
Czasopismo Lekarskie

Przypadek Septicopyaemiae medicalis.

Streszczenie odczytu, wygłoszonego na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Mińskiego w d. 23. Kwietnia r. 1901.

Przez D-ra **Jana Offenberga** (Mińsk).

Dokończenie.

Angina follicularis może być wywołana przez rozmaite drobnoustroje. Badania bakteryologiczne wykazały, że najczęstszymi sprawcami anginy bywają łańcuszkowce i gronkowe, więc angina follicularis powstaje pod wpływem tych samych drobnoustrojów, które znajdowano przy zakażeniach septycznych. Jednocześnie literatura tego przedmiotu uczy, że to cierpienie bywa wikłane przez objawy właściwe ropnico-posocznicy. Bruck przytacza 4 przypadki purpurae rheumaticae po angina follicularis. Sterling opisuje 5 przypadków reumatyzmu stawowego po zapaleniu gardzieli niezżytowem i wysiękowem. Biegański opisuje przypadki skrytych postaci ropnico-posocznicy po zap. gardzieli, przebiegających z objawami zapalenia wsierdza, zapalenia stawów, gośceca mięśniowego, z wysypką podobną do płonicy, do odry. Biegański też zwraca uwagę na istnienie przypadków z przebiegiem lżejszym, w których trudno rozpoznać ropnico-posocznicę; np. zap. gardzieli ustępuje, ale ciepłota kilka tygodni co wieczór nieco się podnosi, nie dochodząc wprawdzie do 38°; dokładne badanie wykrywa w końcu skrycie przebiegające zapalenie wsierdza. Kraske spostrzegął rozwój osteomyelitis po anginie. Charrin znalazł na trupie zmarłego od następstw anginy: bronchopneumonia, endocarditis valv. semilunarium a. pulmonalis; sprawa wywołana była przez staphylococcus aureus. Roeger ze 120 obserwowanych przez siebie przypadków anginy skonstatował w 20% szmer sercowy, pojawiający się niezależnie od postaci anginy, przeciętnie na 3-ci dzień choroby (pomiędzy 1—5 dniem), w 13 przypadkach jednak szmer zniknął bez śladu, a u 10 chorych, czyli 8% z po-

między mających anginę, pozostała organiczna wada serca. Z pomiędzy innych powikłań anginy ten sam autor spostrzegał reumatyzm, ropnie na goleni. Gerhardt twierdzi, że 21% anginy wikła się gośćcem stawowym. Von Kahl den przytacza przypadek Roehmhelda, który obserwował anginę, zakończoną ogólnem zakażeniem i śmiercią; sekcyja wykryła: endocarditis, ogniska mykotyczne w myocardium, pleuritis, infarkt zropiały w śledzionie i meningitis cerebrospinalis; przyczyną tych cierpień pneumococcus. Faisans i La-Damans widzieli po anginie: zapalenie stawów, opłucnej, bronchopneumonia i erythema multiforme; sprawcą w tym przypadku był micrococcus tetragenus.

Wracając teraz do przypadku, obserwowanego przezemnie, a przebiegającego z objawami Erythema urticatum, Endocarditis, Polyarthritus, Pleuritis, Bronchitis, z towarzyszeniem gorączki, powiększeniem śledziona i zakończony niedokrwistością, — zakwalifikujemy go na zasadzie powyższego do grupy „Septico-pyaemia medicalis“, powstałej po zapaleniu migdałów torebkowym.

Po dwumiesięcznej chorobie gorączkowej chory nasz z nabytą wadą serca (Insuff. v. bicuspid.) i niedokrwistością wyjechał na lato na wieś. Ku zdziwieniu memu, przy badaniu go po powrocie z wakacji, szmeru w sercu wysłuchać nie mogłem.

U chorego naszego zostało jednak usposobienie do nawrotów tegoż cierpienia.

4 Listopada r. 1899, czyli w 8 miesięcy po pierwszej chorobie, O. J. zaczął znów gorączkować. Przy bardzo nieznacznych objawach podmiotowych spostrzegało się zaczerwienienie gardzieli, a na migdale prawym biały punkcik, który się trzymał przez 2 dni. T. 38,8. Kaszel. Już następnego dnia się pojawił szmer skurczowy w sercu. W trzecim tygodniu choroby wznowiły się bóle w krzyżu, łokciach i stawach napiętkowych; w końcu 4 tygodnia choroby dał się słyszeć szmer rozkurczowy nad aortą. Choroba trwała przeszło miesiąc, ciepłota była zmienna, trzymając się typu przepuszczającego (37—39°), bądź też zwalnającego (remittens), podnosząc się zawsze ku wieczorowi; pulsus 84—102, celer, oddech przyspieszony do 36 na minutę.

Po wyzdrowieniu został przerost serca (okolica serca wypukłona, absolutna tępość serca ku górze nad IV ż., ku wewnątrz zachodzi na sternum, ku zewnątrz na l. mamillar. sin.); stały szmer rozkurczowy, najlepiej słyszalny nad aortą, tętno charakterystyczne, skaczące, uderzenie wierzchołkowe w V międzyżebrowo na l. sutkowej lewej; w ten sposób pozostała wada: niedomykalność zastawek aorty. Szmer skurczowy po wyzdrowieniu ustąpił.

Słyszalny obecnie oprócz rozkurczowego szmeru nad aortą i skurczowy szmer (przeważnie nad tętnicą płucną) powstał od trzeciego nawrotu zap. wsięrdzia, które się powtórzyło w Listopadzie roku 1900 po gryfie lub może po anginie (czego dokładnie nie miałem możności stwierdzić).

Obecnie chory nasz czuje się podmiotowo zupełnie dobrze; wada serca (*Insuffic aortae et. v. bicuspid.*) istnieje; objawy niedokrwistości się zmniejszyły, śledziona pozostała powiększona.

Leczenie w danym przypadku prowadziłem w ten sposób: chory podczas anginy płókał gardło rozczynein soli Bertollet'a; przy leczeniu powikłań przetwory salicylowe nie okazywały wpływu na zmniejszenie bólów w stawach; również i chinina nie obniżała ciepłoty. Po przejściu okresu zapalnego chory przyjmował jodek żelaza i arsenik.

Spostrzegany przezemnie przypadek, wspólnie z innymi, już w literaturze naszej znanymi, stwierdza, że angina, ciesząca się wśród publiczności opinią choroby niewinnej, może wikłać się zapaleniem wsięrdzia, stawów i innymi sprawami, do rzędu „ropnicoposocznic“ należącemi; z tego względu winniemy traktować poważnie każdy przypadek zapalenia gardła, lecząc go usilnie.

Wybitną rolę w leczeniu zapalenia migdałów odegrywa terapia miejscowa; o stosowanych w tym celu metodach chcę kilka zrobić uwag.

Leczenie miejscowe polega, dla wielu lekarzy, na stosowaniu pędzlowań i płókań dezynfekujących. Im silniejszy jest stan zapalny, tem gorliwiej się stosuje pędzlowanie, t. j. tem częściej i forsowniej smarują wacikiem miejsca chore, często aż do ukazania się krwi. Takie postępowanie prowadzi do obrażeń tkanki, przez które drobnoustrojom i toksynom otwieramy wrota do dróg krwionośnych. To też Biegański wręcz powiada, iż pędzlowania stanowią główny powód powikłań anginy. Powikłania, bez wątpienia, zdarzają się i bez pędzlowań, jak to stwierdza nasz przypadek; w każdym jednak razie, energiczne smarowanie nie należy uważać za rękoczyn niewinny i dla tego winniemy zaniechać zupełnie pędzlowań w ostrych cierpieniach gardzieli i migdałów.

Co się tyczy płókań, to stanowią one ulubiony i najbardziej rozpowszechniony sposób leczenia wszelkich cierpień gardła. Tymczasem już w roku 1862 Academie des Sciences w Paryżu uznała zwykłe płókania gardła za bezcelowe, ponieważ plyn podczas płókania dochodzi tylko do przednich łuków podniebiennych i do języczka. Nowsi badacze (Mackenzie, Chiari, Heryng) rów-

niez negują, przy szablonowym sposobie płókania, możność przedostania się płynu po za isthmus faucium. Chiari doradza płókać przy wysuniętym języku, a Heryng proponuje płókanie gardzieli zastąpić płókaniami krtani (Glouglourisme), podczas którego płyn się styka z błoną śluzową migdałów, gardzieli i krtani („bierze się do ust łyżeczkę płynu i przy pochylonej głowie pozwala się płynowi własnym ciężarem spłynąć do głębi jamy gardzielowej; po chwili należy płyn z krtani wyrzucić“); lecz obydwie te sposoby są trudne do wykonania dla dorosłych, a nieosiągalne zupełnie w praktyce dziecięcej. Oprócz tego, płókanie metodą Herynga ma tę złą stronę, iż daje możność przeniesienia choroby (np. błonicy) z migdałów do krtani. Przeciwno płókaniami przemawia jeszcze i ten wzgląd, że sprawiają one, podług słusznego sądu Eichhorsta, ból i mechaniczne podrażnienie miejsc zapalnych, a to się sprzeciwia ogólnej zasadzie — zostawiania możliwie największego spokoju organom, znajdującym się w stanie zapalnym.

Niektórzy leczą zapalenie gardła za pomocą wdmuchiwania rozmaitych proszków odkażających, lecz Jacobi słusznie to potępia, dowodząc, iż proszek in substantia sprowadza niepożądane podrażnienie migdałów.

Odrzucając powyższe sposoby, nie powinniśmy się jednak uchylać od usiłowań miejscowego leczenia anginy.

Jeżeli, na wzór doświadczeń Herynga, obsypimy za pomocą insufflatora migdały i tylną ścianę gardzieli proszkiem bismutu, wtedy po zwykłym płókaniu, jak to miałem możność się przekonać, proszek pozostaje na miejscu; jeżeli natomiast kilka razy przełknąć jakiegokolwiek płynu — proszek znika ze wskazanych miejsc; znaczy to, że tylko podczas połykania płyn się styka z migdałami i tylną ścianą gardzieli. Ruchy połykowe nie tylko doprowadzają zawartość jamy ustnej do zetknięcia z migdałami, lecz też owa zawartość przysysa się do migdałów wskutek ciśnienia ujemnego, które przy akcji połykania w tej okolicy powstaje.¹⁾

Z powyższego doświadczenia należy korzystać, kreśląc plan leczenia anginy, t. j. dać płynom połykanym możność działania na chore miejsce: a) mechanicznie i b) farmakodynamicznie.

Mechaniczne działanie polega na zabieraniu i usuwaniu z chorych miejsc śluzu, wydzieliny, resztek pokarmów i drobno-ustrojów; w tym celu należy doradzać choremu obfite posługiwa-

¹⁾ Sterling. p.: Literatura.

nie się płynami obojętnymi, często połykać wodę przegotowaną czystą lub z cytryną, z winem, pić herbatę, rumianek, czomber, napar z mięty i t. p.

Farmakologiczne działanie osiąga się przez dodanie do płynów połykanych środków odkażających, które przez zetknięcie z migdałami działają przeciwnie na powierzchnię migdałów, a nawet i na głębsze warstwy: drogą wysania się przez błonę śluzową; w tym celu mogą jednak być stosowane środki odkażające nieszkodliwe dla organizmu, jak woda sodowa, rozczyn będzwinianu sodu (1 : 175), salicylanu sodu (1 : 200); ten ostatni zwłaszcza jest odpowiedni przy podniesionej ciepłocie ciała. Do tej samej grupy środków należy zaliczyć i „*pastillae anginosae asepticae*“ D-ra Bergman'a, składające się z tymolu (0,002), będzwinianu sodu (0,02) i sacharyny (0,015); należy żuć pastylkę przez minut 10—15, aż ona zupełnie utraci swój smak, pozostałą resztę wypluć; dziennie używać pastylek od 3 do 6; pod wpływem dłuższego żucia następuje obfite wydzielanie się śliny, która miesza się z zawartymi w pastylkach substancjami odkażającymi, a te przy każdym połknięciu śliny wchodzą w zetknięcie z błoną śluzową migdałów.

Oprócz połykania środków odkażających należy dla dokładniejszego dezynfekowania migdałów, resp. gardzieli, stosować rozpylania (*pulverisatio*, spray), którymi też posługują się w tym celu niektórzy lekarze (Escherich, Ellis, Jacobi). Środki, do pulweryzacyi się nadające, powinny odpowiadać następującym wymaganiom:

1. powinny to być silne i pewne desinficientia,
2. powinny działanie swe wywierać prędko,
3. na wypadek połknięcia być nieszkodliwymi,
4. rozpuszczać się w stężeniu, odpowiedniem do dezynfekcyi,
5. nie mieć zbyt przykrego smaku.

Dla dokładniejszego oryentowania się załączam tablicę Miller'a z pracy Herynga:

1. Acidum salicylicum w rozczyźnie 1:200 wymaga do odkażenia czasu $\frac{1}{2}$ minuty.
2. Sublimat w rozczyźnie 1:2500 wymaga do odkażenia czasu $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ min
3. Natrium benzoicum w rozczyźnie 1:175 wymaga do odkażenia czasu 1—2 minuty.
4. Thymol w rozczyźnie 1:1500 wymaga do odkażenia czasu 2—4 minuty.
5. Ol. menthae w stężeniu przyjemnem do płókań wymaga do odkażenia czasu 5—10 minut.

6. Acid carbolicum w roztworze 1:100 wymaga do odkażenia czasu 10—15 minut.
7. Kali hypermanganicum w roztworze 1:4000 wymaga do odkażenia czasu 15 minut.
8. Acidum boricum w roztworze 1:50 wymaga do odkażenia czasu 15 m.
9. Kalichloricum w roztworze 1:8—zobojętnia toksyny.
10. Natrium bicarbonicum w roztworze 1:100 działa b. wolno.
11. Aqua Calcis — bez skutku.

Wykluczając z tablicy tej sublimat i chlorek potasu, jako niebezpieczne trucizny, kwas salicylowy — jako trudno rozpuszczalny w wymaganym stężeniu, nadmanganian potasu, olejek miętowy, kwas borny — jako wymagające dłuższego czasu do okazania wpływu, kwas karbolowy, jako środek nieprzejemnego smaku — przekonamy się, że pozostaną tymol i będzwinian sodu — jako dobre, szybko działające i stosunkowo nieszkodliwe środki odkażające.

Powtarzając kilka razy dziennie rozpylania tymolem (1:1500) lub będzwinianem sodu (1:175), możemy się spodziewać możliwego odkażenia migdałów resp. gardzieli, jeżeli tylko prawidłowo skierujemy strumień mgły, co się osiąga przez szerokie rozwieranie ust i naciskanie łyżeczką podstawy języka.

Kończąc ocenę rozmaitych metod miejscowego leczenia anginy ostrej, musimy zauważyć, że jednorazowe przechorowanie usposabia do nawrotów tej choroby, to też należy po zupełnym wyzdrowieniu hartować migdały za pomocą codziennych pędzłowań roztworem taniny (Tannini 5,0 i Glycerini 30,0) lub lapisu 2—10/0; wykonywać to trzeba przez czas dłuższy, posługując się delikatnym pędzelkiem włosianym.

Na zakończenie pozwolę sobie wypowiedzieć następujące wnioski:

1. Ostre zapalenie torebek migdałów, z powodu częstych powikłań sprawami septycznymi, może przedstawiać dla zdrowia poważne niebezpieczeństwa.

2. Wszelkie pędzłowania migdałów w okresie ostrym anginae follicularis należy uznać za szkodliwe i niebezpieczne dla zdrowia.

3. Nie należy oczekiwać korzyści od stosowania podczas anginy zwykłych płókań gardła, ponieważ nie osiągają one przeznaczenia swojego.

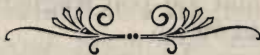
4. Chorym na anginę należy doradzać spokój, używanie obfitej ilości płynów obojętnych, oraz połykanie nieszkodliwych roztworów odkażających (soda, natrium benzoicum).

5. Chore miejsca należy pulweryzować kilka razy dziennie rozczynek tymolu (1:1500) lub będzwinianu sodu (1:175).

6. Po ustąpieniu anginy chory nie powinien wystawiać się na zmiany atmosferyczne przez dni kilka, a przez 2 tygodnie mieć uwagę zwróconą na zachowanie się ciepłoty ciała.

7. Po zupełnem wyzdrowieniu należy, dla zapobieżenia nawrotom anginy, stosować przez czas jakiś codzienne pędzlowanie migdałów środkami ściągającymi.

Literatura. Biegański: „Wykłady o chorobach zakaźnych“.—Tenże. „O skrytych postaciach zakażenia septycznego“ (Medycyna 1896). — Bresgen: Pat. i Terap. chorób gardła; tłum. ros. — Bruck: Berl. klin. Woch. № 45, r. 1900. Buss: „O stosunku zapalenia gardła do ostrego gościa“ (Kron. Lek. 1895 r.). — Charrin: La Semaine Médicale № 27, 1896 r. — Etienne: „Les pyo-septicémies médicales“ ref. Arnstein (Medycyna 1894). — Eichhorst: Angina et pharyngitis catarrh ac. (Spec. Pathol. u. Ther.)—Escherich: Die Therapie d. Kinderkrankheiten — Ellis: Terapia wieku dziecięcego; tłum. ros. — Fraenkel B.: Angina follicularis (R. Encyklop. Eulenb.) — Heryng: „O wartości leczniczej płókań gardzieli i krtani“ (Czas. Lek. № 1, 1900).—Jacobi: Terapia wieku dziecięcego; tłum. ros. — von Kalden: Septicaemia. Pyaemia. (R. Encyklopedie Eulenb.). — Ortner: Spec. Therap.—Struempell: „Septicopyaemia“ (Spec. path. u. Ther.)—Sterling: „Zapalenie gardzieli i ostry gościec stawowy“ (Kron. Lek. V. 1895);



Brytański kongres gruźliczy w celu zapobiegania suchotom,*)

w Londynie, 22 do 26 Lipca, 1901.

Podał Dr. **Seweryn Sterling**.

Klasyczną ziemią walki z suchotami jest Anglia, gdzie szpitale dla suchotników istnieją od lat 87, gdzie skutki tej walki zaznacza statystyka tak wymownymi cyframi, jak zmniejszenie śmiertelności z powodu suchot z 252 na 100,000 ludności (w r. 1865) do 146 (w r. 1895)!

Co ważniejsza, my wzorów dla siebie nie w Niemczech, ani gdzieindziej, tylko w Anglii szukać jesteśmy zmuszeni. W Niemczech cały ruch walki terapeutycznej (a o tej tu głównie mówię) z gruźlicą organicznie jest związany ze specjalnem socyalnem

*) British Congress on Tuberculosis for the Prevention of Consumption.

prawodawstwem, opiekującym się wszystkimi pracującymi w przemyśle fabrycznym, w rolnictwie, na kolejach, w górnictwie i t. p. czyli — jak obecnie — znaczną częścią ludności Niemiec.

W innych krajach szpitale, lecznice dla niezamożnych chorych, powstają przeważnie dzięki pomocy państwa lub gmini i przez nie są utrzymywane.

Anglia zawdzięcza swe szpitale samopomocy społecznej; tam jedynie fundusze bieżącej ofiarności publicznej są źródłem dochodów szpitala. Ze składek publicznych powstają, ze składek publicznych są też utrzymywane zarówno szpitale, jak i specjalne lecznice dla suchotników.

To też podwójne zaciekawienie budził we mnie kongres gruźliczy w Angli, a wycieczka, o której chcę tu zdać sprawę, ze wszęch miar mię zadowoliła.

Pisząc w r. 1899-ym¹⁾ o kongresie berlińskim, zaznaczyłem, że uważać go należy jako jeden ze środków popularyzowania idei konieczności walki z gruźlicą; nosił też on charakter raczej kongresu socyalnego, aniżeli lekarskiego; wzięło w nim udział tyluż polityków, ilu lekarzy. Inaczej na kongresie londyńskim. Było to zebranie czysto lekarskie, czysto naukowe. Dla tego w Berlinie słyszeliśmy jedynie streszczenie rzeczy zkądinąd dobrze znanych; żadnej nowej prawdy tam nie wygłoszono. W Londynie cały szereg odczytów specjalnych stanowił poważny wkład do skarbnicy ścisłej wiedzy.

Kongres berliński udał się pod względem socyalnym, londyński — pod względem naukowym.

Już sama organizacya kongresu londyńskiego zapowiadała jego naukowy charakter. Gdy bowiem na kongresie berlińskim wszystkie referaty czytano na wspólnych zebraniach, w Londynie podzielono cały materyał na 4 specjalne sekcyje, mianowicie:

- I. Sekcyja państwowa i municypalna.
- II. „ lekarska, wraz z klimatologią i sanatoryjami.
- III. „ patologiczna, wraz z bakteriologią.
- IV. „ gruźlicy u zwierząt.

Na wspólnem posiedzeniu wszystkich czterech sekcyi wygłosił swój odczyt, po angielsku²⁾, Prof. R. Koch, którego przewodniczący, Prof. Lister, przedstawił jako „największego współczesnego bakterjologa“.

Tytuł wykładu brzmiał: „Zwalczenie gruźlicy w oświeceniu doświadczenia; jakie zdobyto przy walce z innymi chorobami zakaźnymi“. Treść tego wykładu tak się przedstawia:

¹⁾ P. „Czasopismo“ str. 265 i 306. ²⁾ Urzędowymi językami wykładów były: angielski, francuski i niemiecki.

Błędnem jest mniemanie jakoby można było walczyć ze wszystkimi epidemiami za pomocą jednych i tych samych środków; przeciw każdej z nich raczej indywidualną walkę prowadzić należy. Tylko tą drogą walczymy skutecznie z cholera azyatycką (woda), morem (tepnie szczurów), trądem (izolacja), wściekliczą (kagańce). Więc do walki z gruźlicą wyrobić należy plan indywidualny, oparty na szczegółowym poznaniu źródeł zarazy.

Dotąd uznawano trzy takie źródła: 1) Bezpośrednie przejście zarazka z rodzicieli na płód, dziedziczenie zarazka; jakkolwiek jest to możliwe, zdarza się tak rzadko, że nie powinno być zupełnie brane w rachubę, 2) Wdychanie zarazka, bezpośrednio (z płwociny rozpryskiwanej przy kaszlu) lub pośrednio (z płwociny zaschniętej i zmieszanej z pyłem powietrza); jest to źródło najgłówniejsze, prawie jedyne. 3) Mleko i mięso zwierząt gruźliczych.

Przeciw pogładowi o niebezpieczeństwie grożącym ludziom ze strony zwierząt chorych na gruźlicę — zwrócił się w swym wykładzie prof. Koch.

„W pierwszych już pracach o etyologii gruźlicy wyrażałem się ogólnie o identyczności gruźlicy ludzkiej i bydłowej. Brakowało mi wówczas pewnych danych, które by pozwoliły rozróżnić obie te choroby, brakowało mi też pewnych dowodów na to, że są to choroby identyczne; dla tego pozostawiłem tę sprawę nierozstrzygniętą. Chcąc ją zakończyć, kilkakrotnie podejmowałem doświadczenia, ale—dopóki eksperymentowałem z małymi zwierzętami, jak króliki i morskie świnki—nie mogłem dojść do wyników niedwuznacznych, jakkolwiek nie brakło wtedy faktów, które wskazywały na różnorodność tych dwu postaci gruźlicy“.

Badania, jakie teraz przeprowadził wspólnie z prof. Schützem, doprowadziły Kocho do wniosku, że gruźlica ludzi niewątpliwie różną jest od gruźlicy bydła i na te ostatnie nie może być przenoszona. Do tego przekonania doszedł Koch na zasadzie dwuletnich doświadczeń. Mianowicie, woły i krowy (kilkadziesiąt sztuk), u których za pomocą próby tuberkuliną wykluczono istnienie gruźliczego cierpienia, zarażał gruźlicą ludzką, bądź czystemi hodowlami laseczników gruźliczych, bądź płwociną zawierającą te laseczniki. Ten materyał zakaźny albo dodawano do paszy, albo szczepiono podskórnice, szczepiono do otrzewnej, zastrzykiwano wprost do żyły szyjowej. Wszystkie te zwierzęta pozostały zdrowymi, a sekcya wykonana po upływie 6—8 miesięcy nie mogła wyznać żadnego ogniska gruźliczego.

Zupełnie inne wyniki dały doświadczenia, w których materyał zakaźny pochodził od chorych na gruźlicę zwierząt. Jeśli szczepiono, lub w inny sposób zadawano, tym zwierzętom laseczniki gruźlicze pochodzące od zwierząt gruźliczych, natenczas część zwierząt wkrótce padała od gruźlicy, u innych, po kilku miesiącach, znajdowano przy sekcji znaczne zmiany swoiste.

Zupełnie takie same wyniki otrzymano przy doświadczeniu ze świniami, z osłami, gęśmi i owcami.

Więc gruźlica ludzka nie może być przeniesiona na zwierzęta, jest ona różną od gruźlicy zwierzęcej.

Do takich właśnie wyników doszli już przedtem Chauveau, Günther i Harms, Bollinger ostatnio zaś: Smith, Dinwiddie i Frothingham.

Trudniej bezpośrednio dowieść nieszkodliwości gruźlicy zwierzęcej dla ludzi, ponieważ jest tu wykluczona metoda doświadczalna.

Ale można to pytanie rozwiązać pośrednio. Przedewszystkiem przypomnieć należy, że mleko i masło targowe bardzo często zawiera laseczniki gruźlicze, a jednak codzienne tegoż użycie przez tysiące i miliony ludzi nie pociąga za sobą zarażenia. „By przypadek gruźlicy uznać za skutek zarażenia przez pokarm, należy dowieść, że kiszki zostały pierwotnie dotknięte gruźlicą. Takie spostrzeżenia są jednak wielce rzadkie“. „Badałem bardzo wiele trupów ludzi zmarłych na gruźlicę i tylko dwa razy spotkałem pierwotną gruźlicę kiszek“. Przy ogromnym materiale sekcyjnym w Charité (Berlin) widziano w ciągu ostatnich lat 5-ciu wszystkiego 10 przypadków pierwotnej gruźlicy kiszek. Na 3000 dzieci zmarłych od gruźlicy Biderth tylko w 16 przypadkach stwierdził pierwotne cierpienie kiszek. A za tem że zwierząt gruźlica albo się wcale nie przenosi na ludzi, albo zdarza się to niezmiernie rzadko (równie rzadko jak bezpośrednio dziedziczenie).

Jedynie płwocina ludzi chorych na gruźlicę płuc jest niebezpieczna i wszystkie nasze usiłowania w tym kierunku zwrócić należy.

Skupienie ludności sprzyja zarażaniu przez płwocinę, więc budowa tanich i zdrowych mieszkań — z jednej strony, z drugiej zaś: odosobnianie wszystkich chorych na suchoty, oto racjonalny oręż w walce z gruźlicą. Anglia swym szpitalom specjalnym zawdzięcza zmniejszenie się liczby suchotników. Sanatoria specjalne nigdy wszystkich nie przytulą; w Niemczech znajdzie w nich miejsce 20,000 chorych; liczba zaś suchotników w tem państwie, nie licząc dzieci do lat 15-stu, wynosi 226.000 osób. Dalej zaleca Koch meldowanie o tych przypadkach choroby, w których warunki socyalne nie pozwalają na zachowanie niezbędnych środków ostrożności; po każdym chorym na suchoty należy mieszkanie dezynfekować.

Wreszcie, wielką wagę przypisuje Koch popularyzowaniu wiadomości o sposobach walki z gruźlicą.

W dyskusyi, jaka się po odczycie Kocho wywiązała przemawiali: Lister, Nocard, Bang, Sims Woodhead.

Lister po kilku ogólnikowych słowach uznania dla pracy Kocho wyraził przekonanie, że chociażby się słusznem okazało, że gruźlica ludzka nie może być przenoszona na zwierzęta, nie widzi on jednak w poszukiwaniach Kocho żadnych dowodów na to, że i gruźlica zwierząt nie może być przeniesiona na człowieka. Rzadkość pierwotnej gruźlicy kiszek nie jest argumentem, ponieważ częstą jest pierwotna gruźlica gruczołów kiszkowych. Nocard

wprost zaprzeczał, by gruźlica ludzi nie miała być groźną dla zwierząt¹⁾. Tego samego zdania byli inni oponenti.

Na zarzuty Koch nie odpowiedział.

Daleko goręcej rozprawiano o tezach Kocho na korytarzach i w salach biura kongresu. Anglicy krytykowali samo założenie, w którym Koch niejako potępił ten system walki z gruźlicą, jakim Anglia oddawna hołduje, mianowicie—system równomiernego uzdrowotniania wszystkich warunków życia codziennego, na drugim planie mając przepisy zależne od specjalnych właściwości danego zarazka. Dalej pytano, jak tłumaczyć reakcyę wywołwaną przez tuberkulinę—zarówno u ludzi, jak i u zwierząt, jeśli gruźlica ludzka różną jest od zwierzęcej. Przeważał wogóle pogląd, że uczony tej miary, co Koch, w swych doświadczeniach niewątpliwie był ścisły, natomiast za daleko się posunął we wnioskach, jakie z nich wyprowadził. Wnioski te ograniczyć należy jedynie do twierdzenia, że „chłop francuski może być o swe woły spokojny“.²⁾

W odczycie wypowiedzianym na trzecim zebraniu ogólnym, McFadyean, mówiąc na temat „laseczniki gruźlicze w mleku krowiem jako źródło gruźlicy ludzkiej“ doszedł do wniosków wprost przeciwnych, aniżeli Koch. Była to odpowiedź na referat Kocho; do zdania McFadyeana przyłączyli się bezwzględnie: Spencer, Browne, Hamilton, Ravenal, Crookshand, Woodhead.

Na drugim zebraniu ogólnym przemawiał Brouardel. Mówił o środkach używanych przez różne narody w walce z gruźlicą. Kładł nacisk na popularyzowanie wiadomości o istocie gruźlicy, zaznaczając zarazem wielkie niebezpieczeństwo sztucznego chowu „tuberkulofobii“. Ciekawa jest francuzka instytucya specjalnych „agentów“ (agentsouvriers, agent-workmen) z robotników, którzy wyszukują kaszlących, prowadzą ich do ambulatorium, mają nadzór nad stosowaniem środków walki z gruźlicą w pracowniach i mieszkaniach robotniczych³⁾. Wielki nacisk kładzie B. na walkę z pijaństwem; przytoczył następującą tabliczkę statystyczną, ułożoną na zasadzie danych zebranych we Francyi:

Liczba zgonów od gruźlicy, na 10,000 mieszkańców w różnych okręgach.	Ilość alkoholu spożytego rocznie przez mieszkańca w tych okręgach.
30 do 40	12,47
40 „ 50	15,21
50 „ 60	14,72
70 „ 80	16,36
80 „ 90	17,16
więcej niż 90	50,70

Odczyty z dziedziny klimatoterapii nie nowego nie przyniosły. Każdy chwalił swój sklepik (Nizza, Mentona, Arosa, Davos, Malta, Kair, Montreux).

1) Nozard zakończył: „Nie przestanę ostrzegać matki przed surowem mlekiem dla ich dzieci. Non, cent fois non!“²⁾ Aluzya do odczytu Calmette'a (p. dalej), który przytoczył fakt, że włościanie francuscy boją się suchotników „nie dla siebie lub swych rodzin, lecz dla swych... wołów“. ³⁾ Patrz odczyt Calmette'a.

Szereg odczytów poświęcono tuberkulinie jako środkowi rozpoznawczemu i leczniczemu. Wynik ogólny był dla tuberkuliny przychylny. Główny referent, Heron, rozpatrzył przyczyny, które zdyskredytowały tuberkulinę; upatruje on je w następujących błędach jej stosowania:

1. Stosowano ją w przypadkach nieodpowiednich.
2. Stosowano dawki zbyt wielkie.
3. Stosowano ją u chorych jeszcze gorączkujących, albo zbyt prędko po ustąpieniu gorączki.
4. Zaniechano przepis zabraniający zwiększanie dawki, która wywołuje gorączkę, zabraniający nawet powtórzenie tej samej dawki, nakazujący natomiast jej wtedy zmniejszenie.

Ogólnie (Heron, Watson, Cheyne, G. Gibson, Vicary Snow — z Anglii, Hottelot z Belgii, A. Stone, Ch. Denison — z Ameryki, B. Fraenkel, Moeller z Berlina) przyszli do przekonania, że tuberkulina jest znakomitym środkiem doagnostycznym, a w pierwszych okresach gruźlicy płuc działa lecząco.

Ta próba przywrócenia czci tuberkulinie była drugim wielkim zdarzeniem kongresu. I w tej sprawie wiele dyskutowano po za salą posiedzeń, a głos ogółu przemawiał za tem, że teraz dopiero nadszedł czas tuberkuliny, kiedyśmy się nauczyli wcześniej gruźlicę rozpoznawać i zrozumieliśmy znaczenie wczesnego i długotrwałego leczenia. Zbyt wielkie wymagania stawiano tuberkulinie przed 10 laty!

Trzeci temat ważny referował Moeller; mianowicie: „O stosunku lasecznika gruźlicy do innych bakteryj, które kwas nieodbarwia, i do promienicy“. Swoiste zachowanie się lasecznika Kocha w obec metod barwienia pozwalało na rozpoznawanie tego grzybka bezpośrednio pod mikroskopem. Obecnie wykryto przeszło 20 grzybków do lasecznika gruźlicy morfologicznie podobnych i jak on zachowujących się wobec tej swoistej metody barwienia. Niektóre z tych wrzekomo-gruźliczych laseczników, szczepione zwierzętom, wywołują powstanie gruzełkow-powstanie komórek olbrzymich, ognisk serowatych. Tem nie mniej, w obecnej chwili nie można jeszcze uznać tych gatunków za odmiany typowego lasecznika gruźlicy.

Arloing i Courmont referowali „O technice i wynikach serodyagnostyki gruźlicy“ t. j. o sposobie wczesnego rozpoznawania gruźlicy na zasadzie aglutynacji, o czem po raz pierwszy mówili na kongresie w Berlinie (1899). Surowica ludzi (i zwierząt) chorych na gruźlicę ma wywoływać sklejanie się laseczników gruźliczych, pochodzących ze specjalnie w tym celu przygotowanych bulionowych hodowli „homogenicznych“. Metoda ma być łatwa, o ile się rozporządza właściwie przygotowaniami hodowlami. Podług A. i C. ta swoista reakcja, jaką odkryli, nigdy nie zawodzi, a przy rozpoznawaniu wczesnych okresów gruźlicy jest nieoceniona. Jeżeli kilku badaczy, którzy ich metodę sprawdzali, nie otrzymywało zadowolających wyników, to stało się to jedynie dla tego, że nie mieli hodowli odpowiedniej do wywołania objawu aglutynacji. Dla

otrzymania takiej hodowli polecają A. i C. wstrzymanie, w pewnej chwili właściwej, rozwoju hodowli gruźliczej za pomocą formolu. W ten sposób otrzymują hodowle dające żądany odczyn i łatwe do przechowania. Reakcja dyagnostyczna przy pomocy tych hodowli — nigdy nie zawodzi.

Ciż sami mówili o seroreakcyi przy gruźlicy chirurgicznej; wyniki otrzymane uprawniają do wniosku, że wynik dodatni reakcyi przemawia za gruźliczym charakterem cierpienia; wynik ujemny — niczego nie uczy. Mianowicie, badanie 66 przypadków dało takie wyniki:

Odczyn dodatni. Odczyn ujemny.

W 11 przypadkach cierpienia niegruźliczego	0	11
W 55 gruźliczego	41 = 74,54%	14 = 25,46%

Buård otrzymuje hodowle dające specjalny odczyn aglutynacyjny przy pomocy odżywki z buraka i gliceryny (6⁰/₀). W swoim odczynie uznał wielką doniosłość reakcyi Arloinga i Courmonta-

Nowych środków w leczniczych nie zalecano. Prócz tuberkuliny, o której mowa była wyżej, mówiono o leczeniu metodą Richet-Héricourta (mięso surowe i sok mięśniowy), które w rękę kilku lekarzy francuzkich daje podobno wyniki dobre; o dobrych wynikach stosowania mocznika, fosforanu wapnia, związków kaskodylowych i t. p.

O sanatoryach ludowych niemieckich mówił Bielefeldt. Był to trzeci, obok Kocha i Moellera, referent z Niemiec. Żadna z obecnych na kongresie znakomitości niemieckich (a byli: Leyden, Gerhardt, B. Fraenkel, Ehrlich, Dettweiler i w. in.) czynniejszego udziału w kongresie nie brała. Wogóle dawało się czuć pewne bagatelizowanie całego kongresu przez Niemców ¹⁾.

O ciekawej organizacyi do walki z gruźlicą mówił Calmette, o t. zw. „Dispensaires anti-tuberculeux“. Są to polikliniki dla robotników, chorych na płuca. Za pomocą specjalnych „agentów“ (o których w swej mowie wspomniał Brouardel) sprawdzają warunki życia chorych, którzy się do ambulatoryum tej polikliniki zgłosili, lub sami wyszukują chorych. Chorem udziela poliklinika porady, bada płwocinę, daje spluwaczki (nocną i kieszonkową) i płyny dezynfekcyjne. Po leki odsyła ich do lekarzy dla biednych. Natomiast daje robotnikom chorym na suchoty: zapomogę na życie, płaci za nich komorne, dostarcza opału, odzieży, (wykupuje zastawioną w lombardzie), pierze i dezynfekuje ich bieliznę i t. p. Takie „dispensaires“ istnieją już w Lille (imienia Emila Roux) w Liège, w Verviers, Huy, Mons, w Paryżu (Montmartre, rue Mercadet), wkrótce zaś powstaną w Arras, w Nantes.

Z wielu stron zalecano tworzenie oddziałów specjalnych dla suchotników przy szpitalach ogólnych, zarówno w postaci małych sanatoryów dla początkowych okresów choroby, jak i w postaci przytułków izolacyjnych — dla rozwiniętych suchot.

¹⁾ Niemieckie pisma lekarskie króciutkie sprawozdania drukują o kongresie.

Jednak i w tych przytułkach zalecano stosowanie leczenia za pomocą stałego przebywania na powietrzu.

Niepodobna streszczać wszystkich innych odczytów, jakie wygłoszono w sekcjach: drugiej i trzeciej. Wspomnę tylko, że kilka odczytów poświęcili Francuzi sprawie stosunku między artrytyzmem a gruźlicą; dalej mówiono o zakażeniu mieszanem, o wartości różnych metod mierzenia ciepłoty, o wynikach leczenia metodą higieniczną w różnych lecznicach, o stosunku alkoholizmu do suchot płucnych i o wielu, wielu innych szczegółach rozpoznawania i leczenia gruźlicy.

Nie było tu rzeczy zupełnie nowych, ale był szereg pożytecznych przyczynków do poznania gruźlicy.

W sekcji państwowej podano dane statystyczne z różnych krajów, mówiono o sposobach zbierania tych danych, o wpływie skupienia ludności i jakości mieszkań, o zapobieganiu gruźlicy u dzieci, o gruźlicy z punktu widzenia międzynarodowego, o roli sanatoryjów, szpitali, ambulatoryjów.

W sekcji gruźlicy zwierząt mówiono o mięsie, mleku, maśle pochodzącem od zwierząt chorych i o środkach zapobiegania niebezpieczeństwu ztąd grożącemu.

Uchwały kongresu powzięte na ostatniem posiedzeniu wspólnem.

Głównem źródłem zarażenia jest rozpylona płwocina suchotników; należy surowo zabronić noszenia na ulicy sukien z trenami.

Chorych na płuca trzeba uczyć w szpitalach i poliklinikach, jak się mają zachowywać w domu, w warsztacie, na ulicy.

Każdy chory na płuca musi otrzymać sopluszkę kieszonkową. Gdzie tylko można, trzeba wprowadzić obowiązkowe meldowanie o przypadku gruźlicy.

Należy wszędzie zaprowadzić dezynfekcyę mieszkania po chorym (lub zmarłym) suchotniku. Toż samo dotyczy warsztatów.

Należy gorąco popierać tworzenie specjalnych lecznic dla chorych płucnych; należy budować jaknajwięcej sanatoryjów.

Należy walczyć z upowszechnianiem gruźlicy przez mięso i mleko, ponieważ tezy Kocha muszą jeszcze uleść sprawdzeniu.

Należy szerzyć pisma popularyzujące wiadomości o gruźlicy. Pożądana by była stała komisya międzynarodowa w celu badania gruźlicy.

Państwa i gminy muszą dbać o poprawę warunków mieszkalnych.

Zaleca się tworzenie specjalnych Dispensaires antituberculeux.

Niezależnie od treści odczytów powagę naukową nadawało kongresowi „Muzeum“, czyli wystawa, do opisu której teraz przejdę.

Honorowe miejsce między wystawcami zajął prof. R. Koch, a przede wszystkim: jego pięć hodowli—bezpośrednich potomków lasecznika wyhodowanego, z przypadku gruźlicy prosówkowatej, w dniu 15 Sierpnia roku 1881-go. Jest to 435 szczep (podkultura) ani razu nie przeprowadzony przez zwierzę.

22 gatunki laseczników z grupy podobnych do gruźlicy, t. j. opornych na odbarwiające działanie kwasu przedstawiła L. Rabinowitsch; podobny szereg wystawił A. Moeller (z Belzigu), który o tej całej grupie mówił w sekcji III kongresu. Niezależnie od tego porównawczą wystawę hodowli l. gruźlicy, różnego wieku, laseczników rzekomo-gruźliczych, różnych gatunków streptothrichum i promienicy—przedstawili angielscy lekarze, z laboratoryów szpitalnych.

Drugi szereg eksponatów, już anatomo-patologicznych, stanowiły preparaty organów wewnętrznych zwierząt sztucznie gruźlicą zarażanych. Tu najważniejszy był szereg „materiałów dowodowych“ do odczytu Kocha, w którym on streścił wynik swych prac, wspólnie z prof. Schützem przeprowadzonych, a o których mowa była wyżej.

W tym samym dziale znajdujemy i inne preparaty pochodzące od zwierząt sztucznie gruźlicą zarażonych. Wyróżnić tu należy preparaty wykazujące różnicę między doświadczalną gruźlicą i doświadczalną gruźlicą rzekomą (ze zbiorów szpitala Św. Bartłomieja) i szereg preparatów Marecta, z r. 1867-go, które naówczas potwierdziły odkrycie Villemaina (ogłoszone w Grudniu 1865 r., w Gazette hebdomaire), że suchoty mogą być przenoszone z ludzi na zwierzęta przez szczepienie tkanek gruźliczych.

Najeiekawszy dział stanowił bardzo okazowy szereg preparatów gruźlicy w różnych tkankach ludzkich; katalog wystawy podawał o każdym przypadku objaśnienie, często wraz z historią choroby. Spotykamy tu preparaty gruźlicy kości, resp. preparaty wszystkich tych ognisk kostnych, jakie znaleziono u danego osobnika. Tuż obok wystawiono—preparaty: normalnych kości, zwykłego zapalenia w tkance kostnej, zapalenia ropnego, choroby syfilitycznej i krzywicy.

Gruźlicę układu naczyniowego uwidoczniło w szeregu okazów gruźliczego zajęcia osierdzia i dwu okazach gruźlicy tętnicy płucnej.

Szereg okazów narządu oddechowego zawiera gruźlicę nosa (gruzełek na przegrodzie), krtani [dla porównania, tuż obok: pachydermia laryngis, syphilis lar., papilloma lar., lepra], tchawicy, płuc (najrozmaitsze kombinacje), opłucnej.

Dalej szereg okazów gruźlicy narządu trawienia: języka, podniebienia, migdałów, gardzieli, połyku, żołądka, kiszek, otrzewnej. Gruźlica trzustki, wątroby, układu chłonnego, śledziony; dalej-gruźlica różnych części układu nerwowego, gruźlica narządów moczowych i rodnych, gruźlica oczu, skóry (dla porównania—liczne inne cierpienia skóry).

Następny dział—histologiczne preparaty tkanek gruźliczych; szereg kilkudziesięciu mikroskopów umożliwi przejrzenie tych preparatów; obok nich—szereg preparatów z tkanek zajętych leprą, rakiem, promienią.

Oddzielny dział stanowią przepyszne zdjęcia fotograficzne preparatów makro i mikro-skopijnych—do obrazów niknących. Demonstrował je prof. S. Woodhead na jednem z posiedzeń wspólnych.

Skiagramy zdjęte z chorych—szczególniej w pierwszym okresie gruźlicy — płuc zajęły całą jedną ścianę. Co do mnie, to raczej domyślałem się owych „cieni“ na skiagramie, które miały oznaczać schorzałe tkanki, aniżelim je w rzeczywistości dojrzał.

Bardzo ciekawy szereg woskowych „mulaży“ rąk, głównie palców, przedstawił Galbraith w celu uwidocznienia znanych zmian zachodzących pod wpływem rozwoju suchot w ostatnich członkach palców.

Drugi wielki dział był na wystawie poświęcony statystyce; liczne mapy, tablice i diagramy (rysunkowe i plastyczne) pouczyły o śmiertelności z powodu gruźlicy i suchot, w Londynie, jak i całej Wielkiej Brytanii.

Kilka ciekawszych cyfr pozwolę sobie tu przytoczyć.

Diagram wykazujący liczbę corocznych zgonów w Londynie (w ciągu lat 1890—1899) z powodu różnych chorób, poucza, że:

	z powodu gruźlicy umierało osób	12,017
	(z tego od suchot płucnych)	8,532
z powodu zapalenia oskrzeli umierało osób		10,226
„ „ zap. płuc	„ „	6,342
„ „ raka	„ „	3,800
„ „ diaryi	„ „	3,402
„ „ odry	„ „	2,822
„ „ uwiadu starezego	„ „	2,626
„ „ koklusz	„ „	2,331
„ „ błonicy	„ „	2,263
„ „ zap. kiszek	„ „	2,008
„ „ grypy	„ „	1,462
„ „ płonicy	„ „	915
„ „ tyfus brz.	„ „	640

Inny diagram wykazuje liczbę zgonów w Londynie (w r. 1900-ym) osób wieku od lat 20 do 40:

Z powodu gruźlicy zmarło osób	3,744 (z tego od suchot płucnych 3,480)
„ „ zapalenie oskrzeli umarło osób	211
„ „ zap. płuc	922
„ „ raka	349
„ „ diaryi	22
„ „ odry	7
„ „ błonicy	17
„ „ zap. kiszek	109
„ „ grypy	275
„ „ płonicy	20
„ „ tyfus brz.	415

Dane powyższych diagramów nie wiele się różnią od danych statystycznych innych państw i miast, gdzie również stwierdzono, że dominującą chorobą jest obecnie gruźlica.

Natomiast chlubę Anglii i jej metody walki z gruźlicą (za pomocą asanacyi wszechstronnej) jest tablica następująca:

Na 100,000 żyjących umierało w Londynie z powodu suchot płucnych:

W ciągu lat	1651 — 1860	osób	280
" "	1861 — 1870	"	275
" "	1871 — 1880	"	250
" "	1881 — 1890	"	220
" "	1891 — 1900	"	180

W całej zaś Anglii umierało, na 100,000 żyjących, od suchot płucnych:

W ciągu lat:	1861 — 65	osób	252
" "	1866 — 70	"	244
" "	1871 — 75	"	221
" "	1876 — 80	"	203
" "	1881 — 85	"	183
" "	1886 — 90	"	163
" "	1891 — 95	"	146

Prócz statystyk angielskich reprezentowane były na wystawie jeszcze statystyki śmiertelności St. Zjednoczonych i Norwegii.

W trzecim dziale wystawy zwracały przedewszystkiem na siebie uwagę okazy firmy Meister, Lucius i Brüning (z Höchst), która demonstrowała wyrób tuberkuliny.

Szereg fotografii chorych leczonych w sanatorium Woodburn (pod Edynburgiem) wykazywał, jak znakomicie poprawiał się wygląd pacyentów pod wpływem racjonalnego leczenia. Toż samo stwierdzały diagramy wykazujące przebieg ciepłoty, częstości tętna i—wagi tych chorych.

Sanatorium Fittings wystawiło szereg przyrządów do pielęgnowania chorych; nie różnią się one o wiele od znanych u nas, jedynie zwracają uwagę na siebie ulepszone metody przewietrzania i powszechne stosowanie znanego angielskiego fajansu (wanny klozety, ściany).

W dziale „sanatoria i szpitale“ wystawiono fotografie, modele i plany lecznic: Niemiec, Szwecyi, Austrii, Szwajcaryi, Holandyi, Portugalii, Francyi, Belgii, Anglii.

Opisowi angielskich szpitali i sanatoryów na innem miejscu kilka słów poświęcę.



XI Zjazd chirurgów polskich w Krakowie, 15 i 16 Lipca 1901 r.

Podług sprawozdania „Przeglądu lekarskiego”¹⁾.

Na liście uczestników XI Zjazdu zapisanych było prawie 30 członków.

Po ukonstytuowaniu się prezydium (prezes Radca Dworu Prof. Rydygier, sekretarz Docent Bossowski, skarbnik Prof. Trzebicki) zaproszono przez aklamację na wiceprezesa Prof. Kadera, na prezesów honorowych: Prof. Wehra, D-ra Oderfelda, D-ra Rostka, D-ra Bogdanika, D-ra Czaplickiego; a na sekretarza honorowego D-ra B. Kozłowskiego.

Rozprawy o raku.

1. P. Kucera (Lwów). Dzisiejszy stan nauki o przyczynach raka (z demonstracjami). Wyliczając *teorie etyologiczne*, zaczyna sprawozdawca od zapatrywania Thierscha, którego zdaniem przyczynę raka stanowi zanik tkanki łącznej na starość, upadanie jej w walce z przybłonkiem, w walce, która istniała przez całe życie. Dziś jednak, wiedząc, że często właśnie przybłonek prędzej ulega zanikowi, niżeli tkanka łączna, i znając złośliwy przebieg raka u osobników młodych, przyznajemy czynnikowi Thierscha tylko znaczenie pomocnicze.

Cohnheim upatruje punkt wyjścia raków, jak i przyczynę nowotworów wogóle, w tem, że cząstka jakiejś tkanki w czasie rozwoju dostaje się w nieodpowiednie miejsce. Jako teorię histogenetyczną przyjmujemy zapatrywanie to dla niektórych nowotworów (guzy Grawitza w nerkach, nowotwory typu potworniakowego), lecz co do etyologii, to sam fakt takiego zablakania tkanek nie wystarcza do wyjaśnienia przyczyny.

Niektórzy autorowie (pierwszy już Virchow) wprowadzają *uraz* w bezpośredni związek przyczynowy z rakiem. Zapatrywanie to opierają na danych statystycznych, na różnych spostrzeżeniach klinicznych (n. p. iż raki występują po urazach drobnych, powtarzających się, w bliznach, wrzodach, toczniu, po kamicy i t. d.) i na doświadczeniach na zwierzętach (Brosch). Uraz ma niewątpliwe znaczenie w powstawaniu raka, a nawet sam przez się może być wystarczającą przyczyną niektórych raków, (np. raków skórnych wargi), lecz w przeważnej części przypadków ułatwia on tylko działanie właściwego czynnika przyczynowego.

Podobnie i cały szereg innych czynników, przytaczanych w etyologii raka, n. p. dziedziczność, wpływ pokarmów i napojów, wpływy teluryczne, stosunki higieniczne i t. d. mogą odgrywać co najwyżej rolę podrzędną, pomocniczą. W końcu zwraca się K. do badań nad pasorzytniczem pochodzeniem raka. To zapatry-

1) Napisał Dr. M. H. Herman i Dr. St. Jasiński.

wanie starają się poprzeć jego zwolennicy przytoczeniem analogii między pewnym i objawami klinicznymi raka (*carcinosis miliaris*) i szerzeniem się gruźlicy (*tbc. miliaris*), następnie za pomocą przeszczepiania raka na zwierzęta i t. d. Jednakże analogia ta jest tylko pozorną, gdyż np. oba wymienione zjawiska wyjaśnia nam mechanizm przerzutów, zwykle przeszczepienie bez żadnego zarazka.

Co do opisywanych pasorzytów raka, to są one albo przy-
padkowym zanieczyszczeniem, (wszystkie opisywane bakterye rakowe lub drożdże [*saccharomycetes*]), albo nie są one wcale pasorzytami, lecz poprostu zmienionymi składnikami ustroju, lub samego raka („inkluzye“ rakowe, kokeydya, rhizopodya). Doświadczalnie nie udało się dotąd żadnemu z autorów wywołać raka za pomocą rzekomych pasorzytów; wszystkie opisywane nowotwory doświadczalne są to tylko sprawy twórczo zapalne, wywołane przez wprowadzone drobnoustroje.

Nie znaczy to, jakoby rak wogóle nie mógł z pasorzytami, stać w żadnym związku, lecz tylko tyle, że do dziś związku tego nie udowodniono niczem. Zapatrywanie swoje streszcza sprawozdawca w następujących zdaniach:

1. Rak jest objawem pewnego rodzaju zwyrodnienia przybłonka, pewnej wewnętrznej zmiany w charakterze komórek przybłonkowych, objawiającej się nieograniczonym rozrostem miejscowym i czasowym i spowodowanej wśród pewnych warunków usposabiających czynnikiem szkodliwym.

2. Ta wewnętrzna zmiana komórek przybłonkowych, dążąca do emancypacji samodzielności komórek, jest pierwotnem dziełem owego szkodliwego czynnika, a nie jest zjawiskiem następowem, (jak twierdzi Ribbert).

3. Zwyrodnieniu rakowemu może uleże—i z reguły ulega—każdy prawidłowo ułożony przybłonek, a wcale nie jest koniecznem jego przemieszczenie (teorya Dohnheima, Riberta).

4. Jako czynnik usposabiający można przyjąć naruszoną równowagę między pojedynczemi tkankami n. p. w starości (teorya Thierscha), dalej działanie urazów i odziedziczone osłabienie tkanek. Wątpliwym jest wpływ innych czynników (pokarmy, stosunków higienicznych i t. d.).

5. Ostateczny czynnik szkodliwy nie jest jeden, lecz może być różnorodny:

a) Jednym z czynników takich może być uraz, który w takim razie z czynnika usposabiającego (4) staje się przyczyną główną.

b) Innym takim czynnikiem mógłby być pasorzyt, lecz dotąd go nie znamy, a nawet dowodów, zmuszających nas do przyjęcia pasorzyta, niema.

2. S. Ruff (I.wów). O znaczeniu urazu w etyologii nowotworów złośliwych.

Omówiwszy pokrótce historję teoryi urazowego pochodzenia nowotworów, rozbiera sprawozdawca krytycznie najnowsze w tym względzie zapatrywania Broscha i innych. Obszerna statystyka wy-

kazała, że tylko pewna i to dość mała część nowotworów może mieć za przyczynę uraz. Sprawozdawca badał materiały kliniki chirurgicznej lwowskiej w tym kierunku, trzymając się następujących wytycznych: 1) nowotwór musi powstać w miejscu urazu; 2) musi być niewątpliwie stwierdzone, że przed zadziałaniem urazu nie było nowotworu; 3) pomiędzy zadziałaniem urazu a powstaniem nowotworu nie może upłynąć czas zbyt długi (3—4 lat). Wyniki tych badań są następujące: Na 242 nowotworów złośliwych było tylko 10 takich, które stanowczo można było odnieść do urazu, jako głównej przyczyny, zatem 4,1%. Wyniki te zgadzają się z wynikami badań, ogłoszonych niedawno z klinik niemieckich, a podających 2—3—4%.

Na tej podstawie wyraża mówca zapatrywanie, że w pewnej (stosunkowo małej) ilości przypadków w można uraz uważać za czynnik bezpośrednio etyologiczny w powstaniu nowotworów złośliwych. Zapatrywanie to popiera liczną kazuistyką, nie wdając się w krytykę wszystkich teoryj powstawania nowotworów, których wyrażone zapatrywanie nie wyklucza.

3. Juras (Kraków). O leczeniu raków w arsenikiem. J. przedstawia kilkunastu chorych z odziału Prof. Trzebickiego, przeważnie z rakiem wargi dolnej, leczonych pędzlowaniem 1% roztworem kwasu arsenowego (Cerny i Trunecek). Mimo stosowania tego leczenia przez czas dłuższy u żadnego chorego nie zauważono poprawy. J. odmawia przeto temu sposobowi leczenia jakiegokolwiek korzystnego wpływu na raki.

Dyskusya:

Browicz przypomina swe wykłady o pasorzytniczej teorii nowotworów i przeszczepialności raka, wypowiedziane na Zjeździe chirurgów w roku 1893 i 1894, w których na podstawie badań własnych wykazał, iż twory wewnątrzkomórkowe, spotykane w komórkach raka, posiadające znaczną różnorodność pod względem kształtów, a opisywane i uważane za twory pasorzytnicze, mogą być wytworami komórek, przeobrażeniami krwinkami czerwonymi i białymi.

Wówczas wypowiedział Browicz zdanie, iż różnorodne twory, napotykane w komórkach raka, nie są pasorzytami, i że badania mikroskopowe nie dostarczyły dowodu pasorzytniczego pochodzenia raka, niemniej zaznaczył, iż przeszczepialność raka nie może służyć jako poparcie teorii pasorzytniczej raka. Późniejsi badacze, nawet gorący zwolennicy teorii pasorzytniczej raka, doszli również do tegoż samego przeświadczenia. Komórki tkanek obdarzone są normalnie pewnym stopniem zdolności twórczej, nie przekraczającej jednak pewnej miary. Ażeby wrodzona komórkom zdolność twórcza mogła się objawić muszą zajść pewne zmiany we wzajemnym stosunku komórek między sobą, w ich odżywieniu. W ten sposób działają wpływy zewnętrzne, czynniki mechaniczne, chemiczne, termiczne i t. d., odgrywające rolę niejako podnieć, *causae occasionales*. Ażeby się w jakimś miejscu wytworzyła przerosła tkanka łączna, muszą te czynniki zadziałać. Nie mamy jednak żadnej wskazówki, a tem mniej dowodu na to, iżby te czynniki zewnętrzne mogły obdarzyć komórkę nadmierną zdolnością twórczą, przechodzącą na komórki potomne, dzielące się prawie w nieskończoność.

Rozsadnikami raka są komórki nabłonkowe, transportowane drogami limfatycznymi, krwionośnymi, wciskające się w otaczającą tkankę. Mamy więc zjawisko przeszczepiania się komórek, jako takich, nadających charakter histologiczny tkance nowotworowej, zjawisko przeszczepiania się komórek, w których tkwi pewien plan organizacyjny, bo w tem miejscu tworzy się tkanka o pewnem sta-

łem grupowaniu się komórek nabłonkowych w stosunku do siebie samych, jako-
też do rozwijających się naczyń i tkanki łącznej.

Welher w dłuższym przemówieniu zaznacza, iż w przeważnej części zgadza się z zapatrywaniami Kucery. Mniema jednak, a opiera się na spostrzeżeniach klinicznych, że w etiologii raków czynnik zakaźny odgrywa wybitną rolę. W tym kierunku badać trzeba dalej i dążyć do odkrycia rzeczywistej etiologii nowotworów złośliwych. Nie sądzi, aby uraz miał w tym kierunku jakiegokolwiek znaczenie, tak dalece, że pytany w sądzie wykluczyłby stanowczo związek przyczynowy między urazem a nowotworem złośliwym. Może po odkryciu istotnej przyczyny raka uda się nam wynaleźć odpowiednie leczenie. Dotychczasowy sposób operacyjny leczenia nowotworów złośliwych jest nieodpowiedni, daje bowiem bardzo nieznaczny procent wyleczeń trwałych. Zniechęcony wynikami, operuje W. w praktyce tylko zupełnie świeże przypadki.

Klecki przypomina obecne badania nad cytotoksynami. W pewnych warunkach mogą w samym ustroju powstać t. zw. autotoksyny, które, działając podobzajaco na komórki nabłonkowe, mogłyby wywołać ich wzrost nad miarę i w kierunkach nieprawidłowych, i w ten sposób możnaby tłumaczyć sobie powstawanie złośliwych nowotworów nabłonkowych.

Bogdanik przyjmuje pośredni przyczynowy związek między nowotworem złośliwym z jednej strony, a urazem z drugiej i to w tem znaczeniu, że pytany o to np. w sądzie przyznałby, że dany uraz mógł wśród innych okoliczności spowodować wzrost nowotworu złośliwego. Z praktyki własnej przytacza B. przykład 5-letniego chłopaka, który miał ten zwyczaj, że okolicą kości krzyżowej przy każdej nadarzonej sposobności uderzał o ścianę, o drzwi i t. d. i to tak silnie, że zawsze w okolicy tej stwierdzić można było sińce. Po pewnym czasie w okolicy tej wyrósł mięsak, i to bardzo złośliwy.

Kader sądzi, że operować się winno każdy przypadek raka, czy mięsaka, bez względu na rozległość jego, byle był jeszcze „*casus operabilis*“. Ogółem udaje się osiągnąć 4% trwałych wyleczeń we wszystkich rakach i mięsakach,

Rosner sądzi, że teoria pasorzytnicza w wielu razach zawodzi i zwraca uwagę między innymi na t. zw. *deciduoma*, t. j. bardzo złośliwą postać raka, rozwijającą się z resztek jaja płodowego, zatrzymanego w macicy, przyczem komórki pochodzenia płodowego wrastają w ustrój matki. Przypomina, że budowa histologiczna błony doczesnej niczem niemal nie różni się od mięsaka o olbrzymich komórkach.

Barącz uznaje związek przyczynowy między urazem a nowotworem złośliwym. Z własnej praktyki przytacza przykład chłopaka, u którego po odjęciu podudzia w miejscu ucisku szczudła powstał mięsak. I jego, podobnie jak Welhry, nie zadowolniają wyniki operacyjne w nowotworach złośliwych. Operuje tylko w samym początku cierpienia.

Rydygier przyznaje, że wyniki operacyjne co do trwałości wyleczenia w rakach i mięsakach nie są najlepsze. Zwraca jednak uwagę na to, że niektórzy operatorowie nawet w rakach macicy osiągnęli 50% trwałych wyleczeń. Trzeba jednak wcześniej i naprawdę doszczętnie operować. Usprawiedliwione są dążenia wyszukania jakiegoś środka, któryby dawał lepsze wyniki, obecnie jednak nad nóż lepszego niema.

Chłumsky stosował swego czasu w klinice Mikulicza u 15-tu chorych na raka pędzlowanie arsenikiem — stale jednak bez skutku.

Rydygier takie samo spostrzeżenie zrobił w swej klinice.

4. Prof. Ziembicki (Lwów): O znieczulaniu lędźwiowym. Sposób zastosował 62 razy. Z początku, t. j. w 14 przyp. użył kokainy, obecnie posługuje się wyłącznie tropakokainą. Na podstawie własnych przypadków Z. ani nie potępia tego sposobu, ani też nad nim zbyt często się nie unosi.

5. Prof. Kader (Kraków): O znieczulaniu ogólnem (referat). Z wszystkich zalecanych sposobów na pierwszy plan wysunął się chloroform. Środek ten jednak okazuje się niebezpiecznym. Daje śmiertelność 1 : 120 narkoz. Tymi względami powodując się, ogranicza K. uśpienie chloroformowe w swej klinice do operacyj

na głowie i szyi. Zresztą posługuje się znieczuleniem lędźwiowym sposobem Biera. Sposobu tego użył K. dotychczas 150 razy przy pomocy tropakokainy.

6 F. Słęk (Lwów): O narkozie mieszanej tlenowo-chloroformowej sposobem Wohlgemutha. Dzięki umyślnemu urządzeniu, które S. przedstawia, chory odycha parami chlorormu, zmieszanemi z tlenem. W klinice Rydygiera wykonano zapomocą tego przyrządu kilkanaście narkoz i wbrew zdaniu Wohlgemutha nie stwierdzono, aby ten sposób usypiania miał jakieś zalety szczególne przed usypianiem czystym chloroformem. Natomiast obchodzenie się z tym przyrządem jest kłopotliwe.

7. Doc. R. Barącz (Lwów): O usypianiu zapomocą chloru kelenu (kelenu). B. zaleca do małych, krótkotrwałych operacyj uspienie ogólne zapomocą kelenu. Używa maski Bräuera z dwoma wentylami. Uspienie następuje po 1½ minuty i utrzymuje się przez 5 minut. B. użył tego sposobu z powodzeniem 33 razy. W piśmiennictwie ogłoszono dotąd 11.167 narkoz kelenem, w tem zaś było 2 przypadki śmierci.

8. L. Mieczkowski (Wrocław): O usypianiu i miejscowym znieczuleniu. W klinice Mikulicza używa się od pewnego czasu niemal wyłącznie do usypiania eteru. Narkozę rozpoczyna się zapomocą zwykłej maski Esmarcha, lejąc na nią eter, jak chloroform. W dalszym ciągu podaje się eter zapomocą maski Wanschera. U dzieci i u osób osłabionych do eteryzowania używa się od początku do końca maski Esmarcha. Uspienie eterowe uważać należy za zasadę, do chloroformu uciekać się tylko w przypadkach chorób płuc, niepowikłanych cierpieniami serca. Znieczulenia sposobem Biera użyto w 52 przykładach, a w 24% znieczulenia nie było dostateczne. Używano 2% kokainy i wstrzykiwano 0.01 do 0.15. Do znieczulań miejscowych używają w klinice wrocławskiej płynu Schleicha, metody Obersta i t. p. W końcu zwraca M. uwagę, że po założeniu opaski Esmarcha można wstrzyknąć w tkanki nierównie więcej kokainy bez obawy zatrucia, niż bez tej opaski. Kokaina niewessana pod wpływem tkanek niedokrewnych ulega zobojętnieniu.

Trzebicki co do narkozy eterowej nie ma własnego doświadczenia. Dwa razy użył do znieczulenia ogólnego kelenu i oba razy był bardzo zadowolony, że się narkoza bez przypadku skończyła. Znieczulenia rdzeniowego użył 230 razy, zawsze mniej więcej z powodzeniem, nie unosi się jednak nad tym sposobem znieczulenia. Woli chloroform.

Pruśński zwraca uwagę, że chloroform działa bardzo na nerki, to też przed uspieniem powinno się badać dokładnie wydolność i sprawność nerek. Gdy się chloroformuje chorych z zupełnie zdrowymi nerkami i zdrowym sercem, ewentualne niemile zdarzenia w czasie uspienia przypisać należy nieuwadze chloroformującego.

Lepkowski wyraża się również bardzo niekorzystnie o kelenie. Zaleca nowy środek znieczulający, używany w dentystyce: *nercoëidin*.

Wehr uważa uspienie chloroformowe za najwłaściwsze.

Kryński podczas uspienia kładzie główną wagę na wejżeniu twarzy chloroformowanego.

Zawadzki A. do chloroformowania zaleca maskę Junkera.

Również Oderfeld i Czapliski (Kielce) zachwalają maskę Junkera.

Rydygier, gdzie potrzebuje ogólnej narkozy, używa wyłącznie chloroformu.

Kader traktuje usypianie zapomocą chloroformu bardzo poważnie. Podczas uspienia w pierwszym rzędzie zwraca uwagę na zachowanie się oddechu, a dopiero w drugim na tętno:

9. Prof. W. Wehr: O pierwszym opatrunku własnego pomysłu. Jest to chustka, złożona wzdłuż przekątni w pas, w którego połowie przszyta jest poduszczyca, mająca osłonić ranę. Pas ten składa przez pół i tak złożony zwija w wałek, opakowuje szczelnie i wyjąławia. Po zdjęciu opakowania chwytą się za oba wystające końce, przez co pas cały się rozwija i nie tracąc czasu zawija się ranę.

10. Frommer (Kraków): O usiłowaniach zastąpienia jodoformu proszkiem węgla. W żadnym przypadku nie zauważył korzystnego wpływu węgla na gruźlicę stawów.

11. Kirkor (Kraków): O zmianach w szybkości ruchu krwi w mięśniach prążkowych podczas ich czynności. Przy każdym skurczu mięśnia, czy to wywołanym przez bezpośrednie zadrażnienie, czy też przez zadrażnienie odpowiedniego nerwu, lub nawet ośrodków psychomotorycznych mózgu i to bez względu na to, czy nerw błędny był przeciętym, czy też nie, następuje przyspieszenie prądu krwi tętniczej, a tak samo w żyłę, odprowadzającej krew z danego mięśnia, podnosiło się ciśnienie krwi i wzrastała szybkość prądu. A zatem w czasie skurczu mięśnia napływa doń krew.

12. Demonstracye narzędzi chirurgicznych. Rydygier przedstawia aparat Stilliego do przepajania płynem Schleicha, przyrząd do przytrzymywania pięty podczas zakładania opatrunku gipsowego na kończynę dolną, skrobaczki etc. — Kader zachwala enterotom Dembowskiego, pokazuje przez siebie zmienione igły Dechampsa, używane przy resekcji wątroby. — Wehr przedstawia i zaleca puszkę do przechowywania waty pasmowej, w wałek zwiniętej i t. d.

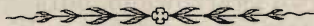
13. Oderfeld (Warszawa): Przypadek kilaka mózgu. Chory 38-letni przed 18 laty zaraził się kiłą. Nie leczył się. Przed 2 laty wystąpiły bóle głowy zwłaszcza w nocy, ponad prawem uchem i w okolicy potylicznej. W szpitalu stwierdzono: zgrubienie kości w okolicy prawego ucha, bolesność opukową w tejże okolicy, tarczę zastoinową na obu oczach, podwójne widzenie, wyraźny niedowład lewego nerwu twarzowego, odruchy kolanowe wzmożone. Znaczna poprawa po leczeniu swoistem. W lutym 1900 r. wystąpiły pierwsze napady padaczkowe. Początkowo występowały raz do 2 razy na miesiąc, potem stały się częstsze i silniejsze. Po powtórzonem leczeniu swoistem napady stały się rzadsze. Już jednak w lutym r. b. zgłosił się chory do szpitala po raz czwarty: napady występowały wówczas co parę godzin. Wykonano rozległą trepanację. W *zona motorica* nie znaleziono domnieganego guza, a tylko *pachy-et leptomeningitis fibrinosa*. Po operacji chory wkrótce zmarł, a sekcyja wykazała 2 kilaki w płacie czołowym, w okolicy bruzdy Rolanda. Fakt ten stawia nas w pewnej

sprzeczności z nauką o siedzibie ośrodków w mózgu. Wiemy bowiem, że guzy usadowione w płacie czołowym dają objawy głównie w zakresie psychicznym, a nie ruchowym, jak w tym przypadku.

15. Prof. Trzebiicki y (Kraków): O leczeniu gruczolaków złoźowych na szyi. T. zaznacza, że leczenie operacyjne tych gruczolaków samo przez się nie daje zadowolniających wyników. Na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza wykonano 800 odpowiednich operacyj, nie doliczając chorych, operowanych w ostatnich 2½ latach. Jednak tylko o 165 chorych mógł T. zebrać wiadomości. Z tych zaś zaledwie 85 pozostało trwale zdrowych, u reszty wystąpiły nawroty. Przytem stwierdził T., że zdrowymi pozostali chorzy zamożniejsi.

15. R. Dw. Prof. Rydygier. O leczeniu tętniaków tętnicy bezimiennnej. Cięcie skórne rozpoczęła się na wewn. brzegu m. mostkosutkowo-obojezykowego lewego, na granicy między środkową a dolną 1/3 częścią. Cięcie to przedłuża ku dołowi ponad stawem mostkoobojezykowym lewym i kończy je na wysokości dolnego brzegu chrząstki pierwszego żebra. Stąd ponad rękojęścią przechodzi się na stronę prawa, prowadząc cięcie aż poza chrząstkę pierwszego żebra prawego, a stąd w górę po zewn. brzegu m. mostkosutkoobojezykowego prawego aż powyżej jego połowy. W cięciu tem przecina się skórę, mięsień podskórny szyi, wycina górną część rękojęści mostka, wewn. trzecią część. I żebra prawego i takąż część obojezyka prawego i płat ten wraz z uczepieniem się mięśni moskosutkoobojezykowych, mostkognykowych i mostkokrtaniowych, unosi w górę, odsłaniając nietylko tętnice bezimienną, ale nawet częściowo i łuk tętnicy głównej. Po podwiązaniu i ewentualnem wycięciu tętniaka płat cały opuszcza się ku dołowi, ustalając go odpowiednią ilością szwów. Pochop do podania tego sposobu dał R. przypadek tętniaka worczastego tętnicy podobojczykowej, tętniaka nisko usadowionego i ogromnych rozmiarów, spostrzegalny i operowany w klinice lwowskiej.

16. Prof. Trzebiicki y (Kraków): W sprawie leczenia chrzęstniaków mostka. T. Przedstawia chorą, u której z powodu chrzęstniaka zresekował rękojęść mostka. Podczas operacji przekonał się, że opłucna prawa była ściśle z guzem zrosła. Skutkiem tego musiał podczas operacji otworzyć prawą jamę opłucną. Po operacji chora przebyła zapalenie płuc po prawej stronie. (*Clin.*)



Dział lekarski na wystawie rolniczo-przemysłowej w Lublinie.

Podał Dr. W. Tołwiński (Lublin).

W jesieni r. z. Towarzystwo lekarskie lubelskie otrzymało od komitetu wystawy zaproszenie, aby się zająć urządzeniem w dziale naukowym wystawy—sekcji higienicznej. Po dosyć obszernej dyskusji na posiedzeniu odbytem d. 4 Października 1900 r., posta-

nowiono przyjąć udział w wystawie, i w tym celu, wybrano komisję wystawową z członków: koll. Janiszewskiego, Zaborowskiego, Dobruckiego, Jaczewskiego, Cynberga, Jarnuszkiewicza, Biernackiego, Radomyskiego, Staniszewskiego i mnie;—z liczby wymienionych członków, kol. Radomyski i ja zostaliśmy delegowani do Komitetu Wystawy.

Na jednym z zebrań Komisji wystawowej ułożono program sekcji higienicznej; program ten rozesłaliśmy wszystkim kolegom w Lublinie i na prowincyi zamieszkałym, również aptekarzom i wielu innym osobom, które, według naszego mniemania, mogły by przyjść z pomocą w urzadzeniu sekcji Higienicznej Wystawy.

Nie wiele otrzymaliśmy okazji na wystawę. Pomimo licznych przypomnień, bądź listowych, bądź ustnych,—udział kolegów w utworzeniu sekcji higienicznej był bardzo nieliczny, — jak to z opisu tego co było wystawionem czytelnik łatwo się przekona.

Sekcya nasza umieściła się w baraku szpitalnym systemu Doeckera, firmy Christoph et. Unmack, fabryka których mieści się na Pelcowiznie pod Warszawą.

Barak ten sam był, zarazem eksponatem wystawowym, dla tego słów kilka poświęcę opisowi jego. Składał się z 5-ciu pokoi,—dwóch większych i 3-ch małych, (podobny barak był wystawiony na higienicznej wystawie w Warszawie w 1896 r.; mieściło się w nim Pogotowie Ratunkowe).

Podeczas wystawy lubelskiej w baraku było bardzo gorąco; może powodem tego były zbytne upały,—może przepełnienie baraku publicznością, żądną widzieć nieznaną dla niej rzeczy; faktem jest, że stale w baraku było tak ciasno, iż nie podobna było mijać się. Tłoczono się przy pogotowiu, przy sali operacyjnej, — przy eksponatach Nałęczowskich i laboratoryach chemicznych,—a w godzinach przeznaczonych na demonstracye aparatu Roentgena publiczność w baraku stale była narażaną na uduszenie się. Nawet porozwieszane na ścianach tablice i figury statystyczne miały masę przyglądających się i robiących nawet notatki,—wszelkie zaś objaśnienia tablic ściągaly tłumy słuchaczy. Nie przesadzam żeby wada konstrukcyi, — prędzej wyżej wyszczególnione powody, sprawialy zaduch i gorąco w baraku; w każdym razie baraki Doeckera jako przenośne szpitale nie pozbawione są wielu zalet i mogą dobre oddawać usługi jako szpitale izolacyjne, w razie pojawienia się chorób zakaźnych, zwłaszcza w miejscowościach pozbawionych szpitali, jakich, niestety, u nas bardzo wiele. Należy tylko, baczyć aby nie przepełniać baraku, a lokować w nim liczbę osób odpowiednio do zawartości powietrza.

Z działu szpitalnego okazałe wystąpił na wystawie szpital Ś-go Wincentego (Szarytek) w Lublinie, przedstawiając salę operacyjną, prowadzoną według wymagań nowoczesnej chirurgii przez obecnego szefa szpitala kol. Dobruckiego, mieliśmy tedy dwa stoły operacyjne, jeden żelazny ze szklanymi blatami, drugi Ihlego;—szafę z narzędziami chirurgicznymi żelazną, całą oszkloną, ze szklanymi półkami;—przyrząd Henlego do otwierania puszek;—2 małe stoliki

żelazne,—jeden ze szklanym blatem, drugi z kiuwetą do narzędzi;—statywę z 3-ma rezerwoarami dla płynów antyseptycznych;—nosze, i inne przedmioty. Wystawa sali operacyjnej szpitala 5-go Wincentego dowiodła, że jest on urządzony podług wymagań postępowej chirurgii. Wszystkie przedmioty, do tej sali wykonane są w Lublinie u braci Boczkowskich; bardzo dokładne wykonanie dowodzi, że nie koniecznie stoły, szafy, i inne przedmioty potrzeba sprowadzać z zagranicy; przy odpowiednich wskazówkach miejscowi mechanicy potrafią je dokładnie wykonać.

Kol. Jaczewski wystawił fotografie stereoskopowe chorych ze szpitala Ś-go Józefa w Lublinie. Były to różne postaci chorób skórnych i wenerycznych, ofotografowane przez samego kol. Jaczewskiego, który jako amator-fotograf doszedł do wielkiej wprawy w robieniu zdjęć fotograficznych, i w ten sposób ma możność fotografowania takich osobników, do których sprowadzanie zawodowego fotografa mogło by być nie obojętnem i dla chorego i dla fotografa.

Kol. Michelis z Chełma wystawił kilka odbitek prac swoich, drukowanych w czasopismach lekarskich; z tych wyróżnić należy pracę p. t. „Historja powstania obecnego szpitala Chełmskiego i sprawozdanie z 7-mio letniej jego działalności”, 7 tablic do tego odczytu, plan szpitala, fotografie zewnętrzne i wewnętrzne szpitala.

Praca ta, drukowana w № 11 „Kroniki lekarskiej“, r. b. dowodzi, że przy energii można nie tylko urządzić, ale i utrzymać szpital bez zasiłków i pomocy specjalnej.

Kol. Villaume ze Szczebrzeszyna, posiadający własny aparat Roentgena, przywiózł go do Lublina i demonstrował codziennie na wystawie. Lublinianie zupełnie Roentgena nie widzieli; nowością więc było dla nich widzieć na ekranie kości swoich rąk bez ciała, a z wiszącymi na nich pierścionkami lub bransoletkami, lub zawartości swoich woreczków do pieniędzy; tłoczono się tedy na owe demonstracye z niebywałą u nas ciekawością.

Biedny kol. Villaume, w małym i ciemnym pokoiku baraku Doeckera wytwale objaśniał żądnym wiedzy lublinianom jak Roentgen odkrył X. promienie, i co za wielkie dziś oddaje usługi dyagnostyce lekarskiej ta—wydarta przyrodzie,—tajemnica. Wielką wdzięczność mają dziś lublinianie dla kol. Villaume'a, że, chcąc czegoś nauczyć mieszkańców swego rodzinnego miasta, porzucił praktykę, przyjechał na wystawę, narażając się w zamian za to na straty.

Z zakładów kuracyjnych, znajdujących się w gubernii, wspólnie wystąpił Nałęczów, dając model sytuacyjny zakładu, modele wanien żelazistych, natrysków, hydroterapii, okazy wody, borowiny; broszury, fotografie zakładu, wreszcie masę tablic i figury statystyczne.

Drugi zakład kuracyjny, Sławinek pod Lublinem, dał widoki tej ładnej, lecz zaniedbanej, miejscowości, kilka syfonów wody żelazistej, wreszcie broszury o Sławinku.

Warszawskie Pogotowie Ratunkowe wystawiło kufry oraz kasety—używane przez tę instytucję, nosze, oraz tablice statystyczne, jako to: tablice graficzne wypadków w r. 1897 — 1900 w Warszawie, tablice graficzne nagłych zaślabień, tablice graficzne urazów, tablice graficzne samobójstw w Warszawie 1897 — 1900 r., i wiele innych. Oprócz tego fotografie stacyi ratunkowej, karetki pogotowia i inne.

Do działu szpitalnego należy jeszcze szczudło wystawione przez miejscowego stolarza p. Barszczewskiego. Wykonanie roboty bardzo czyste, dokładne, a jak utrzymują specjaliści szczudło to bardzo wygodne jest w zastosowaniu.

W dziale biologicznym, laboratorium miejskie lubelskie, prowadzone przez kol. Radomyskiego i pana Tyca, dało pouczającą wystawę zafałszowań różnych produktów spożywczych oraz sposobów wykrycia tych zafałszowań. Oprócz tego dało chemiczne i bakteriologiczne badanie wody wodociągowej, przyrządy i odczynniki do tego służące; płyny mianowane do badań chemicznych w ogóle; pasorzyty pochodzenia zwierzęcego i roślinnego; czyste hodowle bakteryi chorobotwórczych i niechorobotwórczych, wreszcie aparat D-ra Goerbera do momentalnego określenia tłuszczu w mleku i termofor.

Laboratorium miejskie w Zamościu, prowadzone tam przez p. Kłosowskiego własnym jego kosztem i zapobiegliwością, wykazało, że i jednostki mogą bardzo pożytecznie pracować dla dobra ogółu. Już sama fotografia laboratorium wykazuje, jak starannie jest uposażona ta prywatna pracownia. Pan Kłosowski wystawił: tablicę analizy wód m. Zamościa wziętych z 17 miejscowości, analizę mleka targowego, rezultaty analizy produktów spożywczych na targach Zamojskich, wreszcie odczynniki używane do analizy.

Fabryka sztucznych wód mineralnych aptekarzy lubelskich wystawiła w syfonach i butelkach wyrobione wody mineralne, — a przy tem poglądową analizę tych wód przedstawioną w rurkach i epruwetkach szklanych.

Przedstawione ilościowo, — podług analiz różnych chemików, — części składowe więcej używanych wód mineralnych sprawiały nie mały efekt na zwiedzającej barak publiczności, szkoda tylko, że między wystawionemi analizami nie spotkaliśmy się z analizami naszych krajowych wód mineralnych.

Z działów wychowawczego i budowlanego nikt nie pokonał w naszym baraku.

W dziale statystycznym kolega Staniszewski przedstawił w tablicach graficznych rezultaty działalności lubelskich kolonii letnich. Ciekawe dane przedstawiają tablice przyrostu wagi u dzieci po powrocie ze wsi, Widzimy z nich, że dziewczynkom znacznie więcej przybywa wagi, ażeżeli chłopcom; podczas gdy przeciętnie na jednego chłopca przybyło wagi $2\frac{1}{2}$ f., — na jedną dziewczynkę przybyło około 4 f. Oprócz tego u chłopców maximum przyrostu wagi wynosi 6 f., — więcej wagi prawie żadnemu chłopcu nie przybyło w czasie bytności na wsi, — dziewczynkom zaś przybywało na

wadze i po 7, 8, 9, 10, 11 i nawet 12 funt. Tablicami swemi kol. Staniszewski przypomniiał lublinianom, że młoda instytucya tutejszych kolonii letnich powstała przed paru laty dzięki zapobiegliwości i staraniom Państwa Staniszewskich i dziś bardzo pomysłnie i pożytecznie się rozwija.

Kol. Jaczewski dał 14 tablic statystycznych, ilustrujących rozwój szpitalnictwa w Lublinie i gubernii Lubelskiej, w ciągu 25-cio lecia (1875 r.—1899 r.); tablice te przedstawiają: 1-e. Przyrost ludności w gub. Lubelskiej;—ten był stałym, i gdy w 1875 r. liczba ludności w gubernii wynosiła 709047, to w 1899—1296050. 2-e Przyrost ludności w Lublinie, — ten nie był tak stałym jak w gubernii, w 1877 r. był ubytek ludności o 2975 osób; — potem znów spostrzega się ubytek ludności od 1892—1895 roku; po 1895 r. ludność m. Lublina stale wzrasta. Gdy w 1875 r. ludność m. Lublina wynosiła 27,545 dusz,—w 1890 wzrosła do 53,237 osób.

3-e. Przeciętna dzienna ilość chorych w każdym oddzielnym szpitalu lubelskim. W szpitalu Ś-go Wincentego od 1888 roku stale się zwiększa; gdy do 1888 r. wynosiła 50—60, — w 1889 już było 85,—a w 1899 doszło do liczby 165. W szpitalu Ś-go Jana Bożego ilość chorych zwiększa się od 1891 r.; do tego czasu wynosiła 50—58; w roku 1892=70; 1897 r.=119. W szpitalu Ś-go Józefa ilość chorych dzienna, co roku ulega nieznacznym wahaniom, od 17 (w roku 1876),—do 38, (w r. 1893), — i 44 (1899 r.). W szpitalu żydowskim przeciętna dzienna ilość chorych zwiększa się od 1888 r.; do tego roku wynosiła około 33, w 1888=43; w 1897=67 (największa).

4. Odsetka śmiertelności w szpitalach lubelskich w ciągu całego 25 cio lecia wynosiła: u Ś-go Wincentego i Ś-go Jana Bożego 12—15⁰/₀, w Żydowskim 8—12⁰/₀, u Ś-go Józefa 1—2⁰/₀.

5, 6, 7, 8 tablice wskazywały wydatki w każdym oddzielnym ze szpitali lubelskich. Wydatki kol. Jaczewski podzielił na 3 grupy: lekarstwa, żywności, i inne rozchody. Z tablic tych widzimy, że w ciągu 25-cio lecia wydatki, w kopiejkach, wynosiły:

	Lekarstwa	Żywność	Inne
w Szpitalu św. Wincentego	od 1 kop. (1875 r.) do 7 kop. (1890)	od 13 k. (1898) do 19 k. (1878 i 1883)	od 33 k. (1890, 98 i 99) do 56 k. (1896)
w Szpitalu św. Jana	od 2 k. (1893) do 6 k. (1883)	od 16 k. (1891, 1892) do 23 k. (1883, 1884)	od 25 k. (1875) 29 k. (1870 i 1899) do 87 k. (1895)
w Szpitalu św. Józefa	od 5 k. (1875, 91, 92 i 99 r.) do 15 k. (1894)	od 13 k. (1888, 89, 90, 96, 97 i 99) do 21 k. (1883)	od 27 k. (1878 i 1889) do 120 k. (1894)

	Lekarstwa	Żywność	Inne
w Szpitalu Żydowskim	od 2 k. (1877 i 8) do 6 k. (1895 i 7)	od 11 k. (1876 i 1897) do 19 k. (1878)	od 23 k. (1879) do 55 k. (1892)

9 tablica obejmowała wydatki w rublach na nowe budowle i fundamentalną naprawę już istniejących, w ciągu 25-cio lecia; z tablic tych widzimy, że najwięcej pochłoneły budowle szpitala Ś-go Wincentego, zwłaszcza zaczynając od r. 1887, w którym wydatki wyniosły 4,120 rb., w 1888=30, 480 rb. w 1889=11,600 rb.; w 1894=10,800, w 1897=12,500 wreszcie w 1898=10,700 rb.

W szpitalu Ś-go Jana Bożego w. r. 1889 wyniosły 2,700; 1891=4,150, w 1892=3,900; w 1893=8,900 wreszcie 1898=12,000 rb.

W szpitalu Ś-go Józefa w roku 1889 wyniosły 2,650 w r. 1890=2,100, w r. 1892=3,500, w 1893 i 1894 po 3,100 rb.

W szpitalu Żydowskim,—niedawno pobudowanym,—wydatki były bardzo nieznaczne,—tylko 1895 r. wydatkowano 1,480 rb.

Wogóle przed 1887 r. na budowle szpitalne wydatkowano bardzo niewiele, po kilka set rubli rocznie najwyżej.

10 tablica wykazuje przyrost ilości chorych leczących się w szpitalach w Lublinie.

11. Ilość łóżek etatowych i istotnie zajmowanych. Widzimy z tej tablicy, że do 1890 roku włącznie, co roku było więcej łóżek etatowych w szpitalach lubelskich, aniżeli istotnie zajmowanych, a przewyżka wolnych łóżek wynosiła od 24 w (1890 r.) do 104 (w 1886 i 1887 r.). Od roku 1891 zaczyna się stosunek odwrotny, i stale więcej jest łóżek szpitalnych zajmowanych przez chorych, aniżeli znajduje się etatowych łóżek w szpitalach, przewyżka zaś wynosi od 16 (1891 r.) do 124 (1898 roku).

12 tablica wykazuje, ile przypada podłogi na jedno łóżko w szpitalach lubelskich; widzimy z tej tablicy, że najwięcej przypada u Św. Wincentego gdyż 89,5 stóp □, — najmniej w żydowskim 80,7 stóp □; — Św. Jana wypada 86,7 stóp — Św. Józefa 81,7. — (Normalnie powinno przypadać 120 stóp □).

13 tablica wykazuje, ile przypada stóp kub. powietrza na jednego chorego; widzimy, że: najwięcej w żydowskim, gdyż 1325,4 najmniej u Św. Wincentego gdyż 840,7; potem idą szpitale Św. Jana 911,0 i Św. Józefa 993,0. (Normalnie powinno przypadać 2000 stóp kub.).

14 wreszcie tablica wykazuje porównawcze dane, ile przypada łóżek szpitalnych na 10,000 ludności w gub. Lubelskiej, w porównaniu do różnych innych miejscowości; ciekawa ta tablica pokazuje że na 10,000 ludności przypada łóżek etatowych.

w gub. Lubelskiej	2,90
w guberniach Cesarstwa gdzie niema Ziemstwa	4,25
w Całem Królestwie Polskiem	5,35
— Cesarstwie Rosyjskiem	6,20

w Rosyi Europejskiej	7,20
w guberniach gdzie są Ziemstwa	8,20
— nadbałtyckich	14,60
w W. K. Poznańskim	19,49
w Prusach Zachodnich	28,59
w Król. Wirtemberskiem	54,10
w Alzacyi	87,70
w Prowincyach Nadreńskich	101,50

Inspektor gubernialny lubelski, kol. Frinowski, dał diagrammy śmiertelności gub. lubelskiej, na zasadzie danych urzędowych za ostatnie 10-cio lecie.

Śmiertelność gub. lubelskiej wynosiła przeciętnie w miastach 1,9^o/_o na wsiach 2,3^o/_o. — Śmiertelność od chorób zaraźliwych jest bezporównania wyższa w m. Lublinie, aniżeli we wszystkich innych miastach powiatowych gub. lubelskiej.

Kol. Szymon Klarner, z Bełżyc dał statystykę lekarską gminy Bełżyce w średniej z lat 17. Praca ta znana z wystawy Hygienicznej Warszawskiej 1896 r., na której została nagrodzona złotym medalem, i Przyrodniczo-lekarskiej w Krakowie w r. z., gdzie została nagrodzona dyplomem honorowym, — była w całości drukowaną w „Czasopiśmie lekarskiem“.

Dla ścisłości sprawozdawczej nadmienię, że i podpisany wystawił diagramy i figury statystyczne, ilustrujące pracę o rozwoju fizycznym ludności p-tu Lubartowskiego gub. lubelskiej, — opracowane na zasadzie pomiarów 7380 rekrutów w ciągu 12 lat (1886—1897 r.).

Praca ta prawdopodobnie w jesieni opuści prasę, dla tego i sprawozdania z niej obecnie nie dają. Krótkie autoreferaty były drukowane w protokołach posiedzeń Towarzystwa lekarzy lubelskich, drukowanych w Kronice lekarskiej N. 13, rok 1900 str. 535 i N. 7 r. b. st. 305.

Oto i wszystko cośmy mieli w oddziale higieniczno-lekarskim na Wystawie lubelskiej.

Niektóre okazy, mające związek z działem lekarskim, były pomieszczone w innych oddziałach wystawy; np. kol. Serkowski z Łodzi wystawił bakterye szkodliwe i pożyteczne w rolnictwie, te były wystawione w sekcji rolnej; firma Jeziorański i Drzewiecki z Warszawy dała plany nowego szpitala Dzieciątka Jezus, Malinowski — mydła przetłuszczone; te i wiele innych okazów wyłączono z naszego działu z różnych przyczyn, — dla tego ich nie opisuję.

Jak widzi Szanowny czytelnik, nie wiele wystawiliśmy, ale, zdaje mi się, że i to co było, mogło dać pojęcie zwiedzającym wystawę, że w Lublinie i gub. lubelskiej są lekarze, którzy wedle sił i możności pracują dla dobra ogólnego.

Lublin dnia 12 Lipca 1901 r.



KRONIKA

— Ministerjum komunikacyi zabroniło przewożenia w pociągach pasażerskich ludzi chorych na ostre choroby zakaźne.

— Departament lekarski polecił wszystkim władzom lekarskim prowadzenie statystyki śmiertelności z powodu opilstwa.

— Do Akademii lekarskiej będą od r. b. przyjmowani wychowawcy szkół realnych, o ile zładzą egzamin z łaciny (w zakresie 4 klas obecnego programu gimn. klas.). Egzamin ten trzeba zdać w ciągu pierwszego roku pobytu w Akademii.

(Dzien. Państwowy 5. VI. 01).

— Ministerjum komunikacyi poleciło zarządom kolejowym, aby na stacyach były wywieszone na miejscu widocznem dokładne adresy całego kolejowego personelu lekarskiego, lekarzy wolnopracujących, zamieszkałych w pobliżu, oraz szpitali i zakładów leczniczych.

— Środki trujące. Rada lekarska ministerjum spraw wewnętrznych, jak donosi „Warsz. Dniew.,” wydała wyjaśnienie w sprawie obowiązkowego kierowania się przez składy apteczne w Królestwie Polskiem wykazami środków trujących i silnie działających, ogłoszonymi przez ministerjum spraw wewnętrznych. Rada lekarska postanowiła wyjaśnić: 1) że wykazy środków trujących i silnie działających, ogłoszone przez ministerjum spraw wewnętrznych, obowiązują składy apteczne Królestwa Polskiego i 2) że pociągnięcie do odpowiedzialności z art. 101 ust. o karach może nastąpić zarówno ze strony wydziału lekarskiego rządu gubernialnego, jako też policji, która powinna sporządzać protokoły zgodnie z art. 1224 ustawy karnej, t. j. z udziałem lekarza i biegłych.

— Tydzień piotrkowski (№ 30) donosi: Grono lekarzy łódzkich złożyło deklarację w sprawie utworzenia przy chrześcijańskiem Towarzystwie Dobroczyńności, bezpłatnego ambulatorjum dla biednych. Deklaracya ta kończy się słowami: „My niżej podpisani (a mamy nadzieję, że i wielu

innych tu niepodpisanych kolegów) obowiązujemy się bezpłatnie udzielać porady niezamożnym chorym, w pewnych oznaczonych godzinach. Jednorazowy koszt urządzenia bezpłatnego ambulatorjum, oraz koszty utrzymania byłyby niewielkie, a do zebrania takowych i my byśmy się przyczynili“

— Jakie szkody społeczeństwo ponosi z powodu braku ochronek wiejskich (p. „Czasopismo“ 1899 str. 96) niech zaświadczy jeden numer (58) „Gazety Radomskiej“ z d. 20 Lipca r. b..

Wypadki z powodu braku dozoru nad dziećmi. Na kolonii Miodnej, w p. Kozienickim, bawiący się nad stawem 3 letni synek gajowego, Wasili Zudilin, wpadł do wody i utonął. We wsi Paszkiewiczze, w p. Opoczyńskim, wpadł do studni i utonął 5 letni synek włościanina, Władysław Drużdż. We wsi Kurzaczce, w p. Opatowskim, 5 letni synek włościanina, Mikołaj Płatek, zbliżył się do ognia palącego się pod blachą i uległ tak silnemu poparzeniu, że zmarł nazajutrz. We wsi Skotnikach, w p. Sandomińskim, utopił się w kanale w pobliżu domu mieszkalnego 2 letni synek włościanina, Maksymilian Plaza. We wsi Holendrach w p. Kozienickim, 7 letni Jan Kułtys, syn włościanina, kąpiąc się w lasze wiślanej, trafił na głębie i utonął. We wsi Ciszycy, w p. Hżeckim, w rzece Kamiennej utopił się 12 letni Józef Iwan, syn włościanina. We wsi Lubowie, w p. Opatowskim, bawiący się nad stawem 2 1/2 roczny synek włościanina, Tomasz Sobczak, wpadł do wody i utonął. We wsi Holendrach Piotrkowskich, w p. Kozienickim, kąpiąc się w lasze wiślanej, utonął 14 letni syn włościanina Adam Lenarczyk. Na kolonii Brzuśni, w p. Opoczyńskim, utonął w stawie przy młynie, 11 letni syn młynarza, Jan Stankowski. We wsi Bogoryi, w p. Sandomińskim, kąpiąc się w jeziorze, utonąła 12 letnia córka włościanina Katarzyna Radziłowska.

— Podług statystyki kol. A. Michelisa w szpitalu Chełmskim (g. Lubelskiej) w czasie od r. 1894 do 1901 było ogółem chorych 1816.

Na błonicę było chorych 53 (śmiertelność = 28,30/0).

Na płońcę było chorych 46 (śmiertelność = 10,80/0).

Na ospę nat. było chorych 9 (śmiertelność = 44,40/0).

Na dur brz. było chorych 92 (śmiertelność = 9,70/0).

Na tyfus plm. było chorych 18 (śmiertelność = 11,10/0).

Na Suchoty p. było chorych 70 (śmiertelność = 41,42%; z poprawą wyszło 41,420/0).

Na rozdemę pł. było chorych 93 (śmiertelność = 21,70/0; z poprawą wyszło 78, 20/0).

Operacje najczęstsze: amputacje (15), herniotomie (13), usunięcia nowotworów (14), exarticulationes (8), tracheotomia (6), resertio costarum (4). Sekcyj wykonano 14.

(Kronika lekarska 1901 № 11).

— Przegląd Farmaceutyczny (1901. № 11 i 12) pisze: „Udział Farmaceutów w sprawach ochrony zdrowia publicznego. Wiele razy zwracaliśmy uwagę na dziwną anomalję, iż w instytucjach o charakterze społecznym, jak szpitale, oraz w wielkich przedsiębiorstwach przemysłowych, jak koleje żelazne, fabryki zatrudniające tysiące i dziesiątki tysięcy jednostek ludzkich, potrzebujących stałej pomocy lekarskiej, apteki są pod dozorem felczerów, akuserek, zakonnice, lecz rzadko kiedy pracę w aptece spełnia zawodowo uzdolniony farmaceuta. Podobny błąd znajdujemy i w organizacji pogotowia lekarskiego na prowincyi w gubernii Płockiej.

Niepotrzebujemy dowodzić, iż taki stan rzeczy bezpośrednio odbija się na zdrowiu chorych, korzystających z leków, przygotowanych przez osoby do tego niepowołane.

Prostem następstwem są omyłki, zamiary leków, pewne ułatwienia w przygotowywaniu takowych, samowolne nadawanie tej, lub innej formy recepturowej wydawanym lekom. Podobne następstwa w aptekach, obsługiwanych przez farmaceutów, są prawie zupełnie wykluczone. Jeśli teraz weźmiemy pod uwagę, iż omyłki, chociaż

bardzo rzadko, zdarzają się i zawodowym farmaceutom, a w niektórych wypadkach są powodem poważnych następstw chorobowych, ewentualnie śmierci, to cóż dopiero powiedzieć można o aptekach, w których panują niepodzielnie jednostki do tego niepowołane.

„Dziwnym wydaje się fakt tendencyjnego usuwania farmaceuty z pola, które z natury rzeczy jest mu właściwe, i zastępowanie go felczerem, tym felczerem, z którym toczy się jawna i stała walkę o nieprawne leczenie, a jednak używa go się za biernie narzędzie w dziele pozbawienia tego skromnego zakresu pracy, jakie farmaceucie prawo i jego własne uzdolnienie zapewnijają.

Wprawdzie ci, którym my winę przypisujemy, mogą zasłonić się brakiem środków na utrzymanie farmaceuty. My jednakże mamy na to odpowiedź gotową, iż tam, gdzie pogotowie lekarskie kosztuje dziesiątki i setki tysięcy rubli wydatek 2—3,000 rubli na utrzymanie farmaceutów budżetu nie obciążą.

— Gazeta Radomska poświęca w № 57-ym r. b. pięć wielkich szpalt opisowi obchodu jubileuszowego 45 letniej pracy lekarskiej dra med. Władysława Rotha w Staszowie, w dniu 3 Lipca r. b.

— Na wystawie rolniczo-przemysłowej w Lublinie nagrodzono Łódzkie laboratorium katedry S. Serkowskięgo, za ogół wystawionych okazów, dyplomem uznania.

— Kolega Czesław Stankiewicz, współwłaściciel „Czasopisma“, opuścił Łódź i przeniósł się do Warszawy.

Łódzka korporacya lekarska i Towarzystwo Lekarskie, którego kol. Stankiewicz był bardzo czynnym członkiem, tracą w kol. S. jednego z najwybitniejszych przedstawicieli miejscowego swiata lekarskiego.

Komitet redakcyjny, żegnając w kolezce Stankiewicza współtowarzysza pracy, życzy Mu serdecznie, aby działalność jego w dalszym ciągu była równieży pożyteczną i zyskała Mu—podobnie jak w Łodzi — uznanie.

Komitet redakcyjny: L. Fankanowski, B. Handelman, Ks. Jasiński, K. Jon-scher, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, S. Serkowski, Cz. Stankiewicz.

Wydawca: Dr. J. Koliński.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь. 8 Августа 1901 г.

Друк А. Karskiego, dziedź. Kulisz, Nowy Rynek № 11.