

# Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

---

---

## I. Kąpiele słoneczno-powietrzne.

(Badania doświadczalne z zakładu w Czarnieckiej Górze).

NAPISAL

**D-r W. Miklaszewski.**

(*Ciąg dalszy*).

Widzimy zatem, że, o ile krótkotrwały zabieg gorący przy umiejętnem zastosowaniu może wyrzucić dodatni wpływ na zdrowy i chory ustrój, jako bodziec, zmieniający krążenie w narządzie, o tyle długotrwałe, zwłaszcza stałe rozprężanie skóry sprowadza tylko niepożądane następstwa, zmniejszając sprawność i żywotność całego ustroju. Godzi się tu jeszcze zauważyć, że im więcej się przedsięwzięje, żeby powiew świeżego powietrza nie przedostał się wypadkiem pod ubranie, tem skóra staje się bardziej rozpieszczona i wrażliwa i tem większy wpływ na przekrwienie trzewiów wywiera nieuniknione stykanie się z chłodniejszym powietrzem. I, chociaż utarte i powszechne sprowadzanie przyczyny chorób do przeziębienia stanowi stek iście średniowiecznych poglądów i przesądów, konserwowanych, jako prawdziwe bogactwo narodowe, jednak nie ulega wątpliwości, że częste przekrwienie trzewiów skutkiem nieuniknionych ochłódzeń nadmiernie rozdelikaczonej skóry może odbijać się ujemnie na zdrowiu tych, którzy ubierają się stale zbyt ciepło.

Podkreślam raz jeszcze te ostatnie słowa. Nie przeziębień, lecz zaburzeń w czynności narządów wewnętrznych mają słuszność obawiać się, i to nie ci, którzy odziewają się lekko, lecz jedynie zwolennicy ciepłego ubrania. Pewno potwierdzi to niejeden krytyczny lekarz.

Nie mogę na tem miejscu pominąć sprawy t. zw. koszulek, w które koledzy starej daty ubierali i ubierają po dziś dzień chorych; zwrot do ściągania tych rozsadników brudu i rozprażania skóry, który zaczął się wśród lekarzy mojego pokolenia w ostatnich dwóch dziesiątkach lat, jest dotychczas nieśmiały, połowiczny, godzi się z t. zw. siatkami (tkanina z dużymi otworami), które mają zabezpieczać od przylegania przepoconej bielizny do ciała, chociaż prosty rozsądek powinienby wskazać, że należy przedewszystkiem zapobiedz sztucznemu wywoływaniu potu, a chyba tylko u chorobliwie skłonnych do pocenia się uczynić tę dolegliwość mniej przykrą. A trzeba pamiętać, że właśnie chorzy z t. zw. słabemi płucami, czyli suchotnicy w rozmaitych okresach choroby, są nie tylko nie powstrzymywani, lecz nawet skłaniani do noszenia koszulek i majtek wełnianych na gołym ciele, jakgdyby ich chorobliwa skłonność do potów nie powinna być raczej powstrzymana, a nie podtrzymywane sztucznie. Utarte i bezkrytycznie powtarzane zdanie, że «koszulka zabezpiecza od potu i zaziębień», stanowi zupełną równoleżnię do zdań o gorsetach, którymi żadna kobieta się «nie ściska».

Badania lekarskie ostatnich czasów wskazują cały szereg cierpień, będących w związku z użyciem gorsetu (np. przesnurowanie wątroby, opuszczenie trzewiów, zastoje w jamie brzusznej i t. p.); a o stronach ujemnych używania koszulek dotychczas jakoś głucho w medycynie; czasem tylko odezwie się przeciw nim jaki głos laika. Ale za to jest zupełnie zrozumiałe, że każdy zwolennik rozprażania w rozmaitych koszulkach, barchankach, flanelkach, mitynkach, watówkach i innych przyodziewkach, które utrudniają lub uniemożliwiają dostęp powietrza i światła do skóry, że są oni przeciwnikami zabiegów słoneczno-powietrznych.

Kończąc ten rozdział, muszę wspomnieć jeszcze w paru słowach o naszym obuwiu, które nie czyni bynajmniej zadość wymaganiom higieny co do przewietrzania stóp i nóg. Tradycyjnie przekazana naszym pokoleniom przestroga przodków: «trzymaj głowę chłodno, nogi ciepło i strzeż się lekarzy»,

jest wykonywana z największą ścisłością i wiarą w jej nieomylność przedewszystkiem właśnie w stosunku do kończyn dolnych, które powinnyby mieć najlepsze warunki higieniczne, ponieważ pełnią najbardziej niewolniczą czynność — dźwigania całego ustroju. Zważywszy, że są to członki najbardziej oddalone od serca, skutkiem czego odpływ krwi żyłnej jest trudniejszy, niż z innych narządów, zwłaszcza przy staniu i chodzeniu, należałoby zapewnić nogom takie warunki przewiewu, żeby się rozprażały jaknajmniej dla uniknięcia zastojów krwi. Wiemy bowiem, że przy wszelkich niedomogach serca zastój krwi uwydatnia się przedewszystkiem na kończynach dolnych w postaci obrzęku, który zjawia się i przy rozmaitych cierpieniach miejscowych, utrudniających każenie, np. stopa płaska, żylaki, a nawet silny ucisk obuwia, pończoch, podwiązek.

Mając powyższe na uwadze, należałoby zerwać z piękną tradycją lepszych czasów trzymania nóg ciepło, i zabezpieczyć je, żeby się zbyt nie rozgrzewały, nie pocily, nie rozprażały i nie macerowały w pocie, co wszystko prowadzi nie tylko do przekrwienia zastoinowego i rozpierzchnienia tkanek, lecz ma jeszcze i znaczenie ogólne dla zdrowia całego ustroju. Nie bez słusności bowiem ostrzegają zwolennicy ciepłego trzymania nóg przed ich ochłodzeniem gwałtownem, przemoczeniem, przed chodzeniem po podłodze kamiennej, lub boso po posadzce. Wszystkie te «nieostrożności» narażają «lekkomyślnych na katary, kaszle, bóle gardła, reumatyzm» i inne podobne okropności, nie wyłączając takich chorób, jak «zapalenie płuc, lub róża». I w rzeczy samej nie ulega wątpliwości, że wydelikacenie stóp może być posunięte tak daleko, iż wszelkie ich ochładzanie sprowadza bardzo silny skurcz naczyń krwionośnych w kończynach dolnych i znaczny przypływ krwi do trzewiów, które mogą przy pewnej skłonności do zapaleń stać się ich środowiskiem. Ale trzeba to dobrze rozumieć, że przyczyną choroby nie jest tu przemoczenie lub ochłodzenie nóg, lecz ich wydelikacenie przez stałe rozprażanie; zaś szkodliwość, będące powodem (nie przyczyną!) choroby, stanowią zarazem dowód, że osobnik, który im podlega, jest wydelikacowany, pozbawiony odporności przez niewłaściwe pielęgnowanie ciała.

Uwzględnijmy tylko masowe doświadczenia fizyologiczne, jakich przedmiotem jest nasz boso, nagi lud, używający obuwia prawie wyłącznie w dni świąteczne, żeby przedstawić się

godziwie Panu zastępów w kościele. Kobieta ze stanu chłopskiego stoi całymi godzinami w wodzie po kolana nawet podczas mrozów i pierze kołatką białą i szmaty; parobek chodzi boso po śniegu, wyrąbuje przeręble na rzece i stawie, a jeśli nawet spełnia te czynności w długich butach, to tem gorzej dla niego, bo obuwie przesiąka topniejącym śniegiem. Ci ciemni ludzie nie wiedzą widocznie o przekazaniu z świętej przeszłości przykazaniu: «trzymać nogi ciepło!» Coprawda, nasze wysoce demokratyczne (!) społeczeństwo nie znosi porównania z «prostactwem», które, «oczywiście, musi mieć inną skórę i inne nerwy, jeżeli wytrzymuje takie ryzykowne próby». Jednak prawa przyrody, wyższe i niezależniejsze od praw ludzkich, przechodzą do porządku nad uroszczeniami stanu uprzywilejowanego i zmuszają myśliciela niezależnego do wniosku, że każdy, zarówno błękitno-krwisty, jak i najgorzej urodzony mogą się uodpornić na wpływy powietrza i światła, o ile nie rozdelikacją zbyt swą skóry, w szczególności zaś kończyn dolnych.

Zwrot do chodzenia boso lub przynajmniej nie osłanianie zbyt ciepło stóp wyszedł od laików i od zwolenników przyrodolecznictwa. Nauka lekarska zachowała się dotychczas powściągliwie w stosunku do tego ruchu, który: zdołał wytworzyć już całe kluby i związki pod hasłem: bosych nóg i odsłoniętej głowy. Do praktyki lekarskiej przedostawały się te zabiegi higieniczne nieśmiało, początkowo w postaci obnażania łydek u dzieci (skarpetki zamiast pończoch), potem jako zastąpienie bucików przez pantofle i sandały, a wreszcie — przyjmuje się zwyczaj noszenia w lecie samych tylko sandałów lub trepek... Ale z tego przywileju przewietrzania nóg korzysta dotąd tylko garść dzieci, na zachętę dorosłych do dopuszczania ich stóp do powietrza i słońca zdobyło się niewielu lekarzy w zakładach przyrodoleczniczych. Jednym z pierwszych był nieodżałowanej pamięci d-r L a h m a n.

Zdaje się, że względy mody, przyzwoitości, estetyki, pięknych form i inne podobne drogowskazy naszego współczesnego życia powstrzymują lekarzy od zastanowienia się, że na tej drodze możnaby dać prawdziwą ulgę niejednemu cierpiącemu i niejednego zabezpieczyć od choroby i rozdelikacenia. Pomijając całą dziedzinę hartowania, uodporniania, wspomnę chociażby o takiej dolegliwości, jak pocenie się nóg: czy zamiast rozmaitych zabiegów i leków, które są ostatecznie mało sku-

teczne, nie byłoby rzeczą najprostszą pozwolić potowi ulatniać się z odsłoniętej stopy, zamiast go pochłaniać przez rozmaite talki, galmaniny itp., wywierające pewien wpływ na skórę?

Nie czynię jednak zarzutu z tego zaniechania racjonalnej metody nikomu z kolegów; pamiętam bowiem dokładnie, jak się czuło wzrok otoczenia na własnych bosych stopach, obutych w treпки, zanim garść zachęconych kuracuszów nie poszła za moim przykładem. Prędko jednak oczy oswoiły się tak z tym widokiem, a chory tak się czuł dobrze w trepkach, że nawet panie, dbałe o swój wygląd, zaczęły nosić ten rodzaj obuwia. Korzyści tych trepek zaznaczyły się nader prędko, pomijając bowiem przyjemne odczuwanie chłodu, tak nieocenione w porze upalnej, wielu chorych pozbyło się przykrego pocenia nóg, którego nie mogli usunąć dotychczas żadnymi sposobami; a, co najważniejsza, dużo dolegliwości nerwowych, np. bóle głowy, bicia serca, drętwienia itp. oraz skłonność do kataru i kaszlu zmniejszyła się bardzo szybko. Współcześnie skóra na stopach ogorzała nie gorzej, niż na twarzy.

Treпки, sporządzane przez miejscowego szewca podług moich wskazówek, są podeszwami skórczanemi, o zarysach, ściśle odpowiadających zarysom stopy (palce nie uciśnięte!!); tylna część podeszwy jest zaopatrzona w obcas i przyszwę, jak w płytkim pantoflu, od której idzie do grzbietu stopy rzemynek, zapinany z boku na sprzączkę. W przedniej części trepek są ukośne kapki skórczane, osłaniające palce od zetknięcia z twardymi i ostrymi przedmiotami i utrzymujące podeszew przy stopie. Pośrodku podeszwy przechodzi jeszcze jeden rzemyk w postaci półkola, obejmującego środek stopy. W ostatnich czasach zaprowadziłem jeszcze jedno ulepszenie: niską przyszwę skórczaną wzdłuż całej podeszwy, która zabezpiecza treпки od ciągłego napelniania się paskiem, igłami z drzew, które trzeba było ciągle wytrząsać z trepek dawniejszego wzoru. W ten sposób treпки przedstawiają się w postaci płytkich pantofli, przystosowanych ściśle do nogi, której nie powinny nigdzie uciskać.

(C. d. n.).

## II. ODCINEK.

ZAPISKI DO DZIEJÓW SZPITALNICTWA  
W DAWNEJ POLSCE.

ZEBRAŁ

Fr. GIEDROYĆ.

*(Ciąg dalszy).***Kołomyja.**

**37.** Confirmatio foundationis Hospitalis in oppido Colomia.

Szpital założyli mieszczanie w roku 1486, oddając na jego utrzymanie plac, ogrody, sadzawkę oraz dochody z domu miejskiego i jatki. Obecnie król potwierdza darowiznę „quandoquidem eiusmodi erectiones absque consensu regio validae esse non possunt”.

Varsav. d. 17 m. Maii  
An. 1607.

Metr. Reg. Lb.  
151, fl. 175.

**Korczyn (NM).**

**38.** Consensus in donacionem certorum agrorum hospitali in noua ciuitate Korczin Generoso Andreae Gnoienski datus.

Andreas Gnoienski Burgrabius Cracoviensis et Capitaneus Novae Civitatis Korczin daje szpitalowi grunt („certos agros”), leżący przy kościele parafjalnym w Korczynie, król zaś daje pół włóki roli (in villa deserta Vczieszkow) tudzież prawo wyrębu drzewa z lasów starościńskich na potrzeby szpitala.

Cracoviae, feria sexta infra octauas  
Corporis Christi, An. 1549.

Metr. Reg. Lb. 77,  
fl. 4 v.

Cracoviae, feria quinta ante festum Mariae Magdalenaе proxima, An. 1549.

Ibid. Lb 77,  
fl. 78 v.

**39.** Scultetia in Gorna Wolia incorporatur hospitali novae civitatis Korczyn.

Ofiarował Stanisław Gnojeński „de magna Prasek”. W roku 1580 król zezwala szpitalowi wypuścić w dzierżawę.

Varsaviae, d. 2 Februar.  
An. 1579.

Metr. Reg. Lb. 119, fl. 76.  
Ibid. Lb. 123, fl. 329 v.

40. Consensus redimend. molendinum prope novem civitatem Corczyn pro usu hospitalis Corczynensis.

Z pieniędzy, pozostawionych na szpital przez Krzysztofa Gnońskiego (v. Gnojeńskiego), *Kozak* zwanego, król rozkazuje kupić młyn w Korczynie in fluvio Czarturia dicto i dochód z niego obrać na potrzeby szpitalne.

Varsaviae, d. 2 Februarij,  
An. 1579.

Metr. Reg. Lb. 119,  
fl. 77.

41. Duo lanei agri in villa Gorna Wolia hospitali Korczynensi conferuntur.

Król Zygmunt daje szpitalowi rolę oraz zwraca mu prawo pobierania dochodów z młyna w Korczynie. Dochód ten dawniej należał do szpitala, później zaś przeszedł na starostwo i króla przez nieuwagę i niedbalstwo prowizorów.

Varsaviae, d. 26 Januar.  
An. 1601.

Metr. Reg. Lb. 147, fl. 3 v.

42. Incorporatio Advocatiae in villa Gorna Wolia Hospitali Korczynensi.

Dochody z wójtostwa mają iść na szpital.

Varsaviae, d. 13 Martii, An. 1601.

Metr. Reg. Lb. 147, fl. 66.

43. Confirmatio litterarum ratione pensionis septimanalis pro hospitali Novae Civitatis Korczyn assignt.

Król Kazimierz wyznaczył szpitalowi 66 groszy pensyi tygodniowo z dochodów ze starostwa. Ponieważ przywilej króla Kazimierza spalił się, król Zygmunt III wydał nowy.

Varsaviae, d. 11 m. Septembris,  
An. 1623.

Metr. Reg. Lb. 169,  
fl. 265.

44. „Lustracya Małopolska“ w r. 1627 zapisuje: „Nowe Miasto Korczyn. Szpital. Dawano szpitalowi Kościoła Parochialnego przy Korczynie na każdy tydzień chleba par 12. Piwa na tydzień miar 5. A na Boże Narodzenie, Wielką noc y na Świątki dawano Legumina iako y do klasztoru S. Franciszka. Ale isz szpital trzecią miarę z Młyna bierze na każdy rok, tedy sie tey Prouisiey nie kładzie“.

Lustracye, ks. 33, str. 55 v.

#### Kościán.

45. Consensus emendi areas pro constituendo et erigendo hospitali pauperum in civitate Costensi Magnifico Petro Opalinski Castellano Gnesnensi datus.

Szpital ma stanąć w mieście lub za miastem, na utrzymanie

zaś ubogich ma pobierać czynsz od 1000 zł., zahipotekowanych na dobrach ziemskich.

Cracoviae, feria quarta in vigilia  
Corporis Christi, An. 1546.

Metr. Reg. Lb. 70,  
fl. 583 v.

**46.** Consensus coemendi bona qualiacunque pro usu et sustentatione hospitalis pauperum in Civitate Costensi Magnifico Petro Opalinski Castel. Gnesnensi datus.

Za 600 florenów.

Cracoviae, feria quarta in vigilia  
Corporis Christi, An. 1546.

Metr. Reg. Lb. 70,  
fl. 584 v.

### Kraków.

**47.** Census in Zuppis Bochnen.

Spytek z Tarnowa, wojewoda sandomierski, miał na żupach co tydzień kopę groszy czynszu. Czynsz ten odkupiła od niego za 1000 kop groszy i oddała szpitalowi św Jadwigi dla ubogich i proboszcza Elżbieta Regina, matka Jana Granowskiego.

Cracoviae, feria sexta post festum  
Sti Stanislai, An. 1450.

Metr. Reg. Lb.  
98, fl. 45 v.

**48.** Donatio XVI tennarum salis Hospitali Crac. Sti Spiritus ad beneplacitum. (Treść w tytule).

Cracoviae, Sabbato Magno  
An. Dn. 1508.

Metr. Reg. Lb. 24,  
fl. 11 v.

**49.** Recognitio debiti duorum Millium pro hospitali Sanctae Hedvigis Cracovien.

Na potrzeby rzeczypospolitej szpital daje 2000 florenów. Król obiecuje zwrócić dług za rok.

Dat. in Conventu generali Pytrovien.  
feria tertia post festum Circumcisionis  
Dni. An. 1526.

Metr. Reg. Lb. 39,  
fl. 594.  
(C. d. n.).

## III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

### I. Chirurgia.

52. Dr Hermann Löhrer (Giessen). **Przyczynek do leczenia przykurczeń histerycznych za pomocą znieczuleń rdzenia.** (Münch. med. Wochenschr. N-r 32, 1906).



Spostrzeżenie niniejsze autor podaje, jako przyczynek do głósnej metody Wilms'a, przyczem wynik był w danym razie świetniejszym jeszcze, niż u twórcy zabiegu, osiągnięto bowiem najzupełniejszą restitutio ad integrum; pacjentka na skutek takiego rezultatu utraciła przyznaną jej już tytułem odszkodowania rentę.

23-letnia wieśniaczka, budowy mocnej, podczas robót w polu uklęła się widłami w stopę prawą. Na teźże ktoś wykonywał dwa cięcia, wypuszczał ropę podobno i t. d. Zwolna wytworzyło się potem nieprawidłowe ustawienie stopy; chorą wprowadzono do szpitala na noszach. Podczas badania przekonano się przedewszystkiem, że zaniku mięśni na chorej kończynie niema zupełnie, również obrzęku stóp i stawów. Odruchy rzepekki po obu stronach — osłabione nieco. Na grzbiecie prawej stopy, pomiędzy pierwszą i drugą kością śródstopia stwierdza się ruchomą w swem podłożu, umiarkowanie wrażliwą na ucisk, bliznę. Ustawienie stopy przypomina pes equino-varus, brzeg jej wewnętrzny wywrócony (supinatio) wyraźnie, zewnętrzny — patrzy ku dołowi. Gdy chora stąpa, dotyka wówczas ziemi zaledwie przednią częścią brzegu zewnętrznego stopy; oba paluchy — w lekkim zgięciu grzbietowem. W położeniu spokojnem wyczuwa się bardzo wyraźnie przykurczenie mięśnia piszczelowego przedniego i długiego wyprostnego palucha, w mniejszym już stopniu — długiego wyprostnego palców. Zwiótczalymi mięśniami strzałkowymi pacjentka nieco porusza przy sposobności. Ruchomość w stawie golenia-stopowym wydaje się prawidłową, badanie za pomocą promieni Röntgen'a nie wykrywa zbroceń.

Chora oświadcza zgóry, że nawrót stopy (pronatio) jest dla niej niemożliwym stanowczo, pomimo to autorowi udało się raz jeden, omyliwszy czujność, otrzymać takie ustawienie bez większego wysiłku. Pacjentka jednak spostrzegła się zaraz i przykurczyła mięśnie. Przemocą, zresztą, udawało się zawsze dokonać pronacji stopy, czemu towarzyszyły stale okrzyki bólu i mocny opór; podczas wykonywania rękoczynu nie usłyszano nigdy, ani wyczuło trzeszczenia, co przemawiałoby za jakimkolwiek uszkodzeniem podskórnem.

Wobec zdradzanego przez kobietę lęku próby chodzenia kończyły się zawsze sromotnem fiaskiem; chora podupadła nadto zupełnie na duchu, płaczom i narzekaniom nie było końca. Histeryczne podłoże całej sprawy zarysowywało się też coraz wyraźniej, postanowiono więc chorą przekonać naocznie, że nieprawidłowe ustawienie stopy da się usunąć bez bólu i bezpowrotnie. Demonstracya taka udać się mogła najlepiej po zastosowaniu metody prof.

Wilms'a — znieczulenie lędźwiowe stowainą — przyczem uprzedzono pacjentkę, że zastrzyknie się jej takie lekarstwo, od którego (porażenie lędźwiowe) choroba przeminie odrazu. Manewr powiódł się w zupełności. Celem utrwalenia powrotu do normy, na przeciąg niemal czterech tygodni nałożono na kończybę opatrunek z gipsu, po usunięciu którego stopa stała prawidłowo i była ruchomą, jak należy.

Autor miał sposobność oglądać we dwa miesiące potem wynik swoich zabiegów; pacjentka chodziła bardzo dobrze i z kuracyi była zupełnie zadowoloną. Dla ścisłości dodać wypadnie, że w szpitalu zastrzyknięto 0,05 stowainy. Całkowita paraplegia kończyn dolnych nastąpiła po upływie ośmiu minut. *K. Niedzielski.*

53. Mayer. **Fizyologiczne podstawy chirurgii opłucny i płuc.** (Annal. de la Societè royale d. Scienc. méd. et nat. de Bruxelles. XV, 2).

Na mocy swych doświadczeń na zwierzętach i obserwacyi chorych, dochodzi M. do następujących wniosków:

1) W warunkach normalnych niema żadnej wolnej przestrzeni pomiędzy obu blaszkami opłucny.

2) Odma piersiowa jest zawsze bardzo niemiłym powikłaniem operacyi, zapobiegają jej jednak: skrzynka Sauerbruch'a i wdychanie zgęszczonego powietrza podług Brauer'a.

3) U psa usunąć można prawie  $\frac{3}{5}$  płuc; usuwając więcej, wywołać musimy na pewno śmierć zwierzęcia.

4) Po usunięciu części płuca, powstała jama wypełnia się resztą rozdętego płuca, przesunięciem serca, zaciągnięciem klatki piersiowej i podniesieniem przepony.

5) Nowe sposoby operowania pozwalają usuwać i głęboko położone nowotwory.

6) Nacięcie płuca w przypadkach zgorzeli lub ropienia wykonywać można odrazu po rozpoznaniu bez oczekiwania na ewentualne tworzenie się zrostów lub przyrastanie ogniska do klatki piersiowej.

7) Przepukliny płucne, wypadnięcie i pęknięcie płuc należy zaraz operować.

8) Do operacyi nadają się też gruźlicze jamy.

9) Świeże otoki ropne opłucny operować należy podług K ö n i g ' a, stare, ewentualnie z fistułami—podług E s t l a n d e r ' a. Jeżeli płuco bardzo skurczone, nie pozostaje nic innego, jak metody: S c h e d e ' g o, S p r e n g l ' a lub D e p a g e ' a. *Klęsk.*

54. Ehrmann. **Leczenie ostrego i przewlekłego nieżytu pęcherza moczowego.** (Deut. med. Wochft, N-r 49, 1906).

Ostry nieżyt pęcherza powstaje często na tle trypra samoistnie lub zostaje tamże wpędzony instrumentami.

Leczenie polega w pierwszym rzędzie na podawaniu preparatów salicylowych w małych a częstych dawkach, np. salolu po 0,5 daje się sześć razy dziennie. W formach więcej przewlekłych podać można balsamica wspólnie z preparatami salicylu (obecnie gotowe santyl i gonozan). Urotropina nie działa dobrze w katarach tryprowych, natomiast znakomicie w nieżytach mieszanych lub ostrych na innym tle.

Przy parciu na mocz polecamy odwar z folia uvae ursi i Herba Herniariae. W razie krwotoków—czopki z extract. secalis (1,0 ua 5 czopków), do trzech dziennie.

Dobrze bardzo też robią ciepłe kąpiele nasiadowe i używanie ciepłych płynów do picia w dużej ilości.

Po ustąpieniu ostrych objawów przejść możemy do leczenia miejscowego, t. j. płukań 2—3% borem, a potem, gdy pojemność pęcherza jest większa (ponad 50 gramów) — do płukań azotanem srebra lub Janet'a. Rozczyn azotanu srebra 1:4000.

Inne formy ostrego nieżytu pęcherza leczymy, przy moczu alkalicznym, urotropiną. Przy moczu silnie kwaśnym podajemy wewnątrznie wodę wapienną (30 gr. z mlekiem 3 razy dziennie); dalej, wody alkaliczne, jak bilińską, a w końcu preparaty salicylowe lub błękit metylenowy (do 0,5) pro dosi, polecając przytem chorym łatwo strawną dyetę.

W przewlekłych postaciach nieżytu pęcherza działa też dobrze urotropina, dalej płukania azotanem srebra, siarkanem cynku (1%), a wreszcie płukania Janet'a (kal. hypermang. 1:1000).

W gruźliczym nieżycie pęcherza stosuje się instalacje mieszanek jodoformowej lub zgęszczonego azotanu srebra, a te ostatnie w razie, gdy cystoskop wykaże tylko miejscowe zmiany. Ewentualnie w gruźlicy stosuje się też leczenie operacyjne, jak wyskrobanie lub przypalenie pod kontrolą operacyjnego cystoskopu.

Ropne zapalenie pęcherza wymaga czasem założenia przetoki.

Pęcherz o małej pojemności staramy się rozszerzać płynami, wstrzykując systematycznie coraz większe ilości.

W katarze pęcherza gorączka występuje wtedy, gdy sprawa polega na zakażeniu prątkiem okrężnicowym lub Hauser'a. Nie rzadko wtedy tworzą się też ropnie, nacieki moczowe i zapalenia

tkanki okołopęcherzowej. Założyć należy wtedy kateter na stałe i często go zmieniać, ewentualnie przystąpić do operacji.

W gruźlicy pęcherza z gorączką unikać należy cewnikowania, a co najwyżej płukać pęcherz roztworem sublimatu 1:3000.

Wody mineralne stosuje się zwykle szablonowo. Pamiętać należy jednak, że stosować je należy jedynie przy kwaśnym lub obojętnym oddziaływaniu moczu.

W razie zastoju w miednicy polecamy Karlsbad lub Maryenbad. *Klęsk.*

55. Prof. Sprengel. **Postępowanie przy postrzałach.** (Deut. med. Wocht. N-r 50, 1906).

Postępowanie nasze przy postrzałach jest głównie zachowawcze, a zawdzięczamy go doświadczeniu Bergmann'a.

Zachowawcze leczenie na wojnie oddaje świetne rezultaty. Przy postrzałach zwykłych w czasie pokoju często musimy jednak wkraczać operacyjnie, a to ze względu na rodzaj broni i bliskość, z której pocisk dostaje się do ciała.

Ranę postrzałową uważać należy za jałową, a więc opatrywać jałowo, nawet nie wiele odcyszczając otoczenie, a daną część ciała unieruchomić.

Postrzały czaszki operujemy w razie wielkiego zniszczenia kości, a więc, gdy kula przebiega w cięciwie czaszki. Postrzały klatki piersiowej wymagają zabiegu jedynie w razie ciągle powiększającego się krwotoku lub w razie zakażenia opłucny.

Postrzały stawów jałowe leczy się tylko zachowawczo, podobnie postrzały brzucha, o ile przy tych ostatnich niema bezpośredniego wskazania życiowego do operacji (krwotok, wypadnięcie trzew, przedziurawienie kiszek).

Postrzały pokojowe wymagają już cięższej operacji, zwłaszcza postrzały śrutowe.

Rany, zadane rewolwerem, zwłaszcza w zamiarze samobójczym, wywołują często wielkie zniszczenia, bo zadane zostają z blizka i kulą bez płaszcza twardego.

Postrzały pokojowe czaszki operuje się w razie krwotoku, powierzchownego położenia kuli lub zaburzeń ośrodkowych. Postrzały klatki piersiowej w razie krwotoku, złamania i wbicia odłamka żebra lub zranienia serca. Postrzały pokojowe brzucha wymagają bardzo często laparotomii, zniszczenie bowiem bywa duże. Na kończynach w pokoju operuje się rzadziej, chyba następowo lub w razie umieszczenia kuli na nerwie lub na dużym naczyniu.

Postrzały stawów w pokoju są nader rzadkie.

Postrzały ręki i stopy, zwykle przypadkowe, wymagają zwykle wyciągnięcia pocisku.

*Klęsk.*

56. Döderlein. **W sprawie zapobiegania połogowemu ropieniu sutki.** (Zentrblt. f. Gynäk. N-r 49, 1906).

Celem zapobiegania tworzeniu się szczelin i zadzierek brodawki, a pośrednio przez to i zakażeniu, poleca autor smarowania brodawki gaudaniną (1% rozczyń formaliny z paragumi). Po wyschnięciu zasypanie pudrem.

Proceder ten robi się co 2—3 dzień.

W ten sposób traktował 200 chorych i ani razu żadnych powikłań piersi nie obserwował.

*Klęsk.*

57. Lippens. **Przyczynę w sprawie tlenu, jako środka leczącego zakażenia chirurgiczne.** (Ann. de la Soc. des Scienc. méd. et nat. de Bruxel. XV, 3).

W klinice brukselskiej stosuje się od roku 1899 tlen, jako antyseptyk, i to sam lub jako wodę utlenioną. Badania autora wykazały, że tlen jest najlepszym antyseptykiem dla anaerobów; na aëroby działa wolniej. Woda utleniona w lekkim rozczyńnie alkalicznym lub zasadowym wywołuje przechodzenie leukocytów z naczyń, bo tlen działa silnie chemotaktycznie.

Wprowadzanie tlenu do krwi powoduje silną hyperleukocytozę i pobudza fagocytozę. Wprowadzanie tlenu do żył jest zabiegiem zupełnie bezpiecznym. Wody utlenionej do krwi wprowadzać zaś nie można.

Z badań swych może autor tylko gorąco polecić tlen i tegoż przetwory (woda utleniona, hopogan, ektogan) do leczenia zakaźnych cierpień chirurgicznych.

*Klęsk.*

58. Vollert. **Nowa zasada operacyjnego leczenia jaskry** (Iriden cleisis antiglaucomatosa Holth'a). (Münc. med. Wochft. N-r 50, 1906).

Holth z Chrystyanii polecił w roku bieżącym na posiedzeniu niemieckiego towarzystwa okulistycznego w Heidelbergu nowy sposób operacyjnego leczenia jaskry, polegający na pozostawieniu brzegu tęczówki w ranie, przez co tworzy się pęcherzykowata blizna. Spostrzeżenie to oparł on na przypadkach rzekomo nie udanych irydektomii, gdzie właśnie tęczówka wypadła, utworzyła si

blizna pęcherzykowata i wtedy ku zdumieniu wynik był bardzo dobry.

Autor stosuje ten zabieg już od 7 lat i z wyników jest bardzo zadowolony. *Klęsk.*

## II. Choroby skóry.

59. Boisson. **Zaraźliwość płonicy i zapobieganie jej.** (La Sem. méd. N-r 23, 1906).

Wszystkie dzieła klasyczne podają, że zarazek płonicy przenosi się za pośrednictwem łusek. Lemoïn jednak powstawał przeciw temu pogładowi, dowodząc, że płonica już w chwili zajęcia gardzieli jest zaraźliwa. Tego samego zdania był Sewestre i Moirard. Autor spostrzegał 15 chorych w jednym czasie, cierpiących na płonicę. U 9 z nich źródło choroby zostało stwierdzone z całą pewnością. Z liczby tej 6 zostało zakażonych od chorego, znajdującego się w epoce wylegania choroby, 2 — od osobnika z płonicą w epoce wykwitów, jeden zaś od osoby w epoce zdrowienia.

Niezależnie od tej małej epidemii autor przytacza następujące spostrzeżenie: Chłopiec, 6 lat mający, we 4 dni po spotkaniu się z osobą cierpiącą na szkarlatynę dostał zapalenia gardła, po upływie zaś 24 godzin — typowej wysypki płoniczej; jakkolwiek ojciec i matka dziecka tego nie mieli najmniejszej styczności przedtem z płoniczymi, pomimo tego, już po 2 dniach rozwinęła się u nich ta choroba; zarazili się zatem od dziecka, mającego chorobę w epoce pierwszych objawów.

Z powyższych danych wynika, że płonica zaraża w samym początku swego rozwoju, jeszcze przed wystąpieniem wysypki, zaraz po wystąpieniu objawów ze strony gardła, gdzie właśnie znajdują się produkty zakażające.

Płonica jest właściwie swoistem porażeniem gardła, w którym wysypka odgrywa rolę objawu następczego. Zupełnie przeciwnie dzieje się w ospie; tu zarazek znajduje się we krwi i daje szczenia z wynikiem dodatnim, czego w płonicy nie otrzymujemy; nie można również porównywać łusek płonicy ze strupkami ospy, gdyż spostrzeżenia stwierdziły, że pierwsze przenoszą zarazek tylko wtedy, kiedy będą zmieszane z wydzieliną gardzieli.

Zapobieganie winno mieć na celu nietylko oddzielanie chorych i miejscowe odkażanie, lecz przede wszystkim należy zwrócić uwagę

na jaknajstaranniejsze odkażanie jamy ustnej cierpiących na płonice, stosując n. p. nadmanganian potasu 1:1000, wodę jodową i t. d.

*J. Wojciechowski.*

60. Bruhns. **Wskazania w leczeniu promieniami Röntgen'a chorób skórnych.** (Berl. klin. Woch. 1906, str. 168).

Z pomiędzy cierpień skóry, w leczeniu których światłu Röntgen'a należy dać pierwszeństwo przed innymi sposobami, na pierwszym miejscu należy postawić przewlekłą pryszczycę suchą, nade wszystko przewlekłą pryszczycę modzelowatą rąk, leczoną niekiedy całe lata bez żadnego skutku, a która jednak znika bez nawrotów po jednym lub dwóch naświetlaniach. Toż samo dotyczy pryszczycy ograniczonej, łuszczącej się z nadżerkami.

Świąd, towarzyszący pryszczycy umiejscowionej około otworu stolcowego i międykrocza, znika po upływie dni kilku.

W świądzie miejscowym natury nerwowej radioterapia uspokaja częstokroć to przykre uczucie szybciej i trwalej, niż inne zabiegi.

Brodawkowate blaszki liszaja-czerwonego znikają dosyć szybko pod wpływem naświetlania.

W figówce pasorzytniczej i wyprysku postrzygającym działanie promieni R. sprowadza dodatni wynik leczenia szybszy, aniżeli inne sposoby. W figówce zaś nie pasorzytniczej działanie promieni jest bardzo pewne.

W nadmiernym poroście włosów (hypertrichosis) promienie R. nie powinny być stosowane, albowiem nadają skórze wygląd zanikowy, gładki, nienaturalny; wprawdzie, zmiany powyższe są powierzchowne, występują jednak bardzo widocznie; w następstwie zaniku tworzą się często naczyńki i nieprawidłowe zabarwienie skóry.

W łuszczycy R. nie daje lepszych wyników od innych sposobów leczenia; nawroty bywają również częste, chorzy jednak chętnie poddają się temu leczeniu.

W wilku rumieniowatym działanie leczenia promieniami R. jest niepewne.

Wilka zwyczajnego należy leczyć promieniami R. i sposobem Finsen'a.

W trądziku rumieniowatym i zwyczajnym wyniki otrzymuje się gorsze od innych sposobów leczenia, nacieki jednak skóry ulegają wessaniu. W podobny również sposób działają na czyraki i brodawkowate zapalenia uwłosionej części skóry.

Nadmierne pocenie się (Hyperhidrosis) często daje się usunąć promieniami R.

Powierzchnowe nabłoniaki skóry, którym nie towarzyszy obrzęk gruczołów chłonnych, zablizniają się bardzo szybko pod działaniem promieni X.

W przypadkach raków u chorych, którzy nie zgadzają się na wszelkie zabiegi chirurgiczne, i w przypadkach, nie dających się operować, wskazane będzie leczenie promieniami X, naturalnie, działanie ich będzie tylko objawowe.

*J. Wojciechowski.*

61. Assfalg. **Leczenie światłem rtęciowym.** (Münch. med. Wochft. N-r 41, 1906).

Lampy rtęciowe zjawily się w handlu w podwójnej postaci, mianowicie: jako lampa kwarcowa Heraus'a i „Uviollampa“ Schott'a.

Autor podaje swe wyniki z lampą ostatnią, obfitującą bardzo w promienie chemiczne, a zmodyfikowaną przez siebie co do długości (zamiast metra—dwie rury po 50 cm.).

Przy prześwietlaniu oczy należy pilnie chronić ciemno-niebieskimi okularami, wsuwając nawet między brzeg szkła a skórę wate, celem dokładnego uszczelnienia. Pierwsze posiedzenie trwać powinno bardzo krótko.

Przy prześwietlaniu występują najpierw pojedyncze sino-czerwone plamy na skórze, a potem zlewają się one ze sobą i jednoznaczna sina powierzchnia jest dowodem, że reakcja wystąpiła i naświetlań należy zaprzestać.

Autor wyleczył „uviollampą“ średnio w 15 posiedzeniach łysienie włosów (3 przypadki), naświetlając za każdym razem  $\frac{1}{2}$ —1 godziny. Odrastające włosy były jasne, lecz prędko przybrały naturalny kolor. Bardzo dobre wyniki otrzymał też autor w leczeniu trądziku, furunkulozy, przewlekłych wyprysków i wrzodów podudzia.

Cena lampy niewielka stosunkowo, sposób użycia łatwy — niema obawy przy nim o zranienie lub zapalenie się, jak przy lampie żelaznej.

Lampa rtęciowa nie działa jedynie tak silnie wgląd, jak Fin-sen'a i dlatego nie nadaje się do leczenia tocznia skóry (lupus).

*Klęsk.*

62. Klug. **Viscolan, nowy podkład do maści.** (Deut. med. Wochft. N-r 51, 1906).



Z różnych roślin, przeważnie zaś z *viscum album* i *quercinum* uzyskano ciało, nazwane *viscin*, które Riehl i Körner, rozpuszczone w benzynie, polecili do sporządzania plastrów i pędzlowań skóry. Nie uznano wszakże tego środka, zapewne z powodu nieprzyjemnego zapachu. Obecnie sporządza się jednak w tubkach przetwórcy *visciny*, *viscolan*, jako podkład do maści.

Autor wypróbował ten środek i jest z niego bardzo zadowolony. Zalety ma następujące:

Oddziaływa obojętnie, miesza się dokładnie z wszelkimi środkami, na ranie tworzy jednostajną powłokę, jest lepki, nie drażni nic tkanek, działa aseptycznie.

K. stosował *viscolan* w leczeniu wrzodów podudzia, starych ranach i owrzodzeniach z wynikiem bardzo korzystnym. Również nadaje się *viscolan* dobrze na rany oparzelinowe, wypryski do wcierań z rtęcią, a wreszcie do pokrywania świeżych urazowych zeszytych ran.

*Klęsk.*

63. Schindler. **W sprawie leczenia tryprowego zapalenia przyjądrza.** (Deut. med. Wochft. N-r 51. 1906).

Autor na mocy swoich licznych doświadczeń poleca gorąco w tryprowym zapaleniu przyjądrza nakłuwanie podskórne tegoż. Z jednego wbicia w skórę przekłuwa się przyjądrze w 4 miejscach promienisto. Zabieg ten jest nie bardzo bolesny i chorzy godzą się na niego chętnie.

Wynik po tem bardzo pomyślny. Zazac po zabiegu znika prężenie i ból zupełnie, gorączka ustępuje i wessanie przyspiesza się. Leczenie znacznie się skraca; chory staje się prędko zdolnym do pracy.

Wkłucia można, naturalnie, robić i ambulatoryjnie.

Często wyciąga się przytem i ropę z przyjądrza. Wkłucia ewentualnie powtarzać można kilkakrotnie. Leczenie to nie chroni od tworzenia się stwardnień, działa jednak bez porównania pewniej, niż zastoina Bier'a. Bardzo możebne, że połączenie obu tych sposobów leczenia da jeszcze lepsze wyniki i nad tem też autor obecnie pracuje.

*Klęsk.*

### III. Choroby wewnętrzne.

64. Selter. **Bakteryologiczne badania nowego sposobu odkażania za pomocą autanu.** (Münch. med. Wochft. N-r 50, 1906).

Ideałem środka dezynfekcyjnego powinien być preparat, któ-

ryby łatwy był w użyciu, w stosunkowo krótkim czasie niszczył drobnoustroje, dalej, wnikał w głąb, nie niszczył rzeczy odkażanych, nie posiadał niemiłej woni, a w końcu—był tani.

Wymaganiom tym po większej części odpowiada nowy środek autan, podany przez Eichengrün'a.

Jest to preparat formaliny, który po polaniu wodą zaczyna wydzielać gęste pary formalinowo-wodne.

Badania bakteryologiczne przekonały S., że autan działa bardzo dobrze i silnie dezynfekcyjnie. Na jeden m.<sup>3</sup> potrzeba mniej więcej 50 gr. proszku. Użycie łatwe, bo na miseczkę porcelanową sypie się autan i polewa po prostu wodą.

Można doskonale w ten sposób odkażać i podłogę, sypiąc na nią proszek i polewając potem wodą. Wszelkie aparaty zbyteczne. Formaliny wydziela się nagle tyle, że wszelkie uszczelnienia okien i t. d. stają się zbyteczne.

Autan nadaje się też do odwaniania ubikacji, jak prosektoryi, piwnic i t. d.

*Klęsk.*

65. Strong. **Szczepienie ochronne dżumy u ludzi za pomocą osłabionych kultur.** (Arch. f. Schiffs- und Tropenhyg. Tom X, zeszyt 8).

Autor przekonał się, że osłabione kultury dżumy, podawane człowiekowi nawet w większej ilości, są zupełnie nieszkodliwe, natomiast wywołują bardzo słabą miejscową i ogólną reakcję.

Do szczepień używać należy kultur, z których z agarowe nie zabijają już świnki morskiej.

Dotąd szczepienia ochronne uodporniały zwierzęta badane, jak małpy, szczury, myszy i świnki morskie zupełnie pewnie.

Obszerna praca ukaże się niedługo.

*Klęsk.*

66. Tsuzuki. **Pierwsze doniesienie o moim koku, powodującym chorobę beri-beri.** (Arch. f. Schiffs- und Tropenhyg. T. X, zeszyt 7).

Z moczu chorych na beri-beri wyhodował autor dwoinkę, barwiącą się Gramem. Dwoinka ta swoiście aglutynuje surowice chorych.

Drobnoustrój ukazuje się w moczu i w kale, we krwi zaś go się nie spotyka. U zwierząt zakażenie typowe powstaje przy zakażeniu środkowego układu nerwowego.

Przy sekcji wykazać się daje zawsze także w środkowym układzie nerwowym.

*Klęsk.*

67. K. Grube. **Leczenie przekrwieniem czyraków u cierpiących na moczówkę cukrową.** (La Sem. méd. N-r 30, 1906).

Colley po zastosowaniu przekrwienia biernego u 2 chorych z czyrakami, cierpiących na moczówkę cukrową, wywołał zgorzel porażonych tkanek, czego jednak Grube wcale nie spostrzegał.

Chorej, mającej duże czyraki, cierpiącej od lat 6-ciu na moczówkę cukrową, zastosowano wysysanie za pomocą odpowiedniej wielkości bańki dwa razy dziennie, po  $\frac{1}{2}$  godz. trwające za każdym razem. Już po 3 dniach ropienia nie było, wyleczenie zupełne nastąpiło po 6 dniach.

Wynik leczenia był zarówno dodatni i szybki u jednego chorego, mającego 38 czyraków rozmaitej wielkości.

W trzecim przypadku jednak, dotyczącym wąglika na tylnej powierzchni szyi, leczenie trwało 37 dni. Chory ten był alkoholikiem; jak się zdaje, przyczyna powyższa była powodem zgorzeli tkanek w przypadkach, spostrzeganych przez Colley'a, a nie moczówka cukrowa.

## Wiadomości pomniejsze i terapeutyczne.

68. Benedict i Török. **Alkohol w odżywianiu chorych na cukrzycę.** (Zeift. f. klin. Medizin. Tom 60).

Autorzy podawali alkohol chorym na cukrzycę, ograniczając przytem tłuszcze, i przekonali się, że działa on korzystnie na zmniejszenie się wydzielanego acetonu. W przypadkach lżejszych wpływał alkohol na zmniejszenie cukru w moczu, nawet wobec niestosowania diety i spożywania węglowodanów.

W przypadkach ciężkich alkohol zmniejszał też ilość acetonu i cukru, równocześnie jednak i ilość azotu i amoniaku. Pochodzi to z tego, że alkohol działa oszczędzająco na białko.

Wobec tego nadaje się ten środek zupełnie do leczenia ciężkich postaci cukrzycy.

*Klęsk.*

69. **Leczenie zapobiegawcze powikłań w dyfteryście za pomocą kwasu mrówkowego** w miejsce strychniny stosuje Croom z Edynburga. Autor dawał 100 dyfterytycznym od 5 do 20 kropeł, stosownie do ciężkości przypadku, 25% roztworu kwasu mrów-

kowego co 4 godz. w ciągu pierwszych 10—15 dni choroby; następnie dawano mniej—po 5—10 kropel w ciągu 15—18 dni. Na 100 chorych 2 umarło, 3 miało paralizę i 10 białkomocz. Podobne wyniki cyfrowe otrzymał autor w poprzednich latach. Na 100 przypadków, leczonych strychniną, było 9 śmierci, 8 paraliżów i 35 białkomoczu.

M. B.

(Sem. méd. N-r 40, 1906).

70. **Leczenie dyzenteryi za pomocą ławatyw kreozotowych** poleca Billet, idąc za przykładem Zanardini'ego, który 2 lata temu wyleczył 11 przypadków dyzenteryi ławatywami z kreozotalu (na litr wody bierze się jedno żółtko i dodaje łyżeczkę 10% roztworu kreozotu). Billet znajdował zawsze *Entamoeba histolytica* Schaudin'a w wypróżnieniach i 10—40% eozynofilów we krwi. Ławatywy  $\frac{1}{4}$ - lub  $\frac{1}{2}$ -litrowe zawierały 1—2% kreozotu, rozpuszczonego w oliwie. Dziennie dawano 2 ławatywy.

Na 18 leczonych przypadków w 16 zanotowano ustąpienie bólów i parcia, a także zniknięcie krwi z wypróżnień i ustąpienie przykrego zapachu wypróżnień. Co się tyczy 2 pozostałych przypadków, to chociaż stan ich się polepszył i bóle znacznie się zmniejszyły, mimo to chorzy zmarli z powodu ropnego zapalenia wątroby.

(Sem. méd. N-r 39, 1906).

M. B.

71. S. Łapiński. **O kryształach siarkanu wapniowego w moczu.** (Wiener. Klin. Woch. N-r 45, 1906).

Autor zaznacza, iż kryształy siarkanu wapniowego zjawiają się w moczu bardzo rzadko. Dotąd opisane były 4 takie przypadki: przez Walentiner'a, Fürbringer'a, Payer'a i Weintraud'a. We wszystkich opisanych przypadkach stwierdzono charłactwo.

Przypadek, opisywany przez Łapińskiego, tyczył się 11-letniego chłopca, u którego postawiono kliniczne rozpoznanie: *Tumor cerebri*, zaś sekcya wykazała: *Cystis lobi frontalis dextri cum haemorrhagia subsqu. compressione cerebri*. W moczu tego chorego autor obserwował kryształy gipsu, zupełnie podobne do opisywanych przez powyższych autorów. Nie rozpuszczały się one w wyskoku, amoniaku, kwasie siarkowym, rozpuszczały się natomiast w gorącym kwasie solnym. Za dodaniem do zalkalizowanego roztworu osadu w kwasie solnym szczawianu amonowego, powstawały kryształy szczawianu wapniowego. Za dodaniem chlorku barowego powstawał siarkan barowy. To zjawienie się siarkanu wap-

niowego w moczu w krystalicznej postaci zależy, prawdopodobnie, od zmniejszenia się zasad w moczu; klinicznego zaś wyjaśnienia dotąd niema; świadczy ono tylko o mniejszym lub większym wyniszczeniu ustroju.

*Wejnert.*

72. H. Wiehern. **Dwa przypadki ostrego rozszerzenia żołądka podczas przebiegu duru.** (Mitteil. aus dem Grenzgeb. der Med. u. Chir. XVI, 4—5).

Autor miał sposobność obserwować w klinice lekarskiej w Lipsku dwa przypadki nagle powstałego rozszerzenia żołądka u chorych na dur w 5 i w końcu 3 tygodnia. U jednego chorego wykryto rozszerzenie żołądka dopiero na sekcji po zejściu śmiertelnem, u drugiego, którego autor miał sposobność obserwować w 2 miesiące później, rozpoznanie postawiono za życia. Podobne ostre rozszerzenia żołądka powstają czasem przy zatruciach, urazach oraz w niektórych chorobach zakaźnych, np. — szkarlatynie, pneumonii i innych.

*Wejnert.*

73. I. Hladik. **Czy jest zdrowe i możliwe do jedzenia mięso ze świeżo zabitego wołu?** (Zeit. f. Hyg. u. Infect. LIV, 1).

Panuje powszechny pogląd, że mięso zwierząt świeżo zabitych jest po ugotowaniu twarde i powoduje zaburzenia w trawieniu, a wskutek tego do jedzenia jest niezdatne. Przyjęto zatem zwykle używać mięso do gotowania nie wcześniej, aż przejdzie pewna liczba godzin (od 4—24—dla różnych zwierząt) od chwili zabicia zwierzęcia. Hladik na podstawie swych badań dochodzi do wniosku, iż surowe mięso ze zwierząt świeżo zabitych w większości wypadków trawi się lepiej, niż mięso, wzięte ze zwierzęcia w parę godzin po jego zabiciu; z drugiej zaś strony, autor się również przekonał, iż mięso świeże może być tak przygotowane, że w smaku nie różni się od mięsa zwykłego. Używanie tego mięsa w dość znacznej ilości w przeciągu kilku dni nie wywołało żadnych przykrych następstw.

*Wejnert.*

74. A. Mann. **O stosowaniu płynnej żelatyny w krwotokach żołądka i jelit.** (Münch. med. Woch. N-r 1, 1907).

Autor stosował miksturę żelatynową według recepty Cohn'a (Therapie der Gegenwart. Seite 420) w 9 przypadkach krwotoków żołądkowych i jelitowych. Wyniki otrzymał bardzo dobre. W 8 przypadkach działanie było nader szybkie i widoczne, w jednym atoli przypadku ciężkiego bardzo duru brzuszego krwotok ustąpił

tylko chwilowo, a po 4 dniach powrócił, powodując zejście śmiertelne. Pomyślny wynik otrzymał autor w 2 przypadkach duru brzuszego, w 3—ulcus ventriculi, w jednym—carcinoma ventriculi, w jednym—krwawej biegunki i w jednym—Haematemesis.

*Wejnert.*

76. **Błękit metylenowy, dawany do wewnątrz chorym na raka.**

12 lat temu demonstrował M o s e t i g - M o o r h o f w Wiedniu chorą, zdrową w chwili demonstracji, którą operował z powodu raka i której po operacji dawał błękit metylenowy intern et extra (Sem. méd. 1894, str. 228). Od tego czasu środek ten był stosowany z rozmaitym wynikiem. Obecnie J a c o b i z Nowego Yorku twierdzi, że błękit metylu nie jest bez wpływu na głęboko położonego raka, pomimo to jednak działanie jego leczniczem nie jest; radzi go przeto podawać tylko w przypadkach nieuleczalnych, których operacji poddać nie można. J a c o b i leczył 120 rakowatych (rak wątroby, dróg żółciowych, sieci) i porównywał chorych, dotkniętych rakiem tego samego narządu, leczonych błękitem metylu i nie leczonych tym środkiem; otóż, ci pierwsi żyli dłużej; u 3 chorych nawet w ciągu kilku lat wstrzymanem zostało charłactwo rakowate.

J a c o b i daje błękit metylenu w dawkach niewielkich; najpierw 0,10 dziennie, stopniowo dochodząc do 0,20—0,30. Najlepiej trzymać się 0,10—0,20, chociaż bowiem lek ten jest na ogół dobrze znoszony, jednak wywołuje niekiedy lekką dyzurję (trudne moczenie); tej przypadłości można uniknąć, łącząc błękit metylu z Bel-ladonna.

*M. B.*

(Sem. méd. N-r 47, 1906).

## Z KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.

*Kraków, dn. 23 stycznia r. b.*

Dzisiejsze posiedzenie tutejszego Tow. Lekarskiego wypełniły demonstracje d-rów Bogdanika i Rosnera oraz odczyt d-ra Rapaporta „O bezmoczach“.

D-r Bogdanik przedstawił 2 przypadki. Pierwszy dotyczył chorego, który był przysłany na oddział chirurgiczny z wewnętrznego z rozpoznaniem wypociny opłucnowej ropnej. Ponieważ rozpoznanie było oparte na dwukrotnej punkcyi próbnej, przystąpiono do rezekcyi 7 żebra, w celu usunięcia wypociny. Przy tym zabiegu okazało się, iż wypocina jest czysto *surowicza*. Pomimo wypuszczenia bardzo znacznej ilości płynu, stan chorego się nie poprawił, a stłumienie utrzymywało się w blizkiem sąsiedztwie z miejscem rezekcyi. Punkcyja, wykonana w miejscu utrzymującego się stłumienia, wykazała obecność ropy. Przypadek ciekawy ze względu na okoliczność, iż zrosty oddzielały od siebie dwie różne wypociny.

Drugi przypadek d-ra Bogdanika dotyczył dziecka z 3-ma ranami postrzałowemi, spowodowanemi jedną kulą browningową. Kula mianowicie przestrzeliła lewe ramię, trafiła w dolny brzeg brody, zkąd, nie uszkadzając kości, wyszła o parę centymetrów niżej na szyi; następnie przeszła nad samym prawym obojczykiem, również go nie naruszając, i utkwiała około stawu ramieniowego prawego, zkąd była wyjęta przez chirurga.

Po d-rze Bogdaniku prof. Rosner demonstrował chorą po doszczętej operacyi raka macicy sposobem Wertheim-Mackendorft'a. Prof. Rosner zaznacza, iż technika tej operacyi jest trudna i wykonanie jej trwało 2 godziny; po operacyi chora przebyła katar pęcherza; innych komplikacyi nie było. Dziś, t. j. w 2 miesiące po operacyi chora czuje się dobrze.

Po demonstracyach zabrał głos d-r Rapaport w kwestyi bezmocz. Przedewszystkiem prelegent zaznacza, iż bezmocz występuje: 1) gdy chory moczu oddać *nie może* lub 2) gdy moczu w drogach moczowych *niema*. Co do pierwszego przypadku, to zdarza się on przy guzach, zatkaniach ciałami obcemi, bliznach, chorobach nerwowych i niedomogach mięśni. Drugi przypadek wywołany być może przyczynami ogólnemi, zmianami miejscowemi w nerkach, nakoniec przyczynami toksycznymi. Dalej prelegent zwraca uwagę, iż anuria nie *musi* koniecznie powodować uremii i trwać może od kilku do kilkunastu dni; opisano zaś przypadek, gdzie trwała 25 dni. Nakoniec mówca wskazuje na nieocenione usługi, jakie oddaje dzisiejsza cystoskopia i zaleca każdorazowo, przed zdecydowaniem się na krwawy zabieg, spróbować katetyzowania ureterów.

D-r Klęsk ze stanowiska chirurga dodaje do referatu d-ra Rapaporta, iż anuryę często się obserwuje po operacyach jamy brzusznej; w hernia incarcerata, w leczeniu formaliną gruźlicy stawów i po kopnięciach w brzuch.

*Bronisław Wejnert.*

## Ze Stowarzyszenia lekarzy polskich.

OBECNY STAN  
POMOCY LEKARSKIEJ FABRYCZNEJ U NAS  
w porównaniu z kasami chorych w Galicyi (system austriacki).

Odczyt wygłoszony w dniu 8 lutego roku 1907

przez

**d-ra Wł. Żenczykowskiego.**

(Dokończenie).

Niniejszy szkic uzupełnię jeszcze tabelkami, wykazującemi przychód i rozchód w kasie krakowskiej za rok 1905.

## PRZYCHÓD.

## ROZCHÓD.

Przedmiot	Kor.	h.	Przedmiot	Kor.	h.
Oplata członków .	124,059	17	Zasiłki chorym .	77,104	14
„ pracodawców . . . . .	63,844	89	Lekarze i kontro- la . . . . .	31,527	71
Zaległości odpisa- ne . . . . .	71	89	Lekarstwa . . . . .	35,440	98
Wstępnejrzywny	2,259	46	Szpital . . . . .	15,177	29
Inne przychody .	5,084	91	Pogrzeby . . . . .	4,032	90
Dochody z realno- ści . . . . .	1,334	95	Administracya . . . . .	34,459	53
Niedobór . . . . .	5,918	—	Inne wydatki . . . . .	2,838	73
- Ogółem .	203,873	27	Odsetki % . . . . .	1,516	52
			Straty . . . . .	1,775	47
			Ogółem .	203,873	27

Nie chcąc nużyć dłużej liczbami, przejdę do właściwej oceny urządzeń kasy chorych w Krakowie, opierając się, oczywiście, na wyżej przytoczonych danych.

Tak, jak i w Warszawie — z obecnych kas chorych są niezadowoleni w Krakowie lekarze, członkowie, a nawet i same zarządy.



U lekarzy niezadowolenie to również wpływa po części z roli eksperta, jaką oni muszą pełnić przy ocenie niezdolności do pracy i przy kwalifikowaniu do otrzymywania zasiłków. Ciągłe scysye, jakie powstają przy tem między lekarzami a członkami, stanowią nieprzerwane ogniwo spraw, poddawanych do rozstrzygnięcia sądowni polubownemu. Dalszym powodem niezadowolenia lekarza jest przeciążenie pracą — bo 14 porad ambulatoryjnych, 2—3 wyjazdy na miasto, a to wszystko po 23 centy za wizytę!

A niewdzięczną jest praca lekarza w kasach chorych, gdyż nietylko nie ułatwia zdobycia praktyki prywatnej, ale w najokropniejszy sposób ją psuje. Miano lekarza kasy chorych zostało zupełnie zdyskredytowane przez chorych kasowych. Z tych to względów, tylko przymuszeni ciężkimi warunkami materyalnymi, decydują się lekarze na objęcie posady w kasie chorych.

Jeszcze większe niezadowolenie z kas chorych okazują robotnicy, z racyi długiego, bo nieraz kilkogodzinnego, oczekiwania w ambulatoryum i z powodu niedostatecznej liczby lekarzy; narzekają oni ustawicznie na śmiesznie małe zasiłki, na ograniczenie prawa korzystania z dobrodziejstw kasy tylko do 20 tygodni, a wreszcie — na pozbawienie rodzin pomocy lekarskiej.

W najprzykrzejszem położeniu znajduje się Zarząd, bo zdaje on sobie dokładnie sprawę z tego, że liczba lekarzy jest zbyt mała, że płaca ich za niska, że zapomogi, wydawane chorym, są niewystarczające, że termin 20-tygodniowy dla korzystania z usług kasy jest stanowczo zbyt krótki; wie on o tem wszystkim bardzo dobrze, lecz na usunięcie tych wszystkich ujemnych stron potrzebne są fundusze, których, niestety, kasy chorych nie posiadają. Zaznaczyć tutaj należy, że kasy chorych nie otrzymują żadnych zapomóg, ani od państwa, ani od miasta lub kraju. Starcy, inwalidzi i symulanci nadzwyczaj obciążają budżet kas; co do tych ostatnich, to kasy utrzymują nawet płatnych kontrolerów dla sprawdzania.

Mówiłem dotąd o kasie miejskiej; co się tyczy kas fabrycznych, to one, chociaż oparte na tych samych zasadach, mają jednak następujące swoje dobre strony:

- 1) wolny wybór i zmiana lekarza przez zarząd kasy, reprezentowany przez pracodawcę i delegatów fabrycznych;
- 2) korzystanie codzienne w określonych godzinach z pomocy lekarskiej i szybsza obsługa;
- 3) kasy nie obciążone są inwalidami i sezonowymi robotnikami;
- 4) lepsza kontrola nad symulantami i mniejsze wobec tego nadużycia;
- 5) brak kosztów administracyi, gdyż koszta te pokrywa zarząd fabryki.

Stroną ujemną jest system oszczędnościowy, gdyż niedobór pokrywa zarząd fabryki.

W niektórych fabrykach lekarz ma stałą pensję (w gazowni 200 rb. — 500 reńskich), w innych (Zieleniewski) — od wizyty.

Pracodawcy tylko są zadowoleni z urządzenia kas chorych, gdyż przy stosunkowo niewielkim udziale materyalnym z ich strony, są oni zupełnie zwolnieni od myśli o pomocy lekarskiej dla swych pracowników — jednym słowem, dla nich właściwie ta kwestya zupełnie nie istnieje.

Streszczam się:

- 1) wszyscy robotnicy mają zapewnioną pomoc lekarską;
- 2) w dużych kasach chorych (miejskich) są lekarze specyaliści;
- 3) każdy członek kasy w razie rzeczywistej potrzeby ma prawo korzystać z pomocy szpitalnej bezpłatnej przez 4 tygodnie;
- 4) przez czas choroby w ciągu 20 tygodni otrzymują 60% „zwykłego zarobku“;
- 5) członkowie kas chorych względnie mało korzystają z ich świadczeń;
- 6) koszta pracodawcy wynoszą 5 k. 60 h.;
- 7) przeciętna opłata członka 10 k. 88 h.;
- 8) koszt porady lekarskiej wynosi 23 centy;
- 9) koszta leczenia jednego członka wynoszą 14 k. 32 h.;
- 10) rodziny ze świadczeń kasy nie korzystają.

Jeśli porównamy położenie lekarza kas chorych z położeniem lekarza fabrycznego w Warszawie, to okaże się, że lekarze za swoją pracę równie dobrze są wyzyskiwani w Warszawie i w Krakowie; charakter eksperta, jaki poniekąd nosi lekarz kas chorych, również wpływa ujemnie na stosunek chorego do lekarza. W Warszawie położenie lekarza fabrycznego jest przynajmniej lepsze pod tym względem, że miano lekarza fabrycznego nie odbija się ujemnie na jego prywatnej praktyce.

Tendencya zakładania oddzielnych kas chorych nietylko dla pracowników, lecz i dla warstw średnio zamożnych (kasy rękodzielników i przemysłowców), jak również konkurencya zawodowa ze strony lekarzy przy obejmowaniu posad przy tych kasach grozi stanowi lekarskiemu znacznem zmniejszeniem zarobków. Wobec czego Izby lekarskie postanowiły bojkotować kasy chorych, zakładane przez i dla ludzi względnie zamożnych. Sprawę tę na tem miejscu poruszyłem, gdyż wkrótce i my w Warszawie możemy się znaleźć w położeniu lekarzy galicyjskich.

Co do przemysłowców przy systemie austriackim, to ich położenie jest bardzo korzystne i nie da się porównać ze stosunkami warszawskimi. Obowiązkowe państwowe ubezpieczenie od nieszczęśliwych wypadków, jak również obowiązkowe ubezpieczenie od choroby, przy małych wkładach ze strony przemysłowców, całą akcyę robotniczą przenosi z murów fabryki na arenę publiczną.

Pod tym względem żadnym zatargów między przemysłowcami i robotnikiem niema i wszczynać ich robotnik nie pragnie. Stawiają robotnicy żądania ulepszeń w obu rodzajach ubezpieczeń, stawiają żądania zapewnienia im emerytur państwowych na wypadek starości lub niedołęztwa, lecz rozumieją, że rozstrzygnięcie tych spraw zależy od państwa ewentualnie parlamentu, a nie od dobrej woli

pracodawców. Tem znacznie się różnią oni od robotników warszawskich, którzy zwykli widzieć w fabrykancie bezdenną beczkę, z której jaknajwięcej czerpać nie tylko można, ale i należy. Przyczynę tego zjawiska, prawdopodobnie, należy upatrywać w odmiennych warunkach politycznych, w których się nasz robotnik wychował.

Jeśli porównamy pomoc lekarską przez kasę chorych w Krakowie i pomoc lekarską fabryczną w Warszawie, to jednak przyznać musimy, że kasy chorych więcej odpowiadają potrzebom robotnika, niż obecny system, a raczej brak systemu u nas. Prawda, robotnik nie ma zapewnionej pomocy lekarskiej dla rodziny, ale i u nas nie we wszystkich fabrykach ona istnieje, a jeśli jest, to została wprowadzona prawem kaduka; prawda, że może robotnik krakowski w kasie miejskiej, a nie swej fabrycznej, nie jest tak szybko obsłużony, jak w Warszawie, jeśli się jednak zwróci uwagę na możliwość i prawo korzystania z pomocy szpitalnej, na bezpłatne dostawanie takich pomocy, jak: kąpiele, wody mineralne, okulary, paski przepuklinowe, na zapomogi, choć niewielkie, z których można korzystać przez 20 tygodni, na uwzględnienie nawet takiej specjalności, jak dentystyka i wydawanie zębów sztucznych, na rozszerzenie pomocy lekarskiej na prawie wszystkich pracujących, to po stronie kas chorych pozostanie wiele plusów.

Na składki robotnicy nie narzekają; uświadomieni robotnicy nawet płaciliby więcej, gdyby mieli odpowiedni równoważnik w zwiększonej wysokości zapomóg i w ulepszonej pomocy lekarskiej. Robotnicy uświadomieni stoją na tem stanowisku, że ich rzeczą jest domagać się lepszych warunków płacy, ale również ich jest rzeczą, zrzeczając się, stwarzać dla siebie lepsze warunki życia.

Na zakończenie niniejszego odczytu pozwolę sobie postawić kilka umotywowanych wniosków.

Jak widzieliśmy z pierwszej części niniejszego odczytu, inicjatywa społeczna w ulepszeniu i rozszerzeniu pomocy lekarskiej dla robotników poszła daleko dalej, niż przewiduje obowiązujące prawo rosyjskie. Nawet dla rzemieślników cechowych od wieków (dla niektórych cechów) istnieje u nas surogat pomocy lekarskiej pod postacią kas cechowych, o czem zapominałem na swoim miejscu powiedzieć. Nawet dla licznych warstw ubogiej ludności zorganizowana została u nas pomoc lekarska z wydawaniem bezpłatnem lekarstw pod postacią licznych ambulatoryów, w których my, lekarze na ołtarzu filantropii składamy w ofierze bezinteresownie, gdyż zwykle bezmiennie swoją wiedzę, czas i pracę. Ale ani wysiłki filantropijnych warstw naszego społeczeństwa, ani nawet dobra wola naszych przemysłowców nie są w stanie sprostać tak wielkiemu zadaniu, jakim jest rozstrzygnięcie sprawy pomocy lekarskiej dla najszerzych warstw pracujących, gdyż wiąże się ona ze sprawą pierwszorzędnego znaczenia, a mianowicie — z obowiązkowym państwowym ubezpieczeniem na starość i od niedołęztwa i z obowiązkowym ubezpieczeniem od wypadku.

Dopóki te główne postulaty nie zostaną urzeczywistnione, dotąd o zupełnie zadowalającym uregulowaniu pomocy lekarskiej dla robotników mowy być nie może. Wszelkie zapoczątkowania w sprawie ulepszeń pomocy lekarskiej będą rozbijane, jak taranem, przez wymagania życiowe warstw robotniczych: emerytur na starość i w razie niezdolności do pracy. Jeśli państwo rozstrzygnie twierdząco powyższe postulaty, to wtedy inicjatywa i siły społeczne są wystarczające, aby zapewnić możliwie dobrą pomoc lekarską dla szerokich warstw pracujących społeczeństwa. Tutaj kasy chorych, pozbawione konieczności wprost utrzymywania inwalidów, przy zapomogach ze strony gmin, miast lub kraju mogłyby należycie funkcjonować, świadcząc dobrą i dobrze opłacaną pomoc lekarską oraz udzielając właściwej wysokości zapomogi przez czas choroby.

Mówiąc o państwowym ubezpieczeniu, mam właściwie na myśli krajowe ubezpieczenie, przystosowane do miejscowych warunków. Dzięki rozwojowi naszego przemysłu wytworzyła się u nas już całkowicie odrębna warstwa narodu — warstwa robotnicza. Dla naszego wykwalifikowanego robotnika praca fabryczna jest jedynym źródłem utrzymania, a nie sezonowym zajęciem; również nie znamy instytucji „artieli“, która przenosi się po Rosyi z jednego końca państwa na drugi.

Kultura i potrzeby robotnika naszego są wyższe, niż rosyjskiego, choćby w sprawie mieszkaniowej, gdyż u nas każdy robotnik posiada swoje własne mieszkanie, gdy w Rosyi przy fabrykach gdziekolwiek jest jeszcze zachowany zwyczaj mieszkań kazarńskich, co, prawdopodobnie, było jednym z motywów wprowadzenia przy głosowaniu kurii robotniczej, gdyż w przeciwnym razie robotnik rosyjski, jako nie posiadający swego mieszkania, byłby zupełnie pozbawiony prawa głosu. Placa robotnika u nas, ponieważ jest mniej więcej przystosowana do jego potrzeb kulturalnych i cen rynkowych na przedmioty pierwszej potrzeby, jest wyższą, niż w Rosyi. Ilość godzin pracy u nas jest znacznie mniejsza, niż w Rosyi; gdy u nas wynosi maximum  $10\frac{1}{2}$  godzin, przeważnie 9, a nawet w niektórych działach produkcji 8 godzin, rosyjscy przemysłowcy na ostatniej konferencji, jako minimalny dzień roboczy, oznaczyli  $10\frac{1}{2}$  godzin. Wydatki ze strony przemysłowców na koszt leczenia wynoszą u nas od 10 do 35 rb. rocznie na jednego robotnika, przyczem niektóre fabryki w kraju (Łódź, Sosnowice, Żyrardów) posiadają szpitale, urządzone podług ostatnich wymagań nauki, a te fabryki, które swoich szpitali nie mają, dzięki nie dużym odległościom od miast, korzystają ze szpitali miejskich, odpowiadających jednak, pod względem wyrobienia personelu lekarskiego, swoim zadaniom. Wobec dość gęstego rozsiadlenia się lekarzy, również braku lekarzy prawie nigdzie nie daje się odczuwać. Pod względem ilości szpitali, ze względu na duże przestrzenie, jak również braku lekarzy, w innym położeniu znajduje się Rosya.

Wobec tak dużych różnic kulturalnych i ekonomicznych między robotnikiem polskim i rosyjskim, podług mego zdania, czy to w sprawie ubezpieczeń, czy to pomocy lekarskiej, o ogólnopaństwowem pra-

wie, któreby w równej mierze dotyczyło Cesarstwa i Królestwa Polskiego, nie może być mowy. Takie ogólnopaństwowe prawo podciągnęłoby pod jeden strychulec naszego i rosyjskiego robotnika, na czymby polski robotnik, pod względem zadośćuczynienia swoim potrzebom kulturalnym i ekonomicznym, dotkliwie ucierpiał.

Naprzykład: emerytury na starość, zapomogi ubezpieczeniowe od niezdolności do pracy zwykle są obliczane od średniego zarobku; ten średni zarobek dla Królestwa jest wyższym, niż dla Rosyi, a więc przy obliczaniu emerytur robotnik polski byłby pokrzywdzonym, jeśli by obowiązywała go taksa ogólnopaństwowa. Wysokość emerytur również musi być zastosowana do miejscowych warunków ekonomicznych. O ile w Rosyi w zapadłej wiosce robotnik emeryt lub inwalida może się utrzymywać za 30—50 rb. rocznie, u nas ta wysokość emerytury byłaby śmiesznie małą, stałaby się fikcją. To samo należy powiedzieć o odszkodowaniach z powodu niezdolności do pracy—niezdolności, wynikłej z wypadku. Taksa, obowiązująca kraje więcej uprzemysłowione i kulturalniejsze, musi być inną, niż w krajach, stojących pod tymi względami niżej, gdyż w pierwszym wypadku potrzebne jest uzdolnienie, w drugim—siła fizyczna. Nawet w sprawach mniej ważnych, jak sprawa mieszkaniowa, ogólnopaństwowe prawo, obowiązujące nas, byłoby z krzywdą naszych robotników.

Prawo ogólnopaństwowe rosyjskie może mieć naprzykład na celu ulepszenie warunków higienicznych kazarm robotniczych lub ewentualnie zaprowadzenie próby wyrwania robotnika z quasi komunistycznej gminy robotniczej, gdy u nas sprawa ta przyjęła już inny obrót—budowania wzorowych mieszkań dla robotników (dom Wawelberga i Rotwanda), a przyszłe samorządne instytucje w tym kierunku nadal prawdopodobnie iść będą. Na zasadzie powyższego sądzę, że Koło Polskie w parlamencie rosyjskim w sprawie robotniczej winno mocno zająć stanowisko autonomiczne, mając na względzie dobro kulturalne i ekonomiczne polskiego robotnika.

Zanim państwo rozstrzygnie zasadniczo kwestyę ubezpieczeniową, władze samorządne miast winny same się zająć uregulowaniem pomocy lekarskiej dla szerokich warstw pracujących.

Inaczej sprawa pomocy lekarskiej musi być urządzona dla najbiedniejszej i najmniej kulturalnej warstwy ludności, inaczej dla rzemieślników warsztatowych i robotników małych fabryk, inaczej w wielkich fabrykach, zatrudniających po 100 i więcej robotników.

Dla najbiedniejszych warstw ludności, właściwie tych warstw, które w Londynie znajdują się pod bezpośrednim wpływem Armii Zbawienia, miasto winno zakładać bezpłatne ambulatorya, tworzyć posady lekarzy dzielnicowych (lekarzy ubogich), dać możliwie dobrą pomoc lekarską pod postacią szpitali, przytułków dla rekonwalescentów. Dla tego rodzaju kategorii ludzi nie może być mowy o emeryturach krajowych etc.; miasta, ewentualnie gminy, winny zakładać przytulki dla starców, inwalidów, domy pracy — to co maximum może miasto lub gmina zrobić; a to, co będzie robiła, w wysokim stopniu jest uzależnione od funduszków, jakimi nasze samorządne miasta i gminy rozporządzać będą. Tutaj jest miejsce na filantropię społeczną.

Dla rzemieślników, prócz majstrów, robotników fabryk, zatrudniających nieznaczłą ilość robotników, dla całego szeregu pracowników, otrzymujących pensję nie wyższą, niż 600 rb., uważam za odpowiedni typ ogólny kas chorych, przyczem winna być uwzględniona pomoc dla rodzin. Fundusze winny się składać z opłat pracodawców i uczestników kas chorych. Duże fabryki mogą mieć swoje kasy chorych, gdyż przy znacznej ilości robotników kasa utrzymać się może.

W fabrykach pomoc lekarską należałoby, mojem zdaniem, reformować w następujący sposób, co właściwie sprowadza ją do typu kas chorych.

Ponieważ zarobki robotnika w żadnym razie nie są wystarczające do zapewnienia racjonalnej pomocy lekarskiej dla rodziny, we wszystkich fabrykach pomoc lekarska winna być rozszerzona i na rodziny pracowników. Ażeby zaś pomoc lekarska była racjonalna, robotnicy i ich rodziny winni mieć prawo korzystania ze szpitali miejskich za opłatą podług taksy obowiązującej lub na zasadzie specjalnie zawartej umowy. Ażeby zaś uwolnić lekarza leczącego od przykrej czynności eksperta przy badaniu nowowstępujących robotników, utworzyć w fabrykach specjalne posady ekspertów płatnych od każdorazowego badania, na wzór lekarzy ubezpieczeniowych. Nadmienić muszę, że w razie obowiązkowego państwowego ubezpieczenia od wypadku i niezdolności do pracy badanie przedwstępne robotników stanie się zbytecznem.

Ponieważ 90% zachorowań przypada na przypadki wewnętrzne, to sędzę, że lekarzem fabrycznym ewentualnie kasowym winien być internista i pedyatra w jednej osobie; chirurg, akuszer, okulista, dermatolog, laryngolog i otyatra, również dentysta, jako lekarze konsultanci, płatni od wizyty. Lekarz fabryczny (internista) winien pobierać stałą pensję, gdyż tylko wtedy, jak widać z obliczeń kol. Łazarowicza, robotnicy właściwie korzystają z pomocy lekarskiej; w tych zaś fabrykach, gdzie lekarze byli płatni od wizyty, pomoc lekarska ze względów oszczędnościowych była mniej wybitną; przytem, jeśliby robotnik zbyt często korzystał z pomocy lekarskiej (chroniczne cierpienie) — zbytby obciążał sobą budżet i mogłoby mu grozić wydalenie z fabryki. Pensya lekarza stałego winna być tak wysoka, aby porada przecięciowo wypadła 50 kop.; wtedy lekarz nieźle opłacany, choć uiezbýt szczerze, więcej będzie dbał o klientelę fabryczną, będzie jej mógł więcej czasu poświęcić, co wpłynie niepomiernie dodatnio na jego stosunek do robotników.

Za niezmiernie ważną sprawę uważam kwestyę zapomóg. Obecnie robotnicy podczas choroby, która nie wynika z wypadku, z żadnych zapomóg nie korzystają; wobec czego choroba dla robotnika równa się kompletnej ruinie materialnej, a nawet grozi głodową śmiercią i robotnikowi, i jego rodzinie. Za okres, podczas którego robotnik powinien mieć prawo korzystać z zapomóg, uważam termin od 12 do 20 tygodni, łącznie z rekonwalescencyą. W razie niezdolności do pracy po tym terminie, przy ubezpieczeniu od niedołęztwa, zostaje on zapisanym na listę inwalidów. Co do wysokości zapomóg, to za minimum

uwążam połowę codziennego właściwego zarobku. Zapomogi, wydawane przez krakowską kasę chorych, są głodowe.

Rozszerzenie w ten sposób pomocy lekarskiej zwiększy jej kosztą niepomieranie i przekroczy granicę możliwości utrzymywania jej wyłącznie na koszt pracodawcy, dlatego też w celach oszczędnościowych należy: znieść szkodliwą i drogą instytucję felczerów, gdyż właściwie są oni zakałą pomocy lekarskiej w fabrykach; felczer nietylko nie pomaga lekarzowi, jak chce prawo, lecz leczy — zamiast lekarza fabrycznego. Leczymy my sami, nie wysługujmy się pseudo „lekarzami praktykami“, jak się pragną nazywać felczerzy, a część niezadowolenia ze strony robotników, na złą pomoc lekarską, zginie. Nie będę przytaczał innych motywów przemawiających za usunięciem felczerów z fabryk. Kol. Hewelke, w odczycie, wygłoszonym na inauguracyjnym posiedzeniu Stowarzyszenia, mnie już uprzedził.

Przez zakładanie wspólnych aptek dla kilku fabryk, co radził kol. Łazarowicz, można zmniejszyć kosztą lekarstw.

Za nieodzowne zaś uwążam powołać robotnika do udziału w kosztach utrzymania pomocy lekarskiej i udziału w administracji, co zmniejszy niepomierany ciężar wydatków ze strony pracodawcy, powiększy fundusze fabryczne kas chorych, uczyni możliwą kontrolę ze strony robotników przed nadużyciami, zapewni robotnikom poważny głos przy wyborze lekarzy.

Na zakończenie ośmielam się podać następujące wnioski:

I. Z obecnej organizacyi pomocy lekarskiej fabrycznej lekarze są niezadowoleni z powodu zbyt niskiego wynagrodzenia i tęższego wobec robotników stanowiska, wyływającego z roli lekarza, jako eksperta.

II. Stanowienie o wysokości wynagrodzenia lekarza fabrycznego przez lekarzy zrzeszonych da im lepsze warunki, niż wolna konkurencya.

III. W zadaniach lekarza fabrycznego pożądanem byłoby rozdzielenie obowiązków leczenia i ekspertyzy.

IV. Na niezadowolenie robotników z obecnej pomocy lekarskiej fabrycznej składają się:

- a) nieufność do lekarza fabrycznego, w którym, wskutek roli eksperta, widzą człowieka, broniącego interesów fabrykanta;
- b) brak dość starannej, ich zdaniem, pomocy lekarskiej, wynikającej z lichego wynagrodzenia lekarzy;
- c) brak często stałych lekarzy fabrycznych oraz konsultantów;
- d) brak pomocy lekarskiej dla rodzin;
- e) brak zapomogi przez czas choroby;
- f) brak udziału w wyborze lekarza.

V. Na uzdrowienie stosunków organizacyi pomocy lekarskiej fabrycznej, prócz podniesienia płacy lekarzy, stałych posad lekarzy fabrycznych, odpowiedniego rozdzielenia ich obowiązków, może stanowczo wpłynąć i jest pożądanem:

- a) przez utworzenie kas chorych współdział robotników

w kosztach i zarządzaniu służby zdrowia oraz w wyborze lekarzy;

b) zapewnienie pomocy lekarskiej dla rodzin;

c) udzielanie zapomóg przez czas choroby.

VI. Uregulowanie pomocy szpitalnej dla robotników i ich rodzin jest sprawą pilną, ile, że dzisiejszy sposób korzystania robotników ze szpitali w Warszawie przynajmniej jest wyzyskiem dobroczynności publicznej.

VII. Pożądanem jest dążenie do usunięcia felczerów fabrycznych.

VIII. Rozwój u nas przemysłu osiągnął już tego stopnia, że można i trzeba przystąpić do obowiązkowego ubezpieczenia robotników od niezdolności do pracy i od wypadku. Zasady takiego ubezpieczenia nie mogą być w Królestwie te same, co w Cesarstwie.

IX. Pomoc lekarską i ubezpieczenia obowiązkowe należałoby rozciągnąć na całą ludność pracującą.

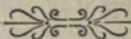
---

## Kronika bieżąca.

---

— Dn. 21 lutego r. b. nastąpiło otwarcie ambulatoryum przy Zakładzie leczniczym dla dzieci kol. J. Bączkiewicza (Ogrodowa 13/17). Ambulatoryum mieści się na parterze. Posiada oddzielną poczekalnię dla chorych zakaźnych i oddzielne gabinety lekarskie dla płonicy, błonicy i odry oraz chorób wewnętrznych, dla ortopedyi, salę operacyjną i t. p. Prócz tego urządzone pracownię podręczną, pokój do sterylizacji etc. Ambulatoryum to odpowiada wszelkim nowoczesnym wymaganiom, wypełnia więc brak wielki tego rodzaju instytucyi.

Dawne pomieszczenie ambulatoryum kol. B. przeznaczyl na rozszerzenie zakładu i urządzenie pokoi izolacyjnych dla chorych zakaźnych.



---

Redaktor: Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.