

CZASOPISMO LEKARSKIE

Dwa rzadkie przypadki mięsaka jamy noso-gardzielowej

(*Sarcoma cavi nasopharyngei*).

opisał Dr. med. **Stefan Rontaler**.

(Odczyt wygłoszony w Tow. Lekarskiem Łódzkim, d. 7 Czerwca 1899 r.)

Mięsak jamy nosogardzielowej zdarza się bardzo rzadko. W literaturze znajdujemy tylko nieliczne opisy tej choroby, ogłoszone przez Stoerka, Chiariego, Wolsona, Schecha, Kosińskiego, Kijewskiego i Wróblewskiego, Iwanickiego, Jurasza, van Leydena i innych. Nowotwór wyrasta zwykle ze sklepienia lub też z bocznych ścian; rozrastając się, przechodzi na miękkie podniebienie, na łuki gardlane, w zapuszczonych przypadkach przebija sobie drogę do nosowych i sąsiednich kości, szerząc ogromne zniszczenia w tych ostatnich i czyni przerzuty początkowo do sąsiednich gruczołów (gl. cervicales), później i do innych narządów.

Najczęściej zdarza się u osób w wieku od 10—20 lat, rzadziej—w wieku od 20—40 lat.

Ten nowotwór dochodzi czasem do ogromnych rozmiarów, staje się widocznym, bez rhinoscopia posterior—pod małym języczkiem. W takich razach znajdujemy zwykle owrzodzenia powodujące rozkład i foetor ex ore.

Forma mięsaka bywa okrągła lub też nierówna, złożona z kilku części.

W ciągu ostatnich 2 lat spostrzegłem dwa przypadki mięsaka jamy nosogardzielowej.

Przypadek I: 8 Stycznia 1898 roku byłem wezwany do pana H. H. fabrykanta, 40 lat liczącego, który narzekał na ciągły katar nosa, dodając, że nos już od wielu lat był zatkany, ale od kilku tygodni nie może już wcale przez nos powietrza przedostać i usta ma ciągle otwarte; w nocy zaś, od niejakiego czasu, jak dodała żona pacjenta,

bardzo silnie chrapie. Przymiotu nigdy nie miał; ożenił się bardzo młodo, mając lat 24, od kilku lat ma powiększone gruczoły szyjowe, które od czasu do czasu silnie obrzmiewają; obrzmienie dochodzi wtedy aż do wyrostka sutkowego kości skroniowej. Podczas powiększenia gruczołów szyjowych zawsze ma gorączkę o torze przepuszczającym, która po kilku dniach przechodzi.

Status praesens: Silnie zbudowany, barczysty mężczyzna ma wygląd zdrowy; gruczoły szyjowe dość twarde i powiększone, z tego powodu nosi ogromnie szerokie kołnierzyki (№ 46), obwód szyji 44 cm; gruczoły w innych częściach ciała nie powiększone.

Rhinoskopia anterior: dolne muszelki obrzmiałe, tylnej ściany ściany gardła przez nos nie widać, zaczerwienienie błony śluzowej nosa z przejściem w kolor różowy; wypływ wodnisty, nie bardzo obfity.

Pharyngoscopia: boczne ściany gardła obrzękłe i zaczerwienione, wielka nadezułość podczas badania. Przy rhinoscopia posterior skonstatowałem narośl, wychodzącą ze sklepienia jamy nosogardzielowej, zakrywającą nozdrza tylne i wypełniającą całą jamę nosogardzielową, koloru czerwono-szarego. Przy badaniu zbitości guza za pomocą palca stwierdziłem, że jest nie bardzo twardy, ale dosyć łatwo krwawiący. W krtani zmian nie ma. Bębenki trochę wciągnięte; słuch normalny.

Do operacji pacjent zjawił się dopiero po 3-ch tygodniach (29 stycznia 98 r.). Zauważyłem wtedy ogromną różnicę: guz widocznym był już przy pharyngoscopji; z pod małego języzka (z lewej strony więcej) wystawał guz na jakie dwa centymetry.

Szczypcami Jurasza wyciąłem guz wielkości gołębiego jaja. Po wycięciu nastąpiło nieznaczne krwawienie. Wycięty guz był badany mikroskopowo przez kol. Nenckiego w Warszawie, który łaskawie przysłał mi preparat mikroskopowy z djagnozą: *Sarcoma parvi et globocellulare alveolare*. 5 lutego 1898 r., po tygodniu, pacjent znowu zjawił się u mnie.

Rhinoscopia posterior wykazała resztki guza w sklepieniu, na tylnej ścianie i w zachyłkach gardzielowych. Po podniesieniu małego języzka widoczne były resztki narośli w bokach jamy nosogardzielowej. Cały guz był więc zrośnięty z bocznymi i tylną ścianami jamy nosogardzielowej.

Tegoż dnia oczyściłem za pomocą skrobaczek Gottsteina i Trautmana sklepienie do samej kości. Krwawienie tym razem było silniejsze. 17 lutego usunęłem zmodyfikowanymi szczypcami Grünwaldta (z zagięciem w górę) prawą boczną ścianę gardzieli, 21 lutego zaś lewą. Po ostatniej operacji byłem wezwany do mieszkania pa-

cjenta dnia 24 lutego z powodu gorączki i lekkiego ropienia ran w jamie nosogardzielowej i powiększonych gruczołów szyjowych. Po zastosowaniu euophenu ropienie ustało po kilku dniach. Po operacji kilka razy wypalałem miejsca operowane, wewnątrz zaś dawałem Solutio Fowleri. Jama nosogardzielowa była zupełnie oczyszczona; przy rhinoscopia anterior widać było tylną ścianę bez żadnego odbłasku. W końcu marca pacjent wyjechał do Wiesbadenu; dałem mu list z djagnozą do D-ra Jansena w Berlinie i radziłem, aby też prof. Bergmana się poradził. Od Jansena otrzymałem 1 kwietnia z. r. list, w którym mi pisał, że w jamie nosogardzielowej nie nienormalnego nie znalazł; stwierdził tylko obrzmienie bocznych ścian, za łukami gardlanymi (o którym już wspominałem), i znakomicie powiększone gruczoły szyjowe. Obaj konsultanci zgodzili się na kurację w Wiesbaden, zapisawszy Sol. Fowleri. Gruczołów szyjowych nie chcieli operować („Sarcoma inoperabile“).

14 czerwca r. z. pacjent znów był u mnie; w jamie nosogardzielowej recydywy nie było.

W krótko potem, za radą rodziny, pacjent wyjechał do lecznicy Lahmana, gdzie bawił kilka miesięcy. Tam nastąpił nawrót nowotworu. Pierwszym objawem był katar i zatkanie nosa; zastosowywano wdmuchiwanie przez gardło; gdy zaś narośl pokazała się pod małym języzkiem, jeden z lekarzy drezdeńskich postawił rozpoznanie: rhinoscleroma; jednak badanie mikroskopowe potwierdziło djagnozę kol. Nenckiego. Podczas pobytu w Dreźnie pacjent stracił słuch skutkiem zatkania trąbek częściami narośli. W Dreźnie wypalano pacjentowi kilka razy części narośli.

Od czerwca do grudnia pacjenta nie widziałem. Dopiero 10 grudnia r. z. zjawił się u mnie, zmieniony, wychudzony, z cerą żółtawą.

Rhinoscopia posterior: sklepienie, uchylki gardzielowe i trąbki wypełnione naroślą.

Rhinoscopia anterior: muszelki zaczerwienione, lecz nie obrzmiałe, tak, że podczas fonacji widoczne jest odbicie w jamie nosogardzielowej.

Badanie uszu wykazało silne wciągnięcie bębenków; słuch badany za pomocą szeptu: z prawej strony 1 metr, z lewej strony zaś tylko 6 centymetrów. Po zastosowaniu kateteru z małym zagięciem powietrze częściowo przechodziło do uszu. Po pierwszym przedmuchiowaniu słuch się poprawił: z prawej strony 1½-c., z lewej 15 centymetrów.

12 grudnia byłem wezwany do mieszkania pacjenta, który miał silną gorączkę (39,5^o), silne opuchnięcie gruczołów szyjowych i śledziony i był bardzo osłabiony. Polecilem pacjenta opiece wewnę-

trznego lekarza w celu leczenia osłabionego organizmu. W kilka dni potem, d 17 grudnia r. z., pacjent zjawił się u mnie, nie gorączkując; wtedy widziałem pacjenta po raz ostatni. W kilka dni po tej ostatniej wizycie pacjent znowu położył się do łóżka; w końcu grudnia powiększyły się gruczoły pachwinowe, nastąpił uwiąd, sub finem — obrzęk skóry i płuc; zgon 13 kwietnia r. b.

Krew nie była badana, ponieważ pacjent chciał się poddać badaniu krwi dopiero za granicą.

Przypadek II: W. K. majster fabryczny, lat 28, zjawił się u mnie 12 listopada r. z., skarżąc się na zatkanie lewej strony nosa i na szum w lewym uchu, trwający od kilku miesięcy. Nigdy przed tem na nie nie chorował. Rodzice zdrowi. Żona umarła na suchoty.

Status praesens: Tęgi, dobrze zbudowany, wysoki mężczyzna, mówi przez nos.

Rhinoscopia anterior wykazuje z lewej strony obecność zбочenia w lewą stronę przegrody (crista septi), przyciskającej dolną muszelkę.

Pharyngoscopia: miękkie podniebienie mało poruszalne, na lewo u góry, za łukami gardlanymi. widać mały czerwony guz, wychodzący z jamy nosogardzielowej.

Rhinoscopia posterior: z lewej strony widoczny jest guz, zakrywający lewy zachyłek gardzielowy, lewą trąbkę i lewe nozdrze tylne. Guz składa się z kilku części.

Badanie uszu: z lewej strony woszczyna, z prawej bębenek normalny. Szeptu z lewej strony wcale nie słyszy; z prawej strony słuch normalny. Po wyszprycowaniu lewego ucha, bębenek okazał się bardzo silnie wciągniętym; słyszał szept na 3 centymetry.

Guz wyciąłem szczypcami Jurasza w kilku kawałkach, razem wzięwszy — wielkości gołębiego jaja.

19 listopada wyskrobałem sklepienie do samej kości za pomocą skrobaczki Gottsteina.

28 listopada uchylek lewy Rosenmüllera był oczyszczony za pomocą skrobaczek Hartmana, Trautmana i modyfikacji Grünwalda (z zagięciem w górę). Następnie 3 razy w przeciągu miesiąca przypalałem elektrycznie miejsca, zajęte poprzednio przez guz. Prócz tego usunąłem za pomocą dłutka i młotka grzebień przegrody (crista septi) z lewej strony nosa. Po kilku przedmuchiach lewego ucha słuch się znacznie poprawił (2 metry). W marcu r. b. zjawił się pacjent ponownie narzekając na przeszkodę podczas łykania, zatkanie lewej strony nosa i szum w lewym uchu.

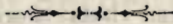
Z lewej strony nosa przy rhinoscopia anterior: odbłask w tyle. Gruczoł szyjowy wielkości gołębiego jaja. Pharyngoscopia: z lewej

strony gardła za łukami gardlanymi widać guz, który przez przyciśnięcie łuków zupełnie przypominał powiększony migdałek gardlany.

Rhinoscopia posterior: Guz wyrasta z lewej bocznej ściany jamy nosogardzielowej, zakrywa lewą trąbkę i lewe nozdrze tylne. 11 marca usunąłem za pomocą tonsyllotomu dolną część narośli, znajdującą się za łukami. W dwóch następnych posiedzeniach wyciąłem i wypaliłem elektrycznie część górnej narośli. Potem pacjenta nie widziałem; operacja nie była dokończona. Pacjenta ujrzałem dopiero w połowie kwietnia, w szpitalu miejskim, dokąd przybyłem na łaskawe zaproszenie kol. Kruschego w celu zbadania chorego. Zaszła w przeciągu tych kilku tygodni ogromna zmiana: gruczoł szyjowy wielkości półpięści, w gardle ogromne zaczerwienienie i obrzęk miękkiego podniebienia, mały języzek, również obrzęknięty, widocznym był dopiero po przyciśnięciu języka. Z lewej strony miękkiego podniebienia zanieczyszczone owrzodzenie, 3 centymetry długie, dzielące podniebienie na dwie części. Po odciągnięciu prawej części miękkiego podniebienia, widziałem za pomocą lusterka resztki narośli w bocznej lewej stronie gardzieli i część zrośniętą z tylną ścianą miękkiego podniebienia. Po zbadaniu chorego kol. Krusche, kol. E. Jasiński, kol. Dworzańczyk i ja zgodziliśmy się, że operacja jest niemożliwą. Wkrótce pacjent wypisał się ze szpitala. D. 8 maja r. b. zmarł. Śmierć poprzedził silny krwotok. Dajnoza mikroskopowa, łaskawie przez kol. Goldmana uskuteczniła, brzmiała: Sarcoma.

W pierwszym przypadku gruczoły szyjowe były natury pseudo-leukemicznej. Schech opisał kilka przypadków mięsaka jamy nosogardzielowej, w połączeniu z pseudoleukemią. W jednym z tych przypadków mięsak przebił kość sitową i oczodół, przez co wywołał ropienie w nosie i exophthalmus.

W drugim przypadku mięsak był umiejscowiony jedynie w jamie nosogardzielowej. Dopiero po nawrocie nastąpiło obrzmienie gruczołów szyjowych z tej strony, z której rósł mięsak w jamie nosogardzielowej.



Plamica (purpura simplex) a niestrawność (Dyspepsia gastro-intestinalis)

U DZIECI.

Podał K. Ciagliński (Siedlce).

W styczniowym zeszytzie „Semaine medicale“ (№ 25 z d. 4/I 99) podaje prof. Huttinel opis kilku przypadków zapalenia kiszki u dzieci

(entero-colites aigues avec accidents graves), z ciężkimi objawami nerwowymi i różnorodnymi wysypkami wskutek samozatrucia kiszkowego. Poniżej przytaczam analogiczny przypadek, sądząc, że nie będzie bez pewnego znaczenia w obec ważności a poniekąd i nowości kwestji. W dniu 26 października 1896 r. wezwany byłem do 3 letniego chłopczyka Egr. z powodu wysypki. Dziecko widziałem przed tygodniem na naradzie z jednym z kolegów z powodu influenzy (nieprawidłowa gorączka, laryngo-tracheo-bronchitis, ból w uchu). Obecnie znalazłem: dziecko z małemi zmianami krzywicowemi da kończynach i żebrach, blade, odżywianie średnie; stan bezgorączkowy. Na skórze kończyn dolnych wysypka: a) W postaci grudek lub bobu, różowo-czerwonych, w ilości nie przechodzącej kilkunastu, wyłącznie na wyprostnej powierzchni goleni. Grudki, ściśle ograniczone, wyczuwają się w grubości skóry (corium), o powierzchni gładkiej, bez łusek i pęcherzyków; tu i owdzie brunatne zabarwienie jako ślad zanikłych grudek. Swędzenie małe lub żadne, gdyż brak oznak drapania. b) W postaci ciemnoczerwonych plamek, wielkości łebka od szpilki, soczewicy, najwyżej grochu, nie znikających przy ucisku, rozsianych na wyprostnej powierzchni goleni, ud i, nieco, przedramieni. Plamista wysypka głównie zaniepokoiła rodziców, ponieważ grudkową miewał już jakoby kilkakrotnie i ustępowała ona pod wpływem kąpieli.

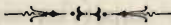
Brak zaburzeń organów klatki piersiowej. Język obłożony, brzuch wzdęty, wypróżnień od 24 godzin nie było, ale poprzednio stolce jakoby prawidłowe. Ponieważ ani krwawienia, ani nawet obrzmienia dziąseł nie znalazłem, pozpoznałem: purpura simplex, erythema nodosum. Ze stanu dziecka jasno sprawy sobie nie zdawałem: mały pacjent był bardzo apatyczny, tak, że to zwróciło uwagę otoczenia, i mogło nasuwać obawę jakiegoś cierpienia mózgowego, tembardziej, że istniał zez rozbieżny lewostronny; ponieważ jednak: tętno (około 80 miarowe) przypuszczenia tego nie potwierdzało, ruchy gałki ocznej lewej mimo zezu były normalne a matka oświadczyła, że podobne „krzywienie oczka“ zauważyła i przy zupełnym zdrowiu, że, wreszcie, ten sam objaw można obserwować i u ojca (co stwierdziłem), przestałem na wyżej przytoczonym rozpoznaniu i zachowałem się wyczekująco, zaleciwszy lekką dietę, soki owocowe, obmywania letnie octem aromatycznym.

27/X Dziecko bardzo apatyczne, śpi niespokojnie, ciemno-czerwone plamy w większej ilości na kończynach, na dolnej części brzucha, jedna wielkości bobu na mosznie z lewej strony; brak apetytu, stolce po ławatywie w niewielkiej ilości, cuchnące. 28/X, Dziecko wymiotuje

po każdym posiłku, leży wyczerpane z zamkniętymi oczyma. Tętno do 80 miarowe; ciepłota 37,1. Grudki bledną i zmniejszają się. Wykwity purpurae zmieniają barwę, nowe występują. Stoleców nie było. Wzdęcie brzucha. Ze strony oczu nowych objawów niema. Zalecony kalomel i djeta wodna (nie prócz wody gotowanej z koniakiem) spowodowały kompletną zmianę w obrazie chorobowym: po kilku obfitych, eucznących, czarnych, stolcach wymioty ustały; dziecko orzeźwiało i zaczęło się domagać pokarmu, wysypka zaczęła znikać i dziecko w krótkim czasie zupełnie wyzdrowiało. Przyznaję, że w przytoczonym przypadku postawiłem rozpoznanie „a porteriori“ ex juvantibus; dopiero wynik oczyszczenia i dezynfekcji kiszek przy zupełnem powstrzymaniu dowozu substancji łatwo fermentujących (mleko, wodany węgiel) naprowadziły mnie na wniosek, że podstawą cierpienia była niestrawność z następczem samozatruciem produktami nienormalnych procesów chemicznych w przewodzie żołądkowo-kiszkowym; to mi tłumaczyło objawy pogiębienia nerwowego i uporezywe wymioty (w urynie białka nieznajdywałem).

W obec częstotści występowania wysypek skórnych u dorosłych po zatruciach pokarmowych (erythema, urticaria po spożyciu raków, poziomek) mogłem przypuścić taki sam związek przyczynowy i dla obserwowanych zmian na skórze, dla rumienia łatwiej, dla plamicy trudniej o tyle, iż analogicznych przypadków w literaturze nie znajdwałem. Dopiero praca Huttinela potwierdziła moje przypuszczenia, wymienia on bowiem i plamicę pomiędzy wysypkami obserwowanemi u swoich pacjentów.

Etjologja plamicy jest najzupełniej nieznaną; zależy prawdopodobnie od wielu warunków, przyczem zatrucie żołądkowo-kiszkowe zajmuje nie ostatnie miejsce.



Colica mucosa et enteritis membranacea.

Podał Dr. Bronisław Handelsman.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lekarskiego Łódzkiego d. 17/IX 1898).

Cierpienie to, oddawna już znane w literaturze, dokładnie zostało opisane dopiero w trzeciej części bieżącego wieku. W piśmiennictwie polskiem istnieje o tej sprawie tylko praca Brunnera¹⁾. Z tego też

¹⁾ Gaz. Lek. 1892.

względu ośmielam się podać Sz. Kolegom niniejszą pracę, opartą na opisach niemieckich i francuskich autorów, i na przypadkach, spostrzeganych przezemnie w szpitalu Św. Aleksandra oraz w prywatnej praktyce.

Poglądy na istotę kolki śluzowej są różne. Większość uważa ją za zapalenie. Najdalej w tym względzie zachodzi Wannebroucq, według którego mamy do czynienia z głębokiem zapaleniem, zajmującym całą grubość kiszki i mogącem doprowadzić do owrzodzenia. G. Sée, Potain, Debove, Robin, Mathieu przyjmują kolkę śluzową za nieżyt powierzchniowy kiszki grubej, wytworzony i podtrzymywany przez zapalenie. Krysiński, Gutmann i Litten stanowczo podzielają pogląd powyższy. Kitagawa sądzi, że sprawa ta jest przewlekłym złuszczaćącym nieżytem kiszki, który może być powikłany nerwowością.

Ackerlund zapatruje się na tę chorobę, jako na przewlekłe zapalenie okrężnicy, powstające wskutek działania jednego lub kilku czynników swoistych na błonę śluzową, na której istnieje lub rozwija się zapalenie.

Czynnikami temi bywają bodźce mechaniczne lub chemiczne (wlewianie roztworów garbnika, alunu, gliceryny) oraz prawdopodobnie drobnoustroje, napotymane w przewodzie pokarmowym. Brunner przyjmuje będącą w mowie sprawę za specjalny wyraz istniejącego nieżytu. Langenhagen w najnowszej swej pracy powiada, że zapalenie błoniaste jest nieżytem powierzchniowym kiszki grubej, skąd nazwa colitis lub ściślej enterocolitis.

Druga grupa autorów zalicza kolkę śluzową do nerwic. Według Siredey'a jest to samoistna lub powstała na tle zapalnym nerwica wydzielnicza. Leube, Rosenheim, Ewald, Marchand, Vanni, M. Rothman, Mendelson, Noorden dzielą pogląd Siredey'a. Nothnagel powiada, że w większości przypadków mamy do czynienia z odrębną sprawą, w której ma miejsce nadmierne wytwarzanie śluzu z niezmięnionej anatomicznie błony śluzowej i w której pewną rolę odgrywa nerwica wydzielnicza. Za poglądem tym przemawia częste występowanie kolki śluzowej u nerwowych i histeryczek, obraz kliniczny i charakter błon, które nigdy nie przedstawiają cech zapalnych. Trudno przypuścić, aby samo zaparcie mogło wywołać kolkę śluzową, ponieważ ona w porównaniu z nawykowem zaparciem napotyka się bardzo rzadko. Nie łatwo też rozstrzygnąć, czy w tych przypadkach, gdzie anatomiczny i kliniczny obraz odpowiada prawdziwemu nieżytkowi, mamy do czynienia tylko z nieżytem, któremu towarzyszy wzmózone wytwarzanie śluzu, lub z nieżytem, powikłanym nerwicą wydzielniczą. Zdaniem Nothnagla należy przypadki te odróżniać od kolki śluzowej i zaliczyć do cierpień nieżytkowych.

Słusznie zaznacza Ackerlund, że sposób powstawania i naturę kolki śluzowej mogą wyjaśnić jedynie doświadczenia, które jednak Van-niemu i Ackerlundowi nie dały żadnych wyników.

Kolka śluzowa nie jest rzadkiem zjawiskiem. Wiek nie odgrywa żadnej roli, chociaż większość chorych liczy od 25 — 45 lat; kobiety częściej bywają dotknięte, aniżeli mężczyźni (kobiety stanowią według Littena 80%, według Kitagawy 90%, Ackerlunda 67%, Langenhagena 71% i u mnie 75%).

Większa część chorych cierpi na hypochondryją, niemoc nerwową lub maciennictwo (wszyscy moi chorzy przedstawiali zaburzenia w układzie nerwowym. Prawie wszyscy uskarżają się na przewlekłe zaparcie, chociaż w niektórych spostrzegano rozwolnienie (Ewald). Langenhagen zawsze znajdował wyraźny artretyzm, kamice nerkową i kiszkową, hemoroidy, migrenę, u krewnych zaś dnę, gościec, otyłość i nerwowość. Ten sam autor na zasadzie spostrzeganych przez siebie objawów uważa zapalenie błoniaste za oznakę dyjatezy neuroartrytycznej. Pogląd ten może nam objaśnić dlaczego rozpatrywana choroba teraz częściej się napotyka, aniżeli dawniej, albowiem współczesne wadliwe warunki życiowe (nadmiar pracy, złe odżywianie się) ułatwiają powstawanie artretyzmu.

Dane anatomo-patologiczne są bardzo skąpe. W dwu tylko przypadkach, rozpoznanych za życia, dokonano oględzin pośmiertnych. Chory O. Rotmana za życia przedstawiał obraz charakterystyczny dla kolki śluzowej. Sekcja prócz pęknięcia dwunastnicy, które spowodowało śmiertelne zapalenie otrzewnej, nie wykazała żadnych nieprawidłowości w przewodzie kiszkowym.

M. Rothman spostrzegł chorą z rakiem na podstawie czaszki. Pacjentce tej z powodu zaparcia robiono lawatywy, po których kilkakrotnie bez bólu odchodziły bez kału masy błoniaste. Przy sekcji znaleziono, co następuje: Błona śluzowa okrężnicy poprzecznej, o ile nie była wypełniona kałem, a szczególnie silnie skurezonych części okrężnicy zstępującej była w wysokim stopniu nacieczona i pofałdowana. Między fałdami zauważono białawe twory w postaci błon lub sznurków. Części kiszki, wypełnione błonami, nie zawierały kału. W okrężnicy wstępującej duża ilość kału, brak błon i zaczerwienienie śluzówki.

W dolnym odcinku kiszki grubej i w odbytnicy błony łatwo można było oddzielić bez uszkodzenia zaczerwienionej błony śluzowej. Błona śluzowa dwunastnicy, zawierającej kał, lekko zaczerwieniona. Badanie drobnowidzowe, wykonane przy pomocy barwienia, wszędzie wykazało obecność mucyny i brak włókniaka. Nabłonek błony śluzowej był wyparty przez wspomniane masy, które przenikały do światła gruczołów i dosięgały ich dna. Między rurkami gruczołów zauważono rozmnażanie się komórek i rozszerzenie błony śluzowej. W drugim zatem przypadku znaleziono wyraźne zmiany nieżytowe.

Charakterystyczną cechą tego cierpienia w większości przypadków stanowią napadowe bóle brzucha, występujące w postaci kolki i połączone z wydaleniem przez odbyt mas błoniastych. Napady te zjawiają się powoli lub nagle, bez wiadomej przyczyny lub wskutek błędu w dyjecie lub wzruszenia. Bywają niekiedy tak silne, że przybierają charakter kolki. Ból bywa umiejscowiony w okolicy okrężnicy poprzecznej lub zstępującej i zagięcia esowatego, czasami rozchodzi się po całym brzuchu, na pęcherz moczowy, narządy płciowe, a także na lewą nogę. Po dobrowolnem lub wywołanem przez lawatywę odejściu błon ból ustępuje, by powrócić po przerwie kilkotygodniowej lub kilkomięsiecznej. Zdarza się, że bywa tylko jeden napad. W czasie napadu można zauważyć brak łaknienia, zaparcie i spotęgowanie objawów nerwowych.

Inne przypadki wyróżniają się brakiem bolesności przy odchodzeniu mas błoniastych. Pierwszą kategorię można nazwać kolką śluzową (*Colica mucosa*), a drugą zapaleniem błoniastem kiszek (*enteritis membranacea*). Wspólnym dla obydwu grup objawem bywają własności wypróżnienia.

Badanie wypróżnień: a) Makroskopowe. Wypróżnienie składa się z mas błoniastych wyłącznie lub zmieszanych z kałem. Ilość błon bywa rozmaita. Długość dochodzi do 130 cm. Masy te są podobne do błon krupowych lub do skrępow w drogach oddechowych, a także przedstawiają się w postaci kłęбка śluzowo-galaretowatego, niekiedy są bezkształtne. One bywają przezroczyste lub nieprzezroczyste, szarawe, czasami wskutek domieszki kału brunatne lub krwią zabarwione na czerwono. Najlepiej się przechowują w 1 — 2% roztworze kwasu karbolowego, w alkoholu zaś się kurczą. b) Mikroskopowe i chemiczne. Będące w mowie błony łatwo się rozpuszczają w rozcieńczonych alkaliach; w wysoku i eterze nie zostają rozpuszczone. Kwas octowy i rozcieńczone kwasy mineralne dają męty lub osad.

Przed położeniem na szkiełko przedmiotowe należy preparat przemyc fizyologicznym roztworem soli kuchennej. Dla barwienia używa się tionina, eosina, safranina, błękit metylenowy i hematoksyлина; ale najlepszym barwnikiem jest stosowana po raz pierwszy przez profesora Hoyer'a tionina, przed której użyciem należy preparat zobojętnić. Mucyna zostaje zabarwiona na czerwono-fioletowy kolor, a inne tkanki na niebieski.

Badanie chemiczne i drobnowidowe wykazało, że masy te składają się z śluzu, białka, nabłonków cylindrycznych, jąder nabłonkowych oraz leukocytów. Trypelfosfaty, cholestearyna i drobnoustroje, (przeważnie zaś *bacterium coli com*) znajdują się przypadkowo. Ciałek ropnych bywa bardzo niewiele

Co się tyczy stosunku śluzu do białka, to większość autorów, jak da Costa, Fürbringer, Krysiński, Jaksch, Kitagawa, Rothman, Litten, Vanni, Nothnagel, Brunner, Rosenheim, przypuszcza, że mucyna przeważa nad białkiem (globulina lub nuclealbumina). Według Leubego skład może być rozmaity: w niektórych przypadkach główną część stanowi mucyna, w innych zaś substancje białkowe. Zdaniem Ackerlunda substancja zasadnicza błon składa się przeważnie z ciał mucynowych, a w mniejszej stosunkowo części z ciał, należących do grupy białka, którego istoty on nie określił. Langenhagen zaprzecza obecności białka. Istota zasadnicza w wodzie dystylowanej pęcznieje, po dodaniu mętnieje i kurczy się, przyczem prądkowanie staje się wyraźniejszym. Poo wpływem roztworów zasadowych według Ackerlunda rozjaśnia się powoli. Większa ilość kwasu octowego rozpuszcza istotę zasadniczą.

Drugim objawem kolki śluzowej bywa zaburzenie czynności kiszek. Większość chorych cierpi na zaparcie długotrwałe i uporezywe, występujące bardzo wczesnie, tak że pozornie może być uważane za przyczynę choroby. Zaparcie może trwać przez cały przebieg choroby, niekiedy bywa na zmianę z biegunką.

Z innych objawów zasługuje na uwagę enteroptoza, która według Langenhagena we wszystkich poważniejszych wypadkach towarzyszy

zapaleniu błoniastemu kiszek. Dokładne dalsze spostrzeżenia wykażą, który z tych stanów jest pierwotny. Langenhagen jednak upatruje przyczynę w zaburzeniach układu nerwowego, a raczej w ogólnem usposobieniu, wskutek którego niedowład kiszek, kolka śluzowa i enteroptoza mogą powstawać kolejno lub jednocześnie, odrębnie lub łącznie, na wspólnym gruncie i istnieć jako różnorodne przejawy tej samej choroby.

Przy badaniu znajdujemy wiotkość i zapadnięcie powłok brzusznych, przez które możemy wymacać kręgosłup. Kiszki, a przeważnie grube, są w stanie niedowład i utraciły napięcie i odporność. W pewnych wszelako przypadkach, kiszki są napięte i twarde; wtedy przewód kiszkowy cały lub część jego ulega kurezowi. Kurez i niedowład nie wykluczają się wzajemnie, tak że u tego samego chorego można znaleźć obydwa te stany, występujące jednocześnie lub kolejno. Bardzo często spostrzegamy przelewanie lub bulgotanie, które łatwo można objaśnić zaleganiem w kiszkach płynów i gazów.

Wszystkie te zjawiska mają miejsce w kiszce grubej. Kiszka cienka bierze bardzo mały udział i ulega zazwyczaj niedowładowi. Wątroba może być powiększona i obniżona. Nierzadko napotykamy ból w okolicy pęcherzyka żółciowego.

Nerki ruchome bywają rzeczą zwykłą. Oddawna już jest znany związek między żołądkiem i kiszkami. Cierpienie żołądka pierwotne może spowodować wtórne zajęcie kiszek, ponieważ one otrzymują pokarmy niedostatecznie zmienione, a nawet toksyczne. Odwrotnie też zdrowy pierwotkowo żołądek, napotykając w przepelnianych zalegającymi pokarmami kiszkach przeszkodę do opróżnienia swej zawartości, zostaje rozeiągnięty i ulega niedowładowi, a w następstwie rozstrzeni. Ślusznie też zauważył G. Séé, że gazy, przechodzące z kiszek do żołądka, rozciągają go i drażnią. Wreszcie ta sama przyczyna, która wytworzyła niedowład kiszek, może też zmniejszyć napięcie żołądka.

Błona śluzowa jamy ustnej i dziąseł znajduje się w stanie niezbytowym. Bardzo często bywa ślinotok.

Niedowład mięśni gładkich może się nie ograniczać na przewodzie pokarmowym, ale może w mniejszem natężeniu przechodzić na inne narządy np. pęcherz moczowy. Zdarza się jednakże kurez pęcherza moczowego (parcie na mocz i bolesne oddawanie moczu). Do rzadszych powikłań należy kurez odbytnicy (parcie) i wymioty śluzowe — kolka śluzowa znajduje się w ścisłym związku z zaburzeniami w układzie nerwowym. Napotykamy odruchowe cierpienia serca, płuc, przełyku, kurez przełyku. W cięższych przypadkach bywają objawy zapaści (Potain, Richardière, Mathieu, Langenhagen). Niektóre przypadłości sercowe lub płucne, których przyczyny nie możemy wynaleźć, dają się wyjaśnić odruchem z kiszek.

U pewnej ilości chorych znajdowano kamienie kiszkowe, które po silnych bólach odchodziły w postaci piasku, zmieszanego z kałem. Piasek ten przedstawiał małe jasno-brunatne nieprawidłowe sześciany o brzegach ostrych, dwa lub trzy razy grubsze od ziarenek zwykłego piasku. Kamica kiszkowa jest odkryciem względnie nowem. Wspominają o niej Dieulafoy, Mathieu, Mongour, Oddo, Jones, Langenhagen.

Piasek ten składa się z podstawowej substancji organicznej i soli wapnia, zwykle fosforanów i węglanów, niekiedy napotymano fosforan amoniakowo-magnezjowy. Mathieu zauważył, że między zapaleniem błoniastem a kamicią kiszgową zachodzi związek przyczynowy.

Należy zauważyć, że przy zapaleniu błoniastem istnieją wszystkie dane, sprzyjające wytwarzaniu się złożeń: a) nadmierne wydzielanie śluzu, tworzącego jądro, około którego zbierają się warstwy wapnia; b) zaleganie tych wytworów, zależne od zaparcia; c) wreszcie znaczne złuszczenie nabłonka. Według Langenhagena djateza artrytyczna jest wspólnym tłem, na którym się rozwija zapalenie błoniaste i kamica kiszkowa.

Stan ogólny zwykle bywa upośledzony. Większość chorych chudnie. Ludzie ze zdrowym ustrojem nerwowym ulegają osłabieniu tego systemu. Przypadłości nerwowe u neurasteników ukazują się lub się wzmagają.

Przebieg. Stosownie do natężenia objawów można odróżnić dwie formy: lekką i cięższą. W pierwszej postaci choroba przejawia się zaparciem i bądź stałym, bądź czasowem ukazywaniem się w wypróżnieniu mas błoniastych. Forma ta lub okres ten (gdyż często później przyłączają się poważniejsze objawy) z powodu swej łagodności najczęściej zostaje przeoczona. Dopiero przypadkowo wskutek skarg chorego na inne przypadłości lekarz rozpoznaje właściwą chorobę

W drugiej postaci lub w drugim okresie występuje powikłanie enteroptoza, zaburzeniami odruchowemi, kamicią kiszgową, acholią. Przygnębienie nerwowe ukazuje lub się wzmagają. Bóle kiszkowe stają się silniejszymi i uporczywszymi, często występują napadowo. Następnie choroba rozwija się w rozmaity sposób. U większości chorych ona przybiera charakter przestankowy; w przerwach między napadami chorzy lepiej trawiają, mniej cierpią i są mniej nerwowi. U niektórych przeciwnie choroba stale postępuje, napady stają się częstszymi, osłabienie nerwowe zakorzenia się, odżywianie upada i często zjawia się charakterstwo.

Rozpoznanie nie przedstawia wielkich trudności. W czasie napadu można kolkę śluzową przyjąć za kamicię żółciową lub niedrożność jelit. Pewną też trudność sprawia odróżnienie będącej w mowie sprawy od niezytu przewlekłego kiszek, ale charakter wypróżnienia rozstrzyga tę wątpliwość.

Rokowanie w przypadkach niepowikłanych quo ad valetudinem, completam też niezgorsze, chociaż często zdarzają się nawroty.

Leczenie bywa różne w czasie napadu i w przestankach między napadami. W czasie napadu najważniejszą jest rzeczą usunięcie mas błoniastych, co najskuteczniej osiągamy za pomocą wlewania obfitego letniej wody czystej lub lepiej z dodatkiem 0,5% — 0,7% roztworu soli kuchennej. Jeżeli ławatywy wodne nie skutkują, należy stosować oliwę, senes lub ol. rącznikowy. Przy bardzo silnych bólach stosujemy ciepłe okłady na brzuch, kąpiele i narkotyki, z którymi jednak należy być bardzo ostrożnym, ponieważ one wzmagają zaparcie.

Po usunięciu napadu przystępujemy do leczenia nerwowości i zaparcia. Pierwszemu wskazaniu czynią zadość środki wzmacniające ner-

wy — wodolecznictwo, faradyzacja, mięsienie i żelazo. Przeciw zaparciu niemieccy lekarze (Nothnagel, Boas, Ackerlund) zalecają lawatwy z wody lub oliwy (300 — 500 gr.) bez dodatku leków drażniących — jak garbnik lub octan ołowiu; co najwyżej można wziąć słabe rozczyzny sody (0,2% lub 0,3%). Lawatwy mają na celu nie rozpuszczenie śluzu lub działanie na chorą błonę śluzową i drobnoustroje, ale wyprowadzenie gnijących substancji, które mogą wywołać samozatrucie. Do lawatwy bierzemy 2 litry wody o t. 38° — 40°. Kiszki można też dezynfekować solami bismutu. Wszelkie zaś środki czyszczące są przeciwwskazane. Autorzy francuscy są innego zdania. Langenhagen np. utrzymuje, że lawatwy, za wyjątkiem jedynie wlewać oliwy, obniżając wrażliwość błony śluzowej kiszek, tem samem wzmagają ich niedowład, a zatem i zaparcie. Natomiast radzi on co 2 — 3 dni małe dawki ol. ręcznikowego, cascara sagrada samą albo w połączeniu z rzewieniem, magnezją, podofiliną lub belladonną, scammonium i kalomel w małych dozach. Wody mineralne mogą przynieść pewną korzyść tylko przy prawdziwym nieżycie, w przypadkach zaś czysto nerwowych mogą one, a szczególnie woda Karlsbadzka, spowodować szkodę.

Bardzo ważną rolę odgrywa djeta, która powinna nie drażnić i dawać mało kału. Należy choremu zalecać następujące pokarmy: mleko, zupy mleczne, zupę ryżową, arrow-root, kleik jęczmienny, owsiany, kaszkę na mleku, jajka, mięso smażone, pieczone, siekane, sok mięsny, beaftea, grasicę, mózdzek, rybę gotowaną lub smażoną i tarte jarzyny w małej ilości. Należy unikać kompotów, tłuszczów, napojów, wysokowych, surowizn, ciast, zwierzyny, wędlin.

W wypadkach cięższych lub zastarzałych można pozwolić tylko mleko, jajka, zupy i mięso surowe lub proszek mięsny. W miarę poprawiania się stanu kiszek przechodzimy do wyżej wspomnianych pokarmów.

Spostrzeżenia z praktyki.

O użyciu leku wymiotnego po zastosowaniu surowicy przeciwbłoniczej.

Podał Dr. S. Lewkowicz*).

Dodatnie wyniki stosowania surowicy swoistej przy błonicy krtani nie usunęły dotąd konieczności stosowania, w pewnych przypadkach, tracheotomji. Jednakże niedrożność krtani usunąć nie raz można środkiem wymiotnym; środki te zarzucono prawie zupełnie od czasu wprowadzenia surowicy przeciwbłoniczej, a jednak na zasadzie trzydziestu mych spostrzeżeń twierdzą, że leki wymiotne, niezależnie od surowicy przeciwbłoniczej, wywierają czasem skutek zbawienny, czyniąc tracheotomję zbyteczną.

*) *Arnstein*. Kilka słów o użyciu leku wymiotnego po zastrzyknięciu surowicy przeciwbłoniczej. Tow. Lek. Warsz. Posiedz. 29/XI 99.

Leki wymiotne działają, rzecz prosta, jedynie mechanicznie t. j. usuwają oddzielone i rozpadające się błony (rzekome) zmieszane z krwią i śluzem. Wartość środka wymiotnego widoczna jest z takich np. spostrzeżeń:

W maju r. z. zostałem powołany do dwojga dzieci w rodzinie robotniczej; znalazłem chłopca 2 letniego z silnym nalotem błonicy na języczku i migdałach; gruczoły szyji obrzękłe, kaszel „szczekający“, ciepłota ciała 38°, tętno 100; oddech mało utrudniony. U drugiego dziecka, dziewczynki 4-letniej, przy badaniu znalazłem nieznaczny nalot błonicy na obydwóch migdałach, zaczerwienienie błony śluzowej całej gardzieli. Ciepłota ciała 38°, tętno 94, kaszel suchy, głos ochrypły. Wciąganie górnej części brzucha nieznaczne. Obojgu dzieciom zastrzyknąłem po 1000 jednostek surowicy przeciwbłonicy, zaleciłem lód, wziewania, środek wyksztusny. Następnego dnia chłopca już nie zastałem przy życiu, zmarł bowiem w nocy; u dziewczynki zaś nalot na migdałach znikł, lecz zauważyłem wzmoczenie duszności. Zastrzyknąłem drugą dawkę surowicy. O godzinie 4-iej po południu tego samego dnia stan b. groźny. Oddech ogromnie utrudniony, wciąganie brzucha silne, niepokój. Nie pozostało mi nic innego, jak zaproponować tracheotomię, na którą jednak rodzice w żaden sposób zgodzić się nie chcieli. Natenczas zdecydowałem się na podanie tart. stib. i radie. ipcc. co 10 minut po proszku; po drugim już proszku nastąpiły wymioty, przy których wyszła gęsta masa ze śluzu, krwi i rozpadłych błon rzekomych; dziecko zaczęło lepiej oddychać. Zejście pomyślne.

W innym przypadku, do chłopca 2-letniego zostałem wezwany piątego dnia choroby, która zaczęła się od nieznacznej gorączki i chrypki. Znalazłem znaczny obrzęk gruczołów szyjowych, zaczerwienienie błony śluzowej gardzieli, na migdałku prawym nalot w postaci białych punkcików, kaszel suchy, głos nieco ochrypły. Ciepłota 38°, tętno 100. Zastrzyknąłem 1000 jednostek surowicy, zapisałem środek wyksztusny, zaleciłem lód i wziewania. Następnego dnia stan chorego pogorszył się. Białe punkciki na migdałku wprawdzie znikły, lecz dziecko się dusi, prawie nieprzytomne; sinica, tętno 140, drobne, silne wciąganie górnej części brzucha. Zaproponowałem natychmiastową tracheotomię, rodzice jednak zgodzić się nie chcieli. Z zastosowania leku wymiotnego w danym przypadku nie wiele sobie obiecywałem, a to wskutek wyraźnego już otrucia ustroju kwasem węglowym, przy którym leki wymiotne nie działają, więc bez wielkiej wiary w skuteczność mych zabiegów zastrzyknąłem dziecku pod skórę eteru, a gdy się tętno nieco poprawiło, zastrzyknąłem $\frac{1}{2}$ strzykawki apomorfiny w stosunku 0,1:10. W kilka minut później nastąpiły wymioty, przyczem wyksztuszone zostały gęste masy, złożone ze śluzu i błon rzekomych, poczem oddech stał się swobodniejszy. Dziecko wyzdrowiało.

Dnia 4/II r. b. w nocy zostałem wezwany do 4-letniego chłopczyka z powodu utrudnionego oddechu, ochryplego kaszlu i podniesionej ciepłoty ciała. Dziecko niedomagało już od 2 dni. Uskarżało się na kaszel, lekki ból głowy, przyczem ciepłota ciała ku wieczorowi była nieco wzniesiona. Lekarz, który widział dziecko w dzień, zalecił środek wyksztusny i wziewania. Przy badaniu znalazłem: cie-

plota 38,4°, tętno 112; w gardzieli żadnych objawów, kaszel ochryply, oddech utrudniony, zastrzyknąłem surowicę przeciwbłoniczą. Dnia 5 w południe powtórnie widziałem dziecko: kaszel mniej ochryply, lecz słaby, oddech utrudniony; zastrzyknąłem drugą buteleczkę surowicy. Wieczorem tegoż dnia zostałem powtórnie wezwany z prośbą o natychmiastowe przybycie, gdyż dziecko się dusi. Istotnie, zastałem dziecko w stanie zupełnego prawie zaduszania, wciąganie górnej części brzucha ogromne, kaszlu niema. Wobec tak groźnego stanu zaleciłem środek wymiotny w postaci radix. ipec. i tart. stib. przyczem po 3-im proszku nastąpiły wymioty z obfitem wyksztuszeniem błon rzekomych i śluzu, poczem nastąpiła ulga natychmiastowa i dziecko powróciło do zdrowia.

Z wyżej przytoczonych przypadków widzimy, że leki wymiotne są dobrym środkiem pomocniczym przy stosowaniu surowicy przeciwbłoniczej. Surowica bowiem spełnia najważniejszą część zadania—zobojętnia jad błoniczy, wydzielony przez laseczniki Loefflera i sprawia, że naloty błonicowe się odklejają; w celu wyprowadzenia rozpadłych błon rzekomych — jeśli ich ustrój nie wydałi samodzielnie — należy zawsze zadać środek wymiotny.

Zdaje mi się, że przed każdą tracheotomią należałoby spróbować jako ultimum refugium — środka wymiotnego.

Przypadek drgawek w początku 9-go miesiąca ciąży.

Podał F. Arnstein (Kutno).

Drgawki porodowe podzielić można na 3 grupy: drgawki u ciężarnych, podczas porodu i po porodzie. Najczęstszymi, o wiele częstszymi od innych, są drgawki podczas porodu; daleko rzadziej występują drgawki po porodzie, najrzadziej—podczas ciąży: w tym ostatnim razie najczęściej w dwóch ostatnich miesiącach ciąży; przed tym okresem ciąży drgawki należą do niezmiernie rzadkich; niektórzy akuszerowie (z dawniejszych — Kiwisch) nie wierzą w istnienie drgawek przed rozpoczęciem pracy porodowej.

Względna rzadkość z jaką występują drgawki przed rozpoczęciem porodu i skuteczność rękoczynu, jakiego dokonałem dla przyspieszenia i ukończenia porodu w kilka godzin po rozpoczęciu drgawek, jest powodem, że podaję do wiadomości przypadek, jaki miałem sposobność niedawno spostrzeżać z kolegą Zielińskim z Piątku.

Dwudziestoletnia mężatka, obywatelka ziemska, pochodząca z ojca, który przez wiele lat miał napady padaczki i umarł przed kilku laty w następstwie udaru mózgowego, w dniu 21 marca, znajdując się w końcu 8-go lub początku 9-go miesiąca ciąży, przyjechała do matki swej na wieś, odległą o kilka mil od swego mieszkania, czując się przedtem zupełnie dobrze.

Wieczorem tego dnia zaczęła doznawać bólu głowy i nudności, noc przepędziła niespokojnie i nad ranem dostała drgawek. Wezwany kol. Zieliński znalazł chorą w następującym stanie: od czasu do czasu napady drgawek z utratą przytomności, w przerwach między napadami chora przytomna, skarży się na ból głowy; badanie przedmiotowe

wykazało obrzęk rąk i nóg; mocz zawiera dużo białka; badanie aku-szeryjne wykazało zamknięcie dróg porodowych i brak bólów poro-dowych.

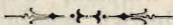
W ciągu kilku godzin ciągle powtarzające się napady drgawek. Tego dnia wieczorem o godzinie 7-ej, a zatem w jakieś godzinie 9 do 10 od rozpoczęcia drgawek, przybyłem do chorej. Przy badaniu, razem z kol. Zielińskim, znaleźliśmy stan następujący: chora leży na łóżku z zamkniętymi oczami; twarz silnie obrzmiała i sina, z jamy ustnej wystaje silnie obrzmiały język, oddech głośny, świszczący, chrapliwy; przytomność zupełnie utracona od kilku godzin, nawet w przerwach między napadami, które się powtarzają dosyć często; tętno silnie napięte.

Wobec rozwiniętej sinicy, objawów obrzęku mózgu i grożącego ży-ciu chorej niebezpieczeństwa przedewszystkiem dokonaliśmy obfitego upustu krwi, a następnie dla uspokojenia drgawek zastrzyknęliśmy pod skórę dużą dawkę morfiny. Niedługo potem stan chorej o tyle się po-prawił, że sinica znacznie się zmniejszyła, oddech stał się o wiele spo-kojniejszym, napady drgawek nieco rzadziej się objawiają i są mniej-szego natężenia. W przerwie między 2-ma napadami dokonałem bada-nia wewnętrzznego chorej, przyczem znalazłem usta maciczne na tyle otwarte, że przepuszczały swobodnie dwa palce; po za ustami ma-cicznymi wyczuwa się główka balotująca.

Ponieważ drgawki ciągle się powtarzały, a stan chorej stawał się coraz groźniejszym, postanowiliśmy ukończyć poród. W tym celu po głębokim uśpieniu chorej przystąpiłem do rozszerzenia ust macicznych za pomocą palców. Po pewnym czasie udało się ujście maciczne na tyle rozszerzyć, że przepuszczało cztery palce, aż do dłoni; wszelkie jednak usiłowania, tak z mojej jak i kol. Zielińskiego strony, wprowadzenia do macicy całej ręki dla dokonania obrotu—spełży na niczem. Wtedy wprowadziłem lewą rękę do pochwy, dwoma palcami tej ręki, a mianowicie — wskazującym i średnim, uchwyciłem dolną wargę, po-ciągając ją o ile można ku dołowi; prawą zaś ręką za pomocą noży-czek chirurgicznych wargę tę naciąłem, poczem kol. Zieliński z łatwością wprowadził rękę do macicy i dokonał obrotu, przyczem wydobył nie-żywy płód. Podczas całego rękoczynu, trwającego przeszło godzinę, chora kilkakrotnie miała napady drgawek. Po ukończeniu w ten spo-sób porodu napady drgawek stały się o wiele rzadsze, tak, że w ciągu 2-eh godzin, jakie u chorej bawiłem, były tylko 2 napady mniejszego natężenia. Następnie się dowiedziałem od kol. Zielińskiego, który po-został przy chorej, że jeszcze nad ranem był jeden napad; chora od-zyskała przytomność około południa. Okres połogowy przebiegał bez gorączki; w okresie tym występowały jeszcze objawy mocznicowe, bez drgawek (ból głowy, duszność, bicie serca, wymioty), które pod wpły-wem odpowiedniego leczenia szybko ustąpiły; chora wróciła zupełnie do zdrowia.

Pomyślnie zejście w naszym przypadku należy niewątpliwie za-wdzięczyć ukończeniu sztucznie porodu, o które zawsze postarać się należy w przypadkach drgawek porodowych, o ile to jest możliwem bez narażenia chorej na większe niebezpieczeństwo, a możliwem, zda-

je mi się, to jest zawsze, gdy poród jest rozpoczęty, gdy ujęcie maciczne jest mniej lub więcej otwarte. Czy przy zamkniętem ujęciu macicznym należy się postarać o przyspieszenie porodu, czyli o dokonanie accouchement forcé, jest kwestją sporną i nierozstrzygniętą, jak to się przekonać można z rozpraw, jakie kilka lat temu miały miejsce w berlińskim i paryskim towarzystwach lekarskich.



W kwestji zbadania rozwoju fizycznego naszej ludności.

Podał Dr. L. Rutkowski (Płońsk).

W ostatnich czasach znów podniesiono w naszej prasie kwestję, czy należymy do ludów roslých, średnich czy też niezmiernie niskich, czy jesteśmy dobrze, czy też nędznie rozwinięci pod względem fizycznym, czy się wreszcie wyradzamy, czy też nabieramy stopniowo, aczkolwiek nieznacznie, wyższego wzrostu, większej wagi, i wogóle lepszego rozwoju fizycznego? Na dopiero co przytoczone pytania, pytania niezmierniej chyba dla nas doniosłości, boć tu idzie o całą przyszłość naszej, jeżeli się tak można wyrazić, rasy, publicyści odpowiadają rozmaicie: jedni chcieliby nas w zapale patrijotycznym umieścić pomiędzy ludami najwyższymi, drudzy zaś w zwątpieniu lub w celu dowiedzenia konieczności poprawy—zmiany obecnych warunków—w rzędzie ludów najniższych, najgorzej rozwijających się, dążących wprost ku zwyrodnieniu. A przyznać należy, że i jedni i drudzy nie mogą być, podług mego zdania, posądzeni o wygłaszanie swych sądów bez podstawy. Każdy z tych publicystów ma jakieś dane, jakieś wrażenia osobiste, na zasadzie, których wysnuwa swoje wnioski, na nieszczęście jednak wnioski zbyt ogólne, a oparte, na bardzo nielicznym materiale. Czyż wreszcie dziwić się nawet różnorodności zdań, jeżeli np. dla powiatu Zamojskiego p. Śtrz.—otrzymał wzrost 178,3 ctm. wyższy od najwyższego — zdaje się na całej kuli ziemskiej—wzrostu Patagończyków (178,1), a z drugiej strony urzędowy komitet statystyczny podaje jako średni wzrost naszej młodzieży poborowej 161,9 ctm.; jeżeli (cyfry skromniejsze, różnice mniejsze) A. Zakrzewski jako wysokość wzrostu dla polaków z Warszawy podaje 168,8, dr. Olechnowicz—dla paru gmin powiatu Opatowskiego—161,7, prof. Kopernicki dla polaków galicyjskich—164,2, a podług moich pomiarów dla Płońskiego (ludność chłopska) wypadło—167,0. Moglibyśmy nawet znaleźć dowody tego, że się wyradzamy, boć np. pomiary moje i Tarczyńskiego dokonane na szkieletach w mogiłach rządowych (mniej więcej z przed 1000 lat) pokazały jako średni wzrost dawnej ludności naszej okolicy 175,0 ctm. Wniosek taki, ma się rozumieć, pokazuje się zupełnie mylnym, gdyż ta ludność z przed 1000 lat (a nawet z czasów Kazimierza Odnowiciela) należała do typu czystych długogłowców, obecna zaś—nosi na sobie cechy—krótkogłowców, wprawdzie ze znaczną do-

mieszka długogłowych;—niższy więc wzrost (167 ctm.) obecnej ludności płońskiej daje się w zupełności wytłumaczyć napływem ludności innej rasy, ludności niskiej, krótkogłowej. Co do ogólnego rozwoju fizycznego—jedni podają nas jako lud zdrowy, drudzy jako cherlaków, nędznie pod względem fizycznym zbudowanych i te różnorodne zdania; mają swe częściowe uzasadnienie, jeżeli zwrócimy uwagę na to, że np. stosunek obwodu piersi do wzrostu, według prof. Kopernickiego dla Galicji wynosi 50,6, dla Królestwa, według danych poborowych, 52,03 (Goldstein), a według p. Strzelb. 53,7, moje zaś pomiary—wykazały ten stosunek dla chłopów płońskich jako równy 53,42. Ma się rozumieć, trudno uważać stosunek obwodu piersi do wzrostu, czyli tak zwany wskaźnik piersiowy jako jedyny sprawdzian rozwoju fizycznego, sądę jednak, że ten ostatni stosunkowo nieźle da się określić przez zestawienie 3 pomiarów, a mianowicie wzrostu, obwodu piersi i wagi.

Ażeby raz już skończyć z wątpliwościami, ażeby raz już chociaż jako tako określić nasz stan fizyczny, należałoby jednocześnie prawie porobić jak najwięcej pomiarów na całym zamieszkiwanym przez nas terytorjum. Specjalnych na to funduszów, specjalnych wreszcie, urzędowo niejako, zajmujących się tą sprawą — ludzi, profesorów antropologii — tak jak inne bogatsze, znajdujące się w lepszych warunkach narody — nie mamy; należy więc wykonać tę pracę siłami prywatnymi. Jest to naszym obowiązkiem społecznym, winno to być punktem naszego narodowego honoru; bo czyż czekać będziemy aż nas znów pomierzą Niemcy, jak to częściowo już zrobił Weissbach i inni.

A do jakiejże to sfery, do jakiego zawodu przedewszystkiem mogłoby należeć dokonanie takich pomiarów, jeśli nie do nas — lekarzy, mających ciągłą styczność z całą naszą ludnością; do nas lekarzy, ze swego stanowiska nawet obowiązanych do zwracania uwagi na rozwój fizyczny leczonych przez nas współbraci. Z wyżej przytoczonych powodów wzywam i najuprzejmiej proszę wszystkich moich, poczuwających się do jakichś obowiązków społecznych, towarzyszy z zawodu do pracy nad rozstrzygnięciem kwestji naszego wzrostu, naszego rozwoju fizycznego, do zrobienia chociażby 100 pomiarów mężczyzn, zrodzonych w tych okolicach, w której każdy z Sz. kolegów stale lub też czasowo praktykuje. Postarajmy się dowieść społeczeństwu, że jako stan, jako zawód, poczuwamy się w tem, co jest dobre, do solidarności, postarajmy się jeszcze raz wykazać, że robimy nie tylko to, za co zbieramy korzyści materialne, ale i to, co uważamy za swój honorowy obowiązek.

Dla tych kolegów, którzy propozycję moją uznać zechcą za godną urzeczywistnienia, a którzy dotąd sprawą pomiarów antropologicznych mało lub wcale się nie zajmowali, podaję kilka rad i wskazówek, jak należy dokonywać wspomniane przezemnie pomiary. Żądającym szczegółów, chętnie odpowiem, ja lub też dr. Olechnowicz z Lublina.

Przedewszystkiem, kto zaczyna robić pomiary, ten powinien pozbyć się wszelkich, zgóry przedsięwziętych, upodobań do ludzi wysokich lub niskich, gdyż pomimowoli będzie przeważnie mierzył tylko wysokich lub też tylko niższych, a tymczasem należy mierzyć wszystkich, jacy się nam trafiają bez względu na wzrost, barwę skóry, oczów etc.:

pamiętajmy, że bohaterem był zarówno Łokietek jak i Bolesław Chrobry; następnie, mierzyć należy tylko ludzi względnie zdrowych, a przynajmniej przez choroby długotrwałe nie wyniszczonych, ludzi dorosłych najlepiej około lat 30, w każdym zaś razie nie młodszych od lat 20 i nie starszych od lat 60: aby uniknąć pomiarów osobników jeszcze nie rozwiniętych, lub też dotkniętych uwiadem starczym. Mierzyć należy tylko polaków (o ile ktoś chciałby ograniczyć się 100 pomiarami; pożądanem by było jednak robienie osobno pomiarów ludności żydowskiej i mięszkańców z niemcami). Nazwę „polak“ rozumiem w danym wypadku bardziej ściśle — antropologicznie, a więc nie należy umieszczać w liczbie polaków tych osób, o których wiemy, że pochodzą z matki lub ojca innej narodowości. Dla tych kolegów, którzy chcą przyczynić się do proponowanej pracy, nie mają zbyt wiele czasu na robienie bardziej szczegółowych studjów — uważałbym za odpowiednie zbieranie danych podług niżej przytoczonego szematu.

1) Płeć (mężczyzna). 2) Gdzie urodzony (wieś, parafja, powiat). 3) Wiek. 4) Wzrost w centymetrach. 5) Obwód piersi. 6) Waga. 7) Barwa oczów (niebieska, piwna, szara lub zielona). 8) Barwa skóry na piersiach (biała, płowa lub śniada). 9) Kolor włosów (jasny blondyn, ciemny blondyn czyli szatyn, brunet — włosy czarne, kruczoczarny, rudy). 10) Kształt nosa (zadarty, prosty, garbaty). 11) Z jakiej sfery pochodzi (szlachcic, mieszczanin, chłop — a jeżeli chłop, to czy ze służby, czy z włościan — [mających mniej niż 30 morgów ziemi], czy też z gospodarzy [mających 30 lub więcej morgów]). Ostatni dział wprowadzam dlatego, żem zauważył wśród gospodarzy mieszkających po królewszczyznach znacznie wyższy wzrost i wagę, niż wśród służby i włościan. Najlepiej osobno podawać pomiary szlachty, osobno mieszczań, osobno chłopów, toż samo stosuje się i co do kobiet. Pomiarów chłopów lub chłopek należy podawać co najmniej po 100, szlachty i mieszczań, ile się zbierze.

Wzrost mierzymy zapomocą podziałki metrowej, umieszczonej chociażby na odrzwiach, lub na ścianie. Najlepiej mierzyć badanych boso, przy takim ustawieniu głowy, aby otwór uszny i dolny brzeg przegrody nosa były na jednej linii poziomej; wrażliwości mierzenia boso, od wzrostu odjąć wysokość napiętków. Ważyć należy bez butów i bez wierzchniego ubrania, a od otrzymanej wagi należy odjąć 8 do 5 funtów, w zależności od zimowego lub letniego ubrania. Obwód piersi należy mierzyć przez sutki, nakładając centymetrową miarkę poziomo; po nałożeniu miarki badany powinien podnieść ręce do góry. Obwód piersi u kobiet najlepiej mierzyć przez przyczep 4 żebra do mostka.



Pierwsza pomoc przy nieszczęśliwych zdarzeniach w fabryce.

Podał **Dr. med. P. Schroetter** (Pabianice).

Robotnik fabryczny bywa często narażonym na obrażenia urazowe. Dzięki ogrodzeniom części maszyn, grożących zdrowiu, spotykamy wprawdzie o wiele mniej poważnych przypadków, niż to dawniej bywało; amputacje kończyn stały się w praktyce fabrycznej rzadkością; drobniejsze rany zdarzają się i teraz jeszcze dosyć często, pociągając za sobą stałe kalectwo.

Przyczyną złego zejścia tych drobnych obrażeń bywa często zakażenie rany. Ciało robotnika jest siedliskiem licznych drobnoustrojów, które natychmiast dostają się wgląd uszkodzonych tkanek. Jednocześnie zaś rany drobne są przez poszkodowanego lekceważone.

Wreszcie nasz robotnik fabryczny do dziś dnia nie rozumie znaczenia czystości, chętnie natomiast używa środków, cieszących się dobrą opinią u felcerów, a które krótko scharakteryzować można: „środek skuteczny“ nie wspólnego mieć nie może z... czystą wodą. Posiadać za to musi zapach, zabarwienie i t. p. własności jaskrawe. Niektóre środki dezynfekcyjne wywalczyły sobie zaszczytne miejsce w rzędzie owych „środków skutecznych“, a pomiędzy nimi miejsce przodujące — kwas karbolowy. Jak smutną rolę to panaceum chirurgji popularnej odgrywa — mówić chyba zbyt czarna. Przypomnę tylko zgorzele po okładach z kwasu karbolowego (roztworów), lub fakt, że najczystsza rana ulega nieraz ropieniu, wskutek podrażnienia tkanek przez ten środek.

O ile zmiana na lepsze wśród szerokiego ogółu ludowego zależy od ogólnego postępu cywilizacji, o tyle w warunkach lecznictwa fabrycznego poprawę sprowadzić możnaby niewielkim wysiłkiem. W tym celu proponuję plan działania następujący:

1) Wybrać z każdego oddziału fabrycznego po 2 lub 3 inteligentniejsze osoby (majstrów lub podmajstrzych) i zapoznać je ze sposobem tamowania krwotoków (przez nakładanie odpowiedniego compressorium we właściwym miejscu, lub też za pomocą tamponady), ze sposobem oczyszczania własnych rąk, obmywania uległej obrażeniu części ciała, nałożenia prowizorycznego opatrunku i z odnośnymi rękoczynami w innego rodzaju nieszczęśliwych wypadkach, zdarzyć się mogących w fabryce. Do takich wypadków należą stłuczenia, złamania, zwichnięcia, nadwichnięcia (distorsiones), oparzenia; w niektórych zawodach przemysłowych (np. chemicznych) - otrucia. Objasnienia sposobu postępowania przy podaniu pomocy powinny się tyczyć i tych rodzajów obrażeń. Te objasnienia powinny być połączone następnie z praktycznymi ćwiczeniami. 2) Zaprowadzić w każdym oddziale fabrycznym szafeczki z potrzebnymi opatrunkowymi materjałami, jak i przyborami do tamowania krwotoków (np. bandaż Esmarch'a). 3) Umieścić w tejże szafie potrzebne do oczyszczania skóry rzeczy (jako to: miednicę, pilniki do oczyszczania paznogi, mydło, szczoteczki, ręczniki jałowe etc.).

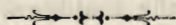
Ad. 1) Obowiązkiem osób wybranych do pełnienia funkcji przy udzielaniu natychmiastowej pomocy na miejscu być powinno: *a*) czuwanie nad tem, aby zapas materiałów w szafce był zawsze w dostatecznej ilości gotowy; *b*) zająć się poszkodowanym (nałożenie prowizorycznego opatrunku i odprowadzenie chorego do szpitala resp. lekarza). Należy zwrócić uwagę na potrzebę odprowadzenia chorego do szpitala lub lekarza, aby robotnicy po nałożeniu prowizorycznego opatrunku nie nabrali przekonania, iż na tem rzecz załatwiona i nie uważali właściwego leczenia za zbyteczne. Oprócz tego należy zwrócić uwagę i na to, że w razie niezastosowania się do tego, na nich spada odpowiedzialność, jeżeliby wynikły złe skutki.

Ad. 2) Materiały opatrunkowe winny być wyjąławiane w szpitalu fabrycznym i pakowane w oddzielnych paczkach. W paczce takiej powinna się znajdować gaza opatrunkowa pocięta, wata i bandaż; wszystko to dla jednorazowego użycia w papier pergaminowy szczelnie zawinięte. Stosownie do rany i części ciała powinny być paczki rozmaitej wielkości. Paczki te powinny być, po przygotowaniu, umieszczone w słoju szklannym albo w szczelnie zamykającej się skrzynce z blachy i odesłane do oddziału fabrycznego dla umieszczenia ich w szafie. Oprócz tego powinna się w szafie znajdować butelka z alkoholem (50%) dla oczyszczenia rąk opatrującego i części ciała uległej obrażeniu; butelka większych rozmiarów z wodą sterylizowaną i, zamiast irygatora, naczynie szklanne do przepłukania rany wodą sterylizowaną. Wykluczony powinien być kwas karbolowy, sublimat i t. p. środki, raz z powodu możliwości wypadku otrucia, powtóre—na zasadzie wyżej wyliczonych okoliczności. Konieczność zaprowadzenia podobnego rodzaju urządzeń wypływa nadto z tego, że w razie skaleczenia, robotnik, chcąc ranę większą zabezpieczyć i krwotok zatamować, nakłada — wskutek braku odpowiedniego materiału na miejscu — na ranę brudną zwykle chustkę lub też byle jaki materiał, który ma pod ręką (watę, części wyrabianego w fabryce materiału, naprzykład barehan etc.); z niezakrytą zaś raną prowadzić poszkodowanego do szpitala lub mieszkania lekarza z rozmaitych względów nie wolno. Wreszcie, lekarz lub felczer nie zawsze jest w możności natychmiast podążyć do fabryki celem opatrzenia chorego, a to wskutek innych obowiązków, jakie ma do spełnienia po za domem i po za fabryką.

Sposób i rodzaj urządzeń, w mowie będących, zależeć będzie od rodzaju zakładu przemysłowego i od warunków miejscowych. Dlatego też ogólnego wzoru na razie nie podaję. Zamiarem moim było zwrócić w obecnej chwili uwagę tylko na potrzebę tego rodzaju urządzeń. Urządzenia powyższe wprowadzone przezemnie w praktyce fabrycznej okazują się nader pożytecznymi. Wybrani ad hoc oficjaliści fabryczni chętnie zgadzają się na podjęcie tego trudu — po wyjaśnieniu, że zajmowanie się podaniem pomocy poszkodowanym robotnikom nie jest ich obowiązkiem, lecz dobrą wolą. Objasnienia z dziedziny anatomji, chirurgji, bakteriologii i higieny zajmują ich nadzwyczajnie; z przejęciem się sprawą przystępują do praktycznych ćwiczeń, przyczem zauważyłem, że na zasadzie udzielonych im objaśnień tak ściśle i dokładnie załatwiają się naprzykład z dezynfekcją rąk, jak każdy sumienny le-

karz, który, mając możność stykania się z drobnoustrojami silnie zjadliwymi, ma o wiele więcej powodu starać się o sumienną i dokładną dezynfekcję rąk własnych. Nie wątpię o tem, że tym sposobem wyćwiczone osoby będą dzielnymi rzecznikami działalności naszej na tak ważnem polu, jakim jest higiena. Przekonani o wielkiem znaczeniu zasadniczem wytycznych punktów higieny starać się będą wpoić owe zasady i robotnikowi. Zbawienny wpływ wszelkich higienicznych urządzeń, domów familijnych najracjonalniej urządzonych i t. p. paraliżować jest w stanie osobnik, któremu obcem lub niewygodnem jest pojęcie czystości około własnej osoby, otoczenia i domu swego.

Dalszym niejako ciągiem urządzenia, o którym mowa, byłoby nauczanie higieny wogóle. Popularne wykłady o higienie w ogólności i o higienie zawodowej usunęłyby nie jedno zło, z którym walka nasza jest tak trudną, a częstokroć bezskuteczną, problematyczną. Dostatecznem na razie byłoby, gdybyśmy zajmowali się w tym kierunku choćby tylko z niewielką liczbą ludzi z grona robotników — ludzi więcej inteligentnych i cieszących się pewną powagą wśród swoich współpracowników. Nie wątpię też, że władza odnośna poprze dobrą sprawę przez udzielenie pozwolenia na takiego rodzaju wykłady.



TAJEMNICA LEKARSKA

jak o

nakaz stanowy, przepis prawny i postępowanie etyczne.

Podał Dr. E. Sonnenberg.

Odczyt miany w Towarzystwie Lekarskiem Łódzkim w d. 5 kwietnia r. b.

(Ciąg dalszy).

Przejdźmy z kolei do innych prawodawstw.

Prawodawstwo angielskie niema opracowanych przepisów, regulujących sprawę, dotyczące tajemnicy lekarskiej ¹⁾.

W pewnej sprawie o rozwód, jaka miała miejsce przed kilku laty w Dublinie, i w której stronę, żądającą rozwodu był małżonek, zeznanie domowego lekarza przechyliło rzecz na korzyść tego ostatniego. Otóż wzmiankowany lekarz wyjawiał przed sądem wiadome mu okoliczności, które czyniły mężatkę, o której mowa, niezdolną do pożycia małżeńskiego. Rozwiedziona zaskarżyła wkrótce lekarza, który przeciwko niej świadczył, o niedyskrecję. Sąd przysięgłych uwzględnił powództwo pokrzywdzonej i skazał lekarza na zapłacenie 40 funtów

¹⁾ S. Placzek: „Das Berufsgeheimniss des Arztes. Leipzig 1893 S. 33.

sterl. kary, lecz wyższa instancja wyrok ten uchylila i uwolniła lekarza od wszelkiej odpowiedzialności ¹⁾.

W rozwiązywaniu pytań, dotyczących się tajemnicy zawodowej lekarza, sądownictwo w Anglii kieruje się przeświadczeniem prawnem o słuszności zażaleń, zależnem każdorazowo od warunków okolicznościowych. Jak wykazuje jednak praktyka, w sądach angielskich w dwóch wypadkach nie robi się żadnego skrupułu z zobowiązań stanowych lekarza, dotyczących dyskrecji, a mianowicie: kiedy zeznania chorego zawierają wskazówki o przestępstwie, lub kiedy naruszenie tajemnicy uważa się za korzystne w interesie współmałżonka lub dzieci pacjenta ²⁾.

W Hiszpanji oraz niektórych kantonach szwajcarskich, jak: Basel, Obwalden, Schaaflhausen, St. Gallen i Solothurn omawiany obowiązek stanowy również nie nosi cech prawnych ³⁾.

W Stanach Zjednoczonych Ameryki Północnej, jeśli sądzić z wyników dochodzeń sądowych w sprawach, o których mowa, również niema wyraźnie ustalonego przepisu prawa, dotyczącego obowiązku przestrzegania dyskrecji lekarskiej. Być zresztą może, iż jednobrzmiąca zasada nie została wcielona do prawodawstw wszystkich stanów.

Doktryna, głosząca dochowanie tajemnicy chorego, znajduje natomiast poparcie prawne u reszty państw europejskich. Różnica jednak w redakcji odnośnych przepisów prawnych polega na tem, że kodeksy rozmaitych państw nie jednakowo tłómaczą rozległość tego, co wchodzić winno w zakres dyskrecji lekarskiej. Zależnie od pojmowania owego zakresu rękojmia prawna dosięga w mniejszym stopniu lub całkowicie miary, zawartej w idei stanowej.

Pozwolę sobie w tem miejscu, w słowach zwięzłych, wyszczególnić treść odnośnych przepisów prawodawstw najgłówniejszych państw:

Kodeks niemiecki (art. 300) karze więzieniem do 3 miesięcy lub grzywną nie przynoszącą 150 marek lekarzy za wyjawienie tajemnicy prywatnej osoby, przez nich leczonej, jeżeli niema do odkrycia sekretu prawnej podstawy (... „wenn sie unbefugt Privatgeheimnisse offenbaren“). Wyraz „unbefugt“ oznacza brak upoważnienia lub zgody osoby zainteresowanej w dochowaniu jej tajemnicy. Lekarz według cytowanego artykułu ponosi odpowiedzialność karną bez względu na motywy, jakimi się kierował, wyjawiając sekret swego klienta. Prawo niemieckie upatruje już karygodność czynu w samym fakcie zdradzenia tajemnicy, chociażby czyn ten dokonany został z winy niechcącej lekarza, bez występnej myśli szkodenia. Dochodzenie krzywdy miewa miejsce tylko na skargę osoby poszkodowanej. Artykuł wymieniony obowiązuje nie tylko lekarzy, lecz rozciąga się i na cały niższy personel lekarski, dotyczy więc w równej mierze akuszerów, aptekarzy oraz pomocników tych ostatnich ⁴⁾.

¹⁾ The Medical Press 1886, 15 Juli.

²⁾ The Lancet 1899 № 12.

³⁾ Placzek (l. c.).

⁴⁾ S. Placzek (l. c.).

W kodeksie austriackim znajdujemy odnośnie do omawianej sprawy dwa artykuły, z tych jeden dotyczy lekarzy, chirurgów, akuszerów i akuszerek (§ 498), drugi zaś aptekarzy (§ 499). Osobom wyszczególnionym nie wolno wyjawiać sekretu chorego, wyjąwszy wypadek, kiedy się do nich oficjalnie zwracają odpowiednie władze. Lekarzowi za jednokrotne naruszenie tego przepisu grozi zabronienie praktykowania na przeciąg trzymiesięczny, za także wykroczenie powtórne—przez przeciąg roczny, a jeżeli lekarz bezprawia takiego dopuścił się po raz trzeci, następuje jeszcze większe podwyższenie przypadającej mu kary—traci bowiem prawo praktykowania na zawsze¹). Prawodawstwo austriackie, jak widzimy, wymierza surową karę za niedyskrecję lekarza, co zasługuje na uwagę tem większą, że dochodzenie sądowe tego rodzaju wykroczeń może być rozpoczęte nie tylko z woli prywatnej tego, czyje imię zostało nadwerężone, lecz głos w tej mierze wyjść może i z pobudki władzy, czuwającej nad stosowaniem się do brzmienia przepisu.

Kodeks karny włoski zabrania lekarzowi wyjawiać sekret uwłaczający sławie klienta, który powierzył go lekarzowi (art. 380). Wymieniony artykuł określa dosyć surową karę za taki występek: grzywnę pieniężną od 50 do 3000 lirów, oraz zawieszenie praktyki na sześć miesięcy. Lekarz jest jednak nieodpowiedzialnym za zdradzenie tajemnicy pacjenta, jeśli zażąda tego od lekarza władza¹).

Uchybienie odnośnym obowiązkom powołania sprzeciwia się brzmieniu prawa i podpada karze w Holandji (art. 272 kod. karn.), na Węgrzech (art. 328 kod. karn.), w Portugalji (art. 290), w Belgji (§ 458), w Turcji (§ 215) oraz w niektórych kantonach szwajcarskich jak: Lucernskim (§ 120 ustawy policyjnej), Genewskim (§ 378), Neuenburskim (§ 204) oraz Wallis'kim (§ 386)²).

Powinność stanowa, dotycząca dochowania tajemnicy chorego, a gwarantowana prawnie, znajduje najwymowniejszy wyraz w przepisach kodeksu francuzkiego.

Artykuł 378 francuzkiego kodeksu karnego opiewa dosłownie:

„Les médecins, chirurgiens, et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires par état ou profession, des secrets qu'on leur confie, qui, hors les cas où la loi les oblige à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 100 francs à 500 francs.“

W powyższym tekście artykułu znajduje się jedno tylko zastrzeżenie, ścieśniające obowiązek przestrzegania tajemnicy, a mianowicie ewentualność wyjawienia tejże, przewidzianą przez prawo (prawo o donoszeniu o przestępstwach). Jeżeli zwrócić uwagę na to, że późniejsza ustawa francuzka z roku 1832 wniosła najzupełniej we Francji

¹) „Das Berufsgeh. des Arztes“ (l. c.).

²) Ś. Placzek (l. c.).

Przepisy tureckie i belgijskie stanowią w tej mierze powtórzenie odnośnego artykułu francuzkiego code pénale.

wszelki obowiązek donoszenia, wynika ztąd, iż jednocześnie i powyższe zastrzeżenie utraciło swą moc obowiązującą¹⁾.

Tekst więc przepisu prawnego, a dotyczący dyskrecji lekarskiej, jest we Francji jednobrzmiącym z przepisem stanowym i zbiega się spólrzędnie z tym ostatnim. Wszelkie odstępstwo od korporacyjnego prawidła postępowania stanowi zarazem pogwałcenie przepisu prawnego.

Owe zgodne współdziałanie prawa z wymogami nakazu stanowowego, wzmacniając w tym ostatnim, zawarty w nim żywioł przymusowy, wytwarza we Francji warunki, które sprzyjają bezwzględnemu hołdowaniu doktrynie. To też największych purytan na punkcie, o którym mowa, spotykamy we Francji. „Zasadnicze milczenie — to moje prawidło“, głosi powaga tej miary, co Brouardel, jeden z wybitnych umysłów francuzkich, przywódca i gorliwy rzecznik omawianego kierunku postępowania²⁾.

Sąd więc nie może wymódz na lekarzu francuzkim wyjawienia tajemnicy pacjenta³⁾. To, z czego się chory przed lekarzem zwierzył, co lekarz widział podczas pełnienia obowiązków swego zawodu, jest uważanem za święty depozyt, który strzedz należy pilnie.

Lekarze francuzcy do tego stopnia trwają niezłomnie przy swych zasadach, że nie wyjawiają tajemnicy nawet za zgodą pacjenta. Stwierdzają to zresztą dosyć często wydarzenia z praktyki sądowej francuzkiej.

Przed kilkoma miesiącami w podobny sposób — jak podaje „La Médecine moderne“ — postąpił lekarz paryzki Chipier. Lekarz wymieniony miał w swej obserwacji pewnego syfilityka oraz leczył żonę tegoż, która przejęła chorobę od męża. Gdy ta ostatnia jednak, pragnąc poczynić starania o rozwód, zażądała za pośrednictwem swych adwokatów wydania świadectwa lekarskiego, stwierdzającego naturę jej cierpienia, Chipier żądaniu swej pacjentki stanowczo odmówił.

Nawet po śmierci pacjenta lekarze we Francji nie uważają się jeszcze za zwolnionych od przestrzegania tajemnicy.

W r. 1885 lekarz Watelet opublikował w gazecie „Matin“ istotę i przebieg cierpienia artysty Bastien'a Lepage'a, zmarłego na raka, pragnąc w ten sposób usprawiedliwić się z niesłusznych napaści dziennikarstwa, które oskarżało lekarzy o zaniedbanie chorego. Prokuratorja państwowa upatrzyła jednak w postępku Watelet'a cechy przestępstwa i wytoczyła mu sprawę karną za ujawnienie drukiem tajemnicy chorego. Watelet przegrał sprawę we wszystkich instancyach; od wyroku

¹⁾ „Das Berufsgeheimniss des Arztes“ (l. c.).

²⁾ „Pour moi, le silence est une règle absolue, qui ne souffre pas d'exception“ (Prof. Brouardel: „Le secret médical“. Paris 1893 p. 41).

³⁾ Według postanowień, powziętych przez francuzki Trybunał Kasacyjny w latach 1882, 1883, pozostawia się lekarzowi zupełną swobodę postępowania, o ile rzecz dotyczy wyjawienia lub nie wyjawienia przed sądem tajemnicy pacjenta. Powyższa uchwała Trybunału odnosi się tylko do tajemnicy „udzielonej“ lekarzowi przez chorego, lecz nie do tajemnicy, której lekarz podczas pełnienia swych obowiązków się domyslił. Lekarzowi, który decyduje się zakomunikować sądowi wiadome mu szczegóły o chorym, zapewniona jest bezkarność w obliczu prawa, lecz taki postępek lekarza uważanym jest za „faute morale“ (Профес. Таращевъ: „Къ вопросу о врачебной тайнѣ“ — „Врачь“ 1893 № 10 str. 266).

jednak apelował do Trybunału Kasacyjnego. Ten ostatni zapadły wyrok zatwierdził oraz zdecydował, iż wszelkie ogłaszanie przez lekarzy szczegółów choroby, nawet już zmarłych pacjentów poczytywać należy za naruszenie tajemnicy zawodowej.

W innym znów wypadku świadectwa lekarskiego żądali małoletni spadkobiercy, pragnąc po śmierci ojca otrzymać ubezpieczoną w Towarzystwie sumę. Z żądaniem zwrócono się do lekarza, który leczył zmarłego, prosząc o wymienienie przyczyny śmierci, jak tego wymagało Towarzystwo, w którym zmarły był ubezpieczony. Lekarz jednakże podobnego świadectwa wydać nie chciał. Sprawa na skargę pokrzywdzonych oparła się o sąd. Ten ostatni postępowanie lekarza najzupełniej usprawiedliwił¹⁾.

A oto podobny przykład.

Od lekarza zażądano wydania świadectwa przyczyny śmierci jego pacjenta. Żądał tego brat zmarłego, występując w obronie praw niesłusznie pokrzywdzonych spadkobierców, którym, zmarły na rozmięczenie mózgu ojciec, nie nie zapisał, przekazawszy natomiast cały majątek jakiejś obcej kobiecie. Wydanie świadectwa przyczyny śmierci stwierdziłoby niepoczytalność zapisodawcy, w chwili bowiem układania kodycyłu, chory był już nieprzytomnym. Lekarz jednakże wzbraniał się wydać świadectwo, zasłaniając się tem, że wydanie takowego, stanowiłoby pogwałcenie tajemnicy zmarłego klienta^{2) 3)}.

Niewolnicze trzymanie się doktryny stanowej, głoszącej tajemnicę lekarską, dochodzi nieraz w krajach, w których prawodawstwa wspierają bezwzględny nakaz stanowy, prawie do fanatyzmu korporacyjnego i znajduje swe stwierdzenie w wielu przykładach.

Dosyć, na przykład, uprzytomnić sobie, jaką to sensacją obudziło przed kilku laty posiedzenie paryzkiej akademii lekarskiej, kiedy wysłani do Anglii lekarze, Brouardel i Dieulafoy, w celu zbadania stanu zdrowia Korneliusza Hertza, jednego z ponurych bohaterów Panamy francuzkiej, mieli po powrocie zdać sprawę ze swej misji. Wzmiankowani eksperci zabierali się byli już do wypowiedzenia w tym względzie swej opinji, gdy oto energiczne i głośne protesty wielu obecnych na posiedzeniu lekarzy, powołujących się na zasadniczy kierunek idei stanowej, nakazującej przestrzeganie tajemnicy chorego, nie pozwoliły im przyjść do słowa i udaremniły tak ważne dla wymiaru sprawiedliwości zeznanie^{4) 5)}.

¹⁾ „Le Concours médical“ 1895. Towarzystwo podejrzewało samobójstwo ubezpieczonego.

²⁾ Thomas Gaston, Dr. praw: „Le Concours médical“ 1895 21. VI. (Cit. „Wraacz“ 1895).

³⁾ Więcej tego rodzaju przykładów, a dotyczących ubezpieczeń życiowych, znajdzie czytelnik w gruntownej i doskonałej pracy Dra K. Dobrskiego, w której autor, w sposób wyczerpujący, omawia stosunek lekarzy instytucji ubezpieczających do tajemnicy zawodowej. (Konrad Dobrski: „O stosunku lekarzy do Towarzystw Ubezpieczeń na życie“. *Krytyka lekarska* 1897 № 1, 3, 4, 5 i 6).

⁴⁾ „Le Bulletin médical“ 1893 8 Novembre.

⁵⁾ W sprawie cytowanej, jak wiadomo, chodziło o orzeczenie lekarskie, jaki jest stan zdrowia Hertza, od tego bowiem zależało, czy można żądać od władz angielskich wydania przestępcy władzom francuzkim, czy też nie.

Opinia prawników rosyjskich oraz rosyjskiej prasy lekarskiej odnośnie do tajemnicy zawodowej lekarza.

Jakkolwiek więc dyskrekcja lekarska w państwie rosyjskiem prawnie nie obowiązuje, jednakże najwybitniejsi przedstawiciele palestry rosyjskiej, w osobach Koni'ego, Kotlarewskiego i innych, uznają całą wagę przestrzegania tajemnicy lekarskiej i, w celu zapewnienia tejże dostatecznej powagi, stoją po stronie uzupełnienia kodeksu rosyjskiego oraz ustalenia prawnego doktryny, o której mowa, według normy kodeksów zachodnio-europejskich.

Niedawno był nawet zamiar rozciągnięcia i na lekarzy przywileju, zawartego w artykule 704 ross. proced. karnej, według którego duchowieństwo oraz obrońcy podsądnego są zwolnieni od obowiązku składania w sądzie zeznań w charakterze świadków. Wniosek powyższy przedstawiono komisji, wyznaczonej do ułożenia nowego projektu procedury karnej, lecz rzeczona komisya oświadczyła się przeciwko projektowanej poprawce. Głównymi motywami odrzucenia wniosku była obawa, aby przez dobrowolne zrzeczenie się zeznań lekarzy, jako świadków, nie utrudniać dochodzeń sądowych oraz aby w ten sposób nie dostarczać okazji do ewentualnego współudziału samego lekarza w przestępstwie¹⁾.

Co się tyczy ostatniego punktu, to umotywowanie tegoż spotyka się z bardzo osłabiającym zarzutem profesora Tagancewa, jednego z wytrawnych i wykwintnych komentatorów prawa karnego. Prof. Tagancew powołuje tu artykuł 722 proc. karnej, udzielający każdemu świadkowi, a więc i lekarzowi, prawa odmawiania odpowiedzi w sądzie na kompromitujące go pytania, jeśli je uważa za niedogodne dla siebie, w tem znaczeniu, że może wyjawić swój współudział w przestępstwie²⁾.

Inny znów rosyjski mąż stanu i prawnik pierwszego rzędu, senator Koni, zwraca trafną uwagę na to, że nawet sformułowanie fakulcieckiej przysięgi nie jest w Rosyji dosyć ściśle określone. W tej ostatniej bowiem wzmiankowaną jest jedynie tajemnica „powierzona” lekarzowi, a niema wzmianki o tajemnicy przez samego lekarza dostrzeżonej. Koni zaznacza dalej, że zastrzeżenie, aby sekret chorego nie był zużytkowany w zamiarach występnych lub w chęci szkodenia choremu, jest niedostateczne, nie przewiduje bowiem innych ewentualności, kiedy lekarz, naprzykład, zechce odstąpić od zasady milczenia, kierując się zamiarami jaknajlepszymi. Tenże senator Koni stwierdza i inne braki w fakulcieckiej obietnicy lekarza. Z wielką znajomością rzeczy wskazuje on na to, że i nieznaczny ów zakres, jaki obietnica fakulciecka zakreśla lekarzowi, pozostaje często bez wartości praktycznej wobec tego, że do przestrzegania tajemnicy chorego nie zobowią-

¹⁾ Bertenson (l. c.) str. 21.

²⁾ I. W. Bertenson (l. c.) str. 21.

zani są farmaceuci, aptekarze i niższy personel lekarski (akuszerki, fclczery), jak to ma miejsce w większości prawodawstw europejskich¹⁾.

Dalej, prawnicy rossyjscy, jak M. A. Oks i inni również gorąco apostołują ideę uzupełnienia kodeksu przez nadanie stanowemu nakazowi lekarzy poręki prawnej²⁾.

Rossyjska prasa lekarska również zajmuje bardzo wyraźne stanowisko wobec tej doniosłej sprawy. Uznając całą ważność przestrzegania dyskrecji lekarskiej, dzienniki rossyjskie, jak „Wracz“ i inne, często udzielają w swych szpaltach miejsca pytaniom, odnoszącym się do przedmiotu, o którym mowa i starają się wdrażać lekarzy do karności na punkcie przestrzegania nakazu stanowego. Wymienione dziennikarstwo skrzętnie notuje uchybienia lekarzy odnośnie do tradycyjnych prawideł postępowania, strofując słowy przekonywającemi nieogłędnych lekarzy, zwłaszcza tych, co podkopują powagę obietnicy fakulteckiej, dopuszczając się uchybień nawet po za granicami potrzeb, przewidzianych przez prawo.

Najczęściej do omawianych uchybień dają sposobność ogłaszane drukiem prace lekarskie, przypadki kazuistyczne, dysertacye i t. p., gdzie wymieniane bywają nieraz imiona i nazwiska chorych, a nawet załączają się i fotografie tychże.

Przed dwoma, naprzykład, laty jeden z lekarzy umieścił w swej dysertacji całkowite nazwiska swych pacjentów³⁾. Inni lekarze posuwają swą nieostrożność pod tym względem jeszcze dalej. Niedawno czytaliśmy w jednym z poważniejszych organów lekarskich rossyjskich zbiorowy protest kilku lekarzy przeciwko postępkowi jednego z kolegów, lekarza ziemskiego, który pozwoilił sobie w sprawozdaniu o ruchu chorych na syfils w powiecie porchowskim, a umieszczenem w „Gońcu pskowskiego gubern. ziemstwa“, wymienić imiona i nazwiska wszystkich syfilityków⁴⁾!

Zagranicą lekarza za podobną dowolność może spotkać na skargę pokrzywdzonego, surowa kara.

Tego rodzaju wykroczenia przewiduje kodeks karny niemiecki (§ 300 d. R. — str. — G.B.). Nawet zaznaczenie początkowych tylko liter imienia lub nazwiska chorego jest, w myśl przytoczonego artykułu, surowo wzbronione⁵⁾. Lekarz odpowiada za czyny tego rodzaju i w innych państwach europejskich.

Niedawno skazano jednego lekarza w Luksenburgu za to, że w opisie jakiegoś przypadku ginekologicznego przytoczył początkowe i końcowe litery nazwiska swej pacjentki⁶⁾.

1) Dyskusja w Rossyjskiem Towarzystwie Dermatologicznem i Syfilidologicznem w dniu 30 stycznia 1893 r. („Wracz“ 1893 № 6).

2) M. A. Oksъ, присяж. повѣр.: „О врачебной тайнѣ“ (читано въ годичномъ публичномъ заѣданіи Одесскаго Юридическаго Общества). Одесса 1891.

3) „Wracz“ 1895 str. 825.

4) „Врачъ“ 1895 № 37. стр. 1016.

5) Chyba, iż chory sam na to zezwoli.

6) Dr. Siegmund Auerbach: „Publicationen von Krankengeschichten und aerztliches Berufsgeheimniss“. Deutsche Medicinische Wochenschrift 1899 № 3.

Ciekawy przyczynek do spraw tego rodzaju przytacza „Lyon médical“. Dr. M. Bernays, który wyleczył pewne dziecko z bliznowatego zwięzienia przelyku i następnie, po przywróceniu drożności przelykowi, ogłosił był drukiem przypadek z fotografią pod kryptonimami, miał wytoczony proces przez matkę owego dziecka, która żądała odszkodowania z powodu niedotrzymania tajemnicy lekarskiej¹⁾.

Tajemnica lekarska wobec zasady prawnej, nakazującej donoszenie o przestępstwach.

„Można się obawiać rodzzonego brata, własnej matki
bać się przyjaciela, lecz nigdy — lekarza“.

(Z ksiąg starożytnych Süssnuta'y).

Że względy sprawiedliwości w pojmowaniu wielu lekarzy powinny ustąpić miejsca i zejść na drugi plan wobec świętości zobowiązania stanowego odnośnie do dyskrecji, świadczy, między innymi, następujący epizod.

Świeżo tkwi jeszcze w pamięci Szanownych Panów zuchwałe morderstwo, dokonane przed dwoma laty na osobie adwokata berlińskiego, Loeve'go. Otóż do wykrycia sprawy wzmiankowanego mordu przyczynił się pewien lekarz, który w jednym ze swych pacjentów, przybyłych do niego, wkrótce po owym zdarzeniu, dla opatrunku, domyślił się przestępcy i zakomunikował o swem podejrzeniu właściwej władzy²⁾. Postępek wzmiankowanego lekarza szerokiem echem rozbrzmiał w prasie lekarskiej. Opinia większości dziennikarstwa zwróciła się przeciwko owemu lekarzowi, przyczem nie skąpono temu ostatniemu wyrazów oburzenia, uderzając nań, iż w sposób podobny wyzyskał tajemnicę chorego. Cytowanemu postępkowi przeciwstawiono zachowanie się innego lekarza, znakomitego Dupuytrena, z doby rewolucyjnej we Francji. Ten ostatni, podczas poszukiwań, dokonywanych z ramienia władzy w jego szpitalu, w zamiarze znalezienia między ranionymi przestępców politycznych, miał być w słusznem oburzeniu z dumą się odezwąć, że *w szpitalu niema przestępców, lecz są jedynie chorzy!*..

I w samej rzeczy. Nieść ulgę chorym wedle sił i możliwości — to cel główny lekarza; zmniejszać otchłań cierpienia i niedoli ludzkiej — to hasło, które nadaje kierunek i przewodniczy pracy lekarza. Lekarz czynić to winien bez względu na osobę chorego, wzywającego jego pomocy, chociażby chorym miał być i najpotworniejszy zbrodniarz. Obarczanie lekarza obowiązkami tego rodzaju, jak donoszenie o występku, którego stał się mimowolnym świadkiem, lub powiernikiem podczas wykonywania swych czynności zawodowych, dziwnie odbijałoby od jego powołania, postawiłoby lekarza w sprzeczności z wzniosłym zadaniem jego i w wysokim stopniu utrudniłoby spełnianie jego posłannictwa.

Spróbujmy teraz wyświecić omawiany punkt z innej strony, a mianowicie ze stanowiska prawno - społecznego.

1) „Lyon. méd.“ 1895.

2) „Wraccz“ 1897 № 28. str. 795.

Ustalając zasadę donoszenia o przestępstwach, prawodawcy wychodzili z założenia, że niedoniesienie utrudnia lub udaremnia śledztwo i wymiar kary.

Kodeks niemiecki (art. 139), kodeks kar głównych i poprawczych rosyjski (art. 125 — 128), kodeksy austriacki, włoski i inne, przyjęły, jako zasadę, prawny obowiązek donoszenia o wszystkich ważniejszych występkach, jak: o zdradzie stanu, morderstwie, fałszowaniu pieniędzy i t. d., pod zagrożeniem kary w razie zaniedbania tego obowiązku. Zakres atoli oraz pojmowanie odnośnych przepisów są w rozmaitych prawodawstwach niejednakowe. Różnica polega na tem; że kiedy, na przykład, prawo rosyjskie nakazuje donosić zarówno o przestępstwach już dokonanych, jak i zamierzonych, — ustawy prawodawcze niemieckie poczytują za winę tylko niedoniesienie o występkach zamierzonych. Doniesienie obowiązuje wszystkich poddanych i lekarze więc nie są zwolnieni od tego obowiązku. Odnośnie do lekarzy wyraźnie punkt ten zaznacza kodeks karny włoski. Artykuł 439 tego ostatniego omawia i podkreśla odpowiedzialność, jaka dosięga lekarza w wypadku, kiedy lekarz, natrafiwszy na ślad przestępstwa, nie zawiadomi o tem odnośnych władz.

Jedynie, o ile mi wiadomo, w prawodawstwie francuzkiem obowiązek powyższy nie istnieje. Francya wyparła go się — jak to już wzmiankowałem — w roku 1832. Dodam w tem miejscu, że obowiązek donoszenia o przestępstwach znajduje wogóle coraz mniej uznania u nowoczesnych kryminalistów, a w nauce prawa karnego coraz wyraźniej zarysowuje się dążność ustalenia, za przykładem prawodawstwa francuzkiego, zasady bezkarności za niedoniesienie. Zresztą żadne prawo nie jest wydane na wieczne czasy. „Prawo powinno służyć, jako odpowiednia forma dla postępowego ruchu naturalnych i duchowych sił pewnej epoki¹⁾.”

Spodziewać się przeto należy, że wraz z przekształceniem odnośnych przepisów o niedoniesieniu i przyswojeniem przez inne prawodawstwa doktryny francuzkiej, usunie się jedna z przyczyn, wywołujących nieraz w praktyce lekarskiej starcie między obowiązującymi postanowieniami prawnymi a obowiązkiem korporacyjnym lekarza, co w wysokim stopniu dogodzi praktycznemu stosowaniu zasady bezwzględego milczenia lekarza o tajemnicy pacjenta.

d. c. n.



¹⁾ Gustav Schwoller: „Zur Litteraturgeschichte der Staats und Wissenschaften“ 1888. Leipzig.

Towarzystwa lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Kaliskie.

Posiedzenie z d. 17 czerwca 1899 r.

I. Z chorób nagminnych, które panowały w miesiącu zeszłym, zanotowano: 3 przypadki dyfterytu, 5 szkarlatyny, z których jeden zakończył się śmiercią, 12 odry, 8 koklusu, 3 tyfusu brzuszego.

II. Kol. *Bibliotekarz* zaznaczył, że mamy w księgozbiornie wiele dzieł lekarskich niekompletnych, które przeto nie mają wartości. Dr. Dobrzycki (ze Sławuty), będąc w Kaliszu, prosił, ażeby mu przesłać spis tych dzieł nie kompletnych, a postara się je nam skompletować z dublikatów własnej swej biblioteki.

Wniosek ten jednogłośnie przyjęto.

III. Kol. *Drecki* mówił o szczepieniu ospy w naszym powiecie. W roku bieżącym szczepiono ospę 3364 dzieciom i rewakcynowano 1738 osób. Limfę do tych szczepień kol. *Drecki* sprowadzał głównie od kol. Tchórznickiego i Stępniewskiego. Jak z jednego tak i drugiego źródła było przyjęcie 100%. Obecnie w dwóch gminach: Błaszkiach i Iwanowicach czynność szczepienia ospy wykonywa Dr. Łączyński, w innych zaś gminach szczepienie ospy znajduje się w ręku fclcerów. Kol. *Drecki* ma nadzieję, że w roku przyszłym przeprowadzi u właściwej władzy, ażeby tę czynność we wszystkich gminach wykonywali lekarze, stosownie za tę pracę wynagradzani.

IV. Kol. *Rüdiger* mówił o dobrych skutkach jakie otrzymał przy użyciu *Gaulteriae artificialis* w ostrych przypadkach reumatyzmu stawowego, a nawet w chronicznych, i zachęca do dalszego próbowania tego środka.

V. Kol. *Zuckier* przeczytał referat z pracy T. Landana: „o nowym środku przy białych upławach.“ Fluor albus po większej części powstaje wskutek drażnienia błony śluzowej przez drobnoustroje; ponieważ waż drożdże piwne niszczą warunki bytu tych drobnoustrojów, powinny też one leczyć białe upławy. Landau znalazł, że w bardzo wielu przypadkach, po dwukrotnem zastrzykiwaniu do pochwy 10–20 cm. drożdży, upławy zupełnie ustały, w kilku zaś przypadkach był zmuszony rękoczyn ten powtórzyć. W dyskusji zaznaczył kol. *Chodakowski*, że fluor albus ustępuje łatwo, jeżeli kobieta przemywa pochwę w pozycji leżącej; w klinice prof. Fenomenowa w Kazaniu wprowadzano do sklepienia zabarwione tampony: kiedy po tem przemywano pochwę kobiecie siedzącej, woda, wyciekająca z organów płciowych, była niezabarwioną; kiedy zaś przemywano kobiecie leżącej—woda była zabarwioną.

VI. Kol. *Chodakowski* przedstawił zwój jasnych włosów, dobrze rozwinięty kieł i koronę zębu trzonowego, wyjęte z torbieli skórza-
stej. Historję tego przypadku i przebieg pooperacyjny obiecał nam przedstawić na przyszłym posiedzeniu powakacyjnem, ponieważ chora znajduje się jeszcze w kuracji.

Sprawozdanie z czynności Towarzystwa Lekarzy Gub. Kaliskiej za rok 1898/9.

Towarzystwo Lekarzy gub. Kaliskiej, założone 26 Czerwca 1877 roku, na ogólnych prawach towarzystw w państwie, kończy 22 rok swego istnienia. Ogólna liczba członków, składających Towarzystwo, stanowi 36, mianowicie: 23 członków czynnych, 8 członków honorowych i 5 członków korespondentów. W liczbie członków czynnych było 18 lekarzy, 2 lekarzy weterynarji i 3 aptekarzy. W roku sprawozdawczym przybyło nam 4 członków; trzech członków czynnych w osobach kolegów Piestrzyńskiego Stanisława, Chodakowskiego Gustawa, lekarzy, praktykujących w Kaaliszu i Mrowińskiego Zygmunta, prowizora farmacji w Kaliszu. Członkiem zaś honorowym został Stanisławski Józef, który w roku sprawozdawczym obchodził jubileusz pięćdziesięcioletni zawodowej i obywatelskiej pracy w naszej gubernji. Z grona zaś członków nie ubył żadnego. Zarząd Towarzystwa składali: Drozdowski Adam—Prezes, Drecki Feliks—Vice-prezes, Beatus Edward—Sekretarz, Merkel Juljusz—Skarbnik, Wojciechowski Bronisław—Bibliotekarz. W roku sprawozdawczym Towarzystwo odbyło 11, posiedzeń z których jedno ogólne celem wybrania zarządu na rok przyszły i 10 zwyczajnych.

Przedmiotem posiedzeń było: zbieranie statystycznych danych, co do chorób, panujących w naszym mieście, ze szczególnem uwzględnieniem chorób nagminnych; opisy godniejszych uwagi przypadków z praktyki prywatnej i szpitalnej, z demonstracjami chorych i preparatów anatomicznych.

Na posiedzeniach były, między innymi, wygłoszone następujące odczyty:

Dr. *Wilczewski*: 1) Śmierć nagła z powodu ostrego reumatyzmu stawowego. 2) Przypadek raka wpustu.

Dr. *Dukalski*: 3) Przypadek cięży zamacicznej. 4) Przypadek otrucia chloralem.

Dr. *Beatus*: 5) Kilka słów o gorączce. 6) Przypadek tętniaka aorty zstępującej. 7) Przypadek tyfusu u ciężarnej, zakończony poronieniem.

Dr. *Rüdiger*: 8) O działaniu *Gaultheriae artificialis* przy reumatyzmie stawowym. 9) O ranach postrzałowych, wywołanych kulami karabinowemi nowego systemu.

Dr. *Drozdowski*: 10) Rana drażąca do żołądka.

Dr. *Drozdowski* i *Zucker*: 11) Przypadek ropnia mózgu.

Dr. *Zucker*: 12) O nowym sposobie leczenia białych upławów.

Dr. *Bieniecki*: 13) O działaniu protargolu w okulistyce.

Dr. *Brokman*: 14) O diazoreakcji w moczu.

Dr. *Drecki*: 15) O szczepieniu ospy w naszym powiecie.

Lek. Weterynarji *Szafnicki*: 16) O niewłaściwym sposobie zabijania nierogacizny.

Dr. *Chodakowski*: 17) Przypadek potwora pozbawionego mózgu (foetus anencephalicus). 18) Demonstracja zwoju włosów i zębów, wyjętych z torbieli skórzastej.

Dochód z opłat rocznych i remanent z roku zeszłego stanowiły: 125 rub. 23 kop., wydaki rub. 95 kop. 5, pozostało więc na rok 1899/1900 30 rub. 18 kop. Główną rubrykę wydatków stanowiły czasopisma, 72 rub. 5 kop. W księgozborze Towarzystwo posiada skatalogowanych dzieł 446, zawartych w 832 tomach. Prócz tego Towarzystwo posiada mnóstwo duplikatów i dzieł niekompletnych.

Na rok przyszły jednogłośnie wybrany został Dr. Drozdowski — Prezesem, Dr. Drecki—Vice-prezesem, Sekretarzem, wskutek zrzeczenia się Beatusa, który pełnił te obowiązki przez lat 9, wybrany został Dr. Chodakowski, Bibliotekarzem—Dr. Wojciechowski, Skarbnikiem—Dr. Merkel.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 7 czerwca 1899 r.

I. Kol. *Prezes*: zdaje sprawę z udziału swego w obchodzie jubileuszu Prof. Kosińskiego.

II. Kol. *Sterling*: Z wycieczki do Berlina (Kongres zwalczania gruźlicy i wystawa przedmiotów używanych przy pielęgnowaniu chorych) P. „Czasopismo“ № № 6 i 7.

III. Kol. *Ronthaler*: *Dwa rzadkie przypadki mięsaka jamy nosogardzielowej (sarcoma cavi nasopharyngei)*. Patrz „Czasopismo“ № 7.

Posiedzenie z d. 22 czerwca.

I. Na członków czynnych przyjęto kolegów: Marguliesa i Ronthalera.

II. Kol. *Przedborski* przedstawił 2 chłopców, 6 i 8 lat, niezwykłego wzrostu i tuszy. Młodszy ma wzrost co najmniej 12—letniego chłopca i waży 150 funtów, starszy ma wzrost 15—letniego i waży 185 funtów. Oprócz nadzwyczajnego rozwoju tkanki tłuszczowej podskórnej żadnego zбочenia w organizmie tych dzieci nie znaleziono. Obaj są dziećmi rybaka z pod Gdańska; znalazł się przedsiębiorca, który obwozi tych chłopców i jako osobliwość pokazuje.

III. Kol. *Rosenblatt* wygłosił odczyt o *głuchoniemocie*.

IV. Kol. *Kaufman* mówi o *pęknięciu sklepienia pochwowego podczas porodu (kolporrhesis)* i przytacza 2 *własne spostrzeżenia*:

W pierwszym przypadku, przy zaniedbanem poprzecznym położeniu, rozdartem było przednie sklepienie. Otrzewna, na dużej przestrzeni odłuszczona od ścianki brzusznej, nigdzie przedartą nie była. Pęknięcie więc niedrażące. Wypełnienie jamy gazą jodoformową. Wyzdrowienie.

W 2-gim przypadku pęknięcie w tylnym sklepieniu było drążącym: w pochwie znaleziono kilka pętlic kiszkowych. Za pomocą kilku szwów katgutowych ściągnięto brzegi rany, przez część środkową przeprowadzono gazę. Wyzdrowienie. Dziecko ważyło 18½ f., długość 63 ctm. Obwód klatki piersiowej 42, główki 38 ctm.

Liczba wszystkich opisanych przypadków nie przenosi 100. W polskim piśmiennictwie jeden Brauna w Przegl. Lek. z 1888 r.

Rokowanie niepomyślne; zejście śmiertelne w 70% przypadków. *Leczenie* nieustalone. Proponowano najrozmaitsze zabiegi. Stosować

należałoby laparotomię tylko przy przejściu całego płodu do jamy brzusznej, uszkodzeniu pęcherza, silnem krwawieniu etc; w innych przypadkach—szyć od strony pochwy, tamponować zaś wtedy, gdy szycie napotyka na trudności, lub gdy zachodzi obawa co do istniejącego już zakażenia.

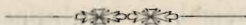
Z różnych hipotez, starających się wyjaśnić powstanie pęknięcia, najprostsza i najgłębszą jest teoria Freunda. Powiada on, że przy istniejącym niestosunku pomiędzy płodem a miednicą pęknąć może macica tylko w takim razie, jeśli szyja maciczna unieruchomioną została pomiędzy miednicą a częścią przodującą; jeśli zaś ujście maciczne już jest rozwartem i uniknęło uwięźnienia, to w tych samych warunkach rozdarcie ulega sklepieniu pochwowemu.

W dyskusji Kol. *Bartkiewicz* zaznaczył, iż, praktykując przed laty w Pabjanicach, często był wzywany do położnic po wsiach, gdzie obserwował dużo ciężkich i zaniedbanych porodów: wtedy zdarzyło mu się widzieć 14 przypadków pęknięcia macicy i 2 przypadki pęknięcia pochwy przy położeniach poprzecznych. Kol. *Fankowski* widział 2 przypadki pęknięcia macicy przy położeniach poprzecznych.

Posiedzenie Komitetu higieniczno-sanitarnego z d. 28, VI, 1899 r.

I. Broszurę o kąpielach dla robotników postanowiono rozesłać właścicielom fabryk, technikom, w Łodzi i okolicy.

II. Na wniosek Kol. *Sterlinga* Komitet postanowił urządzić w Łodzi odczyty ludowe o ospie. Ma być odczytywaną książeczka ludowa D-ra Puławskiego (jak w Warszawie) z objaśnieniami przy pomocy latarni magicznej. Tę sprawę powierzono koledze *Wislockiemu*.



KORESPONDENCJE.

„Wystawa przedmiotów używanych przy pielęgnowaniu chorych“
i „Kongres w celu zwalczania gruźlicy jako choroby ludowej.“

Berlin 28 maja 1899 roku.

(Dokończenie).

Mocno raziło kilkuset obcokrajowców, że referentantami byli na tym międzynarodowym kongresie uczeni jedynie niemieccy. I to też raziło, że referentantami w dziale etjologii byli prawie wyłącznie—bakterjologicy (Flügge, C. Fraenkel, Pfeiffer, Löffler), wskutek czego o czynnikach niebakterjologicznych w etjologii suchot nie wiele mówiono. Po trzecie, w dniu piątym, przeznaczonym na rozpatrzenie praktycznej strony zadań i działalności uzdrowisk ludowych, widzieliśmy na katedrze wielu uczonych, ale mało—kierowników tych zakładów leczniczych; a sądząc, że z ich ust słyszelibyśmy najchętniej o warunkach pracy w uzdrowiskach ludowych. Wreszcie, skąpą była dyskusja, bo podawano bądź tak utarte ogólniki, że nie było o czem dyskutować, bądź rzeczy tak zdyskredytowane (wartość tuberkuliny

przy leczeniu suchot), że nikt nie uważał za potrzebne przeciw nim waleczyć.

Najciekawszej pracy, Birch-Hirschfelda, o pierwotnem umiejscowieniu się gruźlicy w oskrzelach piątego do drugiego rzędu, (a nie w najdalszych i najdrobniejszych rozgałęzieniach oskrzelików, jak to dotąd uważano za jedynie możliwe)—nie wysłuchano do końca. Nie było też mowy o laseczniku Moellera (znajdowanym na trawie tymotejce), który ma (zdaniem Lubarscha) być identycznym z lasecznikiem gruźlicy, a więc reprezentować tę zaprzeczaną postać lasecznika Kocha, która wegetuje po za organizmem zwierzęcym (dotąd bowiem tego lasecznika uważano za pasorzyta, który się rozmnażać nie może po za organizmem zwierzęcym). Ta sprawa godna była dyskusji na kongresie gruźliczym!

Niewątpliwie, kiedy się ukaże stenograficzne sprawozdanie z kongresu, stanowić ono będzie niejako podręcznik nauki o gruźlicy, t. j. jak każdy podręcznik, zawierać to, co jest w danej chwili przez większość uznanem: nowych naukowych danych nie tylko brak tam będzie, ale nawet wszelkiej krytycznej oceny obecnie panujących poglądów na gruźlicę. Żadną nową ideją ten kongres nauki nie zaopodnił.

Pierwszego dnia mówiono o upowszechnieniu gruźlicy. Dyrektor „Niemieckiego Państwowego Urzędu Zdrowia“, Köhler, sądzi, że liczba gruźliczych, potrzebujących leczenia szpitalnego (i mających więcej niż lat 15) wynosi obecnie w Niemczech, co najmniej, ćwierć miliona osób. Na śmiertelność od suchot więcej mają wpływ warunki, jakie człowiek sam sobie stworzył, aniżeli te, jakie daje przyroda. Wówczas, gdy w Prusiech na każde 10,000 mieszkańców umiera na gruźlicę 15 osób, w Saksonji cyfra ta równa się 19, w prowincjach Nadreńskich 29, w Westfalji 31. Toż samo wykazuje statystyka rent wypłacanych niezdolnym do pracy z powodu suchot: w przemyśle rolnym na 1000 ubezpieczonych pobiera 77 rentę z powodu suchot; w przemyśle fabrycznym—245 na 1000 ubezpieczonych.

Gebhard, dyrektor Hanzeatyckiego Stow. ubezpiec. na wypadek niepełności, dowiódł, że w Hamburgu pośród ludności zarabiającej więcej aniżeli 2000 marek rocznie—umiera 15 na 10,000, a pośród zarabiających mniej niż 2000 marek rocznie—umiera na suchoty, co najmniej, 40 na 10,000.

Bollinger (z Monachjum) zwrócił uwagę na częstość gruźlicy u trzody chlewnej.

Odczyty o etjologii—nie nowego nie dały. Jako przeciwnik wszelkiego udziału lasecznika Kocha w etjologii gruźlicy wystąpił (nie po raz pierwszy, zresztą) Prof. Middendorp (z Groningen).

W dziale zapobiegania mówił Heubner o gruźlicy u dzieci, którą te nabywać mają raczej przez wdychanie zarazka, aniżeli z pokarmami (mlekiem). Barwny wykład Rubnera o mieszkaniach robotniczych, warsztatach i zakładach przemysłowych—wyróżniał się tem, że mniej tu było bakterjologii, a więcej higieny. Leube, mówiąc o gruźlicy w szpitalach, wskazał na konieczność przeznaczenia dla suchotników sal oddzielnych, przyczem powinny to być sale najwidniejsze, a tak

urządzone, by dawały możność naśladowania lecznictwa, stosowanego w uzdrowiskach. Uznając obawy Flüggego, co do szkodliwości płwociny rozpryskiwanej przy kaszlu, radził trzymać podczas kaszlu przed ustami kawałek waty.

Niby ustęp z podręcznika terapii szczegółowej brzmiał odczyt Koberta o farmakologicznych środkach pomocniczych przy leczeniu suchot. Winternitz przedstawił statystyczne dane, przekonywające o skuteczności wodolecznictwa: na 400 przypadków suchot (postać przewlekła) miał 80% poprawy; ale nawet przy ostrym przebiegu — sprawa została w 32% przypadków wstrzymana. Maillart (z Genewy) i de la Camp (z Hamburga) mówili o wynikach leczenia suchotników w szpitalnych oddziałach specjalnych.

O sanatorjach ludowych mówili: Leyden, Friedeberg, Schultzen, Pannwitz, Halbach, Weicker, Schmieden i inni. Stan tej sprawy w Niemczech przedstawiłem już w poprzednich numerach „Czasopisma.“

Uczestnikom kongresu pokazano uzdrowiska pod Berlinem istniejące (Malchow, Blankenfelde, Grabowsee) i powstające (Belzig).

Kongres odbył się pod hasłem „suchoty są chorobą uleczalną, pod warunkiem wczesnego i długotrwałego leczenia.“ Na nieszczęście jednak, prasa polityczna za wiele rozpisuje się o pierwszej połowie tej tezy, za mało nacisku kładzie na jej ustęp drugi. Takie postawienie sprawy przed szerokim ogółem doprowadzić może do fatalnych dla tego kierunku skutków; budzi nieusprawiedliwione nadzieje, więc doprowadzi do rozczarowań. Bardzo też słusznem jest zdanie, jakie słyszałem podczas rozmowy prywatnej z jednym z anatomo-patologów berlińskich, że ogół już dziś śmierć suchotnika jest skłonny przypisać — niedbałości lekarza, bo przecież „suchoty są chorobą uleczalną!“

S. S.

WIADOMOŚCI DROBNE.

— Na zasadzie badań spektralnych dowodzi Rosenstein, że cały szereg *przetworów krwi*, które jako leki są zalecane, albo nie zawierają wcale barwnika krwi, albo też zawierają go w postaci innej, aniżeli o tem opiewa reklama, że więc wcale jako leki krwiotwórcze nie mogą być uważane; do przetworów tych należą: preparaty hemoglobinowe Radlauer, Nardiego, Pfeuffera, haematogen Homela, hemalbumina Dahmena, hemoglobina Mercka, haemogallol, haemol, san-

guiniform, preparaty Krewela, so-ki mięsne (puro, meat-juice) i t. p. (Dent. M. Woch. 17. 1899).

— Nazarow zaleca *przy ospie* wycieranie ciała, przy pomocy gąbki lub waty, mieszaniną: terpentyny 1 cz., spirytusu 2 cz., wody 10 cz. Nawet bialkmocz nie stanowi przeciwwskazania.

(„Wracz“ № 18, 1899).

— Saenger przekonał się za pomocą ścisłych doświadczeń, że *plukanie gardła* jest zabiegiem bezcelowym, gdyż płyn do płukania używany nie dochodzi dalej, jak do

przednich łuków podniebiennych. Racionalnem jest zatem nie płukać gardło, lecz lekko je pędzlować.

(Münch. M. W. 1899 № 8).

— Powolne oczyszczanie się owrzodzeń narządów płciowych często niecierpliwi zarówno lekarza, jak i chorego. Następujący sposób daje dobre wyniki: po obmyciu i starannem osuszeniu owrzodzenia, należy je zapędzlować Ac. carbo-lic. liquef; po osuszeniu nadmiaru kw. karbolowego — zwykły opatrunek, np. jodoform. Najczęściej jedno przypalenie wystarcza, aby otrzymać zdrową ziarninę i szybkie zabliznienie.

— Na wydziale lekarskim uniwersytetu stanu Minesota wykładaną jest *sztuka gotowania*; ten przedmiot wykładowy nazywa się „practical dietetics”. W „laboratorjum” studenci wprawiają się w przygotowywanie zup, naparów, kleików, pieczeni i t. p. — dla chorych i ozdrowieńców.

(Zt. f. Krnkpf. 1899 № 2).

— Podczas ostatniej wojny panował w obozie amerykańskim na Kubie silnie *dur brzuszny*. Komisja lekarska, której polecono zbadanie przyczyny tej epidemii, orzekła, że *muchy*, które masami siadały na wypróżnieniach i pokarmach armji, najwięcej się przyczyniły do roznoszenia zarazków.

(Zt. f. Krnkpf. 1899 № 1).

— Lód można *ochronić od stopienia* w ten sposób: potłuc młot-

kiem lód włożony między dwie warstwy grubego sukna; na doniczkę (1 — 2 kwartową) tak nakładamy kawałek białej flaneli, by zwieszała wgłąb doniczki, nie dotykając jej dna; flanelę przymocowujemy w tem położeniu i nasypujemy na nią lodu, a doniczkę stawiamy na talerz porcelanowy.

(Zt. f. Krnkpf. 1899 № 3).

— W celu usunięcia zapachu wrobów kauczukowych i gumowych należy je wymoczyć w roztworze potażu lub wygotować w mydle zasadowem; potem włożyć na czas dłuższy do 10 — 15% roztworu soli kuchennej.

(Zt. f. Krnkpf. 1899 № 1).

— *Plamy od lapisu* usuwać można z odzieży, trąc je szmatką umoczoną w mieszaninie: Hydrarg. biehl. corrosiv. 5,0, Ammon. hydrochlor. 5,0. Aq. d. 40,0.

(Zt. f. Krnkpf. 1898 № 10).

— Jeżeli wypada *zastrzykiwać morfinę* chorym, znajdującym się w stanie *zapaści*, lub umierającym, wtedy należy używać mieszaniny, zawierającej w 1 gramie: 0,5 roztworu morfiny (tej ostatniej 0,01), 0,5 eteru i 0,001 siarczanu atropiny.

— Roztwór *kokainy* nie ulegający zepsuciu: R. Cocaini hyd. 0,25. Aq. d. 10,0 Ac. salicyl. lub carbol. 0,01.

(Münch. M. W. 1899 № 9).

KRONIKA.

— Nowy szpital. W Łodzi staraniem miejscowego Chrześcijańskiego Towarzystwa Dobroczynności ma powstać szpital dla obłąkanych na

100 łóżek. Do komitetu budowy szpitala weszli następujący lekarze: kol. Jokiel, Jonscher, Lohrer, Rząd i Tochterman.

— Pomoc lekarska w gub. Płockiej. W dniu 4 czerwca pod przewodnictwem gubernatora płockiego odbyło się posiedzenie w sprawie działalności nowej organizacji pomocy lekarskiej po czteromiesięcznym jej istnieniu. Na zebranie to przybyli wszyscy lekarze uczestkowi i szpitalni zajęci w tem urzędzeniu, oraz naczelnicy powiatów. Zdawano sprawę z dotychczasowej działalności, oraz rozbierano kwestje i pytania ze sprawą tą połączone.

Wogóle z działalności dotychczasowej orzec można, że rzecz sama pod względem ilościowym rozwija się pomyślnie. W ciągu okresu czteromiesięcznego wszystkich chorych, zasięgających porady w ambulatorjach miejscowych i punktach wyjezdnych było przeszło 20,000 osób. Największą liczbę chorych wykazują lecznice w Ciechanowie (3,000 chorych) i w Żurominie (przeszło 2,000), lecz również i w pozostałych uczestkach i punktach zauważyć się daje ciągły przyrost zgłaszających się o poradę.

O ile rzecz osiąga swój cel praktyczny, trudno przesądzać, w każdym razie zdaje się, że ludność, mając zapewnioną tanią pomoc lekarską, nadużywa jej, zgłaszają się bowiem osobniki z cierpieniami bagatelnymi, wskutek czego czynią szkodę prawdziwym chorym. Lekarz musi w ciągu kilku godzin obejrzeć nieraz około 100 chorych, co jest pracą nad siły ludzkie. W przyszłości z tego powodu spodziewać się można podziału uczestków obecnych na rewiry drobniejsze; obecnie w celu ulżenia choć w części lekarzom, postanowiono wciągnąć do organizacji jeszcze jednego lekarza zapasowego z prawem zamieszkania w Płocku, który będzie miał obowiązek zastępo-

wać lekarzy chorych, lub wyjeżdżających na urlop, lub też służyć pomocą w razach nadzwyczajnych.

Co do funduszków na cel ten i wogóle dla rozwinięcia działalności, to według propozycji p. gubernatora zastanawiano się, czy nie można by zaczerpnąć z pewnych dochodów gminnych kas oszczędnościowych, na co niektóre gminy zrobiły już uchwałę potwierdzającą. Ze źródła tego według dotychczasowego obliczenia spodziewać się można przeszło 4,000 rb.

Wracając do chorych, zaznaczyć jeszcze wypada, że w szpitalach i szpitalikach miejscowych leczyło się w tym okresie osób przeszło 200, akuszerki do porodów wzywano około 200 razy.

Na zebraniu tem postanowiono w zasadzie, aby lekarz corocznie korzystał z urlopu miesięcznego, a co trzy lata z dwumiesięcznego, postanowiono również podwyższyć dyety na wyjazdy do 4-ch rubli, a w przyszłości do 5, o ile znajdują się na to fundusze.

Dotychczas przy lekarstwach, wydawanych chorym, nie dawano przepisu, co bardzo utrudniało lekarzom w leczeniu chorych powrotnych. Obecnie postanowiono przepis leczniczy dołączać do lekarstwa.

(„Echa Płock. 7/vI 99).

— Współczesny handel przetworami leczniczymi charakteryzuje sprawa naftalanu. Ten produkt wytwarzany na Kaukazie kosztował do niedawna rub. 1, 80 kop. za funt. Teraz kosztuje rub 4,00, bo otrzymujemy go z Magdeburga, dokąd całą produkcję sprzedano.

— Ciało prawodawczemu w Pensylwanji przedstawiony został projekt, zabraniający wchodzenia w związek małżeński wszystkim chorym na przymiot, rzerzącąkę, pa-

daczkę, alkoholizm, gruźlicę i cierpiącym na zbrocenia umysłowe. W Texas obecnie już zabronionem jest małżeństwo epileptykom; również i w Masaszusetts, gdzie prawo powyższe zastosowanem bywa również i do alkoholików i syfilityków. W stanach Ohio i Maryland ma być wprowadzone także prawo, jak w Pensylwanji.

— Dyżury nocne w celu zapewnienia pomocy lekarskiej w domach prywatnych wznowione będą w Łodzi od Lipca r. b. Dyżurować

będzie, kolejno, ośmiu lekarzy w aptecce Spokornego.

— Staraniem „Czasopisma Lekarskiego“ wydanym będzie przekład dzieła Prof. M. Mendelsohna: Pielęgnowanie chorych. Podręcznik dla lekarzy i studentów.

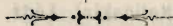
— W ciągu Stycznia, Lutego i Marca roku bieżącego wynosiły w Niemczech ofiary dobrowolne na rzecz robotników i warstw niezamożnych w ogóle: 5,804,317 marek.

| Z czego wypadło na: | Od osób prywatnych, Marek | Od towarzystw akcyjnych, Marek | RAZEM Marek |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|--------------------------------|-------------|
| Fundusze emerytalne i zapomogowe, zarówno jak na fundacje dla robotników i ich rodzin | 1,421,245 | 1,138,753 | 2,559,998 |
| Nagrody, gratyfikacje, udział w zyskach . | 92,500 | 1,136,448 | 1,228,948 |
| Różne instytucje dobra robotników . . . | 114,000 | 115,768 | 229,768 |
| Różne instytucje dobra publicznego . . . | 135,000 | 324,000 | 459,000 |
| Opiekę nad dziećmi | 8,000 | — | 8,000 |
| Przytulki dla starców | 330,000 | — | 330,000 |
| Pielęgnowanie chorych i zdrowiejących . | 281,000 | 33,174 | 314,174 |
| Poprawę warunków mieszkaniowych . . . | 5,000 | 285,292 | 291,292 |
| Hygienę (kąpiele i t. p.) | — | 31,837 | 31,837 |
| Wychowanie i oświatę | 80,000 | — | 80,000 |
| Biblioteki | 3,000 | — | 3,000 |
| Popieranie urządzeń oszczędnościowych . | — | 5,000 | 5,000 |
| Kościół | 22,000 | 10,000 | 30,000 |
| Zapomogi dla biednych wogóle | 78,300 | 10,000 | 150,000 |
| Rozwijanie zamiłowania do sztuk pięknych | 150,000 | — | 150,000 |
| Razem | 2,720,045 | 3,084,271 | 5,804,317 |

Sumę tę złożyło 142 ofiarodawców (z tego 105 tow. akcyjnych, a 37

prywatnych fabrykantów, lub ich rodziny).

(Sociale Praxis. № 30, 1899.)



RUCH CHORYCH W SZPITALACH M. ŁODZI

Kwartał I: od 1 (13) Stycznia do 1 (13) Kwietnia 1899 r.

| W szpitalu | Było | | | Przyjęto | | | Wypisano | | | Zmarło | | | Pozostało | | |
|---------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-----------|-----------|-----------|------------|------------|------------|
| | 1 Styczeń | 1 Luty | 1 Marzec | Styczeń | Luty | Marzec | Styczeń | Luty | Marzec | Styczeń | Luty | Marzec | 31 Styczeń | 28 Luty | 31 Marzec |
| Św. Aleksandra (powiat.) | 81 | 54 | 59 | 65 | 67 | 59 | 85 | 53 | 65 | 7 | 9 | 6 | 54 | 59 | 47 |
| Żydowsk. (M. Poznańsk.) | 80 | 73 | 87 | 107 | 120 | 109 | 104 | 100 | 107 | 10 | 6 | 10 | 73 | 87 | 79 |
| Fabrycz. przy ul. Nawrot. | 13 | 10 | 17 | 14 | 10 | 17 | 17 | 5 | 11 | — | 1 | — | 10 | 17 | 23 |
| „ Scheiblerów . . . | 14 | 32 | 23 | 38 | 29 | 33 | 17 | 35 | 37 | 3 | 3 | 2 | 32 | 23 | 17 |
| „ Poznańskich . . . | 18 | 16 | 12 | 20 | 27 | 21 | 21 | 29 | 20 | 1 | 2 | 1 | 16 | 12 | 12 |
| „ Geyerów . . . | 10 | 13 | 7 | 21 | 7 | 6 | 18 | 12 | 11 | — | 1 | — | 13 | 7 | 2 |
| „ pod zarz. Czer. Krz. | 74 | 73 | 86 | 84 | 96 | 74 | 73 | 69 | 75 | 12 | 14 | 7 | 73 | 86 | 78 |
| Przytułku położ. chrześ. | 2 | 1 | 3 | 8 | 12 | 6 | 9 | 9 | 8 | — | 1 | 1 | 1 | 3 | — |
| „ „ żydow. | 1 | 1 | 1 | 3 | 3 | 5 | 3 | 3 | 4 | — | — | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Baraku ospowym . . . | 1 | 3 | 3 | 3 | 3 | 7 | 1 | 2 | 3 | — | 1 | — | 3 | 3 | 7 |
| Ogółem . . . | 294 | 273 | 302 | 363 | 384 | 337 | 348 | 317 | 341 | 33 | 38 | 28 | 276 | 302 | 266 |
| Choroby zakaźne. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Dur brzuszny. | 17 | 9 | 5 | 5 | 4 | 9 | 11 | 8 | 6 | 2 | — | 1 | 9 | 5 | 7 |
| „ wysypkowy. | 2 | — | 1 | — | 1 | 3 | 2 | — | 2 | — | — | — | — | 1 | 2 |
| Płonica | 2 | — | — | 1 | — | — | 3 | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Błonica | 5 | 1 | 5 | 6 | 16 | 5 | 9 | 9 | 5 | 1 | 3 | 2 | 1 | 5 | 3 |
| Odra | — | — | — | — | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | — | — | — |
| Ospa naturalna | 1 | 3 | 3 | 3 | 4 | 10 | — | — | 6 | 1 | 3 | — | 3 | 3 | 7 |
| „ wietrzna. | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Zapał. płuc włóknikowe. | 3 | 5 | 1 | 9 | 6 | 6 | 3 | 9 | 4 | 4 | 2 | 1 | 5 | 1 | 2 |
| Gruźlica narządów wewn. | 18 | 23 | 25 | 26 | 26 | 25 | 14 | 17 | 15 | 7 | 9 | 9 | 23 | 25 | 27 |
| Grypa | 2 | 2 | 1 | 10 | 8 | 1 | 12 | 7 | 2 | — | — | — | — | 1 | — |
| Róża | 2 | — | — | 3 | — | 2 | 3 | 2 | 2 | — | — | — | 2 | — | — |
| Choroby septyczne | — | — | — | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | — | — | — | — | — | 1 |
| Przymiot | 18 | 5 | 10 | 8 | 8 | 11 | 21 | 3 | 10 | — | — | — | 5 | 5 | 18 |
| Choroby weneryczne | 14 | 14 | 18 | 18 | 18 | 23 | 18 | 14 | 23 | — | — | — | 14 | 18 | 10 |
| Choroby niezakaź. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Wewnętrzne ostre | 14 | 13 | 20 | 26 | 36 | 33 | 25 | 21 | 41 | 2 | 4 | 1 | 13 | 20 | 11 |
| „ przewlekłe | 67 | 75 | 64 | 108 | 88 | 67 | 92 | 89 | 61 | 8 | 12 | 5 | 75 | 64 | 65 |
| Chirurgiczne i skórne | 97 | 101 | 117 | 97 | 117 | 100 | 86 | 94 | 118 | 7 | 3 | 6 | 101 | 117 | 93 |
| Umysłowe | 1 | — | — | — | 1 | 1 | — | 2 | 1 | — | — | — | — | — | — |
| Kobiece | 25 | 20 | 27 | 28 | 29 | 26 | 32 | 21 | 28 | 1 | 1 | 1 | 20 | 27 | 26 |
| Osoczne | 2 | — | 1 | — | 1 | 1 | — | 2 | 2 | — | — | — | — | 1 | — |
| Położnic | 3 | 3 | 4 | 13 | 18 | 13 | 13 | 16 | 14 | — | 1 | 2 | 3 | 4 | 1 |
| Ogółem . . . | 294 | 273 | 302 | 363 | 384 | 337 | 348 | 317 | 341 | 33 | 38 | 28 | 273 | 302 | 266 |

Komitet Redakcyjny: J. Birenweig, B. Handelsman, K. Jasiński, K. Jonscher, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, C. Stankiewicz.

Wydawca: Dr. J. Koliński.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою. Г. Лодзь, 26-го Июня 1899 г.

W drukarni K. Kolińskiej, Łódź, Średnia 23.