidalną z mnóstwem elementów, zazwyczaj przy niedokrwistości złośliwej spotykanych.

LUCE zalicza leukanemię do grupy białaczkowej cierpień szpiku kostnego, a występujące tu cechy niedokrwistości złośliwej uważa za objawy silnie rozwiniętej niedokrwistości zwykłej, która w pewnym stopniu stale białaczkom towarzyszy. Niedokrwistość ta różni się od prawdziwej niedokrwistości BIERMER'a brakiem złogów żelaza w wątrobie [których autor i w swoim przypadku nie znalazł] i tem, że źródło jej pochodzenia znajduje się nie we krwi, lecz — w szpiku. I objawy białaczki, ze względu na brak udziału w cierpieniu narządu chłonnego, są, zdaniem autora, też pochodzenia szpikowego. Niedokrwistość przy leukanemii, jak sądzi LUCE, wywołuje metaplazja szpiku kostnego; służy ona bodźcem do niezwykłego bujania w nim resztek tkanki krwiotwórczej (*Erythroblastengewebe*), co prowadzi do zwiększenia się liczby normo- i megaloblastów tak w samym szpiku, jak i we krwi. Na zasadzie znanych prac klinicznych i doświadczalnych autor zapatruje się na leukanemię nie jako na oddzielną samodzielną postać cierpień narządu krwiotwórczego, lecz tylko jako na jeden z objawów oddziaływania narządu tego na czynniki szkodliwe [utratę krwi, zakażenie, nowotwór i t. p.]. Niewielka jest, zdaniem autora, różnica między zmianami w szpiku przy anemii a leukanemii [jakościowej ujemna wcale, jest tylko ilościowa], to samo przy leukemii a leukanemii.

(*Deutsch. Arch. f. kl. Med.* T. 77).

Juliusz Szeifstein.

68. Schwarzkopf. W kwestyi rozpoznawania przewlekłych spraw zapalnych w nerkach.

Autor zaznacza ważność badania osadu moczu na elementy morfologiczne, głównie wałki nerkowe, w przypadkach nieomogi lub nieznacznej chociażby osłabienia mięśnia sercowego. W ostatnich czasach dzięki zastosowaniu centrifugi badanie takie zostało znakomicie ułatwionem i często bardzo pozwala postawić właściwe rozpoznanie tam, gdzie brak innych odpowiednich właściwości moczu, np. białka.

Autor opisuje trzy podobne [t. j. tylko z wałkami w osadzie] przypadki zapalenia przewlekłego nerek z obserwacyi własnej, w których podnosi wartość wzmiarkowanego badania dla terapii, a głównie rokowania w każdym oddzielnym wypadku.

(*Münch. med. Wochenschrift.* 1903. № 35).

J. Lipsztat.

69. E. Miecznikow. O odporności w chorobach zakaźnych. (*„L'immunité dans les maladies infectieuses“* par ÉLIE METSCHNIKOFF. Paris. 1901 str. 594).

[Dk.]

Wiedzano od dawna, że jednorazowe przyjscie niektórych chorób zakaźnych chroni na czas dłuższy od powtórnego zachorowania [koklusz, tyfus brzuszny, szkarlatyna i t. d.]. Co do innych chorób zakaźnych [zapalenie płuc, róża, *typhus recurrens*, grypa i t. d.] wiedzano, że nie pozostawiają za sobą na czas dłuższy odporności, a nawet posiadają wyraźną tendencję do nawrotów. Przypuścić należy, że przebyte każdej choroby zakaźnej powoduje w ustroju pewne zmiany mniej lub więcej stałe i wytwarza odporność. Skonstatowano to niewątpliwie nawet dla róży i tyfusu powrotnego oraz zapalenia płuc. Ostatnie badania Koch'a nad malaryą doprowadziły go do wniosku, że i w tej chorobie wytwarza się niewątpliwie pewien stan odporności. Przykładem bardzo wybitnym odporności nabytej po przejściu choroby zakaźnej jest odporność u ludzi, którzy przebyli pierwotny wrzód syfilityczny. W ten sposób KRAFFT-EBING, szczerpiąc 10-ju paralitykom postępowym syfilis i nie otrzymawszy u żadnego

z nich pierwotnego wrzodu, dowiódł, że paraliż postępowy jest późnym objawem syfilisu. Mimo to—jak wiemy—objawy dalsze syfilisu występują u takich ludzi. I w gruźlicy skonstatowano pewne, dowody odporności [Koch]: widziano mianowicie, że świnki morskie gruźlicze, którym wprowadzano pod skórę laseczniki Koch'a, reagują na to przez utworzenie się zapalenia na miejscu inokulacji, po którym tworzy się wrzód, odpadający wraz z lasecznikami.

Odporność, która pozostaje w ustroju po przebyciu tyfusu brzuszego, jest dosyć mocna i trwała. Już CHANTEMESSE i WIDAL zauważyli, że surowica osób, dotkniętych tyfusem, nabiera własności zabezpieczania zwierząt laboratoryjnych przed zapaleniem otrzewnej tyfusowem. PFEIFFER i KOLLE potwierdzili to odkrycie i badając surowicę rekonwalescentów po tyfusie przez czas dłuższy, doszli do przekonania, że owa własność ochronna w surowicy zanika dosyć szybko; wobec zaś faktu, że odporność po tyfusie trwa do końca życia, autorowie ci mniemają, że ochronna własność surowicy jest niezależna od odporności. Potwierdza to poniekąd pogląd MIECZNIKOWA, że odporność ustroju nie jest jakąś własnością jego cieczy [humoralną]. Nadto wielokrotnie zauważono, że sprawność aglutynacyjna krwi tyfusowych szybko zmniejsza się, oraz że laseczniki tyfusowe wyrastają tak dobrze w surowicy zdrowych, jak i w surowicy rekonwalescentów po tyfusie. Po choleryze występuje też przez czas dłuższy pewien stopień odporności. Nadto LAZARUS zauważył, że bardzo małe ilości surowicy ludzi, którzy wyzdrowieli z cholery, mają własność zabezpieczania świnek morskich od sztucznego zapalenia otrzewnej cholerycznego. Inni autorowie potwierdzili też fakt istnienia w surowicy zdrowieńców po choleryze własności ochronnych—niezawsze jednak równie silnych, czasem zaś bardzo słabych, co dowodzi, że ani wyleczenie z cholery, ani też odporność nabyta po niej nie mają żadnego przyczynowego związku z powyższymi własnościami ochronnymi. Rekonwalescenci po błonicy mają w surowicy ciała, zabezpieczające świnki morskie od zakażenia błoniczego i to niezależnie od natężenia przebytej błonicy. Nawet niektórzy zdrowi ludzie mają takie same surowice, co WASSERMANN tłómaczy jako wpływ laseczników pseudo-błonicznych, które nie mogą wywołać choroby, lecz pobudzają ustrój do wytwarzania antytoksyn.

Co się tyczy odziedziczania własności antytoksycznych, to sprawa ta została podjęta eksperymentalnie dopiero w ostatnich czasach. Niektóre własności antytoksyczne krwi matki mogą być udzielone przez wymianę pęcentarną płodowi [dyfteryt — FISCHER i WUNSCH, ABEL i in.]. EHRLICH, pracując z abryną, rycyną, robiną i t. p. wykazał, że odporność nabyta o j e a nie zostaje udzielona potomstwu, że s a m i c e nadają swą odporność nabytą swym małym i że fakt ostatni nie polega na pośredniczeniu jajka. Antytoksyna przechodzi do płodu za pośrednictwem krwi matki, przez łożysko. Skutkiem tego odporność małych jest bierną (*antitoxica*)—i jako taka trwa w istocie krótko. Jednakże VAILLARD widział dziedziczenie odporności nabytej w 2-im pokoleniu [t. j. przez wnuki]. Świnka morska, zrodzona z samicy uodpornionej przeciw tężcowi, wydała na świat małe, które w miesiąc po urodzeniu reagowało nieznacznym tężcem na dawkę, sześciokrotnie przewyższającą zwykłą dawkę śmiertelną. Z tego faktu VAILLARD wnosi, że idzie tu o rodzaj odporności, będącej skutkiem nie własności soków odziedziczonej, lecz własności k o m ó r e k [leukocytów?]. Jak wiadomo, EHRLICH skonstatował pochodzenie toksyn do mleka i w ten pośredni sposób wytwarzanie się odporności u ssawców. Brał on myszy uodpornione przeciw abrynie, rycynie, tetanotoksynie, które wydały na świat małe i odbierał im małe, dając natomiast do karmienia małe myszy nieuodpornionych. Przekonał się w ten sposób, że małe, pochodzące od rodziców nieuodpornionych, lecz karmione mlekiem samic uodpornionych — nabywają odpowiednią odporność. Myszy dorosłe, karmione mlekiem antytoksycznym — nie nabywały odporności. VAILLARD znalazł, że króliki i świnki morskie nie naby-

wają w podobny sposób odporności. Tak samo aglutyniny nie udzielały się małym świnkom i królikom, karmionym przez matki uodpornione, lecz pochodzącym od zwierząt nieuodpornionych.

Dorośle osoby, którym WIDAL i SICARD dawali przez czas dłuższy do picia mleko kóz, uodpornionych i mocno aglutynujących lasecznik tyfusu, nie posiadały w surowicy własności sklejanania lasecznika tyfusu. ACHARD i BENSANDE widzieli, że surowica dziecka, karmionego przez mamkę, której surowica mocno sklejała laseczniki tyfusowe, nie nabiera własności aglutynacyjnych. Tak więc człowiek nie może nabywać odnośnej odporności drogą karmienia. Należy liczyć się w kwestyi odporności wrodzonej z tym faktem, że noworodek nabyć może odporność dzięki uodpornieniu się w łonie matki, a nawet—odwrotnie—zdarzyć się może, że dziecko zarażone (*lues*) uodpornia matkę *in utero*. Częstokroć dziecko matki syfilicznej pozostaje zdrowem, pomimo to, że matka udziela syfilis innym. Dowodzi to, że dziecko zostało uodpornionem *in utero*, lecz mechanizm tego uodpornienia pozostaje dla nas zupełnie ciemnym. Wogóle cała kwestya nabywania odporności drogą naturalną [po chorobach] jest jeszcze nader niejasna. Odporność taka należy bez wątpienia do kategorii odporności „czynnej“, „izopatycznej“, odporność zaś „odziedziczona“, t. j. spowodowana przez przejście z ustroju matki do ustroju dziecka ciał obronnych — należy do kategorii odporności „biernej“. M. przypuszcza jednak, że i w tych razach odporność, ściśle biorąc, nie jest „bierną“, że przeciwnie ustrój czynnie uczestniczy w jej wytwarzaniu.

Dalej MIECZNIKOW rozpatruje szczepienia ochronne [nie lecznicze!] przeciw rozmaitym chorobom zakaźnym, jako to: ospa, motyllica, wścieklizna, zaraza bydła, węglik, róża świń, zaraza płucna bydła, tyfus brzuszny, dżuma ludzka, tężec, błonica. Z tych omówimy tu tylko odnoszące się do patologii ludzkiej.

1) Szczepienie ochronne przeciw ospie — jest jednym z najstarszych szczepień ochronnych. Waryolizacya przysłała do Europy z krajów egzotycznych i rozpowszechniała się dosyć, gdy w końcu wieku XVIII poznano „*cowpox*“ — podobną do ospy sprawę u bydła i przekonano się, że osoby, dojące chore na *cowpox* krowy, nabierały odporności przeciw ospie. Lecz wakcynacya ludzi zawartością krost *cowpox*'u w celach ochronnych zyskała podstawę doświadczalno-naukową dopiero od czasów JENNER'a. CHAUVEAU dowiódł, że *virus* ospy musi być organizowany, ponieważ nie przechodzi przez filtr. Mimo bardzo licznych poszukiwań dotychczas nie udało się poznać istoty *virus*'a ospy i *cowpox*'u. Przez czas jakiś używano do szczepienia zawartości krost człowieka, któremu szczepiono zawartość „*cowpox*'u“ — krowiankę. Zarzucono to jednak i dziś powszechnie stosujemy „limfę“ zwierzęcą — krowiankę. Zawartość krost „*cowpox*'u“ rozrabia się zazwyczaj z wodą i z gliceryną [czasem rozwodnioną poddaje się centryfugowaniu dla oczyszczenia] i szczepi ludziom z zachowaniem praw aseptyki. Nie ulega dziś najmniejszej wątpliwości, że szczepienie ochronne, wykonane prawidłowo przy użyciu dobrego materiału, jest skuteczne, zwłaszcza jeśli w 5—7 lat szczepienie zostanie powtórzone [rewakcynacya]. 2) Szczepienie przeciw wściekliznie [zarówno jak i ospowe] skutecznymy dziś powszechnie, chociaż natura *virus*'a wścieklizny jest dla nas zupełnie nieznana. Tu szczepienie stosujemy zazwyczaj w stadium wyłęgania choroby, podczas gdy szczepienie ospy w tem stadium choroby nie wpływa na przebieg zakażenia. Szczepienie przeciw wściekliznie zapoczątkował PASREUR w r. 1885. Jako materiału do szczepień używamy rdzeniów kręgowych królików, które zdechły wskutek wścieklizny, zaszczipionej im laboratoryjnie. Taki rdzeń wydobywamy z kanału kręgowego, zawieszamy w naczyniach szklanych [nad KHO] i suszymy w ciemnem miejscu przy ciepłocie 23°. Skutkiem wysychania rdzeniów *virus* w nich słabnie i po pewnym przeciągu czasu rdzeń taki, wprowadzony *sub duram* królikom, powoduje wściekliznę ich po dłuższym okre-

sie wylęgania lub nie powoduje wcale. Chcąc szczepić takie rdzenie, wprowadzamy je w postaci emulsji pod skórę. Zaczynamy od rdzeniów suszonych przez 14 dni i dochodzimy do szczepienia rdzeniów, suszonych przez 3 dni. Dane, przytoczone przez M., świadczą zdaniem jego, że rezultaty, dotychczas osiągnięte, są bardzo dobre. 3) Do szczepień ochronnych przeciw karbunkulowi [u bydła] instytut PASTEUR'a używa hodowli lasecznika węglika, osłabionych przy pomocy ogrzewania. Szczepienie takie rozwija swą ochronną siłę dopiero po upływie dni pięciu, poczem wpływ jego jest niewątpliwy i dosyć trwały. 4) Szczepienie ochronne przeciw tyfusowi brzuszemu, oparte na idei FERRAN'a, lekarza hiszpańskiego, który pierwszy próbował w celach ochronnych przeciw cholercze szczepić ludziom żywe hodowle mikrobów cholery [lecz bezskutecznie], zostało zapoczątkowane przez PFEIFFER'a i KOLLE'go [1896]. Szczepili oni ludziom hodowle lasecznika EBERTH'a, sterylizowane przy pomocy ciepła. Surowica takich ludzi zabezpieczała świnki morskie od *peritonitis typhosa* sztucznego [tak jak surowica ludzi, którzy wyzdrowieli po tyfusie]. Dalsze kroki w tym samym kierunku, ale na wielką skalę robił lekarz angielski prof. WRIGHT [z górą 300 tys. szczepień ochronnych żołnierzy angielskich podczas ostatniej wojny południowo-afrykańskiej]. Szczepionkę swoją WRIGHT przygotowuje w następujący sposób. Zasiewa on lasecznik tyfusowy do bulionu o 1%-owej zawartości peptonu. Trzyma takie hodowle w balonach szklanych 2—3 tygodni, ogrzewa do 60° w celu zabicia mikrobów, poczem dodaje jeszcze dla pewności $\frac{1}{10}$ objętości 5%-ego roztworu kwasu karbolowego lub lizolu. Z tego wprowadza W. pod skórę ludziom 0,5—1,5 ctm. sz. Po upływie 2—3 godzin występuje gorączka, uczucie łamania i t. p., poczem na miejscu iniekcji powstaje guzowatość bolesna. To wszystko po 48-iu godzinach przemija. Surowica takich ludzi zazwyczaj dosyć silnie aglutynuje laseczniki tyfusowe, co jednak nie stoi w żadnym ilościowym stosunku z nabytym przez nich stopniem odporności. Na zasadzie swych danych WRIGHT twierdzi, że śmiertelność od tyfusu pomiędzy szczepionymi była znacznie mniejsza, niż pomiędzy nieszczepionymi [1495† na 10529 nieszczepionych i 35† na 1705 szczepionych]. To samo twierdzą inni lekarze angielscy, jak HOWARD TOOTH, lekarze z Indii angielskich [śmiertelność pomiędzy nieszczepionymi 11 razy większa niż pomiędzy szczepionymi], lekarze egipscy i z Cypru [dr FAWCET — śmiertelność pomiędzy szczepionymi 17 razy mniejsza niż pomiędzy nieszczepionymi]. Oczywiście nauka nie wypowiedziała jeszcze ostatniego słowa w omawianej kwestyi. Niedaleka przyszłość wprowadzi niewątpliwie rozmaite ulepszenia do tej metody, co pozwoli nam rozstrzygnąć kwestyę ochronnych szczepień przeciw tyfusowi z pożytkiem dla ludzkości. 5) Szczepienie ochronne przeciwdżumowe zapoczątkował HAFFKINE, stosując hodowle 35—42 dniowe laseczników dżumy, ogrzewane do 65°—70° przez 3 godziny w celu zabicia mikrobów. Ludziom dorosłym H. wstrzykiwał po 3 ctm. sz., kobietom i dzieciom po 2—2,5 ctm. sz. I tu po wstrzyknięciu występują niebawem takie objawy, jak podniesienie ciepłoty [nawet do 40,5°] i t. p. oraz objawy miejscowe. Po upływie 3—5 dni wszystko przemija bez szkody dla szczepionych. Stwierdzono wielokrotnie i na dużym materiale, że szczepionka HAFFKINE'a rzeczywiście zabezpiecza ludzi od dżumy. LUSIG i GALEOTTI stosują w tym samym celu inną szczepionkę: laseczniki zdjęte z powierzchni 2-dniowej hodowli żelatynowej i rozpuszczone w roztworze potasu [0,75—1%]. Wreszcie stosowano zarówno w celu ochronnym, jak i leczniczym surowicę [YERSIN, BORREL i CALMETTE] koni, które szczepiono hodowlami lasecznika dżumy i toksynami dżumy, zaczynając od szczepień zabitych [ciepłota 70°] laseczników dożylnie, potem zaś szczepiąc żywe hodowle i wreszcie toksyny. Już w tej postaci, w jakiej ta sprawa dziś się przedstawia [epidemia w Oporto i w Glasgowie], twierdzić wolno, że wszędzie, gdzie idzie o nadanie ludziom szybko wybitnej odpor-

ności przeciw dżumie i o zlokalizowanie epidemii należy stosować szczepienia ochronne surowicy przeciwdżumowej [powtarzając je często—co jakieś 10—15 dni]. 6) Szczepienia ochronne przeciwdżumowe stosowane są w celach zapobiegawczych u zwierząt i u ludzi. Do szczepień używamy toksynę tężcową, osłabioną przy pomocy trójchlorku jodu [BEHRING i KITASATO], przy pomocy płynu LUGOL'a [ROUX i VAILLARD] i t. p. Najlepsze rezultaty otrzymujemy jednak przy pomocy surowic przeciwdżumowych, otrzymywanych z koni, którym wprowadzano pod skórę większe ilości toksyn tężcowych. Te surowice zabezpieczają zwierzęta domowe przed tężcem [nabytym np. podczas różnych operacji na zwierzętach domowych, jak kastracja, usuwanie gazów i t. p.]. NOCARD, który badał dane statystyczne w tej kwestyi, doszedł do wniosku, że te szczepienia ochronne dają doskonale rezultaty. Stosowano je również u ludzi, którzy skutkiem wypadku ulegali ranom, zanieczyszczonym przez ziemię, gnój i t. p. Wielu chirurgów w tych razach na zwyczaj zalecać chorym ochronne szczepienia przeciwdżumowe. 7) Szczepienia ochronne przeciwbłonicze zyskują coraz większe uznanie. Badania liczne i dosyć bogata statystyka odnośna poucza, że szczepienia te, stosowane u dzieci, wystawionych na niebezpieczeństwo zapadnięcia na błonicę, zmniejszają bez wątpienia znacznie liczbę zakażeń. Tego dowodzą takie poważne dane, jak z kliniki HEUBNER'a, z oddziału dla dzieci upośledzonych umysłowo w Salpêtrière, gdzie udało się tylko w ten sposób stłumić w zarodku groźną epidemię błonicy i w. in. To też *Société de Pédiatrie* w Paryżu wydało następujące orzeczenie co do znaczenia szczepień ochronnych przeciwbłoniczych: „Uznając zupełną nieszkodliwość i niewątpliwą skuteczność szczepień ochronnych przeciwbłoniczych, *Soc. de Ped.* zaleca stosowanie ich wszędzie tam, gdzie [w rodzinach, zebraniach większych ilości dzieci] inne środki zapobiegawcze nie mogą być stosowane”.

Dalej MIECZNIKOW omawia szeroko historię nauki o odporności, zatrzymując się na bardziej wytycznych danych z tej dziedziny. Odsyłając czytelnika do oryginału, zawierającego w tej kwestyi bardzo wiele cennych i interesujących szczegółów, nie nadających się do krótkiego streszczenia, przejdziemy do ostatniego rozdziału [XVII] dzieła, zawierającego streszczenie całości i sformułowanie wytycznych punktów co do teorii odporności „komórkowej“ MIECZNIKOWA. Odporność w chorobach zakaźnych jest to własność ustrojów, mocą której zachowują one zdrowie, pomimo wtargnięcia do nich czynników zakaźnych. Ustrój możemy uważać za uodporniony, jeśli obecność w nim zabójczego „virus'a” nie powoduje w nim żadnego lub tylko nieznaczny i lekki stan chorobowy. Odporność co do trwania bywa rozmaita: trwała i stała, lub krótka i przejściowa. Prócz tego może ona być osobniczą lub rodzinną, może być również przywilejem rasy lub gatunku. Może ona być przyrodzoną, częściej jednak bywa nabytą czy to drogą naturalną, po przebyciu choroby zakaźnej, czy też sprowadzona na drodze sztucznej, na drodze interwencji ludzkiej. Najpowszechniej używanym środkiem wytworzenia odporności nabytej sztucznej jest wakcynacja lub wprowadzanie zmodyfikowanego czynnika zakaźnego do ustroju. Odporność istnieje na kuli ziemskiej od czasów niepamiętnych i przejawia się w najniższych nawet tworach żyjących.

Czynniki chorobotwórcze [mikroby], które dostały się do ustroju, znikają zeń nie na skutek porzucania go z wydalnikami, lecz wskutek trawienia ich drogą absorbcyi przez fagocyty. U kręgowych znajdujemy dwie główne kategorie fagocytów; są to makrofagi [jedno duże jądro, amebowata zaródź] i mikrofagi [jedno, kilkoplątowe jądro]. Diapedeza fagocytów [t. j. leukocytów] przez ścianki naczyń krwionośnych jest zasadniczym środkiem samoobrony ustroju. M a k r o f a g i chwytają przeważnie komórki zwierzęce [krążki krwi, plemniki] i te z roślinnych, które powodują choroby zakaźne przewlekłe [trąd,

gruźlica. promienica] oraz należące do grupy pasożytów zwierzęcych [ameboidy—plazmodye malaryczne, febra teksaska, trypanozoma i t. p]. W razach wyjątkowych makrofagi chwytają i pasożyty chorób zakaźnych ostrych. Mikrofagi działają przeważnie przeciw czynnikom ostrych zakażeń. Oba te rodzaje fagocytów działają przy pomocy fermentów trawiących, podobnych do trypsyny [cytazy]. Być może, że dwu grupom fagocytów odpowiadają dwie cytazy: makrocytaza i mikrocytaza, działające na czynniki, co do których przeważnie objawiają swe działanie makrofagi i mikrofagi. Cytazy te nie wychodzą z fagocytów nienaruszonych. Zniszczenie fagocytów [np. przy wypuszczeniu krwi i t. p.] powoduje uwalnianie się cytaz skutkiem rozpadu fagocytów. Wprowadzenie mikroobów do tych miejsc ustroju, gdzie już były leukocyty, powoduje rozpad obecnych tam leukocytów z uwalnianiem się cytazy, co powoduje ziarnisty rozpad mikroobów [objaw PFEIFFER'a]; takie zjawiska zachodzą zatem w jamie otrzewnej, w naczyaniach krwionośnych zwierząt odpornych. Tam, gdzie leukocytów niema [tkanka podskórna, przednia komora oka i t. p.], działają same leukocyty które napływają obficie do miejsc zagrożonych i, pochłaniając mikroby, trawią je w swej zarodki. W przypadkach odporności nabytej zazwyczaj prócz cytaz współdziałają jeszcze inne substancje—fiksatory, które wzmagają czynność bakteryobójczą cytaz. Fiksatory, nasycając ciała bakterii, w niczem prawdopodobnie nie uszkadzają ich, lecz uczulają na działanie cytaz. Cytazy są nie specyficzne i nie trwale na działanie ogrzewania [55°], fiksatory są specyficzne i, chociaż także należą do rodzaju fermentów, wytrzymują ogrzewanie powyżej 60°. Fiksatory są to produkty komórek, które mogą wydzielać się z zarodki żywej; stąd też krążą one w osoczu krwi, przechodząc również do wysięków i przesieków. Jeżeli więc cytazy stanowią wyłącznie zaczyny zarodkowe, to fiksatory są zaczynami rozpuszczalnymi, cieczowymi (*humorale*). Powstawanie swe zawdzięczają one specyficznym reakcyom fagocytów na wprowadzanie pewnych mikroobów, a wydzielanie się fiksatorów z zarodki fagocytów stanowi prawo w przypadkach odporności nabytej. W cieczach ustrojowych zwierząt uodpornionych znajdujemy prócz fiksatorów i aglutyniny, równie specyficzne i wytrzymałe na działanie ciepła, jak fiksatory, których rola w mechanizmie odporności jest bardzo podrzędna. Prócz fiksatorów i aglutynin w cieczach ustrojów uodpornionych znajdujemy substancje, pobudzające odczyn fagocytarny. Fiksatory mają wiele wspólnych cech z antytoksynami: ostatnie posiadają wybitną specyficzność, są rozpowszechnione w osoczach i wytrzymują działanie ciepła. Jest bardzo prawdopodobnem, że i antytoksyny są pochodzenia fagocytowego. Toksyny w ustroju podlegają zmianom chemicznym wskutek działania na nie substancji, w wytwarzaniu których elementy żywe ustrojów odgrywają dużą rolę. Odczyn tych elementów pod wpływem toksyn sprowadza się do tworzenia w nadmiarze antytoksyn (*surproduction des antitoxines*), jednak prawdopodobnie nie w tem znaczeniu, w jakim to pojmuje EHRLICH w swej teorii ogniów bocznych.

Z powyższego widzimy, że zjawisko odporności przeciw chorobom zakaźnym jest częściowem zjawiskiem ogólnej fizjologii komórek, zwłaszcza jako fenomen pochłaniania przez komórki mikroobów (*digestion intracellulaire*) i trawienia ich. W tej kwestyi oczywiście nauka nie wypowiedziała wcale jeszcze ostatniego swego słowa: to jednak, co już wiemy, wystarcza aż nadto do zwalczania idei pesymistycznych co do wrzekomej bezsilności człowieka w walce z chorobami zakaźnymi.

Kazimierz Rzętkowski.

NEKROLOGIA.

Dnia 29-go października r. b. zmarł w Warszawie po krótkiej chorobie b. profesor ginekologii dr ADAM GLISCZYŃSKI.

Ś. P. ADAM GLISCZYŃSKI

urodził się d. 19-go kwietnia 1830 r. w Pomorzanicach w W. Ks. Poznańskim. Po ukończeniu gimnazjum wstąpił w r. 1848 na wydział lekarski uniwersytetu we Wrocławiu; tam też w r. 1852 otrzymał stopień doktorski po obronie rozprawy pod tytułem: „*De articulis supernumerariis*“, a następnie został tam także asystentem przy klinice położniczej prof. BETSCHLER'a. W r. 1857 przeniósł się do Warszawy, a w następnym roku został ordynatorem w szpitalu Dzieciątka Jezus. W r. 1861 brał on udział w konkursie na katedrę położnictwa w b. Akademii medyko-chirurgicznej wraz z ś. p. WŁ. TYRCHOWSKIM i L. NEUGEBAUEREM. Wszystkich trzech kandydatów uznała konferencya Akademii za godnych do objęcia katedry, ale pierwszeństwo oddała TYRCHOWSKIEMU. GLISCZYŃSKI zgodził się wtedy na objęcie adjunktury przy katedrze akuszeryi. Na tem stanowisku wykładał on w Akademii, a następnie i w Szkole Głównej dla studentów ginekologii, położnictwo zaś w Szkole akuszerki i babek wiejskich. W roku 1864 został profesorem nadzwyczajnym. Po przemianie Szkoły Głównej na Uniwersytet wykładał jeszcze przez 2 lata jako docent w języku polskim [do 1871 r.], poczem dobrowolnie ustąpił i odtąd oddawał się wyłącznie rozległej praktyce prywatnej. Do Towarzystwa Lekarskiego wstąpił on w r. 1859, należał więc obecnie do najstarszych jego członków. W pierwszych latach brał czynny udział w posiedzeniach Towarzystwa i komunikował różne spostrzeżenia kliniczne; ogłosił także szereg prac, odnoszących się przeważnie do kazuistyki akuszeryjnej i ginekologicznej [prawie wyłącznie w Pamiętniku Tow. Lek.]. Spisu tych prac tu nie podajemy; w wydany przez S. KOŚMIŃSKIEGO „Słowniku lekarzów polskich“ znajdujemy wyliczone tytuły około 36 komunikatów. Od czasu opuszczenia Uniwersytetu przestał jednak ś. p. GLISCZYŃSKI prawie w zupełności uczęszczać na posiedzenia i ogłaszać prace naukowe.

Działalność nauczycielska ś. p. GLISCZYŃSKIEGO nie przedstawiała piętna wybitniejszego; dlatego też jego ustąpienie z Uniwersytetu nie poczyniło głębszego wrażenia; z drugiej jednak strony przysnąć należy, że obowiązki swe wypełniał z wielką sumiennością. Jako człowiek prawdziwie zący i taktowny był on szczerze poważany i ceniony przez kolegów. Cześć jego pamięci!

Wiadomości bieżące.

— W Czwartek ubiegły [29. X.] odbył się pogrzeb, zmarłego prof. BRODOWSKIEGO przy ogromnym udziale lekarzy i studentów Uniwersytetu. Trumnę pokrywały liczne wieńce, nadesłane „od wydziału lekarskiego Wszechnicy Jagiellońskiej“, „od uczniów Instytutu anatomii patologicznej“, „od Rady miejskiej Dobroczynności publicznej w Warszawie“, „od Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego“, „od Redakcji Gazety Lekarskiej“, „od Zarządu Towarzystwa opieki nad umysłowo chorymi“, dalej od prof. KOSIŃSKIEGO, prof. PRZEWSKIEGO, kol. JANOWSKIEGO i od rodziny. Na cmentarzu Powązkowskim mieli mowy: w imieniu Warszawskiego Tow. Lek. prezes tegoż kol. DUNIN, a w imieniu Towarzystwa opieki nad umysłowo chorymi p. LIBICKI. Kol. DUNIN przemówił w tych słowach: „Zebraliśmy się tu wszyscy, aby oddać ostatnią posługę drogiemu naszemu mistrzowi i przyjacielowi ś. p. WŁODZIMIERZOWI BRODOWSKIEMU. Śmierć jego nie była dla nas niespodzianką. Już od kilku lat BRODOWSKI, sterany wiekiem i chorobą, usunął się od świata i przestał istnieć społecznie, żyjąc tylko dla rodziny i najbliższych przyjaciół. Stajemy też nie pod wpływem piorunującej wiadomości o śmierci młodzieńca, rokującego piękne nadzieje, ale otaczamy grób starca, który oddał światu i ludziom wszystko, co dać mógł. Więc i uczucie nasze w tej chwili nie jest uczuciem rozpazy, podsycanem chwilowo tragizmem nieoczekiwanej śmierci lub zawiedzionych nadziei; jest ono daleko spokojniejsze, ale zarazem głębsze i trwalsze, bo istnieje w nas od dawna, a dziś tylko pod wpływem śmierci naszego mistrza krystalizuje się wyraźniej i przybiera tę postać, w jakiej na zawsze w nas ma przetrwać. A jest to uczucie głębokiej wdzięczności i bezgranicznego uwielbienia.

Z wyjątkiem małej liczby najstarszych i najmłodszych tu obecnych, jesteśmy wszyscy uczniami BRODOWSKIEGO. Przez lat 30 wychowywał on całe pokolenie lekarzy. A nie był to zwyczajny pedagog, który wypełnił mniej lub więcej ściśle włożone na niego obowiązki; był to prawdziwy i natchniony mistrz, który przedmiot swój kochał i nad którego rozwojem sam czynnie i skutecznie pracował. Więc też nie tylko uczył on, nie tylko udzielał wiadomości, ale przedewszystkiem wpajał zamiłowanie przedmiotu. Kto tylko dłuższy czas pracował pod okiem BRODOWSKIEGO, ten na zawsze wynosił zamiłowanie do anatomii patologicznej. A trzeba powiedzieć, że jeżeli dziś anatomia patologiczna usunęła się w cień i odstąpiła przywileju roznamiętniania uczonych patologii doświadczalnej lub chemii fizyologicznej, to wtedy, kiedy BRODOWSKI rozpoczynał swą karierę i długo potem ona to właśnie była tą rewolucyjną dziedziną wiedzy lekarskiej, która burzyła dawne systematy i przesady. BRODOWSKI kroczył zawsze w pierwszych szeregach swej nauki, wszystko wiedział, sprawdzał i krytycznie oceniał, a więc i słuchacze jego stali zawsze na poziomie wiedzy. Za te rady i wskazówki, za to zamiłowanie do nauki, jakie w nas wpajał, należy mu się od całego naszego świata lekarskiego prawdziwa i niegasnąca wdzięczność. Każdy z nas czuje, że jeżeli coś umie, jeżeli kocha swoją naukę, to duża w tem zasługa BRODOWSKIEGO.

A jako człowiek, jako charakter zasługiwał BRODOWSKI na bezgraniczne uwielbienie. Był to żywot w całym tego znaczeniu słowa pocziwego człowieka. Całe życie jego, cała myśl skierowana była tylko ku jednemu celowi; pracy dla nauki i swego społeczeństwa. Ranek cały spędzał w pracowni przy mikroskopie lub na wykładach, a wieczór nad książkami w swej tak bogatej bibliotece. I tak upływały miesiące i lata, nigdy żadnej folgi, żadnego odpoczynku sobie nie pozwalał. W zasadach swoich twardy i nieugięty, wróg wszelkiego kłamstwa i podłości, był jednocześnie łagodny, dobry i serdeczny. W życiu swoim skromny, wybrał sobie zawód, nie obiecujący blasku zewnętrznego i bogactw, a z tego co miał, był zadowolony

i nigdy nikomu niczego nie zazdrościł. A zaiste zazdrościć nie potrzebował, bo miał więcej od innych: miał wiedzę mędrca i spokój, jaki daje z jednej strony gorliwe wypełnianie obowiązków wszechludzkich, a z drugiej pogarda dla bogactw tego świata. Żywot jego—to przykład, na którym każdy wzorować się powinien; nie przesadzę, jeżeli powiem, że każdy, kto się z nim bliżej zetknął, kto go poznał i pokochał, już przez to samo lepszym się stawał.

Wyształcony specjalnie, miał Brodowski obok tego serce wrażliwe na wszystkie ogólnoludzkie sprawy a przede wszystkim na sprawy swego własnego społeczeństwa. Nie usuwał się też od żadnej obywatelskiej pracy, czy to jako członek Rady miejskiej, czy jako prezes Towarzystwa Dobroczynności, prezes Wystawy higienicznej i t. p. Towarzystwo Lekarskie Warszawskie, w którego imieniu tu przemawiam, ma specjalne powody do czczenia jego pamięci: był on przez lat wiele jego prezesem i sekretarzem stałym, a jednocześnie jednym z najgorliwszych członków.

Czuję, że słowa moje nie oddają dobrze uczuć, jakie me serce przejmują, ale wiem, drogi Mistrzu, że mi tego za złe nie weźmiesz; żyłeś zawsze skromnością i prostotą, więc wybaczysz i mnie te nieudolne i proste słowa.

Ulóż ciało swe do spokojnego snu; duch twój pozostanie na zawsze między nami!

— Dnia 5-go b. m. otwarte zostały ambulatorya w szpitalu Dzieciątka Jezus dla przychodzących chorych.

— Wedle statystyki, sporządzonej przez francuskie ministerjum spraw wewnętrznych, istnieje we Francyi przeszło 1700 szpitali i schronisk, posiadających 170000 łóżek, w których przebywa rocznie 450000 osób. Chorzy ci przebywają 34400000 dni i kosztują 110 milionów franków. Wedle Drouineau, średnio potrzeba na 1000 mieszkańców 1 łóżko w szpitalu i 1½ w schronisku, w wielkich jednak miastach potrzeba ta wzrasta do 1-go łóżka na 75 mieszkańców. Paryż, posiadając obecnie 12000 łóżek [1 na 208 mieszkańców], nie zaradza potrzebie. To też odbywa posiedzenia komisya, obradująca nad zużytkowaniem 45 milionów, zaświadczonych w kwietniu r. b. przez parlament dla poprawy szpitali paryskich. Prócz przebudowy niektórych istniejących szpitali, komisya zaświadczowała budowę poza Paryżem szpitala dla chorych zaraźliwych i schroniska dla gruźliczych. Prace mają się rozpocząć już na wiosnę r. 1904.

Z drugiej strony zaproponowano zburzenie schroniska Quinze-Vingts, założonego przez św. Ludwika w r. 1254 dla 300-tu szlachty [15 razy po 20—od czego nazwa], sprowadzonych przez tego króla z Palestyny, a którym Saraceni wydłubali oczy. W miejsce tego schroniska mają być zbudowane w 3—4 punktach Paryża kliniki oczne.

— Nagrodę imienia OSIRIS, która ma być udzielana co 3 lata w sumie 100000 franków, połączonych 5 akademii francuskich przyznało drowi Roux z instytutu PASTEUR'a.

— Nagrodę NOBEL'a przyznano drowi FINSEN'owi z Kopenhagi za jego metodę leczenia ciężkich chorób skórnych promieniami świetlnymi.

— We wrześniu r. b. w La Malou otwarto uroczyste pomnik zmarłego CHARCOT'a, który posyłając gromadnie tabetek do tej stacyi balneologicznej, wpłynął na jej niezwykle rozwój. Popiersie brązowe CHARCOT'a jest dłuta jego żony.