

### Przykurczenie ostatnich palców, spotykane u ludu naszego.\*)

Przez Dr. Władysława Biegańskiego (Częstochowa)

Z okazji przypadku, jaki dzisiaj Panom będę miał sposobność przedstawić, chciałbym kilka słów powiedzieć o dziwnem i bardzo powszechnem wśród naszego ludu kalectwie.

Chodzi tu mianowicie o skrzywienie, właściwie przykurczenie, ostatniego lub, co rzadziej, dwóch ostatnich palców u jednej albo u obu rąk. Dla demonstracyi wybrałem umyślnie przypadek, gdzie ta sprawa jest wybitnie wyrażona. Kobieta, którą tutaj przedstawiam, jest to osoba 26 lat wieku licząca, urodzona i wychowana na wsi, obecnie matka dwojga dzieci i robotnica fabryczna. Otóż u niej przy wyprostowaniu obu rąk ostatnie dwa palce nie prostują się w tym stopniu, jak pozostała reszta palców, lecz pozostają wyraźnie zgięte. Palec mały w pierwszym stawie międzyczłonkowym jest zgięty prawie pod kątem prostym, co widzimy również i w następnym czwartym palcu, tylko w stopniu mniejszym. To przykurczenie jest symetryczne na obu rękach. Rozpatrując szczegółowo ruchy przykurczonych palców, widzimy, że upośledzoną tu jest głównie czynność wyprostowania, zginanie zaś jest prawidłowe: kobieta bowiem może przygiąć palec do dłoni, może zacisnąć rękę w pięść. Stąd też kalectwo to nie stanowi żadnej przeszkody do pracy; nigdy ludzie dotknięci niem nie zwracają się o pomoc do lekarza a nieraz wcale o swoim kalectwie nie wiedzą.

Oglądając dalej przykurczone palce, nie widzimy na nich ani blizny, ani jakichkolwiek śladów uszkodzenia. Pierwszy staw międzyczłonkowy, w którym ruchy wyprostne najbardziej są ograniczone, nie przedstawia żadnego zgrubienia, po-

zornie jest zupełnie prawidłowy, tylko skóra pod nim jest wygładzona z fałd, jakby więcej napięta. Jeżeli siłą zechcemy wyprostować przykurczony palec, wyczuć można na jego dłoniowej powierzchni mocne napięcie tkanki łącznej, niekiedy w postaci podłużnych sznurków. Widocznie, napięte włókna tej tkanki przeszkadzają ruchom wyprostnym.

Stopień przykurczenia palców bywa rozmaity. Względnie rzadko spotykamy tę sprawę w tak znacznym stopniu, jak w przedstawionym obecnie przypadku. Bardzo często sprawa ogranicza się do małych palców u obu rąk, niekiedy zaś tylko do jednego małego palca u prawej lub lewej ręki. Średni i wskazujący palce nie przyjmują udziału w tem przykurczeniu. Wprawdzie widywałem u ludzi starszych, spracowanych, podobne, choć nie w tak znacznym stopniu, przykurczenie wszystkich 4-ch palców ręki, gdzie również zginanie było prawidłowe, wyprostowanie zaś mocno ograniczone, przyczem wyczuwały się napięte włókna tkanki łącznej na dłoniowej powierzchni palców. Ale są to przypadki, których tu pod uwagę brać nie możemy, mówimy bowiem o najczęściej spotykanem kalectwie, zajmującym tylko ostatni lub dwa ostatnie palce.

Jaka okoliczność jest przyczyną podobnego kalectwa? Oto pytanie, którem obecnie zająć się musimy. Przedewszystkiem to należy wziąć pod uwagę, że opisane powyżej kalectwo jest bardzo częste u ludu naszego. Na mocy wieloletnich spostrzeżeń mogę śmiało powiedzieć, że około 20% wszystkich kobiet wiejskich podlega mu, w mniejszym lub większym stopniu. U mężczyzn występuje ono o wiele rzadziej, sędzę, że niewięcej jak od 3 — 5%. Co do wieku, to muszę zaznaczyć, że sprawa ta zdarza się zarówno u osób młodszych, jak u starych. Nie spotykałem jej tylko wcale u małych dzieci, do 7-go roku życia. Zdaje się więc, że kalectwo to powstaje pomiędzy 10—15 rokiem życia i następnie pozostaje trwałe bez zmiany lub też nawet potęguje się z biegiem lat. W ogóle dodać muszę, że anamnestyczne badanie w tej sprawie stale zawodzi. Kalectwo to bowiem, jako nie

\* Rzecz wypowiedziana na posiedzeniu Częstochowskiego Towarzystwa Lekarskiego w dniu 20 Listopada 1903 r.



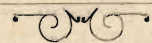
przeszkadzające w robocie i nie wywołujące bólu, nie zwraca wcale uwagi. Na zapytanie o przyczynę przykurczenia otrzymałem prawie zawsze odpowiedź, że pochodzi ono od zacięcia się sierpem, co stanowczo wyłączyć można wobec braku blizny lub jakichkolwiek śladów uszkodzenia.

Ostatecznie, rozważając wszystkie możliwe przyczyny, doszedłem do przekonania, że najprawdopodobniej te przykurczenia palców rozwijają się powoli wskutek ucisku przy noszeniu konewek z wodą i ceberków. Wiadomo, że ucha tych naczyń mają ostre brzegi, i że przy ich noszeniu najczęściej na ucisk narażony bywa palec mały lub też dwa ostatnie palce. Najlepiej o tem przekonać się możemy, jeżeli sami spróbujemy nieść konewkę z wodą: nie przyzwyczajeni do tej czynności czujemy wtedy mocny ucisk i nawet ból na dłoniowej powierzchni małego palca lub też dwóch ostatnich palców; cały bowiem ciężar konewki na tem miejscu spoczywa. A zatem, od takiego często powtarzanego ucisku tkanka łączna podskórna ulega przewlekłej sprawie zapalnej; wskutek tego tworzą się bliznowate sznurki w tej tkance, które ostatecznie powodują opisywane obecnie kalectwo. Przemawia za tem najpierw obecność zgrubienia tkanki podskórnej w postaci sznurków, wyczuwanych wyraźnie przy wszystkich próbach biernego wyprostowania palców. Następnie, taka przyczyna tłumaczy nam dobrze, dlaczego sprawę tę spotykamy tak często u kobiet, a względnie rzadko u mężczyzn. W gospodarce bowiem naszego włościanina noszenie wody i pełnych cebrów dla inwentarza jest udziałem przeważnie dziewcząt i kobiet. Do tej pracy włościanin nasz najczęściej używa małe dziewczęta od 10—15 lat życia, stąd też początek tego kalectwa z wielkiem prawdopodobieństwem odnieść należy do powyższego wieku.

Na zakończenie muszę tu dodać, że kol. S. Sterling\*) już w 1900 roku podał krótki opis tej sprawy w „Czasopiśmie lekarskiem“. Zastanowiła go ta okoliczność, że przy rewizji wstępujących do fabryki robotników w 11% można było stwierdzić skrzywienie ostatniego palca. Zjawisko to jednak Sterling tłumaczy inaczej: sądzi on mianowicie, że w tych przypadkach mamy do czynienia z kalectwem

wrodzonym, a nawet niekiedy dziedzicznie przekazywanem. Autor nie przytacza szczegółów, popierających jego pogląd. Gdyby sprawa ta była rzeczywiście wrodzoną, powinniśmy znajdować ją u małych dzieci, tymczasem, o ile własne spostrzeżenia mnie pouczają, kalectwo to u małych dzieci nigdy się nie zdarza. Nie wiem również, jakie to były przypadki, świadczące o przekazywaniu dziedzicznem tej sprawy; autor wspomina tylko krótko, że w 47 przypadkach stwierdzić można było dziedziczność. Jeżeli jednak sprawę tę spostrzegął u matki i równocześnie u córki w wieku dorosłym lub dorastającym, to fakt ten nie dowodzi dziedziczności, gdyż mogły tu odgrywać rolę szkodliwe wpływy pracy wspólnej dla matki i jej dzieci. Dopiero wtedy moglibyśmy mówić o odziedziczeniu, gdybyśmy spostrzegali to samo kalectwo u matki i u jej dziecka, zaraz po urodzeniu. W przeciwnym razie wątpliwość nie da się usunąć.

Poruszona przezemnie sprawa ma nie tylko znaczenie teoretyczne, ale i—że tak powiem—antropologiczne. Niedawno byłem wzywany jako biegły do sądu w sprawie odszkodowania robotnika wskutek wypadku w fabryce. Przy badaniu zachodziła poważna wątpliwość, czy znajdowane przykurczenie małego palca jest następstwem widocznej powierzchownej blizny, czy też należy do rzędu kalectwa, o którym obecnie mówimy. Znajomość więc dokładna tej sprawy może się nieraz lekarzowi przydać, to też należałoby się więcej nią zająć i starać się poznać jej przyczyny.



## O leczeniu płonicy surowicą przeciw-paciorkowcą Marmorka i surowicą przeciwskarlatynową Bujwida.

Podał Dr August Kosiński.

(Lekarz górniczy w Niwee).

Badania bakteryologiczne stwierdziły obecność paciorkowca w narządach i krwi wielu chorych na płonicę. Jakkolwiek zdania co do swoistości paciorkowca płonicy są jeszcze podzielone, już od lat kilku zaczęto robić próby racjonalnego leczenia płonicy za pomocą surowicy przeciw-paciorkowcowej, która działa zabójczo wprost na donniemany zarazek płonicy. Dotąd próbowano pod tym względem surowicy przeciw-paciorkowcowej M a r m o r k a i s u-

\*) Sterling. Wrodzone skrzywienie małego palca u rąk ludności pracującej fizycznie Czasop. Lek. 1900 r.



rowie przygotowanych na tle paciorkowców, otrzymanych z ciał ludzi zmarłych na płonicę lub operowanych wskutek powikłań ropnych; z tych ostatnich wymienić należy surowice: Mosera, Bujwida i Palmirskiego. Sprawa leczenia płonicy surowicą ma już swe piśmienictwo, z którego niektóre dane przytoczę.

Marmorek<sup>1)</sup>, wynalazca surowicy swego imienia, sam pierwszy zastosował ją w celu leczenia płonicy. Wyniki otrzymał dodatnie. Było to w roku 1896. Tęgoż roku ogłosili swe wyniki Josias<sup>2)</sup>, Baginsky<sup>3)</sup>.

Moser<sup>4)</sup> i niemal współcześnie prof. O. Bujwidi Dr. Gertler<sup>5)</sup> ogłosili swe spostrzerzenia nad specjalnie przygotowanymi surowicami na tle drobnoustrojów, które pochodziły od chorych na płonicę. Takież spostrzerzenia ogłosił Opieński<sup>6)</sup>

W bieżącym roku ogłosiłem<sup>7)</sup> 48 spostrzeżeń tyjących się leczenia płonicy surowicą przeciwpaciorkowcową (serum antistreptococcium) Marmorka. W pracy niniejszej mówię jeszcze o siedmiu spostrzeżeniach płonicy, leczonych swoistą surowicą przeciwpłoniczą Bujwida (serum antiscarlatinosum).

Malinowski<sup>8)</sup> ogłosił wyniki stosowania surowicy swoistej Palmirskiego<sup>9)</sup>.

Większość badaczy widzi w surowicach przeciwpaciorkowcowej i przeciwskarlatynowej środek cenny. Złe wyniki, jakie otrzymał Josias, należy przypisać złej surowicy.

Wobec otrzymanych wyników można wyprowadzić już pewne wnioski.

Przedewszystkiem, według mego zdania, nie należy spodziewać się wielkich różnic w klinicznym działaniu surowic Marmorka, Bujwida i Palmirskiego. Pomijam surowicę Mosera, która ma tę ujemną stronę, że trzeba jej zastrzykiwać zbyt wiele (około 180 c. sz.). Działanie wszystkich tych surowic polega na ich bakterjobójczych własnościach, co zostało stwierdzone w pracowniach doświadczalnych. A więc leki te działają wprost na przyczynę choroby, czyli racjonalnie. Zarazem zaś działanie tych surowic nie jest tak pełne, jak surowicy Behringa gdyż pierwsze nie posiadają działania antytoksykznego. To znaczy, że surowice przeciwpaciorkowcowe mogą zabić paciorkowce, lecz nie są w stanie zobojętnić toksyn wytworzonych do chwili podziałania bakterjobjęczego surowicy; z toksynami ustroj chorego musi sam walczyć.

Trzeba zaznaczyć, że przy stosowaniu wszelkich surowic należy być bardzo ogólnym na dobroć tych leków. A więc należy uważać, aby surowica była przezroczysta, bez przykrego zapachu; w przeciwnym bowiem razie może być szkodliwa. W czasie mych badań stosowałem surowicę przeciwpaciorkowcową Marmorka z instytutu Pasteura, takąż surowicę Bujwida i specjalną jego surowicę przeciwskarlatynową. Surowice z zakładu Bujwida odznaczają się wyjątkową przezroczystością i długo nie mętnieją.

W pięćdziesięciu pięciu przypadkach zastosowałem te surowice i ani razu nie otrzymałem miejscowego zakażenia, ani też ogólnego. Nie spotkałem również ani razu objawów ubocznych.

Aby uniknąć objawów zakażenia miejscowego, trzeba przy zastrzykiwaniu surowicy zachować znane przepisy antyseptyki: strzykawka winna być wyjałowiona; surowicę należy czerpać wprost z buteleczki, zaraz po odkorkowaniu; skóra pacjenta w miejscu, gdzie ma być zastrzyknięta surowica, winna być starannie odkażona; otwór po zastrzyknięciu pod skórę surowicy należy zakleić kolodjonem.

Przechodzę do opisu działania surowicy przeciwpaciorkowcowej Marmorka, którą zastrzyknałem w celach leczniczych 48 chorym na płonicę. Dawka, którą uważam za najmniejszą w przypadkach cięższych, jest 20 c. sz. czyli dwie buteleczki. Tę dawkę należy powtórzyć nazajutrz, chociażby nawet było widoczne polepszenie stanu pacjenta. W zwykłych przypadkach taka dawka wystarczała do zupełnego powrotu do zdrowia. W przypadkach bardzo rzadkich uciekałem się do trzeciej dawki. Ponieważ surowica przeciwpaciorkowcowa stanowczo nie jest szkodliwa, więc nie należy obawiać się większych dawek. Opis działania surowicy przeciwpaciorkowcowej przy płonicy jest nieco trudny ze względu na to, że klinicznie spotykamy różne postaci płonicy.

Dla tego podzieliłem mych chorych na dwa działy. Do pierwszego zaliczę chorych typowych, z mniejszą lub większą wysypką, z wysoką ciepłotą i ze zmianami w gardzieli lub nosie charakteru płoniczego (Diphtheria scarlatinosi); do drugiego zaś—chorych na płonicę, u których wystąpiły objawy błonicy właściwej czyli Loefflerowskiej (Diphtheria Loeffleri).

Chorzy z czystym zakażeniem płoniczem w przeważnej większości wypadków, które spostrzegałem, reagują wybitnie na surowicę przeciwpaciorkowcową, wbrew



twierdzeniom niektórych klinicyistów. Rzecz zrozumiała, że stosowanie leków racjonalnych, jakimi są surowice, musi być bardzo wczesne. Jeżeli zaczniemy wyczekać z zastrzyknięciem surowicy, to chory na tem traci. Chorzy zatruci toksynami, wytworzonymi aż do chwili zastrzyknięcia środka bakteryobójczego, mogą być bezpowrotnie straceni; jeżeli jednak postaramy się o możliwie wczesne usunięcie zarazka płoniczego, usuwamy w ten sposób możliwość nagromadzenia się toksyn i nie narażamy chorego na niebezpieczeństwo.

Należy być bardzo ostrożnym w ocenie przypadków płonicy co do ich łagodności lub złośliwości. Kto miał do czynienia z dużą liczbą takich chorych, dobrze wie, do jak błędnych wniosków doprowadzić może zbyt pośpieszne różniczkowanie chorych.

Dla tego też, mając pewne osobiste spostrzeżenia z lat ubiegłych, starałem się natychmiast stosować surowicę, gdy miałem prawo rozpoznać płonicę. Jeżeli w danej rodzinie było kilkoro dzieci, to po rozpoznaniu pierwszego przypadku następnym dzieciom zastrzykiwałem surowicę, gdy zaczęły gorączkować, lub wystąpiły inne jakiegokolwiek podejrzane objawy. Pod tym względem wyniosłem przekonanie, że surowica P.-Pac. jest bardzo pożytecznym środkiem, gdyż pod jej wpływem czas choroby na płonicę wybitnie się skraca, a przebieg jej, wreszcie powikłania, występują w znacznie łagodniejszej formie.

Wiek chorych na płonicę, którym zastrzykiwałem w celach leczniczych surowicę P.-Pac., zaczynał się od 9 miesięcy i sięgał lat 23. Były to dzieci i jedna tylko dorosła kobieta, lat 23. Działanie surowicy przeciwpaciorkowcowej w przypadkach, które spostrzegałem, było dodatnie. Działanie to polegało na mniejszym lub większym spadku ciepłoty, co stawało się widocznym w ciągu 10—24 godzin, rzadko wcześniej. Nie widziałem, aby spadek ciepłoty po zastrzyknięciu surowicy szedł w parze z silnymi potami, osłabieniem działalności serca, upadkiem sił i t. p. Przeciwnie, miałem możność spostrzegać, że ogólny stan chorych po spadku ciepłoty poprawiał się. Widać więc, że działanie przeciwgorączkowe surowicy różni się wybitnie od dotąd znanych nam środków przeciwgorączkowych, które wywołują mniejszy lub większy upadek sił, dochodzący do zapaści. Równocześnie daje się spostrzegać zanik stopniowy, niekiedy zaś wybitny, wysypki płoniczej.

Jeżeli ciepłota nie zupełnie opadnie do normy, to druga dawka surowicy doprowadza do tego celu.

Trzeba tu koniecznie zaznaczyć, że działanie surowicy P.-Pac. we wczesnych przypadkach płonicy jest daleko wybitniejsze, niż w przypadkach zapuszczonych, gdzie chorzy są wyczerpani zakażeniem krwi.

Zmiany gardzieli i nosa charakteru płoniczego przechodzą łatwo, bez żadnych pędzlowań i t. p., co się stosowało dotąd na szeroką skalę. Dzieciom starszym można zalecić najwyżej płukanie jamy ustnej wodą utlenioną.

Tak lecząc chorych, spostrzegałem daleko mniej powikłań ze strony ucha środkowego i gruczołów chłonnych. Powikłań płucnych, kiszkowych i mózgowych nie spotykałem zupełnie. Nadmienić muszę, że płonica, którą spostrzegałem w roku bieżącym, była nader złośliwą pod względem powikłań nerkowych. Widziałem wiele przypadków łagodnej płonicy, które w następstwie dały bardzo silne powikłania nerkowe. W przypadkach tych nie stosowałem surowicy. Również takie powikłania, jednakże w ilości niezbyt wielkiej, widziałem u kilku chorych, którzy pod wpływem surowicy bardzo lekko przebyli szkarlatynę, a w następstwie po upływie kilku tygodni zapadli na zapalenie nerek. Na 48 chorych tak leczonych zapadło na zapalenie nerek 9 osób, z których cztery zmarło. Widzimy więc, że pomimo tego, że surowica P.-Pac. ma lecznicze działanie na chorego na płonicę, tak leczony chory może podlegać powikłaniom nerkowym, które do poważnych zaliczyć trzeba.

W ogólnym wyniku takiego leczenia chorych na 48 osób zmarło czworo dzieci na zapalenie nerek i jedno dziecko w wieku 9 miesięcy na błonicę nosa i gardzieli.

Przechodzę teraz do spostrzeżeń, które dotyczą surowicy przeciwszkarlatynowej Bujwida. Dotąd leczyłem tą surowicą siedem osób, wszystkie były w wieku dziecięcym.

Dawkowałem tę surowicę po 20 c. sz. Przekonałem się, że jest to środek również dodatnio działający, jak surowica przeciwpaciorkowcowa Marmorka przy płonicy. Nie mogłem dostrzedz różnicy w leczniczym działaniu między temi dwiema surowicami.

Surowica Bujwida ma zawierać nieco antytoksyny błonicy właściwej. Jednakże, jeżeli nastąpi powikłanie płonicy błonicą właściwą, w takim razie należy niezwlekać i zastrzyknąć surowicę Behringa.



Przy stosowaniu chorem surowicy Bujwida przeciwszkarlatynowej, w siedmiu przypadkach, ani razu nie spostrzegłem powikłań ubocznych w postaci wysypki lub ropni. Na 7 osób tak leczonych zmarło mi dziecko wieku 9 miesięcy, na błonicę nosa i gardzieli. Drobne dzieci, ponieważ wogóle są mało odporne na ciężkie zakażenia, nawet przy leczeniu płonicy surowicą niewątpliwie będą obciążały statystykę śmiertelności.

Bez wahania więc surowicę Bujwida uznać muszę za lek pożyteczny przy płonicy.

Jeżeli teraz przejdziemy do wniosku ogólnej natury, to należy uznać, że klinicyści, mający pociąg do złudzeń, gdy ma w szeregu swych spostrzeżeń jeden lub dwa przypadki, łatwo może złudzeniu uleżeć. Gdy jednak swe spostrzeżenia ogłasza kilku badaczy i obejmuje kilkaset spostrzeżeń, to o złudzenie posądzać wszystkich trudno.

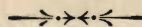
Dla tego też nawet sceptyk uznać musi pożytek nowego środka i każdy lekarz powinien dziś uciekać się do surowicy przeciwpaciorkowcowej przy szkarlatynie, cały zaś arsenał dawnych paliatywów, które przebiegu istotnego choroby prawie nie zmieniały, można będzie odtąd stosować w innych przypadkach chorób zakaźnych—aż cierpiąca ludzkość nie doczeka się racjonalnych środków na podobieństwo znanych nam dotąd leczniczych surowic. Co się tyczy oceny wyników leczenia ze statystyki śmiertelności, to ponieważ czynniki przyczynowe płonicy, w postaci paciorkowca, nie są dotąd ustalone bezwzględnie co do każdej postaci płonicy, czyli, że nie wszystkie przypadki płonicy są sobie równe pod względem etyologicznym, z góry już nie można spodziewać się, abyśmy doprowadzili śmiertelność do zera.

W każdym jednak razie mniemać należy, że, lecząc płonicę surowicą, ilość zejść śmiertelnych sprowadzimy do granic małych, i że zakażenia paciorkowcowego pochodzenia będą racjonalnie leczone, co uważać trzeba za wielką zdobycz terapii.

*Pismienictwo:* 1) Marmorek. Annales de l'Institut Pasteur 1896 № 1. Traitement de la scarlatine par le serum antistreptococcique. 2) Josias. Semaine medicale 1896 № 26. „De l'emploi du serum de Marmorek dans la scarlatine“. 3) Baginsky. Berliner klin. Wochenschrift 1896 № 16. „Die Anwendung des antistreptoserum gegen Scharlach.“ 4) Moser. Wiener klinische Wochenschrift 1902. № 41. Ueber Behandlung des Scharlachs mit einem Scharlach streptococccen“

5) Dr Opieński. Medycyna № 16. 1898. 6) Prof. O. Bujwid i Dr. Gertler. Odczyt na posiedzeniu Tow. Lek. w Krakowie. 29. X. 1902. Wyniki badań

nad surowicą przeciwpaciorkowcową (*Streptococcus Scarlatinae*) dokonanych w latach 1895—1897. w zakładzie higieny i oddziale chorób zakaźnych Szpitala Św. Ludwika w Krakowie. (Drukowane w przeglądzie Lekarskim w roku 1902). 7) A. Kosiński. 1903. Gazeta lekarska. № 41. Trzydzieści osiem przypadków płonicy (*Scarlatina*), leczonych surowicą przeciwpaciorkowcową (serum antistreptococcicum). A. Kosiński. Dalsze spostrzeżenia nad leczeniem surowicą przeciwpaciorkowcową (serum antistreptococcicum) płonicy (*scarlatina*). 8) A. Malinowski. O leczeniu płonicy surowicą swoistą. Gazeta lekarska № 49—51, rok 1903. 9) Palmirski i Żebrowski. O płonicy pod względem bakteryologicznym i o leczeniu jej zapomocą surowicy swoistej (Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lekarskiego w Warszawie 3. XI. 1903, streszczone w № 50 Gazety lekarskiej.)



## Przypadek porażenia połowicznego spastycznego z atetozą

Podał Dr A. Tumpowski (Irkuck.)\*

W końcu sierpnia r. b. zwrócił się do mnie 15-letni chłopiec, syn włościanina, uskarżając się na wzrastające wciąż osłabienie lewej ręki oraz na mimowolne ruchy, występujące w tej ręce, a w słabszym stopniu także w lewej nodze i w lewej połowie twarzy.

Cierpienie to rozpoczęło się w lutym, czyli prawie przed pół rokiem. Za przyczynę choroby pacjent i matka jego uważają przeziębienie podczas młócki, po której w jaki tydzień ukazały się pierwsze objawy chorobowe. Polegały one na mimowolnych ruchach, z początku ograniczonych do górnych odcinków lewej górnej kończyny, które jednak bardzo prędko przeszły też na dłoń i palec. Wkrótce też chory zaczął odczuwać, iż lewa ręka słabnie, coraz trudniej mu było podnosić ją ku górze, a od lipca zupełnie już pracować nią nie może. Ruchy mimowolne rozpowszechniły się stopniowo po całej lewej połowie ciała, w trzecim miesiącu choroby zjawily się w lewej połowie twarzy, która uległa wkrótce potem przekrzywieniu; jeszcze o parę tygodni później i w nodze lewej zjawily się także ruchy.

Pacjent pochodzi z rodziny zdrowej, mieszka na wsi. Nigdy dotychczas poważniej nie chorował z wyjątkiem jakichś „skrofulów“ na głowie. Prócz wspomnianych objawów na nic więcej się nie uskarża. Bólów głowy ani żadnych w ogóle bólów nie ma i nie miał. Apetyt ma

\*). Według odczytu, wypowiedzianego d. 26. XI. 1903 r. na posiedzeniu Tow. Lek. Wschodniosyberyjskiego w Irkucku.



dobry; wypróżnienia kałowe i wydalanie moczu normalne.

Budowa ciała jest normalną, wzrost jak na wiek chorego wysoki, odżywianie umiarkowane. Czaszka nie przedstawia widocznych zбочeń. Żrenice równe, umiarkowanej szerokości, dobrze reagują na światło i przystosowanie, ruchy gałek ocznych prawidłowe. Czoło symetryczne. Lewy kąt ust opuszczony ku dołowi, lewa bruzda nosowo-wargowa płytsza od prawej. Język, wysunięty na zewnątrz, zbacza na lewo. Mowa, ruchy mimiczne twarzy, ruchy warg i języka, ruchy przełykania odbywają się prawidłowo. Lewa kończyna górna podczas spokoju znajduje się w następującem położeniu: ramię przyciągnięte do tułowia i zlekka wykręcone na zewnątrz, w łokciu lekkie zgięcie; dłoń i palce również zgięte, paluch przyciągnięty do wgłębienia dłoni; pozostałe ukryte pod wskazującym i średnim palcami. W tem położeniu jednak krótko może bez zmiany utrzymać rękę: przy największym wysiłku woli nie dłużej nad 2—3 minuty. Zwykle zaś położenie to kilka razy na minutę zostaje przerywane przez ruchy mimowolne, które w górnych odcinkach kończyny wyrażają się nagłym poruszeniem ramienia ku górze, wykręcaniem go na zewnątrz, mocnem zgięciem w łokciu i t. p. ruchy te są dość szybkie, jakkolwiek wydają się daleko wolniejszymi od błyskawicznych niemal ruchów płasawicznych. Natomiast ruchy w stawie dłoniowym i palcach są zupełnie powolne, daleko rytmiczniejsze i powtarzają 4—5 razy na minutę; polegają one na zginaniu wszystkich lub tylko 2—3 palców, to znowuż występują różnorodne kombinacje zginania i wyprostowywania ruchów ksobnych i odsiebnych w rozmaitych stawach kilku palców naraz. Ruchy te nadają palcom różne dziwaczne położenia i przypominają ruchy mackami. W nocy podczas snu, według słów matki pacyenta nie znikają one zupełnie, lecz stają się znacznie słabsze. Wysiłkiem woli chory może je na kilka minut utrzymać; to samo w słabszym stopniu zauważyć się daje po odwróceniu uwagi chorego. Ruchy dowolne w lewej górnej kończynie są znacznie osłabione. Chory z trudnością podnosi ją do wysokości linii poziomej, chcąc zaś unieść ją wyżej, podrzuca ją niejako, wyginając mocno kręgosłup i podnosząc łopatkę. Ruchy w stawie łokciowym również osłabione, lecz w mniejszym stopniu niż w barkowym. Znaczne ograniczenie ruchów dłonią i palcami: paluch prawie nierucho-

my, wyprostowanie dłoni i palców możliwe tylko w słabym stopniu. Przy biernem wyprostowywaniu dłoni i palców wyczuwa się elastyczny opór niezbyt silny, który łatwo udaje się przewyciężyć. Biernemu wyprostowywaniu zgiętego w łokciu przedramienia towarzyszy objaw, opisany przez Bechtierewa, jako cechujący organiczne hemiplegie i polegający na tem, iż wyprostowanie następuje nie odrazu, lecz w dwóch tempach\*)

Przy uważnem przyglądaniu się górnym kończynom, można zauważyć, iż okolica lewego mięśnia naramiennego jest mniej wypukła, niż po prawej stronie, zaś fossae supra et infraspinata po lewej stronie są bardziej wgłębione, niż po stronie przeciwnej.

Lewa dłoń i dalsza część przedramienia są znacznie chłodniejsze, niż prawe i mają ciemnosine zabarwienie. Odruchy ukostnione i ze ścięgnię mięśnia dwójgłowego ramienia są po stronie lewej wzmożone w porównaniu z przeciwną stroną.

Co do stanu kończyn dolnych, to ruchy dowolne są w nich dobrze zachowane i dopiero badanie ruchów biernych wykazuje, iż po stronie lewej siła mięśniowa jest obniżoną w porównaniu z prawą stroną. Nie widać zresztą w lewej nodze żadnych ruchów mimowolnych, ani też jakichkolwiek zaników. Odruchy ścięgniste wydają się po obu stronach wzmożone. Objaw Babińskiego nieobecny. Chód wydaje się zupełnie prawidłowym, jakkolwiek chory twierdzi, iż chodzenie obecnie bardziej go męczy, niż dawniej.

Odruchy brzuszny i mięśni, podnoszących jądra, zachowane i jednokowe z obu stron.

Czucie dotykowe, bólowe, i ciepłotne nie wykazuje żadnych zaburzeń. Narządy wewnętrzne oraz naczynia obwodowe bez zmian. Mocz nie zawiera białka ani cukru. Pod względem psychicznym pacjent jest zupełnie normalny, matka tylko twierdzi, iż stał się nader opryskliwym.

Tak się przedstawiał stan chorego podczas pierwszego badania. Od tego czasu upłynęło przeszło 3 miesiące, w ciągu których często widywałem chorego i mo-

\*) Dla skonstatowania tego objawu należy zgięta w łokciu rękę chorego ująć prawą ręką za dłoń, lewą zaś za ramię. Przy szybkim wyprostowywaniu przedramienia pacyenta wyczuwamy, iż w pewien moment od początku ruchu wyprostnego ten ostatni na krótką chwilę zatrzymuje się; przerwa ta wkrótce znika, poczem ruch wyprostny odbywa się już bez przeszkody. Objaw ten zależy od nagłego krótkotrwałego skurczu mięśnia dwójgłowego.



głem krok za krokiem prześledzić poważne zmiany, jakie stopniowo odbywały się w powyżej nakreślonym obrazie chorobowym. Ruchy mimowolne w lewej kończynie górnej stawały się coraz słabsze, najdłużej utrzymywały się w dłoni i palcach, aż wreszcie w początku listopada zupełnie znikły. Coraz wyraźniejszymi natomiast stawały się zaniki mięśniowe: obecnie na pierwszy rzut oka widocznym jest spłaszczenie okolicy lewego mięśnia naramiennego oraz zagłębienie lewej jamy nad i pod-grzebiennowej. Ścieńczyły też na oko lewe ramię i przedramię, co potwierdza się też i ich wymiarami wykazującymi na różnych wysokościach kończyn różnicę obwodu na 0,5—1,5 ctm na niekorzyść lewej strony. Badanie prądem galwanicznym i faradycznym nie wykryło żadnych zmian w oddziaływaniu. Wzmogły się też objawy spastyczne w lewej ręce: mięśnie dwójgłowy ramienia, a w większym jeszcze stopniu zginacze dłoni i palców są wyraźnie naprężone przy wymacywaniu i ścięgna ich mocno się zarysowują. Mocniejsze jeszcze zmiany nastąpiły w lewej kończynie dolnej. Wydaje się ona w biodrze i goleni cieńszą od prawej, pomiary jednakowoż nie potwierdzają tego. Chodząc, zlekka obecnie wlecze za sobą lewą nogę i opisuje ją półkrąg. Ruchy czynne i bierne wykazują znaczny stopień parezy. Palce są mocno przygięte do podszwy i przy wyprostowywaniu ich odczuwa się pewien nieznaczny opór. Lewostronny odruch kolanowy i Achillesa znacznie żywszy od prawego. Do do objawu Babińskiego, trudno się stanowczo wypowiedzieć, gdyż drażnienie podszwy wywołuje żywą reakcję ze strony wszystkich mięśni nogi, uniemożliwiająca uchwycenie charakteru ruchów palcami. Dodam tu jeszcze, iż chory był dwukrotnie badany przez okulistę kol. Frank — Kamienieckiego, który żadnych zmian wzroku ani dna ocznego nie skonstatował.

Kończąc na tem opis przebiegu choroby i zwracając się do epikryzy, widzimy, iż u 15 letniego chłopca, dziedzicznie nie obciążonego, bez oczywistej przyczyny jakichkolwiek objawów insultu apoplektycznego, zjawily się (jak wynika z anamnezy) naprzód ruchy mimowolne w lewej połowie ciała, po wystąpieniu których odpowiednie członki wraz z lewą połową twarzy uległy porażeniu. W dalszym rozwoju cierpienia ruchy te znikły i wystąpił czysty obraz lewostronnego poraże-

nia spastycznego z zanikami mięśniowymi w obrębie porażonej górnej kończyny.

Mózgowe pochodzenie tych objawów nie wymaga chyba szczegółowego udowodnienia, natomiast zatrzymać się nieco należy nad ruchami mimowolnymi, które miały miejsce w pierwszym okresie cierpienia. Przedstawiają się one rozmaicie: w dłoni i palcach były bardzo powolne, dość rytmiczne, naprężone i wszystkimi temi cechami w zupełności odpowiadają t. zw. atetozie. Natomiast w górnych odcinkach kończyny były znacznie szybsze i bardziej niespodziewane: szybkością swą nie dorównywały wprawdzie rzeczywistej płasawicy Sydenham'owskiej, bez wahania jednakże możemy je zaliczyć do grupy ruchów mimowolnych, znanych pod nazwą chorea prae et posthemiplegica. Według zupełnie słusznej uwagi Gowers'a, jedynie tylko niewłaściwie nadana tym ruchom nazwa łączy je z prawdziwą płasawicą. W rzeczywistości nie mają one z tem cierpieniem nic wspólnego pod względem swego pochodzenia, mało je też przypominają swemi cechami zewnętrznymi, natomiast wielu nieznacznie i niedostrzegalnymi przejściami łączy się z atetozą, która stanowi, jak się wyraża Grasset „une variété lente de la chorée“. Niekiedy napotykały oba te rodzaje ruchów mimowolnych u tegoż samego chorego, jak to ma miejsce i w naszym przypadku, często zaś trudno jest stanowczo orzec, do jakiego rodzaju należą obserwowane ruchy i rozpoznanie w tych razach zależy, według Oppenheim'a, od dowolnej decyzji badającego. Wspomnieć też warto w tym miejscu o przypadku obserwowanym przez Leube'go, w którym atetozą nagle przeszła w płasawicę oraz o przypadku Golstein'a, w którym naodwrot atetozą zajęła miejsce płasawicy porażennej. Z klinicznego zatem stanowiska trudno określić zasadniczą różnicę i wskazać wyraźne granice między towarzyszącymi porażeniom mózgowym ruchami choreoidnymi, a atetotycznymi. Ścisła obserwacja przekonywa nas o blizkiem pokrewieństwie tych objawów i zmusza do uznania ich z klinicznego stanowiska za zupełnie równoznaczne. Pozostawiając na później fizyologiczne i anatomiczne dane, dotyczące zarówno tego objawu, jak i innych, zanotowanych w naszym przypadku, zastanowimy się obecnie nad klinicznym jego rozpoznaniem.

Szybki rozwój porażenia spastycznego z zanikami mięśniowymi, a zwłaszcza



obecność ruchów atetotycznych i choreoidalnych przedporażennych najbardziej zbliżają nakreślony wyżej obraz chorobowy do typu klinicznego, znanego pod nazwą hemiplegia spastica infantilis. Przeciwno takiemu rozpoznaniu pozornie przemawia po-pierwsze, wiek chorego, albowiem porażenia dziecięce, o ile nie są wrodzonymi, powstają najczęściej we wczesnych okresach dzieciństwa. Wiek jednak, jako element rozpoznawczy, ma w danym wypadku względne bardzo znacznie. Tak np. Marie ogranicza porażenia dziecięce wiekiem lat 9, inni jednak autorzy przesuwają tę granicę do 14—15, a nawet 20 i więcej lat, jak np. Ferrier, który opisał u żołnierza po szkarlatynie porażenie, zaliczone przez niego do grupy porażań dziecięcych, ze względu na typowy jego przebieg. Większe daleko znaczenie rozpoznawcze, niż wiek chorego, posiada przebieg kliniczny cierpienia i z tego stanowiska można poważniejsze uczynić zarzuty postawionej przez nas diagnozie. Jako określony typ kliniczny, cechują się porażenia dziecięce mózgowego pochodzenia bardzo burzliwymi objawami początkowymi, jak to: wzmożoną t<sup>o</sup> ciała utratą przytomności, drgawkami połowiczemi i ogólnymi, w naszym zaś przypadku nie było żadnego z tych objawów i rozwój cierpienia był bardzo łagodny i stopniowy. O ile jednak sądzić można tego rodzaju wyjątków z pod ogólnej zasady jest nie mało; np. Wollenberg w 60 ze 160 przypadków nie obserwował wymienionych objawów wstępnych. Również Freud, jeden z najlepszych znawców tej postaci chorobowej, opisuje jako szczególną jej odmianę takie przypadki, w których objawy narastają stopniowo bez burzliwego inauguracyjnego okresu; w przypadkach tych rozwija się naprzód atetozą resp. płasawicą, a później dopiero zjawia się porażenie; odznaczają się one prócz tego, lepszą prognozą, nie dając zejścia w postaci padaczki, idyotyzmu i t. p. Charakterystyce tej w zupełności odpowiada też zbiór objawów zanotowany u naszego chorego.

W ogóle omawiane cierpienie wyróżnia się wielką różnorodnością form, zależną od rozmaitego połączenia i różnicy w stopniu rozwoju i sposobie powstania oddzielnych objawów. Wszystkie te momenty mogą wywołać tak znaczne różnice w oddzielnych wypadkach, iż wydawać się może, że mamy do czynienia z odrębnymi postaciami klinicznymi; liczne jednak przejścia między różnymi odmianami

pozwalają ująć je wszystkie we wspólną grupę. Można pod tym względem porównać mózgowie porażenie dziecięce z padaczką; równie jak w obrębie tej ostatniej znane nam są postaci padaczki bez najwybitniejszego jej objawu, mianowicie napadów drgawkowych, tak samo istnieją też równoznaczni paraliżu dziecięcego bez porażenia ruchowego. Do takich należą przypadki, przebiegające od początku do końca pod postacią połowicznej atetozy lub płasawicy, padaczki Jackson'owskiej, a niekiedy ogólnej, oraz przypadki, w których paraliż mięśniowy jest słabo wyrażony i ustępuje na dalszy plan wobec innych objawów. Przytem, co czyni powyższą analogię jeszcze zupełniejszą, odrębne odmiany porażenia dziecięcego mogą — tak samo, jak to ma miejsce w padaczce — występować jako takie od samego początku i w ciągu całego przebiegu choroby, lub też wzajemnie się zastępować u danego osobnika w rozmaitych okresach jego choroby. Tak np. nasz przypadek, który zaczął się jako t. zw. pareza choreatyczna Freud'a przeszedł obecnie w typowe porażenie połowiczne spastyczne, jeszcze zaś częściej podobno ma miejsce rozwój choroby w kierunku odwrotnym. Nie zapuszczając się głębiej w różniczkowo-dyagnostyczne dociekania, wspomnę jeszcze tylko, iż i pod względem etyologicznym przypadek nasz w sposób ujemny zbliżony jest do porażań mózgowych wieku dziecięcego, a mianowicie u naszego chorego równie jak u 50%—60% przypadków tego cierpienia w ogóle (według statystyki Gowers'a, Wallenberga, Freuda i Rie) niemożna się doszukać żadnego momentu etiologicznego. Obecnie należy się zwrócić do drugiej, niemniej ważnej części rozpoznania, mianowicie do ściślejszego umiejscowienia sprawy chorobowej. Aby zaś sobie zadanie to ułatwić, przypomnimy tu pokrótce obecny stan wiadomości fizjologicznych i anatomicznych w sprawie oddzielnych objawów występujących u naszego chorego, rozpoczynając od zaników mięśniowych.

Przy porażeniach mózgowych u dzieci stanowią one, jak wiadomo, objaw stały i bardzo wcześniej w wysokim stopniu się rozwijający. Błędem jednak jest zdanie, dotychczas jeszcze bardzo rozpowszechnione, iż u dorosłych występują one jedynie wyjątkowo i stanowią objaw przypadkowy i słabo wyrażony. Baczna obserwacja przechyla raczej szalę na stronę Marinesco i Schäfera, którzy twierdzą, iż wyraźne zaniki mięśniowe przy porażeniu



połowiczem nie są bynajmniej wyjątkiem, lecz stanowią zasadę ogólną. Już a priori wydaje się nieprawdopodobnem, aby mięśnie pozbawione tego jedyne go odżywcze go bodźca fizyologicznego, jaki stanowią prawidłowe ich skurcze, nie zostały upośledzone w swem odżywianiu. Przyczyna zaników mięśni pochodzenia mózgowego nie została jednakowoż dotychczas dostatecznie wyjaśnioną. Charcot, który pierwszy zwrócił na nią uwagę, tłumaczył je przejściem wtórnego zwyrodnienia dróg piramidalnych na komórki nerwowe rogów przednich i wychodzące z nich włókna nerwów mięśniowych. Gdybyśmy nawet uznali słuszność tego wyjaśnienia dla znacznej ilości przypadków, to jednak nie daje się ono zastosować do tych, obecnie już dość licznie opisanych, przypadków, w których zaniki mięśniowe rozwinęły się bardzo szybko (np. w przypadku Senatora—już w ciągu drugiego tygodnia choroby), gdy zwyrodnienie szlaków piramidalnych nie mogło jeszcze tak daleko się posunąć. Przytem i badania anatomiczne stają w sprzeczności z hipotezą Charcot'a, wykazując niejednokrotnie brak zmian mikroskopijnych w rogach przy istnieniu znacznych zaników mięśni. Wogóle, przy obecnym stanie badań odnośnych najwłaściw sztem wydaje się zdanie Monakowa, iż dane dotychczasowe nie wystarczają do wyjaśnienia tego objawu jedną ogólną przyczyną, lecz zmuszają uciec się do przyjęcia wielu współdziałających czynników. Należy tu po pierwsze wymieniona już bezczynność mięśni, zarówno bezpośrednia zależna od porażenia, jak też wywołana ograniczeniem ruchliwości stawów. Zmiany stawowe odbijają się na mięśniach prawdopodobnie i w inny jeszcze sposób, mianowicie drogą odruchowego przenoszenia się podrażnień, powstających w zmienionych stawach, na komórki rogów przednich. Taki czynnik stanowią też zaburzenia naczynioruchowe, nie brakujące nigdy w porażonych członkach i upośledzające odżywianie mięśni. Wreszcie poważną rolę odgrywają zapewne i zaburzenia w czynności rdzenia kręgowego, przyczem zaburzenia te mogą nie zdradzać się żadnymi zmianami morfologicznymi i mieć też charakter czysto funkcjonalny. Wszak prawidłowa czynność przednich rogów rdzenia uwarunkowana jest, podług Goldscheidera, ciągłym i nieprzerwanym dopływem do nich podrażnień korowych za pośrednictwem dróg piramidalnych; każde uszkodzenie kory lub wymienionych szlaków nerwowych, wywołujące

przerwę w dopływie impulsów ośrodkowych, wpływa ujemnie na czynność komórek rogów przednich, resp. odżywianie mięśni. To zaburzenie czynnościowe może też za pośrednictwem włókien łącznych odbijać się i na zwojach nerwu sympatycznego, sprowadzając za sobą zaburzenia w czynności naczyń mięśniowych, o których wyżej była mowa.

Następny objaw, który napotykamy u naszego chorego i na który należy zwrócić uwagę, stanowią ruchy atetotyczne i choreatyczne, które, jak wynika z wywiadów, zjawiły się prawdopodobnie wcześniej niż porażenie i zainauguowały sobą sprawę chorobową, odsuwając w pierwszych miesiącach choroby na dalszy plan objawy porażenia. Patogeneza athetoseos resp. choreae prae-et posthemplegicae przedstawia wiele jeszcze stron ciemnych. Charcot, a ostatniemi czasy i Raymond, opierając się na fakcie współistnienia tych objawów ze znieczuleniem połowiczem, przypuszczali istnienie odrębnych włókien nerwowych (faisceau hemichoreique), które przebiegać mają w torebce wewnętrznej między drogami ruchowymi i czuciowymi, a których porażenie ma wywoływać wspomniany objaw. Brak jednak dotychczas jakichkolwiek danych anatomicznych, któreby stwierdzały istnienie tego pęczka. Inni autorzy czynią zależnym ten objaw od podrażnienia kory mózgowej, czy to bezpośrednio (Eulenburg), czy też wskutek sprawy chorobowej, zachodzącej w innych okolicach mózgu. Dane sekcyjne w znacznej większości odpowiednich przypadków wskazują na istnienie ognisk chorobowych w wzgórku wzrokowym lub jądrze soczewicowatym. Monakow zaznacza, iż atetoza zjawia się przy tak umiejscowionych sprawach wtedy tylko, gdy natrafimy na drobne ogniska, natomiast przy rozległym zniszczeniu tych części jest nieobecna. Dowodzi to, iż nie stanowi ona objawu zniszczenia tych jąder, lecz jest następstwem wywoływanego przez istniejące ogniska podrażnienia, które odbija się początkowo na ruchowej okolicy kory mózgowej, skąd przechodzi na piramidę, znajduwaną zwykle przy sekcjach w stanie nieuszkodzonym. Takim jest najbardziej rozpowszechniony i najzgodniejszy z danymi faktycznymi pogląd na powstawanie atetozy resp. płasawicy hemiplegicznej.

Jeszcze niedawno Raymond z okazji przedstawienia przez Boinet'a dwóch chorych z atetozą przedporażenną (powiedzmy w nawiasie: pod wielu względami przy-



pominających nasz przypadek) wypowiedział podobny pogląd, nastając na częściowym lub całkowitem zachowaniu dróg piramidalnych, jako *conditio sine qua non* powstawania atetozy. Za tym poglądem przemawiają zarówno dane anatomiczne, jak i sam fakt zjawienia się tych objawów w czasie poprzedzającym porażenie, gdy o zwyrodnieniu dróg ruchowych mowy jeszcze być nie może. Jedynie dla pełności tego przeglądu wspomnę o poglądach mniej uznanych, z których pierwszy (Kroemer) łączy atetozę ze zwyrodnieniem szlaków piramidalnych, drugi zaś (Muratow, Bonhöffer)—czyni ją zależną od porażenia włókien koordynacyjnych, łączących korę mózdzku z okolicą ruchową mózgu i przebiegających w *brachia conjunctiva cerebelli*.

W ścisłym związku z czynnością pęczka piramidального znajdują się też objawy spastyczne resp. przykurczenia, których wczesny i znaczny rozwój cechuje porażenie mózgowego pochodzenia, zjawiające się w wieku dzieciennym. Według ogólnego zdania pęczki piramidalne przeprowadzają bodźce, obniżające napięcie mięśniowe, którego ośrodek odruchowy mieści się w komórkach rogów przednich rdzenia. Jak się wyraża Pierre Marie, neuron ruchowy korowy stanowi wędzidło, hamujące tonizującą działalność neuronu rdzeniowego. To też zwyrodnienie wtórne dróg piramidalnych, tamujące drogę tym impulsom hamującym, prowadzi za sobą przewagę czynności komórek rogów przednich, wyrażającą się w hipertonii mięśniowej i przykurczeniach. Dodać jednak należy, że zmnożenie napięcia mięśniowego zjawia się nie tylko po zniszczeniu szlaków piramidalnych, lecz także, jak wskazuje Monakow, wskutek ich podrażnienia, o ile to ostatnie nie jest nadmiernie silne. Mocniejsze występowanie spastycznych objawów u dzieci łatwo daje się wyjaśnić niezupełnie skończoną formacją ich mózgu, słabością wysyłanych przez impulsów hamujących i przewagą czynności rdzenia pacierzowego. Wszystkie te momenty już w stanie normalnym nadają ruchom dzieci pewien odcień spastyczny, który w daleko wyższym jeszcze stopniu przejawia się przy zaburzeniach mózgowych.

Powyzsza krótka analiza oddzielnych objawów klinicznych dostarczyła nam niejednej wskazówki wytyczonej do mniej lub więcej ścisłego umiejscowienia sprawy chorobowej. Wspominaliśmy wyżej, iż Raymond w jednym przypadku atetozy połowicznej bez właściwego porażenia rozpo-

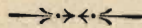
znaje, zgodnie ze zdaniem Monakowa, Oppenheim'a, Kahler'a i Picka i innych, sprawę ogniskową w pobliżu dróg piramidalnych (np. we wzgórku wzrokowym, jądrze soczewicowatym), przyczem brak uszkodzenia tych dróg wyjaśnia zarówno poznanie atetozy, jak i nieobecność porażenia. Przyjawszy tę samą lokalizację, możemy również dość łatwo wyjaśnić objawy i przebieg choroby u naszego pacyenta. Wiadomo wszakże, iż jakkolwiek hemiplegia nie należy do objawów integralnych przy sprawach patologicznych, zachodzących we wzgórku wzrokowym, zwykle jednak towarzyszy im dzięki blizkiemu sąsiedztwu tego zwoju z drogami ruchowymi mózgowo-rdzeniowymi. U naszego chorego ognisko, umieszczone w wymienionych okolicach, mogło w sposób wyjaśniony wywołać początkowo powstanie atetozy. W późniejszym zaś przebiegu w miarę utrudnionego przewodnictwa pęczka piramidального wskutek wciąż wzrastającego ucisku lub też przejścia nań sprawy patologicznej atetoza w myśl wyżej wyłuszczonej teorii coraz bardziej słabnąć powinna, ustępując miejsca objawom porażenia połowicznego spastycznego. Nie należy jednak przeceniać wartości tej dyagnozy pomimo całej jej zgodności z wiadomościami naszymi w zakresie omawianych spraw. Dane faktyczne, na których się ona opiera, są tak jeszcze nieustalone, iż należy ją uważać raczej za zgodną z temi danymi próbę wyjaśnienia i powiązania w jedną całość obserwowanych objawów, niż za pozytywne rozpoznanie, choćby z tym słabym stopniem pewności, jaki dają inne sprawy mózgowie. Brak zaburzeń psychicznych oraz początkowych objawów konwulsyjnych przemawia w naszym przypadku przeciwko umieszczeniu punktu wyjścia całej sprawy chorobowej w korze mózgowej, jakkolwiek w dalszym jej przebiegu ogarnęła ona niewątpliwie i korę mózgową.

Ostatni wreszcie punkt, na który należałoby zwrócić uwagę, stanowi charakter zmian anatomopatologicznych, odpowiadających opisanemu obrazowi chorobowemu. Ze względu jednak na czysto kliniczny charakter niniejszej notatki oraz niepewność odpowiednich danych, ograniczę się tu tylko przytoczeniem poglądu Brejtmana, wypowiedzianego w monografii jego o mózgowych porażeniach dziecięcych. Na zasadzie przestudyowania odnośnej literatury dochodzi on do wniosku, iż istnieje tylko luźny związek między obrazem klinicznym tego cierpienia a cha-



rakterem sprawy anatomopatologicznej: ściśle określona sprawa anatomiczna występuje przy rozmaitych obrazach klinicznych, dany zaś obraz kliniczny zjawia się przy najróżnorodniejszych zmianach anatomicznych. W naszym przypadku możemy ze znacznem prawdopodobieństwem wykluczyć takie sprawy, jak krwotok mózgowy, zatór, ostre zapalenie (encephalitis), zatrzymując się na przypuszczeniu przewlekłej sprawy zapalnej, prowadzącej do zaniku tkanki mózgowej (sclérose lobaire, sclérose atrophique, opisana przez Cotard'a, Bourneville'a i inn.), którą często odnajdywano przy porażeniach mózgowych dziecięcych.

Źródła, z których korzystałem: Muratow, Wykl. kliniczne o chor. nerwowych u dzieci. Moskwa 1898. Brejtman, Paralysis cerebr. infantilis. Dyss. Petersb. 1902. Eulenburger, Athetose (Encykl. Eulenb. Tom II). Seeligmüller, Kinderlähmung (Ibidem Tom XII). Marinesco, Recherches sur l'atrophie muscul. (Sem. med. 1898 № 58). Idem, Contribution à l'étude du mécanisme des mouvements volontaires (Ibidem 1903 № 40. Grasset, Diagn. des maladies de l'encéphale. Paris 1901. Raymond, Sem. médic. 1901 № 31. Podręczniki: Oppenheima, Gowers'a, Hirt'a i in. Bechtieriew, Obozr. psychjatrii, neurologii i t. d. 1903 № 5.



## Krytyczny pogląd na terapię gorączki połogowej.

Przez D-ra Leona Szayerowicza.\*)

W terapii gorączki połogowej, Szanowni Pp., odzwierciadla się walka nasza przeciw zakażeniu w ogólności, dla tego też interesuje ona nie tylko akuszerza, lecz w równej mierze terapeutę i bakteriologa.

W etyologii gorączki połogowej główną rolę odgrywa paciorkowiec ropotwórczy; daleko rzadziej wywołuje ją gronkowiec sam lub wspólnie z paciorkowcem. W literaturze znane są przypadki gorączki połogowej, w których ściśle badanie bakteriologiczne wykazało we krwi obecność samych tylko gronkowców. W pojedynczych przypadkach spostrzegane były inne bakterye, jak diplococcus pneumoniae, bact. coli commune. Wreszcie, gorączkę połogową wywołać mogą bakterye gnilne, należące do rodzaju bezwzględnych beztlenowców. Te ostatnie w obecności wolnego tlenu giną i dlatego też we krwi żyć nie mogą, rozmnażają się tylko na docze-

snej macicy, tu wytwarzają toksyny, które wchłonięte zostają do ustroju. Pod tym względem bakterye te podobne są do laseczników tężca i błonicy, które również rozmnażają się zwykle tylko we wrotach zakażenia. Od tych par-excelence trujących lub toksycznych bakteryi różnią się bakterye ropotwórcze tem, iż bardzo często z pierwotnego ogniska zakażonego wędrują do krwi i soków ustrojowych i tu szybko się rozmnażają, powodując w pewnych wypadkach zakrzepy i zatory, wskutek czego w organach wewnętrznych powstają ropne ogniska. Są jednak pewne dane, że i bakterye gnilne mogą również wywołać w skrzepach żylnych rozpad ropny ze wszystkimi jego następstwami, z drugiej zaś strony paciorkowce odznaczają się niekiedy zdolnością gnilnego rozkładu obumarłych tkanek (v. Franque. Zeitscht. f. Geb. u. Gyn. T XXV).

Że bakterye ropotwórcze mogą się we krwi rozmnażać, jest to fakt dosyć dawno ustalony. Rodzi się jednak pytanie, dlaczego w jednych wypadkach sprawa zakaźna ogranicza się do pierwotnego ogniska, to jest, do błony śluzowej macicy lub do najbliższego sąsiedztwa, w innych zaś rozprzestrzenia się po całym ustroju? Odpowiedź na to pytanie znajduje się jeszcze w sferze domysłów. Ogólnie przypuszczają, iż z jednej strony zależnem to jest od stopnia zjadliwości bakteryi, z drugiej strony od stopnia wrodzonej odporności danego organizmu. Dzięki tej ostatniej nawet ciężkie wypadki gorączki połogowej, w których badanie bakteriologiczne wykazało we krwi obecność bakteryj ropotwórczych, kończą się niekiedy wyzdrowieniem. To też znalezienie we krwi bakteryi ropotwórczych nie upoważnia nas do niepomyślnego rokowania. Petruschky w 17 septycznych przypadkach skonstatował za życia obecność we krwi tych drobnoustrojów, pomimo to w 8 przypadkach nastąpiło wyzdrowienie. Tę odporność naturalną organizmu należy zawsze mieć na względzie, gdy na zasadzie klinicznego spostrzeżenia chcemy o skuteczności danego środka lub danego zabiegu terapeutycznego wyrokować, nie wiemy bowiem, co jest zasługą samego organizmu w walce z bakterjami, a co przypisać należy naszej terapii. Wychodząc z tego punktu widzenia, łatwo zrozumiemy, dlaczego wyniki, otrzymane przez różnych autorów od tego samego środka lub zabiegu terapeutycznego, są bardzo często wręcz przeciwne. To też prawie wszystkie środki

\* ) Odczyt na posiedzeniu Tow. lek. Łódzkiego d, 16 grudnia 1903 roku.



i zabiegi lecznicze. stosowane w przebiegu gorączki płożogowej, mają swoich zwolenników i przeciwników.

W terapii gorączki płożogowej, Szanowni Pp., zauważyć można trzy zasadnicze kierunki, mianowicie: dążenie do podniesienia odporności naturalnej, dążenie do odkażenia pierwotnego ogniska zakażenia, ewentualnie do usunięcia go drogą operacyjną i dążenie do odkażenia krwi i soków ustrojowych. W celu zwiększenia odporności naturalnej przedewszystkiem podajemy chorym obfite. łatwostrawne pożywienie, ponieważ codzienne spostrzeżenia kliniczne i eksperymentalne doświadczenia przekonują nas, iż organizm tem skuteczniej walczy z zakażeniem, im lepiej jest odżywiany. Jest to faktycznie jedyny punkt w całej terapii gorączki płożogowej, co do którego istnieje ogólna zgoda. We wszystkich innych punktach, jak to zobaczymy, zdania się rozchodzą.

Prócz obfitego pożywienia wielu lekarzy, idąc w ślady Breisky'ego i Runge'go, przepisuje chorym duże ilości alkoholu. Obfite dawki wysokoku, zdaniem tych autorów, wstrzymują rozpad ciał białkowych i działają podniecająco przeciw coraz większemu słabnięciu działalności serca, przez co zwiększają naturalną odporność organizmu w walce z zakażeniem. Runge zwłaszcza dochodzi pod tym względem do krańcowości. Chore jego otrzymują w ciągu 7 dni 2 litry koniaku, 10 flaszek mocnego wina. Zobaczymy, czy takie heroiczne stosowanie wysokoku ma rację bytu. W tym celu, aby nie uleść złudzeniu, winniśmy się zwrócić do farmakologicznych doświadczeń, ponieważ, zdaniem mojem, o skuteczności danego środka z absolutną pewnością wtedy tylko mówić możemy, gdy eksperymentalne doświadczenia i kliniczne spostrzeżenia są w zgodzie między sobą. Otóż eksperymentalne doświadczenia, dokonane przez wielu autorów, (Doyen, Abbot, Thomas, Goldberg) wykazały, iż duże dawki alkoholu w znacznym stopniu zmniejszają naturalną odporność zwierząt przeciwko zakażeniom hodowlami różnych bakterii. Co się tyczy przypisywanej alkoholowi własności jakoby, ulegając rozkładowi, chronił od spalania ciała białkowie, to doświadczenia, w tym kierunku dokonane, wykazały, iż duże dawki alkoholu nie tylko nie oszczędzają, lecz przeciwnie zwiększają rozpad białka, prawdopodobnie drogą bezpośredniego uszkodzenia proto-

blazmy (Moritz). Wynik ujemny dały również doświadczenia dokonane w celu zbadania podniecającego działania wysokoku na serce (Schmiedeberg, Zimmerberg). W praktyce, jak to słusznie zauważył Moritz, często przeceniamy to pobudzające działanie wysokoku, ponieważ jednocześnie stosujemy energiczne środki pobudzające. Widzimy więc, iż eksperymentalne doświadczenia nie tylko nie potwierdzają zalet, jakie wspomniani autorowie dużym dawkom wysokoku przypisują, lecz przeciwnie—wykazują szkodliwe działanie ich na odporność naturalną. To też obecnie terapia ta znajduje co raz więcej przeciwników, którzy utrzymują, iż duże dawki alkoholu pogarszają stan chorych, działają źle na serce i powodują zatrucie alkoholowe. Niektóre objawy, występujące w przebiegu gorączki płożogowej, jak majaczenie, senność, podrażnienie mózgu, częste i nikłe tętno, kładą autorowie ci na karb zatrucia wyskokiem. Prócz tego rekonwalescencya po terapii dużemi dawkami alkoholu trwa, podług autorów tych, dłużej (Kantorowicz). Z drugiej strony jednak, sądzę, nie można odmówić alkoholowi niektórych zalet. W ciężkich wypadkach gorączki płożogowej, w których wszelkie pożywienie ograniczamy do pokarmów płynnych, alkohol bezwarunkowo zasługuje na zastosowanie, jako środek dostarczający znaczną ilość żywej energii i do tego łatwo się wchłaniający. Prócz tego pobudza on czynność organów trawienia. Dla osiągnięcia jednak tych celów wystarczają umiarkowane dawki wysokoku. Dawki takie, jak wykazały eksperymentalne doświadczenia (Goldberg) nie zmniejszają naturalnej odporności. To też, jak z jednej strony nie widzę zasady do stosowania dużych dawek wysokoku, tak z drugiej strony uważałbym za niewłaściwe zupełne usunięcie go z terapii gorączki płożogowej, jak to czynią niektórzy autorowie (Aufrecht). Niektórzy autorowie (Breisky, Ahlfeld) przypisują jeszcze alkoholowi wybitne działanie przeciwgorączkowe i uważają środek ten za skuteczniejszy od chininy i natrum salicylicum. Doświadczenia w samej rzeczy wykazują, że alkohol obniża ciepłotę ciała, lecz spadek  $T^{\circ}$  po zażyciu dużych dawek wysokoku wynosi zaledwie  $0,3^{\circ}$ — $0,6^{\circ}C$ , nie może więc mieć żadnego znaczenia praktycznego. Zresztą, uważam walkę z podniesioną ciepłotą w zakażeniu płożogowem za bezcelową, niebezpieczeństwo bowiem grozi nie ze strony wy-



sokiej  $T^0$ , lecz ze strony infekcyi, i dla tego też nie stosuję żadnych środków przeciwochorączkowych.

Ze wszystkich hipotez o odporności naturalnej najwięcej ma zwolenników, bo też najpouważniejszą i najprostszą jest hipoteza Miecznikowa, podług której organizm w walce z bakteriami, a również z toksynami ich czynny bierze udział dzięki fagocytarnej zdolności leukocytów. Najprostszą konsekwencją tej fagocytarnej teoryi w zastosowaniu do terapii chorób infekcyjnych wogóle było dążenie do zwiększenia ilości tych naturalnych obrońców w walce z bakteriami, inaczej mówiąc—do wywołania hyperleukocytozy. Zobaczmy przedewszystkiem, o ile z hipotezą tą są w zgodzie eksperymentalne doświadczenia. Wielu autorów, (Bordet, Hahn Issajeff), wywołując u zwierząt sztuczną hyperleukocytozę, przekonali się, iż są one znacznie odporniejsze przeciwko rozmaitym zakażeniom. Hahn badał krew psów w okresie sztucznie wywołanej hyperleukocytozy i doszedł do wniosku, iż jest ona więcej bakteryobójczą od normalnej krwi, przyczem to zwiększenie siły bakteryobójczej nie jest zjawiskiem chwilowym, gdyż utrzymywało się w ciągu 24 godzin. A. Löwy i P. Richter zakażali zwierzęta pneumokokkami i przekonali się, iż te, u których wywołali następnie sztuczną hyperleukocytozę, znosiły bez szkody 4 razy większą ilość hodowli, niż normalne. Do innych nieco wywodów dochodzi Lingelsheim, który, wywołując hyperleukocytozę u morskich świnek i królików, u pierwszych nie zauważył żadnego wpływu na odporność, u drugich nieznaczne tylko podniesienie się takowej. Hahn, korzystając z tego, iż tuberkulina wywołuje hyperleukocytozę, badał krew chorych na gruźlicę, którym robione były iniekcye tuberkuliny i przyszedł do wniosku, iż siła bakteryobójcza jej zwiększa się w zależności od ilości leukocytów.

W celach terapeutycznych pierwszy podobno wywoływał hyperleukocytozę. Jaksch. W tym celu podawał chorym pilokarpinę z dobrym jakoby wynikiem. Landerer w tym że celu stosuje przeciw gruźlicy kwas cynamonowy. Hyperleukocytoza znalazła obszerne zastosowanie i w terapii gorączki płożowej. J. Hofbauer w klinice prof. Schauty przepisuje w tym celu nukleinę Horbaczewskiego w ilości od 5,0 — 10,0. W 24 godziny po użyciu tego środka  $T^0$  ciała się podnosi, przytem występują w większym lub mniej

szym stopniu bóle w kościach, które autor wspomniany uważa jako następstwo wystąpienia leukocytów z mózgu kostnego do krwi. Następnie jednak bóle znikają i  $T^0$  litycznie opada. Na ostatnim kongresie ginekologicznym w Rzymie Hofbauer mówił o skutecznym działaniu nukleinów. Z 12 wypadków gorączki płożowej, w których terapię tę stosował, było 11 wyzdrowień. Inni autorowie zalecają w celu wywołania hyperleukocytozy obronnej iniekcye fizyologicznego roztworu soli kuchennej. Badania, w tym kierunku dokonane (Biernacki, Ott, Goldbach) wykazały w samej rzeczy zwiększenie się ilości białych ciałek po iniekcji. Podług Biernackiego występuje ono w 4 godziny, podług Goldbacha już w kwadrans po iniekcji. Biernacki badał krew w pewnych odstępach czasu po iniekcji i przyszedł do wniosku, że hyperleukocytoza, tą drogą wywołana, utrzymuje się w ciągu 20 godzin; podług Otta znika ona znacznie prędzej. Wyniki badań eksperymentalnych nad wzmoczeniem odporności u zwierząt za pomocą iniekcji soli, są niejednakowe. Dastre, Loye, Erelentz zakażali zwierzęta hodowlami gronkowców, lasecznika wąglika, toksyną dyfterytyczną i nie mogli skonstatować u nich zwiększenia się odporności pod wpływem iniekcji soli. Bosc i Vedel natomiast zakażali psy hodowlami lasecznika okrężnicy i za pomocą iniekcji soli byli w stanie utrzymać ich przy życiu. W gorączce płożowej w celu zwiększenia odporności pierwszy podobno stosował iniekcye soli. Pozzi z dobrym jakoby wynikiem. W. Erelentz robił iniekcye soli przy rozmaitych infekcyjnych chorobach, między innymi, w 2-ch wypadkach gorączki płożowej. Otrzymane wyniki były tak pomyślne, iż autor ten przychodzi do wniosku, że iniekcye soli stanowią cenny środek pomocniczy w terapii chorób infekcyjnych.

Niektórzy lekarze zamiast iniekcji stosują wysokie wlewania Hegarowskie do kiszki grubej. Zabieg ten, który w 2 wypadkach gorączki płożowej obok i innych środków terapeutycznych stosowałem, wymaga bardzo dużo czasu i cierpliwości, ponieważ wchłanianie postępuje znacznie wolniej, niż przy iniekcji, zwłaszcza żywej. Dla tego też w ciężkich wypadkach gorączki płożowej, w których zależy nam na osiągnięciu natychmiastowego skutku, należy robić iniekcye żywe. Zmarły niedawno Fochier, profes. kliniki położniczej w Lyonie, podał inny sposób podniesienia naturalnej odporno-



ści, mianowicie za pomocą sztucznego wywołania ropnia podskórnego przez zastrzyknięcie w wewnętrzną część uda 1,0 olejku terpentynowego. Na pomysł ten naprowadziły autora kliniczne spostrzeżenia przypadków, w przebiegu których występowało miejscowe ropienie, a z wystąpieniem którego następowało często szybkie polepszenie i wyzdrowienie. Fochier objaśniał sobie działanie zabiegu tego wytwarzaniem się pewnych substancji, ustrój chorej uodparniających. Sądzę jednak, że i tu mamy do czynienia z obroną hyperleukocytozą, występującą, jak wiadomo, zawsze w następstwie jakiegokolwiek sprawy ropnej.

W naszym piśmiennictwie wogóle mało znalazłem wzmianek o wywoływaniu hyperleukocytozy w celach terapeutycznych. Święcicki wprawdzie radzi, ażeby wlewać chorym za pomocą cewnika żołądkowego duże ilości fizyologicznego roztworu soli kuchennej i jednocześnie robić podskórne iniekcje chlorku pilokarpiny, ale ma przez to na względzie nie tyle wywołanie hyperleukocytozy, ile wydalenie jadu trującego przez nerki, skórę i gruczoły śliniankowe. Najwięcej względnie zwolę ników zyskała metoda Fochier'a. Naliczyłem 20 kilka przypadków gorączki płożowej, wyleczonych za pomocą sztucznego wywołania ropnia podskórnego.

Prócz wywołania hyperleukocytozy można zdaniem niektórych autorów (Fodor) podnieść odporność naturalną za pomocą powiększenia alkaliczności krwi. Badania nad zasadowością krwi, dokonane przez wielu autorów, (Jaksch, Landois, Kraus), w samej rzeczy wykazały, iż zmniejsza się ona w chorobach infekcyjnych. Doświadczenia zaś eksperymentalne, robione przez Fodora, przekonały autora tego, iż zwierzęta, którym podawał środki alkaliczne w dużych dawkach, okazały się odporniejszymi względem lasecznika wąglika. Na zasadzie więc powyższego należałoby w chorobach infekcyjnych, a zatem i w gorączce płożowej, dla podniesienia odporności naturalnej zwiększyć zasadowość krwi za pomocą dużych dawek środków alkalicznych. Tymczasem ogólnie utartym jest zwyczaj przepisywania w tych razach kwasów, przeważnie roztworu kwasu solnego. W piśmiennictwie lekarskiem nigdzie nie znalazłem wzmianki o stosowaniu środków alkalicznych w celu podniesienia naturalnej odporności. W prawdzie angielscy autorowie dawno już zalecają w zakażeniach

gośćowych duże dawki (20—40,0 p. die) natrium bicarbonicum, terapię tę stosują jednak nie w celu zwiększenia odporności, ale w celu zneutralizowania nadmierne wytwarzających się we krwi kwasów. Być może, iż dobre wyniki, otrzymane przez tych autorów, (Fuller) są w zależności od wzmoczenia naturalnej odporności. Do kwestyi omawianej wróć jeszcze w trzeciej części niniejszego odczytu, gdy mowa będzie o odkażaniu krwi i postaram się wyjaśnić, jak można wytłomaczyć stosunek, zachodzący między zasadowością krwi i naturalną odpornością.

Widzieliśmy, Sz. Pp., iż wzmoczenie przyrodzonej odporności jest bardzo ważnym czynnikiem w terapii gorączki płożowej. Chciałbym jeszcze w krótkich słowach pomówić o zwiększeniu odporności naturalnej w pierwotnym ognisku zakażenia.

Odporność ta, zdaniem Miecznikowa i innych, polega na tem, iż z chwilą pojawienia się infekcji, fagocyty, kierowane przez chemotaksę dodatnią, dążą do zagrożonego miejsca, staczają walkę z bakteriami, ażeby nie pozwolić im w głąb ustroju przeniknąć. Chemotaksą dodatnią nazwana została zdolność pewnych substancji wabienia ku sobie fagocytów. Otoż niektórzy autorowie sądzą, iż można zwiększyć tę miejscową odporność za pomocą szprycowań macicy pewnymi roztworami, które odznaczają się zdolnością przyciągania ku sobie leukocytów. Iwanow naprzykład, radzi w tym celu szprycować macicę fizyologicznym roztworem soli kuchennej. Większe, zdaje mi się, znaczenie dla podniesienia odporności pierwotnego ogniska posiadają duże dawki sporyszu. Wskutek skurczu macicy, jaki one wywołują, zmniejsza się jej wewnętrzna powierzchnia rezorbcyjna i jednocześnie zwiężają się przestrzenie limfatyczne i naczynia krwionośne, przez co bakterie nie tak łatwo dostają się do ustroju.

W tym celu większość akuszerów stosuje sporysz po każdym bez wyjątku porodzie, a niektórzy klinicyści utrzymują, iż dzięki temu zmniejszyła się liczba gorączkujących płożnic. Są jednak i przeciwnicy sporyszu. W. Schrader sądzi, iż skurcz macicy wywiera wręcz przeciwny skutek, to jest zwiększa wchłanianie się jadu. Zdanie swoje Schrader opiera na danych fizyologicznych, mianowicie, iż bieg limfy w mięśniu podczas spokoju zmniejsza się prawie do zera, gdy tymczasem podczas pracy znacznie się



większa. Otóż autor ten sądzi, iż, pobudzając mięsień maciczny do pracy, polegającej, podług niego, na peryodycznym skurczu i rozkurczu, tem samem przyspieszamy bieg limfy i zwiększamy przez to wchłanianie się jadu. Wychodząc z tego punktu widzenia, Schrader radzi zamiast sporyszu podawać chorym opium lub morfinę. Zdaniem mojem, Schrader nie uwzględnił jednej rzeczy, mianowicie tego, iż sporysz nie wywołuje peryodycznie zmieniającego się skurczu i rozkurczu mięśnia macicznego, jak to ma miejsce naprzykład podczas bólów porodowych, lecz wywołuje długotrwały skurcz macicy i stałe poniekąd zwężenie naczyń krwionośnych i limfatycznych. W tych warunkach wchłanianie jadu może się tylko zmniejszyć. Dla tego też uważam sporysz za dobry środek pomocniczy w terapii gorączki połogowej.

Co się tyczy środków narkotycznych, którymi wspomniany autor radzi zastąpić sporysz, to chciałbym zwrócić uwagę na doświadczenia. Cantacuzene'a, które wykazały, iż środki te w znacznym stopniu zmniejszają odporność z powodu paraliżującego działania, jakie na leukocyty wywierają. Niewiem, czy doświadczenia te zostały przez innych autorów potwierdzone. Jeżeli tak, to wynikałoby ztąd, iż podawanie środków narkotycznych w chorobach infekcyjnych należy ograniczyć do minimum.

Przechodzę do następnego kierunku w terapii gorączki połogowej, mającego na celu uwolnić macicę od zarazków. Przypuśćmy na razie, iż odpowiednie środki posiadamy. Zachodzi pytanie, czy odkażenie macicy prowadzi zawsze do usunięcia gorączki połogowej? Nie ulega wątpliwości, iż tylko na początku choroby, kiedy sprawa zakaźna nie przeszła jeszcze po za granice błony śluzowej, odkażenie macicy jest środkiem radykalnym przeciw gorączce połogowej, w późniejszym natomiast okresie, kiedy bakterye dostatecznie rozmnożyły się we krwi i sokach ustrojowych, skutek jego jest bardzo wątpliwy. A teraz rodzi się pytanie, czy posiadamy środki, za pomocą których mogliśmy doszczętnie odkażać macicę. Do osiągnięcia celu powyższego od dawna już dwiema dążono drogami: drogą nieoperacyjną za pomocą odkażenia macicy różnymi środkami chemicznymi i drogą operacyjną.

Co się tyczy pierwszego sposobu, to najczęściej w tym celu stosowanymi środkami są: kwas karbolowy, alkohol, lysol,

sublimat, jodoform; najwięcej rozpowszechnionym zabiegiem zaś jest przestrzykiwanie macicy, rzadszym względnie — pędzłowanie lub zakładanie do macicy tamponów, zmoczonych w odpowiednim środku odkażającym.

Przedewszystkiem zobaczmy, jak wielką jest siła odkażająca wyliczonych tu środków. Z doświadczeń Behringa, Gepperta i innych autorów, dokonanych w celu zbadania siły odkażającej różnych związków chemicznych, okazuje się, iż najpotężniejszym środkiem odkażającym jest sublimat. Ażeby jednak zabić gronkowce, które są najwięcej odporne ze wszystkich bakteryi chorobotwórczych, trzeba je poddać działaniu rozczynu sublimatowego 1:1000 w ciągu 3 — 5 godzi (Ottawiano, Pane,) dla zabicia paciorkowców w ciągu 15 minut (Lingelsheim). Daleko słabszą siłą odkażającą posiada karbol. Dla zabicia gronkowców niezbędnem okazuje się, podług Behringa, działanie 3%, dla zabicia paciorkowców 2% wody karbolowej w ciągu kilku minut. Siła odkażająca lysolu względem paciorkowców i gronkowców równa się, podług Lingelsheima, sile odkażającej karbolu. Doskonałym środkiem dezynfekcyjnym okazuje się alkohol, przytem najlepiej działa podług Epsteina 55%, który zabija gronkowce w ciągu 10 minut. Tę właściwość alkoholu Gruber i inni autorowie tłumaczą sobie w ten sposób, iż w 55% alkoholu komórki bakteryjne, dzięki zawartości w nim wody, pęcznieją, wskutek czego alkohol łatwiej wchodzi w bezpośrednie zetknięcie się z protoplazmą bakteryjną. Jodoform działa tylko w obecności produktów gnicia, wtedy bowiem rozczepia się na jod, który zabija bakterye gnilne. Względem paciorkowców i gronkowców, jak to wynika z doświadczeń Behringa, jodoform nie posiada żadnej siły odkażającej. Bardzo ważnym przytem jest fakt, że siła odkażająca danego środka tem większą jest, im wyższą jest  $T^0$ , do jakiej został ogrzany.

Widzimy z powyższego, iż dla zabicia gronkowców i paciorkowców niezbędne są dosyć silne rozczynty (3% woda karbolowa, 3% lysol, 1:1000 sublimatu), przytem odkażanie za pomocą dwóch pierwszych środków trwać winno co najmniej 5 minut za pomocą sublimatu od 3—5 godzin. Tu musimy zwrócić jeszcze uwagę na to, iż zupełnie co innego jest działać środkiem odkażającym na bakterye, zawieszzone na nitkach jedwabnych, jak to ma miejsce w doświadczeniach nad



siłą odkażającą różnych środków, a co innego na zakażoną błonę doczesną, której grubość w pierwszych dwóch dniach po porodzie dochodzi do 1 centymetra. W samej rzeczy, doświadczenia (robione wprawdzie nie na doczesnej, lecz na wątrobie, wyjętej myszom, zakażonym lasecznikiem wąglika) pokazały, iż środki odkażające po 5 minutowym działaniu na tkanę, przenikają nie głębiej, niż na 0,2 mm. Z tego więc wynika, iż odkażanie macicy za pomocą środków chemicznych jest niewystarczające. Jeżeli dodamy do tego, iż szprycowanie macicy środkami odkażającymi powoduje często zatrucie, to nie pozostanie nic, co by przemawiało na ich korzyść. To też słusznie większość akuszerów zabieg ten zarzuciła. Wielu jednak i dziś jeszcze zaleca szprycowanie macicy w wypadkach, w których zakażenie zależnem jest od bakterji gnilnych nie w celu odkażenia macicy, lecz w celu mechanicznego usunięcia martwych, tkanek, które są dobrem podłożem dla tych drobnoustrojów.

Pomijając już kwestyę, czy wszystkie martwe tkanki dadzą się w ten sposób usunąć, samo już wskazanie dla tego rodzaju szprycowań niema należytych punktów oparcia, ponieważ obraz kliniczny gorączki połogowej, wywołanej bakterjami ropotwórczymi i bakterjami gnilnymi—jest identyczny. Bywają lekkie formy zakażenia paciorkowcowego i ciężkie, śmiertelne postaci zakażenia gnilnego. Co się tyczy odkażenia macicy sposobem chirurgicznym, mianowicie usunięcia doczesnej za pomocą skrobania, to jedni akuszerowie (Braun, Borel, Doleris, Charrier, Pinard, Weis, La Torre) bardzo go zachwalają, inni (Fritsch, Collins, Fehling) ostrzegają przed nim, jako przed rękoczynem niebezpiecznym. Niebezpieczeństwo, jak twierdzą przeciwnicy skrobania, polega na tem, iż macica po porodzie jest krucha i dla tego łatwo można ją przedziurawić i że jednocześnie z doczesną usuwamy reakcyjny panacz ochronny, utworzony z leukocytów i komórek stałych, nie przepuszczający zarazków w głąb, wskutek czego ułatwiamy bakterjom wstęp do krwi i naczyń limfatycznych. Niektórzy dodają, iż doczesna niezawsze jest źródłem ogólnego zakażenia, dla tego zdarzyć się może, iż usuniemy zupełnie zdrową doczesną. Zarzuty te zostały z wielu stron należyście odparte. Macica w pierwszych dniach po porodzie nie jest tak krucha, ażeby skrobanie w tym okresie wykonane, było rękoczynem niebez-

piecznym (Fritsch), endometritis puerperalis jest prawie zawsze początkiem ogólnego zakażenia (Bumm, Krönig), zniszczenie zaś wału reakcyjnego, jaki natura w celu obrony utworzyła, nie może być przeciwwskazaniem dla wyłyżeczkowania, tak samo, jak nie jest przeciwwskazaniem dla tego rękoczynu przy zakażonych ranach chirurgicznych, inaczej bowiem musieliśmy wyprowadzić wniosek, iż rany zakażonej ruszać nie wolno, lecz zostawiać należy samowyleczeniu. Jeden tylko poważny zarzut można zrobić skrobaniu macicy, mianowicie ten, iż macica po porodzie jest duża, i że bardzo trudno usunąć w całości błonę doczesną. Nigdy nie można być pewnym, czy część jakaś nie pozostała. Dla tego też niektórzy autorowie radzą, ażeby w razie nieopadnięcia ciepłoty po pewnym czasie skrobanie powtórzyć. Na ostatnim kongresie ginekologicznym w Rzymie La Torre gorąco przemawiał za wyłyżeczkowaniem, które niejednokrotnie wykonywał z najlepszym wynikiem, powtarzając je w niektórych wypadkach po kilka razy. Na tegorocznym kongresie w Madrycie Doleris również zachwalał skrobanie i radził przystępować do niego po pierwszym podniesieniu się ciepłoty.

Jakkolwiek nie jestem zwolennikiem szablonowego stosowania łyżeczki w każdym przypadku gorączki połogowej, to jednak we wczesnym okresie choroby zwłaszcza, gdy dokładne badanie wnętrza macicy, którego nigdy nie opuszczam, wykazało choćby najmniejsze ślady łożyska, uważam skrobanie za jedyny racjonalny środek odkażenia macicy. Robiłem wyłyżeczkowanie w dwóch przypadkach z dobrym wynikiem. Poród w obydwóch przypadkach odbył się normalnie, łożysko odeszło samo. W pierwszym gorączka trwała dopiero dobę, w drugim bardzo ciężkim wypadku posocznicy trwała już 3 doby. Na operacyę w tym ostatnim wypadku zdecydowałem się pomimo dość długiego trwania gorączki z powodu wykrycia nieznacznych resztek łożyska, których palcem należyście usunąć nie mogłem. Gorączka po operacyi w tym wypadku spadła z 40° do 38,5 i pozostawała mniej więcej na tej wysokości jeszcze w ciągu 3 dni, co objaśniam sobie w ten sposób, iż po usunięciu pierwotnego ogniska zakażnego organizm musiał jeszcze walczyć z bakterjami, które zdążyły już przeniknąć do ustroju. Po skrobaniu macicy nie przemywam, lecz wypycham ją gazą jodoformową. Na zasa-



dzie otrzymanych dotychczas wyników nie można wydawać ostatecznego sądu. Jedni rękoczynem tym, jak mówiłem, są zachwyceni, innych spotkało rozczarowanie. Można przewidzieć, że i w przyszłości tak będzie. Skrobanie macicy, nawet we wczesnym okresie wykonane, nigdy nie będzie w stanie w każdym wypadku gorączki połogowej pożądanym skutkiem odnieść, ponieważ zakażenie zależnie od jadowitości bakterii może bardzo szybko przeniknąć do ustroju, a tego nigdy nie będziemy w stanie przewidzieć. Sądzę jednak, iż wyłyżeczkowanie, umiejętnie wykonane, ewentualnie nawet powtórzone, nie jednej chorej może życie uratować.

Ponieważ uwolnić macicę od zarazków jest rzeczą trudną, niektórzy akuszerowie, zwłaszcza amerykańscy, próbowali w gorączce połogowej wyluszczać całą macicę lub też część jej nadpochwową. I do tej operacji stosuje się to, cośmy mówili o skrobianiu macicy, mianowicie, iż należy wykonać ją jaknajwcześniej, kiedy zakażenie nie przeszło jeszcze po za granicę macicy. Wątpię jednak, czy ktokolwiek zdecyduje się w tym okresie choroby na tak poważną operację. To też wyluszczenia macicy robione były zazwyczaj w późniejszym okresie choroby, kiedy wszystkie inne środki nie pomagały, a wynik, jak można było oczekiwać, z wyjątkiem kilku pojedynczych przypadków, które być może skończyłyby się wyzdrowieniem bez operacji, zawsze był opłakany. Na ostatnim kongresie ginekologicznym prawie wszyscy mówcy przyszli do wniosku, iż wskazanie do amputacji macicy ograniczyć należy do wypadków, w których sprawa zakaźna koncentruje się w samym mięśniu macicznym, jako głęboko sięgająca zgorzel lub ropień macicy. Wypadki te jednak zdarzają się rzadko, a rozpoznanie ich jest bardzo trudne.

Gdy mowa o chirurgicznym leczeniu gorączki połogowej, wspomnieć należy o operacjach, mających na celu usunięcie wtórnych ognisk. W przypadkach gorączki połogowej, w przebiegu których występowało rozlane zapalenie otrzewnej, próbowano stłumić sprawę zakaźną za pomocą otwierania jamy brzusznej, odkażania jej i sączkowania; wynik jednak tej operacji okazał się ujemnym również dla tego, iż sprawa zakaźna zanadto już była posunięta, gdy do operacji przystępowano. W ostatnich czasach próbowano w ropnicy wycinać chore cząstki żył na-

siennych, które w pewnych przypadkach, jak to wykazują oględziny pośmiertne, są jedynym miejscem zakrzepów. Dotychczasowe jednak wyniki wcale nie są pocieszające. Usuwanie wtórnych ognisk ropnych ma rację bytu w tych tylko przypadkach, w których sprawa zakaźna została dzięki odporności organizmu umiejscowioną. Dając możliwość ropie wcześniej wydobyć się nazewnątrż, ułatwiamy pracę organizmowi, który musiałby sam drogę torować bądź przez powłoki brzuszne, bądź przez jelito lub pęcherz.

Widzieliśmy, Sz. Pp., iż wszystkie zabiegi nasze około usunięcia pierwotnego ogniska zakaźnego nietylko w późniejszym okresie gorączki połogowej, ale często i na początku choroby, rozbijają się wskutek tego, iż bakterie ropotwórcze niekiedy nadzwyczaj prędko przenikają do ustroju i zatrują go swojemi toksynami. Niekiedy chora dostaje rano dreszczy, a wieczorem umiera. W takich razach walka z pierwotnym ogniskiem jest bezcelową, dla tego też najidealniejszą terapią, jakiej świat lekarski z upragnieniem oczekuje, byłaby ta, któraby nam dała możliwość albo zabić bakterie, które wtargnęły do ustroju, albo też zneutralizować ich toksyny. Zanim jednak odpowiem na pytanie, co pod tym względem zostało już dokonane, a czego się spodziewać możemy, chciałbym rozpatrzyć, czy nie można ułatwić organizmowi walki z bakteriami i toksynami, wydalać część ich z ustroju za pomocą organów wydzielniczych. Jedni autorowie (Gärtner, Święcicki) radzą w tym celu zwiększyć diurezę i diaforezę, ażeby wydalili jaknajwięcej jadu przez nerki, skórę i gruczoły śliniankowe. Inni (Seyfert, Kleinwächter) radzą w tym celu wywołać obfite wypróżnienia. Zobaczmy, o ile pogląd taki jest uzasadniony. Niektórzy autorowie (Brunner) wprowadzili w pocie wykazali obecność gronkowców, ale jaką pewność mamy, że nie pochodziły one z powietrza? Również dowiedzionem nie zostało, aby można było wydalili bakterie ropotwórcze przez nerki: jedni autorowie (Jaksch) znaleźli w moczu drobnoustroje, podobne do paciorkowców, inni (Miecznikow, Metin) są zdania, iż nerki nie przepuszczają bakterii. Nie widzę również dostatecznych podstaw do sztucznego wywoływania rozwolnienia. Wprawdzie zdarzają się wypadki gorączki połogowej, w których przebiegu występuje rozwolnienie, i które pomimo to kończą się wyzdrowieniem, lecz nie moż-



na ztąd wysnuwać wniosku, iż wyzdrowienie nastąpiło dzięki rozwolnieniu. To też, większość autorów jest przeciwna stosowaniu bez ściślejszego wskazania środków przeczyszczających, ponieważ rozwolnienie wywołuje często pogorszenie stanu ogólnego. Widzimy więc, iż wydalenie bakterji i ich toksyn z ustroju przez organy wydzielnicze ani teoretycznie ani też praktycznie uzasadnionem nie jest. Zresztą, gdyby się nawet pokazało, iż tą drogą organizm może się pozbyć pewnej ilości jadu, to wątpię, czy wpłynie to na sprawę chorobową, pozostałe bowiem bakterje, o ile tylko są dostatecznie jadowitemi, wystarczą, ażeby zatruć organizm.

Zobaczymy teraz, czy posiadamy środki, które, wprowadzone do krwi, mogłyby przeciwdziałać zakażeniu. Środki takie powinnyby działać bakterjobjęzo lub przynajmniej paraliżować żywotność bakterji w kierunku rozmnażania się ich i produkowania toksyn, albo też powinny neutralizować same toksyny. Przedewszystkiem wróćmy jeszcze raz do środków odkażających chemicznych. Widzieliśmy, iż siła odkażająca ich względem gronkoców i paciorkoców nie jest zbyt wielka. Przytem okazało się, iż jest ona dla większości związków chemicznych zależną od środowiska, w którym bakterje te żyją, mianowicie, iż jest ona tem mniejszą, im więcej organicznych substancji, zwłaszcza im więcej ciał białkowych, zdolnych do krzepnięcia, w danym środowisku się znajduje. Jeżeli więc wprowadzamy pewien środek odkażający do krwi, to działa on na bakterje ropotwórcze znacznie słabiej, niż wówczas, gdyby bakterje te znajdowały się w wodnym roztworze lub w bulionie. Naprzykład dla zabicia paciorkoców w ciągu kwadransa w bulionie wystarcza podług Lingelsheima sublimatu w stosunku do podłoża 1:1500, w surowicy zaś krwi sublimat nawet w stosunku 1:1000 nie był w stanie zabić paciorkoców po 24 godzinach. Behring tłumaczy zjawisko to tem, iż białko, najprawdopodobniej globuliny, wiąże pewną ilość rtęci, robiąc ją niezdolną do odkażania. Ważniejszą jeszcze jest ta okoliczność, iż chemiczne środki bakterjobjęcze są jednocześnie trucizną dla komórek ustrojowych; mianowicie dawka, która w kilogramach surowicy krwi powstrzyma rozwój bakterji, jest prawie sześć razy większą od dawki śmiertelnej, obliczonej na kilogram królika; inaczej mówiąc, względna jadowitość środków odkażają-

cych dla ustroju naszego = 6. Z badań Behringa wypływa, iż tylko niewielka liczba środków chemicznych odznacza się nieco mniejszą jadowitością dla naszych komórek. Co się tyczy przeciwtoksycznego działania różnych związków chemicznych, to, jak się okazuje z badań Kitasato, toksyny są znacznie odporniejsze, niż same bakterje.

W celu odkażenia krwi i soków ustrojowych zalecane były w gorączce połogowej rozmaite związki chemiczne. Mad den zaleca duże dawki *Olx. terebinthinae* per os i per rectum. Stevens—wzrastające stopniowo dawki sublimatu per os, poczynając od 0,0015. Schabbel zaleca kalamel i unguentum cinereum. Mertens zachwala podskórne iniekcje kreosotu z kamforą aa 3 razy dziennie po jednej szprycy Pravatza; Aufrecht podskórne iniekcje chinini hydrochlorici, Kezmarszky śródżylnie iniekcje sublimatu, Credè wreszcie wprowadza do terapii różne związki srebra. Najwięcej zwolenników zyskały śródżylnie iniekcje sublimatu, a w ostatnich czasach—collargolu. Żylne iniekcje chloru rtęciowego stosowane były, zdaje się, najpierw przy przymiocie, z dobrym wynikiem. Próbowano również tych iniekcji przy innych infekcyjnych chorobach, jak przy szkarlatynie, dyfterycie (Jacobi), tężcu (Celli). W gorączce połogowej pierwszy stosował je Kezmarszky. Dwa opisane przez niego wypadki ciężkiego zakażenia zakończyły się pomyślnie jakoby dzięki tym iniekcjom, Kezmarszky zaczął od 1 mg. pro die i dochodził do 5 mg. Jednej chorej zrobił 10 iniekcji, drugiej 8. Pierwsza chora otrzymała w ten sposób 37 mg., druga 31 mg. U jednej z nich zjawił się lekki ślinotok, który po kilku dniach ustąpił, innych ubocznych objawów iniekcje te nie wywołały. W literaturze kazuistycznej nie wiele znalazłem wzmianek o stosowaniu iniekcji sublimatowych w gorączce połogowej, a w tych, jakie są opisane, wynik najczęściej okazał się ujemnym. Ciekawą więc jest rzeczą, czy dezynfekcja organizmu za pomocą sublimatu jest możliwą? Jako niebezpieczną dawkę dzienną podług farmakopei niemieckiej uważać należy 0,1 chloru rtęciowego, co wynosi na 60 kilogramów przeciętnej wagi człowieka 1:600,000. Przy takim stosunku nie tylko o zabiciu zajmujących nas bakterji, ale nawet o paraliżowaniu żywotności ich mowy być nie może. Ażeby powstrzymać rozmnażanie się paciorkoców w surowicy krwi niezbędnym jest,



podług Lingelsheima, sublimat 1:5000 w stosunku do podłoża. Z bardzo licznych eksperymentalnych doświadczeń Behringa i innych autorów okazuje się, iż zwierzęta, którym robiono injekcje sublimatu, zdychały daleko wcześniej, zanim można byłoby się spodziewać jakiegoś działania sublimatu przeciw zakażeniu. Przytem przyzwyczajając zwierzęta do stopniowo wzrastających dawek sublimatu, inaczej mówiąc—uodpornić je przeciwko działaniu sublimatu—okazuje się rzeczą niemożliwą. Przeciwnie, zwierzęta stają się coraz wrażliwszymi na działanie sublimatu.

W ostatnich latach do terapii gorączki płożowej wprowadzone zostało argenticum colloidalne Credégo, związek srebra, rozpuszczalny w wodzie. Środek ten stosowanym bywa w postaci 15% maści, w postaci śródżylnych injekcji 1% roztworu, a również per rectum (Loebl). W ostatnich czasach Credé otrzymał łatwiej rozpuszczalny collargol, co pozwala stosować silne roztwory w mniejszych dawkach, np. do injekcji żylnych wystarcza 1—2 szpryce Pravatz'a 5% roztworu. Zachęcony dobrymi wynikami, opisanymi przez niektórych autorów, zastosowałem collargol w 4 wypadkach gorączki płożowej, dwa razy w postaci maści i dwa razy w postaci żylnych injekcji 1% roztworu. W jednym przypadku zastrzyknąłem 25,0 w 2 razach, w drugim we wczesnym stosunkowo okresie choroby 50,0 w 3 razach, w żadnym jednak przypadku nie mogłem się dopatrzeć jakiegoś wpływu na przebieg choroby. Zobaczymy, jak się przedstawiają wyniki badań eksperymentalnych. Przedewszystkiem badania z hodowlami gronkowców i paciorkowców wykazały, iż siła odkażająca collargolu jest mniejsza od takowej sublimatu; 2% roztwór collargolu zabija gronkowce po 10 godzinach, dla powstrzymania zaś rozmnażania się paciorkowców w surowicy krwi niezbędnym okazuje się collargol 1:5000 w stosunku do podłoża, a więc w tym że stosunku, co i sublimat. Guindes i Belardschew robili injekcje żyłne collargolu zwierzętom, zakażonym hodowlami różnych bakterii, i nie widzieli najmniejszego wpływu na przebieg zakażenia. Autorowie ci stosowali collargol również u ludzi przy różnych infekcyjnych chorobach (szkarlatyna, tyfus, róża) i przychodzą do wniosku, iż collargol niewywiera żadnego odkażającego działania na ustrój, jest natomiast silną trucizną dla naszych komórek. K. Tromsdorf zastrzykiwał królikom zakażo-

nym znacznie większe dawki collargolu od tych, jakie stosowane są u ludzi, i również nie otrzymał wyników dodatnich. Z powyższego widzimy, że idea dezynfekcji krwi i soków ustrojowych za pomocą środków chemicznych dotychczas do celu nie doprowadziła. Przeszkodą na tej drodze jest względna jadowitość tych środków dla komórek naszych. Idea ta wtedy dopiero odnieść może zwycięstwo, jeżeli znajdziemy takie środki odkażające, których chemiczne powinowactwo względem protoplazmy bakteryjnej silniejszym będzie, niż względem protoplazmy komórek ustrojowych. Behring, który przedmiotowi temu dużo pracy poświęcił, nie uważa idei tej za niewykonalną, upatrując pewien przebłysk nadziei w istnieniu związków chemicznych, należących do kategorii barwników, odznaczających się daleko większą siłą odkażającą od powszechnie używanych środków dezynfekcyjnych, ale przedstawiających jednocześnie specyficzne poniekąd jady dla pewnych bakterii. Zieleń malachitowa naprzykład pod względem siły bakterjobójczej znacznie przewyższa sublimat i różni się od niego tem, iż nie działa jednakowo na wszystkie bakterie, lecz jest specyficznym jadem dla bakterii wąglika, na które działa 100 razy silniej, niż na inne bakterie. Fakt, iż w naturze istnieją związki odkażające, które posiadają względem protoplazmy jednego gatunku daleko silniejsze powinowactwo chemiczne, niż względem protoplazmy innego gatunku, pozwala przypuszczać, że idea dezynfekcji ustroju doczeka się z czasem urzeczywistnienia.

Mówiąc o środkach, mających na celu podniesienie odporności naturalnej, wspominałem również o zasadowości krwi.

Doświadczenia eksperymentalne, jak mówiłem, wykazały, iż zwierzęta, którym podawano duże ilości środków alkalicznych, stały się przez to odporniejszymi. Ciekawą jest rzeczą, na czem polega stosunek, zachodzący między alkalicznością krwi i naturalną odpornością. Zdaje mi się, iż mamy tu również do czynienia do pewnego stopnia z odkażaniem ustroju. Być może, zwiększając zasadowość krwi, stwarzamy mniej pomyślne warunki dla rozwoju bakterii, środki bowiem alkaliczne należą do rzędu słabo odkażających środków. Chciałbym wspomnieć jeszcze o jednym środku, który, jak wykazały doświadczenia, dokonane przez niektórych autorów, (Geret) posiada jakoby pewne własności bakterjobójcze, mianowicie o bez-



wodnych drożdżach piwnych. Niewiem, czy środek ten stosowany był w gorączce pługowej, gdyż wzmianki o tem nigdzie nie znalazłem, ale wyniki otrzymane przy innych zakażeniach paciorkowcowych (przy szkarlatynie, ospie, róży) były podobno dodatnie.

Przechodzę wreszcie do najnowszej zdobyczy terapii, mianowicie do leczenia gorączki pługowej surowicą przeciwpaciorkowcową. Dobre wyniki otrzymane za pomocą surowicy przeciwdyfterytycznej były bodźcem do szukania na tej drodze środka, działającego przeciwko zakażeniu paciorkowcowemu. Na samym jednak początku natrafiono na nieprzewidywaną do dziś przeszkodę, mianowicie: ani z pożywki, ani też z ciała bakteryjnego nie można otrzymać istotnej toksyny paciorkowcowej, która by po wprowadzeniu do ustroju, wywołała zatrucie, identyczne z zatruciem, wywołanem przez paciorkowce. Te toksyny, jakie różni autorowie dotychczas otrzymali, (Schenk, Parascandolo, Aronson, Marmorek, Sommerfeld) są zbyt słabe na to, ażeby miały stanowić jedyną przyczynę jadowitości paciorkowców. Sądzę, Sz. Pp., iż to jest głównym punktem ciężkości w całej seroterapii zakażenia paciorkowcowego. Do póki prawdziwy jad paciorkowcowy poznanym nie będzie—dopóty seroterapia zakażenia paciorkowcowego na chwiejnych opierać się będzie podstawach, jak to do ostatniej chwili się dzieje. Jakkolwiek bowiem paciorkowce różnią się od tak zwanych bakterii toksycznych tem, iż rozmnażają się w samym ustroju, zdaje się jednak, że i w zakażeniu paciorkowcowem rdzeń sprawy zakaźnej tkwi w zatruciu organizmu toksynami.

Z braku istotnej toksyny paciorkowcowej, za pomocą której możnaby otrzymać surowicę antytoksyczną, neutralizującą toksyny na wzór przeciwdyfterytycznej, starano się otrzymać surowicę bakteryobójczą, która działałaby zabójczo na same paciorkowce. W tym celu zaczęto uodparniać zwierzęta samymi hodowlami paciorkowców. Uodpornione w ten sposób konie i osły dostarczały surowicy, która miała posiadać własności bakteryobójcze. Marmorek był pierwszym, który swoistą surowicę otrzymał. Dla nadania surowicy jaknajwiększej siły leczniczej Marmorek uodparniał zwierzęta możliwie najjadowitszymi hodowlami. W tym celu chorobotwórcze dla człowieka paciorkowce przeprowadzał przez ustroj niższych zwierząt. Surowicę Marmorka

zaczęto powszechnie stosować w różnych zakażeniach paciorkowcowych, zwłaszcza w gorączce pługowej. Wkrótce jednak przekonano się, iż nie odpowiadała ona pokładanym w niej nadziejom. Niezbyt pomyślne wyniki, otrzymane za pomocą surowicy Marmorka, wpłynęły na to, iż poczęto doszukiwać się przyczyny tego zjawiska. Eksperymentalne doświadczenia dokonane przez wielu autorów (Courmont, Denys, Leclef, Van der Velde) nad działaniem surowicy Marmorka przeciw różnym zakażeniom paciorkowcowym przekonały, iż surowica Marmorka posiada moc swoją tylko przeciw zakażeniu, jakie wywołują paciorkowce Marmorka, nie wywiera natomiast wpływu na zakażenia, wywołane innemi paciorkowcami. Spostrzeżenia te wpłynęły z jednej strony na to, iż zaczęto upatrywać w paciorkowcach, otrzymanych z różnych zakażeń paciorkowcowych, różne odmiany; z drugiej strony, iż zaczęto uodparniać zwierzęta mieszaniną odmian paciorkowców. Surowicę taką pierwsi otrzymali Denys i Leclef w instytucie w Louvain z Belgii i nazwali ją wielowartościową (polyvalens).

Metoda szczepienia paciorkowcami różnego pochodzenia najwięcej ma zwolenników. Nawet niektórzy w pośród tych autorów, którzy w gruncie rzeczy są za identycznością wszystkich paciorkowców, jak Marmorek i Bujwid, uodparniają konie mieszaniną paciorkowców, wychodząc z tego punktu widzenia, iż paciorkowce, jakkolwiek identyczne, różnić się mogą pod względem jadowitości. Zupełnie innego zdania jest Aronson, który przypisuje znaczenie nie tyle uodparnianiu mieszaniną paciorkowców, ile możliwie silnemu uodparnianiu jakimkolwiek bardzo jadowitym paciorkowcem. Tą drogą udało się Aronsonowi otrzymać surowicę przeciwpaciorkowcową, która działała na wszelkie paciorkowce. W ten sposób autor ten obalił po części pogląd co do różnorodności paciorkowców. Inni wreszcie autorowie (Petruschky, Tafel, Moser, Menzer) sądzą, iż dla otrzymania surowicy, która by działała na paciorkowce człowieka, należy uodparniać zwierzęta paciorkowcami, wyhodowanymi świeżo z ustroju ludzkiego, nie zwiększając ich jadowitości za pomocą przeprowadzenia przez ustroj zwierzęcy, gdyż paciorkowce tracą przez to swój pierwotny charakter, a surowica tą drogą otrzymana nie może działać na paciorkowce ludzkie. Zdanie swoje autorowie ci opierają na tem, iż najjadowitsze dla naszych zwierząt paciorkowce



nie działają na człowieka i na odwrót. Petruschky szczepił osobnikom rakowatym bardzo jadowite dla królików hodowle paciorkowców w dużych dawkach—bez najmniejszego wyniku.

Zanim przejdę do praktycznych wyników, otrzymanych w gorączce połogowej za pomocą seróterapii, chciałbym zwrócić uwagę, iż w tych przypadkach, które wywołane zostały gronkowcami lub innymi bakteriami, najlepsza nawet surowica przeciwpaciorkowcowa skutku nie odniesie. Należałoby przeto, właściwie mówiąc, w każdym przypadku gorączki połogowej poddać krew ścisłemu badaniu bakteriologicznemu i stosować odpowiednią surowicę. Badanie to jednak zajmuje zbyt dużo czasu i w praktyce najczęściej trudnym jest do przeprowadzenia, zresztą—nie posiadamy swoistej surowicy przeciw zakażeniu gronkowcami. Robione w tym kierunku próby (Viguerat, Petersen) nie doprowadziły dotychczas do celu. Z drugiej strony—wiemy, iż gorączka połogowa najczęściej jest zakażeniem paciorkowcem, posiadając więc tylko skuteczną surowicę przeciwpaciorkowcowa, otrzymalibyśmy duży procent wyzdrowień.

A teraz zobaczymy, jak się przedstawiają otrzymane dotychczas wyniki. Najbardziej rozpowszechnioną do ostatnich czasów była surowica wielowartościowa Marmorka. Literatura kazuistyczna leczenia gorączki połogowej surowicą Marmorka liczy już setki spostrzeżeń. Przeważna ilość autorów odzywa się niekorzystnie o tej surowicy, a niemieccy lekarze dawno już usunęli ją z terapii gorączki połogowej. Ja stosowałem tę surowicę 2 razy z wynikiem ujemnym. Nie o wiele lepsze są wyniki otrzymane za pomocą wielowartościowej surowicy Denys'a i Leclef'a. Jednowartościowa surowica Aronsona stosowana była przeważnie przy szkarlatynie, a również i w gorączce połogowej, lecz także powodzenia nie doznała. Nieco korzystniej brzmią odezwy o najnowszej wielowartościowej surowicy Mosera, różniące się, jak mówiłem, od innych tem, iż sporządzoną została z paciorkowców, wyhodowanych świeżo z człowieka. Nie, wiem jakie wyniki daje surowica ta w gorączce połogowej, gdyż nigdzie wzmianki o tem nie znalazłem, wyniki zaś otrzymane przez Eschericha przy szkarlatynie, są rzeczywiście zachęcające. Escherich stosował surowicę Mosera w 84 przypadkach ciężkiej szkarlatyny. Z tych przypadków, w których surowica stosowana była w pierw-

szych 2 dniach choroby, żaden nie skończył się śmiercią; w tych zaś przypadkach, gdzie surowica stosowana była w późniejszym okresie choroby, śmiertelność wzrastała stopniowo w miarę tego, im później surowica była zastrzyknięta. We wszystkich jednak przypadkach, mówi Escherich, ogólny stan chorych się poprawiał, a objawy nerwowe zniknęły. Spostrzeżenia te, uważam jednak, za niewystarczające, ażeby można było na ich zasadzie mówić o skuteczności tej surowicy.

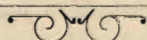
Na czem polega istota działania surowicy przeciwpaciorkowcowej? Według jednych (Miecznikow i jego szkoła) polega ona na wzmożeniu fagocytozy, według innych (Lingelsheim)—na paraliżowaniu żywotności bakterii, wskutek czego te ostatnie albo wolniej się rozmnażają, albo też stają się mniej jadowitemi. Po zastrzyknięciu więc chociażby najlepiej działającej surowicy lwia część pracy musi wiać się na siebie ustroj człowieka on sam walczyć musi z paciorkowcami. Zupełnie inaczej rzecz się przedstawia z surowicami antytoksycznymi. Dostarczają one ustrojowi gotowych antytoksyn, które neutralizują jad bakteryjny. Dla tego też zdaje mi się, iż surowice antibakteryjne niemają tych widoków na przyszłość, co surowice antytoksyczne. Badania Marmorka, robione ostatnio nad toksynami paciorkowców, przekonały go, iż można znacznie zwiększyć produkcję toksyny w hodowlach za pomocą specjalnego podłoża. Surowica, otrzymana za pomocą toksyny jednego paciorkowca, neutralizowała toksyny różnych paciorkowców. Doświadczenia zaś Aronsona wykazały, że surowica taka uodparniała przeciw zakażeniu mało jadowitemi hodowlami paciorkowców. Być może więc, iż na tej drodze z ulepszeniem bakterjotoksykologicznej techniki uda się w przyszłości otrzymać pożądaną surowicę.

Jeżeli jeszcze raz rzucimy okiem na wszystkie zdobycze terapii w walce z gorączką połogową, stwierdzić musimy, iż dotychczas wiele działać przeciwko chorobie tej nie możemy. Głównem staraniem naszym pozostaje zwiększenie naturalnej odporności organizmu za pomocą odpowiednich środków dyetetyczno-hygienicznych. Niemalą pomoc okazać mogą niektóre środki i zabiegi, wywołujące obronną hyperleukocytozę. Ze środków zaś, mających na celu usunięcie pierwotnego ogniska, ma—podług mnie—pewną rację bytu wyłączenie, które, będąc wcze-



śnie zastosowane, może niejedno życie uratować. Lecz celem odczytu mego było nie tyle wykazanie otrzymanych dotychczas wyników, ile przedstawienie w całej rozciągłości walki naszej przeciw zakażeniu połogowemu, pokazanie tych dróg, jakimi śmiało kroczy terapia tuż zwycięztwu.

Jeżeli z otrzymanych dotychczas wyników bardzo pochwalić się niemożemy, to jednak przyznać musimy, iż coraz więcej zbliżamy się do poznania tajemnicy zakażenia paciorkowcowego; spodziewać się więc należy, iż w niedalekiej przyszłości w walce z gorączką połogową lepiej będziemy uzbrojeni.



## O częstości jaglicy wśród robotników fabrycznych m. Łodzi i o środkach walki z nią.

Podał Dr. M. Likiernik.

Jaglica jest chorobą częstą a zarazem jest najważniejszą przyczyną ślepoty.

Podług danych zebranych przez ruchomy oddział okulistyczny m. Kalwaryi, gub. Suwalskiej, w r. 1903 r. — na 2990 chor. okazało się 30,6% jaglicowych. Nieuleczalną ślepotę w 82 przyp. (34,1%) spowodowała jaglica; w 17,5% — ospa.\*) Obie te przyczyny prawie — że nie istnieją w krajach o wysokiej cywilizacji.

Względna częstość choroby określa się przez oznaczenie ilości chorych, np. na jaglicę, na 1000 chorych na oczy wogóle. Jest to cyfra nieściśła, ale narazie najłatwiej dostępna. Na Łódź określono ją na 116‰. Moje własne notatki wykazują za dawniejsze lata 145‰; jeżeli wezmę w rachubę jedynie księgi ambulatorium ocznego szpitala Poznańskich, to otrzymam cyfrę: 300‰. Dla Warszawy obliczono tę cyfrę na 124‰; dla Moskwy: 24—40‰; Petersburga: 96‰; Rostowa: 60‰; Rewla 146‰; Dorpatu: 180—350‰. (Comptes Rendus du XII Congr. Internat. 1897 p. 78.)

Cyfra względnej częstości jaglicy nie daje u nas miary niebezpieczeństwa, grożącego społeczeństwu. Albowiem na jaglicę leczą się u nas pewne warstwy społeczne (służba, robotnicy, wogóle ubodzy) tylko wtedy, kiedy ich wzrok już poważnie jest zagrożony. W okresie mniej przykrych objawów chorzy się nie leczą

i bezkarnie szerzą zarazę. Rzeczą niewątpliwie ważną jest obliczenie, jaką odsetkę ludzi pozornie zdrowych dają u nas chorzy na jaglicę.

Wiedząc z doświadczenia, że robotnik tylko w ostateczności poddaje się leczeniu, które przerwałoby mu pracę, że więc liczba leczących się na jaglicę niejest wcale wyrazem rozpowszechnienia się tego cierpienia — od wielu lat badam zdrowych pozornie na oczy robotników przy wstąpieniu ich do fabryki. Przy tem badaniu cierpienia łącznicy znalazłem:

Na 2419 robot. fabr. obojej płci:

217 razy Trachoma = 8,97‰.

281 razy chron. cierp. łączn. (wraz z Conj. follic. = 11,5‰).

Na 715 ob. płci robotników inteligentniejszych (wykwalifikowanych.):

35 razy Trachoma = 4,89‰.

92 razy chron. kat. łączn. (wraz z Conj. follic. = 12,74‰).

Razem:

Na 3134 robot. fabr. — 6,88‰ Trachoma, 12,18‰ chron. cierp. łącznicy (wraz z Conj. follic.).

Więc na 100,000 rob. fabr. obojej płci 6880 cierpi na zaraźliwą chorobę oczów. Nie wiedzą one nic o grożącym złąd niebezpieczeństwie dla rodzin i domowników.

Wśród chorych, u których rozpoznałem chron. cierp. łącznicy i Conj. follic. jest — mojem zdaniem — wielu mających początki jaglicy, o niedosyć wybitnie wyrażonych objawach.

Jak powinien postąpić lekarz fabryczny z robotnikiem zgłaszającym się do fabryki, jeśli na jego łącznicy znajdzie objawy jaglicy?

Niektórzy lekarze odmawiają takim robotnikom wstępu do fabryki w obawie zarażenia zdrowych robotników. Takie postępowanie jest racjonalnem, jeśli chodzi o stałe współzycie (w ochronach, domach sierot, koszarach). Ale tak postępując wobec robotników, nie biorąc pod uwagę siły wzroku, której osłabienie mogłoby być związane z niebezpieczeństwem dla samego chorego, wyrządza się krzywdę. Albowiem: 1-o sprawa chorobowa może wyleczyć się samoistnie, o czem niejednokrotnie przekonać się mogłem; 2-o uniemożliwiając robotnikowi zarobkowanie, pośrednio przyczyniamy się do szerzenia jaglicy w rodzinie (nędza); 3-o jaglica jest chorobą ogniska domowego (ręczniki, szmaty, miski, woda, palce, poduszki), a nie sali fabrycznej.

Lekarz fabryczny ma obowiązek zwrócenia uwagi na niebezpieczeństwo grożą-

\*) Wiestn. Oftalm. Lipiec—Paźdz. 1903.



ce choremu, rodzinie, domownikom; powinien go przestrzedz o możności utraty wzroku w razie nieleczenia się w porę; powinien zaakcentować brak odpowiedzialności fabrykanta w razie pogorszenia się cierpienia; wreszcie, powinien *żądać*, żeby chory na jaglicę robotnik *leczył się sumiennie i systematycznie*. Kontrolę wykonania tego ostatniego zalecenia lekarz fabryczny sobie zachowuje, zastrzegając sobie prawo usunięcia opornego robotnika z fabryki, do której tylko pod tym warunkiem przyjął go.

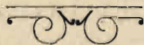
Taka walka z jaglicą będzie możebna jeśli ułatwimy ją przez:

1) utworzenie ambulatoryów ocznych dla robotników, *ambulatoryów czynnych w godzinach i w dniach wolnych od pracy*.

2) ufundowanie w szpitalach fabrycznych *specjalnych łóżek dla jaglicowych*.

Kiedy przed dwudziestu i pięciu, z górą, laty osiadłem tu jako pierwszy okulista, lekko sobie jaglicę ważyłem; nie pociągało mnie i nie zaciekało cierpienie, które niedawało pola do pracy myślowej, ani przy rozpoznaniu, ani przy leczeniu.

Dziś inaczej sędzę. Za pierwszy obowiązek okulisty w naszym kraju uważam walkę z jaglicą.



## Spostrzeżenia z praktyki.

### Przyczynę do leczenia płonicy surowicą swoistą.

Podał Dr. St. Budziński (Żychlin).

Dnia 9 Grudnia r. b. zostałem wezwany wieczorem do chorego dziecka p.p. Tsch., gdzie zastałem zrozpaczoną matkę nad łóżkiem jedyne go syna.

Wywiady wykazały, co następuje:

Eryk Tsch., lat 5 wieku, wątłej budowy i słabego odżywiania, przebył pomysłnie przed ośmioma miesiącami błonicę gardzieli (zastrzyknięto 2000 jednostek surowicy swoistej); przed czterema zaś miesiącami chorował na żółtaczkę niezbytową. Obecna choroba zaczęła się dnia 7 Grudnia, w południe, nagle wśród silnych dreszczów i wymiot gorączką, dochodzącą do 40°, bólem gardła, obfitą na tułowiu wysypką, o szkarłatnem zabarwieniu. Wieczorem ciepłota przekroczyła 40°, w nocy wystąpiło bredzenie. W dniu następnym, 8 Grudnia, ciepłota ranna: 39,8°, wieczorna: 40,2°. Dnia 9 Grudnia rano: 40,3°.

Przy badaniu, 9 Grudnia, wieczorem, t. j. trzeciego dnia choroby, znalazłem: Dziecko niespokojne, bredzi. Ciepłota 40,5°.

Na tułowiu i kończynach wysypka plamista bardzo obfita, o zabarwieniu szkarłatnem wpadającym w kolor niebieski, siny. Gruczoły podszczękowe obrzmiały; w gardzieli, na migdałach i łukach podniebnych lekki żółtobiały wysięk. Tętno szybkie, do 165 uderzeń na minutę, o słabem napięciu.

Miałem tedy do czynienia z bardzo ciężkim przypadkiem płonicy. Zastosowałem leczenie objawowe, ponieważ nie jestem zwolennikiem stosowania zabiegów wodoleczniczych w płonicy. Wiedząc jednak, jak małą korzyść przynoszą te środki objawowe, i mając przed sobą tak bez nadzieiny przypadek, w obec którego czułem się zupełnie bezbronny, postanowiłem zastosować leczenie surowicą. Wstrzyknąłem tedy po północy w okolicę ściany brzusznej trzydzieści centymetrow sześciennych surowicy przeciwploniczej prof. Bujwida z Krakowa; do wewnątrz zaleciłem piżmo.

Dnia 10 Grudnia. Ciepłota ranna 39°, tętno 140, silniejsze; chory jest przytomny; wieczorem ciepłota 38°,1; tętno 120, bolesność znaczna w miejscach wstrzyknięcia.

Dnia 11. XII. Ciepłota ranna 38°,6; wieczorna 40°,1; tętno 140. Zastrzyknąłem dwadzieścia cent. sześć. surowicy swoistej.

Dnia 12. XII. Ciepłota ranna 39°,0; wieczorna 38°,8. tętno 120. Stan ogólny lepszy; wysypka zbladła; w gardzieli naloty bardzo nieznaczne.

Dnia 13. XII. Ciepłota ranna 38°,4; wieczorna 38°,6; tętno 120; stan ogólny lepszy; w gardle tylko przekrwienie.

Dnia 14. XII. Ciepłota ranna 38°,2; wieczorna 38°,1; tętno 120, Obrzęki na twarzy, szyi i kończynach; białkomoczu niema.

Dnia 15. XII. Ciepłota ranna: 38°,2; wieczorna: 39°,2; tętno 120; obrzęki zmniejszają się.

Dnia 16 XII. rano: 38°,5; wieczorem 39°,3. Ogólny stan bez zmiany.

Dnia 17. XII. rano: 38°,4; wieczorem 39°,0. Stan bez miany.

Dnia 18. XII. rano: 38°,2; wieczorem: 38°,5. Tętno 100. Ogólne polepszenie; ślady obrzęków tylko na szyi.

Dnia 19. XII. rano: 37°,5; wieczorem 38°,2. Stopniowe polepszenie.

Dnia 20. XII. rano: 37°,4; wieczorem: 38°,0;

Dnia 21. XII. rano: 36°,4; wieczorem: 38°,0;



Dnia 22. XII. rano: 36°,6; wieczorem: 37°,1; powrót do zdrowia zupełny; wyraźne łuszczenie.

Dnia 23. XII. Ciepłota ranna: 36°,8; wieczorem: 37°,0.

Nie ulega wątpliwości, że omawiany przypadek należał do ciężkich, czego dowodzi:

1-o burzliwy początek choroby: wymioty, ból głowy, wysypka obfita, sina; obrzmienie gruczołów podszczękowych; zajęcie gardzieli; zajęcie sensorii, drobne tętno, dochodzi do 165 uderzeń na minutę.

2-o gorączka odrazu wysoka, przekraczająca 40°, trwająca przez dni piętnaście.

2-o powikłanie 1-go tygodnia choroby w postaci obrzęków.

Zastosowana surowica ziszcila położone w niej nadzieje; spadek gorączki, wzmocnienie tętna, poprawa samopoczucia — po każdym z dwu wstrzyknięć, były wyraźne w danym przypadku.

Ponieważ niema danych, by ten lek szkodę przynosił, należy go dalej próbować.

Przyznać się muszę, że nie miałem odwagi wstrzyknąć odrazu 50 ctm. sześć. surowicy, jak radzi kol. Malinowski\*), wobec mego niodoświadczenia i oporu otoczenia; lecz mam pewne prawo wnosić, że ta ilość, odrazu wstrzyknięta, mogłaby prędsze sprowadzić działanie lecznicze.

Surowica, o której mowa, ma dziś braki poważne, a tymi są:

1-o niewiadoma liczba jednostek ochronnych, zawarta w jednym centymetrze sześciennym;

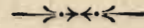
2-o potrzeba wstrzyknięcia aż 50 ctm. sześć. płynu;

3-o wysoka jej cena, która w detalicznej, resp. aptecznej, sprzedaży wynosi do dziesięciu rubli za 50 ctm. sześć.

Spodziewać się należy, że te braki wkrótce usunięte zostaną, a szczególniej wysoce kłopotliwą ceną, która, jak cena surowicy przeciwbłoniczej, jako nieobjęta taksa aptekarską, pozostawiana jest obecnie uznaniu pp. aptekarzy. Dość powiedzieć, że surowica przeciwbłonicza D-ra Palmirskiego w cenie 75 kop. za 1000 jednostek sprzedawana jest w większości aptek na prowincyi po 1 rub. 30 kop. i wyżej!

Wprawdzie, każdy z nas lekarzy może posiadać u siebie zapas surowic i udo-

stępnie ogłowi ich nabywanie—jest to jednak z wielu względów dla obu stron nie dogodne.



## Niewyzyskana droga szerzenia zasad higieny wśród ludu.

Podał Dr. Stanisław Skalski (Tuszyn\*).

Niewiadomemi i nieznanemi nam drogami a ścieżkami szerzy się wśród otaczającego nas ludu oświata, wywołując coroczny lubo niewielki przyrost umięjęcych czytać.

Obowiązkiem naszym jest wyzyskiwać tę umięjętność czytania w celu szerzenia wśród ogółu naukowych poglądów na chorobę i jej leczenie, na drogi, po jakich się szerzy, na środki wreszcie zapobiegawcze, które stosując, potrafiemy niedopuszczyć choroby do nas samych i otoczenia.

Wszelkie drogi, prowadzące ku powyżej wskazanemu celowi, winny być przez każdego, kto chce mieć prawo do zawołania z Orkanem „Ukochałem lud biedny ponad miarę“, wyszukane i wyzyskane. Obowiązek ten cięży i na nas lekarzach, a że go odczuwamy—dowodem szeregi broszur, popularnie przedstawiających pewne cierpienie, że przytoczę choćby prace Sterlinga, Grodeckiego i wielu innych; dowodem odczyty dla ludu wygłaszane tu i owdzie przez wiernych owemu hasłu; dowodem—wykłady higieny prowadzone w szkołach początkowych. Zdaje się, że wyliczyłem wszystko, co można zapisać na nasze dobro, a do zrobienia dużo jeszcze pozostaje. Wszak dotąd znachor wraz z rozmaitego rodzaju partaczami zajmuje tak obronę stanowisko, zabezpieczone nietylko przez brak odnośnych artykułów prawa karzącego za naigrwanie się z nauki i wiedzy, ale i przez ciemnotę naszych klas niższych, że drwi sobie niemal z nas, praktykując tuż pod naszym bokiem nietylko na wsi, ale nawet w mieście, ba! w takim mieście, jak Łódź.

Do szeregu prac, czekających na pracowników, zaliczyłbym w pierwszym niemal rzędzie rozpowszechnienie wskazówek dla chorych i otoczenia, co do zachowania się w czasie choroby i w okresie zdrowienia.

\*) Rzecz czytana na posiedzeniu Łódzkiego Oddziału Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego d. 21 grudnia 1903 roku.



Początek w tym kierunku zrobiła u nas sekcya higieniczna Płockiego Towarzystwa Lekarskiego, wydając swoje wskazówki „Jak karmić niemowlęta“, któreśmy widzieli i kupowali na Kwietniowym Zjeździe Hygienicznym w Warszawie. Jest to już coś, ale w porównaniu z tem, co robią inni—aż nazbyt mało.

Potrzebie tej, wytworzonej przez życie samo, starają się zadość uczynić nasi koledzy na wschodzie, wydając swoje wskazówki, na których wzorowano i płockie wydawnictwo. Wskazówek tych wydawanych przez komisję ku szerzeniu znajomości zasad higieny wśród ludu przy Towarzystwie Lekarskiem imienia Pirogowa, wyszło dotąd 11; niektóre przetrwały już ogniwą próbę 4 wydania, wszystkie zaś mają parę wspólnych cech: przystępność wykładu, zewnętrzną formę i taniść.

Czterdzieści kopiejek za 100 sztuk wskazówek wydrukowanych na jednej stronie dużego arkusza, to chyba tanio; to też wskazówki te ma i mieć może u siebie każdy lekarz-praktyk i szerzyć je wśród ludu bez uszczerbku dla kieszeni.

Sądzę, że rozpowszechnienie zasadniczych poglądów na choroby i ich istotę zrobiłoby pokaźny krok naprzód, gdybyśmy posiadali i szerzyli takie wydawnictwa.

Jedyny zarzut, jakibym im dzisiaj zrobił, to zewnętrzna forma. Każdy z nas niewątpliwie zna chatę włościańską, wie, że o czystości—do ostatnich przynajmniej czasów—mowy tam być nie może, to też owe arkusze przeznaczone przypuszczalnie do przybicia na ścianie wkrótce mogłyby się stać nie do odczytania. Wobec tego jestem zdania, że dla naszych przynajmniej warunków odpowiedniejszą byłoby formą drukowanie wskazówek czy przepisów na kartkach tekturki, w formacie obrazków z książek do nabożeństwa. Nieliczna najczęściej biblioteka naszego chłopca zawiera z pewnością dwie trzy książki do nabożeństwa, do niej też należy dopasować nasze wskazówki, w niej mogą one leżeć. Wprawdzie, drukując owe przepisy na kartach tektury napotykam nową trudność, konieczną bowiem jest rzeczą czytelność owych przepisów a więc duży druk, ale i temu możnaby zaradzić, drukując przepisy na złożonej napół tekturce, w rodzaju karty pocztowej z odpowiedzią opłaconą\*).

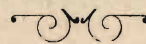
\*) Proponowana przezemnie postać przepisów

Przechodząc do treści owych wydawnictw, pragnąłbym, aby prócz ścisłych i treściwych wyjaśnień o chorobie zawierały nadto wskazówki, co ma robić ich otoczenie z osobnikiem, który zapadł na pewną chorobę. Dajmy na to, że chory był już u lekarza; prócz pewnych środków leczniczych choremu polecono zachowanie odpowiedniej diety, lekarz wskazał, co i jak robić z odchodami i t. p. Niech otoczenie chorego znajdzie to wszystko na kartce, którą dostanie od doktora. Wprawdzie lekarz to wszystko powie, ale aż nazbyt często i prędko ustne polecenia wywietrzeją z głów ludzi pochłoniętych obawą o życie chorego.

Spotka mnie może zarzut, że takie wskazówki łatwo wypisze lekarz w każdym poszczególnym przypadku; pamiętajmy jednak o tem, że, pisząc *ex tempore*, często to lub owo opuścić możemy,—o ileż łatwiej, będzie na gotowej karcie coś dopisać; dalej, nie zapominajmy i o tem, że nasze pisanie lekarskie, które poniekąd weszło już w przysłowie („buzgrze jak prawdziwy doktor“) nie każdy chłop odczyta, a wreszcie—chodzi mi i o czas.

Każdy niemal z nas uskarża się na brak czasu, pocóż te nieliczne wolniejsze chwile używać na zrobienie tego, co ktoś inny może lepiej i dokładniej zrobić potrafi.

Streszczając wszystko, com powiedział, pragnę, by nasz Oddział lubo sam, lubo wespół z Warszawską swą Macierzą, powołał do życia jakąś komisję, któraby się zajęła wypracowaniem szeregu przepisów o zachowaniu się chorego i otoczenia w najbardziej rozpowszechnionych chorobach, jak dur brzuszny, płonica, zapalenie płuc, odra, róża, błonica, świerzba, jaglica i. t. d., aby przepisy te zostały wydrukowane na kartach tekturowych, wzory wraz z ceną rozesłane do lekarzy, a ręczyć niemal mogę, że przy najniższych nawet cenach te kartki nietylko się rozjeżdżą, ale nawet dadzą wydawcy pewien zysk, który można będzie użyć na wydanie następujących wskazówek.



jest praktyczniejsza i od formy książkowej, gdzieby czytelnik mógł znaleźć więcej szczegółów, z: względu na taniść, wzgląd w masowych wydawnictwach nader doniosły. Książeczki żaden chłop nie rzuci w ogień po skończonej chorobie, kartę, gdy mu się to poleci, spali bez żalu.



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

Podał Dr. E. Sonnenberg.

(Dalszy ciąg)

### VI.

#### *Usterki lekarskie w przypadkach nagłych.*

**Treść:** Pomoc lekarska w przypadkach nagłych. Nacisk okoliczności wyjątkowych. Trudności orientowania się. Okoliczności usprawiedliwiające popełnioną omyłkę.

Przebiegliśmy rozmaite uchybienia lekarza wskutek nieostrożności popełniane; widzieliśmy różne stopnie winy oraz jej odcienie. Jaki, na przykład, wielki przedział dzieli winę owego lekarza, który za pomocą kuli rewolwerowej pragnął leczyć stężenie stawu od winy lekarza, któremu się kawałek lapisu oderwał lub od winy tego, co idąc za przewodem Kocha, wstrzykiwał choremu tuberkulinę! Istnieją jednak inne jeszcze kategorie uchybień, popełnianych niechcący: jeszcze niższe stopnie nieostrożności.

Przedstawmy sobie, że lekarza wezwano do przypadku nagłego, na przykład, do otrucia, krwotoku, duszności i t. p., kiedy życie chorego jest poważnie zagrożone, a każda chwila jest droga. Świadomość rosnącego niebezpieczeństwa i potrzeby szybkiej decyzji, gorączkowe oczekiwania otaczających, widok męczarni, wybitej na twarzy pacjenta — wszystko to zmusza lekarza do pośpiechu i w pośpiechu stosuje zabieg, jaki pierwsza myśl mu nasuwa. Lecz oto pomoc, dajmy na to, okazuje się nie odpowiednia, akcja ratunkowa — chybiona. Po chwili, gdy nieco ochłonął, lekarz pojmuje, że źle postąpił, że miał sposoby ocalenia racjonalniejsze i pewniejsze, lecz już jest po niewczasie i cofnąć tego, co się stało nie można!

Naturalnie, że w podobnych razach wiele zależy od okoliczności przypadku i lekarza nie zawsze można za nierozważny krok bezwzględnie potępić. Przy należytem zastanowieniu się lekarz znalazłby, może, sposoby odwrócenia niebezpieczeństwa, lecz w wyjątkowym położeniu, wobec przerażenia osób, otaczających chorego, i wzruszenia, jakie się udziela jemu samemu, kiedy czas nagli, a trzeba przejść do czynu, często niema poprostu czasu na rozważę, na dobieranie środków, słowem: lekarz może nie zdobyć się ani na krok najwłaściwszy, ani na niezbędną przezorność, gdyż może nie być panem położenia. Czyż trzeba bliżej tłumaczyć,

że wobec podobnej presji, podczas największego napięcia władz umysłowych nie zawsze można trzeźwo rozumować i zachować chłodną rozwagę. W podobnym nerwowym niepokoju, kiedy odczute wrażenia wytrącają człowieka z równowagi, pamięć może zawieść, najlepsza myśl na razie odbiedz może i omylić się łatwo.

Owe więc ograniczenie możliwości namysłu i skupienia uwagi przez powody naglące wywarte oraz ów podkład duchowy, o jakim wzmiankowaliśmy, stanowią okoliczności uwzględniające i usprawiedliwiające słabość i niezaradność, jakiej uledeć może istota z krwi i ciała ludzkiego, a więc i lekarz.

### VII.

#### *Przypadek.*

**Treść:** Śmierć chorego podczas umiejętnie i ostrożnie dokonanego chloroformowania. Zejścia śmiertelne zależne od zastrzykniętej surowicy przeciwbłoniczej, kokainy i t. p. Zasłona, pokrywająca przyczynę tych zdarzeń. Dlaczego zaliczamy podobne wypadki do rubryki zdarzeń losowych? Stanowisko lekarza wobec podobnych zdarzeń.

W poprzednim rozdziale omówiliśmy usterki, jakie zdarzyć się mogą podczas niesienia pomocy lekarskiej w wypadkach nagłych i wykazaliśmy, iż nie każdy nierozważny krok w podobnych sytuacjach daje się podciągać pod jedną miarę winy.

Lecz oto istnieje cały szereg zdarzeń, kiedy z działania stosownego wynika nieprzewidziany skutek, przeciwny zamierzonemu, lecz od lekarza zupełnie niezależny.

W innym miejscu wzmiankowaliśmy, na przykład, o śmierci chorego podczas chloroformowania, wykonanego ze znajomością rzeczy i przy zachowaniu wszelkich środków ostrożności. Wypadki tego rodzaju zdarzają się wprawdzie względnie rzadko, stanowią jednak, według obliczeń statystycznych, jedno zejście śmiertelne na 2900—3000 chloroformowań\*), według innych obliczeń przypada nawet jedno zejście śmiertelne na tysiąc przypadków chloroformowania. Tu związek przyczynowy między śmiercią na stole operacyjnym a przedsięwziętą przez lekarza czynnością istnieje bezsprzecznie, lecz jakie wchodzi w grę czynniki, czem jest zdarzenie to co do swej natury, co się składa w podobnych wypadkach na niepomyślny obrót rzeczy, — w tej mierze nauka jeszcze nie wypowiedziała ostatniego słowa. Są to zdarzenia, które należą do ciemnych jej

\*) Dr. Albert Moll: „Aerztliche Ethik. Die Pflichten des Arztes in allen Beziehungen seiner Thätigkeit.“ Stuttgart. 1902. S 240.



stron i których szczegóły są nam nieznane.

Prócz zejść śmiertelnych podczas chloformowania na rubrykę tych zdarzeń składają się i inne zabiegi lecznicze. Istnieje, na przykład, kazuistyka przypadków nagłej śmierci po zastrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej. Są notowane przypadki nagłej śmierci po zastrzyknięciu zwykłych dawek kokainy... Opisywano zejścia śmiertelne po zażyciu małych dawek kreozotu...

We wszystkich cytowanych zdarzeniach wykluczoną była nieczystość przetworów lub instrumentu, a zabieg dokonywany był dłonią umiętną.

To cośmy wyliczyli bynajmniej rubryki omawianej nie wyczerpuje. Wiemy, jak doskonale dzieci znoszą, na przykład, kalomel. Zdarzało się, że przez pomyłkę dzieci zażywały bez złych skutków i kilka naraz gramów kalomelu, a jednocześnie notowano przypadki, kiedy nadzwyczaj małe dawki tego przetworu wywoływały u nich bardzo ciężkie zaburzenia przewodzenia pokarmowego, z całkowitym obrazem zatrucia rtęciowego. Kühner, na przykład, opisuje przypadek z jego własnej praktyki, kiedy dziecko zmarło po zażyciu 0,1 kalomelu. Śmierć od bardzo małych dawek kalomelu opisuje też Bonnewyn i inni. Sposrzegano śmiertelne zejścia u dzieci po zażyciu połowy grama soli kuchennej itd. itd.\*)

Wszędzie w powyższych zdarzeniach czyn lekarza pociągał za sobą niepożądaną skuteczną, lecz ten skutek nie mógł być przez niego przewidziany: lekarz nie mógł wiedzieć, że napotka tak odmienną i niezwykle oddziaływanie ustroju chorego na lek, jaki stosuje codziennie.

Takie zejścia śmiertelne należą do szeregu zdarzeń, które pomimo całej ludzkiej przeczności przewidziane być nie mogą i które pomimo dokładania jaknajwiększej staranności i oględności ze strony lekarza nie mogą być odwrócone. Są to niespodzianki, których przy naszych zabiegach leczniczych nigdy napewno wyłączyć nie możemy. Jest to dzieło przypadku, trafu, za który lekarz odpowiadać nie może.

### VIII.

#### *Zacieranie się granicy między przypadkiem a nieostrożnością i nieumiejętnością.*

Treść: Zdarzenie prof. Esmarcha. Inny przykład zacierania się granicy między przypadkiem i nieostrożnością. Przypadek nieszczęśliwy a postęp nauki.

Między dziełem przypadku, o jakim dopiero mówiliśmy, a nieostrożnością lub nieumiejętnością granica nie zawsze jest wyraźna.

Profesor Esmarch, z Kielu, badając chorego z tętniakiem, dotknął się był palcami ścianek tętniaka, tak jak to się zwykle czyni przy rozpoznawaniu cierpienia; nagle chory dostał połowicznego porażenia i zmarł. Sekcyja wyjaśniła, że dotknięcie tętniaka spowodowało obszerny zakrzep obwodowych gałązek naczyń. A więc chory zmarł wskutek zwyczajnego badania tętniaka palcami t. j. wskutek ręko-czynu niezbędnego przy rozpoznawaniu podobnej sprawy i poniósł śmierć nie z rąk nieoględnego lekarza, lecz rąk tak biegłego i słynnego chirurga!\*)

Idźmy dalej.

Nieraz się zdarza, że plan leczniczy może być najroztropniej ułożony, a jednak w najdalszych swych konsekwencyach, których przewidzieć nie można, wypada na niekorzyść chorego.

Żywo to uwydatnia następujący przykład.

Pewien lekarz wziął słowo od nałogowego morfinisty, że morfinę będzie nabywał stale w jednej i tej samej aptece. Uczynił to w interesie swego klienta, który był zarazem jego przyjacielem. Pragnąc go od nałogu stopniowo odzwyczaić, umówił się z aptekarzem, iż ten będzie wydawał coraz to mniejsze dawki morfiny bez względu, że na sygnaturce pozostanie wysoka dawka narkotyku. Przez długi czas wszystko szło według ułożonego planu: chory przyjmował codziennie małą ilość morfiny i ani podejrzewał postępu ze strony lekarza, czuł się znakomicie, a lekarz zacierał ręce z zadowolenia. Aż oto pewnego razu pacjent zmuszony był w interesie wyjechać do pobliskiego miasta. Będąc poza domem, gdy morfiny zabrakło, wstąpił do jednej z aptek i, przedstawivszy sygnaturkę, zażądał wydania mu lekarstwa. W aptece wydano, niestety, lek w koncentracji takiej, jaka była na sygnaturce zaznaczona i chory, od dłuższego już czasu odzwyczajony od morfiny, po zażyciu dużej dawki, zmarł, otruty.\*\*)

Rozpatrując przypadki nagłej śmierci podczas chloformowania, po zastrzykiwaniu surowicy przeciwbłoniczej, kokainy i t. p., wzmiankowaliśmy, iż przyczyna zgonu, w podobnych wypadkach nie

\*) Dr. E. Albert: Diagnostik der chirurgischen Krankheiten 1882. S 64.

\*\*) „Врачъ“ 1899 стр. 1903.

\*) Kuehner 1, c. S 55.



jest nam znana i że śmierć kładziemy tu na karb prostego przypadku, ponieważ zdarza się wbrew wszelkim przewidywaniom, pomimo przestrzegania największej oględności. Rzecz jednak jasna, że z chwilą, kiedy uchyli się zasłona, która dziś pokrywa tę zagadkę i nasze sposoby przewidywania możliwości takich zejść śmiertelnych będą doskonalsze, wypadnie zrobić wyłom w tym punkcie, zwolnić podobne zdarzenia od szaty przypadkowości i zaliczyć je raczej do kategorii uchybień, popełnianych przez nieostrożność lub nieumiejętność.

Do niedawna, na przykład, można było zaliczyć do kategorii zdarzeń losowych śmierć po nephrektomji, w przypadku, kiedy wyluszczonej została jedyna nerka i kiedy chirurg nie mógł wiedzieć, że chory wogóle tylko jedną nerkę posiadał. Lecz dziś, gdy stwierdzanie takiej nieprawidłowości przy pomocy ureteroskopji jest znacznie łatwiejszem, usunięcie jedynej nerki, można zależnie od przypadku, wciągnąć do rubryki błędów i uchybień technicznych.

Słowem — to co jeszcze wczoraj uważaliśmy za rzecz trafu, przypadku, dziś, wobec nowych zdobyczy naukowych, może być zaliczone do czynów nieostrożnych lub nieumiejętnych.

## IX.

### *Trudności napotykane przy wykazaniu faktycznej strony uchybienia lekarskiego.*

**T r e ś ć:** Trudności, wynikające z przyczyny nieustalenia wartości wielu środków i zabiegów leczniczych. Trudności z powodu niejednakowego oddziaływania wielu osób na jeden i ten sam lek. Brak ciągłości między dwoma momentami cierpienia i postępowanie dowodowe. Trudności w odtwarzaniu chwili minioniej. Przykłady.

W poprzednich rozdziałach usiłowaliśmy wyświecić istotę uchybienia lekarza. Nasze dociekania w tym kierunku oparliśmy na konieczności istnienia dwóch składników winy: na istnieniu związku przyczynowego między tem, co zrobił lekarz, a tem, co nastąpiło, oraz na możności przewidywania złych następstw zabiegu leczniczego. Teoretyczne nasze wywody popieraliśmy przykładami i widzieliśmy, że nawet teoretycznie nie zawsze można rozgraniczyć winę od braku winy.

O ileż trudniej bywa uczynić to w wielu wypadkach dochodzeń sądowych!

Wykazanie związku przyczynowego między wynikiem leczenia a zabiegiem zastosowanym przez lekarza, jest rzeczą nieraz wprost niemożliwą.

Jedną z przyczyn tego jest fakt, że wartość wielu zabiegów leczniczych nie jest jeszcze ustaloną. Widzieliśmy, jak zmienne i chwiejne są poglądy w sprawie, na przykład, działania wysokoku przy gorączkowych cierpieniach, jak nieustalone są opinie w kwestyi, czy samą sprawę gorączkową należy zwalczać, czy też nie należy i t. p. Wobec więc braku wielu praw stałych w lecznictwie, wobec wielu faktów, wymykających się z pod ścisłej oceny, jakże często jest rzeczą niepodobną w wypadku dochodzenia sądowego niezachwianie twierdzić, iż dany środek, a nie co innego, spowodował niepożądany skutek.

Trudności piętrzą się jeszcze bardziej, jeśli zwrócić uwagę na właściwość, napatykana u bardzo wielu osób, polegająca na tem, że inaczej oddziałują na zwykłe zabiegi i leki. U niektórych ludzi zwykła dawka chininy wywołuje wykwit na skórze, antypyryna — obrzęki, rtęć — wybroczyny krwawe itd. Są osoby, u których nieznaczna, a czasem najnieznaczniejsza rana wywołuje krwotok, którego zatrzymać nie jesteśmy w stanie. Przedstawmy więc sobie, że pacjentowi z usposobieniem do krwawienia, o czem ani pacjent nie miał sposobności się przekonać, a tembardziej lekarz nie wie, wypadła dokonać jakiej operacji, na przykład, usunięcia polipów nosowych, kruszenia kamieni i t. p. Lekarz wykonywa lege artis operację, aż tu nagle następuje silne krwawienie. Operator znów lege artis usiłuje je zatrzymać, ale chory umiera. W wypadku więc skargi do sądu, gdy otoczenie chorego nie wiedziało, że zmarły miał usposobienie do krwotoków, trudno rozstrzygać, co mamy przed sobą, czy złe dokonany zabieg chirurgiczny czy śmierć z powodu hemofilii.

Do szeregu trudności w wykazaniu związku przyczynowego między działaniem lekarza a pogorszeniem cierpienia przybywa jeszcze fakt, że chorobowe zjawiska, prócz innych znamion, noszą na sobie ślady czasu.

Objasnię rzecz bliżej.

W sprawach chorobowych, jak wiemy, dostrzegamy brak ciągłości między rozmaitymi momentami cierpienia, choroba bowiem ustawicznie podlega zmianie, wciąż inny przybierając wygląd. Otóż wobec ustawicznej zmiany oblicza choroby jest trudno, a nieraz nawet niepodobna, z dzisiejszego stanu rzeczy wnioskować, co wczoraj było uzasadnione. Lekarz, powiedzmy, przepisuje choremu le-



karstwo; po jednym lub dwóch dniach zażywania leku w stanie chorego następuje pogorszenie lub chory umiera. W wypadku więc, gdy zachodzi potrzeba wykazania, czy lekarz źle leczył, należy wyosobnić to, co sztucznie zostało wywołane przez lek, od tego, co, być może, było wynikiem kapryśnego przebiegu cierpienia. Prawda, sytuacja nieraz następcza rozwiązanie w sposób łatwy. Zdarza się to wówczas, kiedy moment, który analizujemy, został utrwalony: lekarz, na przykład, nie zestawiał lub źle zestawiał złamane części kości, kości się źle zrosły i to pozostało widoczne.

O takim utrwaleniu momentu, na przykład, nieostrożności lekarza, poucza między innymi następujący przykład.

Na oddziale tyfusowym szpitala w Melbourne; leżał chory. W okresie zdrowienia powstały w kilku miejscach ropnie; ropnie w szpitalu przecięto i po pewnym czasie chorego ze szpitala wypisano. Wkrótce u konwalesenta powstał nowy ropień, udał się on do prywatnej lecznicy, gdzie ropień również przecięto. Gdy jednak miejsce operowane czas dłuższy się nie zablizniało, zniecierpliwiony chory udał się znów do szpitala i tu, po bliższym zbadaniu, znaleziono pod nawpół zabliznioną skórą — 3 cale drenu. Chory zaskarżył lecznicę i żądał 500 f. s. odszkodowania za nieostrożne leczenie. Trybunał zasądził na rzecz powoda 20 f. s. od lecznicy\*.)

Przykłady jednak takiego utrwalenia skutków usterki technicznej lub nieostrożności lekarza nie są częste. Natomiast życie stawia przed nami zadania, kiedy wyosobnienie usterki lekarskiej jest rzeczą nader zawiłą. Nieraz jest wprost niemożliwe ze splotów zdarzeń odsłonić z zupełną ścisłością i wykazać, że to, co uczynił lekarz jest właśnie owym błędem, owym ogniwem w łańcuchu sprawy chorobowej, które nadało cierpieniu nieoczekiwany kierunek.

Brak ciągłości między dwoma momentami cierpienia stanowi trudny szkopuł nie tylko w sprawie wyosobnienia tego, co zrzucił lekarz od tego, co się stało pod naciskiem wypadkowej warunków innych, lecz także i wówczas, gdy chodzi o rozstrzygnięcie, czy popełniona została pomyłka rozpoznawcza.

Zilustrujmy to na żywym przykładzie.

W Liverpool'u doznał ktoś uszkodzeń górnej kończyny. Wezwano lekarza i pod obserwacją tegoż zranione miejsce się zablizniło. Pacjentowi zdawało się jednak, że wyzdrowienie było niezupełne; zasięgnął porady innego chirurga. Ten po obejrzeniu kończyny zapewnił, że kość jest złamana i że należy leczenie rozpocząć nanowo i zupełnie inaczej je przeprowadzić, a mianowicie, że należy wykonać nowe złamanie. Chory się zgodził i po wyzdrowieniu wniósł skargę na chirurga, który go poprzednio leczył, roszcząc pretensje cywilne w wysokości 250 f. s. oraz zapłacenie kosztów sądowych.\*)

W powyższem zdarzeniu sprawa, o której mieli wypowiedzieć opinie biegli, nie była bardzo jasna, dowody bowiem, że w samej rzeczy było złamanie kości, nie istniały, drugi bowiem chirurg mógł tak samo niepotrzebnie dokonać sztucznego złamania, jak pierwszy chirurg przeczyć złamaniu. Słowem — interwencja drugiego operatora zatarła wszystko. Sąd, wobec braku dowodów winy, oskarżonego od odpowiedzialności uwolnił.

A oto inny przykład.

Do pewnej osoby, która spadła z roweru, wezwano chirurga. Chirurg stwierdził zwichnięcie ramienia i zwichnięte części zestawiał. Chory, nie widząc wyraźnej poprawy, wezwał po pewnym czasie innego lekarza. Przybyły, po obejrzeniu uszkodzonego miejsca, zaopiniował, że ma do czynienia ze złamaniem szyjki chirurgicznej ramienia i poczynił odpowiednie zarządzenia lecznicze. Minęło kilka miesięcy. Chory zasięgał kolejno opinii jeszcze dwóch lekarzy; z tych jeden w uszkodzonym miejscu nie nienormalnego nie znalazł, drugi natomiast, do którego pacjent się udał w ośm miesięcy po wypadku, skonstatował mięsak kości ramiennej i kończynę choremu odjął. Pacjent, zgryziony fatalnym wynikiem, przypisywał wszystko złemu rozpoznaniu uszkodzenia na samym początku, zaraz po wypadku. Główną urazę żywił do chirurga, który przyjął rzecz za złamanie szyjki i najdłużej go obserwował. Boyd, tak bowiem się nazywał chirurg, do którego chory skierował swe pretensje, został pociągnięty do odpowiedzialności sądowej. Zbudowano przeciwko niemu akt oskarżenia, iż przez nieumiejętne rozpoznanie uszkodzenia naraził chorego na długie cierpienie oraz kalectwo. Było to w Anglii. Odjętą kończy-

\*) The Lancet 13/VIII 1895.

\*) The Lancet 11/IV 1896 (ref. „Bparr“ № 15 1896).



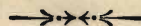
nę dano do zbadania anatomo-patologicznego, przyczem mięsak został stanowczo stwierdzony. Co zaś dotyczyło pytania, czy szyjka ramienia istotnie uległa złamaniu, nie można było naturalnie w tej mierze wypowiedzieć nic stanowczego, ponieważ kość była najzupełniej przez nowotwór zniekształcona: szyjka mogła zarówno nie być złamana, jak i przeciwnie, mogła uleść złamaniu, lecz złamane kości mogły się znów zrosnąć, o czem wobec zatarcia i zamaskowania wszelkich śladów przez późniejszy rozwój nowotworu, wnioskować było niepodobna. Zresztą, mogło być i inaczej. W chwili, gdy nastąpiło uszkodzenie, ewent. złamanie, nowotwór mógł już istnieć, lecz znajdował się w stanie ukrytym, a więc do stwierdzenia niemożliwym. I to jeszcze rzeczy nie wyczerpuje. Wiadomo, że wszelki uraz może dać początek nowotworowi. Mogło to być i w danym wypadku: złamanie mogło faktycznie istnieć i pociągnąć za sobą powstanie guza. Sąd, wzięwszy opinie biegłych pod uwagę, jak i okoliczność, iż B. widział chorego tylko czas pewien, dalszego bowiem przebiegu cierpienia już nie obserwował, oskarżonego uniewinnił\*).

Zestawienie powyższych przykładów zaczerpniętych z życia, ilustruje wymow-

\*) The Lancet 1898 12/II.

nie, jakimi trudnościami jest najeżone odtwarzanie chwili minionej, gdy wszystko nieraz wymyka się z pod sądu,— jak trudno bywa twierdzić z pewnością, co jest, a co nie jest zgodne z faktycznym stanem rzeczy i ujmować rozrzucone w rozmaitych dobach choroby, zupełnie lub po części zatarte już rysy, w jedną całość. Z punktów oddzielnych, z rysów poszczególnych, słowem z zebranego sądownie materiału, bywa często niepodobniestwem odtworzyć przedmiotowy obraz, odbudować tło chwili, poddać krytyce postępowanie lekarza, a nadewszystko bardzo trudno dociec prawdy faktycznej.

(d. c. n.)



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

(Dalszy ciąg)

W myśl ostatniego postulatu Towarzystwo lekarskie lubelskie na dorocznym posiedzeniu swoim w dniu 4 lipca 1903 r. uchwaliło:

*Zobowiązać wszystkich swoich członków do stosowania środków farmaceutycznych i opatrunkowych nieniemieckich za pomocą oznaczenia na receptach nazwy fabryki, po nazwie środka, według niżej przytoczonego spisu:*

#### SPIS № 1.

NAZWA ŚRODKA	Nazwa fabryki	NAZWA ŚRODKA	Nazwa fabryki
Acidum benzoicum	Buchet	Arhénalum	Salle
Acidum salicylicum	Krell	Aristolum	Buchet
Acidum sulfuric. pur.	Pabianice	Aspirinum	Manduk
Acidum tannicum	Buchet	Atropinum sulfuricum	Roche
Acidum tartaricum	Częstochowa	Balsamum peruvianicum	Janousek
Adrenalinum	Davis	Balsamum toltanum	"
Aether aceticus	Pruszków	Benzonaphtolum	Lyon
Aether sulfuricus	Częstochowa	Betolum	"
Aether sulfur. pro anaesth.	Lyon	Bismuthum salicylicum	"
Agaricinum	Buchet	Bismuthum subgallicum (Deumatolum)	Manduk
Airolum	Manduk	Bismuthum subnitricum	Lyon
Aluminium sulfuric.	Motor	Bromæthylum	"
Ammonium bromatum	Roques	Calcium carbonicum pur.	Wilno
Ammonium chloratum	Motor	Camphora	Roques
Ammonium sulphoichtyolicum sive „Litholum“	Pabianice	Cerium oxalicum	Roche
Ammonium valerianicum	Motor	Chininum muriaticum	Salle
Amylenum hydratum	"	Chininum sulfuric. pur.	"
Amylium nitrosom	"	Chininum tannicum	Buchet
Antifebrinum	Krell	Chininum valerianicum	Salle
Antinervinum	Schlieren	Chloræthylum	Lyon
Antipyrinum	Lyon	Chloroformium	Lambiotte
Antipyrinum amygdalicum (Tussolum)	Buchet	Chrysarobinum	Buchet
Antipyrinum coffeino-citric. (Migracinum)	Manduk	Cocainum muriaticum	Roche
Apomorphinum muriaticum	Roques	Codeinum purum, muriatic.	"
		Codeinum phosphoricum	"
		Coffeinum natro-benzoicum	"



NAZWA ŚRODKA	Nazwa fabryki	NAZWA ŚRODKA	Nazwa fabryki
Coffeinum natro-salicylic	Roche	Migraeninum	Manduk
Coffeinum citricum	Buchet	Morphium muriaticum	Salle
Cuprum aluminatum	Motor	Naphtalinum purissim.	Motor
Cuprum sulfuricum pur.	"	Beta-Naphtolum	Buchet
Dermatolum	Manduk	Natrium bicarbonicum	Wilno
Dioninum hydrochloricum	Roques	Natrium bromatum	Roques
Ergotinum	Motor	Natrium cacodylicum	Salle
Eucaium hydrochloric.	Roche	Natrium carbon. pur.	Motor
Euchinium	Buchet	Natrium iodatum	Roques
Extracta omnia	Motor	Natrium salicylic.	Lyon
Ferratinum	Buchet	Natrium sulfuric.	Motor
Ferra praeparata omnia	Motor	Olea aetherea omnia	Janousek
Ferrum hydrogenio reduct.	"	Oleum cacao	"
Formalinum	Krell	Orexinum hydrochlor.	Buchet
Guajacolum	Lambiotte	Papainum	Roche
Guajacolum carbonicum	"	Peptonum siccum	"
Haematogenum liquidum	Gessner	Pertussinum	Bukoński
Hedonalum	Buchet	Phenaectinum	Roche
Heroinum muriaticum	"	Physostigminum salic.	Buchet
Hydrargyrum iodatum	Motor	Pilocarpinum muriat.	Salle
Hydrargyrum oxydatum	"	Pilocarpinum nitric.	"
Hydrochinonum purum	Lyon	Piperazinum	Buchet
Hydrogenium hyperoxydat.	Motor	Plumbum aceticum	Motor
Hypnolum	Lyon	Protargolum	Buchet
Hypnonum	"	Resorcinum puriss.	Lyon
Ichthalbinum	Roche	Saccharinum	"
Ichtharganum	"	Saccharum lactis	Buchet
Ichthyolum	"	Salipyrinum	Manduk
Jodipinum	Roques	Salolum	Lyon
Jodoformium	"	Santoninum	Buchet
Jodolum	"	Sparteinum sulfuric.	[,,
Jodum purum	"	Stibium sulfurat. aur.	Roche
Kalium aceticum	Roche	Strontium bromatum	Roques
Kalium arsenicosum	Buchet	Strychninum nitricum	Roche
Kalium bichromicum	Kijewski	Sulfonalum	"
Kalium bromatum	Roques	Sulfur depuratum	Motor
Kalium cacodylicum	Salle	Tannalbinum	Manduk
Kalium carbonicum purum	Motor	Tannigenum	Wolfenoberger
Kalium hypermanganicum	Lyon	Tannoformium	Manduk
Kalium iodatum	Roques	Tartarus boraxatus	Buchet
Kalium nitricum purum	Wilno	Tartarus depuratus	Wilno
Kalium sulfuratum	Motor	Tartarus stibiatus	"
Kalium tartaricum	Buchet	Terpinum hydratum	Roques
Kreosotum carbonicum	Lambiotte	Terpinolum	"
Kreosotum fagi	"	Thiobismuthum	Lyon
Lactanium	Lyon	Thiocolum	Manduk
Lactopheninum	Roche	Thioformium	Roche
Lecithinum	Clin	Thiolum	"
Liganinum	Motor	Thymolum	"
Liquor ferri albuminati	"	Trionalum	"
Liquor ferri iodati	"	Trioxymethylenum	Lyon
Liquor mangano-ferri peptonati	"	Tussolum	Buchet
Lithium iodatum	Roques	Urethanum	"
Magnesia carbonica	Buchet	Urotropinum	Roche
Magnesia sulfurica pura	Kijewski	Veratrinum	"
Mentholum	Janousek	Xeroformium	"
Methylalum	Lyon	Zincum sulfuricum	Wilno
Methylen-blau	"		
Methylum chloratum	"	Wata hygroskopijna	Bartkiewicz a
Methylum salicylicum	"		

Objaśnienie nazw fabryk: (patrz powyżej: A d r e s y f a b r y k)

U w a g a: Wzór recept: Rp. Natri salicylici Lyon 1.0 D. t. d. S...; Rp. Tannalbin Manduk 0.5; Codeini puri Roche 0.01 M. f. p. D. t. d. S..., etc.

Środki, nie wymienione w spisie powyższym, zostaną uwzględnione w spisach późniejszych.

Uchwała Towarzystwa lekarskiego lubelskiego w powyższej postaci została wydrukowaną i rozesłaną lekarzom i aptekom gubernii lubelskiej, Towarzystwom lekarskim i farmaceutycznym, Redakcyom czasopism lekarskich i wielu pojedynczym lekarzom wolnopraktykującym z proś-



bą o poparcie usiłowań naszego Towarzystwa ku złamaniu niczem nieusprawiedliwionego monopolu niemieckiego w naszym handlu lekarskim\*).

## DZIAŁ II.

### Wody mineralne naturalne.

Opracował Dr. Stefan Rudzki.

Opracowując powierzony mi dział wód mineralnych naturalnych, zacząłem od zebrania danych cyfrowych o tem, jakie wody mają u nas największy popyt. Zwróciłem się w tym celu do wszystkich lubelskich aptek i składów aptecznych z prośbą o zakomunikowanie mi, ile butelek jakich wód mineralnych sprzedano w roku 1902-im. Żądane wykazy zostały dostarczone przez wszystkich pp. aptekarzy i składników, podany więc poniżej spis zawiera całość wód mineralnych naturalnych, zużytkowanych w 1902-im roku w Lublinie (a poczęści i w gub. Lubelskiej). Okazuje się tedy, że sprzedano w Lublinie w ciągu jednego roku 25,803 buteleki wód, a mianowicie (w porządku zstępującym): Vichy—3837, Ems—3046, Karlsbad—2356, Szczawnica—1781, Kissingen—1403, Marienbad—1317, Narzan—1205, Salvator—1021, Borzom—945, Iwonicz—798, Hunyady János—755, Franz Joseph—578, Wiesbaden—538, Fachingen—481, Levico—457, Soden—447, Krynica—446, Morszyn—421, Contrexéville—387, Rymanów—279, Vittel—379, Giesshübl—352, Wildungen—313, Obersalzbrunn—310, Franzensbad—257, Selters—192, Mergentheim—150, Püllnau—149, Srebrenica-Guberquelle—146, Bilin—141, Zegiestów—136, Homburg—123, Roncegno—108, Essentuki—78, Apenta—67, Apollinaris—65, Ursus—60, Tarasp—45, Friedrichshall—43, Salzschlirf—35, Mitterbad—28, Gleichenberg—20, Busko—8.

Obliczając w odsetkach ilość butelek, sprzedanych z każdego kraju, otrzymamy następujące dane: najczęściej sprzedano wód austriackich (czeskich, węgierskich, tyrolskich), mianowicie 7797 butelek czyli 30%; trochę tylko mniej zużyto wód niemieckich: 7146 butelek = 28%; dalej idą wody francuskie: 4603 butelek = 18%; po nich dopiero następują wody polskie: 4029 butelek = 15,5% i wreszcie kaukaskich wód

zużyto 2228 butelek = 8,5%. Naogół biorąc, w Lublinie sprzedano w 1902-im roku z 25.803 butelek wód mineralnych tylko  $\frac{1}{6}$  polskich, a resztę  $\frac{5}{6}$  stanowiły wody obcokrajowe.

Przypuszczamy, że Lublin nie stanowi w tym względzie wyjątku, i że podobne stosunki panują i w innych miejscowościach Królestwa, nie wyłączając Warszawy (porównaj artykuł D-ra Kozłowskiego w № 4-ym „Medycyny“ z r. 1903).

Czy jednak takie upośledzone stanowisko polskich wód mineralnych w polskich krajach usprawiedliwia się mniejszą wartością lub droższą naszych wód? i czy odwrotnie—obce wody popierane są przez polskich lekarzy dla swych większych zalet?

Nie chcąc być posądzonym o stronniczość w wywodach, oprę się w poniższych zestawieniach na ścisłych danych rozbiórów chemicznych oraz na porównania cen wód mineralnych (loco Lublin).

Rozpatrzmy po kolei wszystkie grupy wód mineralnych: szczawy proste, szczawy alkaliczne, wody z ziemiami alkalicznymi, szczawy żelaziste, solanki, wody gorzkie i wody siarczane.\*)

Szczawy proste czyli wody stołowe zawierają bardzo mało części stałych, a jedynym działającym czynnikiem jest w nich kwas węglowy,—w wyborze tedy poszczególnej wody może odegrywać rolę tylko cena jej i smak. Ten ostatni zależy przeważnie od stopnia nasycenia wody kwasem węglanym; o naszych wodach stołowych (Oblęgorska czyli „Ursus“ i Żytnicka czyli „Regina“) nie posiadamy dokładnych danych w tym względzie, prztem wody u źródeł różnią się zwykle co do zawartości wolnego kwasu węglanego od wód wysyłanych, a wiele źródeł nawet sztucznie nasycza swe wody przy butelkowaniu. Bądź co bądź, nasze wody stołowe, znajdujące się w sprzedaży, zawierają dużo kwasu węglanego i smak mają przyjemny, orzeźwiający, — *cena zaś polskich wód stołowych jest bezwzględnie najniższą;* gdy bowiem półlitrowa butelka wody Oblęgorskiej kosztuje 15 kop., a Żytnickiej—20 kop., ceny innych wód stołowych w stosunku do pół litra są następujące: Selters—23 kop., Apollinaris—25 k., Salvator—28 k., Narzan—30 k., Giesshübl

\*) Bardzo wiele z wyżej wymienionych przetworów francuskich i szwajcarskich zostało już wprowadzone na rynek lubelski i spotkało się z uznaniem kolegów praktyków (przetwory lyońskie, przetwory kreotowe Lambiotte'a etc.)

\*) Podział wód oraz źródła przytaczamy według tablicy H. Dobrzyckiego („Medycyna“ 1902 r.). Z poszczególnych wód obcych wymieniamy tylko najczęściej stosowane, krajowe zaś wszystkie, które są wysyłane lub mają być w najbliższym czasie.



—30 k., Bilin—33 k., Gleichenberg—38 k., Fachingen—40 k. Co się tyczy wody Krościńskiej, którą Dobrzycki zaleca gorąco jako wodę stołową, nie należy ona właściwie do tej grupy, gdyż zawiera w litrze prawie 9 gramów składników stałych; o ile jednak ją traktować jako wodę stołową, zaznaczyć można, że ma ona przyjemny smak i przystępną cenę (27 k. za pół litra). Należy tu wreszcie wymienić wodę ze źródła Józefa w Wysowej, „polskim Gieshüblerem“ zwaną. (Nb. Ceny wód wysowskich nigdzie nie przytaczamy, gdyż w Warszawie, jak dotąd, nie trzymają na składzie tych wód).

Wśród wód alkalicznych odróżniać należy 3 główne podgrupy: szczawy alkaliczne z przewagą dwuwęglanów alkalicznych, szczawy alkaliczno-solankowe (z chlorkiem sodu) i szczawy alkaliczno-solne (z siarczanem sodu).

Do pierwszej podgrupy z wód polskich zalicza się Krościńska (źródło Stefana) oraz Wysowskie źródła: Słony, Olgi i Bronisławy; mogą one śmiało rywalizować ze wszystkimi innymi wodami

o podobnym składzie, jak to widać z poniżej przytoczonego rozbioru (Tabl. I).

Widzimy tedy, że woda Wysowska (źródło Słony) i Krościńska (źródło Stefana) tak sumą składników stałych, jak i zawartością ogólną dwuwęglanów alkalicznych przewyższają wszystkie inne pokrewne wody. Krościenko przytem wyróżnia się dużą ilością wolnego kwasu węglanego. Najbliżej naszych wód stoi Vichy Célestins, lecz niedorównywa im. Co do ceny, tańszym od Krościenka jest tylko Borżom, lecz woda ta kaukaska, jak widać z rozbioru, jest prawie dwa razy słabsza od Krościńskiej, czyli—względnie do składu chemicznego, różnica w cenie wypada nawet na korzyść Krościenka. A więc Krościenko i Wysowa nie tylko mogą zastąpić w zupełności pomniejsze źródła niemieckie (Fachingen, Obersalzbrunn) oraz inne, jak Bilin lub Borżom, lecz wyprzec powinny nawet tak rozpowszechnioną u nas wodę Vichy, która jest słabsza i droższa.

Do szczaw alkaliczno-solankowych należą źródła Szczawnickie (w sprzedaży

Tablica № I.

Zdrój	Wolny CO <sub>2</sub>	Dwuwęglan sodu	Dwuwęglan wapnia	Suma składników stałych	Cena za litr
Wysowa źródło Słony	<b>998</b>	<b>7.037</b>	<b>0.883</b>	<b>10.665</b>	—
Krościenko źródło Stefana	<b>2072</b>	<b>4.597</b>	<b>1.216</b>	<b>8.943</b>	53
Vichy Célestins	563	5.103	0.462	7.195	55
Wysowa źródło Olgi	<b>1405</b>	<b>4.036</b>	<b>0.558</b>	<b>6.190</b>	—
Vichy Grande-Grille	508	3.081	0.250	5.065	55
Wysowa źródło Bronisławy	<b>2136</b>	<b>3.044</b>	<b>0.470</b>	<b>4.791</b>	—
Borżom	656	3.082	0.271	4.229	35
Bilin	1284	2.958	0.399	4.972	67
Fachingen	906	2.529	0.434	4.108	80
Obersalzbrunn	985	1.320	0.268	2.562	73

Tablica № II.

Zdrój	Wolny CO <sub>2</sub>	Dwuwęglan sodu	Chlorek sodu	Suma składników stałych	Cena za litr
Szczawnica źródło Magdaleny	<b>1402</b>	<b>5.969</b>	<b>4.616</b>	<b>13.011</b>	67
Wysowa źródło Słony	<b>998</b>	<b>7.037</b>	<b>2.350</b>	<b>10.665</b>	—
Essentuki (№ 17)	413	4.387	3.718	11.711	60
Szczawnica źródło Józefiny	<b>1727</b>	<b>4.609</b>	<b>3.132</b>	<b>9.965</b>	67
Krościenko źródło Stefana	<b>2072</b>	<b>4.597</b>	<b>2.513</b>	<b>8.943</b>	53
Gleichenberg	2266	3.674	1.844	5.401	73
Wysowa źródło Olgi	<b>1405</b>	<b>4.036</b>	<b>1.309</b>	<b>6.190</b>	—
Szczawnica źródło Stefana	<b>2078</b>	<b>3.032</b>	<b>1.967</b>	<b>6.915</b>	67
Wysowa źródło Bronisławy	<b>2136</b>	<b>3.044</b>	<b>1.001</b>	<b>4.791</b>	—
Soden (№ III)	1016	0.135	3.426	4.782	80
Selters	1087	0.801	2.252	3.698	45
Ems Kesselbrunnen	930	1.989	1.031	3.210	50
Ems Kraenchen	559	1.989	0.977	3.519	50
Obersalzbrunn (Oberbrunn)	985	2.152	0.177	3.816	73



jest woda ze źródeł Magdaleny, Józefiny i Stefana); rozpatrywać można w tej grupie również wody Wysowkie i Krościenką, gdyż zawierają one chlorek sodu w dość znacznej ilości.

Tablica № II, podająca rozbiór porównawczy wód polskich alkaliczno-solanych z odnośniami obcemi, wykazuje ogromną przewagę źródeł szczawnickich, (szczególnie Magdaleny) nad wszystkimi innymi: źródło Magdaleny nie ma równego sobie na całym świecie; źródło Józefiny, aczkolwiek nieco słabszy, przewyższa również wszystkie inne wody obce z tej grupy dwuwęglanu sodu, a co do chlorku sodu narówni prawie stoi z najsilniejszymi wodami cudzemi. Zbliża się do Szczawnicy woda Essentucka (№ 17), lecz niedorównywa Magdalenie, a i od źródła Józefiny ma mniej dwuwęglanu sodu i—co bardziej ważne—nieporównanie niżej stoi pod względem nasycenia kwasem węglanym. Wysowa, źródło słony, przewyższa wszystkie wody tej grupy ilością dwuwęglanu sodu, a co do zawartości chlorku sodu ustępuje zaledwo paru wodom obcym. Soden zawiera znaczną ilość chlor-

ku sodu, lecz dwuwęglanów alkalicznych ma tak mało, że zaliczyć go można przedź do solanek. Szczawnicki źródło Stefana, odznaczający się znaczną zawartością wolnego kwasu węglanego, zbliżony jest nieco do Krościenka i choć słabszy jest od Essentuki, ale prawie narówni stoi z Gleichenberg, a znacznie przewyższa Ems, Obersalzbrunn i Selters. To samo da się powiedzieć o Wysowskich źródłach Olgi i Bronisławy.

Widzimy tedy, że Szczawnica, Krościenko i Wysowa bez porównania silniejsze są od tyle używanych u nas Ems, Obersalzbrunn, Selters; wszystkie te wody niemieckie powinny być stanowczo wykluczone z użycia; niższa cena za litr wody niema tu znaczenia, gdy uprzytomnimy sobie, że Szczawnica zawiera głównych składników działających od 3 do 4 razy więcej, niż Ems lub Selters, czyli  $\frac{1}{4}$  szklanki Magdaleny lub  $\frac{1}{3}$  szklanki Józefiny odpowiada całej szklance tych wód niemieckich. Co zaś do Obersalzbrunn, to woda ta jest i bezwzględnie droższa od Szczawnicy lub Krościenka i znacznie słabsza.

(d. c. n.)

## Korespondencye.

**Czy spędzanie płodu ze względów ekonomicznych lub obyczajowych może być dozwolone?**

**(Z powodu artyk. D-ra Bogdanika)**

W pierwszym zeszycie „Czasopisma Lekarskiego“ za r. b. Dr. Bogdanik, opisując przypadek przedziurawienia macicy przy zbrodniczem spędzaniu płodu, zakończony śmiercią, wypowiada w końcu swego artykułu następujące słowa: „Jak długo zaś państwo tego obowiązku\* nie uznaje, tak długo i jednostki nie zdołają spełnić swego obowiązku względem państwa, aby mu wydać zdrowych obywateli na ciele i umyśle. Lepiej by tedy państwo wyszło, gdyby nie miało tego balastu, a wtedy należało by zezwolić na spędzenie płodu po zakładach. Tym sposobem można by uratować życie matek, a często spokój i cesę całych rodzin“.

Pogląd powyższy jest tak krańcowo odmienny od poglądów na daną kwestyę ustalonych, że zwalczanie go może się

wydawać zbyt zbytnem; przyznać jednak winienem, że niejednokrotnie w rozmowach z lekarzami, w służbie lekarskiej osiwiiałymi, słyshałem rozumowania, zbliżone do twierdzenia d-ra Bogdanika; że mianowicie, wyjątkowe warunki powinny by uprawniać lekarzy do sztucznego spędzania płodu; ba, pewien sędzia śledczy, zatem prawnik zawodowy, w dyskusyi ze mną wypowiadał pogląd, że w pewnych przypadkach wyjątkowych (nie ma tu mowy, rozumie się, o przypadkach poronień sztucznych z powodu wskazań lekarskich), spędzanie płodu karygodnem być nie powinno.

Bez względu na doniosłość moralną i prawną kwestyi sztucznego spędzania płodu, nie mogę tutaj poświęcać wiele miejsca poglądom różnych uczonych na sprawę karygodności sztucznego spędzania płodu bez wskazań ściśle lekarskich; stwierdzić jednak mogę, że czyn ten, w czasach starożytnych tolerowany, poczynając od trzeciego stulecia po Nar. Chr. już przez prawo rzymskie karany bywał. Starożytne prawo germańskie również surowo karało poronienia sztuczne; kodeks zaś kar-

\*) Pojmuje tutaj Dr. B. opiekę państwową nad niemłubnie urodzonymi dziećmi.



ny Karola V karał karą śmierci przez ścięcie mężczyzną, winnego tego przestępstwa, kobieta zaś topioną za to była. Wiadomo, że prawodawstwa wszystkich współczesnych państw cywilizowanych przewidują surowe kary dla kobiety, dopuszczającej się poronienia sztucznego lub pozwalającej dokonać je na sobie, a jeszcze wyższe kary wyznaczają na osoby, dopuszczające się owych występków.

Prawodawca, ochraniając dziecię w łonie matki od występnych zabiegów, kierował się nie dbałością o przysporzenie ludności, jak dr. B. przypuszcza, choć i ten взгляд miał na uwadze, lecz motywami o wiele podniosłymi. Prawodawcy, nie tylko współcześni lecz i czasów odległych, wychodzili z tego słusznego założenia, że płód czy dziecię w łonie matki jest istotą żywą, więc znajdować się powinno pod opieką prawa w tym samym stopniu, jak każdy obywatel państwa, zarówno zdolny do samoobrony jak do niej niezdolny, w rodzaju paralytyka. Jeśli choć na chwilę dopuścić, choćby w przypadkach wyjątkowych, z pobudek ekonomicznych czy obyczajowych, prawo zabicia dziecka w łonie matki, to w logicznej konsekwencji dopuszczalne być winno trucie nieuleczalnie chorych, trucie idiotów, dotkniętych nieuleczalnymi postaciami obłądu i t. d. —jednym słowem, występuje wtedy obraz deprawacji moralnej, unicestwiającej kilkunastowiekowy dorobek cywilizacyjny ludzkości, wywalczonej wielką ilością ofiar i wyjątkową pracą najwybitniejszych umysłów.

Niewątpliwie, my lekarze możemy stanąć oko w oko z takim zbiegiem okoliczności, że wywołanie poronienia *wydać* się może mniejszym występkiem, niż poświęcenie matki, kończącej często w tych razach samobójstwem; lecz jakże daleko od podobnego poglądu do wygłaszanego przez d-ra B o g d a n i k a usprawiedliwienia i uprawnienia występku zabiegu. W umyśle należycie uświadomionego obywatela nie powstanie myśl o możliwości pozbawienia życia idioty, będącego ciężarem rodziny i społeczeństwa; sumienie społeczne oburza się na myśl samowolnego wymierzenia kary przez tłum lub niższych funkcyjaryuszów administracyjnych, choćby na notorycznym przestępcy; nie może być przeto wygłaszana teoria, uprawniająca lekarzy do spędzania płodu na zasadzie bardzo wątpliwej wiarygodności danych dostarczonych przez osobę interesowaną.

Pojmując, że okoliczności zniewalają zameżne i niezameżne ciężarne do prób uwalniania się od płodu; rzeczą przeto

społeczeństwa jest dbałość o usunięcie wielu przyczyn, szczególnie ekonomicznych, utrudniających normalny przyrost ludności; lekarze jednak muszą się trzymać zdaleka od wygłaszania haseł, zgola z ich zawodem humanitarnym nie licujących.

Lódź,

Dr. Józef Saks.

### Lekarz wobec nowego prawa fabrycznego.

W dobroczynnym prawie o odszkodowaniu robotników za doznane kalectwo, prawie, które weszło w życie od d. 14 Stycznia r. b., a stanowić może początek nowej ery w zabezpieczeniu bytu robotników, o ile obejmie całą rzeszę roboczą i w logicznym następstwie pociągnie za sobą państwowe ubezpieczenie robotników i zapewnienie ich starości, w prawie tem, między wielu brakami lub punktami niejasnymi, nas lekarzy, przedewszystkiem uderzyć musi w oczy jedna luka, która oby nie odegrała tej roli, jaką miały serwityuty przy uwłaszczeniu włościan.

Mam na myśli mianowicie brak wskazówek, jakiej mniej więcej normy trzymać się mają lekarze przy określaniu skali niezdolności do pracy, t. zw. „inwalidności“. Rozumiem dobrze, iż sprawa ta nie da się załatwić schematycznie, że jedno i to samo uszkodzenie może różnie oddziaływać na dalszą zdolność zarobkową zależnie od rodzaju zajęcia, że są uszkodzenia narządów wewnętrznych, które muszą być ściśle indywidualizowane; mimo to wszystko jednak w praktyce niezbędną okaże się tablica, obejmująca choćby w najogólniejszych zarysach typowe uszkodzenia i wskazująca zarazem przeciętną procentową wysokość odszkodowania, inaczej: procentową skalę utraty zdolności do pracy. Że to jest w praktyce niezbędnem, za najlepszy dowód służyć może fakt, iż każde Towarz. Ubezpieczeń od nieszczęśliwych wypadków, każdy związek roboczy (w Niemczech) posiłkuje się tą lub inną „taryfą odszkodowań“, określającą stopień zmniejszenia zdolności do pracy.

Brak w nowem prawie, i w instrukcjach je uzupełniających, podobnej taryfy może najfatalniej odbić się na stosunkach robotniczych, z jednej strony otwierając szerokie pole do nadużyć, z drugiej — do pieniactwa, ostatecznie podkopującego i tak smutną dolę robotnika. Gdy np. lekarz fabryczny utratę wielkiego palca prawej ręki określi, jako szkodę równą stracie 18% całkowitej zdat-



ności do pracy, lekarz urzędowy, do którego zwróci się w drodze apelacji robotnik, określić ją może na 25%, a sąd w ostatecznej instancji jeszcze inną może skalę zastosować! Jakaż z tego gmatwanina, ile żalów zobopólnych, pretensyi, straty czasu i pieniędzy, a nakoniec — jakież pole do samowoli lub złej woli!

By możliwie zapobiedz tym smutnym następstwom ważnej, podług mnie, luki, proponowałbym, by lekarze po wzajemnem porozumieniu się tą lub inną drogą (np. w Towarzystwach lekarskich) ułożyli nową lub przyjęli którą z istniejących

„taryf“ i uznali za obowiązującą wogóle, uzupełniwszy dodatkami, mającymi na względzie ważność pewnych uszkodzeń dla pewnych kategorii pracowników. Gdybyśmy wszyscy lekarze, przyjąwszy za podstawę przy określaniu stopnia utraty zdolności do pracy taką „taryfę“ ogólną, trzymali jej się stale przy swych orzeczeniach, zmusiłoby to poniekąd i lekarzy urzędowych i sąd do uwzględniania tejże taryfy przy taksowaniu uszkodzeń, a przez to uchronilibyśmy wielu, wielu ludzi od przykrości, sporów, procesów, a bodaj i nieszczęść.

Z. P.

## Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

### Towarzystwo Lekarskie w Częstochowie.

Posiedzenie w d. 21 Listopada 1933 r.

Obecnych 26 członków.

1) Na wniosek kol. B i e g a ń s k i e g o uczczono przez powstanie pamięć zmarłego prof. Brodowskiego.

2) Odczytano sprawozdanie komisji, powołanej w celu rozpatrzenia projektu kasy emerytalnej kol. Fiedlera z Radomia. (Wynik druk. w zeszycie I „Czasopisma“).

3) Kol. B i e g a ń s k i poruszył sprawę wydawnictwa broszurek popularnych dla ludu. W początkach 1904 r. uchwalono wydać broszurkę d-ra Brzezińskiego „O alkoholizmie“. Nadto kol. Biegański zamierza napisać broszurkę „O gruźlicy“, kol. Rozenfeld — „Rady i wskazówki higieniczne dla pielgrzymów.“

4) Kol. M a r c z e w s k i przedstawił chorą po operacji wagr (*cisticercus*) w oku lewem. Przed operacją chora doznawała zaledwie uczucia światła. Badanie stwierdziło: zmętnienie dolnej połowy błony rogowej, zaciemnienie przedniej komory, zwiększające się i kurczące naprzemian, w dolnej części punkt świecący, który odpowiadał szyjce węgry. Po operacji pozostało nieznaczne zmętnienie dolnej części błony rogowej wskutek długotrwałego stykania się rogówki z wagrą. Chora widzi.

5) Kol. B i e g a ń s k i przedstawił robotnicę fabryczną, dotkniętą wybitnem przykurczeniem małych palców u obydwóch rąk. Przyczyną tego kalectwa, spotykanego wśród robotników fabrycznych bardzo często, jest zapewne noszenie konewek i ucisk, wywierany ciężarem na

dłoniową powierzchnię małych palców (Druk. w „Czasopiśmie“ str. 49.)

W dyskusji kol. L e w e n s z t e i n nadmienia, że anatomiczną podstawą tej sprawy jest zapewne przewlekłe zajęcie pochewki ścięgnistej (*tendovaginitis fibrosa chronica*) wskutek urazu.

6) Kol. N o w a k przedstawił łożysko z błoniastem przyczepieniem pępowiny i poprzedzaniem naczyń (*insertio velamentosa funic. umbilic. c. vasis praeviis*). Pępowina przyczepia się w odległości 15 ctm. od brzegu łożyska, naczynia jej ulegają podziałowi w obrębie błon. Poród był bliźniaczy, płody sztucznie wydobyte z 2 łożysk — jedno z przyczepieniem pępowiny błoniastem. Kliniczne znaczenie poprzedzania naczyń przy błoniastem przyczepieniu pępowiny polega na łatwym ucisku naczyń przez część poprzedzającą płodu lub pęknięciu naczynia, co w obu przypadkach pociąga śmierć płodu. Rozpoznanie tego zboczenia przy współistnieniu odpowiednich warunków winno być uważane za wskazanie do ukończenia porodu. Zboczenie to jest b. rzadkie. W końcu kol. N. omawia etyologię tej sprawy według poglądów Schultze'go, Ahlfeld'a, Peters'a, Keilman'a i innych.

7) Kol. W a s i l e w s k i odczytał rzecz p. t. „Kilka uwag o celu naszych posiedzeń lekarskich“. Pobudką, która skłoniła prelegenta do wypowiedzenia tych uwag, była chęć nadania posiedzeniom naszym charakteru więcej praktycznego i zachęta szerszego koła kolegów do wspólnej pracy naukowej. Kol. W. stwierdza, że w pracy Towarzystwa przyjmuje udział znaczna mniejszość kolegów, że odczyty są zbyt długie, wyczerpujące, przeciążone



cytatami, poruszają sprawy ogólnie mało znane, oderwane od życia praktycznego. Opracowanie takiego odczytu wymaga dużego nakładu pracy i niezawsze pogodzić się daje z ciężkimi obowiązkami lekarza. Dla ożywienia pracy Towarzystwa niezbędne są odczyty ściśle zastosowane do działalności praktycznej lekarzy, odczyty krótkie, wolne od szczegółów i cyt. Streszczając swoje wywody, kol. W. pragnie zamknąć działalność Towarzystwa w granicach: demonstracji, odczytów praktycznych w sprawie rozpoznawania i leczenia tych chorób, które lekarz najczęściej spostrzega w praktyce, badań nad działaniem i wartością naszych środków leczniczych, wreszcie referatów z pism polskich i zagranicznych. W końcu kol. W. wymienia długi szereg tematów, które uważa za najodpowiedniejsze dla rozpatrywania na posiedzeniach.

Kol. Pietrasiewicz sądzi, że odczyty w sprawie działania i wartości nowych środków leczniczych są niewłaściwe. Badania odnośne mogą być prowadzone w szpitalach i klinikach, lecz nie w prywatnej praktyce.

Kol. Pisarzewski i Nowak upatrują sprzeczność w żądaniach kol. W. Niektóre tematy, przez niego wskazane, wymagają poruszenia wielu kwestii teoretycznych, bardzo zawitych i obszernych, i nie dadzą się ująć w ramki kilkuminutowego referatu.

Kol. Biegański i Królikowski twierdzą, że odczyty praktyczne nie mogą i nie powinny wypełniać programu naszej działalności. Poruszenie kwestii teoretycznych jest jednym z ważniejszych zadań Towarzystwa, ponieważ ułatwia członkom śledzenie postępów nauki.

8) Kol. Pisarzewski mówił o kursach wakacyjnych dla lekarzy w Berlinie. Kol. P. opisuje urządzenia, narzędzia, materiały dezynfekcyjne i opatrunkowe, używane w klinikach Dührssen'a, Olshausen'a, Landau'a Mackenrodt'a, z którymi miał sposobność bliżej się zapoznać. Kursy te bywają zwykle urządzone dwa razy do roku: na wiosnę i w jesieni. Kurs trwa 4 tygodnie, koszt od 30 do 150 marek. Za prawo wykonania jednej z operacji pod okiem profesora (Dührssen) płacić trzeba oddzielnie po 200 — 400 marek. Część teoretyczna przypomina nieco wykłady uniwersyteckie. Wybitną wadą kursów jest brak wtajemniczenia lekarzy w szczegóły operowanego przypadku. Słuchacz widzi chorego tylko w czasie operacji. Wskazania, wyniki operacji,

następne leczenie — nie są uwzględniane. Stąd dla lekarzy, zwłaszcza mniej doświadczonych, korzyść bardzo mała.

Wręcz odmienne są wrażenia kol. W i t k o w s k i e g o z kursów wakacyjnych dla lekarzy w Krakowie. Mimo niewielkich kosztów (20 guld.), skorzystać można bardzo dużo, dzięki serdeczności profesorów i gorliwej pomocy asystentów. Słuchacze kursu chirurgicznego mogli wykonywać od 2 do 3 operacji dziennie.

9) Wybory: na członka rzeczywistego przyjęty został kol. Mizgierz Czełstochowy.

Posiedzenie w. d. 19 Grudnia 1903 r.

Obecnych 25 członków.

Kol. Dehnel z Będzina odczytał referat, opracowany wspólnie z kol. Żołądziońskim z Dąbrowy, w sprawie *organizacji ambulatoriów fabrycznych*. Referat zawierał szereg postulatów, które należałoby wprowadzić w życie, chcąc polepszyć niezgodny z wymaganiami nauki lekarskiej stan ambulatoryjnego leczenia chorych. Przedmiotem dyskusji były tylko te punkty referatu, które dotyczyły urządzenia i prowadzenia ambulatoriów.

*Pierwszy postulat* kol. D. i Ż.: Ambulatoryum dużych fabryk i zakładów, zatrudniających najmniej 1000 robotników, winno się składać z 7 lub 8 pokoiów. Dwa pokoje winny być przeznaczone na poczekalnie: z tyłu jeden obszerny dla wszystkich chorych, drugi dla chorych zakaźnych. Jeden pokój na gabinet lekarski, jeden dla drobnych rękoczynów i badań specjalnych, przystosowany zarazem do badania przy oświetleniu sztucznym. Salka opatrunkowa, pokój dla apteczki, jeden lub dwa pokoje dla tymczasowego umieszczenia chorych po rozmaitych drobnych rękoczynach lub dla takich chorych, których dla jakiegokolwiek powodów nie można odesłać do szpitala lub domu. Lokal powinien być zaopatrzony w łazienkę i ustęp. Pokoje powinny być widne, wysokie, dobrze odwietrzane. W zakładach przemysłowych, zatrudniających mniej niż 1000 robotników, — liczba pokoiów może być sprowadzona do 4-ch.

Po dłuższej *dyskusji*, w której przyjmowali udział kol. Kohn, Olszewski, Lewensztejn, Żołądzioński, Dehnel, Rozenfeld, Biegański, uchwalony został *wniosek* następujący:



Ambulatoryum fabryk i zakładów przemysłowych, zatrudniających 1000 robotników, winno się składać przynajmniej z pięciu pokoiów; z poczekalni, gabinetu lekarskiego, w którym może być umieszczoną apteczka, z salki opatrunkowej, z pokoju do badań i rękoczynów specjalnych, z oddzielnego pokoju z łózkami dla tymczasowego umieszczenia chorych. Ambulatoryum zakładów przemysłowych, zatrudniających powyżej 1000 robotników, winno się składać z 7 lub 8 pokoiów. W zakładach tych są do życzenia dwie poczekalnie, oddzielny pokój na apteczkę, pomieszczenie na łazienkę i ustęp.

*Drugi postulat* kol. D. i Ż.: Urządzenie wewnętrzne ambulatoryum winno być możliwie proste, łatwe do utrzymania w czystości. Przyrządy lekarskie winny się znajdować w dostatecznej ilości. Koniecznym jest posiadanie sterylizatora do wyjaławiania narzędzi i materiałów opatrunkowych. Przygotowywanie leków złożonych, silnie działających winno być wzbronione felczerom. Apteczka może być zaopatrzona w środki proste i mieszaniny, nie ulegające zepsuciu.

Kol. Lewensztein sądzi, że w zamierzonym podaniu do władzy należy ściślej określić, jakie winno być urządzenie wewnętrzne ambulatoryum, jakie ma ono posiadać przyrządy.

Postulat został przyjęty wraz z uwagą kol. L.

*Trzeci postulat* kol. D. i Ż.: Godziny przyjęć powinny być ściśle oznaczone, o ile można, ranne. Podczas przyjmowania chorych lekarz nie powinien spełniać innych czynności ubocznych, jako to przyjmowania nowych robotników, odpowiadania na papiery urzędowe, wypełniania świadectw ubezpieczeniowych.

Kol. Biegański sądzi, że postulat ten należy uzupełnić żądaniem, żeby wszystkie zakłady przemysłowe, zatrudniające powyżej 1000 robotników, zaprowadziły ambulatorya codzienne. W dyskusji przyjmowali jeszcze udział kol. Kohn, Dehnel, Biegański, Żołędziowski.

Ostatecznie uchwalony został następujący wniosek:

Godziny przyjęcia winny być ściśle oznaczone, przed lub popołudniu, zależnie od warunków, istniejących w danym zakładzie. Najodpowiedniejszym jest czas zmiany robotników, t. j. czas przychodzenia na robotę lub schodzenie z roboty. W czasie przyjmowania chorych, lekarzowi nie wolno spełniać żadnych czynności

ubocznych. W zakładach, zatrudniających powyżej 1000 robotników, ambulatorya winny się odbywać codziennie.

*Czwarty postulat* kol. D. i Ż.: Felczer ambulatoryjny powinien być jedynie wykonawcą zleceń lekarza. Samodzielność felczerów przynosi szkodę i w żadnym razie nie może być tolerowaną. Wniosek przyjęty bez dyskusji.

*Piąty postulat* kol. D. i Ż.: Czasu przeznaczanego na przyjęcia ambulatoryjne, lekarz nie powinien poświęcać na odwiedzenie chorych w domach fabrycznych lub wyjazdy do chorych, mieszkających w pewnym oddaleniu od fabryki. Promień wyjazdów lekarza do chorych powinien być ograniczony i ściśle określony. Chorzy, mieszkający w bardziej oddalonych od fabryki miejscowościach, winni być umieszczeni w szpitalu lub też leczeni przez najbliższych lekarzy na koszt fabryki.

Po dłuższej dyskusji, w której przyjmowali udział kol. Biegański, Brzeziński, Lewensztein, Puterman, Rozenfeld, Dehnel, Żołędziowski—postulat ten został odrzucony.

Kol. Rozenfeld podnosi sprawę ustosunkowania liczby lekarzy do liczby robotników. W dyskusji przyjmowali udział kol. Żołędziowski, Biegański, Dehnel.

Uchwalono następujący wniosek:

Liczba lekarzy fabrycznych zależy od liczby robotników. Przy przewadze robotników żonatych (górnictwo) jeden lekarz winien przypadać na 1200 ludzi, przy przewadze robotników młodych, bezżennych (przędzalnie, tkalnie) jeden lekarz zaspokoić może potrzeby 2,000 ludzi.

Inne punkty referatu kol. D. i Ż. dotyczyły unormowania stosunku lekarzy do robotników i właścicieli zakładów przemysłowych. Sprawy te będą omawiane w czasie późniejszym, w związku z innymi postanowieniami, mającymi na celu organizację pomocy lekarskiej w fabrykach wogóle.

II. Kol. Lewensztein (z Zawiercia) wygłosił rzech p. t. „W sprawie miejscowego i przerzutowego powstawania ropni w szpiku kostnym“. Na podstawie licznego materiału, spostrzeganego w klinice chirurgicznej w Dorpacie, kol. L. przyszedł do przekonania, że błędem jest utarte mniemanie, jakoby większa część ropni szpiku kostnego powstawała na drodze przerzutowej lub zatorowej (tylko w  $\frac{1}{3}$  %). Wobec zajęcia kilku naraz kości, zajęcia



innych narządów, mamy wówczas do czynienia z ropnicą, w krótkim czasie kończącą się śmiercią. Tutaj również można zaliczyć zapalenie szpiku, powstające po chorobach zakaźnych. Zapalenie szpiku miejscowe tworzy się tak samo jak czyraki lub ropnie podskórne. Drobnoustroje, powodujące powyższe choroby w następstwie okaleczenia skóry, przezerają się wgłąb do okostnej i wreszcie docierają do szpiku (per continuitatem), Przemawiają zatem badania anatomiczne rozgałęzień naczyń krwionośnych Langera i Manchota, stwierdzające połączenie ich w skórze i kości w kierunku prostopadłym. Potwierdza to mniemanie — fakt, że najczęściej te kości ulegają chorobie, które przykryte są cienką warstwą tkanek lub tylko skórą. Powtórnie, sprawa ta występuje najczęściej wśród warstw biednych, żyjących w brudzie i cierpiących na liczne swędzące choroby skóry.

Kol. P u t e r m a n przytacza nowsze poglądy, wręcz przeciwne wypowiedzianym przez kol. L. Podług Wassermana przenikające do szpiku drobnoustroje, pod wpływem wytwarzania się w nim substancji ochronnych, mogą przez czas dłuższy pozostawać w stanie utajonym. Dopiero pod wpływem urazu lub innych czynników, wywołujących zaburzenia cyrkulacyjne w kości, drobnoustroje zaczynają się rozwijać i powodują groźny obraz ostrego zajęcia szpiku. Według Hencke'go sprawę tę wywołuje swoisty lasecznik. Wstrzyknięty królikowi do krwi—powoduje typowe zapalenie szpiku.

Kol. B r z e z i ń s k i zapytuje, dlaczego kol. L., wygłaszając stary i zarzucony pogląd o powstawaniu ropienia w szpiku, przypisuje sobie palmę pierwszeństwa.

Dalszy ciąg dyskusji z powodu spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia.

Karol Rozenfeld.

### Towarzystwo Lekarskie Radomskie.

Posiedzenie d. 14 Listopada 1903 r.

Przewodniczący: kol. J. Majkowski

Obecnych członków 32 i gości 4.

I. Przewodniczący wita obecnych na posiedzeniu gości, kolegów z Kielc: C z a p l i c k i e g o, J e d l i c k i e g o, L a s k o w s k i e g o i P e r e l m a n a.

II. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

III. Przyjęto w poczet Członków rzeczywistych Towarzystwa: kol. A d a m a S a r n e c k i e g o (z Radomia).

IV. Kol. S e r k o w s k i (z Łodzi) nadał w darze do biblioteki odbitki ze swych prac.

V. Kol. R a k o w s k i (z Szydłowca) przedstawił: 1) foetus papyraceus; 2) płód 3 miesięczny; 3) polip nosowy, długości 7 ctm.; oraz 4) kamień wyluszczonej z migdału; okazy powyższe kol. Rakowski ofiarował Towarzystwu, jako zaczątek projektowanego muzeum anatomo-patologicznego. W tym że celu kol. Ż e b r o w s k i ofiarował polipy nosowe, w liczbie 70 sztuk.

VI. Kol. Ż e b r o w s k i przedstawił chorego po usunięciu niezwyklej liczby polipów nosowych. W dyskusji przyjmowali udział: K o s i c k i, F i d l e r, F u k s i e w i c z i Ż e b r o w s k i.

VII. Kol. P r e z y d u j ą c y otworzył dyskusję z powodu odczytu kol. D r e w n o w s k i e g o: „Przejawy późnego przymiotu dziedzicznego“. Treść tego odczytu była następująca:

Syphilis hereditaria tarda obejmuje te przypadki, w których objawy przymiotu powstały w późniejszych latach zarażonego, najczęściej w okresie pomiędzy drugim zębowaniem, a okresem dojrzałości, bez względu na to, czy w niemowlęctwie objawy przymiotu miały, czy nie miały miejsca. Co się tycze objawów przymiotu dziedzicznego późnego, to te nie odróżniają się odrębnymi jakimikolwiek właściwościami od objawów późnych, czyli trzeciorzędnych, przymiotu nabytego. Różnica jednak ważna zachodzi w tem, że nie mamy tu do czynienia z objawem wstępnym, czyli pierwotnym i obrzmieniem gruczołów chłonnych. Wyszczególniwszy objawy syfilisu dziedzicznego wczesnego oraz przytoczywszy spostrzeżenia kliniczne z własnej praktyki, ref. przeszedł do opisu objawów późnego dziedzicznego przymiotu; zaliczywszy tu: 1) Niedorozwój ustroju, dziecięcy wygląd, nieodpowiedni wiekowi (infantilitas). 2) Słabe niedostateczne odżywianie, brak tkanki tłuszczowej i niedokrwistość. 3) Słaby rozwój narządów płciowych. 4) Wiotka, cienka łuszcząca się skóra. 5) Owrzodzenia po gumatach skórnych. 6) Blizny po głębokich owrzodzeniach symetrycznie ułożone; 7) Blizny po owrzodzeniach błony śluzowej ust i warg, promieniowato ułożone. 8) Zmiany i zniekształcenia figury nosa (nos siodłowaty etc.), zmiany błony śluzowej nosa, zanik tejsze błony śluzowej i utrata przegrody nosowej. 9) Zmiany w kościach, zgrubienia i charakterystyczne, pałkowate wygięcia zwłaszcza kości goleniowej. 10) Dactylitis syph. 11) Osteo-



chondritis syph. i jej następstwa. 12) Powiększenie wątroby i śledziony. 13) Zmiany na rogówce po ubiegłych parenchymatycznych sprawach zapalnych. 14) Zniekształcenia zębów, głuchota i t. d. Objawy te odnoszą się głównie do narządów zmysłów i kośćca i obejmują t. z. trójzespół objawów Hutchinsona; co do cierpień zębów, to najczęściej ulegają zmianie dwa przednie, środkowe siekacze w postaci półksiężycowych wyłobień, drobnych pokarbowań dolnych końców; tu należy również zaliczyć t. z. microdentismus et vulnerabilitas dentium; co się tycze keratitis parenchymatosa, to objaw ten, ze względu na częste jego występowanie, za najważniejszy z objawów Hutchinsona, gdyż na 20 przypadków tego cierpienia, 15 jest pochodzenia przymiotowego (Fournier). Jednakowoż wszystkie te objawy nie mogą być uważane za patognomiczne dla przymiotu dziedzicznego późnego, lecz zawsze pilnie należy szukać źródła choroby; a więc: badać rodziców, najbliższe rodzeństwo pod względem przebytego przymiotu, jak również przebytych przez matkę poronień, lub niezwykłej chorobowości i śmiertelności braci i sióstr, przyczem należy wykluczyć możliwość zarażenia dziecka w pierwszych tygodniach jego życia bądź przez mamkę, szeptanie ospy ochronnej, bądź przypadkowym sposobem; należy dalej szukać objawu pierwotnego na języku, ustach, lub szukać śladów po nim oraz następczego obrzmienia gruczołów, słowem trzeba wziąć pod uwagę wszystkie antecedentia, concomitantia et viam exceptionis, a szczegółowe wywiady ważną przy różniczkowym rozpoznaniu grają rolę. Czy zaś przymiot przechodzi na trzecie i dalsze pokolenia, na to nauka nie daje nam dotąd pozytywnej odpowiedzi. Starzy lekarze instynktownie domyślali się rozprzestrzenienia przymiotu bezgranicznego, wypowiadając maksymę: „in omnibus morbis tenacibus suspicanda est lues venerea“. I rzeczywiście, każdy lekarz może znaleźć wypadek, który właściwie pod żadne inne cierpienie podciągnąć nie można, jak tylko pod przymiot, np. występujące bez żadnej widocznej przyczyny, cierpienia kręgosłupa, powodujące stopniowo porażenia. Są rodziny, które można nazwać patologicznymi. Osobniki takiej rodziny zapadają na różne choroby: jeden cierpi na epilepsję, petit mal, drugi na postępowy zanik mięśniów, u trzeciego-rozwija się jakobad bądź psychoza, to znów affekcja płucna, arteriosclerosis i t. d. i t. d. Jeżeli sobie za-

damy pytanie, jaka chorobotwórcza przyczyna sprowadza tyle rozmaitych cierpień, to w wielu razach znajdziemy-jako przyczynę-przymiot. Ten ostatni jest jedną z najwięcej rozprzestrzenionych chorób w naszych czasach; przymiot z każdym rokiem szerzy się coraz więcej. W niektórych guberniach Rosyi, Bośni i Hercegowiny są całe wioski, których mieszkańcy wszyscy literalnie są zarażeni. Według określenia V zjazdu członków niemieckiego towarzystwa dermatologicznego w Gracu, w tych właśnie miejscowościach późnych objawów syfilisu jest 80—90%. Na tym że zjeździe orzeczono, że trzeciorzędne syfilidy są zaraźliwe, gdyż według Neisser'a, Jadasson'a i innych członków zjazdu, tak pierwszorzędne objawy, jak i trzeciorzędne syfilidy, zależne są od nieznanych nam jeszcze bakterii, które w trzeciorzędowych sytylidach są utajone aż do chwili sprzyjającej. U zarażającego syphilis tertiaris, u zarażonego widuje się wysypkę guziczkową (Med. № 43, str. 896, rok 1895; Med. № 44, rok 1895. str. 915).

Wobec tego ochraniać i wybawiać ludzkość od tej strasznej epidemii, kosztującej ludzi tylu ofiar, od tej chronicznej śmierci, powodującej, oprócz fizycznego chłactwa, stopniowe osłabienie i zwyrodnienie zdolności umysłowych a może i moralnych ludzkości, jest obowiązkiem nas-lekarzy, całego społeczeństwa i nareszcie państwa przez rozszerzenie prawdziwej oświaty, zakładanie towarzystw przeciwsyfilitycznych i obznajmianie społeczeństwa ze sposobami unikania tej straszliwej plagi. (Autoreferat).

Dyskusya. Kol. S z e c e p a n i a k. Zbyt drobiazgowy opis przez kol. D. poszczególnych postaci przymiotu wpłynął niekorzystnie na uwydatnienie różnicy pomiędzy przymiotem nabytym a odziedziczonym, oraz pomiędzy 3-im okresem przymiotu a późnymi objawami przymiotu dziedzicznego. Przymiot dziedziczny wywołuje prawie te same obrazy chorobowe, co i przymiot nabyty. Różnice wpływają już to z odmiennego sposobu zakażenia, już to z tego powodu, że przymiot nabyty rozwija się w organizmie wykształconym, dziedziczny natomiast występuje najczęściej w dzieciństwie, w okresie rozwijania się i kształtowania poszczególnych narządów, musi zatem dawać tutaj inny obraz anatomo-patologiczny, układając się nadto w wyższe pod względem przebiegu klinicznego ramy. Przymiot dziedziczny odtwarza przed nami obraz drugiego okresu przymiotu nabytego, wywołuje



jąc w organizmie dziecięcym zmiany o rozmaitem nasileniu u różnych osobników, zależnie od jadowitości zarazka chorobowego resp. od czasu w jakim — po zarażeniu rodziców — zostało spłodzone dziecko. Kol. D., wyliczając te zmiany, pominął przedewszystkiem nienormalne ustosunkowanie białych i czerwonych ciałek we krwi, za mały następnie położył nacisk na zбочzenia w kształtowaniu się narządów mięszowych u dziecięcych syfilityków, wreszcie zbyt pobieżnie potraktował zaburzenia w kostnieniu wewnątrzchrząstkowych jąder, które to sprawy stanowią właśnie cechę tej postaci chorobowej. Co się tycze wyłącznie późnych przejawów przymiotu dziedzicznego, to kol. D. nie podkreślił zbyt wyraźnie destrukcyjnego charakteru odnośnych zmian, upodobniających tę postać chorobową do okresu trzeciorzędowego z zaznaczeniem, iż charaktwo obejmuje tu częściej poszczególne narządy, niżli cały ustrój. Według Hahn'a należą tutaj: różnorodnie zniekształcenia czaszki, drobne uzębienie, głuchota w połączeniu z niemotą, rozlane zapalenie mięszowe rogówek, rzekome porażenie kończyn i t. p. Rzadszemi są zmiany nosa, ust, języka i krtani jakoteż — zapalenia tęczówki, naczyńówki, siatkówki oraz nerwu wzorkowego. Według Comby'ego o kile dziedzicznej mogą też świadczyć zaburzenia systemu nerwowego oraz zmiana cery wokolicy nosa i szpary ustnej. Wszystkie te jednak objawy zdarzają się przy innych cierpieniach jak gruźlica, zimnica, grypa, gościec i dna, nie należy więc kłaść ich na karb przymiotu rodziców. Z pośród zmian rzekomo typowych dla przymiotu dziedzicznego stosunkowo największa odsetka przypada na znany ogólnie trójzespół objawowy Hutchinson'a, w którym znów na pierwsze miejsce wysuwa się mięszowe zapalenie rogówki. Należy jednak odróżnić pierwotne mięszowe zapalenie rogówek od wtórnego, gdyż według Mooseu'a tylko ten pierwszy rodzaj winno się uzależniać od przymiotu dziedzicznego, wtórne zaś zapalenie dowodzi najczęściej zupełnie odmiennego tła sprawy chorobowej, przedewszystkiem atoli gruźlicy. W końcu ref. nadmieniam, iż kol. D. nie uwzględnił dostatecznie przejawów przymiotu dziedzicznego w 3-iem pokoleniu, a co było przedmiotem rozpraw na 13-ym międzynarodowym zjeździe lekarskim w Paryżu. (Autoreferat)

Kol. F i d l e r. (To przemówienie będzie in extenso drukowane w „Czasop. lek.“).

Kol. D r e w n o w s k i w odpowiedzi kol. S z e c z e p a n i a k o w i powiada, iż nad ob-

jawami trzeciorzędowymi zatrzymał się dłużej, gdyż przejawy późnego przymiotu dziedzicznego manifestują się prawie zawsze w formach 3-io rzędowych. Co do ustosunkowania białych i czerwonych ciałek we krwi, jak również o zmianach w kostnieniu jąder wewnątrzchrząstkowych, to D. wspominał mimochodem w przypuszczeniu, iż są te objawy wszystkim dobrze znane; zaś o zmianach w kościach oraz o trójzespole Hutchinson'a, mówił obszerniej, nie zatrzymywał się nad różniczkowaniem pierwotnego i wtórnego mięszowego zapalenia rogówki, gdyż to wkracza w dziedzinę specjalności okulisty. Co do wyraźnych wyodrębniających się przejawów przymiotu dziedzicznego w 3-iem i dalszych pokoleniach, to mówiłem w odczycie, że nauka niema jeszcze dość nagromadzonych spostrzeżeń, jednak z tych danych, jakie posiadamy napewno twierdzić można, że przejawy te manifestują się pod postacią 3-io rzędowych objawów, zwyrodnienia organizmu i zaburzeń narządu nerwowego. Z jednego jakiegobądź objawu sądzić o przymiocie dziedzicznym nie możemy, musimy brać całość obrazu chorobowego ze zwróceniem uwagi na rodziców i ich potomstwo, jeżeli to jest możebnem. W ten sposób mamy możność zawsze wyodrębnić objawy syfilityczne od objawów przy gruźlicy i innych cierpieniach.

Kol. F i d l e r o w i — odpowiada, iż tenże, przytaczając zdania członków 5 zjazdu niem. tow. dermat. w Gracu, pominął Jadasson'a, Touton'a, Kaposi'ego, Hebra'ę i innych, którzy wyraźnie mówią o zaraźliwości 3-io rzędowych objawów; do powyższej liczby dołączyć należy Alzheimer'a i Caspary'ego. Co do 2-go punktu zarzutów kol. F., ref. przytacza twierdzenie Caspary'ego, iż u 80 — 90% nieleczonych przymiotowych występują objawy 3-io rzędowe, a więc u liczby dwa razy większej, niż twierdzi Finger; ad 3°. — wszak Lassar, Neuman, Kaposi i inni kategorycznie nie twierdzą, że przymiot rodziców w 3-im okresie jest niezaraźliwy, a mówią, że można go odziedziczyć, ad 4°. — biorąc pod uwagę wszystkie objawy, jak również skrzętnie zbierając wywiady, możemy wtedy wyodrębnić dystroficzne zmiany zależne od przymiotu; ad 5°—4% dzieci nieżywych od przymiotowych w 3-im pokoleniu, a 17% w 4-em pokoleniu — jest dość dużą cyfrą, bynajmniej nie obniżającą grozy chorobowego procesu; ad 6° — co do szerzenia popłochu pośród społeczeństwa, to kol. D. uważa za pożyteczniejsze, aby ludzie bali się zarażenia przymiotem, gdyż wtedy nie



będą choroby lekceważyć, będą się leczyć i przedsięwzięją środki ostrożności. (Autoreferat).

Kol. M a j k o w s k i przede wszystkim protestuje przeciwko używaniu nazwy „kiła“, zamiast „przymiotu“, którym już w 16 wieku posługiwał się sławny nasz syfildolog Wojciech Oczko w klasycznym swym dziele p. t. „Przymiot i Cieplice“. Racja, którą zasłania się szkoła krakowska, uparcie używająca nazwy „kiła“, że od niej dają się łatwo wyprowadzić wyrazy pochodne: kiłowy, kilak i t. p. nie jest przekonująca — zwłaszcza wobec nieporozumienia, jakie ztąd powstaje, gdyż kiła jest synonimem przepukliny (hernia), używanym i w mowie potocznej, oraz ze względu na konieczność ujednostajnienia s'ownictwa naukowego, do czego Towarzystwa Lekarskie wielce przyczynić się mogą i powinny. Żałuję, że z powodu nieobecności w Radomiu nie mogłem słyszeć odczytu kol. D. Chciałbym jednak zwrócić uwagę na wielką praktyczno-leczniczą doniosłość, wypływającą z wczesnego i pewnego rozpoznania przymiotu dziedzicznego, zwłaszcza, jeżeli wskutek tego zarządzeniem zostanie odpowiednie leczenie swoiste, nie tylko dziecka ale i rodziców. Na tej drodze da się osiągnąć zmniejszenie przerażającej liczby poronień, spowodowanych przymiotem rodziców (przeszło 80% wszystkich poronień) zapoznanym, zaprzeczonym lub całkiem niepodejrzany; a oprócz tego przez przeprowadzenie swoistej kuracji, zabezpieczymy rodziców od ewentualnego, nowego i być może bardzo niebezpiecznego wybuchu choroby. Odnosnie powyższych okoliczności, wraził mi się żywo w pamięć następujący przypadek z mojej praktyki: przed kilkunastoma laty leczyłem przez lat kilka 9-letniego chłopca na przymiot dziedziczny wczesny; geneza tej choroby była długo dla mnie wątpliwą, gdyż znana mi dobrze matka nie była podejrzana o przymiot, a ojciec — nieznan mi — przechodzeniu tej choroby; zaś o 2 lata młodszy brat — acz wątpliwy — był dotąd zdrowym. Dopiero po upływie kilku lat zapadł i on, w 12 roku życia, na mięczakowe objawy skórne i kostne, które upoważniły do rozpoznania przymiotu dziedzicznego późnego. Podejrzanie na przymiot odziedziczony po ojcu stało się zupełnie uzasadnionem, gdy tenże zapadł po kilku latach na myelitis transversa luetica, której prawdopodobnie byłby uniknął, gdyby przedtem na zasadzie dziedzicznej choroby synów, poddał się swoistemu leczeniu. Ponieważ zmiany i pojedyncze objawy przymiotu dziedzicznego tak wczesnego, jak

i późnego, prawie niczem się nie różnią od takichże objawów przymiotu nabytego (abstrahując, rozumie się, od wywiadów i etyologii) przeto uważam za właściwe silnie zaakcentować dwa objawy, przymiotowi dziedzicznemu właściwe, których należała ocena może niekiedy rozstrzygnąć rozpoznanie tej choroby. Pierwszym — jest *bąblica przymiotowa noworodków* (pemphigus neonat. syphil.) odróżniająca się od bąblicy zwyczajnej (pemphig. vulg.) wyłącznem umiejscowieniem na podszewkach i dłoniach, słabem wypełnieniem bąbli (infantes semicocci Hebrae) przez surowicę, zaraz od początku mętną lub przez zawartość bąbli ropną, a niekiedy krwawą i przez wydatną czerwoność otaczającą podstawę bąbli. Drugim objawem jest *osteo-chondritis syphilitica gummatosa neonat* z następczem oddzieleniem trzonów kości długich od nasad kostnych, zdradzającym się przez: treszczenie (crepitatio), obrzmienie, ból i niemożność poruszania kończyną, wskutek czego powstaje t. z. *pseudo-paralysis syphilitica infantum*, które to objawy tak są uderzające i charakterystyczne, że jeżeli się wydarzą, to same jedne wystarczają do rozpoznania przymiotu dziedzicznego. Co do kwestyi *zaraźliwości późnego mięczakowego okresu przymiotu*, wyłowionej z odczytu kol. Drewnowskiego i podjętej przez kol. Fiedlera, to mniemam, że łatwiej przyjdzie w tej kwestyi do porozumienia, jeżeli zapatrywać się na nią będziemy ze stanowiska bakteriologicznego. Pomimo, że do'ąd nie znamy lasecznika przymiotowego, gdyż i świeżo wykryty w nasieniu mężkiem przez Joseph'a i Piorkowskiego (Berlin), lasecznik wymaga dalszego badania i potwierdzenia, jesteśmy zupełnie upoważnieni do rozbiierania zajmującej nas kwestyi zaraźliwości 3 i o rzędownego przymiotu ze stanowiska bakteriologicznego, tembardziej, że dane statystyczne na których przeważnie opierają swoje wywody poprzedni mówcy, nie mogą stanowić materiału dowodowego, gdyż są za szczupłe i za jednostronne, pochodzą bowiem prawie wyłącznie ze szpitali i klinik i bardzo rzadko obejmują całkowity przebieg choroby danego osobnika, a tem mniej historię jego potomstwa. Należałoby więc dopiero stworzyć zbiorową racjonalną statystykę przymiotu, na podstawie jednostajnego wyczerpującego szematu, jako to proponował prof. Koebner (H. Koebner. Zur statistischen, beziehungsweise zur Sammelforschung über d. Pathologie der Syphilis. Archiv für Dermatologie u. Syphilis — 1886. s. 831). Brakowi takiej statystyki można przypisać sprzeczność przytoczonych tu zdań i wyni-



kającą ztąd zawilosc kwestyi. Do tego przyczynia się także i przestarzały a sztuczny podział Ricord'a na przymiot pierwszo-dru-go i trzeciorzędowy. Czas b, łoby już porzucić to — nazbyt kateryczne i w naturze nieistniejące odgraniczenie objawów chorobowych. Można mieć nadzieję, że u nas stanowczy ku temu krok już został zrobiony, przez wprowadzenie do szpitali nowego, obowiązującego szematu z podziałem na przymiot wczesny czyli lepieżowy (Syph. recens s. condylomatosa) i przymiot późny czyli miękczakowy (syph. tarda s. gummatosa). Jeżeli więc przyjmujemy za zasadę: 1-o że zaraźliwość choroby polega na przeniesieniu swoistego lasecznika przymiotowego, czy to wskutek bezpośredniego zaszczenia i przedostania się go do naczyń chłonnych, a potem i do krwionośnych — przymiot nabyty, czy też za pośrednictwem nasienia męskiego, jajka kobiecego lub krwi — przymiot wrodzony czyli dziedziczny, i 2) że dalszy rozwój, przebieg i stopień zaraźliwości choroby zależy od żywotności (jadowitości bakteryi i przeciwdziałania zarażonego ustroju, warunków podłoża), to łatwo da się wytłomaczyć; dla czego produkta chorobowe wczesne-zapalne, po wierzchnowne (na skórze i śluzówkach) są bezwzględnie zaraźliwe, gdy późne-miękczakowe - miejscowo ograniczone, lecz głębiej sięgające twory (neoplasmata) powstałe pod wpływem zmniejszonej żywotności lasecznika i nasycenia ustroju toksynami i substancjami uodparniającymi, są zazwyczaj niezaraźliwe, a raczej nieprzeszczepialne t.j. nie wywołują choroby wprost czyli t. zw. przymiotu nabytego. Lecz za to przechodzenie bakteryi (obecnie przyjęto ogólnie hipotezę, że późne objawy przymiotu, również jak i wczesne, zależą od bakteryi — a nie od toksyn, jak to poprzednio twierdził Finger, od czego jednak sam później odstąpił) w późnym okresie za pośrednictwem nasienia męskiego, jajka kobiecego i krwi (Syph. materna postconceptionalis) wywołuje dość często przymiot dziedziczny. Nie należy więc zbyt optymistycznie zapatrywać się na niezaraźliwość późnych objawów przymiotu, gdyż: 1<sup>o</sup> żywotność bakteryi może być łatwo wzmożoną przez zewnętrzne (np. uraz) i inne wpływy, co może wywołać — przy jednoczesnym zmniejszeniu odporności ustroju — nowe rozmnażanie się bakteryi, przejście ich do ogólnego krwioobiegu i świeże produkowanie zaraźliwych tworów chorobowych i 2) ze względu na to, że możność przechodzenia zarazka z rodziców na dzieci i odwrotnie — z zarażonego przez ojca dzie-

ka na zdrową matkę (t. zw. choc en retour) nie jest ograniczona do żadnego okresu choroby, lecz może nastąpić nawet i w okresie zupełnego jej utajenia, jak to już przez poprzednich mówców zaznaczonem zostało. (Autoreferat).

Kol. P a p i e w s k i. Teza zaraźliwości i dziedziczenia przymiotu 3-cio rzędowego, wypływająca jakoby ze statystyki Bośni i Hercegowiny, polega na nieporozumieniu. Te postaci endemii przymiotowej, jakie tam, a szczególnie na wysoach dalmackich panują (Scerljevo) nie są li tylko przymiotem 3-io rzędowym, rozpadających się kilaków, lecz i drugorzędowym — rozpadających się lepieży, stanowiących circulus vitiosus wskutek zamkniętego patryarchalnego bytu ludności miejscowej. Nie stanowi tu statystyka (istotnie bardzo smutna) dowodu na korzyść zaraźliwości kilakowego okresu jak twierdzi kol. Drewnowski. Z kol. Majkowskim nie mogę się zgodzić na tym punkcie, jakoby pęcherzyca noworodków (pemphigus) stanowi objaw przymiotu dziedzicznego zawsze, gdy treść pęcherzy zmienia się w ropną. Zarówno Ritter von Rittershain, jak i inni pediatrzy, widzieli przypadki ciężkiej bąbliny, która jednak kończyła się wyzdrowieniem bez leczenia swoistego przeciwprzymiotowego. To co nazywają pęcherzyca charłaczą (p. cacheticus) nie różni się od pęcherzyzny syfilitycznej, przecież nie zawsze jest ostatnią, grają w jej powstawaniu oczywiście i inne, mniej znane, przyczyny. Ja sam obserwowałem u Ebsteina w Pradze i w swej późniejszej praktyce prywatnej takie postaci, a jeden z nich opisany był nawet przez kol. Łazowskiego w „Gaz. Lek.“ z zejściem w wyzdrowienie. Przejście wysięku pęcherzowego w ropny dowodzi wtórnego zakażenia ropnego z zewnątrz, co przecież tak łatwo u noworodka dopuścić. W jednym z moich przypadków z ropną zawartością pęcherzy wykluczony był przymiot matki w zupełności, przymiot zaś ojca był wątpliwym i b. oddalonym w czasie, gdy pęcherzyca przymiotowa tylko po świeżo zarażonym ojcu dopuszczoną być może.

(Autoreferat).

Kol. I d z i k o w s k i odczytał rzecz: „O rozszerzaniu szyi macicznej zapomocą tępych narzędzi.“ (Będzie drukowane w „Czas. Lek.“)

Dyskusya nad powyższym odczytem z powodu opóźnionej pory odłożoną została do następnego posiedzenia.

Na tem posiedzenie zamknięto.

Prezes: J. Majkowski.

Sekretarz: Cennère.



## Krytyka i bibliografia.

### Medycyna i higiena w kalendarzach ludowych.

Na innym miejscu naszego pisma (p. str. 72) jest mowa o nowych drogach szerzenia zasad higieny wśród ludu.

Warto się wszakże też przyrzuć, jakie wiadomości szerzy się dziś starymi drogami, najstarszemi: przez kalendarze ludowe.

Niewątpliwie, kalendarz jest do dziś dnia tą książką, która najchętniej jest przez lud nabywana; jest to często jedyna książka, prócz modlitewników, w ciągu roku kupiona.

Zrozumiałem się to stanie, jeśli weźmiemy pod uwagę, że żadnej książki tak tanio, jak kalendarza, sprzedawać niemożna, a to znów dla tego, że kalendarze mają zyski z ogłoszeń, których przy innych książkach nie bywa.

Mając więc utorowaną drogę do czytelnika, mógłby kalendarz roznosić światło wiedzy.

Niestety, tandeta pauzuje tu wszechwładnie.

Przejrzałem kilkanaście kalendarzy ludowych wydanych na r. 1904 i tylko w dwu znalazłem dział lekarski opracowany uczciwie.

W znakomitym pod wszystkimi względami kalendarzu Brzezińskiego „Gospodarzu” i w kalendarzu „Kaliszanin”—działy higienie poświęcone stoją na wysokości zadania, dają pożytek rzetelny.

We wszystkich innych działach medycyny i higieny roją się od fałszów, a tam, gdzie nie oszukują czytelnika—są dlań albo niezrozumiałe albo zgoła zbyteczne.

Niech mówią przykłady:

Kalendarz „Strzecha rodzinna”, dziełnasty rok wydawnictwa. Ułożony przez Edwarda Kolińskiego. Uznając dobre chęci i zasługi autora, gorąco go jednak potępić muszę za sposób, w jaki popularyzuje higienę wśród ludu.

Artykuł: „Hartowanie ciała”. Oto wyjątki z tego artykułu przeznaczonego dla czytelnika z ludu:

„Zniewscieliliśmy, staliśmy się neura-  
stnikami”.

„Gdy dziecko podrośnie... pracuje umysłowo za dużo i rozwija mózg ze szkodą innych narządów”.

W młodości o hartowaniu myślą rodzice, potem „gdy człowiek zostaje samodzielny, gdy wstąpi do uniwersytetu”... sam o tem musi myśleć.

I to pisane jest dla naszych włościan (bo dla nich jest „Strzecha rodzinna” przeznaczona, jak to widać z treści wszystkich innych artykułów kalendarza)!

„Poradnik dla matek” w „Strzesze rodzinnej” ułożony jest aforystycznie; rady są podawane w postaci zdań krótkich, w postaci pewników. Są to znów rady dla włościan przeznaczone.

W rozdziale „Żywienie dzieci starszych”:

„Centryfugi dostarczają dobrego mleka zbieranego”.

„Kefir dobry, ale tylko № 2”.

„Wodę pić można z kwasem cytrynowym”.

W rozdziale: „Ćwiczenia ciała”:

„Najlepszą jest metoda gimnastyczna szwedzka; niemiecka szkodzi dziecku”.

„Gra w krokieta nieodpowiednia”.

„Jazda na rowerze jest niehygieniczna”.

„W zimie można pływać w odpowiednio urządzonym basenie”!

„Pożyteczna jest szermierka na szpady”.

W rozdziale „Ucho zdrowe”:

„Robaki, które dostają się do ucha, zabija się (*sic!*) kroplami oliwy”.

W rozdziale „Mowa poprawna”:

„Niemota dzieli się na słuchową i ruchową; przyczyną ostatniej są wady automatyczne”.

„Francuszczyzny nie uczyć dopóki dziecko nie zna gruntownie języka ojczystego”.

W rozdziale „Zdrowie umysłu”:

„Wychowanie obecne jest niedobre, bo każe wtlaczać zbyt wiele wiadomości do umysłu”.

Koroną jednak tej popularyzacji wiedzy przeznaczonej dla naszych włościan jest artykuł: „Nie jadajmy mięsa bądźmy jaroszami”!

Więc doczekaliśmy się tak błogosławionych czasów, że nasz lud wiejski trzeba odciągać od mięsa!

Niestety, dojsz do tego aż nazbyt łatwo, nawet za pomocą takich argumentów, jakie tu znajdujemy:

„Z mięsa powstaje wiele chorób, wśród których miejsce naczelnie zajmuje rak i suchoty”.

„Prawdziwa kultura, to nie gospodarstwo rolne, lecz ogród owocowy”.

„Konieczną jest rzeczą, przekształcić pola na ogrody”.



„Tylko na łonie świętego ubóstwa“ każe autor szukać naszemu włościaninowi szczęścia.

I to wszystko stanowi dział naukowy książki, która ma nieść wiedzę pod strzechy!

Gdy podobne bzdurstwa i bałamcnictwa zajmują kilkanaście kartek—sprawie walki z pijaństwem poświęcono niecałą stronicę!

Kalendarz „Święta Rodzia“. Nakładem Karola Miarki. Rocznik szósty.

W artykule: „Szkodliwość korzeni w potrawach. Z doświadczeń trapisty“ uznano wszelkie przyprawy za szkodliwe, ponieważ pobudzają do pijaństwa; nawet sól bezwarunkowo odrzucić należy, bo i ona powodując pragnienie, zmusza do... picia wódki.

Rzecz zabawna, że zaraz na następnej stronicy jest dokładny przepis leczniczy namawiający właśnie do... pijaństwa.

W artykule „Jak ludzie długo żyją“ podano przepis na „eliksir długiego życia“, który pić należy w „czerwonym winie“.

Oto przepis:

- $\frac{1}{4}$  lóta korzenia cytrynowego (=4,1666 g);
- $\frac{1}{4}$  „ „ goryczkowego;
- $\frac{1}{2}$  „ „ rzewieniowego;
- $\frac{1}{4}$  „ wschodniego szafranu;
- $\frac{1}{4}$  „ białej gąbki modrzewiowej;
- $\frac{1}{4}$  „ weneckiego teryaku;
- $\frac{1}{4}$  „ korzenia dzięgielowego.

Wziąwszy to wszystko razem, należy potłuc i wsypać do butelki „napełniającej ją do reszty berlińska kwarta wódki francuskiej, lub jeszcze lepiej rumem“.

„Eliksir ten dodaje siły, wzmacnia ducha ożywiającego i zaostrza zmysły, tamuje gościec i podagrę, szczególnie zaś przy sięganiu tejsze do piersi.“ „Działła nadzwyczaj skutecznie przy głuchocie“.

Dawki przy różnych chorobach: „Na strawienie 2 łyżki stołowe“. „Pijanym 2 łyżki stołowe“. „Przeciw pedogrze 3 łyżki“. „Przeciw kolkom i wzdęciom 3 do 4 łyżek z białym winem francuskim.“ „Przeciw robakom u dzieci codziennie przez 8 dni pełną łyżeczkę, zmieszawszy z białym winem“.

Jedno jeszcze działanie (pewne!): „pozem sen jest znakomity“.

Tak się szerzy oświatę w XX wieku, tak zwalcza pijaństwo: zabrania się soli, bo budzi pragnienie, t.j. sprzyja alkoholizmowi; jednocześnie zaś radzi się zażywania (dzieciom!) ziółek na araku, rozpuszczonych w białym winie...

W „Kalendarzu katolickim“ obok ładnego wierszyka „Potrzeba oświaty“ jest artykuł aż nadto jaskrawie niezgodny z nauką i medycyną; natomiast króciutki artykuł „Szybka pomoc w nagłych wypadkach“, jakkolwiek niezbyt ścisły, pewien pożytek przynieść może.

W kalendarzu „Przyjacieli ludu“ jest jeden artykuł z dziedziny higieny „O wągrach u świń“—przedrukowany z „Rolnika i Hodowcy“—rzecz pożyteczna.

W „Pamiętniku Częstochowskim“ pana Grajnera medycynie udzielono mało miejsca, bo tylko kilkanaście wierszy w „Radach pożytecznych“. Czytamy tam, że „jabłka czyszczą i rozrzedzają krew“ i że „ciepłe jabłka zgotowane oddziały wają dobrze w chorobach gardła“.

Jak widzimy, niezależnie od nowych sposobów szerzenia zasad higieny, należałoby i z tych starych, utartych inaczej korzystać, aniżeli się to dziś czyni.

S. Sg.

## K R O N I K A .

— 13 — Wydział lekarski Uniwersytetu lwowskiego urządza w bieżącym roku szkolnym trzytygodniowe kursa dla lekarzy w czasie od dnia 10-go do 30-go marca. Wpisywać się można w kwesturze od 1-go do 5-go marca. Chcących brać udział w kursach o ograniczonej liczbie uczestników uprasza się o wczesne zgłaszanie się do Prof. D-ra Szymonowicza (ul. Panska 4.), który też udziela bliższych wiadomości.

Szczegółowy program wkrótce będzie ogłoszony.

— 14 — Otrzymuje następujący list:

„Szanowny Redaktorze!

Za pośrednictwem sz. Redakcji „Czasopisma lekarskiego“ uprzejmie dziękujemy wszystkim Sz. Kolegom za łaskawe zainteresowanie się ankietą w sprawie częstości przypadków raka w Królestwie Polskiem

i za poparcie naszych usiłowań przez nadesłanie tak licznych i bogatego materiału, oraz najuprzejmiej prosimy tych Sz. Kolegów, którzy dotychczas kwestyonaryuszy nie zwrócili, o zwrot takowych.

Dr. St. Serkowski. Dr. J. Maybaum.

— 15 — Pismo berlińskie „Vorwärts“ w notatce o wyroku w sprawie zaburzeń w Hucie Laury (gdzie niesłychanie surowo skazano Polaków za rozruchy podczas wyborów) potępiło, między innymi, lekarzy: Rizenfelda i Nawrockiego za rzekome udzielanie informacji władzom śledczym o swoich pacjentach, ranionych podczas rozruchów. Według „Kuryera Warsz.“ (№ 12) Dr. Nawrocki, pomimo sprostowania, zamieszczonego przez „Vorwärts“, oskarżył go o obrazę; okazuje się też z jego zeznania, że urzędnik policyjny był



u niego i żądał wyjaśnienia nazwisk, że jednakże spotkał się ze stanowczą odmową, na skutek której przyszedł po raz drugi w godzinach przyjęć i bez wiedzy doktora śledził w jego poczekalni, jacy pacjenci do niego przychodzą.

Wezwany do sądu policjant, Niemczyk, który spełniał tę właśnie ciekawą czynność, potwierdził w pełni zeznanie doktora.

Sąd skazał redaktorów „Vorwärts“, uznając, że działali w dobrej wierze, za obrazę dr. Nawrockiego na dwa miesiące więzienia.

W trakcie badań w tej sprawie okazało się też z zeznań świadków, iż podczas procesu bytomskiego (również o zaburzenia wyborcze) skonfiskowano dziennik doktorski i następnie według tego dziennika dokonano aresztowań.

Lekarz, któremu ten gwałt zadano, nie wystąpił, zdaje się, ze skargą publiczną.

-16- Jako pismo lekarzy prowincjonalnych musimy tem samem sprawie felczerzywu więcej, niż inne pisma lekarskie, udzielać miejsca.

Znów nam do tego okazji daje „Przegląd felczer-ski“, który zamiast na właściwe drogi — kieruje swych czytelników na bezdroża partactwa i przekroczeń prawa.

Bo oto np. w № 2 „Przeglądu“ wydrukował pan Fr. Siennicki wykład kliniczny p. t. „Padaczka (epilepsja)“. Wykład samostiny—bez powoływania się na jakieś źródła — nosi cechy poważnej naukowości dzięki takim ustępom, jak np. „Rozszerzenie naczyń rdzenia przedłużonego (Schröder v. d. Kolk.) ostra, szczególnie kurczowa postać niedokrewności mózgu (Kussmaul i Tenner) mają sprawiać takie napady“. Czyż jednak wielu czytelników „Przeglądu“ korzyść z takich wykładów mieć może — jest rzeczą bardzo wątpliwą.

Natomiast już wprost niewłaściwym jest ten długi spis recept, jaki przytacza autor. Znajdujemy tu i opocerebrynę, i przetwory belladonny, i Extr. Hyoscyami, i Amylenum hydratun, i Atropinum, i Curare (w dawkach do zastrzykiwań rodskórnych) i Chloral hydr., i Aethylenum brom.—środki, które tylko lekarzom przepisywać wolno.

W jakim celu to wszystko w „Przeglądzie felczer-skim“ się drukuje? Chyba tylko po to, by nauczyć czytelników leczenia padaczki tymi środkami. Że zaś panowie aptekarze aż nadto chętnie będą te recepty zatłuwali — więc „Przegląd“ sprzyja rozwojowi praktyk leczniczych zabronionych felczerom przez prawo.

Powołujemy się wprost na prawny zakaz, bo — jak widzimy — nie rozumie „Przegląd, jak dalece niemoralnem jest dopomaganie ludzium niewykalifikowanemu do stosowania zabiegów i leków silnie działających.

Dziwnym zbiegiem okoliczności i „Lekarz Homeopata“ w pierwszym zeszycie z r. b, ogłosił pracę naukową p. t. „Padaczka“. O naukowości tej „pracy“ niech dadzą wyobrażenie następujące urywki. „Co się tyczy rozpoznania różniczkowego, to należy tylko (sic!) na uwadze mieć udawanie (simulatio)“, „Dyeta arbusowa (oprócz arbusów wolno w skromnej ilości kasze, chleb i mleko) na długi przeciąg czasu znosi zupełnie napady padaczki“. „Jeżeli padaczka powstała wskutek przestraszenia zalic. Stram. 3<sup>ci</sup>“. „Jeżeli wskutek zmartwienia—Ign. 3<sup>ci</sup>“.

-17.—Zwracaliśmy już niejednokrotnie w „Czasopiśmie“ uwagę na obowiązek lekarzy interesowania się sprawami aptekarstwa.

Powracamy do tej kwestyi z powodu pracy pana Zygmunta Dutkiewicza, drukowanej w „Farmaceutyce polskiej“ pod nagłówkiem: „Hygiena zawodu aptekarskiego“.

Przeciążenie pracą, wykonywaną w najgorszych warunkach i higienicznych, wyczerpanie ogólne, a więc i uwagi, często praca gorączkowa, a zawsze—praca tak

bardzo odpowiedzialna — oto warunki, przy których są przyrządzane przepisywane przez nas leki.

Ze względu więc choćby na obowiązki dla swych chorych powinien każdy lekarz mieć odwagę zwrócenia uwagi aptekarzowi na zło, płynące z takiego stanu rzeczy.

Wogóle zaś, jeśli obchodzi nas higiena otoczenia, higiena różnych zawodów, dla czego mamy pozostawać obojętnymi właśnie na higienę zawodu aptekarskiego?

— 18 — Sprawa poruszona przez nas w „Kronice“ zeszytu Styczniowego (№ I, str. 48) została rozwiązana zgodnie z naszym na nią poglądem.

Kol. Wiśniewski odwołał się do Łódzkiego Towarzystwa lekarskiego (którego, zresztą, nie jest członkiem), prosząc, by rozpatrzone zarzuty przeciw niemu podniesione i poddając się zgóry orzeczeniu Zarządu Towarzystwa.

Wynikiem tego było ogłoszenie następującej rezolucyi w № 312 „Gońca łódzkiego“ z r. 1903.

Od zarządu Łódzkiego Towarzystwa lekarskiego.

W № 320 „Gońca łódzkiego“ pomieszczony został artykuł pod tytułem „O pewnym wakanie słów kilka“, w którym nagromadzono sporą ilość niby faktów, przedstawiających w najgorszym świetle starszego lekarza kolei łódzkiej dr. Wiśniewskiego, a mianowicie ze względu na stosunek jego do poprzedniego lekarza-konsultanta i do pracowników kolei.

Na prośbę dr. Wiśniewskiego zarząd Łódzkiego Towarzystwa lekarskiego wspólnie z osobami dokładnie poinformowanymi zajął się wyswietleniem tej sprawy, przyczem, po rozpatrzeniu odpowiednich dokumentów, okazało się, że wszystkie, przytoczone w wspomnianym artykule fakty, zostały albo przeinaczone, albo w tendencyjnym świetle przedstawione; nie mogą zatem pod żadnym względem służyć jako dowody, obciążające w jakikolwiek sposób dr. Wiśniewskiego.

Zarząd Towarzystwa z całą gotowością zajął się tą sprawą, mając na względzie godność stanu lekarskiego wogóle; jednocześnie wyraża przekonanie, że publiczne wytaczanie podobnych spraw bez dokładnego ich sprawdzenia jest niesłuszne, budzi bowiem rozgoryczenie i podkopuje zaufanie do lekarzy wogóle, co przecież nie jest zadaniem prasy.

Przewodniczący: K. Jonscher.

Sekretarz: J. Birenkiewicz.

Pod tą odezwą umieściła redakcyja „Gońca łódzkiego“ od siebie następujące objaśnienie.

Zamieszczając powyższą odezwę Towarzystwa lekarskiego, schyłamy czoło przed jego zdaniem w danej sprawie, wierzymy bowiem, że w rozpatrywaniu takowej Towarzystwo starało się być zupełnie bezstronnem. Uważamy jednak za słuszne zaznaczyć w odpowiedzi na ostatnie żądanie odezwy, że działalność lekarzy, o ile ona dotyczy ogółu, znajduje się pod jego kontrolą, gdyż niema etyki zawodowej, jest tylko ogólnie ludzka. Znając pobudki postępowania człowieka, można nieraz usprawiedliwić do pewnego stopnia jego działalność, chociaż ona nie jest należytą, w tej nadziei, że odpowiednio oświetlona da się naprawić przy dobrej woli jednostki.

Złą jest plotka, ale wystąpienie z otwartą przyłbicą nigdy nie może być karygodnem: dowodem powyższa odezwa Towarzystwa lekarskiego, prostująca ogólnie rozpowszechnione widocznie mylne sądy.

Po wtóre, kol. Wieliczko nadesłał nam następujące dwa listy:

Do Redakcyi „Czasopisma lekarskiego“. Z powodu kroniki w zeszycie styczniowym oświadczam, że ani autorem, ani też inspiratorem artykułu „Gońca łódzkiego“: „o pewnym wakanie słów kilka“ nie jestem, na dowód czego załączam odnośny list redakcyi „Gońca“ i proszę o odwołanie w najbliższym zeszy-



cie „Czasopisma“ niezasadnionego i nieusprawiedliwionego podejrzenia przez wydrukowanie niniejszego zaprzeczenia łącznie i listu redakcyi „Gońca łódzkiego“.

J. Wieliczko.

Do powyższego dołączony został list redakcyi „Gońca łódzkiego“ następującego brzmienia:

W. Dr. Wieliczko, w miejscu.

Szanowny Panie!

W odpowiedzi na list W. Pana i wystosowane w nim zapytanie o nazwisko autora artykułu „O pewnym wawansie“ donosimy W. Panu, iż jakkolwiek nie jesteśmy obowiązani wyjawiać nazwiska autorów, ani też „inspiratorów“ — jak się W. Pan wyraża — w tym wypadku możemy odstąpić od zasady i oznajmiamy, iż artykuł ten pisany był przez jednego z członków redakcyi, na podstawie faktów, opowiadanych nam w redakcyi przez osoby wiarogodne. Za redakcyę „Gońca łódzkiego“

Monsiorski.

— 19 — Odpowiedzialność lekarza za wykonanie operacyi bez zgody pacyenta lub jego rodziców. Sprawę tę Senat wyjaśnił w następujący sposób: lekarz wogóle za działalność swoją, przedsięwziętą w celach leczniczych, nie może podlegać odpowiedzialności karnej, chociażby operacya przyczyniła ból choremu; w przypadkach zaś, gdy ze względu na rodzaj choroby należało wykonać operacyę, grożącą choremu utratą jakiegokolwiek ważnego narządu lub też śmiercią, lekarz obowiązany jest koniecznie otrzymać pozwolenie chorego, rodziców lub osób, zajmujących ich miejsce; w razie, gdy pozwolenia nie uzyska, a operacyę wykona, podlega odpowiedzialności karnej. Wyjątkiem mogą być tylko takie przypadki, gdy ze względu na okoliczności uzyskać pozwolenia nie można, a stosownie do wskazówek lekarskich operacya jest konieczna.

— 20. — Przy sposobności X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, we Lwowie w lipcu 1904, urządzoną zostanie wystawa. Stosownie do prośby komitetu wystawy podajemy jej program.

*Program wystawy przyrodniczo-lekarskiej i higienicznej X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w roku 1904. (od 20 Czerwca do 24 lipca)*

Celem wystawy jest przedstawić ogółowi publiczności ruch naukowy w piśmiennictwie przyrodniczem i lekarskiem, owoce badań umiejętnych, środki naukowe, jakimi obecnie się posługujemy, tudzież wszystko, co z gałęzi przemysłu i rękodzielnicstwa z naukami przyrodniczymi i lekarskimi pozostaje w związku; jako też postępy higieny w najobszerniejszem zastosowaniu jej do życia codziennego.

Wobec tego dzielić się będzie wystawa na dwa oddziały a mianowicie Oddział przyrodniczo-lekarski i Oddział higieniczny.

*I. Oddział przyrodniczo-lekarski obejmować będzie następujące grupy;*

1. Grupa naukowa przyrodniczo-lekarska, a więc: a) pisma periodyczne, przyrodnicze i lekarskie; wydawnictwa książkowe periodyczne, b) dzieła i rozprawy przyrodnicze i lekarskie, c) okazy, modele naukowe, zbiory przyrodniczo-lekarskie, preparaty anatomiczne, fizyologiczne, anatomo-patologiczne, diagramy, kartogramy, mapy i t. p., d) wszelkie wykazy statystyczne z zakresu demografii, fizyografii, statystyki zdrowotnej, higienicznej, ubezpieczenia robotników i t. d. e) bakterjologia, f) weterynaryja, g) okazy przyrodnicze i lekarskie sztuczne z różnych materiałów, jak masa, gips, wosk i t. p., h) przyrządy naukowe, jak n. p. do fizyki, fizjologii, farmakologii, chemii, krytalografii, astronomii i t. p., i) antropologia, k) antropometryja.

2. Grupa balneologiczna, która zawierać będzie a) wody mineralne naturalne polskie, b) przetwory w zdrojowiskach polskich otrzymywane, c) statystykę polskich zdrojowisk i miejsc klimatycznych,

d) plany, mapy, fotografie i t. p. polskich zdrojowisk i miejsc klimatycznych.

3. Grupa aptekarska, a więc: a) statystyka aptekarska, b) urządzenie wzorowych aptek, c) przybory i przyrządy aptekarskie, d) przetwory objęte farmakopeą, e) wina lecznicze, f) farmakopea wytworna, g) specyfiky farmaceutyczne, h) środki dyetetyczne, i) opatrunki chirurgiczne, k) wody mineralne sztuczne, l) krajowe rośliny lecznicze.

4. Grupa przemysłu chemicznego: fabryki kwasu siarkowego, azotowego, siarkanu żelazowego, sody i przeróbek tejsze. Fabryki farb olejnych i akwarelowych; fabryki glazury do naczyń; fabryki cementu; fabryki octu; fabryki parafiny, cerezyny i oleju waselinowego; fabryki mydeł, świec, pachnidel, kosmetyków; fabryki atramentu, czernidla i smarwidel do skór; fabryki przetworów chemicznych, farmaceutycznych, opatrunków; fabryki sztucznych wód mineralnych i soli zdrojowych; farbiarnie; fabryki środków dezynfekcyjnych i odwianających.

5. Grupa narzędzi i przyrządów: a) przyrządy precyzyjne naukowe, b) instrumenta chirurgiczne i położnicze, c) instrumenta optyczne, d) narzędzia anatomiczne, dentystryczne, semiotyczne i weterynaryjne, e) przyrządy ortopedyczne, elektrolekarskie, balneotechniczne, chemiczne, fizyczne, meteorologiczne i astronomiczne, f) mikroskopy, skioptikony, g) przyrządy i materiały służące do pielegnowania chorych, h) fotografia a więc: aparaty fotograficzne i wszystko to, co do zdejmowania fotografii, ich wywoływania i reprodukcji jest potrzebne, fotografia zastosowana do nauk przyrodniczych, lekarskich i technicznych, fotografie amatorskie w okazach, pomysły własne w modelach i rysunkach, odnoszące się do samej techniki fotograficznej, jako też do stosowania sztuki fotograficznej w naukach przyrodniczych, lekarskich i technicznych, i) Roentgenografia, k) urządzenia aseptyczne, l) dentystryka.

*II. Oddział higieniczny zaś ma obejmować następujące grupy:*

1. Higiena żywienia a więc: a) higiena zębów i jamy ustnej, b) skład chemiczny i znaczenie pokarmów, c) fizyologia trawienia, d) odżywianie niemowląt, e) środki zwalczania alkoholizmu, f) konserwy i grzyby, g) mięso zdrowe i zakażone, h) produkty spożywcze w stanie normalnym, zanieczyszczonym i zafałszowanym, i) badanie domowym sposobem produktów spożywczych, jak np. mleka i masła, k) woda, jej składniki normalne, analizy wód, filtry, l) żywienie w szpitalach, zakładach humanitarnych, towarzystwach dobroczynności, ochronkach, więzieniach, m) urządzenie kuchni, spiżarni, piwnicy, mleczarni, piekarni, cukierni, n) cukrownictwo, o) przetwory owocowe, miody, suche owoce.

2. Grupa urządzeń gminnych ku utrzymaniu zdrowia ludności: a) ogrody publiczne, zakłady kąpielowe, wychodki publiczne, targowice i rzeźnie, studnie i wodociągi, b) powstrzymywanie i usuwanie wpływów szkodliwych zdrowiu, a więc: czyszczenie ulic, usuwanie śmieci, usuwanie nieczystości, ich niszczenie i użytkowanie, niszczenie padliny, usuwanie dymu i sadzy, grzebanie zmarłych, cementarze, krematoria, kanalizacya, c) oświetlanie, d) zabezpieczenie od pożarów, pomoc w nagłych wypadkach, ogrody publiczne, herbaciarnie i schroniska dla osób bezdomnych, e) ochrona zwierząt.

3. Grupa szpitalnictwa: a) plany i statystyka ruchu chorych w szpitalach, b) lecznice, c) stacje ratunkowe, d) zakłady dla obłąkanych, e) wzorowe urządzenia szpitali i sanatoryjów.

4. Grupa wychowania młodzieży: a) higiena budynków, narzędzi i przedmiotów szkolnych, b) higiena internatów i prywatnych zakładów wychowawczych, c) higiena metody nauczania, d) higiena nauczania i środków naukowych, e) nauka higieny



dla uczniów i nauczycieli, *f*) fizyczne wychowanie młodzieży, *g*) stan zdrowotny szkół, choroby szkolne, nadzór lekarski w szkołach, *h*) szkoły dla słabo rozwiniętych dzieci, kursa równoległe i powtarzające, kursa dla ociemniałych, głuchoniemych i ułomnych, *i*) higiena młodzieży poza szkołą, stowarzyszenia opieki nad młodzieżą, kolonie wakacyjne, zebrania i stowarzyszenia dla propagowania zasad higieny, *k*) ogródki freblowskie, *l*) kąpiele szkolne, *m*) boiska, parki Jordana, sporty, zabawy i zabawki dla dzieci.

5. Grupa higieny fabryk i stanu robotniczego: *a*) przyrządy do ochrony zdrowia robotników, *b*) higiena fabryk, *c*) mieszkania dla robotników, *d*) statystyka chorób zawodowych, *e*) ubezpieczenie robotników od wypadków, *f*) ubezpieczenie robotników na wypadek choroby.

6. Grupa higieny mieszkań: *a*) higieniczne urządzenie mieszkań, a więc: meblowanie, opalanie, oświetlanie, przewietrzanie, zaopatrywanie w wodę, wydalanie odpadków i nieczystości, *b*) wzorowe urządzenie mieszkań masowych, jak kasarnie, więzienia, urzędy i t. p., *c*) plany higienicznych tanich mieszkań dla uboższych warstw ludności.

7. Grupa higieny odzieży a mianowicie: *a*) materiały surowe i przerabiane, *b*) ubranie higieniczne dla mężczyzn kobiet i dzieci.

8. Grupa chorób zakaźnych i ich zwalczanie: *a*) przedstawienie zarazków chorobotwórczych w preparatach mikroskopowych, hodowlach i wizerunkach, *b*) przedstawienie chorób zakaźnych w obrazach, preparatach i modelach, *c*) graficzne przedstawienie szerzenia się chorób zakaźnych, *d*) modele i oryginały przyborów dezynfekcyjnych, *e*) środki dezynfekcyjne, *f*) plany zakładów dezynfekcyjnych, *g*) surowice przeciwchorobowe i ochronne, *h*) plany dla zakładów do wytwarzania takich surowic, *i*) krowianka i zakłady krowiankowe.

9. Grupa higieny dziecka obejmuje wszystko, co ma styczność z wychowaniem dziecka, począwszy od jego pierwszych chwil życia poza łonem matki, aż do wieku szkolnego.

10. Higiena ludu t. j. zastosowanie zasad higieny do potrzeb i warunków życia ludu wiejskiego, jakoteż przedstawienie wadliwości higienicznych wśród jakich nasz lud żyje.

Szczegółów, dotyczących się Regulaminu dla wystawców udziela chętnie Redakcja „Czasopisma lekarskiego“.

*Sprostowanie.* Str. 6, szp. 1, w. 10, dodać: „lub ze szkła, peluą“ w. 11 zamiast: „półprocentowym“, powinno być: „półtysiącnym“.

## Ś. p. Seweryn Dworzańczyk

zmarł d. 22 Grudnia r. 1904, w Łodzi.

Urodzony we wsi Zawyki w gub. Grodzieńskiej, w d. 24 Grudnia 1863 roku, w niemowlęctwie utracił ojca, który zmarł zdala od kraju, zostawiając swoich w ruinie majątkowej. Po skończeniu 4 klas gimnazjum, zmuszony obowiązkami, wziął się do aptekarstwa. Zarobkując w tym zawodzie, kształcił się jednocześnie i po zdaniu egzaminu dojrzałości wstąpił na wydział lekarski, który ukończył w roku 1899-ym, w Warszawie.

„Został lekarzem (mówił kol. A. Rząd w mowie nad grobem ś. p. Seweryna) — to znaczy zaczął walkę ze starą nędzą, tylko w nowych warunkach. Został lekarzem — to znaczy rozpoczął szereg nocy niespanych, szereg wzruszeń rujnujących zdrowie, szereg obaw i przykrości“.

Osiadłszy, po krótkiej praktyce w gub. Grodzieńskiej i Rjazańskiej, w Łodzi przed laty dwunastu, kształcił się nieustannie w swym zawodzie, zyskując sympatyę wśród kolegów i wdzięczność chorych.

„Aż oto zwolna, wyhodowana w dawnych niedostatkach i bezustannej walce z trudnościami życia zaczęła zastępować mu drogę nieubłagana choroba piersiowa. I ją znosił ś. p. Seweryn z nadzwyczajnym spokojem, aż do ostatka dni swoich. Zwalczyła go jednak. Złamałaś go niedoło! I oto leży u stóp twoich niemy, zmożony.“

Żegnaj nam towarzyszu pracy. Żegnaj synu ukochanej ziemi. Służyłeś jej w miarę sił i możliwości swojej. Otóż i ona garnie Cię do łona swego i z pewnością ciężką ci nie będzie“.

Komitet redakcyjny:

L. Fankowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum  
J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, E. Sonnenberg.

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Доводено Цензурою г. Лодзь 16 Января 1904. г.

Druk. S. Dębskiego, w Łodzi.