

MEDYCINA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 4.

Warszawa d. II (24) Stycznia 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3 Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnym pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“, W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Przyczynki do kazuistyki nosaczyny ostrej u ludzi. Podał R. Gutowski. — O gruźlicy cewki przedniej. Napisali N. Hallé i B. Motz. (Dokończenie). — STRESZCZENIA i WYCIĄGI. 16. W sprawie wydzielania się kwasu solnego. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie dnia 2 grudnia r. z. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. W sprawie większego rozpowszechnienia naszych wód mineralnych. Podał d-r S. Kozłowski. — KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA. Z powodu odczytu d-ra T. Durina „Parę uwag w sprawie praktykowania wśród ludu wiejskiego“. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCINA“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r R. Gutowski — Contribution a la casuistique de la morve chez l'homme. 2) D-r N. Hallé et B. Motz — Sur la tuberculose de l'urèthre antérieur.

Redaction Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCINA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r R. Gutowski — Ein Beitrag zur Kasuistik des Malleus acutus beim Menschen. 2) D-r N. Hallé und B. Motz — Ueber die Tuberculose der vorderen Harnroehre.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

Ze szpitala miejskiego św. Stanisława w Warszawie.

Przyczynki

do kazuistyki nosaczyny ostrej u ludzi.

Podał

ROMAN GUTOWSKI.

Lekarz miejscowy.

Rozpoznanie kliniczne nosaczyny u człowieka w pierwszych okresach choroby jest bardzo trudne, często wprost niemożliwe, jeżeli brak wybitnego momentu przyczynowego. Z tego względu każdy przypadek nosaczyny ostrej zasługuje na uwagę, jeżeli objawy kliniczne były dość

ściśle spostrzegane i rozpoznane stwierdzone bakteryologicznie. W przypadku, który mam zamiar opisać, występuje na pierwszy plan zapalenie opłucny przy objawach ciężkiej choroby, dopiero po dziesięciu dniach zjawiają się nacieczenia tkanki podskórnej i wreszcie krosty swoiste na 4 dni przed śmiercią.

Johann Herman K. lat 33, żonaty, dyrektor fabryki wyrobów metalowych, zamieszkały przy ul. Polnej (tuż obok placu wyścigów konnych), przybył do szpitala św. Stanisława dnia 4 maja 1900 r. Chory bardzo blady, z wybitnymi cechami ciężkiej choroby, wyszedł z dorożki przy pomocy swej żony. Choroba zaczęła się przed 12

dniami ogólnem niedomaganiem, dreszczykami, bólem głowy, kolkami w prawym boku i brakiem łaknienia. Z początku chory nie przerywał zwykłych zajęć, przypisując objawy powyższe bezsennej nocy na wieczorku, gdzie tańczył i zmęczony usiadł na balkonie. Po dwóch dniach, gdy stan się nie poprawiał, zawezwano lekarza, który rozpoznał grypę i rokował rychle wyzdrowienie. Szóstego dnia, wobec pogorszenia, zawezwano innego lekarza, który rozpoznał zapalenie opłucny wysiękowe. Chory, ze względu na warunki domowe, zapisał się do płatnego pokoiku w jednym ze szpitali warszawskich, gdzie potwierdzono rozpoznanie zapalenia opłucny. Stan był bardzo ciężki. Zrana 11-go dnia choroby zauważono krostę na skórze obojczyka w okolicy prawego stawu barkowego; ten ostatni był bolesny przy ruchu. Wieczorem powstało zaczerwienienie skóry i nacieczenie tkanki podskórnej na lewym przedramieniu oraz w okolicy lewego stawu skokowego na powierzchni zewnętrznej. Dwunastego dnia choroby utworzyło się powierzchowne nacieczenie na guzowatości prawej piszczeli. Specjalista zbadał nos i jamę nosogardzielową i nie znalazł nic nieprawidłowego. Bądź co bądź, chorego wypisano i poradzono mu udać się do szpitala św. Stanisława, przeznaczono dla chorych gorączkujących.

Widząc obraz ciężkiego zakażenia niewiadomego pochodzenia, pomieściłem chorego w oddzielnym pokoju. Chory budowy prawidłowej, wzrostu średniego; odżywianie prawidłowe. Chorował przed dziesięciu laty, t. j. w 23 roku życia na przymiot; leczyl się w Berlinie starannie i powtarzał kurację. Pił dość dużo piwa codziennie. Pochodzi z rodziny zdrowej.

Prócz nieco wyżej opisanych zmian znalazłem rozlane zaczerwienienie skóry i naciek tkanki podskórnej na przedramieniu i na przedniej powierzchni dolnego odcinka prawej piszczeli. Na obojczyku zaś, gdzie poprzedniego dnia była podobno krostka, znalazłem nieznacznej wielkości zaczerwienienie skóry i strupek. Na lewej sto-

pie, na zewnętrznej powierzchni stawu śródstopaliczkowego małego palca zauważyłem stary nagniotek, na którym wytworzyła się przed 2—3 laty przetoka, długi czas bezskutecznie leczona, a która na 3 dni przed wybuchem tej choroby samodzielnie zamknęła się. Ta okoliczność nasunęła mi myśl, że przetoka była wrotami zakażenia ropnego. Na skórze bladej, suchej wysypki nie było. Wargi blade, suche. Spojówka powiek blada. W nosie zmian widocznych nie było. Język obłożony, suchy. Śluzówka jamy ustnej i gardzieli zmian wybitnych nie przedstawiała. Przy badaniu płuc znalazłem z prawej strony tępość tonu opukowego na 5-em żebrze, z tyłu od połowy łopatki; oddech w tem miejscu znacznie osłabiony, drżenie piersiowe w tej okolicy zniesione. Szmeru tarcia nie słyszałem. Tętno serca czyste; tępość normalna. Tętno 126. Śledziona wyczuwalna, górna granica na 8-em żebrze. Brzuch niebolesny. Narządy płciowe prawidłowe. Gruczoły chłonne zmian wybitnych nie przedstawiają. Wieczorem chory stracił zupełnie przytomność, moez i kał oddawał pod siebie. Na pytania nie odpowiadał. Czuć bólu zniesione: chory nie czuł ukłucia przy zastrzyknięciu 30 gramów surowicy przeciw paciorkowcowej MARMOREK'a, którą tegoż wieczora zastosowałem. Następnego dnia, t. j. na 13-ty dzień choroby, zauważyłem, że zaczerwienie i nacieki skóry oraz tkanki podskórnej znakomicie się zmniejszyły, lecz na prawem przedramieniu zjawily się dwie małe krosty, wypełnione białą ropą, bez środkowego wkłęśnięcia, z czerwoną obwódka, nieco podobne do krosty przy ospie wietrznej. Tętno 132, male. Ciepłota 38,8. Chory prawie przytomny, łaknienie ma większe. W nocy chory bredził, nie spał, podobno już czwartą noc z rzędu. Zastosowałem jeszcze 20 grm. surowicy MARMOREK'a i okład pod ceratą na prawy bok. Zrobiłem preparat mikroskopowy z ropy krosty i znalazłem czystą hodowlę laseczników nosacizny. Z opłucny przy przekłuciu próbnem otrzymałem płyn surowiczy, z którego na płytkach

agarowych wyrosły jedynie kolonie laseczników nosacizny, które również licznie znalezione były na preparacie mikroskopowym z wysięku. We krwi drobnoustrojów nie znalazłem; nieznaczna leukocytoza. Wieczorem ciepłota 40°, chory nieprzytomny, bredzi. W nocy chory zrywał się z łóżka, uciekał, trzeba było włożyć kaftan i związać nogi; chorego uspokoiły dopiero 2 gramy bromku sodu. nad ranem zasnął i przespał około czterech godzin.

14-ego dnia choroby spostrzegłem kilka nowych sinych plam na skórze z nieznacznym obrzękiem. Powyżej stawu łokciowego lewej kończyny zauważyłem na miejscu nacieczenia chełbotanie, a po otwarciu znalazłem śluzowatą zakrwawioną ropę. Również otworzyłem ropień na miejscu nacieczenia na prawej goleni. Zanik czucia był tak znaczny, że chory na przecięcie wcale nie reagował. Język suchy, popękany, obłożony, również obłożone dziąsła i zęby. Śluzówka podniebienia miękkiego nieco zaczerwieniona. Śluzówka nozdrzy błada, sucha. Kaszel nieznaczny, suchy. Źrenice umiarkowanie rozszerzone. Chory ociężały, w pół senny, chwilami przytomny. Mocz i kał oddaje, schodząc na kubek. W moczu ślady białka. Pomimo znalezienia w ropie krost i nacieczeń oraz w płynie z opluony laseczników nosacizny, zastrzyknąłem jeszcze raz 20 gm. surowicy przeciwpaciorkowcowej MARMOREK'a, ze względu na polepszenie chwilowe po pierwszych zastrzyknięciach i możliwości zakażenia mieszanego. Tętno 126, małe. Brak łaknienia, chory wypłuka podawane mu do ust jedzenie, więc, chcąc podtrzymać siły chorego i ze względów profilaktycznych dla otoczenia, zaleciłem choremu ławatywę odżywezą. Prócz tego przeznaczyłem *kali jodatam* i *excitantia*. Wieczorem: ciepłota 39,6. Tętno 126. Chory śpi; gałki oczne podniesione do góry, źrenice nieco rozszerzone równomiernie; oddziaływanie źrenic na światło prawidłowe. Jeszcze raz zastrzyknąłem 10 gm. surowicy MARMOREK'a.

15-go dnia choroby na skórze tułowia zjawily się dość obfite krosty, duże, wielkości gro-

chu polnego, z czerwonawą obwódka, wypełnione białą ropą. Przytomność powróciła, jednak chory zapada łatwo w stan senny. Na prawej goleni zjawilo się nowe zaczerwienienie skóry na nieznacznej przestrzeni. Ciepłota 39,5. Tętno 126. Oddech przyśpieszony, utrudniony; stępienie tonu opukowego dochodzi do grzebienia prawej łopatki; oddech i drżenie piersiowe na miejscu stępienia zniesione. W lewym płucu w tylnych dolnych częściach wilgotne rozsiane rżęzenia. W górnym odcinku dróg oddechowych zmian widocznych niema dla oka nie uzbrojonego. Na stopach i goleniach nieznaczny obrzęk. Mocz zawiera ślady białka. Chory nie chce jeść, więc zaleciłem ławatywę odżywezą. Wieczorem ciepłota 39,6.

16-ego dnia choroby tętno — 140, bardzo miękkie, ciepłota 39,8. Oddech — 22. Stan ogólny gorszy, obrzęki na kończynach większe, a prócz tego obrzęk twarzy pod oczami oraz kilka nowych krost. Chory kilkakrotnie miał rzadkie wypróżnienia. Świadomość zachowana w mniejszym, niż dnia poprzedniego, stopniu. Nacieczenia na dolnych kończynach wobec obrzęku pozornie znikły. Spojówka powiek zmian wybitnych nie przedstawia. Śluzówka nosa błada, sucha, na niej niewyraźne czerwonawe plamki. Zmieniłem opatrunek z gazy jodoformowej; owróżnienie nie goi się. Prócz środków lekarskich zaleciłem wino. W nocy chory zrywał się z łóżka, bil żonę i służącą, gdy te usiłowały go zatrzymać, wreszcie zasnął; zmarł o godz. 8½ rano dnia 9-ego maja, czyli przebył w szpitalu św. Stanisława niecałe 5 dni.

Badania zwłok nie było. Hodowle laseczników nosacizny na kartoflu dały obraz swoisty. Dalsze badanie mikroskopowe i dochodzenia, na zwierzętach, dokonane u nas i w pracowni d-ra Wł. PALMIŃSKIEGO, potwierdziły rozpoznanie nosacizny. Z ropy jądra szczepionej świnki morskiej otrzymano czystą hodowlę prątków nosacizny.

Przypadek powyższy zasługuje na uwagę, gdyż dotyczy człowieka, nie mającego pozornie żadnej styczności z końmi. Jakim sposobem i kiedy zaraził się nasz chory, ani on sam, ani jego otoczenie najmniejszej nawet wskazówki dać nie mogło. Z klinicznego przebiegu również trudno coś stanowczego wywnioskować. Gdyby zarazek przeniknął był do ustroju przez drogi oddechowe i tylko wtórnie wywołał wysięk opłucny, to należałoby przypuszczać, że objawy ze strony górnego odcinka dróg oddechowych wystąpiłyby wcześniej na pierwszy plan. Tymczasem tego nie było. Przypuszczam więc, że zakażenie nastąpiło inną drogą, gdyż przedewszystkiem wystąpiło zapalenie błony surowiczej — *pleuritis* — przy objawach ciężkiego zakażenia z wczesnymi nacieczeniami, ropniami, bólem stawu barkowego, wreszcie krostami. Ponieważ na miejscu pierwotnego zakażenia lasecznikiem nosaczny i w jego okolicy może nie być widocznych zmian, jak to np. miało miejsce z nieszczęśliwym d-r'em JAWDYŃSKIM¹⁾, więc i w danym razie nie trzeba się dziwić, że na drodze badania klinicznego nie można było nawet zrobić przypuszczenia. Prawdopodobnie badanie pośmiertne rzuciłoby nieco światła na tę sprawę, ale możeby i nie dało rozwiązania zagadki.

(D. n.).

Z kliniki chorób dróg moczowych prof. Guyon'a w Paryżu.

O gruźlicy cewki przedniej.

UWAGI KLINICZNE.

Napisali

N. HALLÉ i B. MOTZ.

(Dokończenie — Patrz Nr. 2)

Zwężenia bliznowe rzeczywiście cewki natury gruźliczej.

Zabliźnienie owrzodzeń cewki już dawno było uważane za możliwą przyczynę zwężeń. Bliznowe tedy zwężenia, jako skutek owrzodzeń kanału są uznawane za fakty. Czy owrzodzenia gruźlicze błony śluzowej cewki przedniej mogą być

wyleczone, i mianowicie, czy za pomocą zabliźnienia, które staje się powodem bliznowego zwężenia?

W rozprawie NICOLAS'a pewne spostrzeżenie (IV) było wielokrotnie przytaczane od czasów BARBES'a i BERARD'a, jako przypadek prawdopodobnego bliznowego zwężenia gruźliczego w cewce przedniej. Ale, wczytując się w spostrzeżenie powyższe w samym oryginale, widzimy, że jest ono bardzo niepewne i za mało prawdopodobne, byśmy się tu z niem liczyć mogli i tutaj je przytaczali.

BURKHARD w swoim podręczniku endoskopii przytacza przypadek zwężenia cewki moczowej, stwierdzonego wziernikiem, a które autor przyjmuje za następstwo zabliźnienia się owrzodzenia cewkowego natury gruźliczej. Oto parę faktów bardziej ścisłych, z których jeden co najmniej może służyć za dowód. W dniu 28 maja 1887 r. d-r PREAUX z Villers-Cotterets przedstawił prof GUYON'owi młodego człowieka lat 20, dotkniętego oddawna chorobą POTR'a z bardzo wybitnym garbem, ale bez bezwładu kończyn. Od paru lat ów młodzieniec cierpiał na zaburzenia moczowe, zależne od zapalenia pęcherza. Na kroczu utworzył się ropień, który doprowadził do wytworzenia się przetoki, istniejącej jeszcze w chwili badania. W wywiadach ani rzeżączki, ani stosunków płciowych nie było. GUYON znalazł u chorego zwężenie cewki i wobec braku zwykłych przyczyn zmuszony był przypuścić, iż powstało ono wskutek zabliźnienia owrzodzenia gruźliczego kanału.

Jeden z nas spostrzegł w 1895 r. przypadek następujący: 35-letni mężczyzna, który nigdy nie przechodził ani rzeżączki, ani przymiotu, oddawna cierpi na uporeczywe zapalenie pęcherza, oddaje mocz z bólami, w moczu ropa; lasecznika KOCH'a pomimo poszukiwań kilkakrotnych w moczu nie znaleziono. Gruczoł krokowy nierówny; oba jądra są siedliskiem wyraźnych zmian gruźliczych; zanik żołędzi; przyjądrze nierówne, twarde; przetoki mosznowe w wielu miej-

seach o otworach ściągniętych i zrośniętych z resztkami przyjądrza za pomocą twardych sznurków. Kanał w okolicy gąbczastej przedstawia 4 zwężenia obrączkowe, których rozmiary wahają się między Nr. 16 i 10. Rozszerzenie było doprowadzone do Nr. 20, poczem chory usunął się z pod naszej obserwacji. Później dowiedzieliśmy się, że zmarł on śród objawów gruźliczego zapalenia otrzewny. W tym samym czasie leczylimy brata wspomnianego chorego z powodu typowego zapalenia gruźliczego pęcherza z obfitymi lasecznikami Kocn'a; po okresie znacznego polepszenia zmarł on na ostrą gruźlicę płuc.

W przypadku powyższym wydaje nam się bardzo prawdopodobnym pochodzenie gruźlicze bliznowego zwężenia cewki. A oto ostatni nasz przypadek, który, zdaniem naszym, nie pozostawia żadnej wątpliwości. W roku 1899 zgłosił się do nas o poradę 11-letni chłopczyk, przyprowadzony przez rodziców; ci ostatni wyglądają na ludzi zdrowych i silnych, mają więcej dzieci w doskonałym stanie zdrowia; w rodzinie wywiady w kierunku gruźlicy nie wykrywają nic podejrzanego. Chłopiec, o którym mowa, od 8 miesięcy skarży się na bóle przy oddawaniu moczu, mocz mętny, ropiasty, niekiedy zawiera drobniutkie czarnawe skrzepy krwi. Stan ogólny chorego dobry: chłopiec jest żywy, bawi się i sypia dobrze. Badanie bezpośrednie wykryło, że cewka przednia, na całej przestrzeni, dostępnej obmacaniu, od podstawy żołądki aż do opuszki jest twarda, powyginana nieprawidłowo, trochę bolesna na dotyk. Gruzoł krokowy cokolwiek powiększony, o zrazikach nieco stwardniałych, podejrzanych jedynie na prawym brzegu; pęcherzyki nasienne zdrowe. Pęcherz opróżnia się doskonale, niebolesny na ucisk, nieznacznie wrażliwy na rozciągnięcie. Nerka prawa bardzo nieznacznie powiększona, trochę wrażliwa na dotyk. Zgłębnik Nr. 10 wprowadza się do kanału cewki z trudnością; za pomocą oliwki na całej długości cewki wyczuwa się szereg licznych wzniesień i wgłębień, które sprawiają swoiste

wrażenie tarcia o coś w rodzaju tarki; czuć, że się posuwamy po powierzchni chropawej, bardzo nierównej, tu i owdzie zwężonej; całe to badanie jest nader bolesne. Mocz bladej, mętny, kwaśny; pierwsza porcja jest nader mętna i zostawia na dnie obfity osad ropny, obfitujący w laseczniki Kocn'a w postaci grubych pałeczek. Rozpoznano gruźlicę dróg moczowych, najprawdopodobniej gruczolu krokowego i nerki prawej z umiejscowieniem owrzodzeń na całej długości cewki. Zalecono tylko i nader drobiazgowo wykonywano leczenie ogólne — odpoczynek, odżywianie wzmożone, kąpiele słone, środki wzmacniające, kreozot, wielokrotny pobyt nad morzem. W r. 1900 przy postępującej wyraźnie poprawie stanu ogólnego, wyrażającej się znacznym powiększeniem wagi ciała, podczas pobytu nad morzem, zdarzył się wypadek poważny: na prawej połowie moszny utworzył się niespodziewanie znacznej wielkości guz bolesny z zaczerwienieniem skóry. Lekarz rozpoznał zapalenie jądra i zrobił nacięcie. Z rany wypłynęła obficie ropa, poczem przez wytworzoną przetokę zaczął wydzielać się mocz. Po powrocie chłopca mogliśmy poprawić rozpoznanie, jądro i sznurek nasienny okazały się nietkniętymi. Na przedniej części moszny z prawej strony istniał otwór przetoki, szeroki, wciągnięty i bezpośrednio związany z cewką w przestrzeni między moszną i członkiem za pomocą twardego nierównego sznurka łącznotkankowego znacznej grubości. Podczas oddawania moczu przez przetokę wydziela się znaczna ilość — $\frac{1}{2}$ lub $\frac{1}{3}$ część całej ilości tegoż. Mieliśmy więc do czynienia z ropniem moszny pochodzenia cewkowego, który otworzył się do skóry. Pomimo wspomnianego powikłania stan ogólny i miejscowy chorego w dalszym ciągu polepszał się: mocz zaczął się oczyszczać, dziecko rośnie i nabiera ciała, wzmacnia się i powraca do nauki, którą była przerwała choroba. Ale w r. 1901 oddawanie moczu znowu stało się boleśniejsze; strumień moczu jest cienki i słaby; przetoka wydziela większą ilość moczu, objawy

zwężenia cewki wystąpiły wyraźniej i szybko się pogarszały. W lutym 1902 r. badanie kanału wykazało: nie znajdujemy owego wspomnianego na wstępie choroby tarcia, ale cewka, zwężona na całej przestrzeni, pozarastana, twarda, bez wyraźnych wgórków, przepuszcza jedynie i z trudnością bardzo cienki zgłębnik Nr. 8. Wielokrotne próby stopniowego rozszerzenia, podejmowane przez lekarza i przez ojca chłopca, nie dały stałszych wyników; zaledwie nitkowaty zgłębnik i to nie stale dochodził do okolicy opuszkowej cewki, w tem miejscu nader mocno zwężonej. W kwietniu 1902 r. dokonano wewnętrznego cięcia cewki, przecięto zwężenie na znacznej przestrzeni kanału, włożono na stałe cewnik Nr. 14. Stopniowe rozszerzanie, prowadzone stale po operacji, pozwoliło ostatecznie wprowadzić zgłębnik Nr. 15.

Przetoka mosznowa pozostaje nadal, ale znacznie zmniejszona; mocza jest prawidłowy, prawie przezroczysty, nawet w pierwszej porcji. Stan ogólny wyborny; zmiany w gruczole krokowego i nerce nie posuwają się naprzód.

Najwidoczniej w przypadku powyższym mamy do czynienia ze zwężeniem bliznowem, całkowicie zajmującym cewkę przednią, powikłanem przez ropień gruczolicy podcewkowej, który w naszych oczach utworzył się i rozwinął wskutek zabliznienia się owrzodzenia gruczolowego, zajmującego cały kanał cewki przedniej.

Czy gruczlica cewki była w tym przypadku pierwotną? Nie możemy tego twierdzić. Jest niemniej rzeczą pewną, że w chwili naszego pierwszego badania była ona cierpieniem dominującym, zajmowała pierwsze miejsce, inne zmiany w narządzie moczowym zawsze były na drugim planie, pozwalając na utrzymanie dobrego stanu ogólnego i zabliznienie się owrzodzeń w cewce.

Do tego ostatniego spostrzeżenia zbliżony jest przypadek, przytaczany pokrótce przez BERNARD'a i TRILLAT'a, w którym jednak brak dowodów. Rzecz dotyczy chłopca, cierpiącego od-

dawna na gruczlicę dróg moczopłciowych z bolesnym zapaleniem pęcherza i trudnością w oddawaniu moczu. Z cewki wypływa ciecz śluzogonna; przy badaniu cewka przedstawia znaczną liczbę przewężeń dwóch rodzajów — jednych zależnych od owrzodzeń i blizn na błonie śluzowej, drugich — od kamyków, zalegających całą jej długość, przeważnie w okolicy gruczolu krokowego; na końcu prącia istnieje owrzodzenie gruczlicze, a tkanka okołocewkowa jest stwardniała.

Ze wszystkich powyższych danych niektóre tylko są dowodami prawdopodobnymi, zaś jeden tylko daje pewność, że gruczlica owrzodzenie cewki może być wyleczone samoistnie, i że istotne zwężenia bliznowe w cewce prącia mogą być następstwem zabliznienia się wspomnianych owrzodzeń gruczolowych. Jak dotąd są one jednak rzadkie. Być może, w przyszłości spotykać je będziemy częściej, kiedy uwaga lekarzy będzie na nie baczniej zwrócona. Często stwierdzaliśmy i w klinice i przy oględzinach pośmiertnych współistnienie zwężeń cewki i gruczlicy dróg moczowych; czyż niektóre z pierwszych, bardzo łatwo przyjęte za skutek rzeżączki, nie mogły być skutkiem zabliznienia owrzodzeń gruczolowych cewki?

Stosunek, jaki zachodzi między temi dwiema sprawami chorobowymi — gruczlicą cewki przedniej i zwężeniami cewki, może być w streżczeniu następujący:

W okresie ustalenia się sprawy zmiany gruczlicze powierzchowne na błonie śluzowej nie mogą same przez się wywołać istotnych zwężeń cewki — czy to jako ziarnina, czy jako owrzodzenie — ale mogą one powiększyć i uczynić jawnym dawne zwężenie rzeżączkowe. W powyższym okresie zmiany w ciele jamistym, w tkance okołocewkowej mogą doprowadzić do utworzenia się rzeczywistych zwężeń o przebiegu szybkim.

Zmiany okołocewkowe rozlane, głębokie, niszczące kanał, mogą utrudniać oddawanie moczu, a dla cewnika wytwarzać przeszkody, naprowadzając na myśl o zwężeniu: wrzekome zwę-

zenia gruźlicze rzadko bywały stwierdzone w przedniej cewce, daleko częściej — w części tylnej kanału moczowego.

Nakoniec, w okresie wyzdrowienia owrzodzenia gruźlicze cewki przedniej mogą powodować tworzenie się zwężeń bliznowych; są to właśnie prawdziwe zwężenia natury gruźliczej.

Dodajmy, iż w swoim rodzaju gruźlica cewki przedniej może się wikłać ze zmianami okołocewkowymi, przewlekłymi guzami, ropniami, przetokami zupełnie analogicznymi do powikłań tego rodzaju, jakie spostrzegamy w zwężeniach rzeżączkowych. Rozpoznanie nie zawsze będzie łatwe: musi się ono opierać i posiłkować wszelkimi środkami badania i analizy, o jakich wspominaliśmy wyżej.

Należy zawsze mieć się na baczności wobec zwężenia cewki u osobnika, cierpiącego na gruźlicę dróg moczowych.

Na zakończenie zwrócimy uwagę na zejście oraz możliwe powikłanie w rozwoju samoistnym owrzodzenia gruźliczego cewki — na tworzenie się ziarniniaka (*granuloma*) cewki, istnego polipa gruźliczego, którego przypadek, opisany przez KAUFMANN'a, niegdyś zaprzeczany, jest do dziś, o ile nam wiadomo, jedynym przykładem tego cierpienia. Spotkamy się z powyższą sprawą w innych częściach narządu moczowego; dla tego też nie będzie nielogicznym przypuścić jego istnienie w cewce.

A zatem—gruźlica cewki przedniej, postać rzadka ale nie wyjątkowa, może być podejrzewana, a z przebiegu rozpoznana na podstawie całości objawów klinicznych, jak: bolesnego oddawania moczu, wycieku przewlekłego surowiezo-ropnego, objawu zwężenia. Badanie cewki za pomocą macania i cewnikowania, poszukiwanie laseczników Kocui'a w wydzielinach — oto środki rozpoznawcze.

Cierpienie powyższe może być wyleczone samoistnie, bez leczenia miejscowego, nawet przy istnieniu powikłań okołocewkowych, lecz

może pozostawić po sobie stałe zmiany bliznowe.

Sama przez się, a szczególnie wskutek powikłań okołocewkowych, choroba przedstawia wskazania do zabiegów chirurgicznych, jak — przecięcia umiejscowionych ropni, nacięcia i wy-skrobienia rozlanych nacieków w zapaleniach okołocewkowych; usunięcia gruczołu Cowper'a, cięcia cewkowego od strony kroczu, obcięcia częściowego lub doszczętnego prącia, wtórnego cięcia cewki; wszystkie te zabiegi często kończyły się wyzdrowieniem.

Przedmiot niniejszy, szczególnie zajmujący dla anatomo-patologa, nie jest pozbawiony interesu dla chirurga.

Etiologia i patogeneza.

Na zakończenie pracy niniejszej musimy zwrócić uwagę na stosunek, jaki zachodzi pomiędzy gruźlicą cewki przedniej i gruźlicą innych części narządu moczowego. Jaki związek przyczynowy istnieje w powstawaniu ogólnego zakażenia gruźliczego lub miejscowych przejawów tego ostatniego w narządzie moczopłciowym z opisywanym przez nas cierpieniem? Na pierwsze pytanie zgodnie potwierdzająco odpowiadają wszystkie spostrzeżenia anatomo-patologiczne: oto — u osobników, którzy zmarli na zaburzenia gruźlicze wieloogniskowe, stare i głębokie w narządzie moczowym lub płciowym, przy badaniu pośmiertnym znajdowano gruźlicę cewki przedniej. We wszystkich przypadkach, przez nas spostrzeganych, zmiany w cewce przedniej istniały współcześnie ze zmianami gruźliczymi nerek, moczowodów, pęcherza gruczołu, krokowego, pęcherzyków nasiennych lub przyjądrza.

Zabiegając trochę naprzód, możemy powiedzieć, że u mężczyzny gruźlica cewki przedniej stale wikła się z głębokimi zmianami w cewce tylnej. Z punktu widzenia czysto-anatomicznego można zatem rozpatrywać gruźlicę cewki przedniej jako spóźnione powikłanie, jako ostatni i dodatkowy przejaw gruźlicy moczopłcio-

wej. Wygląd zmian, ich dawność, prawdopodobna chronologia przedstawiają gruźlicę cewki przedniej jako zmianę wtórną i następczą, a umiejscowienie tych zmian w cewce potwierdza tylko to zdanie. Gruczoł krokowy jest rozmiękły, jego zserowacenie daleko posunięte, a liczne jamy otwierają się do cewki. Błona śluzowa cewki tylnej jest zniszczona lub co najmniej podziurawiona i głęboko owrzodziła. W cewce błoniastej i w opuszcze owrzodzenia posuwają się głęboko i zlewają z sobą, ulegają rozsianiu, rzadsze i mniejsze, bardziej powierzchowne w cewce prącia ustępują one miejsca ziarninie, która z kolei ginie znowu, zbliżając się do okolicy żołądźci. Podobny układ, tak przecież częsty, zdaje się wskazywać wyraźnie początek i pochodzenie zmian powyższych. Spostrzeżenia kliniczne dowodzą, że jednak nie zawsze tak bywa. W pewnej liczbie przypadków gruźlica cewki przedniej wyleczona została — samoistnie lub wskutek zabiegu chirurgicznego — należy wtedy z konieczności przypuścić, że w tych szczególnych przypadkach była ona objawem głównym gruźlicy moczopłciowej, że zmiany współistniejące w reszcie narządu, jak — nerkach, pęcherzu lub gruczole krokowym — prawie stałe znajduwane — były lekkie, uleczalne i być może, tylko jednoczesne ze zmianami w cewce, a mniej ważne od tych ostatnich.

Jesteśmy zmuszeni postawić obecnie drugie pytanie: czy gruźlica cewki może być pierwotną, pierwszą i jedyną zmianą w narządzie? Żaden pewny przypadek, oparty na całkowitem badaniu pośmiertnym, nie pozwala odpowiedzieć na to twierdząco.

W niektórych przypadkach zmiany w cewce były na tyle wybitne, że można było przypuścić, iż rozwinęły się one pierwiej od innych; ale jest to tylko prawdopodobieństwo; któż jednak może zapewnić że małe ukryte ognisko w nerce, nie poprzedzało zmian w cewce?

Owrzodzenia pierwotne żołądźci lub ujścia, mógłby ktoś powiedzieć — są przecież rzeczą

dostatecznie stwierdzoną. Ale tutaj bezpośrednio zaszczerpienie jest nader prawdopodobne i powstanie sprawy różne. My przynajmniej nie znamy przypadków pewnych, gdzieby gruźlicą pochodzenia zewnętrznego, zacząwszy się u wejścia do cewki, zajęła całkowicie błonę śluzową tej ostatniej przy braku wszelkich zmian gruźliczych dawniejszych i głębokich. A zatem, jeżeli nie stoi na przeszkodzie przypuszczeniu możliwości pierwotnego umiejscowienia się gruźlicy na błonie śluzowej cewki przedniej, przynajmniej wiedzmy o tem, że naukowego potwierdzenia podobnej zmiany — jak dotąd — niema. Gruźlica cewki przedniej jest zmianą wtórną w przebiegu gruźlicy narządu moczowego lub płciowego. Jeżeli po tych rozumowaniach wstępnych chcemy dalej sięgnąć do istoty powstawania zmian, to dotykamy pytań ogólnych, pozostających jeszcze bez odpowiedzi. Jakim sposobem zostaje zakażona cewka przednia? Jaką drogą dostaje się tam lasecznik gruźliczy? Gdzie zatrzymuje się on, by wywołać zmiany początkowe? Na pierwsze z tych pytań istnieje odpowiedź tymczasem, jak się zdaje, wystarczająca, przynajmniej bowiem daje się ona zastosować do większości przypadków.

Istnienie prawie stałe zmian starych i głębokich w drogach moczowych górnych lub płciowych, charakter zmian, istniejących współcześnie w cewce przedniej, częstokroć powierzchownych i świeżych, każą uważać gruźlicę cewki przedniej jako sprawę wtórną; można zapatrywać się na nią, jako na skutek bezpośredniego zakażenia błony śluzowej cewki przez mocz, zawierający produkty gruźlicze, a więc jadowite.

Przy takim pojęciu powstawania sprawy gruźlica cewki przedniej byłaby zmianą istotnie zstępującą, gdzie zakażenie bierze początek w górnych odcinkach narządu — nerce, pęcherzu, gruczole krokowym lub narządzie płciowym. Tak być może w dużej liczbie przypadków. Ale mechanizm głębszy tego zakażenia bezpośredniego błony śluzowej cewki pozostaje niewyjaśniony.

Czyż mogą laseczniki, przechodzące w sposób szybki i od czasu do czasu z moczem w cewce zdrowej, wysłanej prawidłową ochroną — zdrowym nabłonkiem, przeniknąć przezeń, by dostać się do błony śluzowej, i tam się osiedlić? Nie jest to faktem dowiedzionym. Brakuje tu zastawania się, tego istotnego warunku zaszczepienia zarazka: w przerwach między oddawaniem moczu cewka zdrowa jest próżna. Prawda, że na poparcie tej teorii zaszczepienia bezpośredniego przez mocz można przytoczyć rolę uchyłków (*lacunae*) i gruczolów cewkowych. Owe uchyłki i przewody wydzielnicze gruczolów mogą zatrzymywać nader małe ilości zakażonego moczu, dając temuż możność zastawania się. Tam to laseczniki ukryte mogą przenikać wgłąb tkanek i sprowadzać zmiany. Te ostatnie, w gruczolach tak częste, jak to zauważyliśmy wyżej, w gruczolczym zapaleniu cewki, czy to jako rozszerzenia, czy jako rozrost tkanki okołogruczolowej zwykły lub gruczliczy — mogą potwierdzać naukę o bezpośrednim zakażeniu. Anatomicznie jest rzeczą pewną, że gruczolę cewkowe grają ważną rolę w tworzeniu i szerzeniu zmian gruczliczych w cewce

Jakkolwiek teoria powyższa wydaje się prawdopodobną, posiada ona jednak przeciw sobie zarzut bardzo ważny. Zmiana początkowa jest według wszelkiego prawdopodobieństwa w większości przypadków ziarniną gruczliczą na błonie śluzowej. Tak więc ziarnina powstaje i rozwija się w warstwie najbardziej powierzchniowej śluzówki, pod nabłonkiem prawidłowym lub zmienionym. To siedlisko podnabłonkowe ziarniny początkowej może być przytoczone jako dowód innej teorii pochodzenia sprawy — gruczliczy, powstającej drogą krwi. Według tej ostatniej teorii, lasecznik dostaje się nie z zewnątrz, lecz z wewnątrz — nie z powierzchni błony śluzowej, ale z tkanek, leżących pod nią; został on przyniesiony przez prąd krwi, zatrzymał się w naczyniach włosowatych i siedlisko środkowe zmiany istnieje w ścianie naczynia. Taka teo-

rya powstawania sprawy może być zastosowana do błony śluzowej cewki, jak również do innych śluzówek wogólności; tutaj ziarnina pierwotna może powstawać w sieci włosowatej powierzchniowej śluzówki. Aby wyjaśnić powstawanie ziarnin powierzchniowych błony śluzowej, nie mamy potrzeby dawać pierwszeństwa teorii zaszczepienia bezpośredniego lub przy pomocy naczyń — obie teorie dotychczas mogą być popierane z jednakowym prawdopodobieństwem.

Nam się wydaje pewnem — przynajmniej w stosunku do zmian gruczliczych cewki — pochodzenie ich naczyniowe — z krwiobiegu. Są to zmiany odosobnione w ciele jamistym, bez związku bezpośredniego — przez ciągłość — ze zmianami śluzówki. W pewnej liczbie przypadków mogliśmy stwierdzić wszelkie zmiany powierzchniowe nawet w tych miejscach, gdzie śluzówka pozostała zdrową, jako to: guziczki gruczlicze, które rozwinęły się w otoczkach (*areoles*) ciała jamistego, w ciele gąbczastem, a nawet w samych ciałach jamistych prącia.

Tutaj nie może być wątpliwości, że zarazek zaniesiony został drogą krwi, w tych tkankach istotnie i wyjątkowo bogatych w naczynia.

Rozszerzenie się wgłąb' początkowych zmian, istniejących w śluzówce, nie ulega żadnej kwestyi: ciało gąbczaste jest zajęte przez bezpośrednie przejście zarazka, i ciągłość zmian jest niezaprzeczoną. Te zmiany w gruczolach dalej wgłąb' szerzą sprawę gruczliczą w kierunku pochwy mosznowej.

W szerzeniu się spraw cewkowych na tkanki okołocewkowe, położone nazewnątrz powłoki włóknistej ciała gąbczastego, jest rzeczą prawdopodobną, że układ chłonny gra rolę pierwszorzędną. Układ grupowy guziczek gruczliczych wtórnych, w przestrzeniach tkanki łącznej okołocewkowej, cośmy wielokrotnie sami stwierdzili, popiera podobne zdanie. Wobec czego zapalenie gruczlicze okołocewkowe rozlane jest zmianą z istoty swej pochodzenia chłonnego. Nie będziemy dłużej zatrzymywali się na tych roz-

trząsaniach teoretycznych, którym brak dowodów. Sprawa powstawania zmian gruczołowych w cewce przedniej porusza pytania natury ogólniejszej, których rozwiązanie jest trudne. Spotykamy się z nimi na każdym kroku w ciągu całego badania naszego gruczoły dróg moczowych z punktu widzenia anatomo-patologicznego, gdy zajmujemy się czy to gruczołem krokowym, czy

to pęcherzem, czy wreszcie moczowodami lub nerkami.

Być może, iż w zakończeniu pracy naszej, przez porównanie i opierając się na znacznie-szej liczbie faktów, będziemy w stanie podać rozwiązanie bardziej zadawalające tych dezyderatów w kwestyi powstawania sprawy.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

16. M. CLOETTA. W sprawie wydzielania się kwasu solnego.

Pomimo licznych usiłowań określenia wpływu pokarmu na wydzielanie kwasu solnego nie doszliśmy jednakże do ogólnie przyjętych wniosków. Jedynie co do tłuszczu, mianowicie, mlecznego, uznano, że wpływa on ujemnie na wytwarzanie kwasu solnego; co zaś do białka, węglowodanów — poglądy nieraz są wprost sprzeczne.

Dotychczasowe prace w tym kierunku opierają się na chemii żołądka — na sprawach czynnościowych błony śluzowej. Więcej światła mogłyby rzucić obok powyższych równoległe badania anatomiczne. Wobec znanych prac HEIDENHAIN'a o udziale komórek gruczołowych w wytwarzaniu HCl rodzi się pytanie, jakie zmiany anatomiczne (mikroskopowe) odpowiadają zmianom wydzielniczym kwasu solnego. Badania takie połączone są z niemiernymi trudnościami, gdyż materiał sekeyjny zdarza się rzadko, a i ten z powodu nader szybko następujących zmian nie ma wartości.

HEMMETER'owi udało się za pomocą specjalnego zglębniaka otrzymywać cząsteczki błony śluzowej, i okazało się, po porównaniu z normalnemi, że w $\frac{2}{3}$ przypadków nadkwaśności było bujanie przewodów gruczołowych i przerost komórek wytwarzających HCl (Belegzellen), w $\frac{3}{4}$ przypadków niedokwaśności lub zupełnego braku HCl — objawy zaniku. Przyjawszy jednak

dane te, jako stałe, należy rozstrzygnąć, która mianowicie sprawa jest pierwotna — zmiany anatomiczne, czy wydzielnicze. Gdyby bowiem czynność wydzielnicza poprzedzała zmiany morfologiczne, natenczas w dalszym ciągu mielibyśmy do czynienia ze sprawą ciemną w swej istocie, najwięcej do nerwie czynnościowych zbliżoną.

Pytaniem tem zajął się autor na drodze doświadczalnej. Z 4 psów, pochodzących z jednego oszczenięcia, 2 były trzymane wyłącznie na tłustym mleku, co, jak wiadomo, wywołuje zupełny brak kwasu solnego; inne 2 psy otrzymywały obficie mięso, przy czem HCl jest zawsze dostateczny. W ciągu 11 miesięcy spostrzegania trawienie było kilkakrotnie kontrolowane i powyższy wpływ diety najzupełniej stwierdzony; poczem, po uśmierceniu psów (wystrzałem), badano mikroskopowo żołądki. Okazało się, że najlżejszych nawet różnic anatomicznych między żołądkami wszystkich 4 psów nie było.

Jakież ztąd wnioski? Pierwszy ten, że przez dłuższe podawanie tłustego mleka możemy zmniejszyć *resp.* znieść wytwarzanie się kwasu solnego, co też zgadza się ze zdobyciami klinicznymi lat ostatnich: chorzy z nadkwaśnością doznają znacznej ulgi pod wpływem mleka i tłuszczów. Inna jest jednak rzecz, o ile skutek taki może być stały. Otóż, brak jakiegokolwiek różnic anatomicznych między żołądkami, wytwarzającymi kwas solny i nie wytwarzającymi

go (doświadczenie z psami) wskazuje, że dyeta odpowiednia przynosi ulgę, lecz sprawy nie leczy, gdyż przy pierwszej sposobności (usunięciu diety) komórki czynność swoją wznówić mogą.

Po zatem sprzeczność wyników z doświadczeń autora ze spostrzeżeniami HEMMETER'a tem jedynie tłumaczyć można, że nadmiernej kwa-

śności u psów właściwie nie było, a zatem i przypuszczalne zmiany anatomiczne rozwinąć się nie mogły. Zresztą należy być bardzo ostrożnym w ocenianiu czynności całego organu na zasadzie badań drobnych jego cząsteczek.

(*Münch. med. Wochenschr. N. 32. 1902*).

J. Luxenburg.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 2 grudnia r. z.

TREŚĆ: 1) Cz. STANKIEWICZ — przedstawienie preparatów anatomicznych 2 przypadków gruźlicy narządów rodzajnych. 2) B. KAPUŚCIŃSKI z Poznania — „O badaniu serca a i leczeniu mięśnia sercowego według metody Smith'a“.

1) Kol. Cz. STANKIEWICZ przedstawił preparaty anatomiczne z dwóch przypadków gruźlicy narządów rodzajnych.

Przypadek pierwszy dotyczył 41 letniej kobiety, która od pół roku, t. j. od czasu poronienia, poczęła się uskarżać na osłabienie, na bóle w dole brzucha i w krzyżu i na obfite upławy. Przy badaniu Sr. znalazł macię wybitnie powiększoną, w jamie trzonu wybujałości kalafiorowate, które wyskrobano. Sr. przypuszczał, że ma do czynienia z nowotworzeniem, z kosmkami kosmówki. Badanie drobnowidzowe (kol. LORENTOWICZ) wykazało, że była to typowa postać *endometritis tuberculosa*. Stan chorej po wyskrobaniu znacznie się poprawił.

Drugi przypadek dotyczy 28-letniej kobiety, u której, po wypuszczeniu z jamy otrzewny 8 litrów mętnego płynu, badanie wykazało obecność guzów w przydatkach wielkości jabłka, twardych, nierównych, zrośniętych z macię i z sąsiednimi narządami. Rozpoznano gruźlicę przydatków macicy i otrzewny. Na drodze pochwowej St. usunął macię wraz z przydatkami. Ściana macicy okazała się wybitnie zgrubiałą. W obydwóch jajowodach zmiany gruźlicze daleko posunięte. W końcu Sr. wspominał o nadzwyczaj ciężkich warunkach, w jakich operował chorą. Obecnie chora czuje się nieźle, tylko obok blizny brzusznej zjawily się gruzelki.

2) Kol. B. KAPUŚCIŃSKI z Poznania wy-

głosił rzecz: „O badaniu serca i o leczeniu mięśnia sercowego według metody SMITH'a“.

Najpierw mówca wspominał o metodzie, jaką posługuje się SMITH z Morbach (w Szwajcaryi) przy badaniu granic serca, mianowicie używa on fonendoskopu BIANCHI'ego, przytem pociera wokół niego pendzelkiem. Tą drogą SMITH szczegółowo wykreśla granice serca, poszczególnych przedsionków i komór. Zdaniem SMITH'a, serce leży nie podłużnie względem swej osi, lecz poprzecznie. Owo stłumienie, które otrzymujemy po prawej stronie mostka zależy od dużych naczyń. Patologiczne rozszerzenie serca SMITH leczy skutecznie kąpielami z prądami elektrycznymi zmiennymi, o czem mówca i na sobie samym się przekonał.

W dyskusji prezes DUNIN podnosił fantazyjność całej teorii SMITH'a co do położenia serca, co do uzależniania wszystkich niemal objawów chorobowych od rozszerzenia serca, a fantastycznym rezultatem leczniczym nikt oczywiście wiary dać nie może.

Kol. PAWIŃSKI w dłuższym przemówieniu odmawia metodzie SMITH'a wszelkiego znaczenia: podobne figury nakreślać można za pomocą fonendoskopu BIANCHI'ego na każdym miejscu, nie tylko w okolicy serca. Znaczenie tej metody jest tem mniejsze, że posiadamy wiele innych sposobów określania sprawności mięśnia sercowego.

W odpowiedzi mówca radził wypróbować zalecaną przez niego metodę, a jest przekonany, że oponenci sąd swój o niej zmienią.

St. Kopyczyński.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

W sprawie większego rozpowszechnienia naszych wód mineralnych.

(Rzecz czytana w wydziale higieny zdrojowisk
Tow. Hig. Warsz.).

Podał **D-r Stanisław Kozłowski.**

Dzięki zapoczątkowaniu sprawy zastąpienia zagranicznych wód mineralnych krajowemi przez przewodniczącego sekcji balneologicznej, d-ra H. DOBZYCKIEGO, już w tym roku odbyły się pierwsze próby, uwieńczone dosyć pomyślnym rezultatem. Próby te jednocześnie wykazały wiele braków w sposobie dostawy wód krajowych a zarazem i wiele zalet samych wód. Chcąc więc zaradzić jednym a podkreślić drugie, ośmielam się zabrać głos w tej materii.

Przed rokiem jeszcze, gdyby kto najgoręcej nawet pragnął dostać kilka butelek jakiejś wody krajowej, z wyjątkiem Krynickiej, Szezawnickiej i Iwoniczkiej, musiałby chyba umyślnego posyłać do źródła z własnymi butelkami. Już jednak w tym roku mieliśmy w użyciu wody: Rymanowską, Krościeńską, Morszyńską, Żegiestowską i Rabezańską.

Ze spostrzeżeń naszych w lecie r. b. w Nałęczowie doszliśmy do wniosku, że woda Rymanowska (źródło Klaudy), jako najbardziej zbliżona swym składem do Kissingen-Rakoczy, nie tylko że może najzupełniej zastąpić tę ostatnią, lecz nawet jest przyjemniejsza w użyciu i nie pozostawia żadnych mętów w ostatniej porcji butelki, a przez to chętniej była pita przez naszych chorych.

Wiele zaś osób, pijących Kissingen, narzekało na obfite osady, znajdujący się na dnie butelek, który wydawał się przykrym, i na zmniejszoną w ostatnich latach objętość butelek. Jakichkolwiek ujemnych skutków ubocznych wody Rymanowskiej nie notowaliśmy nigdy.

Wypito u nas wody Rymanowskiej 230 but., w roku zeszłym 0. Wypito u nas wody Kissingen 550 but., w roku zeszłym 875.

Wodzie Krościeńskiej (źródło Stefana) również musimy oddać wielkie pochwały. Pito ją na ogół równie chętnie, jak Apolinaris, Giesshübler, Vichy Celestins, Bilin. Chwaliły ją nawet te osoby, które mogły być wybredniejsze, gdyż piły owe wody alkaliczne u źródła. Kiedy zaś zabrakło wody Krościeńskiej, i kiedy z konieczności musiano zastąpić ją inną, i wtedy nawet chorzy po przybyciu transportu wody Krościeńskiej chętnie wracali do niej. Pod względem leczniczym, zdaniem naszym, woda Krościeńska może w zupełności zastąpić owe wspomniane wyżej wody alkaliczne zagraniczne.

Wypito butelek w tym sezonie 220, w roku zeszłym 0. Wypito butelek Vichy G. G. Cel. H. 105, w roku zeszłym 310.

Działanie lecznicze wody Morszyńskiej jest chyba najsilniejsze ze wszystkich wód tego rodzaju. Dawka 4 łyżek tej wody wywoływała zazwyczaj skutek w postaci jednorazowego wypróżnienia. Po większych dawkach skutek był silniejszy, ale zwykle polegał na jednym tylko wypróżnieniu. Woda Morszyńska działała na takie nawet osoby, które mogły bezkarnie wypijać po 2 szklanki wody Pilna (Püllnau). Za przeciętną dawkę uważaliśmy 6 łyżek wody (90 grm.) Morszyńskiej. Szybkie i pewne jej działanie, połączone z uczuciem kompletnego opróżnienia przewodu pokarmowego po jednorazowym obfitem wypróżnieniu, daje jej znakomitą wyższość nad innymi wodami gorzkimi. Te ostatnie bowiem dają nieraz po kilka skąpych, wodnistych, połączonych z bólami i wydymaniem wypróżnień, a natomiast nie zawsze dają chorym poczucie zupełnego opróżnienia kiszki. U trzech osób po użyciu zbyt wielkiej dawki nastąpiły nawet wymioty; jedna po dłuższem użyciu odczuwała do niej wstręt. Dla poprawienia smaku, podobnie jak i prof. Korczyński, zaleciliśmy dodatek wody sodowej lub zwyczajnej. Zmniejszenia apetytu po wodzie Morszyńskiej nigdy nie obserwowaliśmy. Naogół chorzy, którzy po kilkudniowem użyciu wody Morszyńskiej, nie chcieli jej pić, ze względu na przykry smak, gdy spro-

bowali Püllnau lub Apenta i nie mieli tak obfitych wypróżnień, jak po Morszyńskiej, znowu powracali do tej ostatniej. To najlepsze chyba daje o niej świadectwo. Już w roku 1882 prof. Kórczyński podnosił, że, woda Morszyńska jest unikatem pomiędzy znanymi wodami gorzkiemi. Jako najbardziej zgęszczona ze wszystkich wód gorzkich (gdyż ma 70 cz. stałych na litr), może woda Morszyńska w wybitnym stopniu sprawiać skutki zależne od jej części składowych. Stosunek, w jakim składowe części znajdują się w wodzie Morszyńskiej, jest bardzo korzystny, albowiem ilość siarczanów przeważa nad ilością chlorków, zaś ilość siarczanów alkalicznych, a w szczególności siarczanu sodu, przewyższa znacznie ilość siarczanu magnu. Z tego wynika, że woda ta działa głównie i przeważnie nie wskutek połączeń magnowych, lecz przez siarczany i chlorki alkaliczne, których ilość wynosi aż 52,4 na 1000. Hość ta jest tak znaczna, jak w żadnej innej wodzie gorzkiej, dotychczas znanej, bo też $\frac{3}{4}$ wód gorzkich nie mają tyle wszystkich składników stałych w całości, ile woda Morszyńska ma samych siarczanów i chlorków alkalicznych.

Dalej prof. Kórczyński rozumuje w ten sposób: „skoro z ogólnej liczby 70 gr. części stałych przypada w wodzie Morszyńskiej 48,4% na siarczany alkaliczne, 27% na chlorki alkaliów, a na sole magnu 23,2% (a z pośród soli magnu na chlorek magnu 14,4%, zaś na siarczan magnu tylko 8,6% wszystkich stałych), działanie wody Morszyńskiej zależeć będzie w pierwszym rzędzie od siarczanów alkalicznych, w drugim od chlorków alkalicznych, w trzecim dopiero od soli magnu, a tu znów więcej od chlorku magnu, aniżeli od siarczanu magnu. Średnio biorąc, 100 gr. wody Morszyńskiej wystarczy do wywołania przeczyszczenia, przeto tylko pewna część skutków wypróżniających zależeć będzie od tych połączeń, reszta zaś od chlorków i soli magnu. Z tego zarazem wynika, że siarczan sodu w tem zgęszczeniu, w jakim znajduje się w wodzie Morszyńskiej, i w jednorazowej dawce tej wody może wywoływać te korzystne skutki, jakie ze względu na trawienie żołądkowe i przemianę materii właściwe są tylko małym dawkom tego leku. Siarczan sodu, czyli tak zwana sól Glauberska, i chlorek sodu, są dla ustroju ciałami mniej obcymi, aniżeli siarczan magnu, gdyż sole

magnowe daleko mniej wchodzą w skład ustroju, aniżeli sole alkaliczne.

Woda gorzka Morszyńska, w której siarczan sodu przeważa znacznie nad siarczanem magnu, posiada właśnie z tego powodu te szczególne zalety, że nie sprawia w tym stopniu wzdęcia i odchodzenia cuchnących gazów i że mniej drażni jelita nawet przy dłuższem używaniu, aniżeli wody gorzkie, których głównym składnikiem jest siarczan magnu. W wodzie Morszyńskiej siarczan magnu w ilości 0,6 na dawkę 100 gr. wody jest tylko środkiem pomocniczym ze względu na działanie czyszczące. Jako środek przeczyszczający, woda Morszyńska działa łagodnie, a, dzięki obecności chlorku sodu, podnieca znakomicie ląknienie. Nawet w dawkach większych, przez czas dłuższy używana, wcale nie psuje trawienia i nie podkopuje zapasu sił i odżywiania, jeżeli używana bywa zrana naczczo, gdy w jelitach cienkich niema już znaczniejszej ilości strawionych, a jeszcze nie wessanych pokarmów. W miernych dawkach u ludzi małokrwiwych i osłabionych zastosowana, nie tylko że nie powiększa osłabienia, lecz i owszem, poprawiając trawienie, działa korzystnie na stan ogólny. Gdzie są wskazane wody gorzkie, gdzie chodzi o zaoszczędzenie sił i niedrażnienie błon śluzowych przewodu pokarmowego, tam z korzyścią można używać wody Morszyńskiej. Przeciwwskazań dla niej jest znacznie mniej, niż dla innych wód gorzkich, gdyż nie działa ona osłabiająco na organizm“.

Wkrótce po ogłoszeniu pracy Kórczyńskiego lekarze lubelscy zalecali i stosowali sól Morszyńską. Nasze obserwacye co do działania wody Morszyńskiej, czynione r. b. w Nałęczowie, potwierdzają wnioski prof. Kórczyńskiego w zupełności.

Wypito jej butelek 90, w roku zeszłym 0
Wód: Püllnau, Apenta 55, „ „ 160

Wody Żegiestowskiej nie potrzebowaliśmy, bo mieliśmy swoją Nałęczowską. Toż samo dotyczy i Krynickiej. Wody Rabczańskiej nie probowaliśmy, bo stosujemy w Nałęczowie oddawna Iwoniczką. Nie wspominam też o wodzie Szczawnickiej, która cieszy się oddawna już należytym uznaniem.

Na ogół biorąc — wyniki lecznicze naszych wód okazały się bardzo zachęcające, chodziłoby tylko o to, żeby wód tych można mieć poddostat-

kiem i na każde żądanie. Tymczasem do tego bardzo daleko. Humorystycznie wprost wygląda taki epizod: w lipcu braknie nam jednej z wód Galicyjskich. Piszemy do składnika do Warszawy o świeży transport. Nadechodzi odpowiedź uspokajająca, że wodę wkrótce nadeszła. Po kilku dniach wysyłamy depezę. Odpowiedź telegraficzna brzmi niewyraźnie, że sami oczekują transportu. Po kilku dniach otrzymujemy wiadomość, że wody owej nie będziemy mieli weale, gdyż, jak się okazuje, tam na miejscu zabrakło butelek! Jest to śmieszne, ale prawdziwe. Proszę sobie wyobrazić, na jakie wymówki byli narażeni lekarze, że naznaczyli leczenie, nie mając tej pewności, że można je będzie doprowadzić do końca, jak mogli być podrażnieni pacycenci, którzy, rozpoczynając leczenie, mimowoli je przerwać musieli dla tego tylko, że zarząd wód nie zaopatrzył się w dostateczną liczbę butelek. Dopiero po kilku tygodniach zwłoki nadszedł oczekiwany transport, lecz w zmniejszonej ilości: o połowę mniej, niż było żądane, z tem jednak zapewnieniem, że więcej to już weale możemy się nie spodziewać. Mimo to do końca sezonu braku tych wód już nie odczuwaliśmy.

Jest coś złego w organizaeyi wysyłek wód ze zdrojowisk galicyjskich. Należałoby tę rzecz dokładnie zbadać i postarać się o możliwie szybkie wyrównanie braków. Bardzo być może, że 1) składnicy warszawscy otrzymują zbyt mały procent ze sprzedaży owych wód, 2) że nie mają oni pewności, iż te wody rozejdą się w krótkim czasie, ani też, że zepsuta wodę będą mogli zamienić na świeżą, 3) że, mając składy przepelnione zapasami wód zagranicznych, chcą oni zepchnąć te przedewszystkiem i dla tego może niezbyt chętnie ekspedują galicyjskie, 4) że może akuratność handlowa co do pakowania butelek i wysyłki, a może i co do załatwiania rachunków jest większa u Niemców, i przez to stosunek z nimi pewniejszy. Słowem, sporo przypuszczeń przychodzi na myśl, które należałoby wyjaśnić, aby sprawę konsumeyi wód poprzeć, bo na to w zupełności one zasługują. Rozumie się, że nasze usiłowania tu jeszcze nie wystarczają. Muszą nam, we własnym, dobrze zrozumianym interesie dopomóc właściwe zarządy zdrojowisk galicyjskich lepszą organizaeyą handlową i obniżeniem ceny swoich wód. Bez tego niepodobna jest wróżyć im należytego rozwoju. Warunek obniżenia

ceny tyczy się szczególnie wody Krościeńskiej, której butelka, zawierająca 22 uncy, kosztuje w Warszawie 50 kop., wtedy, kiedy Giesshübler 23 uncy kosztuje 45 kop. Wody: Szezawnicka, Krynicka i Iwonicka są nieco droższe, Rymanowska trochę tańsza, a Morszyńska znówu znacznie tańsza od odpowiednich niemieckich.

Jeżeli przyjmiemy za normę koszt 4-tygodniowego leczenia przy najeczęściej stosowanych ilościach, to leczenie wodą Krościeńską wyniesie 7,56 wtedy, kiedy Vichy zaledwie 6,89, a Giesshübler 6,59.

Krynicka woda za taki sam przeciąg czasu kosztuje 8,40, a Eger-Franzensquelle 7,46; Szezawnicka 7,29, a Ems Kränchen 5,10. Słowem, ceny są za wysokie i należałoby je obniżyć. Razi mię to szczególnie przy porównaniu z wodami kaukaskimi, z których np. butelka Narzanu kosztuje w Warszawie 30 kop.

Cheąc wyjaśnić niektóre sprawy gospodariki ekonomicznej, napisałem do zarządów wód galicyjskich. Z łaskawych odpowiedzi dowiedziałem się, że

wodę Rymanowską w Warszawie ma Karpiński, Krościeńską w Warszawie p. Antoniewicz ul. Nowogrodzka 41, Morszyńską w Warszawie pp. Karpiński, Kucharzewski, Heinrich i Treutler, Rabezańską w Warszawie p. Kucharzewski. W tym roku wysłano do Królestwa wody Rymanowskiej około 1000 flaszek, Krościeńskiej 8250, Morszyńskiej 640 but. i soli 440 słoik., Rabezańskiej 100 i soli (po 125 gr.) 300 kgr. Składnicy płacą za wodę Rymanowską (?), Krościeńską 40 halerzy, Morszyńską 32 halerze, słoik soli 125 gr. 80 halerzy, Rabezańską 15 kop., słoik soli 125 gr. 62 kop.

Z powyższych danych możemy wyciągnąć te wnioski: 1) że wskutek poruszenia sprawy w tym roku sprowadzono jednak jakieś 10,000 butelek naszych wód leczniczych, dawniej w Królestwie nie używanych; 2) że jedne z nich przewyższają w swem działaniu leczniczem, a inne dorównują zagranicznym. 3) że liczba dostarczanych butelek jest niewystarczająca na nasze potrzeby; 4) że cena wód galicyjskich jest zbyt wygórowana. Aby tym dwóm ostatnim niedogodnościom co do ilości i ceny zapobiedz, proponuję porozumienie się z zarządami wód mineralnych galicyjskich co do następujących punktów:

1) Czyby zarządy wód galicyjskich nie zechciały wejść ze sobą w porozumienie i nie otworzyły wspólnego składu wód swoich w Warszawie, lub też czyby nie dały jednemu ze składów wód mineralnych, istniejących w Warszawie, jeneralnej reprezentacyi, a to dla tych względów, że, gdy się stroną handlową jakiegokolwiek interesu zajmuje osoba, bezpośrednio w tem zainteresowana, to interes na tem tylko wygrywa. Mamy dobry przykład choćby na wodzie Krościńskiej, którą rozsprzedaje w Warszawie p. Antoniewicz i której sprowadzono 8,250 butelek, a znowu wody Morszyńskiej zaledwie 640 butelek, być może nawet dla tego, że, będąc własnością funduszu wdów i sierot Tow. lekarzy gali-

cyjjskich we Lwowie, podlega ciału zbiorowemu, które zwykle zbyt mało jest ruchliwe i w tym specjalnym wypadku zbyt mało się reklamuje, choć doprawdy ma czem się pochwalić.

2) Żeby, o ile możności, obniżyć ceny wód galicyjskich na naszym rynku.

3) Żeby w celach zaznajomienia naszego koła lekarzy zarząd zdrojowisk galicyjskich rozesłał do lekarzy szpitali warszawskich swe wody w ilości dostatecznej do przeprowadzenia próbnych kuracyi.

Byłoby to dla tych wód najlepszą reklamą, jak to w tym roku okazało się na wodzie Krościńskiej.

KRYTYKA i BIBLIOGRAFIA.

Z powodu odczytu D-ra T. DUNINA

„Parę uwag w sprawie praktykowania wśród
ludu wiejskiego“.

Pod tym tytułem na jednym z posiedzeń Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego d-r DUNIN wygłosił odczyt, który w kilkakrotnem streszczeniu podały niektóre pisma codzienne, wreszcie umieszczone on został *in toto* w Czasopiśmie Lekarskim łódzkim.

Dzięki wyjątkowemu stanowisku, jakie zajmuje autor w hierarchii lekarskiej, opinie, przez niego wygłoszone, dla młodszej generacyi lekarzy prowincjonalnych zapewne posiadać będą miarodajne znaczenie.

Nie będąc się wdawał w krytyczny rozbiór całego artykułu, poprzestaną jedynie na zrobieniu kilku uwag, gdyż rady i wskazówki naszego wybitnego specjalisty chorób wewnętrznych, o ile dotyczą sposobu prowadzenia praktyki wiejskiej, niekoniecznie mnie, a zapewne i wielu prowincjonalnym kolegom trafiły do przekonania.

Przewodnia myśl autora mniej więcej da się streścić w następujących wyrazach: Główną przeszkodę do pozyskania praktyki przez począ-

kujących lekarzy na prowincyi ma stanowić okoliczność, że jednocześnie z udzieleniem porady nie zajmują się oni przygotowaniem odpowiednich lekarstw, odsyłają po nie do apteki. Pacjent za najprostsze środki płaci drogo, traci czas niepotrzebnie, czego łatwo uniknąć, gdyby lekarz, jego żona lub ktoś z domowników zajął się ekspedycją lekarstw. Materiały, wchodzące w skład rozmaitych mikstur, są bardzo tanie, nie ma więc żadnego racjonalnego powodu przysparzać dochodu aptekarzom.

Jak widzimy, autor proponuje ni mniej ni więcej, tylko powrót do tych czasów, kiedy nie istniał jeszcze podział pracy — lekarz zalecał i umiał lepiej od innych przyrządzać potrzebne środki w swej domowej pracowni alchemicznej. Powrót taki jeszcze nie bardzo dawno był prawie niemożliwy, dziś nadarza się ku temu sposobność: nie tylko materiały surowe, lecz plastry, wyciągi, pigułki i t. p. wyrabiają fabryki, zajęcia aptekarza coraz bardziej nabierają cechy zwyczajnej handlowej, a więc lekarz mógłby się kuścisć, o ile mu na to czas pozwala, wziąć w swoje ręce nowożytny sklep aptekarski. Jednakże stają temu na przeszkodzie ważne względy: chcąc być sumiennym handlarzem, potrzeba się znać

samemu dokładnie na dobroci i umieć odróżnić rozmaite gatunki towaru, domieszki i zafalszowania; konsumentom zapewnić nie tylko gwarancję dobroci, lecz i niemożność omyłki. Taką gwarancję pomimo wszelkich narzekań dają jeszcze nasze apteki. Dążność do zastąpienia ich czemś niepewnym, nieokreślonym należy uważać za cofanie się wstecz. Jeżeli rzeczywiście tak bardzo chodzi niektórym lekarzom o posiadanie w swym ręku i przygotowywanie środków, pozostaje jedna droga: starać się o pozwolenie otwierania i prowadzenia małych aptek na zasadach ogólnych. Sądzimy jednakże, że z małymi wyjątkami potrzeby takiej niema.

Lekarzy wiejskich w ścisłym znaczeniu tego słowa nie posiadamy lub posiadamy bardzo niewiele; główny kontyngens zamieszkuje miasta miasteczka lub osady, utworzone z tych ostatnich. W każdym miasteczku, a nawet w wielu osadach, znajduje się normalna lub wiejska apteka. Osady, nie posiadające apteki, nie posiadają i lekarza. Bywa i tak, że apteka jest, a lekarza niema. Wartość monopolu aptecznego zmniejsza się coraz bardziej: obok apteki istnieje zwykle jeden lub kilka składów aptecznych, niekiedy prowadzonych przez farmaceutów. Główne przeznaczenie składów, jak wiadomo, polegać ma na dostarczaniu aptekom surowych materiałów; po za tem dla użytku szerszej publiczności w odrębnej sprzedaży mogą być wydawane niektóre przyrządy, środki, materiały opatrunkowe, przetwory chemiczne, nie silnie działające, nie w postaci spreparowanego lekarstwa, wreszcie chemikalia potrzebne do celów technicznych. Wiadomo, że małomiasteczkowe apteki czerpią swe zapasy ze składów renomowanych warszawskich; rodzi się ciekawe pytanie: czem się zajmują składy na prowincyi?

Nie dziwnego, że autor, nie zaznajomiwszy się dokładnie ze stosunkami, panującymi w małych miasteczkach, z nadmiarem w nich instytucyi lekodajnych, uważa każdego lekarza prowincjonalnego za zmuszonego poniekąd koniecznością do własnoręcznego preparowania lekarstw; założenie to jest błędne, i nie łatwiejszego, jak odwozać lekarza, wziąć przepisany środek z apteki, a nawet ze składu. Tylko lekarz, rzeczywiście mieszkający zdaleka od apteki, a takich jest bardzo mało, musi mieć najniezbędniejsze środki pod ręką, i temu nie przeczymy.

Lekarstwo, przyrządzone w aptece, kosztuje drogo — zupełna prawda, to też *taxa laborum* i cena ingrediencyi powinna być obniżona, lecz nie tak, jak się to działo dotychczas — na trawki i środki mało używane, lecz na lekarstwa wypróbowane, skuteczne i codziennie zalecane. Dla czego biedak, któremu trzeba dać jakiś czysty przetwór chemiczny, ma pić ziółka?

Rzecz, proponowana przez d-ra DUNINA, nie jest ani nowa, ani oryginalna: za granicą, zwłaszcza we Francyi, znana jest oddawna. Lecz tylko lekarzom, praktykującym zdaleka od apteki, prawo dozwala mieć w zapasie komplet środków i zajmować się recepturą, gdzieindziej surowo prześladuje nielegalne uprawianie farmacyi.

Zapożyczanie gotowych wzorów z zagranicy uważamy za zupełnie słusne wtedy, gdy posiadają rzetelną wartość, a przynajmniej nie gorsze są od naszych i dadzą się zastosować do warunków miejscowych. Lecz czy nasze urządzenia apteczne ustępują zagranicznym, to jeszcze wielkie pytanie! Za granicą na wiele kwestyi praktyczno-lekarskich istnieje pogląd czysto handlowy: można tam za pewną sumę nabyć klientelę lekarską, odstąpić biurom specjalnym pretensje o honorarium, pacjent od lekarza może żądać odszkodowania i t. p. Czy przeszczerpianiem takich okazji mamy uszlachetniać płonkę ojezystą?

W ciągu kilkunastu lat praktykując na prowincyi, poznaliśmy warunki tej praktyki nie tylko z własnego doświadczenia, lecz przypatrywaliśmy się działalności wielu zasłużonych lekarzy, cieszących się powszechnym uznaniem i nader liczną klientelą wiejską. Otóż z całą stanowczością twierdzimy, że ci lekarze dla pozyskania lub utrzymania w swych rękach klienteli nigdy nie uciekali się do środków sztucznych, wykombinowanych, pracowali jeno gorliwie, nie odmawiając pomocy najbiedniejszym chorym. Aezkolwiek byli wychowawcami rozmaitych uniwersytetów, wyznawali wszyscy zasadę równości wszystkich chorych w obliczu nauki. Nie zajmowali się własnoręcznym przyrządzaniem lekarstw, a tembardziej nie powierzali wykonania tej czynności żonom i osobom postronnym. Po obejrzeniu chorego, gdy zachodziła potrzeba, zawsze zapisywali receptę z datą, nazwiskiem pacjenta, sposobem użycia lekarstwa i zaświadczali ją swoim podpisem. Recepty uważali nie za zwy-

ezajny świstek papieru, lecz ważny dokument, który tylko lekarz skończony zapisać miał prawo; aptekarz obowiązany był ją wciągnąć do książki sznurowej, na sygnaturze wydać kopię i w ten sposób zdrowie, a nawet życie chorego, o ile to jest w mocy ludzkiej, ochronić od fatalnej pomyłki, za którą łatwo mógł być pozbawiony prawa prowadzenia apteki. Omyłki zdarzały się, lecz bardzo rzadko i były głośne. Czyż wobec takiej gwarancji kilkunasto-, a nawet kilkadziesiąt-kopiejkowa *taxa laborum* nawet dla osoby biednej może mieć takie kapitalne znaczenie, jakie jej przypisuje autor? Czy osoby wcale biedne nie płacą chętnie po kilka rubli za rozmaite eksPELLERY, żelatynki od suchot, wody od piegów, cudowne maście i t. p. specyfiki? Czy mając las, świeże powietrze i pomoc lekarską na miejscu, nie poświęcają resztek mienia, żeby się udać do powag za granicę lub do sanatoryów?

Różnicę pomiędzy lekarstwem, przyrządzonym w aptecce i przez osobę niefachową, a nawet przez samego lekarza, właściwie stopień gwarancji, być może instynktownie, a być może świadomie odczuwa nawet biedny kmiotek: najczęściej tylko środek, wzięty z apteki, uważa za lekarstwo, do wszelkich zaś ingrediencji, kupionych za parę groszy w składach i rozpuszczonych w wodzie, nie ma wielkiego zaufania, nazywa je: „jakąś białą, żółtą, czerwoną wodą do picia, wodą na oczy“, rzadko zaś bardzo lekarstwem. Wszak i w ambulatoryach miejskich, wydających wcale nieźle lekarstwa, przyrządzone pod okiem lekarzy, spotkać się można ze znaczącą prośbą „przepisania lekarstwa z prywatnej apteki“, gdyż taki a taki osobnik „chce się leczyć skutecznie“ — *sapienti sat!*

Skuszony hasłem taniości, dla oszczędzania kosztów chorym przed kilkunastu laty kazałem sporządzić podrózną apteczkę ze sporym zasobem środków, rozumie się, w postaci kropeł i proszków. Były tam materiały opatrunkowe, pudełka z narzędziami, a nawet kawa i wino. Wkrótce się jednakże przekonałem o całej bezużyteczności takiego pogotowia ratunkowego na małą skalę. Rozkładanie, porządkowanie, wobec ciasnoty i zamieszania, panującego zwykle przy ciężko chorym, zajmowało zbyt dużo czasu. Apteczka początkowo budziła ciekawość gawiedzi, następnie kiwano na to wszystko pobłażliwie głową, uważając cały ten kram za zajęcie wcale

nie lekarskie. Podanym kilkunastu kroplom w łyżce wody nie przypisywano wielkiego znaczenia, natomiast wszyscy czekali niecierpliwie, kiedy cała ta mitręga się skończy, zapisana zostanie recepta, i będzie można posłać po lekarstwo „prawdziwe“ do apteki. Te i wiele innych względów, o których trudno się rozpisywać, wrogię, a, być może po części i słuszne stanowisko, zajęte przez aptekarza, który gotów był wetować straty leczeniem na własną rękę, zniewoliły mnie do postawienia w kącie owej „latającej“ apteki, którą dziś na żądanie mogę okazać, i która mi się wydawała wtenczas szczytem doskonałości.

Zawsze świeże proszki sporyszu, pastylki sublimatowe, kwas borny, bandaż muślinowy, paczka waty, olejek rycynowy, kamforowy do iniekcji podskórnej, flaszeczka eteru, nalewka makowca, roztwór morfiny, oto prawie wszystko, co łatwo i naprędce, stosownie do istoty przypuszczalnego cierpienia, lekarz, przesiadający się z wózka na wózek i zajęty wiecznie pilną praktyką, zabrać z sobą może do pudełka z narzędziami. Niewiele on w praktyce wiejskiej może liczyć na skuteczność całego arsenału wewnętrznych środków lekarskich, z pośród nich wybiera tylko niezawodne i do natychmiastowego użycia, a takie spisać można na paznociu palca. Natomiast komplet najniezbędniejszych narzędzi musi mieć zawsze przy sobie, gdyż zdarzyć się łatwo może, że w przejeździe przez jakąś wieś zastąpią mu drogę i zatrzymają. Może zajść potrzeba założenia cewnika, wyjęcia ciała obcego z ucha, nosa, a nawet nałożenia kleszczy lub innej pomocy akuszeryjnej. Czy lekarz w takich razach może odmówić lub wracać się po narzędzia do domu?

Nie przeczyamy, że początkujący lekarz wiejski z małą klientelą może się czas jakiś bawić w urządzenie podróжных apteczek, robienie proszków, roztworów i t. p., zajęcia te uważamy nawet za pożyteczne, gdyż zaznajamiają z różnymi przetworami chemicznymi, stopniem rozpuszczalności ich w wodzie, wyskoku, eteru, możliwością wzajemnego łączenia, utrwalają w pamięci dawkowanie. Żony lekarzy, zwłaszcza nudzące się, w braku odpowiedniejszego zajęcia mogą pomagać mężom zadawać olej rycynowy, byle się tylko nie mieszały do właściwej praktyki lekarskiej, co wśród wiejskiego ogółu niechętnie jest widziane i dyskredytuje lekarza.

Uwagę d-ra DUNINA, że „lud wiejski nie jest niechętny pomocy lekarskiej, przeciwnie, garnie się do niej ohochoz“, uważamy za zupełnie słuszną z małym jednakże dodatkiem: „gdy ma do lekarza zaufanie“. Otóż to zaufanie to sęk największy — najczęściej zdobywa się je mozolnie, dopiero po wieloletniej sumiennej pracy wśród ludu, narażając się na wszelkie niewygodny, poprzestając na małym i licząc się skrupulatnie z płatnością zdolnością ludności. Tak samo potrzebne ono jest na wsi, jak w mieście. Oprócz tego wszystkiego niezbędna jest wiedza specjalna: umiejętność dania skutecznej doraźnej pomocy w możliwie największej liczbie chorób wewnętrznych, akuszeryjnych, chirurgicznych, ocznych i t. p. środkami, o ile się da, niezłożonymi i szybko prowadzącymi do celu. Osobę zamożną ze zwięźeniem miednicy można na odbycie porodu odesłać do Warszawy, lecz co robić z położnicą biedną, u której należy wykonać ciężki obrót lub embryotomię? Wyróbnik może się udać do szpitala, gdy zachodzi potrzeba zoperowania nowotworu, lecz gdy ma zmiażdżoną kończynę i obfity krwotok, czy jest możność wezwania specjalisty do amputacji! Bez tej wiedzy specjalnej zaraz na wstępie nie można liczyć na świetne powodzenie. Taniósć porady i środków nie obronią sytuacji.

Gdzie wzmiankowaną wiedzę poza praktyką prowincjonalną zdobyć można? Czy praktyczne nauczanie w wielkich miastach zastosowane jest do potrzeb prowincyi? Z doświadczenia wiemy, że nie. Miasto kształci doskonałych specjalistów, a na takich do codziennego użytku prowincyi jeszcze nie stać. Lekarz wiejski najczęściej sam musi zdobywać sobie wiedzę potrzebną, co wymaga sporo czasu. Z powodu dziwnie misternej budowy urzędów zdrowotnych miejskich tylko wyjątkowo szczęśliwe jednostki mogą liczyć na powrót i zajęcie jakiego takiego stanowiska w mieście. Dla ogółu lekarzy, opuszczających ławy szkolne i poświęcających się praktyce prowincjonalnej, na bramie wyjazdowej napisano: „lasciate ogni speranza“. Nie dziwnego, że z potrzebami i opinią lekarzy prowincjonalnych mało się liczą. Można coś niecoś poznać, zajmując się na wsi udzielaniem ambulatoryjnej pomocy w chorobach wewnętrznych szczerpłemu gronu osób podczas wakacji letnich, lecz od takiego zajęcia do wyprowadzania ogólnych wnio-

sków i podawania wskazówek praktycznych *ad usum Delphini* przeskok chyba zbyt wielki.

Z tego, że w danym razie nie zgłaszały się tłumy, a 10 — 12 osób dziennie, do tego zachęconych ofiarowaniem bezpłatnej pomocy i leków, chyba należałoby wyprowadzić wniosek przeciwny, że ludność wiejska ma nadzwyczaj małe zaufanie do lekarzy. Jednakże tak nie jest, i wzięty lekarz prowincjonalny, nie zważając na pobierane honorarium i odsyłanie pacyentów do apteki, zaspakaja potrzeby daleko większej liczby pacyentów, inaczej nie mógłby się utrzymać. Pozorna ta sprzeczność łatwo wytłómaczyć się daje: uprawianie jednej tylko specjalności, przy tem w godzinach ściśle oznaczonych, w domu, z zupełnym spokojem i komfortem, nawet w razie niepobierania zapłaty i udzielania leków, budzi bardzo mało zaufania. Publiczność nie garnie się do takiej pomocy skwapliwie, gdyż nie odpowiada ona istotnym wymaganiom i potrzebom. W miasteczku lekarz musi odgrywać rolę pogotowia ratunkowego.

Jeszcze jedna uwaga. W artykule d-ra DUNINA czytamy: „przekonałem się osobiście, że, niestety — lekarze nietylko przepisują lekarstwa z apteki, ale, co gorzej, przepisują drogie środki, których w ubogiej praktyce wcale się używać nie powinno, np.: kokainę, thiocol i t. p.“ Dla czego lekarze obowiązani są i powinni zapisywać lekarstwa z apteki, jużesmy wytłómaczyli. Rozumie się, że kto chce gwoli taniósćci zdrowie swoje lub życie na szwank narażać, może „na oko lub łyżeczkami“ leki, silnie działające, kupiwszy je w składzie, dozować i zażywać, może je zawiązać w bibułkę i polykać, zamiast pigulek, okładać rany również „na oko“ sporządzonym roztworem karbolu, pendzlować gardło jodyną, kawałek koperwasu miedzianego, rozpuszczonego w wodzie, dawać dziecku, jako środek wymiotny w krupie i t. p. Uproszczona ta metoda postępowania farmaceutycznego dokładnie jest znana i rozpowszechniona na wsi przez rozmaitych partaczy, mogą ją jeszcze więcej spopularyzować, jeżeli o to chodzi, nawet lekarze, lecz bardzo wąpimy, azali się to na co przyda. Co się tyczy środków, których w ubogiej praktyce wcale używać się nie powinno, to sz. autor miał chyba na myśli środki drogie, wcale nie skuteczne lub niewyprobowane, które nietylko w biednej, lecz i w bogatej praktyce nie powinny być stosowane. Lecz