

---

# Czasopismo Lekarskie

---

## Mały szpital ludowy.

Podał Dr. Józef Idźkowski.

-----

Gdy Hawkins pierwszy raz ocenił własności kartofla i postanowił zawieźć go w upominku Irlandyi, nikt nie przeczuwał, że ten ziemioplód znajdzie z czasem takie rozpowszechnienie; nikt bowiem nie był wtedy w stanie ocenić tych warunków ekonomicznych i socyalnych, które podniosły kartofel do godności najniezbędniejszego pokarmu. Nieinaczej rzecz się ma z instytucjami, gdziekolwiekbyś by istniały; przeniesione na nowy grunt mogą nieobliczony wpływ wyrzeć. Z tego powodu opis każdej z nich, o ile można najdokładniejszy, jak opis spotkanej po raz pierwszy rośliny, zaciekawienie wzbudzać powinien.

Inny jest jeszcze powód, dla którego opis szpitala w Woskresieńsku nie pozbawiony jest znaczenia. W tej właśnie chwili przypatrujemy się usiłowaniom urządzenia pomocy lekarskiej dla ludu Królestwa Polskiego, stoimy więc wobec rozstrzygnięcia zagadnienia, jaki z systemów tej pomocy uznać należy za najlepszy: organizację komunalną (ziemska), czy administracyjną, system stacyonarny (sieć szpitali), czy ambulatoryjny, czy może nawet rozjazdowy (po targach, odpustach) i t. p. Ogół lekarzy winien to wszystko uswiadomić sobie, by mógł rozważyć dobrze rezultaty, do jakich próby w tym lub innym kierunku doprowadziły już i doprowadzić mogą w przyszłości. Gdy więc organizacje ziemskie nie są temu ogółowi całkiem obce, to niewiele zwykł on zwracać uwagi na szpitale małe, skromne, ale samodzielne, wolne od zobowiązań, krępujących szpitale ziemskie (badanie rekrutów, ekspertyzy sądowo-lekarskie, ekspertyzy odszkodowań fabrycznych i t. p.), jako też od interwencji organów, niewiele mających wspólnego z medycyną. Szpitale prowincjonalne w rodzaju niżej opisanego pozostają w bezpośredniej zależności tylko od lekarskiej władzy gubernii i dla tego stanowią całkiem odrębny typ instytucyj prowincjonalnych.

## I.

„Si j'étais assez heureux pour pouvoir fonder un hôpital, je le bâtirais sur un lieu sec et élevé, au voisinage, autant que possible d'une eau courante, sur un plan suffisamment incliné. J'y voudrais un enclos ombragé pour la promenade des malades. Les salles seraient élevées, spacieuses, percées de tous côtés d'amples fenêtres; elles ne contiendraient que deux rangs de lits distants de 1 mètre l'un de l'autre; ces lits seraient sans rideaux“.  
(Fodéré—Traité d'Hyg. etc. 1813).

Nie ulega wątpliwości, że szpitale po wsiach i miasteczkach z każdym rokiem zdobywają sobie coraz więcej wpływu, co raz więcej nagromadza się faktów, świadczących o ich pożyteczności i żywotności. Mnożenie się małych szpitali fabrycznych i kolejowych, powstawanie specjalnych lecznic (ginekologicznych, ortopedycznych i in.) w miejscowościach leczniczych i kąpielowych; decentralizacja pomocy okulistycznej pod postacią oddziałów ruchomych, jako zapowiedź słuszniejszej organizacji sieci lecznic okulistycznych; wreszcie, powstawanie nowych — wyłącznie ludowych — szpitali z inicjatywy ogółu lub jednostek — oto fakty, świadczące o wielkim ruchu decentralizacyjnym działalności szpitalnej w kierunku ze stolic na prowincję.

Ruchu tego nie osłabiają usiłowania stronników centralizacji działalności szpitalnej, którzy próbują dowieść, że nie jest w mocy małych szpitali zaprowadzanie udoskonaleń w systemach ogrzewania, przewietrzania, asenizacji i t. p., i którzy usiłują wzbudzić nieufność do wiedzy fachowej prowincjonalnych działaczy szpitalnych (Seeligmüller <sup>1)</sup> lub obawę z powodu ich pozornej encyklopedyczności (Hadlich <sup>2)</sup>).

Pojęcie o małym szpitalu zarysowało się już całkiem wyraźnie, a zalety jego doczekały się oceny, opartej na trwałych podstawach. Jakkolwiek bowiem Fodéré, marzący o sielankowych warunkach dla swego szpitala, „przez zapomnienie nie domówił o wyłączeniu go z atmosfery miasta,“ to bliżsi nam co do czasu higieniści, jak Felix Rochard <sup>3)</sup> („un hôpital sur l'eau“), Jules Rochard <sup>3)</sup> („un hôpital au milieu de s champs“), E. Richard <sup>4)</sup> i inni, wykazali, jak wielkie i nieporównane korzyści może szpital wydobyc z otaczającej go żywej natury — zdala od ciasnoty miast. Statystyka chirurgiczna przyszła z pomocą higienistom. Tak naprzykład, dane zebrane przez Léon'a Lefort'a <sup>3)</sup>, który swe obliczenia oparł na tablicach lekarzy angielskich Bristowe'a i Holmes'a, pokazują, że np. amputacje biodra w szpitalach wiejskich Anglii dały prawie o połowę mniej zejść śmiertelnych, aniżeli w szpitalach Londynu (16,9% : 30,6% \*).

Na korzyść małych szpitali przemawia przedewszystkiem to, że są małe. „Wszystkie prace o szpitalnictwie z ostatnich 50 do 60 lat,“ mówi H. Napias <sup>3)</sup>, „zgadzają się na jedno, że śmiertelność jest

\* ) Dane te odnoszą się do czasów, poprzedzających wprowadzenie opatrunku Listera.



znacznie mniejsza w szpitalach małych, niżeli w dużych“. Na tej też podstawie Michel Levy, Marjolin, Verneuil żądali możliwie najmniejszej liczby łóżek w szpitalach.

Istnieją jednak jeszcze inne strony tego przedmiotu, które same przez się mogłyby stanowić „raison d'être“ dla szpitali wiejskich: blizkie sąsiedztwo z siedliskiem chorób (Kerschesteiner<sup>2</sup>) i taniosc ich urządzenia (Mencke<sup>5, 6</sup>). Dowody na korzyść pierwszego Kerschesteiner znalazł w obfitym materyale faktycznym, dostarczonym przez małe (z 11 do 20 łózkami) szpitale Bawaryi, która w 1892 r. posiadała ich 126. Do czego, z drugiej strony, można sprowadzić koszta urządzeń szpitalnych na wsi, — o tem poucza Mencke w swym bardzo szczegółowym i dokładnym opisie szpitala w Wilster (okręg Steinburg'a), który, będąc pod wieloma względami wzorem szpitala wiejskiego, kosztował wszystkiego 9571 mrk. 81 fen., co wynosi mniej niż 1000 mrk. na jedno łózko.

O ile słusznem są obawy takich stronników centralizacyi, jak Seeligmüller i Hadlich, dowodzących, że szpitale wiejskie mogą nieznaleźć lekarzy przygotowanych do zajęcia tyle odpowiedzialnych stanowisk, takich, którzy by nie gubili się wśród różnorodnego materyału i różnorodkiej pracy, — o tem niepodobna jeszcze ostatecznie orzekać.

Na kartach historii małych szpitali widnieją już imiona działaczy, którzy nie tylko dowiedli swoich uzdolnień, lecz potrafili jeszcze z bogacić naukę nowemi zdobyczami. Calot, w szpitalu o 30 łózkach (Berck sur Mer) nie bez powodzenia doszukujący się nowych sposobów leczenia; Kehr z Halberstadt'u, znany operator dróg żółciowych, żołądka i wyrostka robaczkowego; Troczewski z Kutna (gub. Warszawska), cieszący się doskonałymi rezultatami swych laparotomii; Assendelft z Wietoszki (gub. Niższo-Nowgorodzka)\*, który sprowadził cyfrę śmiertelności po cięciu nadłonowem przy kamieniach moczowych do 2,5% (ogólna liczba operacyj obecnie przeniosła 600); Romanin z Rudkińskiego szpitala ziemskiego (gub. Wiacka), niestrudzenie stosujący znieczulenie miejscowe w komunalnej praktyce chirurgicznej; Witte ze szpitala w Serpuchowie (gub. Mosk.), Brzozowski, Abraźanow i wielu innych, — oto szereg działaczy, którzy silną stanęli nogę w rozwoju prowincjonalnej chirurgii i praktyki szpitalnej. Toż samo powiedzieć możemy i o internistach, że wymienię tylko jedno nazwisko Wł. Biegańskiego z Częstochowy.

Małe szpitale powołane są do tego, by pozbawiały społeczną medycynę konieczności wykonywania na ludziach wiwisekcyi. Pod ostatniemi rozumiem operacje stosowane na tych chorych z ludu, których tysiącami dostarcza prowincya szpitalom centralnym w najopłakańszym stanie, po długiej nużącej podróży, z zauiedbanemi cierpieniami, by w szpitalu stołecznym stali się „materyałem klinicznym“.

\*) Szpital w Wietoszkinie, podobnie jak opisywany poniżej, został założony przez W. A. Paszkowa.

Sieć szpitali małych na prowincyi zabezpiecza pomoc lekarską wczesną, a w trudnych przypadkach ułatwia takie przygotowanie i zapatrzenie chorych, by ci, skierowywani do szpitali centralnych, nie tylko zjawiali się tam jako „materyał“ do badań naukowych, lecz mogli korzystać z pomocy lekarzy wielkomiejskich z pożytkiem. Niema wątpliwości, że taki porządek rzeczy musiałby wielu chorych odciągnąć od stolic. Pewnem jednak jest i to, że wraz z chorymi prowincya pociągnęła by ku sobie również wielu lekarzy. Na tem też polega demokratyzacya sprawy lecznictwa, która w okresie 50 do 60 lat ostatnich idzie w rękę w rękę z demokratyzacyą wszystkich dziedzin wiedzy i pracy ludzkiej.

Zbytecznem byłoby wyjaśnienie, że obok całej określoności celów i zadań szpitali małych — bardzo wiele jeszcze szczegółów ich urzędzenia pozostało nieopracowanych. Z tego względu są pożyteczne szczegółowe opisy szpitali, mniej lub więcej wyróżniających się przez warunki i zakres działalności. Do takich należy szpital ludowy W. A. Paszkowa w Hucie Woskresieńskiej (gub. Ufimska). Ze szpitalem tym postaram się zaznajomić czytelnika, przy czem dla wyrazistszej charakterystyki nie będę unikał porównań z danemi o innych szpitalach, z wymaganiami prawodawczemi i wskazówkami autorów, o ile ostatni mieli małe szpitale na widoku. Lecznice centralne będą interesować nas jeno wtedy, gdy wypadnie ogólniejsze zagadnienia omawiać.

## II.

„Sama przez się statystyka nigdy nie wydobywa na jaw przyczyn zjawisk, zachęca jeno do ich badania“ (Hagen).

W historii szpitala w Woskresieńsku zaznaczają się wyraźniej dwa fakty: z jednej strony, zwiększenie napływu chorych chirurgicznych, z drugiej — stopniowe przystosowywanie się szpitala do roli chirurgicznej lecznicy. Założony przez W. A. Paszkowa w 1891 r. z początku miał być schroniskiem dla ciężko chorych wogóle, tak że jeszcze w 1893 r. cierpiących na choroby wewnętrzne przyjęto 47%. W następnych latach — od 1894 — 1898 r. cyfra ta stopniowo pada: 27% — 10% — 11½% — 5,5% — 5,2%, gdy w tym samym czasie liczba chorych chirurgicznych odpowiednio wzrasta: 71% — 84% — 88% — 94,5% — 94,8%. W miarę zwiększania się ilości operowanych chorych rozszerzano zakres operacyjnych zabiegów, osobiwie typowych w warunkach wiejskich: po zdjęciu zaćmy wkrótce nastąpiły operacje kamieni moczowych, a po tych — herniotomie, operacyjne leczenie bąblowca i guzów narządów wewnętrznych.

Te potrzeby specjalne pociągały za sobą coraz większe koszta na odpowiednie przeróbki budynków, na aparaty i narzędzia. W ciągu 7 lat istnienia szpitala na remont w różnych czasach wydano 10,432 rb., co wraz z 10,000 rb., na jaką to sumę ocenioną została budowla w jej pierwotnym stanie, stanowi 20,432 rb. — istotną wartość szpitalnych zabudowań. Tym sposobem więc koszt jednego łóżka wynosił 1200 rb.



Ta suma, jak i inne, poniżej wymienione, wymagają omówienia. Warunki miejscowe, mianowicie, przedstawiają pewne trudności, z powodu których koszta każdej budowy zwykle przenoszą znacznie pierwotne obliczenia. Wogóle zauważyć należy, że suma wydatków w stosunku do jednego łóżka jest bardzo rozmaita w różnych szpitalach, zależnie od obfitości budulca w danem miejscu, od wysokości płacy zarobkowej i t. p. względów. Dla tego też obok takich szpitali, jak wspomniany — w Wilster, w którym jedno łóżko kosztowało zaledwie około 500 rb., istnieją szpitale, gdzie sumata dochodzi do 2,700 rb. (np. założony w roku ubiegłym szpital na 50 łóżek kolejowy w Brześciu) lub nawet więcej.

Narzędzi i przyrządów nabyto na sumę 2100 rb.

Dla tego, co by chciał obliczyć sobie koszta małego szpitala, nie bez wartości będzie zestawienie wydatków na zabudowania i urządzenia pomocnicze.

Oficyna dla oddziału izolacyjnego (choroby zakaźne) i pralni — kosztowała	1877 rb. 35 kop.
Łaźnia	201 „ 89 „
Śpichlerz z lodownią (w jednym budynku)	309 „ 59 „
Trupiarnia	179 „ — „
Wodociąg z 2 wannami, kotłem i pompą	208 „ — „
Szafa żelazna do instrumentów (robota miejscowa)	38 „ — „
Umywalnia z żelaza, miedzi i szkła (rob. miejsc.)	36 „ — „
Dwa stoły operacyjne	15 „ — „
Dwa sterylizatory	74 „ — „

W szpitalu, o którym mówię, do r. 1897 włącznie wykończono mniej więcej wszystko to, co stanowiło właściwe urządzenie szpitala i zaopatrzyło go w najniezbędniejsze środki rozpoznawcze i operacyjne; tymczasem gdy w udziale okresowi opisywanemu, obejmującemu lata 1898 — 1899 wypadła praca nad udoskonaleniem żywienia chorych, nad organizacją wzorowego ich pielęgowania, oraz nad rozszerzeniem zakresu interwencji operacyjnej.

### III.

„L'idéal de la salubrité serait réalisé par un hôpital s'élevant au milieu des champs“ (J. Rochard.)

Sięło hutnicze, w którem znajduje się szpital, liczące około 700 domów i 2,000 mieszkańców, wraz z 14 wsiami sąsiednimi, o tem samem prawie zaludnieniu, stanowi jakby oddzielny okręg sanitarny — najbliższą sferą działalności szpitala\*); podobnie jak kiedyś pańszczyzna u jednego właściciela, dzisiaj interesy hutnicze są spójnią ekonomiczną tych 15 wiosek. Cały okręg leży w miejscowości górzystej (Ural południowy) na północno-wschodniej pochyłości grzbietów Tsian-Sury i Kungaka, na wysokości blisko 900 stóp nad poziomem morza.

\* O 12 wiorst od Woskresieńska, w tym samym okręgu — w Hucie Wierchotorskiej (miedź), znajduje się ambulatoryum felezerskie, odwiedzane przez lekarza z Woskresieńska raz na tydzień.

Klimat miejscowości suchy, z 7 miesiącami surowej zimy (cierpienia reumatyczne) i z 5 zaledwie, którymi może rozporządzać rolnik (tyfus głodowy prawie corocznie). W glebie przeważają warstwy wapienne, wszędzie nasycające swymi solami wodę do picia (kamienie moczowe). Za rdzenną ludność uważani są baszkirzy, „gorącego temperamentu, dumni i ceniący niezależność“ (typ leśny według Malije wa <sup>7</sup>), Zresztą, miejscowość ta, jak cała gubernia Ufimska, przedstawia istny kocioł antropologiczny (jak zauważył dosadnie Florynski <sup>7</sup>), w którym zmieszano około 10 rozmaitych narodowości. Tu i owdzie pomiędzy 15 oddawna tu istniejącymi siolami, o których była mowa, wyrasta mnóstwo chutorów, zakładanych przez wciąż napływające masy wychodźców (syfilis). Wogóle, ludność miejska w nędzy i ciasnocie (cierpienia gruźlicze), a z tej przyczyny — nieporządnie, zmuszona wpuszczać do chat bydłęta (glisty, tasiemce, bąblowce).

Niepodobna ściśle określić, jaką jest cyfra ludności, korzystającej z usług szpitala. W prawdzie, prócz dwóch łóżek w oddziale chorób zakaźnych i 2 dla robotników hutniczych, ma on w swem rozporządzeniu po jednym łóżku na każde z 15 siól wspomnianych. Odpowiadałoby to w przybliżeniu jednemu łóżku na 2000 ludności i pozostawałoby w zgodzie z obliczaniem Drouineau <sup>8</sup>), który uważa za konieczne jedno łóżko na każdy tysiąc mieszkańców (Francji). W rzeczywistości jednak rzecz całkiem ma się inaczej. Szpital, założony na granicy dwóch gubernii, zciąga ku sobie chorych z gub. Ufimskiej (powiat Sterlitamacki), która, jakkolwiek posiada urządzenia ziemskie, rozporządza zbyt małymi środkami, by zabezpieczyć pomoc lekarską ludności \*), — i z gub. Orenburskiej, która dotąd musi zadawałniać się „organizacją sielską“. Wobec warunków podobnych, dzięki przytem humanizmowi założycieli, szpital w Woskresieńsku stał się szpitalem ludowym, w najobszerniejszym znaczeniu, który rozwija swą działalność daleko poza zwykłe ramy w obrębie przeszło 100 - wiorstowego promienia.

Szpital położony prawie na skraju siola, na wynioslejszem miejscu, otaczają z trzech stron sady i ogrody; zaledwie jedna jego strona — boczna — wychodzi na ulicę. Obszar gruntu, przezeń zajęty, wynosi 1028 sążni kw. (budynek sam przez się zajmuje 125 sążni kw.), co stanowi 60 sążni kw. na jedno łóżko. Cyfra ta znacznie przewyższa te 22 sąż. kw., które, jako minimum, przyjmują T o l l e t <sup>3</sup>),

\*) Ciekawą jest pod tym względem tablica: oparta na danych W. M. K r e m k o w a i innych lekarzy gub. Ufimskiej: <sup>9</sup>)

	g. Mosk.	g. Ufims,	p. Sterlitam
jeden lekarz wypada na wiorst kwadrat.	471	2.867	3.048
„ „ „ na mieszkańców .	22.000	51.000	58.000
jeden szpital ziemski — na wiorst kw.	789	5.743	18.290
„ „ „ — na mieszkańców .	37.000	99.000	348.344 (1896 r.).
jedno ambulatoryjum ziemskie—na w. kw,	555	3.249	3.048
„ „ „ — na miesz.	27.000	57.000	58.000



Schumburg<sup>10)</sup>, Grebionszczykow<sup>11)</sup>, a jeszcze więcej okazałe wygląda wobec tej, jaka zadawalnia Galtona i Sutherlanda<sup>10)</sup> (około 10 sąż. kw.). Pruska ustawa wojskowa dla małych lazaretów zaleca tylko 30 sąż. kw. na jedno łóżko<sup>10)</sup>.

Nigdzie w sąsiedztwie niema specjalnych źródeł zanieczyszczeń, jak stajen, obór i t. p. Pył i dym z huty (wyrabiającej żelazo surowcowe), oddalonej o sążni 150, zostają unoszone daleko od szpitala przez głównie panujące tutaj południowo-wschodnie wiatry. Grunt, na którym zbudowano szpital, jest piaszczysty (żwir) z dość grubym podkładem gliniastym, co według Sander'a<sup>12)</sup> i Schumburg'a<sup>10)</sup> przedstawia wielkie dogodności dla zabudowań mieszkalnych, ponieważ chroni od znacznych wahań w stanie wody gruntowej, a przez to właśnie (Pettenkofer) od wtargnięcia i szerzenia się chorób zażącznych.

Wody do kąpieli dostarcza studnia, urządzona na dolnem piętrze, w rodzaju tej jaką Schumburg<sup>10)</sup> widział w St. George-Hospital w Londynie. Studnia połączona jest z kotłem do grzania wody i z wannami za pomocą rur żelaznych (wodociąg.) Do picia i gotowania wodę przywożą ze źródła, odpowiednio zabezpieczonego i znajdującego się w troskliwie zamykanym budynku; woda ta jest bardzo twarda.

Oddział zakazny, który mieścił się w oficynie szpitala, w 12 sążniach od głównego budynku, został 1 lipca 1900 r. przeniesiony poza obręb szpitalny, do osobnego domku, znajdującego się po drugiej stronie ulicy. Oficyna zaś od tej pory oddana została na pralnię i suszarnię bielizny.

#### IV.

„Un hôpital est une machine à soigner les malades“  
(Leroy 1777 r.)

Chcąc wyjaśnić sobie, o ile szpital w Woskresieńsku odpowiadał doskonałemu określeniu Leroy, należy rozpatrzyć wszystkie środki, służące ku temu, by zapewnić chorym jaknajlepsze warunki zdrowotne. Dopiero wtedy można będzie bezstronnie sądzić o tem, czy nie ponad siły dla szpitala była ta natężona działalność, ta średnia liczba roczna chorych stałych — 11,1 na 1 łóżko, która przewyższa wielkość, otrzymaną dla klinik (9,1 chorych na 1 łóżko<sup>11)</sup>, si mag-nis parva comparari potest.

Z ilości łóżek szpital w W. jest do pewnego stopnia typowym, ponieważ należy do rzędu szpitali z 10—20 łózkami, które to lecznice zajmują pierwsze miejsce nie tylko w Rosyi, gdzie średnio jedno łóżko wypada na 1900 mieszkańców, i stanowią 20,7%<sup>11)</sup> całej ilości istniejących tam lecznic, ale i w innych krajach, w których sprawy szpitalne postawione są na szerokiej stopie. Tak np. w Bawaryi, gdzie jedno łóżko wypada na 300 mieszkańców, szpitali tego typu jest 31%.

Nie mniej typowym jest system rozkładu wewnętrzznego w szpitalu. Jest to system korytarzowy (boczny), jaki istnieje w 49% wszyst-

kich, posiadających domy specjalnie budowane, szpitali Rosysi.<sup>11)</sup> Jak widać z załączonego planu, od strony ulicy znajduje się tylko ambulatoryum z chemiczno-mikroskopową pracownią; od strony zaś ogrodu i sadu w jednym rzędzie idą: apteka, mieszkanie dozorczyńni i felczarki, dalej szereg sal dla chorych, a w końcu sala operacyjna z oddzielnym pokoikiem kąpielowym. Z drugiej strony korytarza przysmykają dwa niewielkie skrzydła budynku, w których mieszczą się klozety i wanna dla przybywających do szpitala chorych.

Chorzy leżą w czterech salach, z których 2 posiadają po 6 łóżek (oddział męzki i żeński), jedna — 4 łóżka (dla dzieci) i jedna stanowi oddzielny gabinet z 1 łóżkiem, dla położnic.

*Wysokość sal* = 4,0 m., więc odpowiada normie większości szpitalów niemieckich<sup>10)</sup>. Degen jest nawet tego zdania, że wysokość nie mniejsza jak 4 m. i nie większa ja 5 m. jest jedynie możliwa dla klimatu Niemiec. Chaumont<sup>3)</sup> zaś wyjaśnił, że „poniżej 4 m. prąd powietrza jest zbyt słaby albo żaden, jeśli w sąsiedztwie niema wentylatorów“.

*Powierzchni posadzki* wypada na 1 łóżko blisko 8 qm., t. j. tyle, ile w większości szpitali niemieckich, lecz mniej nieco niż w Anglii (14 qm.)<sup>10)</sup> i niż to, co Kerschensteiner<sup>2)</sup> uważa za normę dla małych szpitali. Wobec mniejszej powierzchni posadzki *ilość powietrza* w salach — 32 cbm. — również mniejszą jest, niż w szpitalach w Anglii, dla których za średnią L. Lefort przyjmuje 52 cbm. Jednakże 31 cbm. powietrza nie wyda się nam zbyt małą ilością dla sal o 4 — 6 łóżkach, gdy zwrócimy się do bardziej dokładnych obliczeń Tolle<sup>13)</sup>, pierwszorzędnego znawcy, według planów którego budowano szpitale w Argenteuil, Havre, Saint-Denis, Bourges i in., a także szpital w Montpellier, jeden z lepszych wzorów społecznych lecznic. Według formuły Tolle<sup>13)</sup>

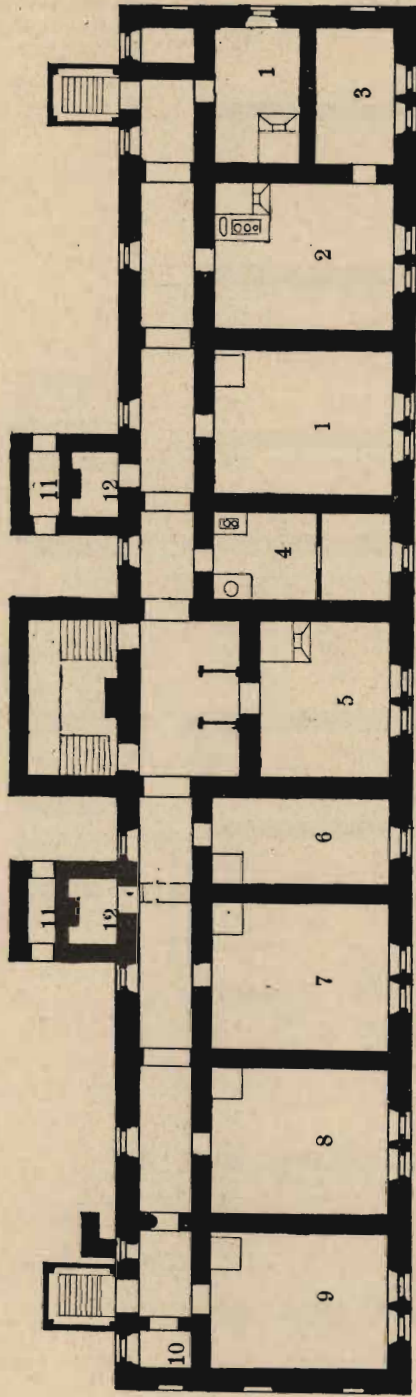
$$\frac{65 - 36}{14 + 1} = 2$$

na sali o 4 łóżkach wystarcza 39 cbm., a na sali o 6 łóżkach — 41 cbm. na każdego chorego. Z danych Grebionszczykowa<sup>11)</sup> wynika, że w Rosyi prawie w 63% szpitali wypada mniej niż 29 cbm. (3 sąż. kub.) na jedno łóżko, przy czem w 34 nawet mniej niż 1 sążeń sześcienny. Pod względem ilości powietrza wyjątek stanowi gabinet dla położnic, zawierający 71 cbm.

Jako minimum *wielkości okien* Degen przyjmuje 1,5 qm., dodaje przytem „dass jene Hospitaler, in denen nur 1 qm. Lichtflache auf das Bett kam, nicht als musterhaft bezeichnet werden konnten“ Rozmiary okien szpitala w Woskresieńsku odpowiadają danym, wyprowadzonym przez Schumburg<sup>10)</sup> i są następujące: szerokość wynosi 1,5 m., wysokość — 2,4 m.; wielkość okna — 3,6 qm. Wogóle *powierzchni świetlnej* wypada na 1 łóżko 1,4 qm. W każdej sali powierzchnia ta stanowi  $\frac{1}{8}$  część powierzchni posadzki. Okna sal zwrócone są na południe, zgodnie z żądaniem Vogt<sup>14)</sup>. Prawie wszystkie są zaopatrzone w lufciki, otwierające się od góry, co wraz z wentylatorami u każdego z pieców stanowi jedyny *system wentylacji*

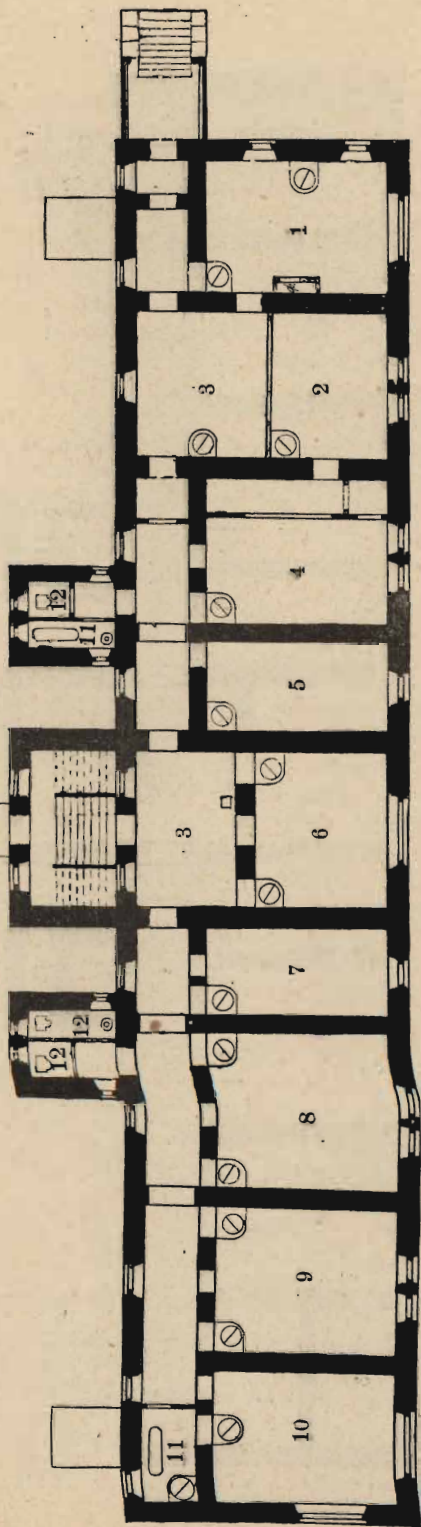


## Plan parteru.



- 1) Sypialnia sióstr. 2) Kuchnia. 3) Śpiżarnia podręczna. 4) Kocioł i pompa. 5) Piec do chleba.  
 6) Coactorium. 7) Jadalnia i pracownia sióstr. 8) Pokój stróży. 9) Śpiżarnia zapasów. 10) Ruchome  
 naczynie do przedmiotów wydalanych z sali operacyjnej. 11) Beczki klozetowe. 12) Piece klozetowe.

Plan pierwszego piętra.



- 1) Gabinet lekarski z szafą do laryngoskopowania. 2) Apteka. 3) Przedpokoje. 4) Pokój starszej siostry i pokoik lekarza. 5) Pokój felczarki. 6) Sale dla dzieci. 7) Sala położnicza. 8) Sala kobieca. 9) Sala męzka. 10) Sala operacyjna. 11) Pokoje kąpielowe. 12) Klozety.



w salach, prócz naturalnie tego, jaki proponuje Spencer Wells („Istnieje jeden tylko rodzaj dobrej wentylacji: niedomykanie drzwi i okien“).

Ogrzewanie odbywa się za pomocą pieców ruskich systemn Łukasze wicza; na korytarzach dodatkowo używane są też piecyki żelazne.

Dwie wanny cynowe, zaopatrzone w wodę — zimną i gorącą — przez wodociąg z piętra dolnego, znajdują się każda w osobnem pomieszczeniu. Jedna — dla przybywających chorych — mieści się w jednej z przystawek budynku; druga — dla chorych, mających poddać się operacji, znajduje się tuż przy sali operacyjnej w końcu korytarza. Nad ostatnią znajduje się żelazny zbiornik dla zapasu wody gorącej; zanieczyszczoną wodę z wanny odprowadza rura ściekowa.

*Łazienka.* Zbudowana w samym końcu ogrodu, służy do użytku personelu szpitalnego.

Kłozety są trzy: jeden dla personelu i dwa dla chorych (mężski i żeński), licząc po jednym na 8,5. Wszystkie urządzone systemem beczek ruchomych, które znajdują się na piętrze dolnem — w muryowanych, dobrze przewietrzanych, pomieszczeniach. Jak wiadomo, urządzenie podobne bynajmniej nie odpowiada współczesnym wymaganiom i nie może iść w porównanie z podobnymi systemami ani anglików, którzy „co się tyczy kłozetów — stoją na czele wszystkich narodów“, ani też w innych krajach. Wobec tego postanowiono jeszcze jesienią 1900 roku wprowadzić inny system asenizacyjny (wysuszenie i odwanianie za pomocą miálu ziemnego i węglowego aa).

*Sala operacyjna*, zgodnie z warunkami systemu korytarzowego, a wbrew żądaniom Miss Nigthingale<sup>10)</sup>, zwrócona jest, jak i inne sale, na południe. W niej wszystkie kąty — od strony podłogi i sufitu — są zaokrąglone, ściany pomalowane olejno, posadzka cementowa. Rozmiar sali = 160 cbm. Stosunek powierzchni oświetlenia do powierzchni posadzki = 1 : 4. Do operowania w nocy służy wisząca lampa naftowa z reflektorem. W urządzeniu sali operacyjnej tylko stoły i stołki są drewniane. Posadzka urządzoną jest nieco pochyło ku obwodowi z rurą, odprowadzającą ścieki z sali do umieszczonego na dolnem piętrze naczynia — fosse mobile, które znalazło szerokie rozpowszechnienie w małych szpitalach Anglii (Schumburg<sup>10)</sup>). Tym sposobem, odpowiada wymaganiom współczesnej chirurgii; 30 minut zupełnie wystarcza, by sala operacyjna została gruntownie oczyszczona i odkażona.

*Ambulatoryum* zawiera 150 cbm. powietrza. Stosunek powierzchni oświetlenia i posadzki = 1 : 5. Posadzka — drewniana, pomalowana olejno, jak to zresztą ma miejsce wszędzie: w salach, aptece i korytarzach. Całe umeblowanie również jest drewniane, prócz umywalni (z grubej blachy) i niektórych części stołu operacyjnego. Do jednej ze ścian przytyka, niby dużych rozmiarów szafa, kamera, służąca zarówno do robót fotograficznych, jak do badań laryngo — i of-

talmoskopowych Nad kamerą mieści się skład materiału opatrunkowego.

*Dolne piętro szpitala*, półsuterynowe, na wzór górnego ma urządzenie korytarzowo-boczne. Tutaj podłoga znajduje się niżej od powierzchni gruntu o 1½ arsz. w mieszkalnej, a prawie o 2 arszyny w niezamieszkałej połowie; wielkość okien równa się 1,9 arsz. kwadr. (około 1 qm.). W połowie zamieszkałej (od strony ulicy) mieszczą się: pierwszy pokój sióstr szpitalnych, kuchnia ze spiżarnią podręczną, drugi pokój sióstr; pomieszczenie dla pompy wodociągowej, kotła. W połowie niezamieszkałej: piec do chleba, koktoryum z aparatem do destylowania wody i skład apteczny, pokój stołowy wraz z pracownią dla sióstr, mieszkanie stróżów, spiżarnia dla większych zapasów mąki, krup. herbaty i t. p. Wzdłuż korytarza połowy niezamieszkałej ciągnie się długi piec, mający na celu osuszanie tej części budynku, długi czas pozostającego bez użytku.

*Pralnia, lodownia, śpichlerz* mieszczą się w osobnych zabudowaniach.

*Trupiarnia* jest najbardziej odległym zabudowaniem, znajduje się bowiem przeszło o 15 sążni od głównego budynku szpitalnego.

Niezmiernie ważną w szpitalu jest *czystość*, osobliwie, gdy ta stosowana jest gruntownie i w szerokich rozmiarach. Zabiegi, przyjęte przez szpital w W. i mające na celu utrzymanie czystości, mogą być rozpatrywane z czterech punktów widzenia: w stosunku do pomieszczeń, względem personelu szpitalnego, względem chorych, wreszcie — w stosunku do działalności operacyjnej.

Czystość pomieszczeń osiągnięta zostaje: a) przez opróżnienie na pewien czas kolejno to tej, to innej sali, po czem następuje mycie ścian i podłóg roztworem sublimatu (1 : 500), bielenie ścian i dokładne przewietrzanie całego pomieszczenia; odświeżanie to ma miejsce nie mniej niż dwa razy do roku; b) przez codzienne mycie podłóg wodą, mydłem i terpentyną (mycie sali operacyjnej odbywa się po każdej operacji).

*Siostry szpitalne* w celu zachowania czystości: a) winny nosić tylko szpitalne odzienie, suknie (których każda otrzymuje po trzy na rok) i wierzchnią bieliznę: fartuchy, ubiór głowy i t. p.; b) winny w przeddzień operacji wziąć łaźnię; c) zwalniają się (starsze siostry) od spełniania takich robót, jak pranie zanieczyszczonych bandaży, podkładów i t. p.; — mycie podłóg, co stanowi obowiązek tylko sióstr młodszych, mniejszy biorących udział w rzeczach podstawowych; d) w czasie dyżurów przy gospodarstwie — nie mogą się zajmować czemkolwiek, mającym styczność z pielęgowaniem chorych lub z udziałem przy operacjach. *W stosunku do chorych* praktykują się następujące zabiegi: a) wstępując do szpitala, każdy bierze ciepłą kąpiel, gdzie odbywa się mycie mydłem, strzyżenie włosów (jeżeli to nie spotyka oporu ze strony chorego) i obcinanie paznokci; b) w razie potrzeby i możliwości — dni kilka przed wstąpieniem leczy się świerzbę i inne udzielające się choroby skórne; c) do sal chorzy dopuszczani są tylko w bieliznie szpitalnej; d) co najmniej raz na ty-



dzień, a prócz tego przed operacją, biorą kąpiel; e) w salach bywają umieszczani, o ile to jest możliwe, według stopnia zaraźliwości ran i stopnia ich gojenia.

Przy zabiegach operacyjnych i pooperacyjnych dążenia do możliwej czystości polegają na stosowaniu wszystkiego, co przez społeczną anty — i aseptykę uznane zostało za najdostępniejsze i odpowiadające celowi.

Jak widać z poprzedniego, w celu zachowania czystości sprawy pielęgnowania chorych podlegają ściślemu odgraniczeniu od spraw gospodarskich. Ten podział o wiele wyraźniej występuje w przytoczonym rozkładzie dyżurów sześciu siostr szpitalnych, które w swych rękach trzymają wszystkie powyższe czynności.

D Y Ż U R Y		Poniedziałek	Wtorek	Środa	Czwartek	Piątek	Sobota	Niedziela	Poniedziałek
I	W nocy czuwa, od g. 6 rano wolna; po obiedzie u dozoreczyni*).	A**)	F	E	D	C	B	A	F
II	We dnie — przy chorych.	B	A	F	E	D	C	B	A
III	W nocy — śpi na sali; do obiadu u dozoreczyni; po obiedzie wolna.	C	B	A	F	E	D	C	B
IV	We dnie — przy chorych.	D	C	B	A	F	E	D	C
V	We dnie — w aptecce.	E	D	C	B	A	F	E	D
VI	W ambulatoryum — na przyjęciu chorych; po przyjęciu odpoczywa.	F	E	D	C	B	A	F	E

Tym sposobem rozkład dnia jest następujący: po zmianie dyżuru nocnego wszystkie siostry, za wyjątkiem czuwającej w nocy ubiegłej i drugiej, zajętej przy gospodarstwie, więc w liczbie czterech, o g. 6 rano biorą się do robienia porządku na salach, mycia chorych, zmiany bielizny i t. p. O g. 8 podają herbatę. Od 9 zaczynają się dyżury w ambulatoryum i aptecce. Od g. 12 do 1 nastaje w przyjęciu chorych przerwa, by wszystkie siostry w komplecie mogły przystąpić do karmienia chorych. Ztąd wpływa ta dogodność, że chorzy otrzymują obiad prawie jednocześnie wszyscy i w sta-

\*) pomaga w gospodarstwie.

\*\*\*) Litery stoją zamiast nazwisk kolejno zmieniających się na dyżurach siostr szpitalnych.

nie gorącym. O g. 12<sup>1/2</sup> obiadaje personel pielęgnujący. Po przyjęciu chorych lub też po operacjach (w piątki) około g. 4 — 5 rozpoczyna się porządkowanie w ambulatoryum, aptece, sali operacyjnej. O g. 7 chorzy jadają kolację. Dziewiąta jest godziną zmiany dyżuru dziennego na nocny.

Stanowiąc tym sposobem prawidłowo funkcjonującą organizację, *siostry szpitalne*, dobierane z pośród zdolniejszych dziewcząt miejscowych, zupełnie odpowiadają wkładanym na nie obowiązkom i bardzo szybko nabierają uzdolnienia do rozlicznych zajęć, koniecznych w warunkach szpitalnych. Tworzą one bowiem z jednej strony grupę ludzi, którzy jak najlepiej łączą w swych rękach dwa różne na pozór obowiązki — pielęgnowanie chorych i spełnianie posług (Pflege — und Dienstpersonal), co Kerschensteiner, Mencke i inni uważają za nieuniknione w małych szpitalach; z drugiej zaś strony, nie skrępowane ani ślubami religijnymi, ani też jakimikolwiek zobowiązaniami zakonnymi, stają one wobec różnorodnej z religii i obyczajów masy chorych, jako najzupełniej zaufania godne opiekunki „mit dem interconfessionalen gewissermaassen neutralen Charakter“ (Kerschensteiner). Nie bez znaczenia jest również to, że siostry szpitalne w W., nie poddając się utracieniom praktyk ascetycznych, o wiele więcej zabezpieczone są przed chorobami, niż, na przykład, „siostry miłosierdzia“, pośród których szerzenie się gruźlicy nie bez racji niepokoi Ziemssen<sup>2)</sup>. Z jednej strony odczuwać się daje pewien brak, mianowicie, brak tej opiekuńczej kontroli, z jakiej korzystają na szeroką skalę siostry szpitalne w Anglii, Francji, Niemczech — ze strony odpowiednich towarzystw kobiecych. W celu wynagrodzenia tego braku szpital w W. stara się oto, by na czele swych sióstr mieć zawsze osobę inteligentną, dozorczynię (lady superintendent, matrone), która potrafiłaby zrozumieć i obronić ich interesy, nie wychodząc przy tem z pedagogicznej względem nich roli. Część właściwie lecznicza znajduje się w rękach felczarki — akuszerki i felczera — aptekarza. Zarządzający zaś szpitalem lekarz ma odpowiedzialność za wszystkie działy czynności szpitalnych \*) Do pomocy w operacjach w okresie omawianym był proszony lekarz ziemski, kolega M. Puczkowski.

## V.

System *żywienia chorych* w W. mógłby być nazwany indywidualnym: obok bowiem raz na zawsze ustanowionych porcyi — zwyyczajnej, słabej, dodatkowej — przygotowuje się potrawy specjalne — podług smaku i na zamówienie tego lub innego chorego. Do wyboru istnieje spis, składający się z 30 potraw, wywieszony na widocznym miejscu. Obok nazwy każdej potrawy mieści się wyjaśnienie, z jakich przygotowuje się produktów, ile zawiera niezbędnych składników pokarmowych (białka, tłuszczów i węglowodanów), oraz

\*) Obowiązki te objąłem 7 sierpnia 1897 r.



cena potrawy, — by lekarzowi ułatwić oryentowanie się i kontrolę nad przygotowaniem potraw. Przy takim systemie łatwo stosować pożywienie chorych do indywidualnych potrzeb, upodobań, przyzwyczajęń, co jest rzeczą zawsze niezbędną w postępowaniu z różnoplemienną ludnością.

Jako *minimum* składników pokarmowych dla większości tych, co oczekują na operacje lub mogą być zaliczeni do rekonwalescentów, przyjęte są ilości Vogt'a: 85,0 białka, 30,00 tłuszczu i 300,0 wodorów węgla dziennie. W okresie pooperacyjnym maximum dochodzi nieraz nawet do tuczenia chorego (po operacjach kamienia, osobliwie przy otwartem leczeniu rany pęcherza; przy nowotworach złośliwych; przy gruźlicy; — wogóle po operacjach, którym towarzyszy znaczna stosunkowo utrata krwi, albo które prowadzą do wzmożenia czynności organów wydzielniczych); minimum zaś nie spada niżej granicy, wskazanej przez Breisachera<sup>15)</sup>, poniżej tych mianowicie ilości, bez których zachowanie równowagi białkowej mogłoby uleść poważnemu niebezpieczeństwu. Takie minimum wyznaczone bywają dla chorych, poddających się operacji na wątrobie, kanale pokarmowym, pęcherzu, tak w okresie przygotowawczym, jak i przez pierwsze dni po operacji. Całkowite zaniechanie pokarmów nigdy nie bywa stosowane, nawet u takich chorych, jak nap. z fistułami pochwo-kiszkowemi, gdzie nagromadzenie kału może całkowicie zniweczyć otrzymane przez operację rezultaty. Tylko w dzień operacji rano, i to tylko chorzy mający poddać się znieczuleniu chloroformowemu, muszą zadowolnić się fliżanką herbaty z mlekiem; zato wieczorem mają do wyboru kawę, kakao, rosół, kisiel i t. p.

Uznając słuszność zdania, że, „dodatek *mięsa* choćby bardzo nieznaczny, stanowi jedną z poważniejszych przyczyn zmniejszenia śmiertelności w szpitalach“<sup>16)</sup> — w szpitalu w W. mięso chorzy otrzymują codziennie, mianowicie po 24 zoł., co stanowi porcyę zwyczajną, a dwa razy na tydzień po 48 zoł. (pieczone). Ilości te, uważane słusznie za niewystarczające po miastach (Jakimiak<sup>17)</sup>), są odpowiednie dla ludności wiejskiej, nienawykłej do pokarmów mięsnych z powodów czysto ekonomicznych. Z gatunków mięsa, prócz ptactwa, jest w użyciu tylko wołowina i baranina. Mięso wieprzowe znane jest jeno pod postacią szynek wędzonych, dostawianych z Orenburga, ponieważ świnie miejscowe, chodowane zresztą w wielkiej ilości, lecz nie w zagrodach, a na wolności, na pastwiskach leśnych — dostarczają złego gatunku mięsa. *Chleb* otrzymują chorzy taki, do jakiego przywykła ludność miejscowa, mianowicie pszenny, i w takiej ilości, w jakiej może być spożyty przez chorego, „do woli“, nie stanowiąc określonej porcyi. Podobnie *mleko* wydaje się w miarę chęci chorego i potrzeby. *Rozmaitość* w żywieniu osiąganą bywa przez dodatki warzyw (kartofli, marchwi, buraków, kapusty, ogórków i t. p.), krup, kaszy, jako też przez zmiany w przyrządzaniu potraw.

Pomimo stosunkowo dobrego postawienia w szpitalu sprawy żywienia *koszt utrzymania* jednego chorego dziennie wynosi tylko 10,3 kop., dzięki pewnym ustępstwom, zapewnionym szpitalowi przez zarząd huty (mięsa, mleka i masła dostarcza przez cały rok po jedna-

kowej cenie) i dzięki znacznej taniości produktów spożywczych w tej miejscowości. Przytaczam niektóre *ceny*: mięsa funt 5 $\frac{1}{2}$  kop., masła śmietankowego funt — 20 kop., mleka dwa litry — 5 kop., jaje — 1 kop., kurczę — 5 — 10 kop., indyczka młoda — 25 kop., pszenicy pud — 85 kop., żyta pud — 50 kop. i t. p. Nie powinno zatem nikogo dziwić, że w budżecie rocznym na utrzymanie chorych i personelu szpitalnego, złożonego z osób 12 figuruje tylko 600 rub.

Inne pozycye *budżetu* wydatków na gospodarstwo i pielęgnowanie chorych są następujące:

	1897 — 1898	1898 — 1899
Na bieliznę i obuwie wniesiono	100 rb.	150 rb.
„ światło i opał „	350 rb.	350 rb.
„ wydatki nieprzewidziane wn.	278 rb.	368 rb.
„ pensye sióstr szpitalnych (po 48 — 84 rb. rocznie) wnies.	360 rb.	384 rb.
„ pensya służby (kucharek, stróżów, sanitar.) wniesiono	192 rb.	300 rb.

(d. n.)

## Z działalności pomocy lekarskiej wiejskiej gub. Płockiej. Działalność lekarska w obwodzie Ciechanowskim.

Podał Dr. M. Zienkiewicz (z Ciechanowa).

Upływają już trzy lata od czasu powstania w gubernii Płockiej organizacyi pomocy lekarskiej wiejskiej, lecz dotychczas w pismach zawodowych były tylko luźne o niej wzmianki. Szerzej o tej sprawie mówili dwa artykuły w „Kraju“ w roku 1900, artykuł dr. P. Oboznenki w „Wiestniku Sudiebnoj Miedicyny i Gigjeny“<sup>\*)</sup> i odpowiedź na ten artykuł w „Gazecie Lekarskiej“<sup>\*\*)</sup>. Te nieliczne prace pisane przez osoby, nie mające stałej styczności z omawianą sprawą, nie są wolne od pewnej tendencyjności.

Potrzeba szczegółowszego sprawozdania z działalności pomocy lekarskiej wiejskiej jest obecnie tem więcej na dobie, że zbliża się czas, kiedy podobna instytucya będzie wprowadzona w całym Królestwie (P. „Czas. Lek.“ r. 1901 str. 331).

Brak takich sprawozdań i żywotność samej sprawy zniewoliły mnie do napisania niniejszej pracy. Nie wiem, o ile ona zadosyćczytni wymaganiom, będę jednak rad, jeżeli zwróci na siebie uwagę czytelników i będzie pobudką do dalszych w tym samym rodzaju rozstrząsań.

\*) Rok 1900 Luty str. 177—209 i Marzec 321—343 „Sifilis i drugija zarazyja boleźni w polskoj dieriewnie.

\*\*) Gazeta Lekarska rok 1901.



Quod potui feci, faciant meliora potentes.

Jakkolwiek głównym zadaniem niniejszej pracy jest zobrazowanie działalności obwodu lekarskiego w powiecie Ciechanowskim, znajdującego się pod moim bezpośrednim zarządem: atoli ponieważ ta praca będzie pierwszą w omawianym kierunku, nie mogę pominąć ogólnych wskazówek co do zarządu, sposobu rewizyi, statystyki, i t. p. szczegółów całej organizacji.

Projekt urządzenia pomocy lekarskiej wiejskiej w gub. Płockiej powstał według myśli byłego Gubernatora płockiego r. t. Janowicza; Najwyżej zatwierdzony został dnia 14 Czerwca 1897 roku; po koniecznych przygotowaniach — wprowadzony w czyn dnia 3 Stycznia 1899 roku. Wszystkie 8 obwodów pomocy lekarskiej znajdują się pod głównym zarządem Rady gub. Dobroczytności Publicznej w Płocku. Każdy z pojedynczych obwodów znajduje się pod bezpośrednim zarządem Rady powiatowej tego powiatu, w którym się znajduje stałe miejsce zamieszkania lekarza obwodowego.

Oprócz tego, na czele niektórych obwodów, w tej liczbie w Ciechanowie, jest kurator.

W zakres działalności Rady gubernialnej obok ogólnego zarządu, jako to: mianowanie lekarzy i całego personelu medycznego, zawiadywanie środkami pieniężnymi, wchodzi bardzo ważna czynność z punktu widzenia zawodowego, mianowicie statystyka.

Dane statystyczne, ostatecznie opracowywane w Radzie gubernialnej, pochodzą z dwóch źródeł i są dwojakiego rodzaju. Pierwsze tyczą się ogólnej liczby przychodzących i stałych chorych, położnic, liczby wyjazdów na posterunki i do chorych do domu; tę wypracowuje lekarz każdego obwodu i daje tylko ogólne cyfry, które już świadczą o wzrastającym zaufaniu ludności, jakim darzy racjonalną pomoc lekarską.

Co do szczegółowego opracowania materiału, zebranego podług książek, do których zapisuje się wszystkich zgłaszających się po poradę lekarską, to takiej statystyki dotąd nie prowadzono z powodu braku rąk. Wobec nieodzownej potrzeby bliższego zbadania zebranego materiału Rada gubernialna postanowiła zaprosić lekarza zapasowego, w zakres czynności którego wchodzi również opracowywanie materiału statystycznego. (Protok. posied. z Czerwca 1899 r.) Postanowienie to było wykonane w Maju roku 1900. Dotychczas lekarz zapasowy, kol. Mazowiecki, opracował materiał tyczący jakości chorób i ilości chorych — dla wszystkich obwodów, prócz szczegółowego opracowania liczby chorych, przychodzących do lekarza z rozmaitych odległości, dla obwodu Bielskiego, wszystko to za rok 1899. Ta praca jest wydana przy protokóle posiedzenia Rad. Gub. z dnia 10 Kwietnia r. b. Wspomniana praca, wykonana bardzo starannie, z należytem wyczerpaniem materiału, nie może jednak zadosyć uczynić żądaniom surowszego krytyka. Najgłówniejsze niedokładności omawianej statystyki tyczą się liczby chorych, zgłaszających się powtórnie, jak również sprawy rozpoznawania chorób. Liczba chorych zgłaszających się po raz drugi do lekarza jest prawdopodobnie w statystyce zbyt małą. Na 58008 porad tylko 8545 powtórnych. Zbyt też wielka ilość chorób

jest zakwalifikowana do rozdziału chorób nieokreślonych na 56008 aż 3123. Drugą z oznaczonych niedokładności powiększa to, że statystyka chorób prowadzi się według urzędowej tablicy Departamentu lekarskiego, w której wymaganem jest bardzo ogólnikowe określenie choroby; tak na przykład, wszystkie choroby oczu, uszu, narządów płciowych żeńskich, choroby skórne przeklekie — mają *po jednej* rubryce!

Jak pierwszą, tak również drugą przyczynę niedokładności w statystyce pogarsza ta okoliczność, że przez cały rok 1899 zebrany materiał pozostawał nieopracowanym, co zniechęcało lekarzy obwodowych wogóle do zbierania danych statystycznych.

Na to zaniechanie zbierania danych statystycznych Rada gub. zwróciła uwagę i okólnikiem z dnia 20 Lipca 1900 roku prosiła lekarzy obwodowych o ścisłość danych statystycznych; sami zresztą lekarze z chwilą zamianowania lekarza zapasowego, z chwilą ogłoszenia pierwszej poważniejszej statystyki, więc z chwilą, kiedy się przekonali, że ich praca nad zbieraniem tych danych nie idzie na marne, podwoili swoją staranność w tym kierunku, wobec czego można spodziewać się, że statystyka za rok 1900 i 1901 będzie lepsza,

O tem, jakiego rodzaju dane statystyczne są zbierane przez lekarzy obwodowych przy wciąganiu chorych do odpowiednich książek, powiem w rozdziale o technice przyjmowania chorych.

Przy wprowadzaniu pomocy lekarskiej wiejskiej w całym Królestwie na sumienne zbieranie materiału statystycznego trzeba zwrócić szczególną uwagę, przeważnie w pierwszych latach, nie szczędząc na to środków materialnych i pracy, albowiem ten wydatek pieniędzy i pracy będzie stokroć wynagrodzony; dobrze zebrana i opracowana statystyka pokieru e naszą działalnością w tę stronę, gdzie ona jest najwięcej potrzebna, ponieważ nauczy nas o rzeczywistym stanie zdrowotności, a nawet, do pewnego stopnia i o kulturalnym stanie, naszego ludu.

Niektóre postanowienia Rady gubernialnej Płockiej zasługują na obszerniejsze przytoczenie.

Zasadnicze postanowienia Rady gub., obowiązujące wszystkie obwody, odbywają się w obecności i przy bezpośrednim udziale osób, najbliższej stojących do sprawy, mianowicie lekarzy obwodowych i szpitalnych, kuratorów i naczelników powiatów jako prezesów Rad powiatowych.

Oprócz tych osób w posiedzeniach Rady brali również udział osoby nie stojące bezpośrednio w związku z omawianą instytucją, osoby, z jakiegobądź względu ciekawi rozwoju sprawy pomocy lekarskiej gminnej. Tak na przykład, w posiedzeniu 5-go października brał czynny udział Dr. Obezienko, który badał stan zdrowotny gub. płockiej, jako delegat Departamentu lekarskiego. W jednym z posiedzeń brał udział korespondent jednego z pism lekarskich, w innym zaś—obywatel ziemski z płockiego, który wniósł kwestyę zwiększenia ilości wyjazdów lekarza na jeden z posterunków.

Na parę tygodni przed posiedzeniem każdy z uczestników zawiadamiany jest o zbliżającym się dniu posiedzenia i proszony o przysłanie tych pytań, jakie ma zamiar wnieść na Radę. Po odebraniu



wspomnianych pytań od wszystkich życzących wnosić takowe, są one drukowane i rozsyłane do wszystkich uczestników posiedzenia, wraz z podaniem terminu posiedzenia.

Dotychczas takich posiedzeń odbyło się sześć. Posiedzenia trwały długo, niektóre od południa do północy, niektóre przez dwa dni; na nich czytane były sprawozdania z każdego obwodu. Następnie były rozstrzygane kwestye bieżące, przeważnie z wniesionych na posiedzenie przez lekarzy i Rady powiat. Dobroczynności Publicznej. Decyzye zapadały prostą większością głosów.

Na jednym z posiedzeń był obrany, większością głosów, z kilku kandydatów, lekarz na wakującą wówczas posadę lekarza obwodowego w Jednorozcu (protokół posiedzenia z dnia 7 lutego 1899 roku, art. 17); posada lekarza zapasowego ustanowiona była również na jednym z posiedzeń; wyjaśniona została kwestya urlopów lekarzy obwodowych; powiększona opłata za wyjazdy na posterunki; uregulowana ważna kwestya, jakiego rodzaju chorzy mają prawo do stałej kuracji w lecznicach; omawiano kwestye, mające donioślejsze gospodarcze znaczenie, np. co do wydatków na utrzymywanie chorych. Wszystkie postanowienia są wnoszone do protokołów, drukowanych następnie i rozsyłanych lekarzom obwodowym.

Nie potrzebuję się rozwodzić nad tem, jakie znaczenie mają wspólne posiedzenia kierowników i wykonawców samej sprawy, sprawy tak żywej, a tak nowej; powiem jednym słowem, że poprawę wielu stron niepraktycznych ustawy, wyjaśnienie wielu rzeczy trudno zrozumiałych, zawdzięczamy tym posiedzeniom. Pomijając to znaczenie praktyczne posiedzeń, zwracam jeszcze uwagę na ich znaczenie moralne. Przeważystkiem, wzajemne spotkanie się kolegów, omawianie najbliższych spraw zawodowych i życiowych nie mija bez wielkiego pożytku, jak również uprzytomnienie sobie faktu, iż nie on jeden pracuje ciężko w omawianej sprawie, że również ciężko pracują jego koledzy.

Wadą tych posiedzeń jest, po pierwsze, niedostateczne opłacenie wydatków na podróż osób, wzywanych na posiedzenia, i po drugie, kwestya zastępstw lekarza obwodowego w czasie jego obecności w Płocku. Sprawa odszkodowania za wyjazdy przechodziła następne stadya. Na pierwszym posiedzeniu, w Grudniu 1898 roku ustanowiono trzy posiedzenia do roku, co 4 miesiące, z tym warunkiem, żeby lekarze przybywali na nie na własny koszt. Tak się działo w ciągu całego roku 1899, lecz na ostatniem posiedzeniu tegoż roku, w październiku, uchwalono, by w obec braku funduszków wydatki podróżne przybywających na posiedzenie opłacane były całkowicie, ale tylko raz do roku.

W roku 1900 posiedzenie odbyło się tylko jedno, więc wydatki podróżne były zupełnie opłacone; w roku zaś bieżącym posiedzeń odbyło się dwa, z których wydatki podróżne za pierwsze posiedzenie były zwrócone; przejazd na drugie posiedzenie lekarze sami zapłacili. Nie wątpliwi, że wydatki podróżne, dochodzące -- dla mieszkańców krańców gubernii — powyżej 30 rubli, muszą odstraszać od przybywania na posiedzenia, skutkiem czego uie na każde posiedzenie lekarze obwodowi przybywali in corpore, okoliczność, która z łatwo zrozumiałych



powodów ujemnie wpływała na treść i jakość uchwał. Mała liczba posiedzeń w roku 1900 i 1901 była wywołana chęcią oszczędzania lekarzom wydatków.

Drugą trudnością uczestniczenia w posiedzeniu jest niejasność w sprawie zastępstwa lekarza obwodowego na czas jego nieobecności. Ze względu na to, że główne czynności lekarzy obwodowych odbywają się w pewne stałe dni tygodnia, do których nawykła ludność, nieobecność lekarza w te oznaczone dni, na oznaczonym miejscu, źle wpływa na powodzenie całej sprawy, zmniejszając zaufanie ludności do sprawności organizacyi, która naraża na próżną stratę czasu i wydatki (przejazd). W celu usunięcia tych niepożądanych skutków nieobecności lekarza, w roku 1898 uchwalono, by każda Rada Powiatowa Dobroc. Publicz. uprosiła lekarza wolnopracującego, aby się podjął obowiązku zastępowania sąsiadującego z nim lekarza obwodowego na wypadek jego krótkotrwałej nieobecności, w razie choroby lub wyjazdu na posiedzenie. Takimi zastępcami, z łatwo zrozumiałych przyczyn, stali się lekarze powiatowi. Za zastępstwo są oni opłacani w sposób następujący: za wyjazdy na posterunki ambulatoryjne od dnia założenia instytucyi aż do stycznia 1900 roku po 5 rubli za każdy wyjazd furmanką wynajętą na koszt wyjeżdżającego, a od stycznia 1901 roku po rubli 6. Za przyjęcie chorych w miejscu stałego zamieszkania lekarza obwodowego do kwietnia r. b. zastępca nie pobierał żadnego wynagrodzenia, od kwietnia r. b. uchwalono płaćć za taką czynność po rubli 3. Za zastępstwo w prowadzeniu czynności szpitalnych nie byli i nie są płatni.

Wynagrodzenie wysokości 5 lub 6 rubli, z czego opłacić trzeba furmankę, (tembardziej: 3 rubli) za całodzienną pracę jest bardzo małe, więc zastępcy niechętnie podejmują się wykonania włożonych na nich obowiązków, pozbawiających ich korzystniejszego zarobku z praktyki.

Przyjmując zaś takie obowiązki, nieraz dają odczuć, że robią osobistą przysługę lekarzowi obwodowemu. Taki stosunek lekarza obwodowego do zastępcy może się stać nieraz przyczyną nieporozumień. W celu ich uniknięcia lekarz obwodowy zmuszony bywa do zaniebdywania swego zdrowia; nieraz chory pełnił swe obowiązki, lub zrzekał się udziału w posiedzeniu, byle tylko uniknąć wymówek ze strony kolegi-zastępcy.

Słów kilka muszę powiedzieć o rewizjach dokonywanych przez Radę Gubernialną w lecznicach i na posterunkach.

Dzięki sprawozdaniom piśmiennym i ustnym (na posiedzeniach) rewizye takie były bardzo rzadkie. Dla tego wizyty członków Rady Gubernialnej miały na celu głównie bliższe poznanie warunków istniejących w każdej miejscowości.

Ogłędziny odbywają się według z góry ułożonego planu; mocą uchwały posiedzenia z października 1899 roku wspomniany plan był rozdany każdemu lekarzowi obwodowemu i naczelnikom powiatów w tym celu, by tak jedni, jak drudzy dawali określone odpowiedzi na



wszystkie znajdujące się w tym planie zapytania. Roztrząsanie otrzymanych odpowiedzi było tematem narad następnego posiedzenia, dzięki czemu uchwalono wiele środków w celu usunięcia zanotowanych wadliwości.

Po rozpatrzeniu działalności Rady Gubernialnej skończyłem z częścią ogólną tej pracy; w dalszym ciągu ograniczę się do dziejów obwodu Ciechanowskiego

Pośrednikiem między Radą Gubernialną, a lekarzem obwodowym jest Rada powiatowa Dobroc. Publicz., do czynności której na pierwszym planie należy pomaganie lekarzowi przy wprowadzaniu w czyn uchwał Rady Gubernialnej. Oprócz tej czynności do Rady powiatowej należy asygnowanie pieniędzy na pensye, na utrzymanie służby, chorych, kontrola podawanych rachunków, zapotrzebowań na leki, środki opatrunkowe. Lekarz z Radą powiatową porozumiewa się za pomocą korespondencji i za pomocą posiedzeń. Posiedzenia Rady powiatowej odbywają się w ciągu roku 3 do 4 razy, noszą charakter formalny. Do pewnego czasu lekarz obwodowy na takie posiedzenia nie zawsze był zapraszany, lecz w myśl uchwały Rady Gubernialnej z października 1899 roku jest stałym członkiem tej Rady. Do składu Rady należy również kurator obwodu.

Personel lekarski obwodu Ciechanowskiego, również jak i większości innych, składa się z trzech osób: lekarza, akuszerki i felczera. Z tych trzech osób samoistnie pracuje tylko lekarz i akuszerka, w obrębie swego zawodu. Felczerowi samodzielnie pracować nie wolno, zwiększa to pracę lekarza, ale jest rzeczą niezbędną.

W pracy lekarza obwodowego odróżnić należy cztery następujące zadania:

1) Zawiaduje szpitalem wiejskim, tak pod względem leczniczym, jak również gospodarczym.

2) Przyjmuje 2 razy w tygodniu przychodzących chorych, w szpitalu.

3) Dwa razy w tygodniu wyjeżdża na tak zwane posterunki, gdzie przyjmuje chorych przychodzących; posterunki znajdują się na przeciwległych krańcach obwodu.

4) W czasie wolnym od wyżej wymienionych zajęć wyjeżdża, jeśli jest wzywany, do chorych do domu.

Felczer obsługuje w szpitalu chorych mężczyzn; wyjeżdża na jeden z posterunków z lekarzem w celu przygotowania lekarstw i robienia prostszych opatrunków pod kierunkiem i odpowiedzialnością lekarza; pomaga podczas przyjęcia chorych w szpitalu i prowadzi drobniejszą urzędową korespondencję.

Akuszerka, która jednocześnie pełni obowiązki felczera, obsługuje w szpitalu chore — kobiety, również wyjeżdża na jeden z posterunków z lekarzem; pomaga podczas przyjęcia chorych w szpitalu, po za tem — pod kierownictwem lekarza — prowadzi gospodarstwo szpitalne i wyjeżdża do położnic. Ten ostatni obowiązek w myśl

uchwały posiedzenia Rady Gubernialnej z lutego 1899 roku jest dla niej najważniejszy: na wezwanie powinna jechać z pominięciem innych obowiązków.

Za pełnienie wymienionych czynności personel lekarski jest uposażony w sposób następujący: Lekarz pobiera rocznie pensyi rub. 900 i na mieszkanie rub. 200; akuszerka i felczer, pierwsza rub. 360, drugi rub 240 i mieszkanie z opałem, przy szpitalu.

(d. c. n.)



## O działaniu namocznem teobrominy (theobrominum purum).

Pogadanka terapeutyczna

Podał Dr. S. Sterling.\*)

Do leków namoczných uciekamy się głównie z dwu powodów: przy zmniejszonej ilości moczu — w celu odwodnienia ustroju, w celu usunięcia obrzęków; przy normalnej ilości moczu — w celu zwiększenia jego ilości po nad normę, chcąc przepłukać drogi moczowe lub chcąc usunąć z ustroju znaczniejsze ilości wytworów przemiany materii.

Środki namoczne podzielić można na: nabłonkowe i mechaniczne; trzeci rodzaj stanowią leki namoczne wodne, łączące działanie mechaniczne z nabłonkowym.

Ten podział leków namoczných odpowiada dwu głównym czynnikom fizjologii wydzielenia moczu. Albowiem ilość jego, jak wiemy, zależy od stanu nabłonka nerkowego i od szybkości, z jaką krew przez nerki przepływa.

Co się tyczy nabłonka kłębków i cewek nerkowych, to stanowi on tę tkankę nerek, która bierze czynny udział w wytwarzaniu moczu ze krwi. Wszelkie schorzenia tego nabłonka, o ile zajmują dosyć dużą powierzchnię — zmniejszają ilość wydzielnego moczu.

Więcej jest złożony wpływ prądu krwi na ilość wydzielnego moczu. Ta ostatnia zależy bowiem nie tylko od szybkości prądu krwi, lecz i od różnicy w ciśnieniu panującym w tętnicy nerkowej i w cewkach nerkowych: im większa jest ta różnica, tem więcej — caeteris paribus — wydziela się moczu.

Że ilość moczu zależy od szybkości prądu krwi, jest rzeczą łatwo zrozumiałą; nabłonek nerkowy musi mieć dostarczane coraz to nowe

\*) Według wykładu w Tow. Lek. Łódzk. 20 XI. 01.



porcye krwi do przeróbki, by mógł wytwarzać normalne ilości moczu. Z chwilą, gdy w jednostkę czasu mniej krwi przez tętnicę nerkową przepływa — ilość moczu się zmniejsza.

Z różnych powodów zmniejsza się ilość krwi w tętnicy nerkowej.

Przedewszystkiem ilość krwi w tej tętnicy jest mniejsza wtedy, kiedy wszystkie tętnice mało krwi zawierają, a mianowicie — z powodu osłabienia serca, kiedy krwią jest przepelniony układ żylny. Naturalnie, nawet przy dobrze krwią wypełnionych tętnicach ciała — mało krwi zawiera tętnica nerkowa o świetle zwężonem, np. dzięki miażdżycy w tem naczyniu silnie wyrażonej\*).

Szybkość prądu krwi w układzie tętniczym zależy od ciśnienia: spadek ciśnienia, zwykły skutek osłabienia siły skurczowej serca lub naczynio-ruchowego porażenia tętnic, zwalnia obieg krwi w całym ustroju, a więc i w tętnicy nerkowej. Natomiast wzrost ciśnienia w tętnicach ciała (np. przy skurczu naczyń skóry pod wpływem zimna) połączony jest stale, u ludzi zdrowych, z powiększoną diurezą. Toż samo widzimy i u chorych nerkowych, przy zapaleniach przewlekłych, w których ciśnienie tętnicze jest stale wzmożone — o ile jednocześnie nie jest zwężone światło tętnicy nerkowej (no i — rzecz prosta — o ile dostatecznie duża powierzchnia nabłonka nerkowego jest zdolna do czynności).

Ale na ilość krwi wpływa nie tylko jej do nerek dopływ; musi ona, przez nabłonek wyzyskana, co prędzej odpływać, w przeciwnym razie tylko tamuje dostęp nowej fali krwi świeżej. Dla tego wszelkie przeszkody w krążeniu żylnem nerki odbijają się na ilości moczu. Ogólna zastoina w żyłach ciała (z powodu osłabienia prawej komory serca lub z powodu osłabienia przysysającej siły ruchów oddechowych), zarówno jak i miejscowy zakrzep w żyłę głównej dolnej, zakrzep w żyłę nerkowej, ucisk na tę żyłę, jej żylaki — utrudniają odpływ krwi z żyły nerkowej, zmniejszają diurezę.

Jak już wspominałem, ilość wydzielanego moczu zależy też od różnicy w ciśnieniu, jakie panuje z jednej strony w tętnicy nerkowej, a z drugiej — w cewkach nerkowych. Wszystkie warunki podnoszące ciśnienie krwi w tętnicach (silne serce, skurcz naczyń) — dając przewagę ciśnieniu tętniczemu nad ciśnieniem cewkowym, zwiększają ilość moczu. Natomiast wszystko co utrudnia odpływ moczu z cewek nerkowych — zwiększa ciśnienie w tych ostatnich, czyli zmniejsza różnicę między tem ciśnieniem a ciśnieniem w tętnicy nerkowej. Dla tego przeszkody w wydalaniu moczu stają się przeszkodami do jego wydzielania; zatkanie kanalików nerkowych przez złuszczone nabłonek lub cylindry, zarówno jak złogi, nowotwory, blizny, ucisk z zewnątrz na drogi wyprowadzające mocz — zmniejszają samą czynność wytwarzania moczu.

\* ) Jeżeli — przeciwnie — światło tętnicy nerkowej jest silnie rozszerzone, t. j. ona na raz dużo krwi zawiera, natenczas mamy poliuryę. Takie silniejsze, aniżeli innych tętnic, rozszerzenie tętnicy nerkowej zdarza się jednak bardzo rzadko. W ten sposób, jak się zdaje, powstaje poliurya przy moczówce prostej, mianowicie dzięki porażeniu nerwów naczynioruchowych nerki.



Krótkie to przypomnienie warunków, od których zależy diureza, pozwala nam na taki podział leków namocznych, o jakim wspominaliśmy; pędzić mocz możemy: albo poprawiając hydrauliczną dynamikę krwi, by dostarczyć nerkom dostateczną jej ilość do przerobienia na mocz; albo pobudzając do wzmożonej pracy czynne elementy nerek, t. j. nabłonek; albo — wreszcie — działając jednocześnie w obydwu kierunkach.

Dodam nawiasem, że dostarczając nerkom krew, czynimy zadość i drugiemu wskazaniu, albowiem normalne składowe części krwi, mianowicie mocznik i kw. moczowy, stanowią ten fizyologiczny bodziec, który w warunkach zwykłych zadrażnia wydzielnicze zdolności nabłonka nerkowego.

Prototyp mechanicznego leku namocznego mamy w naparstnicy. U ludzi zdrowych naparstnica zwiększonej diurezy nie wywołą\*), bo wtedy nie ma do pokonania tego wadliwego rozmieszczenia krwi, które trzeba by było mechanicznie inaczej rozlokować. Niczem bowiem innym nie są zaburzenia w krążeniu, jak nieprawidłowem rozmieszczeniem krwi w różnych narządach, zależnem albo od osłabienia serca (osłabienia bezwzględne lub w stosunku do przeszkód, jakie ma pokonać), albo od porażenia naczynio-ruchowego tętnic. Widzimy wtedy przepełnienie jednej części układu tętniczego przy pustce w drugiej (np. przepełnienie tętnic jamy brzusznej przy anemii mózgu i skóry\*\*) lub przepełnienie żył przy pustce w tętnicach.)

Naparstnica (i środki tej samej grupy) potęguje skurcz i rozkurcz serca; lewa komora przy skurczu doskonale się opróżnia, prawa zaś przy rozkurczu doskonale się napełnia; jednocześnie wzrasta napięcie tętnic, ponieważ naparstnica zadrażnia nerwy naczynio-ruchowe. Taka mechaniczna pomoc stawia nerki w warunki pożądane: szybkość obiegu krwi wzrasta, a ciśnienie tętnic znów o wiele przerasta ciśnienie w cewkach nerkowych.

Azotony mają wywoływać paralityczne rozszerzenie tętnic nerkowych, t. j. wywoływać warunki, o których wspominałem, mówiąc o przyczynie poliuryi przy moczówce prostej\*\*\*)

Czasowo podnieść możemy diurezę, przy wydolnych narządach krążenia i wydzielania, tworząc sztuczną plethoram vascularem, przepełniając naczynia. Czynimy to za pomocą podawania dużych ilości

\*) Dzięki skurczowi naczyń nerkowych wywołuje raczej czasową oligurię.

\*\*) Znana błądź chorych nerkowych od tego właśnie zależy.

\*\*\*) Jeśli zmniejszona ilość moczu zależy od wzrostu ciśnienia w cewkach nerkowych z powodu ucisku na drogi moczowe ze strony np. płynu puchliny brzusznej — wypuszczenie części tego płynu mechanicznie dopomaga, przy diurezie. Również mechanicznie wpływamy na powiększenie diurezy, nsuwając przekrwienie żyłne w jamie brzusznej i miednicy — a więc: podając środek przeczyszczający, stosując mięsienie brzucha, stawiając bańki na okolicę lędźwiową, lub — przy ogólnym zastoju żylnym — stosując upust krwi. Uwalniając serce od ucisku wywieranego nań przez płyn zebrany w opłucnej lub osierdziu — również mechanicznie dopomagamy diurezie; toż samo powiedzieć należy o mechanicznem usunięciu puchliny wodnej z innych okolic ciała, dzięki czemu zmniejszamy pracę serca.



plynu. Zwiększona ilość krwi podnosi ciśnienie tętnicze i diurezę; jeśli w podawanym płynie są rozpuszczone materye mające zdolność pobudzania działalności nabłonka nerkowego, natenczas te środki namoczne wodne łączą w sobie własności diuretyków mechanicznych i nabłonkowych. Tak właśnie działają liczne wody mineralne, tak działa i mleko dzięki rozpuszczonej w nim laktozie, tą też drogą działają różne species diureticae; niemałe działanie mają z tego właśnie powodu pokarmy roślinne, zawierające dużo soli i wody. Diuretyki solne mają przytem — podobno — odwadniać tkanki, zabierając z sobą wodę, niezbędną do ich rozpuszczenia.

Ostatnia kategoria środków namocnych działa bez udziału układu naczyniowego (lub: z niewielkim udziałem tego układu), podniecając zdolność wydzielniczą nabłonka cewek nerkowych. Są to środki namoczne sensu stricto, ponieważ zwiększają ilość tej wydzieliny nawet u zdrowych. Zaliczamy tu mocznik (którego ilość we krwi zwiększają małe dawki kalomelu), terpentynę, jałowiec. kopaiwę, octan potasu, kofeinę (?), diuretynę i te o b r o m i n e.

Nie jest teobromina środkiem w terapii nowym; pierwsze próby jej stosowania leczniczego sięgają roku 1887-go. Gdy jednak w Niemczech zupełnie zaniechano stosowania tego środka („W terapii nie używa się teobrominy“. Encyklopedia Eutenburga. Tom 24. Rok 1900 str. 246), we Francji lek ten jest w powszechnem użyciu.

Nieliczne, ale bardzo przekonujące, osobiste moje spostrzeżenia upoważniają mnie do polecenia tego leku w przypadkach, gdzie jest wskazane użycie środka namocznego nabłonkowego.

Teobromina jest bezbarwnym proszkiem krystalicznym, bardzo trudno rozpuszczalnym nawet w gorącej wodzie. Z żołądka zupełnie się wsysa, o ile znajduje tam dostateczną ilość płynu do rozpuszczenia się.

Jej działanie moczopędne stwierdzono już oddawna; jeśli ją w terapii początkowo zarzucono, to dla tego, że jest trudno rozpuszczalna, że niekiedy sprowadza objawy uboczne, głównie w postaci bólu głowy; że — co najważniejsza — znaleziono przetwór pochodny, diuretynę (theobrominum natrio-salicylicum) łatwo się rozpuszczającą w wodzie, mającą, jak chcą badacze niemieccy, to samo działanie, co i trudno rozpuszczalna teobromina.

Wartość lecznicza diuretyny nie ulega dziś zaprzeczeniu; niewątpliwie jest to jeden z najlepszych znanych nam obecnie środków namocnych nabłonkowych; jakkolwiek powoduje niekiedy objawy uboczne w postaci zaburzeń żołądkowych, kiszkowych, bólu głowy i innych, oddaje bardzo często znakomite usługi lecznicze.

Że jednak jej działanie niezupełnie zastępuje działanie teobrominy czystej — twierdzą stanowczo, ponieważ w kilku przypadkach, gdzie diuretyna nie zdziałać nie mogła, teobromina wywołała wybitną diurezę.

Przeciw diuretynie podnoszą zasadnicze zarzuty tacy np. klinicyści, jak Huchard (Podręcznik chorób serca. Wydanie 3.). „Diuretyna



(mieszanina salicylanu sodowego i teobrominy) powinna być wyrzucona z terapii, pomimo swej rozpuszczalności, ponieważ jest tylko 18-procentowym roztworem teobrominy w 4 procentowej sodzie gryzącej, do której dodano 16% salicylanu sodu. Ta obecność sody gryzącej jest dla zdrowia groźną przy dłuższym używaniu diuretyny, ona spowoduje zaburzenia żołąkowe i kiszki, ona też jest przyczyną innych objawów ubocznych, jakkolwiek rzadkich, ale wprost niebezpiecznych (tachycardia, niemiarowość tętna, sinica).

Co się tyczy teobrominy, to jedynym objawem ubocznym bywa po niej ból głowy, przy podawaniu wielkich dawek. I ten objaw można usunąć, jak chcą Francuzi, stosując czyste preparaty teobrominy; tylko bowiem gorsze gatunki, zanieczyszczone, mają wywoływać wspomniany objaw uboczny (jakkolwiek zdarzają się osobniki wrażliwe i na zupełnie dobry przetwórci i na średnie dawki).

Dawka dzienna teobrominy zależy od celu, w jakim ją stosujemy. Jeśli chodzi o działanie namoczące w celu odwodnienia ustroju, natenczas podajemy po 0,3 — 0,5 parę razy dziennie (aż do 3,0 pro die), w opłatkach; zapijać dużą ilością płynu, najlepiej jaką wodę alkaliczną.

Kiedy te dawki wywołują ból głowy, należy po paru dniach próbować dawek bardzo małych po 0,1 — 0,2 dziennie. W tych razach wyjątkowej wrażliwości na ten przetwórci i te małe dawki spowodują, podobno, wyraźne działanie namoczące. Jeśli chodzi o powiększenie normalnej ilości moczu (nap. przy złożach w nerkach), natenczas podajemy raz na dzień, naczeczko, jedną dawkę wyżej oznaczoną, każąc popić szklanką wody alkalicznej. Ponieważ w większości przypadków chorobowych mamy do czynienia z obrzękami pochodzenia mieszanego, gdzie w grę wchodzi przyczyny zarówno mechaniczne, jak i zależne od upośledzenia czynności nabłonka nerkowego, więc nieraz wypada kojarzyć teobrominę ze środkami namocznymi mechanicznymi, albo też (jak radzi Huchard) dawać je na przemian z teobrominą.

Działanie teobrominy zależy od stanu nabłonka nerkowego; nie wywoła ona diurezy tam, gdzie nie ma już dostatecznej powierzchni wydzielniczej zdrowej; nie należy jej podawać wtedy, gdy raczej oszczędzać należy nabłonek nerkowy, np. przy ostrem zapaleniu nerek; nie należy też zbyt długo podawać tego środka, ponieważ wtedy możemy wywołać przedrażnienie nabłonka\*); nie możemy żądać działania moczopędnego od teobrominy tam, gdzie wprost brak materiału do tworzenia moczu, np. kiedy do tętnicy nerkowej przyływa zbyt mało krwi lub krew z niej zbyt wolno odpływa; w takich razach teobromina znacznie działa dopiero wtedy, kiedy środek namoczny mechaniczny poprawi krążenie nerkowe.

Przy wydolnym nabłonku nerkowym teobromina jest lekiem namocznym bardzo pożytecznym; więc nap. przy cierpieniach serca, przy których nabłonek nerkowy funkcjonuje zupełnie dobrze lub prawie dobrze.

---

\*) I diuretyna po paru dniach działania zazwyczaj traci, na jakiś czas, swe zdolności namoczące.



Szczególny nacisk chcę tu położyć na stosowanie tego leku w przypadkach, w których dotąd, chcąc wywołać diurezę, używamy wyłącznie środków namocznych wodnych. Mianowicie mówię tu o chorobach przemiany materji, głównie o tak zw. skazie moczanowej. W tych razach teobromina jest wyborynym lekiem pomocniczym, zwłaszcza tam, gdzie z jakichbądź powodów unikamy podawania znaczniejszych ilości płynu (ze względu na ogólne otłuszczenie, na stan mięśnia sercowego.)

Kilka jeszcze słów dodać muszę o cenie teobrominy. Według „Taksy aptekarskiej“ (wydanie z r. 1898) 1,0 gram teobrominy kosztuje 31½ kop.; 1,0 gram diuretyny — 21½; ponieważ dawka teobrominy jest — przeciętnie — o połowę mniejsza, aniżeli dawka dzienna diuretyny, więc leczenie teobrominą byłoby tańsze, aniżeli diuretyną.

Dzieje się jednak inaczej. Diuretynę obliczają, dzięki konkurencyi, apteki o wiele taniej, aniżeli na to pozwala taksa; natomiast za rzadko przepisywaną teobrominę, ponieważ tu jeszcze konkurencya nie zdołała swego wpływu wywrzeć, apteki pobierają całą cenę — według taksy. Cenniki składów aptecznych podają: za 25,0 gramów diuretyny — rubli 1,05 (1,0 gr. = 4 kop.); za 10,0 gramów teobrominy — rubli 0,80 (1,0 gr. = 8 kop. Wobec tych cen składowych można się spodziewać, że i teobromina w sprzedaży aptecznej będzie obliczana taniej, aniżeli w taksie.



## Informacya w sprawie babek wiejskich.

Podał Dr. A. Rząd.

W ciężkich warunkach praktyki prowincjonalnej niezmiernie ważną rzeczą dla lekarza jest wyrobienie sobie personelu pomocniczego. Wiemy o tem, że najlepsze w tym kierunku chęci mogą uleść wypaczeniu, że nieraz podręczny pomocnik przemienia się we wroga nieuznającego żadnej powagi lekarskiej, że najluźniejsze nawet stosunki z wiedzą lekarską dają wielu osobistościom w ręce środki do wyzyskiwania ciemnoty ludzkiej, do nadużyć. Pomimo to jednak wiemy, iż wytrwała systematyczna praca pionierów medycyny prowincjonalnej, praca ożywiona miłością bliźniego, wiarą w wyższość oświaty nad ciemnotą, myśl o ewentualnej przyszłej lepszej doli naszych następców — mogą zmienić na korzyść dzisiejsze stosunki. Do takiej pracy powinien nas zagrzać widok codziennych nieszczęść spowodowanych nieumiejętnością dzisiejszych babek wiejskich, tembardziej, że złemu choć w pewnej mierze zaradzić nie jest znów tak trudną rzeczą. Trzeba tylko samemu mieć i między ludźmi szerzyć przekonanie, iż nauka „babczenia“ nie przedstawia trudności nawet dla ludzi niezamożnych, że zdobycie tej nauki oplaca się stokrotnie, trzeba — wreszcie — umieć szukać kobiet, które by ku niesieniu pomocy przy porodach miały upodobanie.

Kursa dla babek wiejskich, jak wiadomo, są urządzone przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie i trwają po 4 miesiące (od 14 I, — 14, V; od 14, V — 14, IX i od IX — 14, I.). Z nauki korzystać mogą kobiety wiejskie w wieku od 25 do 40 lat. Wprawdzie część kobiet może korzystać z nauki bezpłatnie, jednak większość musi płacić za kurs nauki z utrzymaniem, mieszkaniem i t. d. rubli 30. Podanie, jak również przytoczone niżej świadectwa (po rosyjsku, na zwykłym papierze, bez marek), wysyła się pocztą w kopercie poleconej na imię kuratora szpitala Dzieciątka Jezus. Rzecz prosta, w obec znacznej ilości kandydatek jest rzeczą pożądaną przy sposobności sprawę poprzeć, co każdy z nas uczynić może osobiście, lub przez kolegów w Warszawie zamieszkałych.

Dla ułatwienia podajemy za Gazetą Świąteczną wzory potrzebnych świadectw.

*Protokół.*

W dniu... miesiącu... roku... stawiała się w zarządzie gminy... stała mieszkanka wsi..., powiatu..., gubernii... (tu należy wymienić jej imię i nazwisko oraz imię jej ojca), mieszkająca we wsi..., gminie..., i wyraziła chęć kształcenia się w szkole babek wiejskich, znajdującej się przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie, kosztem (własnym lub skarbu), prosząc jednocześnie o wydanie jej świadectwa z wymienieniem wszelkich potrzebnych danych... (Imię i nazwisko) zobowiązała się po skończeniu nauki mieszkać w gminie tutejszej w ciągu trzech lat.

(Podpis kobiety chcącej się uczyć).

*Świadectwo wójta.*

Ja, wójt gminy..., z uwagi na brak w gminie tutejszej babek wiejskich, potrzebnych do niesienia pomocy położnicom, oraz z uwagi oraz na życzenie i zobowiązanie (imię i nazwisko), zgodnie z rozporządzeniem b. Komisji rządowej spraw wewnętrznych i duchownych z dnia 24 (12) sierpnia 1859 roku za № 3743/29060 zaświadczam, że powyższa... (imię i nazwisko) zapisana jest do ksiąg ludności stałej wsi... gminy... pod № na stronie..., ma lat..., wyznania..., (tu należy wymienić, czy jest panną, czy też mężatką lub wdową, i jak mężowi jest lub było na imię), jest sprawowania dobrego. W powierzonej mi gminie przy ludności... (podać liczbę) babek wiejskich jest.. wobec tego wszystkiego... (imię i nazwisko) zasługuje na przyjęcie do szkoły babek wiejskich na koszt (własny lub rządu), co stwierdzam podpisem i pieczęcią urzędową.

...(Wieś) dnia... miesiąca... roku...

Wójt gminy...

(miejsce na pieczęć).

Pisarz gminy...

*Świadectwo lekarza powiatowego.*

Ja N..., lekarz powiatu..., zaświadczam, że... niema żadnych braków cielesnych, które mogłyby być szkodliwe przy pełnieniu obowiązków babki wiejskiej, jest pojętna i zupełnie odpowiednia do takiego zajęcia, wzrok i słuch ma dobry. Skutkiem tego nie znajduję żadnych przeszkód do wstąpienia... do szkoły babek wiejskich, co stwierdzam własnoręcznym podpisem i pieczęcią urzędową.

*Podanie.*

Do Jaśnie Wielmożnego Pana Kuratora szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie. Załączając przy niniejszem wszystkie wymagane świadectwa, upraszam Jaśnie Wielmożnego Pana Kuratora o przyjęcie mnie do szkoły babek wiejskich przy szpitalu Dzieciątka Jezus w Warszawie na koszt rządu (lub własny).

(podpis).





# Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

## Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dnia 6 Listopada 1901 r.

1) Kol. Likiernik pokazał lupę binokularną Bergera, składającą się z dwóch soczewek skierowanych do siebie pod kątem. Lupa ta może być pożyteczna dla okulistów, a także może być stosowana w zegarmistrzostwie, gdyż mniej niszczy oczy, aniżeli zwykła lupa monokularna.

2) Tenże przedstawił mężczyznę, którego przed trzema tygodniami z powodu zaćmy starszej operował z pomyślnym wynikiem.

3) Kol. Kaufman mówił o „Colpoorrhoeis“. Opisał etiologię i leczenie tego cierpienia, przytoczył kilka własnych spostrzeżeń.

4) Kol. Pański: Przypadek rozsianego ostrego zapalenia rdzenia (Myelitis disseminata acuta. Encephalomyelitis po zacczadzeniu, zakończony wyzdrowieniem.) Dorożkarz, 28 l. uległ zacczadzeniu wraz z żoną i dzieckiem (żona wyzdrowiała po kilku dniach; dziecko zacczadziło na śmierć). Chory nieprzytomny, w ciągłej śpiączce; twarz silnie zaczerwieniona; na łędźwiowej części kręgosłupa i pośladkach zgorzel, na łydce i goleni pęcherzyki z surowiczym płynem. Ciepł. 38°. W moczu ślady białka. Mowa powolna, dyzartryczna. Porażenie kończyn dolnych, na których czucie skórne nieco zmniejszone. Odruchy kolanowe silnie wzmożone, słaby podeszwowy z lewej strony. Mimowolne oddawanie kału i moczu. Chory jest apatyczny i przygnębiony. Amnésie retrograde.

Po dwóch tygodniach czucie prawidłowe. Po miesiącu możność wykonania niektórych ruchów kończynami dolnymi. Po 6 tygodniach chory podtrzymywany stawia pierwsze kroki; odleżyny i pęcherzyki na udzie goją się; mocz utrzymuje się w pęcherzu dowolnie; mowa jeszcze powolna; dysarthria ustąpiła zupełnie. Po 3 miesiącach chory wypisał się ze szpitala prawie zdrowy; tylko po dłuższem chodzeniu występuje zmęczenie, a zdolności umysłowe jeszcze nieco upośledzone. Po 5 miesiącach ponowne badanie wykazało tylko wzmożone odruchy kolanowe i niezupełnie zadawalniający stan psychiczny (apatya).

Za przyczynę uważać należy zacczadzenie, czyli zatrucie tlenkiem węgla, ponieważ: a) zagorzeniu uległy wszystkie osoby, z opisywanym chorym razem w pokoju będące; b) nie nie wskazywało na inne otrucie; c) nie można było stwierdzić żadnej innej przyczyny, która by podobne cierpie-

nie wywołała (choroba zakaźna); wreszcie, wywiady i inne drobne objawy (odleżyny, podniesiona Tr.) stwierdzały fakt zagorzenia.

Rozpoznanie było nietrudne: ostry początek cierpienia i szybki rozwój choroby, której objawami były spastyczne, niezankowe porażenia kończyn dolnych, porażenie pęcherza i odbytnicy, zaburzenia naczynio-ruchowe i odżywcze, śpiączka, dysarthria, amnezja, skłaniały do rozpoznania ostrej sprawy mózgowo-rdzeniowej (Encephalomyelitis) przy przewadze objawów ostrego zapalenia rdzenia (Myelitis disseminata acuta), zwłaszcza, że cierpienie rozwinęło się bezpośrednio po zatruciu, że nastąpiło szybkie wyzdrowienie, że byliśmy w stanie wykluczyć wszelkie inne cierpienia, powstające wskutek przyczyn analogicznych i mające podobne objawy (rozsiane zapalenie nerwów, przymiot mózgowo-nerwowy i haematomylia). Do ogłoszenia tej pracy skłoniła między innymi i ta okoliczność, iż w dostępnej literaturze nie znalazł autor ani jednego opisu przypadku Encephalomyelitis po zagorzeniu.

5) Kol. Przedborski pokazał 3 guzy, które brały początek w górnej trzeciej części prawego łuku podniebienio-gardzielowego i które były opatrzone długą szypułką. Guzy przy pierwszym badaniu, dokonaniem kilka tygodni wcześniej, były wielkości orzecha laskowego, w czasie zaś operacji dwa z nich ciemno-sine dosięgały wielkości jaja gołębiego; powierzchnia jednego guza przedstawiała nadżarcie i silnie krwawiła.

6) Kol. Goldman pokazał preparat raka trzonu macicy, wyłuszczonego przez kol. Saksa.

## Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie

Posiedzenie z dnia 29 Października 1901 r.

1) Kol. Biegański wypowiedział odczyt z powodu 80 letniej rocznicy urodzin Virchowa. Rzecz ta drukowana jest w Nowinach lekarskich in extenso, powtarzać więc tu jej nie będziemy; zaznaczymy tylko, że, rozbiegając krytycznie całą działalność naukową Virchowa, wbrew ogólnemu twierdzeniu prelegent udawadnia, że mylnie przypisują mu wprowadzenie do nauki lekarskiej dwóch doniosłych reform: a) metody ścisłego badania; b) ustalenia lokalizacji chorób. W obudwu tych kierunkach miał on poprzedników, tylko luźne ich prace, monografie, Virchow umiejętnie złączył w jedną całość, usystematyzował, wprowadzał do tego materiału jednolitość i nomenklaturę; wiele z jego teorii upadło nawet. Najważniejszymi jego zdobyczami są odkrycia nowych procesów patologicznych, jak: zakrzep, zator, leucemia i t. d.

2) Dentysta pan Gelbard odczytał pracę pod tytułem: „Wyniki badań zębów u młodzieży szkolnej”. Przed-



stawiają się one w ten sposób, że autor znalazł próchnicy pomiędzy stałymi zębami 7,7%, — pomiędzy mlecznymi 36%. Największą odsetkę próchnicy dała klasa wstępna i 7-a bo 100%. W celach zapobiegawczych proponuje prelegent płukanie i mycie szczoteczką zębów przed udaniem się na spoczynek — radzi wczesnie plombować zęby— a mleczne zachowywać jak można najdłużej. Do czyszczenia zębów zaleca się: czysta woda, kreda lub soda.

W dyskusyi brali udział koledzy — Marczewski, Pasierbiński, Sękowski, Pisarzewski, Brzozowski, Levy, Batawia, Biegański.

3) Kol. Pisarzewski przedstawił niedawno narodzoną dziewczynkę ze zlepiem warg małych (conglutinatio.)

4) Kol. Pisarzewski wygłosił rzecz: „O jednym z najwcześniejszych objawów przymiotu mózgu“ — na zasadzie 2 spostrzeganych przez siebie przypadków. Objawem takim, wedle Czyża, jest stwardnienie paciorkowate tętnicy skroniowej, przeważnie lewej, w jej części leżącej na granicy uwłosienia głowy. W pierwszym przypadku przed wystąpieniem różyczki zjawily się bóle głowy i omawiane stwardnienie. W drugim— przed zjawieniem się zwykłych ogólnych objawów przymiotu, wystąpiły ciężkie zmiany w mózgu (porażenie prawych kończyn i niemota) i wątrobie (żółtaczką), jednocześnie ze stwardnieniem tętnicy skroniowej.

Kol. Wrzesniowski zauważył, że zmiany w naczyniach należą do późniejszych form przymiotu.

Kol. Rosenfeld przypuszcza, że wczesne objawy mózgowie przymiotu, jak niewralgja, zawroty, bóle głowy mogą zależeć nie od stwardnienia tętnic, ale np. od działania toksyn syfilitycznych. Zmiany anatomiczne w naczyniach są późniejszymi, a paciorkowate zgrubienie tętnic jest także właściwym miazdżycy i niemożna klinicznie wykazać różnicy pomiędzy tą ostatnią, a stwardnieniem naczyń przymiotowem. Wątpliwe przypadki rozstrzyga badanie dna oka.

Kol. Marczewski, przeciwnie, jest zdania, że obie te sprawy o tyle są charakterystyczne i różne, iż odróżnić się dają. Co się tyczy wczesnego rozpoznania przymiotu mózgu ze zmian w siatkówce, to retinitis proliferans jest sprawą niezwykle rzadką. Częściej porażonym bywa nie abducens lub oculomotorius, ale najczęściej zmianom przymiotowym podlega błona naczyniowa.

Kol. Sękowski zauważył, że objawy mózgowie mogą dać zmiany w tętnicy szyjowej wewnętrznej lub kręgowej, jako naczyń doprowadzających krew do mózgowia; tętnica skroniowa przeto, nie doprowadzając krwi do mózgu, następstw takich wywołać niemoże.

Kol. Olszewski wspólnie z kol. Żółędziowskim obserwowali wczesne zmiany w naczyniach.

Kol. Batawia jest zdania, że niewłaściwym jest rozpoznawać przymiot ze stwardnienia tętnic.

Kol. Biegański zwraca uwagę, że objaw Czyża wtedy dopiero mógłby posiadać znaczenie rozpoznawcze, jeżeli znaleźmy poprzednio osobnika, że wolnym był od stwardnienia tętnic skroniowych przed zarażeniem się przymiotem, tem bardziej, że te stwardnienia znajdujemy w młodym stosunkowo wieku skutkiem zatrucia nikotyną lub wysokiem, a rozróżnić je od przymiotowych rzeczą jest niełatwą, jeżeli nie niemożebną. Kol. B. jest zdania, że objaw Czyża poważniejszego znaczenia mieć niemoże.

5) Kol. Żółędziowski przedstawił chorego cum Paralisi progressiva.

## Towarzystwo Lekarskie Mińskie.

Posiedzenia z dnia 24 Maja i 29 Października 1901 r.

Obadwa posiedzenia wypełnił odczyt Dr. M. Polack'a: „Notatki z praktyki akuszeryjnej lekarza wolno praktykującego“. Zgrupowawszy materiał swój podług objawów klinicznych i zabiegów operacyjnych, prelegent zatrzymuje się dłużej na przypadkach rzadszych (naprz. zachowanie się przy całkowitem przyrośnięciu łożyska, etc.), szczerze się przyznaje do tych, które się zakończyły niepomyślnie, by postępowanie swoje poddać pod dyskusję kolegów; wykład przeplatany jest barwnym opisem otoczenia i warunków, wśród których wypada akuszerowi pracować, zwłaszcza w praktyce wiejskiej; z opisu tego przegląda ponury obraz stanu kulturalnego ludu miejscowego. Odczyt żywo zainteresował słuchaczy, rzucił bowiem światło na stan pomocy akuszeryjnej w naszym kraju.

Na posiedzeniu 29 Października (dorocznem) dokonano wyborów zarządu (prezes: Dr. Janowski, wice-prezes: Dr. Lunz, sekretarze: Dr. Offenbergi Kamiński, bibliotekarz: Dr. Szabad, skarbnik: Dr. Berland); odczytano sprawozdania z działalności towarzystwa, stanu kasy i biblioteki.

Towarzystwo liczy członków czynnych 55, członków honorowych 17 (w kraju i zagranicą), członków korespondentów 12; posiedzeń odbyło się 7.

Posiedzenie z dnia 15 Listopada 1901 r.

1. Poparto projekt kol. Fiedorowicza zwołania zjazdu prowincjonalnego lekarzy gub. Minskiej; cel zjazdu — poznanie stanu sanitarnego gubernii; stan pomocy lekarskiej; zebranie opinii lekarzy o chorobach, właściwych temu krajowi (Plica polonica, etc.) Wybrano komisję pod przewodnictwem inicjatora.

2. Dr. Gracyanow wygłosił odczyt p. t. „Syfiliś z punktu widzenia higieny społecznej“. Prelegent nadaje tej chorobie szersze znaczenie społeczne, prowadzi ona bowiem do wyrażania pokolenia, zrodzonego z rodziców syfilityków; ztąd obowiązek higieny zajęcia się tym przedmiotem i powzięcia skuteczniejszej walki z chorobą. Praca w tym kierunku powinna przejść z urzędowych „komitetów obrony zdrowia publicznego“ i policji, — na instytucje samorządu miejskiego i wiejskiego. Oprócz tego prelegent żąda jeszcze, by przymiot i rzeżączka wykluczone były z działu chorób „wenerycznych“ (szerzą się one bowiem bardzo często drogą nieplciową) i żeby usunięto zupełnie terminy „zła, brzydka choroba“ ponieważ to powiększa wstyd i powstrzymuje chorych od leczenia się.

W dyskusji kol. Kamiński radzi dla skutecznej walki z przymiotem dążyć do podniesienia oświaty ludowej, by każdy sam umiał się strzedz choroby. Kol. Offenberga uważa, że głównem źródłem przymiotu jest *prostytycja*, na nią więc higiena powinna zwrócić swą uwagę, nie w kierunku jednak uporządkowania nadzoru sanitarnego nad prostytutkami, który nie prowadzi do celu (nie zapobiega



chorobom wenerycznym), lecz w celu wykazania przed społeczeństwem całej szkodliwości prostytutki dla obyczajów i zdrowia ludności; higiena powinna nawoływać ogół do podjęcia walki z tem złem społecznem, zamiast być nadal protektorką prostytutki.

Kol. Gracyanow odpowiada, że chodziło mu głównie o wykazanie, że instytucje publiczne potrafią skuteczniej prowadzić walkę z przymiotem, niż komitety urzędowe.

Zebrańie postanowiło przesłać postulaty prelegenta do dyskusyi na VIII Zjeździe lekarzy im. Pirogowa.



## REFERATY



*Dr. Julian Marcuse Opaska Priessnitz; jej kliniczne i lecznicze znaczenie.* Lubo od czasu badań Winternitz'a hydroterapia nabrała równych praw w szeregu innych środków leczniczych, jednak daleko jeszcze do dokładnej znajomości zabiegów wodoleczniczych przez ogół lekarzy. I dziś jeszcze woda — to macoszynę dziecko w porównaniu z innymi czynnikami leczniczymi, i dziś cieszy się ona mniejszymi względami, niż na to ze wszech miar zasługuje. Wina tego, pomijając cały szereg innych przyczyn, leży w małej znajomości przez lekarzy metodyki hydriatycznej. Wyjątek jedynie stanowi opaska Priessnitz'a, która zawojowała sobie szeroki teren nawet tam, gdzie istny wodowstręt panuje. Nie zapominając bynajmniej znakomitych własności tego zabiegu, nie możemy zamilczeć, że stosowanie bez miary opaski Priessnitz'a doprowadziło do szkodliwego szematyzmu, tudzież nie mniej zgubnego zaniedbania innych niemniej cennych zabiegów hydriatycznych. Wobec tego będzie na czasie dokładny opis istoty działania, wreszcie sposobów stosowania opaski.

Jak wiadomo, opaska Priessnitza składa się z kawałka płótna zwilżonego w wodzie odpowiedniej temperatury, — raz mniej to znów więcej wyciśniętego; płótno to nakłada się na daną okolice ciała i przykrywa się czemś suchem.

Odróżniamy opaski zimne i podniecające: pierwsze należy zmieniać często lub też urządzać w ten sposób, by przez czas dłuższy można było pożądaną temperaturę utrzymać. Opaska podniecająca składa się z dobrze wyciśniętego płótna, które szczelnie przykrywamy suchą materią i pozostawiamy bądź do zupełnego rozgrzania się, bądź do wyschnięcia.

Właściwie mówiąc, tylko ostatni zabieg stanowi typową opaskę Priessnitz'a.

Tak zimna jak i podniecająca opaski przedstawiają zabiegi miejscowe, których działanie ujawnia się przedewszystkiem na miejscu za-



stosowania, jest atoli różne zależnie od sposobu, w jaki sam zabieg wykonamy.

Opaska zimna powoduje skurcz naczyń krwionośnych, niedokrwiłość, wreszcie wywiera wpływ na miejscową przemianę materji, hamując takową nie tylko przez zawieszony dopływ krwi do komórek, lecz i w skutek niżenia czynności życiowej ostatnich. Nerwy obwodowe ulegają podrażnieniu dzięki czemu powstaje cały szereg zjawisk miejscowych tudzież odruchowych; napięcie (tonus) muskulatury zwiększa się dzięki czemu mięśnie stają się zdolniejsze do wykonania zwiększonej pracy; zjawiska rozkładu i fermentacji ulegają wstrzymaniu.

Wpływ opaski podniecającej jest odmienny; wprawdzie zaraz po zastosowaniu działa ona w ten sam sposób, co i opaska zimna; wkrótce atoli ciepłota zwilżonego płótna zrównywa się z ciepłotą danej okolicy ciała, ponieważ zaś strata ciepła — dzięki suchej warstwie przykrywającej mokrą — jest niemożliwa, zachodzi więc nagromadzanie się ciepła, temperatura opaski podnosi się do wysokości temperatury krwi, a nawet wyżej. Naczynia krwionośne pod opaską rozszerzają się, nietracąc jednak swego napięcia (tonus), krążenie krwi przyśpiesza się, a dzięki niemu przemiana materji staje się żywszą. Działanie przeto opaski podniecającej zasadza się na wystąpieniu odczynu miejscowego; zależy ono w wysokim stopniu od tego, czem wilgotne płótno jest przykryte. Ponieważ woda, doszedłszy do pewnej temperatury, powinna się ulotnić, okład zaś wyschnąć, najbardziej przeto do przykrycia nadaje się materiał jaknajgorzej przepuszczający ciepło. Przykrywając okład materiałem nieprzenikliwym, uniemożliwiamy parowanie wody, wskutek czego okład pozostaje wciąż wilgotny i, jak tego dowodzą badania Winternitz'a, ogrzewa się w mniejszym stopniu.

W obu przytoczonych powyżej danych opaska podniecająca wskazana jest wszędzie tam, gdzie chcemy osiągnąć działanie rewulsyjne, wywołać żywe przekrwienie arterjalne, podnieść czynność życiową skóry tudzież narządów pod nią leżących, zwiększyć przemianę materji, wreszcie — rezbobę. Opaska zimna natomiast znajduje zastosowanie przy tych wszystkich schorzeniach miejscowych, którym towarzyszy przekrwienie nap. zapalenie, ból, podniesiona ciepłota, krwawienie i wysiębi lub zjawiska rozkładowe.

Opaskę podniecającą należy zmienić zaraz po wyschnięciu. Cały szereg zjawisk występujących przy tym zabiegu kończy się, jak wiemy, wyschnięciem okładu, całkowicie od normalnego krążenia zależnym. Mianowicie: gdy krążenie jest normalne, już w krótkim czasie po nałożeniu opaski chory doznaje uczucia błęgiego ciepła, okład zaś wysycha po upływie 3 do 5 godzin; przy krążeniu wadliwym, co się zdarza w chorobach ustrojowych lub charłactwie, chory doznaje niekiedy dreszczów trwających dopóty, dopóki nie zdejmemy opaski. Dowodzi to braku odczynu. Otoż w takich wypadkach przed zastosowaniem rękoćzynu należy powiększyć napięcie naczyń za pomocą zimnego obmywania lub nacierania, poczem już zwykle chory znosi zabieg dobrze.

Z całego szeregu opasek najbardziej godne są uwagi: opaska piersiowa, o. trzonowa (Stammumschlag) i o. brzuszna; do wszystkich trzech używamy wody 18 — 22°; zwilżonem w niej płótnem okrę-



camy, o ile możności unikając fałd, odpowiednią część ciała, poczem pokrywamy wełnianą chustką resp. flanelowym bandażem. Opaskę piersiową Winternitz radzi nakładać w postaci t. zw. krzyżówki, która tę posiada zaletę że szczerlnie przykrywa całą klatkę piersiową. Czas trwania opaski zależy od celu, do jakiego zdążamy; a więc, gdy idzie nam o bezpośrednie energiczne stosowanie zimna zmieniamy ją często; przeciwnie, gdy wskazane jest działanie podniecające—okład powinien pozostać czas dłuższy. Przeto opaska zimna wskazana jest tam, gdzie na narządy jamy piersiowej chcemy wywrzeć działanie przeciwwzapalne, a więc przy przekrwieniu tudzież zapaleniu płuc i opłucny, przy czynnem krwawieniu płucem, wreszcie w chorobach serca. Wskazania do opaski podniecającej są prawie takie same; zaraz po nałożeniu podrażnia ona chwilowo nerwy czulne skóry i powoduje szereg głębokich wdechów; wkrótce jednak opaska rozgrzewa się, zawarta w niej woda zaczyna parować, dzięki czemu klatka piersiowa znajduje się w ciepłej wilgotnej atmosferze; naczynia krwionośne rozszerzają się, krążenie zaś odbywa się żywiej; działanie powyższe rozprzestrzenia się wgłąb, potęgując się jeszcze bardziej prawdopodobnie dzięki odruchom idącym z nerwów skórnych ukojonych pod wpływem otaczającej je atmosfery cieplarnianej; w rezultacie otrzymuje się nader dobroczynny wpływ na cały stan chorego: pobudzenie do kaszlu zmniejsza się, wydzielina rozrzedza się, przez co odkrztuszanie staje się łatwiejszem, zaburzenia oddychowe łagodnieją do tego stopnia że nawet stany dyspnoetyczne stają się mniej męczącymi. Dzięki owemu potężnemu wpływowi, przewyższającemu wszelkie inne sposoby leczenia, opaska podniecająca znajduje zastosowanie we wszystkich prawie schorzeniach płuc i opłucnej, tak nieżytych jak i zapalnych, ostrych i przewlekłych; łagodzi też ona znakomicie bóle pleurytyczne. Po zatem opaska ta nadaje się do leczenia nerwobólów międzyżebrowych, schorzeń sutek i t. d.

Opaska trzonowa pod wieloma względami zbliża się do piersiowej, od której różni się jedynie swymi rozmiarami, sięga bowiem od pach do spójnienia łonowego. Oczywiście, dzięki tej okoliczności działanie opaski trzonowej jest znacznie energiczniejsze, polega zaś głównie na zmniejszeniu ciepłoty u gorączkujących, oddziaływując jednocześnie na krążenie i oddychanie. Opaska ta, również jak i piersiowa, bywa zimna, i wtedy należy ją zmieniać co pół godziny, lub też podniecająca. Opaskę zimną stosujemy w stanach gorączkowych jako zabieg pomocniczy lub też zasadniczy, zastępujący inne, których dla jakiegokolwiek powodów zastosować nie możemy. Dzięki działaniu w głąb opaska trzonowa jest wskazana we wszystkich stanach zapalnych przewodu pokarmowego, przy przekrwieniach narządów miednicy, krwawieniach i t. d. Teren do zastosowania podniecającej opaski trzonowej stanowią przewlekłe przekrwienia narządów jamy brzusznej i miednicznej, tudzież drętwe wysiękowe stany zapalne przy niedostatecznej rezorbeyi. Na szczególne uwzględnienie zasługuje prawie swoiste działanie kojące w całym szeregu chorób nerwowych, jak stany podniecenia, bezsenność. Pod wpływem opaski podniecającej następuje ukojenie nerwów obwodowych, które przez odruch udziela się ośrodkowemu układowi; obok tego, dzięki

rozszerzeniu się naczyń podbrzuszných, następuje odpływ od głowy; czynność serca również się uspakaja.

Działanie powyższe tłomaczy nam dobroczynny wpływ opaski trzonowej w całym szeregu chorób dziecięcych, jak skurez głośni, drgawki i t. d.

Dla pełności wykładu wspomnieć tu należy jeszcze o kombinacyi podniecającej opaski trzonowej z węzownicą na okolicę żołądka. Za bieg ten, pierwotnie przez Winternitz'a zalecony, działa znakomicie przy nerwowych nieżytych tudzież czynnościowych schorzeniach żołądka.

Opaska brzuszna stosuje się z wielkim pożytkiem w schorzeniach narządów jamy brzusznej, zwłaszcza przy przekrwieniach wątroby, za-  
stoinie w splotach żylnych podbrzusza, w cierpieniach żołądka i kiszek.

Zeitschr. f. diät. und physik. Therapie. T. IV. Z 7.

Fr. Grodecki.

*C. von Noorden.* O wskazaniach do ograniczenia płynów w le-  
czeniu otyłości. Ograniczanie płynów w leczeniu otyłości posiada w praktyce pewne znaczenie; atoli doświadczenia, za pomocą któ-  
rych Oertel i Schweninger usiłowali wytłomaczyć bezpośredni wpływ, jaki zmniejszone przyjmowanie płynów na przemianę tłu-  
szczu wywiera, nie doprowadziły do żadnego rezultatu.

Autor wypowiada następujące wnioski:

1) Ograniczenie płynów w znaczeniu Oertel'a i Schwenin-  
ger'a nie ma najmniejszego wpływu na palenie się lub przemianę  
tłuszczu.

2) Pierwotny wpływ, jaki ograniczenie płynów wywiera na  
wagę ciała, polega jedynie na tem, że krew i tkanki tracą część  
zawartej w nich wody; okoliczność tę w celach leczniczych można  
wyzyskać w następujący sposób: a) w celu poprawienia krążenia,  
ilekroć mamy do czynienia z osłabieniem sercem, np. przy wadach  
zastawek lub schorzeniach mięśnia, przy arteriosklerozie lub marskości  
nerek; b) u niektórych chorych jako doskonały środek suggestyjny;  
c) dla zmniejszenia spostrzeganego u niektórych pocenia się.

3. Ograniczenie płynów na nagromadzenie, przemianę, wresz-  
cie znikanie tłuszczu posiada tylko wpływ pośredni i to tylko  
w szczególnych wypadkach, mianowicie: a) jeżeli przez zmniejszo-  
ny dowóz płynów możemy wyrównać zaburzenia w krążeniu, przez  
co umożliwić zwiększoną pracę mięśnia; b) jeżeli możemy jednocześ-  
nie zmniejszyć zdolność przyjmowania innego wytwarzającego  
tłuszcz pożywienia; zdarza się to niekiedy w wysokim, to znowu  
w mniejszym stopniu, niekiedy wszakże nie udaje się wcale.

4) W braku szczególnych wskazań nie powinniśmy osobom  
otyłym ograniczać wody, albowiem i bez tego możemy osiągnąć  
wpływ pożądany, zakaz zaś nasz staje się dla chorych powodem  
niemiłej męki.

Podług referatu w Zeitsch. f. diät und phys. Ther. T. IV. Z 7.

Fr. Grodecki.



*M. Rubner.* **O zdolności przystosowywania się człowieka do wysokiej i niskiej ciepłoty.** Na osobniku mało wrażliwym na działanie zimna i ciepła autor przeprowadził szereg doświadczeń nad sposobem, w jaki się ustrój do zmiany temperatury przyspasa; w tym celu badany osobnik pozostawał po 6 godzin w kamerze respiracyjnej; odżywianie, odzież, wreszcie względna wilgoć powietrza, zawsze była ta sama, temperatura zaś wahała się między 2<sup>o</sup> a 40<sup>o</sup> C. Otóż okazało się, że ilość wydychanego kwasu węglowego była największa (29.8 grm na godzinę) przy + 2<sup>o</sup>, najmniejsza (21.2) przy + 40<sup>o</sup>, zaś w granicach między 15<sup>o</sup> a 30<sup>o</sup> pozostawała prawie bez zmiany (25 grm.). Wynika z tąd, że niska ciepłota powoduje znacznie wzmóżony rozpad. Zgola inaczej zachowuje się wydzielanie pary wodnej: tu minimum (15 grm. na godzinę) przypada na ciepłotę 15 — 20<sup>o</sup>, natomiast ilość ta zmniejsza się tak w cieplecie chłodniejszej, jak i cieplejszej, wynosi bowiem 37 grm. przy 20<sup>o</sup>, 43 grm. przy 30<sup>o</sup> i 112 g. przy 35 — 40<sup>o</sup>.

Jak tego dowodzi porównanie z dawniejszemi doświadczeniami, przy temperaturze pokojowej prawie całkowita ilość pary wodnej wydziela się przez płuca; przyrost przy ciepłocie zimniejszej daje się wytłomaczyć po części przez pogłębione, oraz przyśpieszone, oddychanie, poczęści zaś przez zwiększenie perspiracji wskutek wzmóżonej wentylacji naturalnej odzieży. Zwiększone wydzielanie się wody przy wysokiej ciepłocie zależy prawie całkowicie od żywszego oddychania skór nego.

Obrachowanie otrzymanych danych dowodzi, że przy 15—20<sup>o</sup> 16<sup>o</sup>/<sub>100</sub> wytworzonego ciepła, przy 25 — 30<sup>o</sup> : 30<sup>o</sup>/<sub>100</sub>, zaś przy 35—40<sup>o</sup> aż 112<sup>o</sup>/<sub>100</sub> wydziela się przez parę wodną; ostatnia okoliczność usuwa niebezpieczeństwo przegrzania się ustroju pod wpływem wysokiej temperatury zewnętrznej.

Doświadczenia ze zmianą odzieży dowodzą, że stosunki oddychowe przy cieplejszem ubraniu zbliżają się do tych, jakie sprawia wyższa ciepłota; ciepłe ubranie przy niższej ciepłocie, lekkie przy średniej, wreszcie nagość przy wysokiej powodują prawie jednakowe wydzielanie się CO<sub>2</sub>; co zaś do wydzielania się wody, jest ono najmniejsze (53 grm na godzinę) w drugim, nieco większe (63 grm.) w pierwszym i znacznie wzmóżone (108 grm.) w trzecim wypadku.

Wreszcie, wypróbował Rubner wpływ alkoholu przy niskiej i wysokiej ciepłotach; okazało się przytem, że ten powoduje znaczne zmniejszenie się subiektywnego uczucia zimna przy niskiej ciepłocie, natomiast wpływ jego przy temperaturze wysokiej jest niewyraźny; w obydwóch wypadkach alkohol sprawia wzmóżone wydzielanie się H<sub>2</sub>O i O<sub>2</sub>. Co do wydzielania się wody, to w zimnej temperaturze jest ono znacznie wyższe (o 30<sup>o</sup>/<sub>100</sub> w suchem; o 18<sup>o</sup>/<sub>100</sub> w wilgotnem powietrzu), niż w cieplej (11<sup>o</sup>/<sub>100</sub> w suchem pow.).

*L'Homme.* **Odżywcze znaczenie cukru.** Autor, lekarz wojskowy, omawia znaczenie cukru dla odżywiania w ogólności i specjalnie odżywiania żołnierzy. Cukier, spożywany obecnie w ilości 8 milionów tonn, w wytwarzaniu siły i oszczędzaniu białka przewyższa tłuszcz tudzież, jak to z doświadczeń Litenstorfer'a i Schumburg'a wynika, posiada tę szczególną własność, że zmniejsza uczucie znużenia, głodu i pragnienia, znajdujących się w marszu żołnierzy, wreszcie — przedko orzeźwia znużonego człowieka. Podnosząc znaczenie spostrzeżeń powyższych, dokonanych w armii niemieckiej, mniema autor, że kwestya ta powinna być dokładniej zbadana przez ściśle doświadczania na zwierzętach. Z zestawienia autora wynika, że spożycie cukru na osobę rocznie wynosi: w Anglii 39 klg., w Danii 20, w Holandyi 14, we Francyi 13, w Rosyi 4,5, w Turcyi 3 i wreszcie w Serbii 1,8. Ze stosunkiem powyższym równolegle idzie przedsiębiorczość jakoteż esprit d'expansion przytoczonych ludów. W obec powyższych danych należy w większym niż dotąd stopniu uwzględniać znaczenie cukru w odżywianiu zdrowych i chorych, szczególnie zaś żołnierzy i sportowców.

Le bulletin med. 99 № 29.

Fr. Gr.

*Prof. H. Cohn.* **O kształceniu pielęgnerek do dozoru noworodków chorych na śluzotok ropny.** Zebrane w roku bieżącym dane z niemieckich, austriackich i szwajcarskich przytułków dla ociemniałych o przyczynach ślepoty dają zastraszającą liczbę ślepych skutkiem przebytego śluzotoku ropnego noworodków (blennorrhoea neonatorum). Tak naprzykład, w Wrocławiu na 428 niewidomych 27% straciło wzrok skutkiem tego cierpienia. Z 2116 ślepych, znajdujących się w 23 przytułkach dla ociemniałych: w niemieckich — 20% daje śluzotok, w austriackich 20%, w szwajcarskich 28%. Liczby te obejmują zupełnie ślepych na oba oczy, a ileż prócz tego osób utracą z tejże przyczyny tylko jedno oko, lub ma w mniejszym lub większym stopniu gorszy wzrok! Zgrozą przejmują te liczby, gdy się weźmie pod uwagę, że od roku 1881 posiadamy środek skuteczny, zapobiegający tej chorobie — metodę Crédégo (zapuszczanie, po obmyciu noworodka, po 1 kropli 2% azotanu srebra do każdego oka). Przyczyną tej choroby są, jak wiadomo, drobnoustroje (zwykle dwoinki Neissera, bywają jednak i inne, jak pneumococcus, bac. Weeks), które podczas porodu przedostają się z dróg rodnych matki na powieki, a następnie na spojówki noworodka. Gdyby metoda Crédégo była zawsze i wszędzie stosowana — śluzotoku ropnego wogóle by nie było. Niestety, tak się nie dzieje! Aby ogół był dobrze poinformowany o tak groźnej dla oka chorobie i o konieczności wczesnego zjawiania się do lekarzy, oddział lekarski szląskiego Towarzystwa (Medicinische Abtheilung der Schlesischen Gesellschaft für Valerländische Kultur) wypracował jeszcze przed 6-ciu laty wskazówki, które magistrat m. Wrocławia drukuje rocznie w 20,000 egz. i rozdaje bezpłatnie akuszerkom i urzędowi me-



trycznym dla doręczenia położnicom i meldującym o urodzeniu dziecka. Wskazówki te brzmią:

*„O niebezpieczeństwie zapaleń oka (śluzotoku ropnego) u noworodków; wskazówki opracowane przez oddział medyczny śląskiego towarzystwa dla matek, które pragną swe dzieci ustrzec od ślepoty.*

1) Dziesiąta część wszystkich ślepych straciła wzrok z powodu przebytego w dzieciństwie zapalenia ropnego, a setki tysięcy ludzi z powodu tejże choroby mają zmniejszoną siłę wzroku. A jednak można prawie zawsze uniknąć tej choroby, jeżeli akuszerki stosować będą odpowiednie zabiegi przed i po porodzie. Gdy jednak choroba oczu już powstanie, to zawsze jest winą rodziców, matek, pielęgnarek lub akuszerki, jeśli oko poniesie jaką szkodę. Albowiem wczesna pomoc lekarska może oko napewno ocalić. Nie trzeba więc tracić drogiego czasu, oczekując polepszenia, ani też leczyć domowymi środkami, lecz natychmiast zawezwać lekarza, ponieważ tu każda minuta jest droga. 2) Groźna ta choroba rozpoczyna się rzadko na drugi, zwykle zaś na trzeci lub czwarty dzień po urodzeniu, czasem nawet i później. Z początku brzęgi powiek nieznacznie obrzmiewają i czerwienieją, a powieki w kątach zlepiają się; zwykle — po śnie. Wkrótce występuje przy otwieraniu powiek lepka biaława lub żółtawa wydzielina. Trzeciego lub czwartego dnia obrzmienie powiek jest już bardzo znaczne, tak, że dziecko nie może otworzyć samego oczu. Przy gwałtownym otwieraniu powiek ze szpary ocznej wycieka lub wytryskuje gęsta, żółta ropa, podobna do śmietanki. Otwierać takie oczy trzeba ostrożnie, żeby i do naszego oka nie dostała się materya, ponieważ prawie niezawodnie narażamy się wtedy na tę samą chorobę. 3) Przy zaniedbaniu odpowiedniej racjonalnej pomocy ropienie z powiek przechodzi na gałkę oczną i w kilka dni niszczy rogówkę — czego następstwem jest zupełna ślepotą lub stałe osłabienie wzroku. Gdy rogówka jest zajęta, wtedy i najdoświadczeńszy lekarz nie jest w stanie wyleczyć zupełnie oka. Dla tego też trzeba się zwracać do lekarza natychmiast przy najmniejszym zaczerwienieniu oka noworodka, obrzmieniu lub wydzielaniu się ropy. 4) Ten kto pielęgnuje dziecko na takie ropne zapalenie, powinien zawsze najstaranniej wymyć ręce mydłem po każdym zetknięciu rąk swoich z chorem okiem dziecka. 5) Jeśli matka przed położeniem miała upławy, to powinna szczególniejszą zwracać uwagę na to, aby nie dotykać do oczu dziecka ani swym palcem ani rzeczmi, które używała do obmywania siebie, ponieważ może przenieść takim sposobem chorobę po urodzeniu dziecka. 6) Jeżeli zapadnie na zapalenie oczu jedno z bliźniąt, to drugie natychmiast trzeba rozłączyć zupełnie i nie kąpać w tej samej kąpieli. 7) Jeżeli jedno z poprzednich dzieci chorowało już na zapalenie oczu, to przy następnym położeniu akuszerka powinna na to szczególniejszą zwrócić uwagę. 8) Co robić zanim przybędzie lekarz? a) Co ro minut obmywać oczy dziecku i starannie usuwać ropę z oka watą, maczaną w wodzie i następnie dobrze wyżętą. b) Natychmiast kłaść zimne okłady następującym sposobem: Wielokrotnie złożony kawałek czyściutkiego płótna ozię-

bić na lodzie lub w bardzo zimnej wodzie, dobrze wyżyć i przyłożyć na chore oko. Ciepły okład szkodzi, więc trzeba okłady zmieniać co 5 minut i wykonywać to dopóty, dopóki nie przyjdzie lekarz. c) Posmarować zewnątrz powieki wazeliną, aby się nie zlepiały. d) Jeżeli jedno oko jest chore, nie dotykać nigdy tym okładem, ani też palcami, zdrowego oka, ponieważ można tym sposobem przenieść chorobę i na zdrowe oko. e) Ponieważ zapalenie oczu u noworodków jest nadzwyczaj zaraźliwe, więc to wszystko, czego się używało przy obmywaniu oczu dziecka, jakoto: wodę, płótno i t. p. nie może być użyte do oczyszczania rąk lub twarzy innej osoby. Najmniejsza cząsteczka ropy wywołuje i u dorosłego szybkie, i najczęściej nieuleczalne, zniszczenie oka. Watę i płótno, do oczyszczenia oka użyte, trzeba zaraz palić. Nie zaniedbujecie natychmiastowego wezwania lekarza!"

Z powyższego widać, jak bardzo zależy w tej chorobie na wczesnym wezwaniu lekarza i na umiejętnym pielęgowaniu chorych dzieci. Tymczasem, jakże często zwracają się do lekarza wtedy, gdy cierpienie przeszło na rogówkę, to jest, gdy już oko jest zupełnie stracone lub, w naj'epszym razie, jeżeli oko uda się ocalić, pozostaje zmętnienie rogówki. Dzieje się to dla tego, że zwykle w biedniejszej klasie niema kto zanieść dziecka do lekarza Matka leży w łóżku, ojciec przy pracy, sługi brak. Samo też zapuszczenie kropli przez lekarza nie wystarcza. Trzeba wypełniać i jego zlecenia — umiejętnie usuwać ropę z oka, kłaść dniem i nocą zimne okłady, zmieniać je co 5 minut. To leczenie, tak energiczne, trwa 5 — 6 tygodni.

Dla zmniejszenia więc liczby ślepych trzeba wykształcić specjalne pielęgarki, któreby bezpłatnie dozorowały dzieci chore na śluzotok\*).

Krankenpflege 1901. II.

Miehalski.

*Erben.* O udawaniu objawów nerwowych. Za istnieniem bólu przemawia rozszerzenie źrenic oraz przyspieszenie czynności serca przy ucisku na punkty bolesne; ujemny wynik tej próby niczego nie dowodzi. Na uwagę, w dalszym ciągu, zasługuje skurecz naczyń w razie bólu w członku w skutek uszkodzenia kości lub mięśni, wreszcie — napięcie mięśni przy bólach stawowych; za oznakę bólu uchodzi również sztywność. Przy bolesności ograniczonej należy uciskać daną okolicej tudzież miejsce w pobliżu leżące: chory powinien odczuwać ból tylko w jednym miejscu. Jeżeli uciskać naprzemian miejsce bolące oraz okolice sąsiednią, łatwo możemy wprowadzić w błąd udającego i przez to wykręć symulację.

W sprawie udawania porażień mięśnia naramiennego i szprychowego podaje E. następujące wskazówki: jeżeli przy forsownym ruchu

\*) Rozporządzenie ministeryalne z dnia 2 X. 1901. nakazuje w Prusiech akuszerkom stosowanie zabiegu Credé'go przyczem zezwala na używanie w tym celu 5 — 10 proc roztworu protargolu (Woch. f. Ther. u. Hyg. d. Auges.)



(najlepiej z przeciwdziałaniem) ujawnia się mała siła, a obok niej drżenie, przemawia to za słabością mięśni; jeżeli jednak przy przerywanem, lecz energicznem zginaniu z oporem zdybiemy chorego że obok agonistów napina i antagoniści, dowodzi to, że badany nie życzył sobie ujawnić całkowitej siły mięśniowej. Jeżeli chory skarży się na osłabienie ręki, polecamy mu uściskać naszą przy jednoczesnem maksymalnem zginaniu oraz wyprostowywaniu w stawie napiętkowym; w ostatnim wypadku uścisk powinien być wybitnie zwiększony; wynik odmienny przemawia za tem, że chory usiłuje wprowadzić w błąd lekarza.

Co się tyczy dosyć często udawanego drżenia, autor radzi zwrócić uwagę, czy ruchy drgające przy dłuższem spostrzeganiu nie stają się bardziej niezgrabne i rzadsze, oraz czy nie towarzyszy temu głębszy tudzież bardziej niespokojny oddech, przyśpieszone tętno oraz zwiększone ciśnienie krwi. Wszystkie powyższe objawy świadczą za tem, że drżenie zachodzi pod wpływem świadomego wpływu nerwowego.

Jeżeli po unieruchomieniu kilku palców pozostałe zachowują ten sam typ drżenia, przemawia to przeciwko udawaniu; to samo się stosuje do skurczów mięśni, na które nie mogą wywierać wpływu odosobnione bodźce nerwowe. Nie wzbudza wątpliwości drżenie wtedy, gdy takowe nie ustaje lub nie ulega żadnej zmianie pod wpływem całkowitego zajęcia uwagi chorego, np. przez prędkie ruchy ręki, pisanie w powietrzu, kreślenie rozmaitych figur, jak to zaleca Fuchs.

Drżenie nóg znikające przy zgiętych kolanach i położeniu na brzuchu i zaczynające się dopiero wtedy, gdy palce dotkną się oparcia, jest stanowczo udane. Na korzyść znieczulenia przemawia jednocześnie oziębienie danej okolicy. Poza tem należy uciekać się do zalecanych przez Thiem'a i Goldscheider'a sposobów do zdemaskowania symulacji zdających. Objaw Romberg'a bywa udawany często ale nieumiejętnie: badany przy tem najczęściej pada, nie ujawniwszy nprzodnio, jak to czynią istotnie chorzy, charakterystycznego, lecz trudnego, balansowania w celu utrzymania pozycji pionowej. Dotknięci istotną niezbornością ruchów ujawniają zmniejszenie się objawów Romberga, jeżeli mogą się ręką o coś oprzeć, symulanci nie czynią tego. Obecność zawrotu głowy da się ujawnić przez objawy towarzyszące tudzież zasadniczą chorobę; w przeciwnym razie zachodzi wielkie prawdopodobieństwo udawania.

Podług ref. Münch. Med. Wochenschr. № 16. 1901.

F. G.

*C. Waligórski.* Żdźbła słomy w cewce moczowej. *A. M.*, gospodarz z Nowicy, zgłosił się z oznajmieniem, że przed dwoma miesiącami, spadłszy ze strychu na słomę, uczuł nagle silny ból w pracu; moez oddawał z początku krwawy i z wielkim bólem, a mniej więcej od doby już wcale go oddać nie może. Badaniem zewnętrznem żadnych zmian nie wykryto; zauważono niezwykle szeroki, bo drożny dla końca małego palca otwór zewnętrzny cewki moczowej. Chcąc ulżyć pacjentowi przynajmniej chwilowo, autor chciał wypuścić zatrzymany moez. Przy wprowadzaniu cewnika metalowego zauważył, mniej więcej w połowie cewki moczowej, mierny opór, który jednak szybko ustąpił, — po-

czem wypuścił około dwóch litrów moczu, który był z samego początku lekko krwią zabarwiony. Chcąc wyjąć cewnik, natrafił autor w tylnej części cewki moczowej na tak znaczny opór, iż wyjęcie, zwłaszcza z powodu bólu, jakiego doznawał chory, było niemożliwe. Po długich dopiero próbach udało mu się nareszcie cewnik wyjąć i teraz natychmiast zagadka wyjaśniła się. W cewniku tkwiło żdźbło słomy, a z okienka cewnika wystawał rozłupany jej kawałek, który to odszczep, pierwotnie ku górze zwrócony, opierał się o błonę śluzową cewki i niepozwalał na wyjęcie cewnika; po kilkunastu dopiero pociągnięciach skutkiem zwióczenia, zwrócił się ku dołowi, a wtedy i cewnik bez trudności dał się usunąć, wydobywając równocześnie i ciało obce z cewki moczowej, o którego obecności tamże nawet chory nie wiedział.

(Przeg. Lek. 1901. str. 614.)

*Golding.* Uwagi o skiagrafii i złamaniach kości, szczególnie pod względem lekarsko-sądowym. Obrazy otrzymane za pomocą promieni Roentgena b. często bywają przez niewprawnych błędnie rozumiane, a co za tem idzie, bywają podstawą błędnego orzeczenia sądowo-lekarskiego. Te błędy w interpretacji autor dzieli na grupy następujące.

I. Można na obrazie rozpoznać złamanie, choć ono nie istnieje.

II. Można przeoczyć złamanie istniejące.

III. Można przyjąć złamanie już zrosnięte za jeszcze istniejące.

IV. Dzięki rozbieżności X-promieni, oraz przez ich skrócenie, może wystąpić zniekształcenie, przekręcenie całego obrazu.

The Brit. Med Journ. 1901. № 23.

Z. P.

## Z Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego.

*Wydział higieny ludowej* (5. X. i 26 X. 1901.) I. Przedstawiło respirator pomysłu p. *Nesterowicza*, tapicera z Kielc. Respirator ma tę zaletę, że maski nie trzeba przymocowywać do ciała lecz do ronda czapki rurką sprężynową. Maskę można łatwo przesuwać i zdejmować. Rurki do oddychania spoczywają na plecach robotnika i z poza niego czerpią powietrze. Filtruje się powietrze przez watę wełnianą, która nie zamaka i nie wytwarza się z niej błoto, zwykle przeszkadzające oddychać. Maskę tę wziął p. inżynier *Szrajber* do wypróbowania w warsztatach przez robotników.

Następnie odczytali referaty dr. *Ciechomski*: „O szkodliwościach zawodowych w kowalstwie“ i dr. *Rzętkowski*: „W młynarstwie“.

Praca kowalska usposabia, skutkiem szerokiego rozstawiania nóg z wywróconemi nazewnątrz stopami, do powstawania kolana koślawego i stopy płaskiej, do żyłaków, do oparzenia rąk i przedramion, do cierpień oczu, do przeziębień. Młynarze cierpią skutkiem ciąglego i niezmiernie obfitego pyłu z mąki i domieszek do niej. Najwięcej narażane są drogi oddechowe, następnie oczy; na skórze powstaje łatwo pryszczycza. W młynach wodnych wchodzi w grę częste



przemoczenie i przeziębienie. Okulary i respiratory nie dają się w praktyce zastosować. Niezbędny jest postęp techniczny w rzemiośle. W dyskusji *Bronowski* poleca wateę do uszów dla zabezpieczenia ich od kuru i nadmiernego hałasu. *W. Janowski* przeciwko stałym w młynarzów katarom gardła, radzi częste jego płukanie. Postanowiono gotowe referaty wydać razem, jako część pierwszą „Szkodliwości zawodowych.“

II. Dr. *Korzon* odczytał referat „O szkodliwościach zawodowych w ogrodnictwie.“ Zawód ten należy do najzdrowszych, chociaż i tu bywają narażeni poświęcający się temu zawodowi na rozmaite choroby. Znaczna zmiana temperatury przy przechodzeniu zimą z cieplarni o wysokiej t<sup>o</sup> do innych budynków naraża na przeziębienie, następnie sypianie w cieplarniach, wobec obfitości pary wodnej i kwasu węglowego, może powodować nawet ogólne charłactwo. Grzebanie rękami w ziemi narażać może na skaleczenie i zarażenie się tężcem, czarną krostą i obrzękiem złośliwym. Klęczenie na mokrej ziemi powoduje reumatyzmy, katary i t. p. Zbyt krótkie trzonki łopat powodują wadliwą postawę ciała, a wazkie na końcu trzonki - odciski na palcach. Sok niektórych roślin silnie drażni skórę (hyacynthus). W rozprawach p. *Szanior* przytacza niektóre przyrządy, które mają na celu ułatwienie pracy i zabezpieczenie rąk; do takich należą pazurki, szufelki i t. p. *Szanior* obiecał referat ten wydrukować w „Ogrodniku Polskim, dla wywołania uwag ze strony ogrodników.

Dr. *Sonnenberg* (z Łodzi) w referacie o szkodliwościach w mularstwie podnosi wpływ zmiennej pogody przy pracy pod gołym niebem, niebezpieczeństwo przy samem zajęciu. Wskazuje na gryzące działanie wapna palonego, na pył, szczególnie przy rozbiórce starych domów. Noszenie cegieł na wyższe piętra jest ciężką pracą. Na 100 zmarłych mularzy 38,2 umiera na gruźlicę płuc. Pośilek mularzy często jest niedostateczny i zwykle szwankuje pod względem jakości: mularz spożywa strawę zimną, skrzepłą brydnemi rękami.

Wydział *Hygieny miast i mieszkań* (14. VI. 1901.) III. Przewodniczący zakomunikował, że:

1-o) Sprawę opracowania warunków budowy: „domu dla robotników“ na konkurs Towarzystwa higienicznego zajmuje się sekcya techniczna Warszawskiego Towarzystwa popierania przemysłu i handlu, na co wydział uzyskał, jako premium, rubli 30 za najlepszą konkursową pracę.

2-o) że delegacya w sprawie zwiedzania wzorowych urządzeń higienicznych w domach wskaże je takowej, oznaczając terminy zwiedzeń. W pierwszym rzędzie poleca zwiedzić członkom domy przy ulicy Jerozolimskiej № 85 i przy Smolnej № 34, jako wzorowo urządzone pod względem sanitarnym, kanalizacyjnym, ogrzewania i t. d.

Inż. *I. Kozłowski* przedstawił poprawiony i rozszerzony „Kwestyonaryusz“ w sprawie tanich mieszkań dla robotników, składający się z 37 pytań.

W dyskusyi przyjmowali udział pp.: *Matecki, Makowski, baron Lesser, Kryński, Tchórzniccki, Ciszeowski, Białobrzewski i Kozłowski*. Zadecydowano, że:

1) Kwestyonaryusz dotyczy miast wielkich, jak: Warszawa, Łódź. 2) Miary podawać w łokciach, pamiętając, że metr = 3 łokciom. 3) Najwyższą cenę lokalu ustanowić na 4 rub. miesięcznie. 4) za warunek postawić, by czwartych pięter nie było, a gdyby były, to tylko z warunkiem urządzenia wind. 5) Mowa tylko o domach skanalizowanych. 6) Każde piętro powinno być odgraniczone warstwą izolacyjną niepalną. 7) Oznaczyć minimum kubiczności przestrzeni mieszkania dla dorosłego i na dziecko do lat 12-tu. 8) Wypowiedzieć ściśle, czy pranie bielizny w jednej izbie, gotowanie pokarmów i spanie jest pożądanem, czy należy budować kuchnie i pralnie wspólne.

Kwestyonaryusz w ostatecznej formie przedstawić Radzie Tow. Hyg. z prośbą o rozesłanie go biegłym pp. architektom, lekarzom, właścicielom fabryk, majstrom budowlanym, technikom i właścicielom egzystujących już domów, przeznaczonych na mieszkanie dla klasy robotniczej.

(„Zdrowie“).



## WIADOMOŚCI DROBNE

— Aufrecht radzi używać do zastrzyków *podskórnych* roztworu *chininy* 1 : 34; zazwyczaj więc wypada zastrzyknąć 17 gramów płynu (0,5 chin. hydrochl.), za pomocą takiej strzykawki, jakiej używamy, stosując surowicę przeciwbłoniczą. W powyższym stosunku chinina rozpuszcza się bez dodatku kwasu. Strzykawki nie trzeba wyjaławiać kw. karbolowym lecz — co najwyższej — po wygotowaniu przemyć roztworem kw. borowego.

(Ther. Mon. 1901. V.)

— W celu usunięcia przykrych objawów *drżączki porażonej* stosuje Hilbert (za Erbem i Eulenburgiem) podskórnie ś w i e ż y rozczyń *Hyoscini hydrobromici*; już po upływie 10 minut od od zastrzyknięcia — drżenie się zmniejsza. Zaczynać należy od dawki 0,0001.

(Helikunde 1901. III.)

— Przeciw *ostremu napadowi dny* zaleca Küster środek stary, *kolchicyne*, w postaci pigulek (Rp. Colchicini Merck

0,05. Pulv. et Extr. Liq. aa. 1,5. M. f. pil. № 20). Dwie do 4 pigulek w ciągu dwu dni usuwają atak. Jeśli wystąpią takie objawy, jak: nudności lub rozwolnienie — lek odstawić.

(Deut. M. W. 1901. 39).

— *Chinozol* w rozczyńnię 1—2:100 zaleca Nottenbaum jako doskonałe *stypiticum* do użytku zewnętrznego (krwawienie z ziarniny ran, krwotoki nosowe i t. p.) Chinozol czerni ostrza noży i stępia je

(Deut. M. W. 1901. 33).

— *Jodynę* do leczenia świeżych ran *zakazanych* poleca Boek.

— Przy *Herpes zoster* radzi Winternitz *okłady spirytusowe*. Bóle zmniejszają się przy pierwszym opatrunku; po 3 do 7 opatrunkach (zmienianych co 2 godziny) choroba ustępuje.

(Blät. f. Klin. Hydrother. 1901. II.)

— Za stosowaniem przy leczeniu ran, *maści*, wypartych z użycia przez nowe metody antyseptyczne, przema-



wia Obler. Szczególnie poleca maść składu: Liq. Alum. acet. 10,0. Lanolini, Vaselini aa. 100,0.

— Jako materiał na *szyny* zaleca Wolf — *linoleum*. L. nie nasiąka wilgocią, daje się łatwo myć i odkażać, jest elastyczne (rynienki), trwałe, lekkie, bardzo tanie, łatwo się kraje (otwory przy złamaniach powikłanych).

(Aerzt. Rdsch. 1901. 3. VIII.)

— Przeciw napadowi *duszniczy oskrzelowej* poleca Kraus: Coffeini natr.-sajlicyli 0,3. Antipyrini 0,8.

(Centr. f. Ther. 1901. 8.)

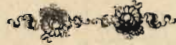
— Courmont i Rollet radzą *przy cierpieniach oczu podczas ospy* wpusz-

czać do każdego oka, parę razy n dzień, po 3- 4 krople roztworu (1: 500) *blekitu metylenowego*. W 45 przypadkach, w których od początku zajęcia rogówki ten środek zastosowano — otrzymano zupełne wyleczenie.

(Klin. ther. Woch. 1901. 21. V.)

— Kuhn opisał przypadek *teżca* w w skutek podskórnego zastosowania *żelatyny*. Wobec tego, że zarodniki *teżca* giną dopiero po bardzo długiej sterylizacji, do celów lekarskich należy używać jedynie takiej żelatyny, która została wyrobiona w laboratorjach lekarskich, ze zwierząt zdrowych.

(Münch. M. W. 1901. 26. XI.)



## KRONIKA

1. Wydawca „Czasopisma Lekarskiego“ został kol. St. Serkowski.

Do czasu zatwierdzenia go przez Wydział prasy pismo podpisywać będzie poprzedni wydawca, kol. Cz. Stankiewicz.

2. W trzech kolejno wydanych rozprawach wyłożył kol. Edmund Biernacki, znany dotąd ze swych prac laboratoryjnych i klinicznych, podstawowe pojęcia nauk lekarskich. Jest to popularne przedstawienie filozofii medycyny. Wykład najogólniejszych i najistotniejszych punktów wyjścia działalności lekarskiej.

Pierwsze z tych dzieł: „Istota i granice wiedzy lekarskiej“ wydane zostało w roku 1899-ym; drugie: „Chałubiński i obecne zadania lekarskie“ w roku 1900-ym; obecnie leży przed nami tom wydany (rzecz bardzo znamienita!) przez grono starszych kolegów, a zażyłowany: „Zasady poznania lekarskiego“

Wszystkie trzy wymienione prace znajdują się w związku wewnętrznym, stanowiąc zarys syntezy medycyny. Jest to trylogia, którą z niezmiernym pożytkiem przeczyta każdy lekarz — prak-

tyk, uświadamiając sobie punkty wytyczne swej wiedzy i swej działalności zawodowej.

— Jako wydawnictwo „Gazety lekarskiej“ wyszło dzieło D-ra A. Sokolowskiego p. t.: „Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. I. Choroby tchawicy i oskrzeli“.

3. Stacya bakteriologiczna w Miechowie. Świeżo nominowany lekarz weterynaryi w powiecie miechowskim, p. Józef Malewski, otworzył w Miechowie — jak donosi „Gaz. Kiel.“ — stacyę bakteriologiczną do badania mięsa i mleka. Dotychczas istniały takie stacye bakteriologiczne w dwóch tylko miejscowościach gub. kieleckiej: w Kielcach i Olkuszku.

4. Szpital św. Aleksego w Płocku. „Założony w roku 1823-im ten szpital dla chorych wenerycznych znajduje się obecnie w stanie ogromnie oplakany. Już od lat kilkunastu raporty stwierdzają taki stan, od lat kilkunastu noszono się z myślą pobudowania nowego pomieszczenia. ale tymczasem rzecz pozostaje po dawnemu. Dziś ruina doszła do tego stopnia, że lekarze obawiają się wprost o bezpie-



czeństwo chorych. Trzy sale zotale zupełnie zamknięte, sufity w innych zaciekają porządnie, podłogi w wielu miejscach pogniły.

Pod względem ogółu urządzeń, szpital nie odpowiada najmniej skromnym warunkom higienicznym: miejsca ustępowe znajdują się w miejscu niewłaściwym, kuchnia w stanie rozpaczliwym. Szpital ten postawiony jest w ogóle w miejscu nieodpowiednim, bo prawie w środku miasta, zamiast na krańcach; ale pomijając tę okoliczność, ogólny stan szpitala robi wrażenie przynębiające.

Znać, że oddawna nie przeprowadzono w nim więcej poważnego remontu, znać, że oddawna latano małe uszkodzenia.

Na dobrą sprawę trzeba by szpital ten zamknąć dla chorych, bo niewiadomo nawet, jak wyjść z tego położenia. Szpital ma swój kapitał żelazny w sumie 10,000 rubli, od którego odsetki nie wystarczają na utrzymanie szpitala. Obecnie ciąży na nim długu około 4,000 rub., a z kąd wziąć na gruntowne odnowienie gmachu i doprowadzenie do porządku?\*

(Echa płockie № 378).

5. P r z a s n y s z . . W sprawie szpitala miejscowego. W całej gubernii płockiej mamy cztery szpitale, z których tylko szpital Św. Trójcy w Płocku choć skromnie, lecz względnie przyzwoicie jest urządzony: szpitale zaś w Lipnie, w Mławie i Przasnyszu wiodą żywot suchotniczy. O tem, o ile szpitale są bardzo potrzebne, nie będę się się rozwodził, to czuje i rozumie nawet mało inteligentny człowiek; dowodzenia tego twierdzenia są zbyteczne. O szpitalu w Przasnyszu chciałbym obecnie cośkolwiek powiedzieć i sądzę, że to, co napiszę o nim, można zastosować i do innych szpitali z bardzo niewielkimi poprawkami lub bez poprawek wcale.

Szpital Św. Stanisława Kostki w Przasnyszu obsługuje dwa powiaty: przasnyski i ciechanowski i dużą część powiatu makowskiego (gub. Łomżyńskiej). Etat szpitala ustanowiony jest na 35 chorych. Był czas, kiedy szpital ten wcale nieźle egzystował i miał być zapewniony. Ruina jego datuje się blisko od 12 lat, kiedy to w przasnyskim powiecie była zaprowadzona pomoc lekar-

ska wyjazdowo-ambulatoryjna, mała próbka, która 3 lata temu posłużyła przykładem dla wielkiej próby wprowadzenia takiejże pomocy lekarskiej w całej gubernii płockiej. Od 12 lat szpital, który sam potrzebował pomocy materialnej, musiał ponosić wydatki na lekarstwa dla przychodzących, a takich lekarstw było dużo, od 5 do 10 tysięcy rocznie, co wielce obciążało skromny budżet szpitala. Od tego czasu sechli, aż wpadł w zupełne suchoty. Dzisiaj grozi mu ruina, a ratunku znikąd nie widać. I rzeczywiście, na samym wstępie zwraca naszą uwagę zaduch i brak powietrza. Wchodzimy do sal dla mężczyzn jeszcze większy zaduch; wentylacji żadnej, ściany niepamiętają, kiedy były bielone, sufity pozaciekane i zapleśniałe; korydory dla chorych bardzo stare, przesiane i stanowczo za chłodne na obecną porę. Wchodzimy na sale dla kobiet, na górze, jeszcze większy zaduch, brud i nędza; schody spróchniałe. Miejsca ustępowe zupełnie wadliwie urządzone, wóh z nich rozchodzi się po korytarzach. Wanny, ten kardynalny i najpotężniejszy środek leczniczy, niżej najwyrozumialszej krytyki; są one pomieszane w kojce, gdzie i pies by nie chciał siedzieć. Oprócz tego, są tylko dwie wanny jedna tuż przy drugiej; a gdzie tu myć chorych wstępujących do szpitala, gdzie kąpać chorych z chorobami zakaźnymi, naprz. tyfusowerek, gdzie kąpać chorych na zapalenie wycieków z obrzękami, dla których wanny ciepłe—to życie, gdzie, wreszcie, kąpać wenerycznych i gdzie skórnych chorych?...

I wiele, wiele rzucających się w oczy braków można by tu przytoczyć, lecz dosyć i tego; o czarne kołory nam nie idzie. Chodzi nam tylko o to, aby ogół wiedział, że instytucji tak niezbędnej jak szpital grozi zupełna ruina. A teraz kilka słów o pomocy lekarskiej w tym szpitalu. Jeden lekarz na szpital powiatowy w normalnych warunkach zupełnie wystarcza, lecz w przasnyskim szpitalu i pod tym względem są warunki nienormalne, a nawet wielce wadliwe. Lekarz szpitalny od 12 lat z wielkimi przerwami, a od trzech lat zupełnie bez przerwy, raz w tygodniu musi opuszczać swój szpital na cały dzień, a sam jest obowiązany jechać daleko i przyjmować chorych przychodzących na tak zwanym punkcie ambulatoryjnym. Raz w tygodniu (w Mław-



wie dwa razy) szpital cały dzień niema lekarzy, a w ten dzień chorzy także potrzebują jego pomocy i bardzo często więcej, niż kiedyindziej. Choroba bowiem to taki sprytny złodziej, że gdy na niego najbardziej polujemy, to on się nie zjawia, a kiedy jesteście od niego daleko, on się śmiało zakrada. Takie nienormalne i wielce wadliwe iwarunki są bardzo szkodliwe dla szpitala i za uciążliwe dla lekarza, który ma bez wyjazdów w szpitalu dużo pracy.

A teraz jedno słówko pod waszym adresem szanowni obywatele ziemscy. Wasi ojcowie głową, czynem i kieszenią pomagali szpitalowi; a dziś — wy ich spadkobiercy złej i dobrej doli odsunęliście się od szpitala. Dlaczego? Wszak wy te czasy pamiętacie, a dla dobra ogółu pracować zawsze trzeba.“

(„Echa ploc. i lomż. 1901 № 379)

6. Przepisy sanitarne na prowincyi. Pośród przepisów sanitarnych, wydanych przez p. gubernatora łomżyńskiego dla mieszkańców m. Makowa, znajdujemy, między innymi następujące: Zabrania się w środku miasta urządzać składy skór, gałganów, koci; w piwnicach niewolno urządzać mieszkań; nie dozwolonym jest również pranie bielizny w studniach. Piwnice corocznie, wraz z nastaniem pory ciepłej, winny być starannie przewietrzone i osuszone.

7. Jak donosi „Tydzień“ (№ 47) czterech rzeźników w tuszyńskich skazał miejscowy sąd gminny na zapłacenie po 25 rub. każdego, lub odsiedzenie po 7 dni w kozie za sprzedaż mięsa po za obrębem właściwej jatki — w mieszkaniu prywatnem obok jatki i w jakiejś komórecie.

Bardzo to pocieszające, że nowe przepisy o handlu mięsem są już ściśle przestrzegane w całej gub. piotrkowskiej. Oby tylko nie osłabła ta energia władz wykonawczych!

8 Ujawnienie przyczyn wypadków w kopalniach. Często, a zwykle o jednakowym charakterze, wypadki nieszczęśliwe w kopalniach i hutach, niezależnie od innych

przyczyn powstają także wskutek tego, że wynikające przez niedoskonałość w urządzeniach i w sposobach prowadzenia robót zdarzenie pozostaje ukryte w tajemnicy. Prowadzone przez urzędników górniczych śledztwa i dochodzenia przyczyn wypadków nie stają się własnością ogółu, a przechowują się w aktach archiwalnych zarządów górniczych, przyczem zdarza się często tak, że wyniki wypadku w jednym okręgu górniczym, pozostaje nieznanym drugiemu okręgowi lub kopalni i hucie.

Wobec tego departament górniczy uznał za niezbędne ujawniać przyczyny wypadków szerszemu ogółowi i w tym celu postanowił dokonać ekspertyzy naukowej protokółów o wypadkach nieszczęśliwych, poddać je systematycznemu obrobieniu i wydać oddzielną książkę, uzupełniając stopniowo ten materiał notowaniem wypadków, jakie się zdarzać będą w przyszłości. Wobec tego, że dokonanie wyciągów z protokółów przedstawia dość kłopotliwą robotę, departament górniczy wyznaczył dla osób, którym będzie polecone przez rząd to zajęcie, wynagrodzenie w wysokości 0,25 rub. za wyciąg.

(Kur. Sosnowicki № 47.)

9. Wydział lekarski gub. Saratowskiej zwrócił się do Rady lekarskiej z zapytaniem: czy lekarzo, nie mający stopnia doktora medycyny, mają prawo na szyldzikach, w ogłoszeniach i t. p. nazywać się „doktorami“. Rada lekarska wyjaśniła, że każdy lekarz ma prawo używać tytułu „doktora“.

(Wraciz 1901 № 43.)

10. Rada lekarska, biorąc pod uwagę, że prawo pod wyrazem „akuszer“ rozumie lekarza, który złożył — stosownie do № 26 wyjaśnień § 546-gy Ustawy lekarskiej — specjalny egzamin na stopień akuszera, jako członka urzędu lekarskiego, uznała, że lekarze, którzy takiego egzaminu nie złożyli, nie mają prawa używać, w ogłoszeniach i na szyldach tytułu akuszera.

(Wiestn. Ob. Hyg. 1901. XI.)



## *Krytyka i bibliografia.*

Księga jubileuszowa doktora medycyny Teodora Dunina ku uczczeniu 25-o letniej działalności Jego lekarskiej wydana przez Jego byłych i obecnych uczniów. Warszawa. 1901. 5 tablic, 30 drzeworytów. Str. VIII + 529 in 4<sup>o</sup> Cena rub. 5. Całkowity dochód ze sprzedaży przeznaczony na sanatorium ludowe.

*Władysław Janowski. Teodor Dunin.* Szkic biograficzny i charakterystyka Dunina jako człowieka, lekarza i przewodnika.

*Spis prac oryginalnych Teodora Dunina.*

*Kazimierz Rzętkowski. W sprawie przemiany materji przy przewlekłym zapaleniu nerek.* Dokładny opis przebiegu wymiany materji u chorego na przewlekłe zapalenie nerek o typie przeważnie mięąższowym. Jako wniosek z tej obserwacji przytacza autor, że choroby pod względem przemiany materji nie różnił się bardzo od zdrowego. Jedyne różnice jakie, ujawniły się: 1) zatrzymanie w ustroju związków P<sub>2</sub> O<sub>5</sub>; 2) wahania przy wydzielaniu codziennem N z moczem (co autor porównywa do arytmii serca) i 3) nieco zmniejszona ilość kwasu moczowego. W końcu swej pracy R. daje kilka bardzo słusznych uwag w sprawie dyety chorych na nerki.

*Aleksander Pański. Przypadek rozsianego ostrego zapalenia rdzenia (Myelitis disseminata acuta, Encephalomyelitis) po zaccadzeniu, zakończony wyzdrowieniem.* Patrz str. 27.

*Władysław Janowski. Znaczenie rozpoznawcze i rokujące krwawych wymiotów.* Rozbiór kliniczny tego objawu w zależności od różnych momentów etyologicznych. Sposoby wykrywania krwi w masach wymiotnych. Rozmaite znaczenie tego objawu pod względem rokowania.

*Władysław Janowski. Trzy przypadki zapalenia nerwów wskutek otrucia arsenikiem.* Obok opisu trzech własnych przypadków — monograficzne opracowanie całej tej postaci chorobowej, z obszerną (179 numerów) literaturą.

*Józef Goldbaum. O sztucznem żywieniu chorych.* Żywienie za pomocą zgłębnika. Żywienie za pomocą ławatyw. Żywienie za pomocą iniekcji podskórnych.

*Anastazy Landau. Badania nad sprawnością nerek za pomocą błękitu metylenowego.* Z wydzielania błękitu metylenowego nie wolno wnioskować o tak złożonej czynności, jak funkcyja nerek.

*Władysław Lehr. O leczeniu nerwobólu kulszowego (Ischias) mięsieniem i bezkrwawemi naciąganiem.* Te zabiegi, stosowane przez autora w 48 przypadkach, dały wyniki dodatnie nawet przy za-



palnym charakterze cierpienia i — co ważniejsza — nawet w przypadkach świeżych (ostrożne stopniowanie siły zabiegu).

*Władysław Palmirski. O błonicy i surowicy przeciwbłoniczej.* Opis techniki i podstaw naukowo-teoretycznych wyrobu surowicy.

*Stanisław Nowaczek. Przypadek skurczowego zwężenia przełyku.* Opis przypadku tego cierpienia, które nagle wystąpiło u 60 letniej rekonwalescentki po grypie po otrzymaniu nieprzyjemnej wieści.

*Henryk Landau. Poszukiwania doświadczalne nad zachowaniem się żelaza w ustroju ludzi i zwierząt.* Praca doświadczalna (doświadczenia na ludziach i zwierzętach), której najważniejszy wynik brzmi: skuteczność nieorganicznych preparatów żelaza w pewnych postaciach anemii polega nie na ubocznym jego działaniu (drażnieniu) na narządy krwiotwórcze, lecz prawdopodobnie na tem, że zostaje ono użyte wprost jako materiał do wytwarzania hemoglobiny.

*Stanisław Kopczyński. Z kazuistyki nowotworów i ropni mózgowia.* Opis dziesięciu przypadków: 7 nowotworów i 3 ropnie.

*S. Mintz O nadżerkach wybroczynowych żołądka.* Dwa przypadki spostrzegane u osób młodszych; zejście w obu pomyślne.

*Stanisław Trzebiński. O operacyjnym leczeniu obrzęków przy „hydrops anarasca“.* Autor oddaje pierwszeństwo sączkowaniu przed nacięciami; zwraca uwagę, że często sączkowanie po raz drugi wykonane pociąga za sobą zakażenie przyranne, prawdopodobnie dzięki zmniejszonej czujności antyseptycznej.

*Stanisław Mutermilch. Własności chemiczne i morfologiczne wysięków tłuszczowych (hydrops chylosus et chyloformis).*

*Witostaw Dąbrowski Badania nad zarazką ospy.* Opis swoistych drobnoustrojów, którym autor przypisuje, obok swoistej, własność ropotwórczą; nie zalicza ich do hurmaszków (sporozoa).

*Tadeusz Jasiński. Przypadek astazji — abazji i kilka uwag o tem cierpieniu.* Stan ten uważa autor za zależny od nieświadomej autosugestyi objawów histerycznych.

*A. Puławski. Neurastenia peryodyczna.* Opis dziesięciu przypadków tego rzadkiego cierpienia; jego obraz kliniczny.

*A. Puławski. Próba określenia wartości odżywczej jedzenia w zakładzie leczniczym.*

*Józef Pstrokoński. Pierwotny mięsak żołądka.*

*Jan Markiewicz. O przewlekłym unieruchamiającym zapaleniu kręgosłupa.* Opis dwu przypadków kazuistycznych.

*Józef Skłodowski. Dwa przypadki ciężkiej niestrawności nerwowej.*

*Mieczysław Halpern. W sprawie leczenia tętniaków aorty za pomocą podskórnych wstrzykiwań żelatyny.* W trzech przypadkach stosowania tego zabiegu wynik był ujemny.

*Ignacy Świętochowski. Przyczynek do nauki o migrenie.* W wielu przypadkach migrena zależy od nadmiaru kwasu solnego w żołądku; wtedy jako środek leczniczy należy uważać podawanie — podczas napadu — diety przeważnie białkowej.

*H. Quesnel.* Jak można zapobiegać suchotom płucnym jako chorobie zaraźliwej. Przedkład D-ra St. Bastoszewicza. b. docenta uniwersytetu. Z 4-ma rysunkami. Warszawa. 1902. Str. 46 (in. 32<sup>o</sup>) Cena 20 kop.

Niefortunny uczynił wybór tłómacz, przyswajając nam tę książeczkę.

Zdarzają się w niej takie nieścistości, jak np. jako oznakę *skłonności* do suchot wymieniono: „blada (hektyczna) cera z czerwonymi wypiekami na twarzy“ (str. 11); natomiast jako *wyraźny objaw* suchot: „rżenie w piersiach przy oddychaniu“ (str. 39).

Śmiesznem jest dla naszego czytelnika ostrzeżenie, by nie leczyl on żołądka „rozmaitymi likierami“; ten zwyczaj francuzki jest przecież u nas nieznanym. Toż samo powiedzieć należy o ustępie, gdzie autor mówi, że „zbyteczne jest posyłać chorych w podróż morską“.

Wadą książeczki są też rysunki. Na rysunku 2 mamy podane różne szczegóły, które jedynie tu figurują, bez wszelkiego związku z treścią dziełka. zupełnie dla czytelnika niezrozumiałe („arterya sena“, „przedsionek serca (uszko)“ i t. d.). Natomiast na rys. 4 jest wiele liter — wcale nie objaśnionych.

Przejrzenie tej broszury przekonywa nas ponownie o wartości pracy Knopfa (Gruźlica i walka z nią), o której pisaliśmy w grudniowym zeszyte „Czasopisma.“

Sg.

*Dr. Robert Bernhardt:* Rzeżączka czyli tryper i jego leczenie. Przystępnie napisał.. Warszawa 1901. str. 78. 16<sup>o</sup>.

Broszurka niema na celu samolecznictwa. Stanowi ona poradnik higieniczno-dyetyczny dla osób, dotkniętych rzeżączką i nie mogących, z rozmaitych powodów, zasięgać w początkach cierpienia pomocy specjalisty. Jednakże jest ona nieco przeładowana szczegółami terapeutycznymi.

Nieszczególny jest rysunek na str. 6, gdzie wszystkie ciała ropne są przedstawione jako jednojądrowe. Wyjawszy niektóre wyrażenia, jak, na przykład „mocz sprzezroczytsza się“ (str. 18), całość jest napisana jasno i przystępnie; zwłaszcza z korzyścią może być przeczytany rozdział II, omawiający przepisy higieniczne podczas rzeżączki oraz rozdział ostatni, gdzie mowa o tem, jak się uchronić przed rzeżączką.

E. S.



---

Komitet redakcyjny:

S. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd S. Serkowski E. Sonnenberg .

---

Wydawca: Dr. Cz. Stankiewicz.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

---

Дозволено Цензурою г. Лодзь 27 Декабря 1901 г.

Druk. i Lit. R. Resiger, Łódź.