

GAZETA LEKARSKA.

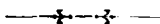
I. O SUROWICY ANTYDYFTERYTYCZNEJ.

[Rzecz czytana na posiedzeniu Sekeyi chemicznej Towarzystwa popierania przemysłu i handlu, dnia 15 grudnia 1894 r.]

Podał

D-r J. Bączkiewicz,

lekarz prywatnego zakładu leczniczego dla dzieci w Warszawie.



Szybki postęp bakterjologii i jej praktycznego zastosowania datuje się wyraźniej od chwili, gdy badania bakterjologiczne poczęto uzupełniać badaniami chemicznymi. Przekonano się, że bakterjologia tylko w związku z chemią może dać klucz do rozwiązywania wielu zagadnień naukowych i praktycznych.

Rozkład ciał pod wpływem bakterji i produkty tego rozkładu w części tylko zostały zbadane. Od czasu, gdy bliżej poznano trujące własności ciał produkowanych pod wpływem bakterji i poczęto studyować ich wpływ na organizm zwierzęcy, bliższa znajomość tych ciał pod względem chemicznym stała się konieczną. Przedmiot, o którym będę miał zaszczyt dziś mówić wobec Szanownych Panów, wkracza właśnie w dziedzinę bakterjologii i chemii; od tej ostatniej omawiana sprawa spodziewa się rozwiązania wielu zagadnień. Mam zamiar przedstawić Szanownym Panom najnowszy sposób szczepień ochronnych i leczniczych w celu zwalczania chorób zakaźnych, specyalnie dyfterytu.

Podstawę do podobnego dążenia w medycynie dał fakt, stwierdzony obserwacją w ciągu wieków całych, że skoro dany osobnik przejdzie raz pewną chorobę zakaźną, drugi raz w życiu na taką chorobę nie zapada.

Wprawdzie nie we wszystkich chorobach zakaźnych ma to miejsce i nie stanowi to prawidła bez wyjątku, istnieje jednak cały szereg chorób, które podobną odporność w organizmie wywołują.

Empirya na wiele lat uprzedziła obecne dążenia naukowe do wywoływania sztucznej odporności. W ubiegłym stuleciu lekarz angielski JENNER podał metodę ochronnego szczepienia ospy.

Już jako wynik mozolnych badań PASTEUR'a nad wścieklizną posiadamy obecnie podobną metodę szczepienia leczniczo-ochronnego wspomnianej choroby. Szkoła PASTEUR'a wypracowała dla zwierząt cały szereg szczepień

ochronnych, opartych na wprowadzaniu do organizmu osłabionych zarazków chorobowych. Tą drogą powstały metody szczepienia karbunkułu, cholery kur i róży u świń.

Skoro się przekonano, że bakterye, produkujące pewne ciała białkowe t. zw. *toxalbuminy* o silnie trujących własnościach, gdy następnie drogą doświadczeń na zwierzętach wykazano, że ciała te, wprowadzane do organizmu zwierząt, wywołują u nich odporność na odpowiednie zarazki, powstały na tej drodze pierwsze próby szczepienia ochronnego dyfterytu i tężca. Następnie BEHRING zauważył, że krew zwierzęcia już uodpornionego na dany zarazek, np. dyfterytyczny, wstrzyknięta pod skórę drugiemu zwierzęciu, wywołuje u tego ostatniego również odporność na tenże zarazek. Na fakcie tym BEHRING oparł nową metodę szczepienia ochronnego i leczenia dyfterytu.

Dyfteryt należy do rzędu chorób ciężkich, przeważnie trapiących wiek dziecięcy; nie też dziwnego, że oddawna był przedmiotem badań wielu uczonych.

Pierwszy KLEBS w roku 1883, badając błony dyfterytyczne, wykrył zarazek dyfterytyczny w postaci lasecznika. W rok później LOEFFLER wyso-bnił ten zarazek, rozmnożył go w czystej hodowli i drogą doświadczeń na zwierzętach wykazał, że zarazek ten na błonach śluzowych zwierząt wywołuje rozwój błon dyfterytycznych, podobnie jak to bywa u ludzi. Uczeni francuscy ROUX i YERSIN wykazali, że laseczniki dyfterytyczne, hodowane w odpowiednio przygotowanych bulionach, produkują swoiste ciała t. zw. toksyny o silnie jadowitych własnościach. Działanie tych toksyn na organizm zwierzęcy zostało zbadane; przekonano się, że toksyny wywołują u zwierząt też same zmiany i następstwa, co szczepienie żywych zarazków dyfterytycznych.

Poczęto zatem drogą osłabionych toksyn wywoływać odporność u zwierząt na zarazek dyfterytyczny, t. j. zaczęto immunizować zwierzęta. BEHRING i FRAENKEL pierwsi przedsiębrali badania w tym kierunku. Następnie BEHRING i japończyk KITASATO, pracując nad immunizacją zwierząt przeciwko tężcowi i błonicy, pierwsi wykazali własności lecznicze i ochronne krwi zwierząt już uodpornionych na dane zarazki. Skoro spostrzeżenia BEHRING'a i KITASATO zostały opublikowane, ARONSON w Berlinie, a ROUX, YERSIN i MARTIN w Paryżu niezwłocznie podjęli szereg badań w tym kierunku; wkrótce wyniki doświadczeń labolatoryjnych przenieśli do kliniki i wszyscy jednocześnie z BEHRING'iem na kongresie w Peszcie przedstawili dowody skuteczności nowej metody. Jeżeli niewątpliwie należy przypisać zasługę BEHRING'owi, że on pierwszy wskazał na własności lecznicze krwi zwierząt uodpornionych, to w rozwoju tej metody leczenia niepomierne też zasługa należy się uczonym francuskim: oni to pierwsi wykazali toksyny dyfterytu, które dziś służą do immunizowania koni, następnie gruntowniej opracowali podstawy stosowania tej metody u ludzi. Śmiało powiedzieć można, że w kwestyi leczenia dyfterytu istnieją dziś dwie szkoły: niemiecka i francuska, różniące się nie tylko pod względem metod produkowania surowicy, lecz także i pod względem pojmowania jej leczniczego działania. Podczas mojej wycieczki naukowej miałem możność lepiej poznać metody szkoły francuskiej; w opisie więc produkcji su-

rowicy trzymać się będę wzorów szkoły francuskiej, wskazując tylko na różnice, jakie zachodzą pomiędzy nią a szkołą niemiecką. Chcąc przystąpić do produkcji surowicy leczniczej, przedewszystkiem trzeba posiadać czysty zarazek dyfterytyczny, dostatecznie jadowity i rozwijać go w odpowiednich gruntach odżywczych. Zarazek ten przedstawia się w postaci pałeczek, dwa razy dłuższych niż szerokich, końce tych pałeczek są nieco napęczniałe [mają formę kolbowatą]; laseczniki te układają się grupami po 3, 4 i więcej, często leżą równolegle lub tworzą więcej lub mniej rozwarty kąt, rozmnażane w bulionie układają się w postaci pakietików. Barwią się dobrze odpowiednio przygotowanymi płynami według przepisów ROUX, LOEFFLER'a i ZIEHL'a. Jeżeli rozsiać te zarazki na skrzepłej surowicy bydlęcej lub na agarze glicerynowym, to w ciągu 24 godzin przy temperaturze 37° C. w termostacie rozwijają się pojedyncze kolonie laseczników w postaci biało szarawych kępek o konturach prawidłowych.

Dla otrzymania czystych hodowli lasecznika dyfterytycznego postępujemy w następujący sposób: igłą platynową zakończoną łopatkowato przepaloną w ogniu [dla zniszczenia zarazków, które na niej przedtem osiąść mogły], następnie wystudzoną, zbieramy zarazki z błon, znajdujących się np. u chorego w gardle; zebrane zarazki zasiewamy w bulionie, zanurzając w nim koniec igły, następnie bulion dokładnie kłócimy i stąd igłą powtórnie przepaloną i wystudzoną przenosimy kroplę na powierzchnię agaru lub surowicy w epruwetkach; tak zasiane epruwetki wstawiamy do termostatu, czyli ciepłarni ogrzewanej stale do 37° C..

Po upływie 24 godzin na powierzchni gruntów odżywczych widzimy rozwój oddzielnych kępek, czyli kolonii lasecznika dyfterytycznego, oraz innych towarzyszących mu bakterii. Zbadawszy makroskopowo i mikroskopowo jedną z takich kolonii, przenosimy ją znów igłą do bulionu, hodujemy w termostacie i po 24 godzinach określamy, czy otrzymana hodowla jest dostatecznie jadowita; za taką uważamy ją wówczas, gdy $\frac{1}{3}$ ctm. sz. tej hodowli 24-godzinnej zabija świnkę morską wagi 500 grm. w ciągu 30 godzin.

Mając dostatecznie jadowitą hodowlę laseczników dyfterytycznych, możemy przystąpić do produkcji t. zw. toksyn na większą skalę.

Roux przekonał się, że najwięcej i najsilniejszą toksynę produkują laseczniki LOEFFLER'owskie, hodowane w bulionie alkalicznym przy ciągłym dopływie wilgotnego powietrza. Dla tego też w Instytucie PASTEUR'a do produkcji toksyn używane są t. zw. kolby FERNBACH'a o szerokiej podstawie i zaopatrzone w boczną rurkę dla odpływu powietrza. Kolby te napełnione są warstwą bulionu grubości 1—2 ctm. Bulion alkaliczny zawiera 2% peptonu. Otwory kolby zatkane są watą. Po wyjałowieniu kolb z bulionem [w autoklawie w ciągu 20 minut] zasiewamy laseczniki. W 24 godziny po zasianiu urządza się dopływ powietrza w ten sposób: szyjkę kolby ponad korkiem watowym zamykamy korkiem szklanym¹⁾, przez który przechodzi rurka doprowadzająca

¹⁾ Korek szklany, wraz z rurką owinięty w papierze, sterylizuje się w autoklawie i owinięty przechowuje się aż do użycia.

powietrze, rurka ta łączy się rurką kauczkową z krótką rurką zwykłej tryskawki [syfonu] laboratoryjnej, do połowy wypełnionej wodą. Boczna rurka kolby FERNBACH'a łączy się z rurką ssącą pompki wodnej. Tym sposobem zostaje zapewniony stały dopływ wilgotnego powietrza, a mianowicie: powietrze wpada przez długą rurkę tryskawki, przedostaje się przez wodę [belkotanie], następnie przez krótką rurkę tryskawki wydostaje się, przechodzi przez rurkę w korku do kolby FERNBACH'a, a ztąd przez rurkę boczną wydostaje się na zewnątrz. Rozumie się, że szczególnie wszystkie rurki, przez które powietrze przechodzi w kierunku do kolby FERNBACH'a, zaopatrzone są w korki watawowe, w celu dokładnej filtracyi doprowadzanego powietrza i unikania tym sposobem zanieczyszczeń postronnemi bakteriami. Podczas gdy Francuzi kładą nacisk na konieczność dopływu wilgotnego powietrza, Niemcy uważają warunek ten, jeśli nie za zbyteczny, to nie za niezbędną.

Zasiane i w ten sposób zaopatrzone kolby pozostają w cieplarni od 3—4 tygodni.

Doświadczenie wykazało, że dłuższe przetrzymywanie hodowli w termostacie osłabia otrzymaną już toksynę, a więc nie prowadzi do celu.

Otrzymane w ten sposób hodowle filtruje się przez świecę CHAMBERLAND'a w celu oddzielenia laseczników od bulionu, zawierającego toksyny. Rozumie się, że ściśle tu przestrzegana musi być kontrola, czy świeca CHAMBERLAND'a jest cała i nie przepuści bakterii; oraz świeca ta wraz ze zbiornikiem przed filtrowaniem musi być wyjałowiona w autoklawie; przestrzegane muszą być również sposoby zapobiegawcze przedostawania się bakterii z zewnątrz ¹⁾.

Otrzymany po przefiltrowaniu płyn jest koloru żółtego, przezroczysty, zawiera toksyny dyfterytyczne, przechowywany być winien w naczyniach dobrze wypełnionych bez dostępu powietrza i światła w zwykłej temperaturze.

Powstałe w ten sposób toksyny nie zawsze posiadają jednakową jadowitość, dla tego też Roux radzi dla pewnej seryi doświadczeń mieć w zapasie jednakowej sily toksynę.

Toksyna, która w ilości $\frac{1}{10}$ ctm. sz. zabija w ciągu 48 godzin świnkę morską, uważaną jest za dostatecznie jadowitą i mogącą służyć do celów immunizacyi.

¹⁾ Chcąc się przokonać, czy świeca CHAMBERLAND'a jest cała, zanurzamy ją w cylinder, napełniony wodą i szyjkę świecy łączymy z mieszklem kauczkowym; wpędzane powietrze do wnętrza świecy przedostaje się przez szczelinę, jeżeli takowa istnieje i w postaci pęcherzyków występuje na ścianki świecy. Skontrolowaną świecę łączymy rurką kauczkową ze zbiornikiem i wraz z tym wyjaławiamy w autoklawie; następnie świecę CHAMBERLAND'a zakręcamy w cylindrze metalowym, wypełniamy go hodowlą bulionową, a połączywszy zbiornik z pompką ssącą, rozpoczynamy filtrowanie. Cylinder metalowy zaopatrzony jest u dołu szrubą do zakręcania świecy, u góry lejkiem do wlewania płynów hodowlanych w przestrzeń pomiędzy wnętrzem cylindra a świecą CHAMBERLAND'a. Zbiornik przedstawia się w postaci kulistego balonu, posiadającego trzy szyjki: jedną, zatkaną watą, łączy się z pompką ssącą, drugą ze świecą CHAMBERLAND'a, trzecia wydłużona w postaci rurki włosowatej kończy się ślepo; tę ostatnią po napełnieniu zbiornika odtłumuje się na końcu i płyn zlewa do wyjałowionego naczynia. Autoklaw jest to aparat samoregulujący ciśnienie pary i służy do wyjaławiania w parze pod ciśnieniem [zwykle używa się ciśnienie $\frac{1}{2}$ atmosfery]. Rysunki pomieszczone będą w dokończeniu niniejszego artykułu.

Nim przejdę do opisu immunizacji, choć w kilku słowach nadmienię o różnicy w sposobie otrzymywania toksyny przez szkołę niemiecką. Różnica polega na tem, że niemieccy badacze nie używają filtrów, twierdząc, że te osła białą jadowitość płynów, pochłaniając toksyny. Dla oddzielenia zaś bakterii dodają do płynów hodowlanych 0,5% karbolu lub 0,3% trójkrezolu. Zabite tą drogą laseczники martwe opadają na dno i ustaje się płyn klarowny, zawierający toksyny.

W ten lub inny sposób otrzymywane toksyny służą do immunizacji zwierząt; przekonano się bowiem, że toksyny, podobnie jak laseczники, wywołują u zwierzęcia też same zmiany chorobowe i przypisać go mogą o śmierć; następnie, że wprowadzając do krwi zwierzęcia toksyny, bądź osłabione, bądź znacznie rozcieńczone i powoli i powoli zwiększając ich ilość, wywołujemy u danego zwierzęcia stan odporności na zarazek i jad dyfterytyczny; nadto że krew, właściwie surowica tak uodpornionego zwierzęcia, wywołuje również odporność u tego ostatniego, co więcej też krew, *resp. serum*, posiada własności lecznicze, to jest, że zwierzę, uprzednio zakażone lasecznikami, może być w pewnych warunkach zachowane przy życiu, jeśli mu zastrzykiwać wspomnianą surowicę uodpornionego zwierzęcia.

Zdobyte w szeregu licznych doświadczeń powyższe fakty wyrugowały dawniejsze metody uodporniania zwierząt drogą osłabionych hodowli samych laseczników błonicowych.

W zastosowaniu toksyn w celach immunizacji różni autorowie posilkowali się różnemi metodami.

Ponieważ, jak to widzieliśmy wyżej, toksyna posiada bardzo silne jadowite własności i w stosunkowo małych ilościach działa zabójczo na zwierzęta, starano się w różny sposób osłabić jej jadowitość w celach immunizacji. KARKOL FRAENKEL używał do immunizacji świnek morskich toksyny, ogrzanej do 70°, BEHRING zaś mieszaniny toksyny z tróchlorkiem jodu. BRIEGER i WASSERMANN hodowali laseczники w bulionie przygotowanym z grasicy i następnie hodowle ogrzane w ciągu kwadransa do 65°—70° używali do immunizacji zwierząt. Roux dla osłabienia toksyny dodaje płyn GRAM'a w $\frac{1}{3}$ objętości.

Co do rodzaju zwierząt, używanych w celu immunizacji, to dla otrzymania większych ilości surowicy posilkowano się zwierzętami większemi, gdyż tem większą ilość krwi upuszczać można, a więc używano psów, baranów kóz i przekonano się, że wrażliwość tych zwierząt na jad dyfterytyczny jest bardzo różna. Ponieważ EHRLICH wykazał, że tak zwane antytoksyny, t. j. ciała działające w surowicy leczniczej u uodpornionych już zwierząt, wydzielają się także i w ich mleku, zaczęto również w celu immunizacji używać i krów dojnych. Okazało się jednak, że krowy są bardzo wrażliwe na jad dyfterytyczny i trudne do immunizowania, następnie, że antytoksyny wydzielają się z mlekiem w małej ilości.

W szeregu zwierząt używanych w wspomnianym celu ostatecznie zatrzymano się na koniu, a to z wielu względów; 1) ze wszystkich zwierząt koń najłatwiej daje się immunizować, znosi bowiem lepiej niż inne działanie toksyny, 2) surowica konia ma nie posiadać działania szkodliwego ani dla innych zwie-

rząt, ani dla ludzi, 3) puszczenie krwi u koni daje się uskutecznić łatwiej i w znacznej ilości, nakoniec krew koni krzepnie szybko, tym sposobem surowica daje się łatwiej oddzielać. Konie używane są w wieku od 6—9 lat, podczas immunizacji często ważone, skoro bowiem waga konia spada, należy immunizację przerwać.

Nim zwierzę zostanie wzięte do immunizacji, musi być wszelka pewność, że jest zdrowe; należy więc wziąć konia pod obserwację, zbadać jego organy wewnętrzne, nerki, obserwować temperaturę, w końcu przekonać się, czy nie jest dotknięty nosacizną, a więc zbadać, jak reaguje na maleinę.

Różna bywa wrażliwość koni na toksynę dyfterytyczną: po zastrzyknięciu takowej występują niekiedy silne objawy ogólne i miejscowe; u koni wrażliwych ciepłota podnosi się do 40° [norma 37,5° — 38°], niekiedy zaraz po iniekcji konie dostają kurczów, nie mogą się utrzymać na nogach, zjawia się pot, upadek tętna. Objawy te jednak występują wyjątkowo i szybko przechodzą—głównym wyrazem ogólnego działania toksyny pozostaje podniesiona ciepłota i brak łaknienia, co zwykle jednak po 24 godzinach przechodzi. Doświadczenie wykazało, że nie należy robić wstrzyknięć podczas trawienia — a zatem zawsze immunizować przed podaniem paszy. Toksyna wywołuje pewien stan przyprływu krwi do organów trawienia, jeżeli więc immunizować konie napasione, łatwo występują burzliwe objawy ze strony przewodu pokarmowego [kolka, biegunka]. Jako objaw miejscowy występuje w okolicy wstrzyknięcia obrzmienie, którego natężenie i wielkość zależą od wrażliwości konia; u koni wrażliwych dochodzi ono do wielkości dużego bochenka chleba i więcej. [D. n.].

II. SPRAWOZDANIE ZE SZPITALA DLA CHORYCH CHOLERYCZNYCH

(chrześcijan) w Kutnie w r. 1894.

Podał

D-r Antoni Troczewski.

— † — † —

Szpital funkcjonować zaczął od dnia 8 sierpnia r. b. i pozostawał otwartym w ciągu 7 tygodni, mianowicie do d. 25 września, t. j. do wyjścia ze szpitala ostatniego chorego. W ciągu czasu sprawozdawczego chorych w szpitalu było 47, z tych mężczyzn 15, kobiet 32.

Podług wieku chorzy grupują się w sposób następujący:

Do 10 lat	włącznie było chorych 10, zmarło 4
od 10—20 lat	" " " 2, " 0
od 20—40 "	" " " 18, " 7
od 40—60 "	" " " 9, " 6
od 60—80 "	" " " 8, " 6

Czyli z 47 chorych wyzdrowiało 24, zmarło 23 [śmiertelność = 48 9%].
Najmłodsza z chorych liczyła lat 2 [zmarła], w najstarszym wieku — lat 80 —

było chorych 3 [wszyscy zmarli]. Ruch chorych podług tygodni był następujący:

W 1-szym tygodniu	przybyło chorych	12,	zmarło	5
" 2-gim	"	"	11,	" 7
" 3-cim	"	"	9,	" 3
" 4-tym	"	"	10,	" 5
" 5	"	"	4,	" 3
" 6	"	"	1,	" 0
" 7	"	"	0,	" 0

Najkrótszy czas pobytu chorego w szpitalu wynosił godz. 8, najdłuższy czas dni 12. Z 47 chorych, leczonych w szpitalu, przywieziono:

w okresie napadu cholerycznego	chorych	16,	z tych wyzdrowiało	15,	zmarł	1
"	"	29,	"	"	9,	zmarło 20
" zamartwiczym	"	2,	"	"	0,	" 2

Podczas pobytu w szpitalu okres typowego tyfoidu cholerycznego przebyło chorych 9, z tych wyzdrowiało 2, zmarło 7.

Z cech charakterystycznych tegorocznej epidemii w Kutnie, szczególnie w początkach jej pojawienia się, zanotować należy dużą względnie liczbę przypadków zasląbnic gwałtownych, w których prawie bez poprzedzającego okresu zwiastunów, a nawet samego napadu cholerycznego, rozwinął się okres zamartwiczny, szybko, bo w kilka do kilkunastu godzin, kończący się śmiercią. W kilku przypadkach sprawdzić mogłem na pewno, że chorzy, przywiezieni do szpitala w okresie zamartwicznym, nie tylko podczas dni poprzedzających, lecz nawet na kilka godzin przed przybyciem do szpitala byli zupełnie zdrowi i zajęci zwykłą swą pracą. Okres napadu cholerycznego i zamartwiczny we wszystkich spostrzeganych przezemnie przypadkach przedstawiał obraz ogólnie znany i opisywany; wybitnym objawem okresu zamartwiczego był zupełny bezmocz, zazwyczaj źle rokujący. Z 32 chorych, którzy przebyli w szpitalu okres zamartwiczny, wyzdrowiało 9, zmarło 14 [w krótkim czasie bez okresu odczynowego], przebyło tyfoid choleryczny chorych 9 [zmarło 7, wyzdrowiało 2].

We wszystkich przypadkach w okresie tyfoidu notowałem stan zupełnie bezgorączkowy [częściej ciepłota niżej normy], brak wymiotów i biegunki, natomiast śpiączka z bredzeniem, rzucaniem się i wogóle niepokój ogólny. Przypadki, w których ten ostatni objaw był dominującym, w których mieliśmy objawy maniakalne, wszystkie zakończyły się śmiercią; to samo zauważyłem i w praktyce prywatnej, tak, że objaw ten skłonny byłbym uważać za bezwzględnie niepomysłny w rokowaniu *quo ad vitam*.

Z powikłań cholery w okresie odczynowym spostrzegałem w 4-ch przypadkach [szpitalnych] krwawe stolce, z tych 3 przypadki zakończyły się śmiercią, 1 wyzdrowieniem; objaw ten również, zdaniem mojem, daje rokowanie niepomysłne. W przypadkach spostrzeganych przezemnie w szpitalu i w praktyce prywatnej krwawe stolce występowały dość wcześnie, zazwyczaj na drugi dzień po przebyciu napadu cholerycznego; chorzy żyli 3 do 4 dni. Od krwawych wypróżnień przy dyzenterji stolce te łatwo dają się odróżnić i nie sądzę, aby w rozpoznaniu mogły zachodzić pomyłki; w stolcach tych ani strzępów śluzowych,

śluzo-ropnych, ani obecności zgorzelinowych tkanek lub domieszki czystej krwi nigdy nie spostrzegałem: są one zazwyczaj zupełnie wodniste, czerwono zabarwione. Z innych powikłań cholery w kilku przypadkach spostrzegałem silne przekrwienie łąznic, w kilku obszerną, rozlaną po całym ciele pokrzywkę, znikającą zazwyczaj po 2 dniach [wszystkie te przypadki zakończyły się pomyślnie]; w 1 przypadku widziałem zgorzelinowe zapalenie gardzieli i przełyku u dorosłego mężczyzny. Zapalenie to rozwinęło się w okresie odczynowym, a chory zmarł po upływie kilku tygodni z wyniszczenia skutkiem niemożności przyjmowania pokarmów.

Rokowanie u chorych przy współczesnej ciąży wydaje mi się zawsze niepomyślnem; wszystkie prawie ciężarne chore, które widziałem, zmarły. W szpitalu miałem 2 chore ciężarne: jedna [w 6 miesiącu] zmarła zaraz po napadzie cholerycznym, bez poronienia, druga [w 8 miesiącu] przeżyła bardzo silny napad choleryczny i okres zamartwiczny względnie pomyślnie, na 3 dzień po wstrząsającym dreszczu wystąpiły objawy zapalenia płuc z prawej strony i jednocześnie poród. Chora ta po urodzeniu już rozkładającego się płodu zmarła 5-go dnia przy objawach gwałtownego zakażenia połogowego z posokowatym obfitym wypływem z narządów rodnych.

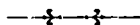
Co się tyczy leczenia, to przedewszystkiem doszedłem do tego przekonania, że stosowanie wszelkich środków farmaceutycznych, dotąd znanych, w okresie już rozpoczętego napadu cholerycznego jest zupełnie nieużyteczne, a często szkodliwe: chory środki te zawsze zwymiotuje, podawanie zaś ich męczy jedynie chorych i powiększa istniejące już pobudzenie do wymiotów. U moich chorych stosowałem *larga manu* ciepłe kąpiele z rozcieraniem ciała [kilka lub kilkadziesiąt razy dziennie], zewnętrzne ogrzewania i rozcierania oraz środki pobudzające [jak: wino, koniak, wstrzykiwania eteru] i zdaje mi się, że ten jedynie sposób leczenia w połączeniu z odpowiednimi warunkami higienicznymi i troskliwą opieką dawał mi względnie pomyślny rezultat. Przy stosowaniu hypodermoklizm nie widziałem żadnej prawie poprawy, jeżeli zaś spostrzegać się dawało podniesienie tętna to na tak krótko, że należałoby chyba powtarzać hypodermoklizmy co godzina. Pewien dodatni wpływ na uporczywą biegunkę dawał się osiągać za pomocą często stosowanych enteroklizm z taniną. W okresie tyfoidu stosowałem ciepłe kąpiele i ostrożne odżywianie chorych i w tym okresie, zdaje mi się, środki farmaceutyczne żadnej korzyści nie przynoszą, przeciwnie, często na nowo wywołują wymioty i pogarszają stan ogólny.

III. SPRAWOZDANIE Z PRZEBIEGU CHOLERY W BŁASZKACH.

[Rzecz czytana na posiedzeniu Kaliskiego Towarzystwa Lekarskiego dnia 17 października 1894].

Podali

S. Łukasiewicz [Błaszki] i **M. Zucker** [Kalisz].



Cholera, która w roku bieżącym wszystkie prawie miasta Królestwa najeżdżała, nie oszczędziła Błaszek [gub. Kaliska], liczących razem z przyległymi wsiami [Borysławice, Kokoszki, Chrzanowice] 5000 mieszkańców [żydów

około 3000], którzy z powodu niechlujstwa i skupienia niższej warstwy ludności, podatny stanowili grunt dla rozwijania się i szerzenia epidemii. Zarazek choleryczny został przeniesiony z Łodzi przez jednego dosyć zamożnego kupca z Błaszek, który czasowo tam bawił u swoich krewnych, chorych na cholere. W tydzień po jego przyjeździe do Błaszek, t. j. d. 18 sierpnia, nagle zachorował na cholere 6-letni synek jego; w dwa dni później zachorowali jeszcze dwaj jego synowie 12 i 16-letni i wszyscy trzej w nocy z d. 20 na 21 umarli. Ojciec, który w przeciągu 3 dni stracił 3 synów, jest zdrowym do chwili obecnej i na żadne objawy chorobowe się nie uskarżał. Taki był początek. Od tego czasu epidemia zaczęła się szerzyć: zachorowywało dziennie 1—3 ludzi, umierało tyleż, aż choroba dosięgła dnia 9 września swego punktu kulminacyjnego, gdy tego dnia zachorowało osób 14, a do 17 września, t. j. przez 8 dni liczba zachorowań wahała się między 14—5, śmiertelność zaś wynosiła przez ten czas od 8 do 1 osoby dziennie, poczem epidemia coraz więcej zaczęła słabnąć i od 3 października zupełnie wygasła; przetrwała więc niecałe 7 tygodni, przez który to czas zachorowało osób 121 [2,4% ogólnej ludności], umarło zaś 66 osób, t. j. 54,5%. Jeżeli zrobimy wyliczenie poszczególne dla żydów i chrześcijan, to otrzymamy:

żydów	zachorowało	79,	umarło	37,	czyli	46,8%
chrześcijan	"	42,	"	29,	"	69%

Znacznie większą śmiertelność chrześcijan można objaśnić w ten sposób, że: 1-o z chrześcijan zachorowywała najuboższa warstwa ludności i w najmniej higienicznych zostająca warunkach, jak: żebracy, pijacy, nierządnicę, 2-o brak wszelkiej wiary i zaufania do lekarza i do przepisanych przez niego środków, gdy tymczasem żydzi o wiele częściej szukali pomocy lekarskiej, a warunki ich materyalne były w każdym razie o wiele pomyślniejsze.

Co do płci, to zachorowało mężczyzn	53,	kobiet	68
umarło	"	30,	"
		36.	

Podług wieku chorzy grupują się w następujący sposób:

od 1— 5 lat	zachorowało osób	9,	wyzdrowiało	4,	umarło	5
" 5—10 "	" "	25	"	13	"	12
" 10—20 "	" "	20	"	12	"	8
" 20—30 "	" "	9	"	6	"	3
" 30—40 "	" "	22	"	9	"	13
" 40—50 "	" "	13	"	4	"	9
" 50—60 "	" "	8	"	3	"	5
" 60—70 "	" "	11	"	3	"	8
" 70—80 "	" "	3	"	—	"	3

Jak więc widzimy, najwięcej zachorowań i śmierci dostarczył wiek od 5—20 i od 30—40 lat, wiek od 20—30 dał najmniejszą liczbę śmierci, wiek zaś od lat 10 i wyżej dał najgorsze wyniki [na 14 zachorowań 11 zakończone śmiercią].

Z ogólnej liczby 121 chorych w szpitalach [oddzielny szpital był dla chrześcijan, a oddzielny dla żydów] znajdowało się 63 osób, z których umarło 30, czyli

47,6%, w domu zaś leczyło się 58 osób, z których umarło 36, czyli 62%. Cyfry powyższe, acz na małej stosunkowo liczbie przypadków oparte, wyraźnie przemawiają za leczeniem cholerycznych w odpowiednio ku temu urządzonych szpitalach. Godzi się na tem miejscu zaznaczyć, że z początku epidemii uprzedzenia i przesady, a także fałszywa pogłoska o truciu cholerycznych, która prawie wszystkie miejscowości epidemią dotknięte obiegła i nie omieszkala i do Błaszek się przedostać, spowodowały to, że chorzy nie chcieli udawać się do szpitali. Dopiero dzięki policyi udało się kilku chorych do szpitala dostać, a ludność miejscowa, przekonawszy się, że warunki w szpitalu są daleko lepsze, niż w domu prywatnym, i że opieka lekarska jest gorliwą, zaczęła nabierać coraz więcej zaufania do lekarzy i zalecanych przez nich środków, tak, że następnie bez najmniejszego przymusu sami mieszkańcy przyprowadzali lub przywozili chorych do szpitala.

Co do strony klinicznej epidemii, to zaznaczyć możemy, że cholera w samym początku odznaczała się przebiegiem gwałtownym [silne rozwolnienie, wymioty, zapaść] bez żadnych zwiastunów, tak, że od pierwszych objawów do śmierci nie upłynęło więcej nad 6—8 godzin; tyfoidów było wszystkiego około 12, z których 3 skończyły się wyzdrowieniem. Co do oddzielnych objawów, to zaznaczyć możemy, że krwawe stolce, zanotowaliśmy w 8 przypadkach, które zakończyły się śmiercią. W przeciwieństwie do krwawych stolców absolutnie dobre rokowanie dawały wysypki skórne, jak: *erythema*, a szczególnie *urticaria*, które się pojawiały w okresie odczynowym i zdrowienia i umiejscawiały się przeważnie na twarzy i kończynach górnych. Jak dalece dobre rokowanie dało pojawienie się pokrzywki, dowodzą dwie chore, obserwowane przez nas w szpitalach: jedna z nich, pomimo obfitych stolców krwawych, a druga pomimo ciężkiego tyfoidu, z wystąpieniem wysypki [chore już prawie uważano za stracone] zaczęły się poprawiać i zupełnie wyzdrowiały. Do objawów, dających złe rokowanie, zaliczyć trzeba uporczywą czkawkę i znaczny niepokój, jak: rzucanie się na łóżku, zrzucanie kołdry i t. d. Co się tyczy kurczów, to spostrzegaliśmy je w większości przypadków, lecz nie odznaczały się one zbyt wielkiem natężeniem, przyczem nie można było zauważyć zależności kurczów od ilości wypróżnień stolcowych i wymiotów, tak, że widywaliśmy dosyć silne kurcze bez obfitych wypróżnień i odwrotnie przypadki z obfitymi wypróżnieniami bez kurczów. Z innych mniej ważnych objawów zauważyliśmy kilka razy zapalenie łącznie z wydzieliną ropną, kilka przypadków „*furunculosis*“, raz jeden „*otitis media*“. Ciepłota w okresie odczynowym trzymała się niżej normy, nie spadając niżej 35,1 [termometr zostawał pod pachą około 1/2 godziny]. Co się tyczy terapii, to środki, przez rozmaitych klinicystów zalecane, stosowaliśmy, lecz, niestety, zbyt zadawalających rezultatów nie osiągnęliśmy. Nawet przez niektórych tak gorąco zachwalane wlewania podskórne fizjologicznego roztworu soli kuchennej nie bardzo do dalszych prób zachęcały. O ile terapia bywa bezsilną przy cholery, dowodzą dwa niżej opisane przypadki: U kobiety 36 letniej, która zrana zachorowała na cholere i niezwłocznie do szpitala przeniesioną została, zrobiono w przeciągu 3 godzin podskórne wlewanie całego litra fizjologicznego roztworu soli, wstrzyknięto pod skórę 2 spryki oleju kamforowego z eterem, 2 spryki kofeiny, zrobiono 2 ławatywy ze słonej wody i pomimo wszystkich tych wysił-

ków nie udało się podnieść tętna u tej pacjentki, która wieczorem przy objawach zapaści umarła.

W drugim przypadku u chłopca 5 letniego, który się rzucał na łóżku, lecz był w stanie przytomnym, zrobiono 12 razy podskórne wlewanie roztworu soli po 250 gram. na raz, lecz bez rezultatu; chory po 6 dniach przy objawach zapaści zmarł. U chłopca tego wessanie wstrzykniętego płynu było zupełne już po 5 minutach; u kobiety zaś litr cały został wessany przez 15 minut.

Ze środków farmaceutycznych najlepiej chorzy znosili salol i to w dawkach od 0,5—1,0 *pro dosi*, a od 2,0—6,0 *pro die*.

Odcinek.

SŁUŻBA LEKARSKA W SZPITALU W ŚWIEŹLE NOWEJ USTAWY.

I.

Lekarze miejscowi.

Lekarz miejscowy nowej ustawy jest bardzo dobrze pomyślany. Ma to być lekarz młody, którego służba w szpitalu trwać będzie lat cztery. Przez te cztery lata szpital daje mu mieszkanie i utrzymanie kompletne; dać mu musi i jakąś pensję nie wielką, bo żąda od niego stanowczo wyrzeczenia się wszelkich innych zajęć i wszelkich innych po za szpitalem zarobków. Wszakże to jakby wymarzone dla młodego lekarza stanowisko. Sądzę, że każdy lekarz, który nie wzdychał do natychmiastowych wielkich dochodów, ale pragnął w zawodzie swoim wydoskonalić się i wyższe z czasem zająć stanowisko, marzył kiedyś o takim mieszkaniu szpitalnem i o takich latach, kiedy, wolny od trosk, nauce swojej mógł się oddać swobodnie, mając dosteczny materiał i przewodników należytych.

Lekarz miejscowy bardzo dużo na stanowisku swoim skorzysta i bardzo wiele korzyści przynieść musi szpitalowi.

Jako ordynator szpitala, albo w prywatnej praktyce, lekarz widuje chorego raz na dzień; jak się chory przez cały dzień zachowuje, jak cierpi, jak go pielęgnować należy, — tego wszystkiego lekarz nie ma prawie możności poznać z własnych spostrzeżeń poglądu; dalsze działanie lekarstwa pozna nazajutrz, ale nie widzi stopni tego działania, co nieraz może być ważnem. Lekarz, który kilka lat prawie ciągle, a w każdym razie przez kilka godzin dziennie i po kilka razy na dzień z chorymi przebywa, daleko lepiej będzie mógł w przyszłości nauczać opiekę chorego, jak się z chorym ma obchodzić i jak go pielęgnować. Po za godzinami, spędzanymi na sali, lekarz miejscowy, zmuszony przebywać w szpitalu, mając blisko pracownię, z konieczności prawie pracą naukową zająć się musi; od czytania nie będą go odrywały rozmaite zajęcia i rozrywki i bezporównania więcej nauczy się przez tych lat kilka, niż po za szpitalem przez czas dłuższy. Te lata służby miejscowej stanowić będą podwalinę jego przyszłej nauki i wprawy zawodowej.

Chorzy nie mniej od lekarza na urządzeniu takim korzystają. W szpitalu przeważnie przebywają najciężej chorzy. U ludzi bardzo zamożnych przy podobnych chorobach znajduje się zwykle lekarz stale dyżurujący, który całe zalecone leczenie prowadzi, wobec zmian nieprzewidzianych odpowiednie zmiany w leczeniu wprowadza, a wreszcie choćby tylko przez wpływ moralny, przez samą obecność swoją, chorego uspokaja i przyjemnie i korzystnie na niego oddziałują. Chorzy, w szpitalu leżący, powinni i mogą mieć takie warunki, jakie po za szpitalem najzamożniejszym są tylko dostępne. W oddziale ocznym często bardzo poleca się chorym kilka razy na dzień wpuścić jakie krople, zmienić okład ciepły, przemyć dokładnie worek łącznicowy przy obfitych ropieniach, albo nawet jakiś mocniejszy środek kilka razy na dzień zastosować. Opatrunek po operacji katarakty może się obsunąć, albo chory może go zrzucić; nałożenie opatrunku wymaga ręki wprawnej i pewnej, ręki lekarza. Z pewnością daleko częściej lekarz okazać się może w ciągu dnia, czy nocy, potrzebnym na innych oddziałach, na chirurgicznym, wewnętrznym i położniczym. Lekarz młody, który dokładnie zna chorych, który asystuje podczas wizyty i któremu zwierzchnik oddziału odpowiednie wyda polecenia, spełni te obowiązki najlepiej, owszem, on jedynie spełnić je może. Prawda, że obchodzimy się obecnie bez takiej pomocy, ale któż nie czuł bardzo często braku takiej ciągłej opieki lekarskiej w szpitalu, któżby jej sobie nie życzył gorąco?

Tylko — z tego wszystkiego, co o znaczeniu lekarza miejscowego powiedziano, wynika wyraźnie, że musi to być lekarz miejscowy oddziału, nie szpitala. Lekarz miejscowy, jeżeli ma korzyść z materiału odnieść, musi przez cały czas wizyty być obecnym, a jeżeli ma chorym korzyść przynosić, musi ich znać dokładnie. Lekarz jeden, czy dwóch nawet, w wielkim szpitalu nie mogą być przy wizycie wszystkich ordynatorów, owszem nie mają wcale czasu na asystowanie ordynatorom, bo zajęci są różnymi administracyjnymi drobiazgami.

Lekarz miejscowy musi być koniecznie lekarzem oddziału; sądzę, że sama nazwa, jaką nowa ustawa lekarzom tym nadaje [„pałatnyje“], dowodzi, że właśnie takich lekarzy miejscowych oddziałowych miano tu na myśli.

Lekarz miejscowy jest stałym dyżurnym swego oddziału i on tylko naprawdę z pożytkiem dla chorych może spełniać te obowiązki. Zna on dobrze chorych swego oddziału, był obecnym przy wizycie, ordynator przedstawił możliwe powikłania i z góry określił, co wobec wystąpienia ich przedsięwziąć należy; lekarz miejscowy, specjalista, choć początkujący, potrafi nałożyć opatrunek zesunięty, wprowadzić kateter, czy wogóle dokonać potrzebnych rękoczynów. W razie cięższego, groźniejszego powikłania, lekarz miejscowy posyła po starszych lekarzy oddziału, po ordynatora młodszego, albo nawet starszego. Takie dyżury przyniosą chorym pożytek istotny i takie są najłatwiejsze. Dyżurowanie kolejne starszych lekarzy, ordynatorów szpitalnych, jest przedewszystkiem pozornie tylko lepszym, w gruncie rzeczy nie ma żadnej wartości. Dyżuruje lekarz wprawny, wyrobiony, ale zawsze wyrobiony tylko w jednym kierunku. Najuczeńszy, najbardziej doświadczony lekarz chorób nerwowych, będzie zupełnie niezaradnym wobec najmniejszego powikłania po operacji ocznej i to u chorego, którego widzi po raz pierwszy; okulista

wobec przypadku położniczego wezwie odpowiedniego ordynatora i na tem cała pomoc z jego strony ograniczyć się musi. Przytem trudno żądać od lekarzy starszych, aby 24-godzinne dyżury pełnili w szpitalu. I ostatecznie pełnić ich nie będą, za odpowiednią opłatą zastąpią ich młodszy lekarze; dyżury takie redukują się więc do opodatkowania na rzecz szpitali, lekarzy szpitalnych, którzy przeważnie bezpłatnie pełnią swe obowiązki, albo których pensye są tak skromne, że zaledwie starczą na opłatę za dyżury.

Lekarz miejscowy nie może być wprawdzie niewolnikiem szpitala, ale najczęściej będzie obecnym,—wszystkie noce mają dyżury zapewnione. Ale szpital nie może być ani na chwilę pozbawionym lekarzy. Jeden lekarz miejscowy, a w większych szpitalach dwaj nawet muszą zawsze w szpitalu pozostać. Takie więc dyżury szpitalne rozdzielają się kolejno pomiędzy lekarzy miejscowych i nie są dla nich zbyt uciążliwymi, bo lekarz i podczas dyżuru swego pozostaje w domu.

Lekarze miejscowi w dniu dyżurów swoich spełniają czynności administracyjne; nie tylko na każde wezwanie udają się na salę chorych, ale jako pomocnicy lekarza naczelnego kontrolują kuchnię, dezynfekcyę, czystość i porządek ogólny. Ta czynność administracyjna jest znowu zarówno pożyteczną dla szpitala, jak dla młodych lekarzy, którzy z całym biegiem życia w szpitalu, z zarządem szpitala i jego prowadzeniem mają sposobność się zapoznać, a znajomość ta w przyszłej ich dalszej karierze szpitalnej będzie dla nich bardzo pożyteczną.

Służba lekarza miejscowego trwać ma lat 4. Przez ten czas cały niekoniernie pozostawać on musi przy jednym oddziale,—lepiej jest owszem, aby czas jakiś przepędził na oddziałach ogólnych, albo z obraną przez niego specjalnością ściśle związanych.

Ponieważ nie zawsze mogą być do objęcia posady lekarzy miejscowych, więc po ukończeniu uniwersytetu lekarz młody, oczekując na posadę, uczęszczać będzie do szpitala, do obranego przez siebie oddziału. Lepiej jest nawet, ażeby lekarz, zanim w szpitalu zamieszka, przez jakiś czas przyglądał się leczeniu i w zawodzie swoim się ćwiczył. Ten okres asystentury nie powinien trwać długo—rok, albo dwa lata.

Największą niewątpliwie trudność przy wprowadzaniu lekarzy miejscowych oddziałowych stanowić będą potrzebne na to fundusze. I dziś wprawdzie w szpitalach istnieją lekarze miejscowi, w niektórych szpitalach jest ich nawet po kilku, ale tę liczbę potrzeba będzie znacznie powiększyć, ażeby każdy oddział zaopatrzyć w lekarza miejscowego. Lekarz miejscowy musi pobierać pensyę, choć niewielką, a oprócz tego musi mieć całkowite w szpitalu utrzymanie. Wobec wielkiej ważności lekarzy miejscowych dla szpitali, fundusze te, ostatecznie nie bardzo wielkie, wynaleźć potrzeba.

Drugą trudność stanowić będzie pomieszczenie lekarzy. Ponieważ Warszawa wkrótce otrzymać ma nowe gmachy dla paru szpitali, należy w każdym oddziale tych nowych gmachów urządzić dwa niewielkie pokoje na mieszkanie dla lekarza miejscowego; — pokój stołowy, a może i bawialny, mogą i powinny być wspólne dla wszystkich.

[D. n.]

Zygmunt Kramsztyk.

WARSZAWSKIE TOWARZYSTWO LEKARSKIE.

Posiedzenie kliniczne z d. 27 XI 1894.

[Dokończenie. — Patrz Nr. 50].

KRYSIŃSKI uważa przepłukiwanie 5% roztworem chlorku cynku za niebezpieczne, gdyż roztwór taki jest środkiem silnie drażniącym, a wiadomo przecież, że w etyologii raka drażnienie wymieniają na jednym z pierwszych miejsc. Proponowana przez BORYSSOWICZA metoda operacyjna przedłuża bardzo operację, a chociaż zasadą chirurga jest, aby operować możliwie czysto, należy się również starać o pośpiech, gdyż od tego w znacznym stopniu zależy dobre zejście pooperacyjne.

NEUGEBAUER zapatruje się na raka jak na chorobę krwi, umiejscawiającą się *in loco minoris resistentiae*.

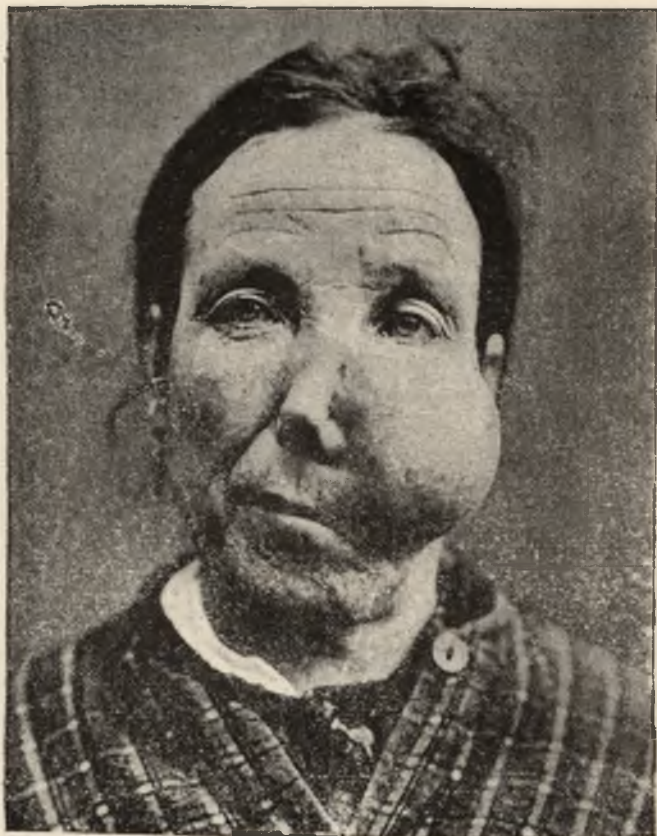
W odpowiedzi PRZEWOSKIEMU, JAWDYŃSKI zaznacza, że tak spostrzeżenia KLEBS'a, jako też i podobne obserwacje innych autorów nie są przekonywujące. Często się zdarza, że badanie anatomo-patologiczne nie daje dość pewnych i stanowczych wyników, a powtórne i wyniki, otrzymywane przy szczepieniach na zwierzętach, nie są z sobą w zupełności w zgodzie. Kiedy jedni widzieli rozrost tylko kawałka zaszczepionego, inni przyjmują możliwość zwyrodnienia sąsiednich tkanek, inni nakoniec spostrzegali w zaszczepionym kawałku przemiany wsteczne i zupełny zanik tkanki zaszczepionej. Za to doświadczenie kliniczne uczy czego innego. Często operujemy raki, przy których prawie niemożliwym jest uchronić się od zetknięcia tkanek chorych ze zdrowymi, a recydywy nie widzimy i na odwrót—recydywa występuje tam, gdzie rak był naokoło otoczony częściami zdrowymi, gdzieśmy nie dotykali go wcale podczas operacji [rak sutki] i to recydywa nie w bliźnie, nie w gruczołach, ale w częściach bardzo oddalonych od ogniska pierwotnego.

SZTEYNER uważa jednoczesne zakładanie podwiązek i kleszczyków RICHELLOT'a za zbyt uczucie, a zakładanie samych kleszczy na 24 godziny za niedostateczne.

WINAWEK zaznacza, że z podanych przez BORYSSOWICZA sposobów pierwszy ma na celu zabezpieczenie chorej od powrotu raka przyranego, drugi zaś od powrotu zaszczepionego.

Pierwszy sposób można zestawzić z podanym niedawno sposobem MACKENRODT'a. MACKENRODT operuje w ten sposób, że usuwa więzadła szerokie w całej ich rozciągłości w większym lub mniejszym oddaleniu od macicy. Prelegent dąży do usunięcia głównie tkanki przymacicznej, która pozostaje w najbliższym sąsiedztwie ze szyją maciczną. Wiadomo, iż rak dolnego odcinka macicy szerzy się *per contiguitatem* na najbliższe otoczenie szyi macicznej. Wobec tej okoliczności nie możemy nie uznać w zasadzie za racjonalny sposobu prelegenta, który to sposób dąży do oddzielenia tkanki przyszyjowej przez nałożenie kleszczy RICHELLOT-PEAN'a na zewnątrz przewiązek jedwabnych. O ile sposób ten

że być pewny, tylko z czasem przez szczegółowe badania drobnowidzowe wyciętych wraz macicą więzadeł określić będziemy w stanie; wówczas bowiem



Rysunek do artykułu kol. ANTONIEGO LEŚNIEWSKIEGO p. t.: „Hydrops inflammatorius Antri Highmori“, — pomieszczonego w Nr. 46 „Gazety Lekarskiej“ z d. 17 Listopada 1894 r.

dowiemy się, w jakiej rozciągłości i w jakim oddaleniu od macicy zajęte są więzadła szerokie przy raku dolnego odcinka, jaki nam się wydaje jeszcze ograniczonym i umiejscowionym wyłącznie na macicy.

Co do zarzutu, jakoby, ujmując dolną część więzadeł szerokich w kleszcze, łatwo było ująć moczowody, to zarzut ten nie wydaje się WINAVEROWI słusznym. Gdy odluszczymy dobrze pęcherz moczowy od szyi macicznej i więzadeł szerokich i ujmemy w kleszcze więzadła szerokie w nieznacznym oddaleniu, prawie tuż poza przewiązkami, jak to prelegent czyni, wówczas powikłania tego zdolamy uniknąć.

Drugi sposób ma na celu ochronę od powrotu raka zaszczepionego.

Gdy się rozpatrzymy w tych sposobach, jakie w tym celu były dotąd podane [tu zaliczyć należy sposoby FRITSCH'a, WINTER'a, GOTTSCHALK'a, MACKENRODT'a i CLEVELAND'a], to przyjdziemy do wniosku, że niektóre z tych sposobów prawie wcale, zaś inne tylko niedostatecznie chronić mogą od powrotu raka zaszczepionego.

Ze sposobów tych sposób WINTER'a wydaje się najprostszym i najpewniejszym, tembardziej, że WINTER, posilkując się tym sposobem już od półtora roku, nie spostrzegał powrotu przez zaszczepienie. A jednak, gdy się już przygotowało zrakowaciała szyja tym sposobem i gdy się następnie przystąpi do wycinania macicy, wówczas po nałożeniu kleszczy kulowych lub kleszczy MUZEUX'a i przy pociąganiu szyjki łatwo jest cząstki tkanki zwyrodniałej rozgnieść lub wyrwać. Nie wyda się więc nieprawdopodobnym, iż przy długotrwałej operacji łatwo będzie nieco komórek rakowych palcami przenieść i w otwartą tkankę przymaciczną wszczepić.

Także sposób MACKENRODT'a, bardzo racjonalny, w zasadzie nie zawsze może być pewny. Gdy błona śluzowa sklepień pochwowych ulegnie zwyrodnieniu, wówczas worek, z płatów pochwowych wytworzony, łatwo rwać się będzie i część pochwowa macicy nie będzie dostatecznie izolowaną. Widzimy więc, iż, przyjmując kwestyę przeszczepialności raka, przynajmniej klinicznie za dowiedzioną, nie możemy twierdzić, byśmy obecnie już byli w posiadaniu sposobu łatwo wykonanego i chroniącego bezwzględnie od powrotu raka zaszczepionego. Jaką rolę w szeregu tych sposobów odegra sposób BORYSSOWICZA, trudno jest osądzić. Tylko fakty dalsze mogą nam o wartości sposobu dać dostateczne świadectwo. Rozstrzygać tę sprawę dziś jest, co najmniej, przedwcześnie. (*Autoreferat*).

BORYSSOWICZ odpowiada, co następuje: „Zarzut kol. KONDRATOWICZA, że podane przezemnie sposoby operowania raka macicy, dążące do uniknięcia powrotu tego cierpienia, po wycięciu całkowitem macicy, są zapożyczone z pracy WINTER'a (*Ueber die Recidive des Uteruskrebses insbesondere über Impfrecidive. Zeitschr. f. Geburthshül. und. Gynäkol. 1894. Heft. 1*) jest najzupełniej niesłuszny i przez nikogo nie może być popierany, kto przeczyta wzmiankowany artykuł. W pracy WINTER'a nie ma żadnej wzmianki o sposobach operowania, podanych przezemnie. WINTER zaleca dla uniknięcia zaszczepienia raka zeskrobanie nowotworu, odkażenie rany $\frac{1}{2}$ % roztworem alkoholowym sublimatu i przypalenie jej żegadłem PAQUELIN'a; mój sposób polega na amputacji nadpochwowej szyi macicznej powyżej nacieczeń rakowych i na odkażeniu powierzchni rany, powstałej po odlu-

szczeniu pęcherza i odbytnicy od szyi macicznej za pomocą 5% roztworu chlorku cynku. Powtórne, odkażenie rąk i zmiana narzędzi wspólna w postępowaniu WINTER'a i mojem nie dowodzą podobieństwa metody, gdyż każdy operator tak postępuje po usunięciu części zakażonych, zanim przystąpi do operacji na tkankach zdrowych. Zarzut kol. KONDRATOWICZA tembardziej jest nieusprawiedliwiony, gdyż, mówiąc o tem postępowaniu, nadmieniałem, że odkażam ręce i zmieniam narzędzia tak samo, jak to zaleca WINTER i inni. Zarzut, że, stosując kleszczyki, narażamy się na możliwość zakażenia rany, upada wobec dobrych wyników, otrzymanych przez ginekologów, używających kleszczyków przy wycinaniu macicy.

Chlorek cynku był stosowany w celu zniszczenia raka macicy przed jej wycięciem, ja zaś pierwszy zacząłem stosować ten środek po wycięciu macicy w celu zniszczenia podejrzanej ziarniny.

Trudno się zgodzić z kol. JAWDYŃSKIM, że nie możemy zaręczyć, czy rak nawet w początkowym rozwoju nie ponowi się po całkowitem wycięciu macicy; z większą jednak pewnością można twierdzić, że skoro nacieczenia nowotworowe przekroczyły tkankę maciczną, powrót cierpienia jest prawie niezawodny. Oprócz przytoczonych przez kol. PRZEWOSKIEGO przypadków, dowodzących zakaźności raka, za dowód służyć mogą również prace laboratoryjne LANGENBECK'a, NOWICKIEGO i WEHNERA oraz wyniki dodatniego szczepienia raka na ludziach, podanych przez HAIN'a, BERGMANN'a i CORNIL'a. Liczne też przypadki kliniczne, jak: zarażenie się wargi górnej od dolnej, podniebienia od raka języka, wargi sromnej jednej od drugiej oraz skóry brzucha od owrzodzenia rakowego na obwisłej sutce, dowodzą zaszczepialności raka.

Po wycięciu szyi macicznej, zajętej przez raka, splukuję powierzchnię rany 5% roztworem chlorku cynku w celu usunięcia cząstek nowotworu i odkażenia powierzchni rany od posocznicowych lub nowotworowych pierwiastków; nie mam zaś wcale zamiaru odkażać głębokich warstw tkanek otaczających macicę, gdyż podczas wycinania szyi macicznej unikam ujmowania za pomocą narzędzi tych tkanek. Nie mam więc na celu uniknięcia zakażenia otrzewnej, lecz przede wszystkim rany po odluszczeniu pęcherza i odbytnicy od szyi macicznej, gdyż rana ta nie może być dokładnie przepłukaną i odkażaną po otwarciu jamy brzusznej.

Zarzut kol. JAWDYŃSKIEGO i SAWICKIEGO, że, ujmując tkankę przyszyjową [nie wiążadła szerokie, jak podaje kol. JAWDYŃSKI] za pomocą kleszczyków RICHIELLOI'a na zewnątrz przewięzek, można ucisnąć moczowody, upada z tego powodu, że nie zdarzył mi się taki przypadek w praktyce, a powtórne, że po operacjach, dokonanych na trupach, można stwierdzić znaczną odległość moczowodów od szyi macicznej [5—6 ctm.], która daje możliwość stosowania kleszczyków w celu szerszego usunięcia tkanki otaczającej szyję maciczną, o którą właśnie chodzi, gdyż w niej przebiegają główne pnie naczyń chłonnych, odprowadzających limfę z powierzchni szyi macicznej.

W odpowiedzi kol. PRZEWOSKIEMU nadmienię winieniem, że przedewszystkiem staram się usunąć całkowicie raka, amputując szyję powyżej nacieczeń, że powierzchnię szyi po amputacji przypalam żegadłem PAQUELIN'a, a powtórne, że to nie jest dowiedzionem, aby komórki raka, rozsiane w tkance, były zaraźliwszymi

od tych, które stanowią podścielisko raka, które nie są w rozpadzie, lecz posiadają własności żywotne i są zdolne do zaszczepienia.

W odpowiedzi KRYSIŃSKIEMU, BORYSSOWICZ zaznacza, że krwotoku podczas operacji nie konstatował, gdyż po odluszczeniu szyi nakłada na nią przewiązkę, zaś przypalenie powierzchni rany za pomocą 5% roztworu chlorku cynku nie uważa za szkodliwe, gdyż rana ta goi się nie doraźnie, lecz przez ropienie; odkażenie więc takiej rany od posocznicowych lub nowotworowych zarazków zawsze jest korzystnem i nie może ułatwić rozwoju raka przez drażnienie. Roztwór 5% chlorku cynku mumifikuje powierzchnię rany oraz komórki raka, przylegające do tej powierzchni lub wtłoczone w nią podczas odluszczania na tępo pęcherza i prostopnie od szyi macicznej. B. dodaje, że przy stosowaniu podanych modyfikacji operacyjnych i stosowaniu chlorku cynku do odkażenia rany nie tylko nie spostrzegał u chorych podwyższenia się ciepłoty po operacji, lecz że tampony, wypełniające pochwę, nie wydawały gułnej woni przy wyjmowaniu ich na 9 lub 11 dzień po operacji.

(Autoreferat).

WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

39. Leczenie dyfterytu surowicą antydyfterytyczną¹⁾.

Przechodząc do przeglądu wyników, otrzymanych dotąd przy leczeniu dyfterytu surowicą specyficzną, produkowaną przez ARONSON'a, należy przede wszystkim zaznaczyć wystąpienie samego ARONSON'a na ostatnim międzynarodowym kongresie higieny i demografii w Buda-Peszcze.

ARONSON (*Semaine méd.* 1894. 51) używa surowicy koni immunizowanych. Od marca do końca lipca r. b. leczono tą surowicą 192 chorych, u których za pomocą badania bakteryologicznego wykazano niewątpliwe istnienie dyfterytu. Z liczby tej zmarło 14%. Jeżeli wszakże odliczymy tych chorych, którzy przybyli do szpitala w stania konania, to wypadnie, że na 169 chorych dyfterytycznych, leczonych surowicą specyficzną, zmarło 19, czyli, że otrzymano właściwie tylko 11,2% śmiertelności.

W tymże samym szpitalu w poprzednich latach procent śmiertelności przy dyfterytye przedstawiał się daleko wyższym: w 1891—32%; w 1892—35%; 1893—41%, a w 1894 od stycznia do marca 41%.

W ciągu 4½ miesięcy, podczas stosowania surowicy, tracheotomię trzeba było wykonać li tylko u tych dzieci, które przybyły do szpitala już z objawami tak wielkiego zwięzienia krtani, że niepodobna było zwlekać z operacją; u wszystkich innych zaś dzieci przez czas leczenia surowicą ani razu nie zaszła potrzeba wykonania tracheotomii.

¹⁾ Patrz: Gazeta Lekarska. N. 42, 43, 44 i 47.

Oprócz owej liczby 192 chorych, leczono jeszcze 82 w innych szpitalach; razem więc było przypadków dyfterytu, leczonego surowicą, 274 z odsetką śmiertelności 15,3%.

Wpływ surowicy na przebieg choroby odpowiada najzupełniej temu, jaki podał w swem obszernem sprawozdaniu D-r ROUX.

Co się tyczy immunizacji u ludzi, to ARONSON przytacza, że na 130 zdrowych dzieci, którym, z powodu panowania dyfterytu w danej rodzinie, prewencyjnie zastrzyknął jeden ctm. sześć. surowicy swoistej, tylko dwoje następnie zapadło na lekką formę dyfterytu.

Z oddziału prof. BAGINSKY'go posiadamy o wynikach leczenia dyfterytu surowicą ARONSON'a obszernie sprawozdanie, podane przez asystenta jego, D-ra KATZ'a (*Aus dem Kaiser-und Kaiserin Friedrich-Kinder-Krankenhaus. Zur Antitoxinbehandlung der Diphtherie. Berlin. klin. Wochen. 1894. 29.*)

Zaznaczyć tu należy, że ARONSON w swem sprawozdaniu, przedstawionem na kongresie, opierał się, między innemi, przeważnie na materyale klinicznym prof. BAGINSKY'ego.

Liczba dzieci chorych na dyfteryt [stwierdzony zawsze za pomocą badania bakteryologicznego] i leczonych wstrzykiwaniami surowicy swoistej wynosiła 128. Z tych zmarło 17; a zatem odsetka śmiertelności wynosi 13,2%, podczas gdy dawniej procent śmiertelności wahał się między 50% a 32%.

Z początku stosowano małe dawki surowicy: 3 — 5 ctm. sześć. Wkrótce wszakże, gdy przekonano się, że takie dawki są niewystarczające i że śmiało można używać daleko większych dawek, zaczęto stale wstrzykiwać 10—20 centymetrów sześciennych. Jeśli nie następowała wyraźna poprawa, to następnego dnia powtarzano wstrzykiwanie.

Przedewszystkiem KATZ wydatnie zaznacza, że na 128 przypadków ani razu nie spostrzegano, by wstrzykiwania surowicy wywołały jakieś szkodliwe następstwa. Zdarzały się wprawdzie przypadki zapalenia nerek, jednakże bynajmniej nie częściej, niż to dawniej bywało, gdy surowicy nie wstrzykiwano, a i przebieg owego zapalenia nerek i tym razem wcale niczem się nie różnił od dawniejszego. Przeciwnie, w kilku przypadkach można było otrzymać to wrażenie, że wstrzykiwania surowicy specyficznej wywierają pomyślny wpływ na przebieg cierpienia nerek. Przypadki te dotyczyły kilkorga dzieci, które wstąpiły do szpitala już z „ciężką albuminurią“ (*mit schwerer Albuminurie*). Po wstrzyknięciu surowicy własności moczu dziwnie szybko wydatnej uległy poprawie.

Czynność serca, pod wpływem wstrzykiwań surowicy, wogóle nie ulega żadnym szkodliwym zmianom, tyczy się to rytmu, wymiarów i tonów serca, oraz tętna. Zaburzenia ze strony serca w kilku przypadkach zależały raczej od samej sprawy chorobowej, a nie od surowicy, o czem zresztą później pomówimy, przytaczając osobiste zapytywanie się BAGINSKY'ego na daną kwestyę.

Raz jeden tylko na czwarty dzień po wstrzyknięciu powstał ropień podskórny, który usunięto zwykłym sposobem, a dziecko wyzdrowiało.

Na 128 przypadków spostrzegano u 9 chorych dzieci, po wstrzykiwaniach, wysypkę podobną albo do szkarlatyny, albo do odry, albo do pokrzywki.

Wysypka, której nigdy gorączka nie towarzyszyła, szybko znikała. Po wysypce wzmiankowanej ani razu nie spostrzegano łuszczenia.

Co się tyczy nalotów dyfterytycznych w gardle, to wydatnego wpływu surowicy tu nie spostrzegano. Bywały nawet przypadki, o których na pewno można było powiedzieć, że po wstrzyknięciu surowicy nalot się zwiększył, a liczba chorych, u których nalot pomimo wstrzykiwań przez kilka dni się utrzymywał, była dość dużą.

W każdym razie jedną okoliczność trzeba z naciskiem zaznaczyć, że ani razu nie spostrzegano, by podczas leczenia surowicą, dyfteryt przeszedł z gardła na krtani.

Dzieci, które poddano tracheotomii lub intubacji, przybyły do szpitala już z groźnem zwężeniem krtani, a więc już z wyraźnem wskazaniem do wzmiankowanych operacji.

Wpływu na obrzmienia gruczołów nie zauważono.

Wprawdzie niepodobna nic pewnego powiedzieć wogóle o „ożywczem działaniu“ surowicy specyficznej, jednakże to trzeba przyznać, że wiele dzieci na drugi dzień po wstrzyknięciu wyglądało daleko raźniej, aniżeli poprzedniego dnia. Pamiętać wszelako trzeba i o tem, że podobne zjawisko przy dyfterycie może występować i bez wpływu surowicy, ale, co prawda, zdarzało się to dawniej o wiele rzadziej, niż obecnie przy stosowaniu nowej metody.

Co się tyczy ciepłoty gorączkowej, to u wielkiej liczby chorych spostrzegano nagły spadek gorączki po wstrzyknięciu. Wprawdzie podobne nagłe spadki zdarzały się i dawniej bez użycia surowicy, jednakże godną uwagi jest ta okoliczność, że przy stosowaniu surowicy taki przebieg gorączki występował bez porównania częściej, niż poprzednio.

W wielu przypadkach surowica pozostawała zupełnie bez wpływu na gorączkę, a nawet u dwóch chorych po wstrzyknięciu zanotowano nagłe podwyższenie się gorączki, poczem dopiero szybko ciepłota ciała spadła do normy.

Odnośnie do czynności serca, to można ze spostrzeżeń Karz'a powiedzieć, co następuje. U chorych, którzy już przy wstąpieniu do szpitala okazywali bardzo słabą czynność serca, a mianowicie: tętno drobne, tony serca głuche, rytm uderzeń serca nieregularny — surowica swoistego, wydatnego wpływu pomyslnego nie wywierała.

Powikłania lub objawy następne występowały przy stosowaniu nowej metody leczniczej zupełnie takie same, jakie zwykle widywano dawniej przy używaniu innych środków leczniczych: brak odruchów rzepkowych spostrzegano w 4 przypadkach; paraliż podniebienia miękkiego cztery razy; porażenie akkomodacji raz; niemiarowość serca i rytm cwałowy dwa razy; w jednym przypadku paraliż *n. abducentis*; wreszcie raz niedowład (*paresis*) mięśni oddechowych. Wszystkie te jednak objawy chorobowe następne po pewnym czasie ustąpiły w zupełności.

Co się tyczy przyczyny śmierci, to i w tym względzie również nie zauważono różnicy, t. j. nic niezwykłego, czego by dawniej nie widywano przy dyfterycie. Na 17 przypadków śmierci najwięcej, dziesięć, przypada na krup [z tracheotomią] z następczem przejściem sprawy na oskrzela i tkankę płucną.

Czworo dzieci zmarło wskutek septycemii, a reszta wskutek osłabienia czynności serca.

W celu immunizacyjnym wstrzyknięto surowicę swoistą ARONSON'a 72 dzieciom. Z tych zachorowało następnie 8. Zaznaczyć wszakże tu należy, że początkowo stosowano zbyt małe dawki i że, bądź co bądź, ośmioro dzieci, które pomimo wstrzyknięcia immunizacyjnego zachorowało, przebyło bardzo lekką formę dyfterytu, podczas gdy rodzeństwo ich, które przedtem zapadło na dyfteryt, po większej części zmarło w następstwie bardzo ciężkiego dyfterytu.

Na zakończenie tego sprawozdania dodać trzeba, że D-r KARZ, który, o ile wnosić można z całej jego pracy wzmiankowanej, bynajmniej nie należy do entuzjastów, przyznaje wszelako: że ani razu nie widział, by wstrzykiwania surowicy wywoływały jakiebądź szkodliwe następstwa; że przeciwnie w wielu przypadkach można było wnioskować o pożytecznem działaniu rzeczzonego środka leczniczego; i że wreszcie najrozsądniejsze zestawienia statystyczne, które umyślnie porobił dla porównania dawniejszych wyników z obecnymi, przekonywają niewątpliwie o wyższości nowej metody leczniczej nad dawniejszemi.

Do sprawozdania swego asystenta, D-ra KARZ'a, dodaje prof. BAGINSKY (*Berlin. klinische Wochenschr.* 1894. 45. Str. 1025) swoje własne uwagi i uzupełnienia, z których pomieścimy tu tylko najważniejsze szczegóły.

Przedewszystkiem prof. BAGINSKY przypomina, że swoiste leczenie dyfterytu nie należy bynajmniej do pomysłów zupełnie nowych. Jeszcze w r. 1868 MASOTTO, Włoch, przeprowadził w celu leczniczym u ludzi szczepienia „materiałem dyfterytycznym“ (*diphtheritisches Material*): z 15 dzieci, w ten sposób leczonych, jedno zmarło. W r. 1871, również we Włoszech, niejaki BUBOLA w ten sam sposób leczył 29 dzieci chorych na dyfteryt i bardzo dobre wyniki otrzymał. Wkrótce jednak zupełnie zapomniano o tych nowych usiłowaniach terapeutycznych. Dopiero dzięki ostatnim badaniom bakteryologicznym swoiste leczenie dyfterytu weszło na szerokie tory.

Oprócz owych 128 przypadków dyfterytu, o których KARZ wspomina w swoim sprawozdaniu, leczono jeszcze 35 dzieci surowicą ARONSON'a. Z nich zmarło czworo, a mianowicie: jedno dziecko wskutek dyfterytu septycznego, jedno wskutek szkarlatyny powikłanej dyfterytem, a dwoje zaraz po wstąpieniu do oddziału [w 24—48 godzin] również w następstwie posocznicy.

Zebrawszy razem wszystkie przypadki, wypada, że na 163 dzieci zmarło 21, czyli 12,24%. Już samo porównanie tego wyniku z najlepszymi nawet wynikami poprzednimi [33%] bardzo przemawia na korzyść nowej metody leczniczej. Trzeba tylko pamiętać o tem, aby nie było przesady w wymaganiach naszych od nowego środka leczniczego, aby wprost nie szukano w nim jakiejś cudowności. Bywają przypadki, w których zmiany chorobowe w organizmie dochodzą do tego stopnia, że w ogóle niepodobna spodziewać się ratunku od żadnego środka; do takich np. należą bardzo ciężkie formy septyczne, zadawnione, krwotoczne i t. d..

Oprócz ogólnego lepszego wyniku, otrzymanego przy stosowaniu surowicy swoistej w dyfterycie, zwraca BAGINSKY uwagę jeszcze na trzy następujące okoliczności.

Popierwsze. Już dawniej wiadomo było powszechnie, że świeże przypadki dyfterytu, poddane zaraz z samego początku leczeniu, dawały rezultat pomyślniejszy, aniżeli przypadki nieco zadawnione. Z tego powodu prof. BAGINSKY trzyma się od dawna tej zasady, że wszystkie dzieci, należące do rodzin, w których jedno dziecko cierpi na dyfteryt, starannie i często się bada, a przy najpierwszem pojawieniu się u nich oznaki chorobowej poddaje się leczeniu. Otóż, w tych razach zwykle rezultaty otrzymywano względnie bardzo pomyślne, bo przeszło o 10% mniejszą śmiertelność; ale w każdym razie, nawet i takie warunki przestrzegając, tracono około 25% chorych. Przy stosowaniu zaś surowicy swoistej, jako środka leczniczego, z tej seryi dzieci nie stracono ani jednego chorego.

Powtóre. Zdarzało się dawniej, że dzieci, które przybyły do szpitala z dyfterytem gardła, zapadały następnie na dyfteryt krtani z ciężkimi objawami zwężenia. Przy stosowaniu surowicy ani jednego podobnego zdarzenia nie zanotowano.

Potrzenie. Wogóle trzeba przyznać, że dotąd nie spostrzegano szkodziwych następstw, o któreby z całą stanowczością można było winić zastosowaną surowicę leczniczą.

Ponieważ ten punkt szkodliwości surowicy leczniczej stanowi teraz główną broń przeciwników nowej metody; ponieważ nawet niektórzy z owych przeciwników bardzo niesłusznie w dowodzeniach swoich powołują się na prof. BAGINSKY'go, wrywając po kilka zdań z jego przemówienia: przeto dla uniknięcia wszelkiej wątpliwości i stronności pozwolimy sobie w tem miejscu cały odnośny ustęp dosłownie przytoczyć ¹⁾.

„Niepodobna mi wszakże zamilczeć, że śmiercią zakończyło się kilka przypadków takich, które, bądź co bądź, nie przybyły za późno do szpitala, a zwróciło moją uwagę to, że owe dzieci ginęły przy objawach porażenia serca. Właśnie wczoraj zmarło takie dziecko, a dzisiaj mogę przedstawić świeże preparaty. Dziecko to zmarło przy objawach ciężkiego porażenia serca; dziecko to atoli dość długo przebywało na kuracyi w szpitalu, a co najważniejsza— już podobno na trzeci dzień choroby poddane zostało leczeniu. W każdym razie był to niezmiernie ciężki przypadek dyfterytu z posokowatymi, mazistymi strzępami (*Pétzen*), które pokrywały całą gardziel. Oprócz tego, jak przekonanywa preparat przedstawiony, istniało i dyfterytyczne zapalenie żołądka (*gastritis diphtheritica*); jeszcze teraz widać resztki tego cierpienia, a mianowicie: krwotoczne przepojenie całej błony śluzowej żołądka, oraz masy dyfterytyczne na błonie śluzowej w okolicy wpustu żołądka. Obok tego znaleziono i gruzlicę dawnego pochodzenia, na dowód czego przedstawiam zserowaciałe, zielono-żółtawe gruczoły oskrzelowe; w śledzienie również widzimy oddzielne większe i mniejsze gruzelki prosówkowe. Muszę jednak zaznaczyć, że w tym przypadku wcale nie gruźlica była przyczyną śmierci. Śmierć nastąpiła przy

¹⁾ Dodać tu muszę, że przeciwnicy nowej metody leczniczej postąpili dotąd w ten sam sposób z pracami innych badaczy, jak np. KÖRTE'go, KARZ'a, przytaczając pojedyncze oderwane zdania, nie stanowiące bynajmniej przewodniej myśli danego autora.

typowych objawach porażenia serca. Jeszcze za życia skostatowaliśmy rozszerzenie serca, niemiarowość czynności serca i rytm cwałowy tonów serca. Dziecko to zatem przedstawiało typowe objawy ciężkiego zaburzenia czynności serca. Badanie drobnowidzowe mięśnia serca wykazuje, że ten jest po części woskowato zwyrodniałym, pozbawionym prążkowatości poprzecznej, a prócz tego nadzwyczaj kruchym. Mogę zatem powiedzieć, że w tym przypadku z całą pewnością śmierć nastąpiła wskutek tego właśnie zwyrodnienia mięśnia sercowego, które znamy jako właściwe dla dyfterytu. A zatem trzeba zaznaczyć, że pomimo zastosowania surowicy zawsze pozostanie pewna liczba przypadków, w których cierpienia serca występować będą w takim samym natężeniu, jak dawniej. Czy przypadkiem przy stosowaniu surowicy owe objawy ze strony serca nie będą nawet nieco częściej występować, niż dotąd, tego nie śmiem utrzymywać. Ale jedna okoliczność zwróciła moją uwagę: u pewnej liczby chorych dzieci słyszałem szmer skurczowy w sercu—właśnie w tym okresie, kiedy stosowano leczenie surowicą, gdy tymczasem zwykle owe szmery skurczowe, połączone ze wzmocnieniem drugiego tonu tętnicy płucnej i wskazujące na stan podrażnienia wsierdzia, dawniej, o ile przynajmniej mi się zdaje, nie tak często występowały. Ale, jeszcze raz powtarzam, tymczasowo znajduję się tylko pod wpływem takiego wrażenia, być jednak może, że w tym względzie rolę odgrywa tylko przypadkowość. W każdym razie to wydaje mi się pewnem, że nie należy się spodziewać, aby owe złośliwe objawy, które zależą od serca, mogły w każdym przypadku zostać usunięte za pomocą surowicy“.

„To tylko na pewno mogę powiedzieć, że nie ma żadnej zasady, aby nowej metody leczniczej nie stosować. Przeciwnie, wszystko przemawia za tem, że surowicę należy dalej stosować, a szczególnie w przypadkach wczesnych. Ale nawet i w dyfterycie daleko posuniętym surowica nie wywiera wpływu szkodliwego, a co do tych przypadków, w których obserwowałem nieprawidłowości ze strony serca, to z jednej strony należały one do bardzo rzadkich, z drugiej zaś strony, jeszcze raz to z wielkim naciskiem powtarzam, wcale nie mam pewności, czy wogóle zachodzi jaki związek pomiędzy owem zaburzeniem serca i zastosowaną surowicą“.

D-r SCHUELER (*Erfahrungen in der Praxis mit dem Aronson'schen Diphtherie-Antitoxin. Allgem. med. Central-Zeitung. 1894. 88*) podaje z praktyki prywatnej w Berlinie spostrzeżenia swoje, jakie poczynił nad działaniem surowicy ARONSON'a. Z powodu ciężkiej epidemii dyfterytu, panującej w północnej dzielnicy Berlina, w przytulisku dla dziewcząt zachorowało 12 dzieci na dyfteryt. Z owych 12 chorych dzieci, pomieszczonych zaraz w szpitalu, dwoje zmarło. Przytulisko wzmiankowane daje pomieszczenie 65 dziewczętom, mającym od 6 do 14 lat życia. Są to przeważnie dzieci biednych rodziców. W przytulisku dzieci przebywają od godziny 1-szej po południu do 7-mej wieczorem, t. j. od ukończenia lekcji w szkole do powrotu rodziców z roboty do domu.

Chcąc zapobiedz rozszerzeniu się epidemii, chore dzieci oddano do szpitala, pozostałym 53 zdrowym dzieciom wstrzyknięto w celu immunizacyjnym surowicę ARONSON'a, przytulisko zamknięto na dwa tygodnie, a wszystkie jego pokoje dokładnie wydezynfekowano.

Małym dzieciom wstrzyknięto jeden centymetr sześcienny surowicy, a starszym dwa centymetry sześciennie. Otóż, z wyjątkiem jednego, wszystkie dzieci pozostały zdrowi. Dziewczynka, która zachorowała pomimo szczepienia immunizacyjnego, przebyła bardzo lekką formę dyfterytu, tak, że w ciągu kilku dni wyzdrowiała zupełnie. Była ona siostrą jednej z wyżej wzmiankowanych dwóch chorych, zmarłych w szpitalu wskutek bardzo ciężkiego dyfterytu.

Dodać tu jeszcze trzeba, że pewna liczba dziewcząt immunizowanych przebywała w domu razem z rodzeństwem chorem na dyfteryt, gdyż izolacji niepodobna było przeprowadzić.

SCHUELER, zachęcony tym pomyślnym wynikiem, nigdzie w rodzinach, gdzie był dyfteryt i gdzie stosował leczenie surowicą, nie izolował zdrowych dzieci, ale immunizował je. Rodzin takich było 29, w każdej chorowało albo jedno albo dwoje dzieci. Immunizowano w tych rodzinach 36 dzieci zdrowych. Żadne z nich nie zapadło następnie na dyfteryt.

Pouczającym jest przypadek następujący. W pewnej rodzinie chorował na dyfteryt chłopiec dziesięcioletni, który przy leczeniu surowicą wyzdrowiał. Dwóm zdrowym dzieciom tej rodziny wstrzyknięto surowicę w celu immunizacyjnym; żadne z nich na dyfteryt nie zapadło. Rodzice przybyli już raz dyfteryt przed dwoma laty, zaraziwszy się od dziecka, które im zmarło na tę samą chorobę. Z tego powodu rodzicom nie wstrzyknięto teraz surowicy. Otóż, w ośm dni po zachorowaniu chłopca, zachorowała matka na typowy dyfteryt—ale z lekkim przebiegiem.

Surowicą specyficzną leczono 32 chorych na dyfteryt, który za każdym razem stwierdzono przez badanie bakteryologiczne. Wstrzykiwano zwykle 4—5 centymetrów sześciennych surowicy. Najczęściej ta jednorazowa dawka była wystarczającą. Powtarzano tę samą dawkę tylko wówczas, gdy ciepłota gorączkowa pozostawała wysoką, gdy stan ogólny się nie poprawiał, a szczególnie gdy naloty w gardle nie zmniejszały się. Większą część chorych SCHUELER rozpoczął leczyć w pierwszych dniach choroby.

Z owych 32 chorych zmarło jedno dziecko pięcioletnie. U dziecka tego leczenie rozpoczęto dopiero ósmego dnia choroby. Stan tego chorego był bardzo ciężki, a błony dyfterytyczne zajmowały w gardle bardzo duży obszar i były cuchnące.

U innych chorych—a były pomiędzy nimi przypadki bardzo ciężkie, jak tego dowodzą cztery historye chorób, przytoczone dla przykładu przez SCHUELER'a—bardzo szybko następowała poprawa, szczególnie odnośnie do stanu ogólnego i do gorączki.

Zaznaczyć tu należy, że ani u dzieci immunizowanych, ani u chorych, leczonych surowicą, SCHUELER nie widział żadnych szkodliwych następstw od wzmiankowanych wstrzyknięć.

W Towarzystwie Lekarskiem Monachijskiem prof. RANKE (*Munch. med. Woch.* 1894. 45) przedstawił wyniki, do jakich doszedł, stosując na klinice przeciwko dyfterytowi surowicę specyficzną ARONSON'a i BEHRING'a.

Statystyka, zebrana z lat siedmiu, wykazuje, że na dyfteryt umiera w ogóle około 49%, szczególności zaś u nieoperowanych odsetka śmiertelności wynosiła dotąd 26%, a u operowanych przeszło 65%.

W ostatnich miesiącach, właśnie przed samem rozpoczęciem stosowania surowicy, rezultaty, otrzymywane przy leczeniu dyfterytu, przedstawiały się nad wyraz smutnie. Na 64 chorych dzieci zmarło 43, a na 32 dzieci, u których wykonano intubację, zmarło aż 30.

Bezpośrednio potem zaczęto stosować surowicę i wyniki wyraźnie zmieniły się na lepsze. Od 24 września do 12 października leczono 9 dzieci surowicą ARONSON'a. Z owych dziewięciu bardzo ciężko chorych u 7 trzeba było wykonać intubację. Troje dzieci zmarło: z tych jedno wskutek bardzo ciężkiej posocznicy w 12 godzin po wstąpieniu do szpitala. Wogóle należy powiedzieć że w przypadkach z posocnicą surowica żadnego nie okazuje działania. Pięciu ciężko chorych wyzdrowiało po jednorazowym zastosowaniu dużej dawki surowicy, a dodać należy, że w przypadkach tych trzeba było wykonać intubację. Jeden przypadek względnie najlżejszy, ale z wyraźnem zwężeniem krtani, skończył się pomyślnie po zastosowaniu surowicy—bez tracheotomii i bez intubacji.

Od 14 do 28 października leczono 10 ciężko chorych dzieci surowicą BEHRING'a. Z tych zmarło jedno dziecko, które przybyło na czwarty dzień choroby w stanie bardzo ciężkiej posocznicy. U 3 dzieci trzeba było wykonać intubację; wszystkie wyzdrowiały. W przypadkach tych rurkę intubacyjną można było dosyć prędko wyjąć, u jednego np. dziecka już po 38 godzinach.

W wielkiej liczbie przypadków ciepłota gorączkowa nagle opadała do normy.

Prof. RANKE wyprowadza następujący ogólny wniosek: „Wyniki na moim oddziale dyfterytycznym uległy stanowczej poprawie od czasu, gdy zacząłem stosować środek leczniczy ARONSON'a lub BEHRING'a“.

Posłuchajmy jeszcze, co mówi D-r HILBERT z Królewca (*Die Resultate der in der Königl. medicinischen Universitäts-Poliklinik zu Königsberg ausgeführten Schutz- und Heil-Impfungen bei Diphtherie. Berlin. klin. Woch. 1894. 48*) o rezultatach, jakie otrzymał przy immunizowaniu i leczeniu surowicą ARONSON'a i BEHRING'a.

D-r HILBERT przedewszystkiem na mocy danych statystycznych, zebranych z poprzednich kilku lat, przekonywa, że w Królewcu wśród biednej sfery ludności przynajmniej 20%, t. j. piąta część chorych na dyfteryt, zawdzięcza swą chorobę zarażeniu się przez bezpośrednie zetknięcie się z chorymi dyfterytycznymi. Najczęściej ludzie tej klasy mieszczą się w szczupłych, przeludnionych mieszkaniach, tak, że o izolacji mowy być nie może, a dodać trzeba prócz tego, że ludzie tej kategorii zwykle bardzo późno szukają pomocy lekarskiej, wówczas, gdy w danem mieszkaniu już kilku osób zdążyło zapasć na dyfteryt; nie dziw zatem, że w takich warunkach wytwarzają się istne epidemie dyfterytu.

Otóż, chcąc się przekonać, czy można za pomocą immunizacji uchronić owe 20% od zarażenia się, wykonano w 25 domostwach 64 szczepień ochronnych albo surowicą ARONSON'a, albo BEHRING'a—mianowicie tylko wówczas,

gdy badanie tak kliniczne, jak i bakteryologiczne dowodziło, że u jednego z członków rodziny ma się do czynienia z istotnym dyfterytem.

Wstrzykiwania wszyscy znosili dobrze. Żadnego oddziaływania po tych szczepieniach nie spostrzegano, ani miejscowego, ani ogólnego. Troje dzieci już gorączkowało, gdy wykonano im wstrzykiwanie ochronne; jedno z nich miało ciepłotę ciała 39,2, a jak się następnie przekonano z przebiegu, było ono właściwie chore na tyfus brzuszny. Otóż, u tych dzieci gorączkujących nie spostrzegano żadnego wpływu surowicy na przebieg gorączki.

Ze wszystkich 64 osób, którym wykonano wzmiankowane szczepienia ochronne, zachorowało siedm na lekką formę dyfterytu i wszystkie wyzdrowiały. Dane zaś dawniejsze przekonują, że z tej kategorii osób, t. j. z tych, które z powodu dyfterytu w domu obserwowano, umierało zwykle około 28%. Dodać tu wreszcie trzeba, że z początku stosowano do celów immunizacyjnych zbyt małe dawki, które prawdopodobnie nie mogły zupełnie dany organizm uodpornić.

Co się tyczy leczenia dyfterytu surowicą, to można powiedzieć, co następuje. Lecząco tą metodą 11 dzieci. Wszystkie wyzdrowiały w ciągu 3—8 dni po wstrzyknięciu. Ani przełomowego spadku ciepłoty gorączkowej, ani nagłego ustąpienia innych objawów nie spostrzegano w żadnym przypadku. Zwykle dopiero na drugi dzień po wstrzyknięciu ciepłota gorączkowa zaczęła obniżać się w sposób powolny (*lysis*), a w kilka dni dochodziła do normy.

Nałot tylko w jednym przypadku przeniósł się—na drugi dzień po wstrzyknięciu surowicy—z jednego migdała na drugi. W innych przypadkach na drugi lub trzeci dzień po wstrzyknięciu nałot poczynął zmniejszać się, a czwartego lub piątego dnia znikał zupełnie, z wyjątkiem jednego przypadku, w którym jeszcze 8 dnia można było widzieć resztki nałotu.

W dwóch przypadkach silnego zwiężenia krtani nastąpiła wydatna poprawa pierwszego lub drugiego dnia, tak, że do operacyi, którą uważano za nieuniknioną, nie doszło.

Żadnych szkodliwych następstw od wstrzykiwań surowicy ani u dzieci immunizowanych, ani u leczonych surowicą nie widziano.

Z tego wszystkiego, co przytoczono, widać, że o wartości leczniczej surowicy ARONSON'a dotychczasowe spostrzeżenia wydają sąd bardzo pomyślny, a więc taki sam, jaki poznaliśmy, mówiąc o surowicy ROUX'a i BEHRING'a.

Pod względem dawki i częstotliwości stosowania w każdym oddzielnym przypadku dyfterytu—surowica ARONSON'a właściwie nie różni się od surowicy antydyfterytycznej ROUX'a i BEHRING'a. Pamiętać tylko należy o tem, że ARONSON [fabryka Schering'a]—podobnie jak i ROUX—produkuje surowicę zawsze jednej i tej samej siły immunizacyjnej, t. j. jeden gatunek, a wiemy już przecie skądinąd, że surowica BEHRING'a [fabryka w Höchst] w handlu bywa trojakiej siły immunizacyjnej: № I=600 ¹⁾, № II=1000

¹⁾ W ostatnich tygodniach BEHRING doniósł, że, prócz powyższych gatunków, będą wypuszczane flaszeczki z surowicą o 300 jednostkach immunizacyjnych—ale służyć one mają tylko do

i № III=15000—1600. Otóż, flaszeczka surowicy ARONSON'a, około 10 ctm. zawierająca, odpowiada zawsze mniej więcej surowicy BEHRING'a, oznaczanej № II, czyli: 10 centymetrów surowicy ARONSON'a=1000 jednostkom immunizacyjnym, według BEHRING'a.

Pamiętając o wzmiankowanej dopiero co różnicy objętościowej, jak również o owych ogólnych zasadach dawkowania leczniczego, które poznaliśmy już z poprzednich części niniejszej pracy, będzie można bardzo łatwo oznaczyć, ile na raz surowicy ARONSON'a i jak często wstrzykiwać trzeba w każdym poszczególnym przypadku, biorąc mianowicie pod uwagę czas trwania choroby, a szczególnie jej natężenie i przebieg.

W dalszym ciągu uzupełnimy niniejsze nasze sprawozdanie przytoczeniem spostrzeżeń, dowodzących, że w niektórych, zdaje się, wyjątkowych razach surowica antydifterytyczna wywołuje i działanie następce niepożądane. Na zakończenie zaś podamy sprawozdanie z prac laboratoryjnych, mogących w przyszłości zrobić ogromny przewrót w całej seroterapii; mamy tu szczególnie na myśli poszukiwania, dokonywane w pracowni prof. NENCKIEGO, w Petersburgu, a dążące do tego, by owe antytoksyny otrzymać w stanie odosobnionym.

Wiktor Grostern.

Wiadomości bieżące.

— WITZACH zaleca przy gruźlicy pęcherza kwas mleczny, który ma lepiej działać od sublimatu. Stosuje W. kwas mleczny miejscowo w roztworze 50/0. Z pomiędzy pięciu przypadków, w ten sposób leczonych, w trzech polepszenie było znaczne, w dwóch zaś mniej wyraźne (*Annal. d. Org. gen. Urin. pag. 124*). W innym referacie zaleca WITZACH stosowanie instylacji z kwasu mlecznego, dodając dla znieczulenia mleczan kokainy. W tym celu przyrządza rozczyn: *lactatis cocaini* 1 grm., *ac. lactici* 5 grm., *aqu. dest.* 5 grm.. Z tego naraz wstrzykuje jeden gram. (*Annal. d. Org. gen. Urin. pag. 525*). S.

— Jeszcze „z powodu nowej ustawy szpitalnej“.

W N-rze 47 Gazety Lekarskiej zamieszczony był artykuł pod powyższym tytułem, który wymaga wyjaśnienia. Wszelka ustawa, sama przez się, jest tylko rodzajem szkieletu, który w ciało przyoblec należy.

Materyału do tego celu dostarcza t. zw. Instrukcja, w którą każda ustawa bywa zaopatrywana. Podobną instrukcję, przedstawioną przez P. Ministra spraw wewnętrznych, i zatwierdzoną przez Senat Rządzący w d. 11 maja 1894 r., posiada i nowa ustawa szpitalna: instrukcja ta jest owym przewodnikiem przy urządzaniu szpitali, którym urządzający winni bezwzględnie się kierować. W świetle tej instrukcji ustawa zupełnie inaczej się przedstawia, i pytanie np. „co pojmuje ustawa przez oddział szpitalny?“ zyskuje odpowiedź zupełnie jasną. Jeden mianowicie z artykułów

celów immunizacyjnych, t. j. wówczas, gdy w domu chorego zechce się uchronić zdrowe otoczenie od zarażenia się dfterytem. Poprzednio BEHRING zalecał w celu immunizacji tylko 60 jednostek immunizacyjnych, t. j. dziesiątą część surowicy Nr. I. Obecnie, przekonawszy się, że taka surowica nie wystarcza do zupełnego nodporużenia, radzi w celu obronnym wstrzykiwać 150 jednostek immunizacyjnych, t. j. czwartą część surowicy Nr. I, albo połowę surowicy o 300 jednostkach immunizacyjnych. (*Deutsche med. Woch. 1894. 46*).

instrukcyi [31] opiewa: „Starsi lekarze, zarządzając oddziałami według swych specjalności“ i t. d.. Ustawa więc określa wyraźnie, że za oddział uważa pewną część szpitala, poświęconą leczeniu pewnej odrębnej grupy chorób. Łączenie więc specjalności w jeden oddział jest według brzmienia instrukcyi niedozwolone i to bardzo słusznie, albowiem zupełnie zgodnie z zasadniczymi pojęciami nowoczesnej medycyny. Jakkolwiek nie można zaprzeczyć, że dziedziny różnych działów nauki lekarskiej wkraczają wzajemnie w swe granice, jednakże trzeba wziąć pod rozwagę, iż pod nazwą specjalności rozumie się wprawą, nabytą przez doświadczenie w badaniu pewnych organów, w wykonywaniu pewnych rękoczynów i ciągle śledzenie postępu i rozwoju danej gałęzi. Ze w podziale szpitala na oddziały prawodawca miał na myśli rozdział chorych ze względu na ich cierpienia, należące do różnych, uznanych i rozwiniętych w medycynie t. z. specjalności lekarskich i to ze względu na dobro przedewszystkiem samychże chorych, najlepszy dowód stanowią artykuły 32 i 33 instrukcyi, które żądają od starszego lekarza oddziału kierowania młodszymi i salowymi lekarzami, czynią go ich doradcą [konsultantem], wkładają nań obowiązek zaznajamiania ich z najnowszymi sposobami badania, z najnowszymi odkryciami i udoskonaleniami nauki lekarskiej. Wszak nie byłoby to w interesie chorych, aby specjalista chirurg kierował rękoczynami akuszerza, okulisty, otyatry — albo aby najwyborniejszy specjalista chorób piersiowych kierował traktowaniem chorych nerwowych.

Prawodawcę nie wolno nawet posądzać o takie nieznanstwo dzisiejszego stanu medycyny, iż mógłby przypuszczać, że w osobie starszego lekarza znaleźć się może człowiek, któryby opanował wszystkimi specjalnościami wiedzy lekarskiej, tak dziś rozległej i różnorodnej. Z drugiej strony nie można przypuścić, aby prawodawca pragnął, aby np. okulista lub akuszer choćby był najbieglejszym w swojej specjalności, choćby był powagą powszechnie znaną — przez to samo miał być tylko młodszym lekarzem, że jest okulistą lub akuszerem, a nie chirurgiem, i że dla tego tylko, że jest okulistą, akuszerem lub otyatrą, musi być podporządkowany chirurgowi i słuchać jego niefachowych rad. Trudno przypuścić, aby na mocy jakiegokolwiek ustawy szpitalnej GRAEFE, SCHROEDER lub POLITZER mieli być młodszymi lekarzami i podwładnymi niejako BERGMAN'owi, dla tego tylko, że się zajmują okiem, uchem lub częściami płciowemi — gdy tamten zajmuje się wprawdzie obszerniejszym zakresem organów, ale za to mniej skomplikowanych — i gdy tamten przedewszystkiem nie zna się względnie wcale na okulistyce, otyatri i akuszeryi.

O żądaniu przez ustawę urządzania oddziałów wedle specjalności lekarskich przekonywa właśnie art. 37 instrukcyi, żądający, aby starszy lekarz oddziału chirurgicznego dokonywał sam osobiście wszystkich operacyi, albo też powierzał je któremu z młodszych lekarzy pod swym bezpośrednim dozorem. Otóż, jeżeli do oddziału tego przyłączyć inne specjalności, jak np. oftalmologię, akuszeryę, laryngologię, otyatrię i t. d., to jest te specjalności, w których bardzo często do operacyi uciekać się potrzeba, to zachodzi pytanie: czy starszy lekarz, będący przypuszczalnie znakomitym chirurgiem, odważyłby się na uskutecznienie operacyi zaćmy, zrobienie obrotu, wycięcie polipa na strunie głosowej, a choćby nawet na *punctio* błony bębenkowej? Z pewnością na pytanie to przecząco odpowiedzieć można, gdyż brak tu będzie wprawy, doświadczenia, a przedewszystkiem znajomości przedmiotu; również bez znaczenia będzie obecność jego i dozór, gdy powierzy wykonanie operacyi młodszemu lekarzowi.

Jako jeszcze jeden dowód, że ustawa i instrukcja żądają specjalizacyi, służyć może i to, że w obydwóch nigdzie nie ma najlżejszej wzmianki, ile każdy oddział posiadać winien łóżek. I jest to bardzo słusznem. Rozumie się, że są oddziały t. zw. ogólne: wewnętrzne i chirurgiczne, które w szpitalu posiadać winny największą ilość łóżek, inne nie potrzebują być tak dużymi — posiadać mogą kilkanaście, a nawet kilka tylko łóżek, a już oddział odpowiada swemu celowi, a zarówno z ducha ustawy i instrukcyi, jak i w interesie chorych wymagana jest dla takiego nawet oddziału sa-

moistność. Dalej instrukcja w art. 38 naznacza lekarzom ilość chorych w słowach: „pod opiekę lekarzowi nie należy powierzać więcej niż czterdziestu chorych“ i bardzo słusznie. Więcej lekarzowi chorych powierzyć nie można, jest to *maximum* zakreślone ustawą; ale nie wynika z tego, aby każdy lekarz, ewentualnie każdy oddział musiał mieć 40-tu chorych. Liczba ta chorych postanowioną jest dla oddziałów ogólnych, w których liczba łóżek jest znaczną i to, z jednej strony, w celu nie przeciążania lekarza pracą, z drugiej zaś strony ma na względzie pożytek i lepszą opiekę dla chorych. Wiadomo z doświadczenia, że lekarz specjalista, mający kilkanaście chorych, sumiennie się nimi zajmując, przesiaduje po 3 i 4 godziny w szpitalu; a nie robi tego z widoków materialnych, gdyż wiadomo, jak licho lekarze są uposażeni, a t. zw. nadetatowi żadnego wynagrodzenia nie pobierają, lecz czynią to z zamiłowania do swej specjalności, w celu ulżenia doli swych bliźnich i wzbogacenia swej wiedzy.

Gdyby lekarze wybitni, zajmujący się uznanem w sztuce lekarskiej specjalnościami, zmuszeni byli — wyrzec się swojej samoistości naukowej i moralnej, a poddać się lekarzowi „starszemu“ nieuprawiającemu ich specjalności, a w swojej nie więcej, ale nieraz może i mniej wybitnemu od nich, doprowadziłoby to do tego, że pierwsi zrzec by się musieli swego współpracownictwa w szpitalach, co by wyszło bezspornie na niekorzyść i samych szpitali i chorych i sztuki lekarskiej krajowej wogóle.

Każda nowowprowadzona ustawa ma na celu usunięcie wad ustawy poprzedniej i rozwinięcie, a nie burzenie tego, co się w tej ostatniej dobrego znajduje. Dlatego przy wprowadzeniu trzeba ją dobrze zrozumieć i zastanowić się i porównać z poprzednio obowiązującą ustawą, aby myśl, powodująca prawodawcę do nadania takowej, nie była spaczona. Sądzę, że niemożliwem jest, aby władza, wprowadzająca u nas nową ustawę, trzymać się mogła innego poglądu, jak powyższy, gdyż inaczej postąpiłaby wbrew wyraźnym przepisom, zawartym w ustawie i instrukcyi do niej. X. X.

— Wyszedł z druku Nr. 71 „Odczytów klinicznych“; zawiera on spolszczenie pracy D-ra LEGUEU „O chirurgicznem leczeniu gruźliczego zapalenia otrzewnej“.

— W d. 24 listopada r. b. obchodzono uroczystie w Insbruku 25-letnią rocznicę założenia w stolicy Tyrolu wydziału lekarskiego.

— Zmarł w Warszawie w 90 r. życia D-r JAN DUDREWICZ, jubilat.

Od Wydawcy.

„Gazeta Lekarska“ wychodzić będzie w ciągu roku 1895 według tego samego programu i na tych samych warunkach, co i w roku ubiegłym.

Dla uniknięcia zwłoki w przesyłce pisma uprasza się o wczesne przysyłanie przedpłaty i o dokładne zawiadomienie o wszelkiej zmianie adresu.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają w opłaceniu przedpłaty za rok przeszły, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunków.

W r. 1895 wychodzić będą w dalszym ciągu „Odczyty kliniczne“. Cena prenumeracyjna na cały rok wynosi rs. trzy. Upraszamy Szanownych Kolegów o wczesne nadsyłanie prenumeraty.

Pp. prenumeratorów, którzy zalegają z opłatą zeszłoroczną, uprasza się o rychłe uregulowanie rachunku.

Do dzisiejszego N ru Gazety Lekarskiej dołącza się rysunek do pracy ANT. LEŚNIEWSKIEGO, p. t.: „*Ilydops inflammatorius autri Highmori*“, pomieszczonej w N-rze 46 Gaz. Lek. 1894 r.

Wydawca, D-r St. Kondratowicz.

Redaktor odpowiedzialny, D-r Wł. Gajkiewicz.

Дозволено Цензурою, Варшава 8 Декабря 1894 г.

Друк K. Kowalewskiego, Mazowiecka 8.