
Czasopismo Lekarskie

Przyczynek do nauki o śmiertelnych krwotokach po cięciu tchawicy.

Podług odczytu na posiedzeniu Tow. Lek. Łódzkiego d. 4 Grudnia 1901 roku.

Podał Dr. Antoni J. Goldman.

Krwawienia, występujące w związku lub po cięciu tchawicy z powodu błonicy u dzieci, stanowią nader ważny dział szczegółowego choroboznawstwa i lecznictwa, — mało i okolicznościowo tylko uwzględniany w polskiej literaturze*).

Foltanek dzieli te krwawienia na 2 grupy: 1) takie, które powstają w bezpośrednim związku z rękoczynem, podczas operacji lub krótko po niej; 2) takie, które występują w dalszym przebiegu pooperacyjnym.

Do pierwszej grupy należą krwawienia zależne od przecinania-podczas samego rękoczynu-tkanek, które na szyi są nader bogato unaczynione, i t. zw. krwawienia następcze, występujące i po innych operacjach.

Krwawienia następcze po tracheotomii mogą być wszystkich trzech rodzajów: tętnicze, żyłne i mięsaszowe. Krwawienia z nieznacznych naczyń ustają często pod wpływem ucisku rurki tracheotomijnej; podczas zmiany rurki, przy istniejącem żylnem przekrwieniu tkanek, skrzep krwi nader łatwo odrywa się, krew—aczkolwiek w nieznacznej ilości—dostaje się do tchawicy, następuje napad kaszlu, który znów zwiększa żylnę przekrwienie i mechanicznie potęguje krwawienie. Zejście wszystkich krwawień tej grupy nader rzadko bywa śmiertelne; niebezpieczeństwo ich polega tylko na tem, że dzieci po krwawieniach słabną, a wskutek aspiracji krwi powstają łatwo zapalenia płuc. Engelhardt na 1500 tracheotomii nie widział ani jednego przypadku śmierci wskutek tego rodzaju krwawienia. Zimmerlin widział 2 przypadki śmierci z powodu krwawienia: w jednym przypadku z tętnicy tarczowej górnej praw. w dru-

*) Z dostępnych mi źródeł znalazłem wzmiankę tylko w pracy kol. L. Krausego (Gazeta Lekarska z d. 4. VI. 1892), który przytacza z praktyki Ganghofnera 3 przypadki śmiertelnego zejścia po tracheotomii wskutek odleżynowego owrodzenia naczynia krwionośnego.

gim z gałązki żyły tarczowej górnej lewej; w obu przypadkach były nałożone nawiązki, które podczas zmiany rurki ześlizgnęły się. Jenny widział 2 przypadki ze śmiertelnym zejściem wskutek krwotoku tętniczego tuż po cięciu tchawicy, a Foltanek opisuje przypadek śmierci u 3 letniego chłopca z powodu krwawienia po tracheotomii z gałązki żyły tarczowej dolnej i przypadek krwawienia z żyły tarczowej górnej, w którym nałożono, co prawda, nawiązki, lecz dziecko zmarło w skutek następczego zrazikowego zapalenia płuc, po 4 dniach.

W literaturze polskiej nie znalazłem ani jednego podobnego opisu.

Kol. M. Cohn zakomunikował mi ustnie o jednym przypadku w swej praktyce szpitalnej żyłnego krwawienia podczas operacji ze śmiertelnym zejściem; jakie naczynie było zranione, obecnie nie pamięta.

Przez 4 lata swej praktyki szpitalnej (około 60 tracheotomii rocznie) nie widziałem ani jednego przypadku krwotoku podczas lub w związku z tracheotomią i natychmiast po niej. Nieznaczne krwawienia w godzinę lub dwie po dokonaniem cięciu tchawicy można było zawsze opanować lub ustawały same przez się bez poważniejszych skutków dla chorych.

Z powyższego zestawienia widzimy, że liczba odnośnych przypadków jest nieznaczna; przypuściwszy nawet, co jest bardzo prawdopodobnem, że niewszystkie spostrzeżenia zostały ogłoszone, należy uznać śmiertelne krwawienie po tracheotomii podczas operacji lub krótko po niej za rzadkie powikłanie operacyjnego leczenia błonicy u dzieci. W większości przypadków udaje się zatamować krwotok za pomocą odpowiednich rękoczynów (nawiązka krwawiącego naczynia, ucisk, zmiana rurki); w profilaktyce tych powikłań ważną rolę odgrywa technika tracheotomii.

Drugą grupę krwawień stanowią te, które powstają w dalszym przebiegu pooperacyjnym. Rozmaici autorzy odróżniają tu różne pododdziały; najodpowiedniejszym wydaje się nam podział Engelhardt'a, który odróżnia w tej grupie krwawienia powstałe:

- a) jako skutek dyfterytycznego lub ropnego nadżarcia ścianki naczyń krwionośnych, a więc jako skutek specyficznego wpływu drobnoustrojów;
- b) wskutek mechanicznych wpływów, drogą tworzenia się odleżynowego owrzodzenia naczynia.

Wszystkie spostrzeżenia, tyczące się pierwszego pododdziału, mało różnią się od siebie co do klinicznego przebiegu i zmian anatomopatologicznych. W przeważnej ilości przypadków dzieci w kilka dni po szczęśliwie przebytej tracheotomii, oddychające swobodnie z rurką, lub nawet bez niej, przy najlepszym rokowaniu ze strony lekarza, ulegają nagłemu i nader silnemu krwotokowi przez rurkę lub ranę tracheotomijną; nim lekarz zdąży nadbiedz, dziecko kona lub już umarło; wszystko to trwa kilka minut, o zastosowaniu jakiegokolwiek środka lub rękoczynu mowy być nie może.

W literaturze niemieckiej, podług Engelhardt'a istnieje opisanych 20 takich przypadków, a jeśli dołączymy do nich 6 przypadków tego autora, będziemy mieli całkowity obraz odpowiedniej literatury niemieckiej. Z tych 26 przypadków, prawie zupełnie identycznych co do anatomopatologicznych zmian owrzodzonych tkanek, wyglądu mikroskopowego otworu w naczyniu i źródła krwotoku, w 18 przypadkach krwawiła tętnica bezimienna, 3 razy tętnica szyjowa wspólna prawa, po i razie tętnica tarczycowa górna lewa, tętnica tarczycowa dolna, żyła jarzmowa wspólna prawa, żyła bezimienna prawa i żyła jarzmowa przednia prawa; w 24 przypadkach było dokonane dolne cięcie tchawicy.

W rzędzie przypadków opisanej kategorii należy umieścić przypadek, jaki mam zamiar przedstawić dziś Szanownym kolegom.

19 Października r. bieżącego (1901) przybyła ze Zduńskiej Woli do szpitala im. małż. Poznańskich Tema Sz., 1^{1/2} lat mająca, w stanie umiarkowanej duszności. Chora od 4 dni; wystąpiła chrypka, suchy kaszel. W przeddzień wstrzyknięto w Zduńskiej Woli 1000 jednostek surowicy przeciwbłonicznej.

Statu s. Dobrze odżywione dziecko, bez śladów krzywicy; oddycha powierzchownie, szybko, z odcieniem chrapliwym. W gardzieli brak nalotu, ogólne równomierne zaczerwienienie błony śluzowej. Ście swobodnie. Ciepłota 37°. Zalecono wdechanie z wody wapiennej, środek wykrztuśny, lód na szyję. Iniekcji seri dos. 1 (1000 jednostek).

20 Października. Stan bez zmiany. Wieczorem tegoż dnia z powodu potęgającej się duszności zawieszony zostałem do chorej; zanim jednak zdążyłem przyjechać, zostało już wykonane dolne cięcie tchawicy przez jednego z kolegów, w asystencji wykwalifikowanego służącego. Cięcie skórne długości 5 ctm. dolnym swym końcem dobiega do rękojęści mostka — tchawica leży nader głęboko (z opowiadania kolegi dowiedziałem się o znacznych trudnościach rękoczynu z powodu takiego położenia tchawicy). Rurkę należało umocować bardzo blisko rany tchawicy z obawy, aby nie wysunęła się z niej. Sutura cutis poniżej rurki.

Jak się później okazało, obawa ta nie była płonna.

21 Października. W nocy o godz. 3-ej zawieszony zostałem powtórnie do tegoż dziecka „z powodu zwiększającej się sinicy przy leżącej w ranie tchawicy(?) rurce“. Przybywszy, znalazłem rurkę tuż pod skórą — otwór tchawicy głęboko w tyle (przy leżącej pozycji dziecka). Z trudnością za pomocą rozszerzacza wprowadziłem rurkę do tchawicy i już wtedy skonstantowałem obrzęk i odnę powietrzną w okolicy całej szyi i rękojęści mostka. Ciepłota 38°.

Rano o godz. 11 oddech przyspieszony, powierzchowny, zaparcie stolca. Tętno 140. Ciepłota 39°. Zalecono ławatywę, wzięwania, excitantia i 1000 jednostek surowicy pod skórę. Deligatio. Ciepłota wieczorowa 38°8.

22. Ciepłota 39°, 9. Oddech swobodny. Erythema maculosum et vesiculosum totius corporis (zależne od surowicy). Obfita ropna wydzielina z rany. Ciepłota wieczorem 39°. Deligatio.

23. Ciepłota rano 38°4. Wysypka znikła. Ogólny stan zadawalniający. Ciepłota wieczorowa 38°. Obrzęki i odma powietrzna skóry znikła. Deligatio.

24. Ciepłota ranna 38°9. St. idem Ciepłota wieczorowa 37°5. Decannulement niemożliwe.

25. Ciepłota ranna 37°6. Rana pokryta nalotem, obfita wydzielina. Ciepłota wieczorowa 39°.

26. Ciepłota 37,9. St. idem. Ciepłota wieczorowa 38°5. Łaknienie dobre. Wydzielina ropna,

27. Ciepłota rano 37°1. Wieczorem o godz. 8 podczas kaszlu matka z przestraczem zauważyła z początku domieszkę, a potem strumień krwi czerwonej, wydobywającej się z rurki; usunięto zewnętrzną rurkę — krwotok nie ustał i dziecko zmarło przy objawach uduszenia.

Trupa z e w n ę t r z n i e z b a d a ł e m z a r a z p o ś m i e r c i . N a p r z e d n i e j p o w i e r z e c h n i s z y i r a n a z i e j ą c a , s z e r o k a 4 i d ł u g a 5 c m ; d o l n y b r z e g r a n y d o s i ę g a d o r ę k o j e ś c i m o s t k a . W g ł ę b i w i d a ć z i e j ą c ą r a n ę t c h a w i c y (p o u s u n i ę c i u r u r k i) p o k r y t ą n a l o t e m ; z p r a w e j s t r o n y , t u ż p r z y t c h a w i c y , s k r z e p k r w i ; u s u n ą w s z y g o , z n a l a z ł e m w i e l k o ś c i g ł o w k i z g ł ę b n i k a o t w ó r w n a c z y n i u k r w i o n o ś n e m , p r z e b i e g ą j ą c o m t u ż z p r a w e g o b o k u t c h a w i c y ; b r z e g i o t w o r u n a d ż a r t e w f o r m i e l e j k a , n i e c o z g r u b i a ł . W t c h a w i c y z g ł ę b n i k i e m ż a d n e g o u s z k o d z e n i a p r o w a d z ą c e g o d o ś w i a t ł a n a c z y n i a z n a l e ź ć n i e m o g ł e m .

Dł a w z g ł ę d ó w r y t u a l n y c h m u ś i a ł e m s i ę z a d o w o l n i ę s k o n s t a n t o w a n i e m p o w y ż s z y c h d a n y c h , a n i e b y ł e u w s t a n i e , j a k t o n a l ę ż y , u s u n ą ć — d ł a b a d a n i a — k r t a n i w r a z z p r z y l e g ą j ą c e m i t k a n k a m i . R ó w n i e ż z e w z g ł ę d ó w u b o c z n y c h n i e d o k o n a n o b a d a n i a d r o b n o w i d z o w e g o i b a k t e r y o l o g i c z n e g o o w r z o d z o n y c h t k a n e k .

W d a n y m w i ę c p r z y p a d k u m i e l i ś m y d o c z y n i e n i a z n a d ż a r c i e m n a c z y n i a w d o l n y m b r z e g u r o p i e j ą c e j r a n y t r a c h e o t o m i j n e j (b e z ż a d n e g o z w i ą z k u z m o ż l i w y m u c i ś k i e m r u r k i n a t c h a w i c ę) i w s k u t e k t e g o z e ś m i e r t e l n y m k r w o t o k i e m ; n a c z y n i e n a l ę ż y u z n a ć , z e w z g ł ę d u n a t o p o g r a f i ę , z a t ę t n i c ę b e z i m i e n n ą .

S p o s ół , w j a k i p o w s t a j e d r ą ż ą c e d o ś w i a t ł a o w r z o d z e n i e n a c z y n i a , s t a n o w i p r z e d m i o t s p o r u w i e l u a u t o r ó w . Z i m m e r l i n s ą d z i , ż e p r z y b ł o n i c y m a m y d o c z y n i e n i a z e z m i a n a m i k r w i , u s p o s a b i a j ą c e m i d o k r w a w i e Ń , i n a w y p a d e k z a k a ż e n i a r a n y j a d e m b ł o n i c z y m m a m i e j s c e n a d ż a r c i e n a c z y n i a ; w j e d n y m s w o i m p r z y p a d k u Ż . n i e w y k ł u c z a n a d c i ę c i a z n a c z n e j ż y ł y p o d c z a s o p e r a c y i . M a a s j e s t z d a n i a , ż e z i a r n i n a z r a n y ś k ó r n e j p r z e c h o d z i n a n a c z y n i e k r w i o n o ś n e , a p o n i e w ą ż u d z i e c i j e s t o n a n i k ł ą , m o ż e n a d e r ł a t w o p o w s t a ć p r z e d z i u r a w i e n i e n a c z y n i a — j e d n e m s ł o w e m , t w i e r d z i o n , p o ś i ł k u j ą s i ę s i ę t e o r y ą M o n o d - G u e t e r b o c k a , ż e m a t u m i e j s c e p r z e z z i a r n i n ę u w a r u n k o w a n y z a n i k ś c i a n e k n a c z y n i a . T e m , ł a t w i e j w e d ł u g M a a s ' a , p o w s t a j e o m a w i a n a s p r a w a t a m , g d z i e i s t n i e j e l o c u s m i n o r i s r e s i s t e n t i a e , a w i ę c r o z g a ł ę z i e n i e s i ę n a c z y n i a , n p . w m i e j s c u o d e j ś c i a t ę t n i c y s z y j o w e j w s p ó l n e j o d t ę t n i c y b e z i m i e n n e j . U ł a t w i a t a k i e n a d ż a r c i e n a c z y n i a , w e d ł u g M a a s a , i t a o k o l i c z n o ś ć , ż e d o l n e c i ę c i e t c h a w i c y s t w a r z a n i e w y g o d n e w a r u n k i d ł a p r z e b i e g u t ę t n i c b e z i m i e n n e j i s z y j o w e j w s p ó l n e j — g d y ż , p o z b a w i o n e p r z e c i w o p o r u z g ó r y , ł a t w i e j u l e g a j ą w y p u k l e n i u j e d n e j ś c i a n k i i n a s t ę p c z e m u j e j z a n i k o w i .

F o l t a n e k b a r d z o n i e w y r ą ż n i e o k r e ś l a c h a r a k t e r o m a w i a n e j s p r a w y , m ó w i ą c o g ó l n i k o w o o n a d ż a r c i u n a c z y n i a , n i e z r z e k a j ą c s i ę t e o r y i M o n o d - G u e t e r b o c k - M a a s ' a

E n g e l h a r d t -- n a z a s a d z i e b a d ą n d r o b n o w i d z o w y c h i b a k t e r y o l o g i c z n y c h c z ę ś c i n a c z y Ń u l e g ł y c h p r z e d z i u r a w i e n i u j a k r ó w n i e ż n a z a s a d z i e p o ł o ż e n i a p r z e d z i u r a w i o n e g o n a c z y n i a i j e g o s t o s u n k u d o r a n y t r a c h e o t o m i j n e j — d o s z e d ł d o w n i o s k u , ż e w e w s z y s t k i c h o m a w i a n y c h p r z y p a d k a c h m a m i e j s c e , n a t l e z a p a l n e m s e p t y c z n e m p o w s t a ł e , z n i s z c z e n i e t k a n e k n a o g r a n i c z o n e j , w p r z y b l i ż e n i u o k r ą g ł e j , p r z e s t r z e n i . O w r z o d z e n i u u l e g a p r z e w a ż n i e j e d n o i t o s a m o m i e j s c e n a c z y n i a d ł a t e g o , ż e m i e j s c e t o p r z y c h o d z i w j a k n a j b l i ż s z ą s t y c z n o ś ć z e s p ł y w a j ą c ą z g ó r n e g o o d c i n k a ś k ó r n e j r a n y r o p ą : s p r a w a o d e g r y w a s i ę w u c h y ł k u ś k ó r n e j r a n y , w r o p n i u .

Teoria Mass'a i Monoda-Gueterbocka nie wytrzymują krytyki, gdyż opierają się na fikcyjnych przypuszczeniach. Żanik ścianek naczyń na skutek przerastania ich ziarniną, jak chce Maas, nie ma nigdy miejsca; przeciwnie, sam Monod twierdzi, że w takich razach występuje zgrubienie ścianki naczyń. Wypuklanie się zaś nadżarci ścianki naczyń przy braku przeciwoporu i istnienie *locus minoris resistentiae* — dowody Monod-Gueterbocka — nie mogą sprowadzić omawianego skutku, gdyż: 1) żadnych zmian w budowie naczyń w miejscu rozgałęzienia się nie stwierdzono; 2) tworzyłyby się ewent. tętniczki, których również nikt nie skonstatował.

Z tych więc względów jedynie słuszna, jak dotychczas, jest dla danych przypadków teoria Engelhardt'a, że ma tu miejsce na tle septycznem powstałe i zewnątrz nawewnątrz idące owrzodzenie ścianki naczyń.

Zachodzi teraz kwestya, jaki istnieje związek między śmiertelnem tego rodzaju nadżarciem ścianki naczyń i techniką wykonania cięcia tchawicy. Widzieliśmy, że w większości przypadków z literatury, zarówno jak i w naszym przypadku, dokonano dolnego cięcia tchawicy i dlatego też niektórzy z wymienionych autorów są zdania, aby zupełnie zarzucić dolne cięcie tchawicy. Przedewszystkiem jednak, jak słusznie twierdzi Engelhardt, podobne krwotoki zdarzają się i po górnych cięciach tchawicy (1 raz żyła jarzmowa przednia prawa, 1 raz tętnica tarczycowa górna lewa), a po drugie zalety dolnego cięcia, szczególnie u dzieci, są tak wielkie, że raczej należy się zwrócić bacniejszą uwagę na technikę wykonania tego rodzaju cięcia tchawicy, niż zupełnie je zarzucić. Cięcia miękkich części winno być — wbrew Königowi — możliwie małe, a cięcia tchawicy dolne możliwie wysoko dokonane — w ten sposób, twierdzi Engelhardt, unikniemy wielu nieprzyjemnych powikłań, a przedewszystkiem śmiertelnych zejść wskutek krwotoku.

Warunki następczego leczenia (uniknięcie zakażenia rany błonicą) są daleko łatwiejsze przy małej okrągłej ranie, jaka zwykle po wyjęciu rurki powstaje przy stosowaniu się do wymagań Engelhardt'a, niż przy szeroko ziejącej, sięgającej, do mostka ranie.

Bliższe omówienie techniki dolnego cięcia tchawicy i anatomii topograficznej omawianej okolicy pomijam, nie chcąc powiększać rozmiarów tej pracy, zauważę tylko, że nawet w warunkach przez Engelhardt'a zalecanych nie zawsze można uniknąć opisanych powikłań w formie śmiertelnych krwotoków z nadżartego naczyń, gdyż bywają przypadki, gdzie w żaden sposób *lege artis* postępować nie można. Do takich zaliczyć może należy i nasz przypadek. Dziwić się tylko należy, że liczba odnośnych spostrzeżeń jest tak mała.

Ganghofer na 162 cięcia tchawicy widział takie zejście tylko w jednym przypadku, a Engelhardt na 1546 przypadków tylko 6 razy, t. j. w 1,7%. Być może, iż przyczyny należy tu szukać w tym

fakcie, że powikłanie omawiane występuje dopiero po kilku dniach (6 — 12 dni po cięciu tchawicy) gdy tymczasem największa ilość dzieci po cięciu tchawicy wskutek błonicy umiera znacznie wcześniej. Nie nadzarcia więc septyczne naczynia po cięciu tchawicy są tak rzadkie, tylko liczba dzieci, które ewentualnie by dożyły do tej katastrofy—jest nieznaczną.

(d. n.)



Projekt pomocy lekarskiej gminnej

na tle obecnej organizacyi plockiej

Podał Dr. A Zalewski (Płock)

(Dokończenie)

Co się tyczy lekarstw i materyałów opatrunkowych, to z powodu drożyzny aptek i niepomierne wysokich stąd kosztów i wobec okoliczności, iż praktyka, tak w ziemstwach, jak w gub. plockiej, wykazała, że koszt jednej recepty wynosi tylko od 5 do 10 kopiejek, lekarstwa muszą być przygotowywane na miejscu w lecznicach i szpitalach. Naturalnie, pożądanem byłoby mieć do tego specjalistów-prowizorów, co jednak wobec dużych kosztów możliwe będzie prawdopodobnie tylko przy szpitalach, w lecznicach zaś wypadnie posilkować się niższym personelem lekarskim, co, jak praktyka wykazała, daje zupełnie dobre rezultaty. Dziś wreszcie, przy tendencyi do przepisywania lekarstw prostych i możliwości otrzymania wielu gotowych preparatów od drogistów, stało się to rzeczą o wiele łatwiejszą, niż dawniej. Wreszcie, zdaje się, że kwestya upaństwowienia aptek jest tylko kwestyą czasu, a wtedy rzecz ta rozwiąże się sama przez się, bo cena lekarstw spadnie wtedy prawie do ceny kosztów materyałów aptecznych.

Obecny system, przyjęty w organizacyi pomocy lekarskiej w gub. plockiej zaopatrywania się w materyały apteczne z punktów dość oddalonych, jak Warszawa, przedstawia tę wielką niedogodność, że środki apteczne sprowadzać trzeba w dużych naraz ilościach, co powoduje częste ich psucie się, a następnie zdarza się niejednokrotnie, że środka jakiegoś zabraknie, a do sprowadzenia go z Warszawy potrzeba dużo czasu. Z powyższych względów należałoby tę sprawę urządzić w inny sposób, a mianowicie: możnaby w mieście gubernialnem utrzymywać własny skład apteczny, który zaopatrywałby się w materyały wprost z głównych źródeł, co jeszcze

znacznie obniżyłoby koszta. W razie zaś chwilowej nagłej potrzeby jakiegoś środka lekarskiego, lekarz powinien mieć prawo nabyć go w najbliższej aptece, co wyniosłoby bardzo niewielką sumę rocznie.

Obecnie przechodzimy do obliczenia kosztów, które tak się przedstawia.

Licząc 1 łóżko szpitalne rocznie 300 rub., co jest sumą, w porównaniu z dzisiejszymi wydatkami szpitali w gub. płockiej, dość dużą (średnio w szpitalach w gub. płockiej w 1900 r. utrzymanie jednego łóżka kosztowało rocznie 134 rb. 33 kop.,) wypadnie na 1 lecznicę o 15-tu łózkach, wydatków rocznie 4,500 rub.

Na każdy szpital powiatowy o 30-u łózkach rocznie — 9 tys. rubli.

Szpital gubernialny na 80 łózek kosztować będzie — 24 tys. rubli, od tego odjąć należy 7 tys. rub. jakie szpital płocki ma z procentów od swych kapitałów i nieruchomości, potrzeba więc będzie 17 tys. rubli.

A więc:

6 szpitali powiatowych będą kosztować 9 tys. rub. $\times 6 = 54$ tys. rub.; szpital gubernialny 17 tys. rb.

Lecznicy wypadają by urządzić podług obliczeń, jakie poprzednio podawaliśmy, 40 — 7 t. j. 33, co jednakże na razie stanowiłoby koszt za wielki, dlatego zadowolić by się można na początek liczbą lecznic dotychczasową, co razem ze szpitalami utworzyłoby punktów 19 i prócz tego c z a s o w o ustanowić pewną liczbę lekarzy, którzy by mieli te same obowiązki, byłiby tylko bez lecznic, co zmniejszyłoby znakomicie wydatki: z czasem punkty te w miarę środków zamieniaćby należało na normalne, z lecznicami. Lekarzy takich ustanowićby należało przynajmniej 10, co razem z 19 punktami wyniesie 29, t. j. po 4 punkty na powiat. Na razie będzie 7 szpitali i 12 lecznic, łózek wszystkiego 440, do czego dołączyć jeszcze szpital żydowski w Płocku łózek 25 i szpital św. Aleksego dla chorych wenerycznych — 20, czyli razem 485 łózek, co byłoby już znakomitym postępem w dziale szpitalnictwa w gub. płockiej, bo stanowiłoby na 10 tys. mieszkańców 8,8 łózek, wobec poprzedniej cyfry — 2,7 (ewentualnie z lecznicami 3,8).

Obliczając więc kosztorys w dalszym ciągu, wypadnie:

12 lecznic po 4,500 rub. każda = 54 tys.

Lekarzy bez lecznic 10, co razem z 12 lekarzami przy szpitalach powiatowych i 4 przy szpitalu gubernialnym i 3 zapasowymi, wyniesie 41 lekarzy.

A więc 10 lekarzy po 1000 rub. rocznie bez mieszkania i 10 felczerów po 240 rub. wyniesie sumę 12,400 rub.

3 lekarzy zapasowych po 1,500 rub. = 4,500 rub.

6 sanitaryuszów po 240 rub. = 1440 rub.

Razem szpitale, lecznice, wraz z lekarzami dadzą wydatków 143,340 rub.

Prócz tego policzyć jeszcze wydatek na utrzymanie szpitala dla chorych wenerycznych w Płocku o 20 łózkach, który nie posiada żadnych prawie funduszków, co wyniesie sumę 6 tys. rub. i utrzymanie szpitala żydowskiego w Płocku 25 łózek — 7,500 rb. rocznie, a więc razem z sumą otrzymaną przednio — 156,840 rub.

Co do akuszerok, to mając na względzie: po pierwsze duży koszt utrzymania tak wielkiej ich liczby (95 na gub. płocką,) po drugie — trudności w wykształceniu niezbędnej ich ilości, a następnie i tę okoliczność, że lud do pomocy akuszerok udaje się tylko w razie ciężkich porodów, przekładając swoje wiejskie babki, które — pochodzą z tego samego ludu, znają jego zwyczaje i nawyki, wyręczając często w razie choroby gospodynię w jej pracy domowej, łatwiej zastosowują się do potrzeb ludu — stosowniej, korzystniej i łatwiej będzie wykształcić odpowiedni ich zastęp, czy to przy szpitalach, czy przy warszawskim instytucie położniczym; wymagać to będzie znacznie mniejszych rozchodów — a mianowicie przypuszczam, iż 200 rb. rocznego wynagrodzenia będzie zupełnie dostatecznym, co uczyni na 95 babek 18,700 rb., razem z sumą poprzednią 175,540.

Że przy obsadzaniu posad nie ma potrzeby wykluczania ludzi (lekarzy, akuszerok) znających daną okolicę, jej zwyczaje, nawyki, przesady — rzecz jasna.

Co do felczerów, to reforma w kraju naszym, zdaniem mojem, winna usunąć zupełnie ten żywioł, wyszły z użycia dziś na zachodzie, a i u nas nie mający racji bytu. Od felczera wymaga się nie leczenia, ale tylko spełniania pewnych posług przy chorym, wypełniania rozporządzeń lekarza, a bynajmniej nie samodzielnego leczenia. Obowiązki te spełniać mogą zupełnie dobrze dozorczy i dozorzynie chorych, czyli sanitaryusze, których każdy lekarz doskonale sobie przypodobić może. Felczer, jako anachronizm, zniknąć powinien oddawna. Lekarzy wystarczy na obsadzenie wszystkich okręgów, stwarzanie im zaś konkurentów, szkodliwych dla chorych, nie leży wcale w interesie ogółu. Wreszcie, tymczasem istniejący felczerzy przyjęci być mogą w charakterze dozorców chorych.

Wynagrodzenie lekarza musi być takie, by wystarczyło na utrzymanie, a ponieważ awansu dla niego prawie niema, należy więc przewidzieć po kilku latach służby pewną podwyżkę. Sądziłbym, że pensya nie może być niższą, niż 1000 rubli, prócz mieszkania w naturze, tembardziej, że przy sumiennem wypełnianiu obowiązków niewiele im czasu zostanie na praktykę prywatną.

Miejsca lekarzy w szpitalach powiatowych i gubernialnych winny być niejako awansem i dla tego lepiej być płatne: w powiatowych — starszego przynajmniej 1200 rub. młodszego 1000 rubli. W gubernialnym muszą być pewne stopnie, a więc: 1500 rb., 1200, 1000 i 800 rub.

Pozostaje jeszcze zastanowić się nad kosztem lekarstw.

Obliczając wydatki na szpitale i lecznice, koszt lekarstw dla chorych szpitalnych zawarliśmy już w kosztorysie utrzymania szpitali i lecznic. Dla reszty zaś chorych, przyjmując koszt jednej recepty na 8 kopiejek, otrzymany na 300 tys. recept około 24 tys. rub., co dołączywszy do sumy poprzednio otrzymanej mieć będziemy: 175,540 rb. + 24 tys. rub. = około 200 tys. rub., czyli 33 kop. na głowę. Nie jest to wcale cyfra niemożliwa i zbyt wysoka. Wydatki na pomoc lekarską w 34 guberniach ziemskich z 66 $\frac{1}{2}$ milj. mieszkańców w r. 1895 dosięgły sumy 18 milj. rub., t. j. 27 kop. na głowę i wciąż się zwiększają; w gub. moskiewskiej, mającej wprawdzie najlepiej zorganizowaną pomoc, wydatki te razem z wydatkami na organizację sanitarną (około 50 tys. rub.) za rok 1898 wyniosły sumę 926,620 rb., przy ludności około 1,333,000 (bez m. Moskwy). Mieszkańcy nawet niezamożni częściaki rubli rocznie, więc gdyby nawet na rodzinę składającą się z 5-iu osób średnio wypadło rocznie wydać około 1 rb. 50 k. do 2 rub., nie byłoby to wcale wydatkiem nad siły, przytem zwrócić należy uwagę, że odpadną dzisiejsze opłaty, które ponoszą gminy za swych biednych w szpitalach, a także opłaty od chorych, którzy sami płacą za szpital, co zmniejszy także ciężary ludności.

Prócz rozpatrzonych już urządzeń wprowadzić by z czasem niezbędnie należało i inne pomocnicze, o czym już zawczasu pomyśleć trzeba, by plan organizacyi był zupełnym i stopniowo w miarę sił i środków mógł być doskonałony; a więc:

1) Przytulki dla nieuleczalnych, co jest sprawą wielkiej wagi, bo szpitale w braku przytułków staną się zakładami dla chorych chronicznych, nieuleczalnych z uszczerbkiem dla chorych z cierpieniami ostremi, i ci ostatni, mogący odnieść ze szpitali najwięcej korzyści, miejsca dla siebie nie znajdują. Obowiązku utrzymania przytułków wkładać na towarzystwa dobroczynności nie możemy. Człowiek niezamożny, opłacający podatek, ma prawo do leczenia szpitalnego, a jeśli chcemy szpitale uchronić od napływu nieuleczalnych, musimy dać potrzebującym odpowiednie przytulki. Towarzystwa dobroczynności mogą urządzać przytulki, ale nie są obowiązane przyjmować wszystkich, co ciążyć powinno na samej organizacyi pomocy lekarskiej.

2) Sanatoria dla suchotników, potrzebę których dziś wszyscy odczuwają; jedynie w nich możemy im dać pomoc odpowiednią: nasze szpitale są grobem prawdziwym dla suchotników, z jednej strony, a z drugiej stają się źródłem zarazy dla samych chorych. - Oddzielne lecznice dla suchotników są więc niezbędne.

3) Urządzenie domów wychowawczych dla podrzutek stano-
wili także postulat, który musi być przez społeczeństwo zaspoko-
jony.

4) Pomnożenie ilości miejsc w szpitalach, czy też budowa nowych szpitali i przytułków dla chorych umysłowo, jest także ważnym postulatem, który należałoby możliwie najprędzej rozwiązać.

Rozpatrzyć należy jeszcze sposoby zaspokojenia kosztów pierwiastkowych — kosztów urządzenia lecznic i szpitali.

Urządzenie jednego łóżka szpitalnego, podług obliczeń, zrobionych w Niemczech i u nas wypada, około 1,000 rubli, a zatem jak w gub. płockiej koszt około 300 łóżek nowych, wyniósłby 300,000 rubli, które pokryte by być mogły w ten sposób, jak odbyło się to przy pierwotnem urządzeniu próbnej pomocy lekarskiej w gub. płockiej, gdzie dochody z podatku jednego roku (1898) posłużyły na urządzenie lecznic i punktów wyjazdowych, a pomoc sama funkcjonować zaczęła dopiero w roku następnym. Tak i tu jeden lub dwa lata płacony podatków posłużyłby na koszta urządzeń.

Za owe 200 tys. rubli rocznie dajemy dla gub. płockiej 485 łóżek szpitalnych dla bezpłatnego w nich leczenia, pomoc ambulatoryjną w 29 punktach, pomoc w domu chorego w ciężkich przypadkach, pomoc akuszeryjną i mamy pogotowie epidemiczne.

Na wszystkie 10 gubernii Królestwa Polskiego, obliczając potrzeby i wydatki odpowiednio do powyżej cytowanego dla gub. płockiej, sędzę, że suma około 3 milionów rubli rocznie wystarczyłaby w zupełności. Zważyć też należy, że wiele szpitali posiada dość znaczne fundusze, co ulżyłoby ciężarom podatkowym ludności, lub też dało możność wprowadzenia z czasem stopniowo urządzeń pomocniczych, o jakich powyżej mówiliśmy.

Zresztą cyfry te nie roszczą pretensyi do zupełnej ścisłości; jedynie okoliczność, że obecnie właśnie rozstrzygać się mają losy organizacji pomocy lekarskiej dla całego kraju, po trzyletniej próbie w gub. płockiej, zniewoliła mię do naszkicowania w ogólnych zarysach braków „próby dotychczasowej“, której od początku dość zbliżka się przyglądam. Zgłębienie zaś projektów różnych towarzystw lekarskich prowincjonalnych i innych organów, a także osób pojedynczych, przekonało mię, iż żaden z nich — prócz może projektu d-ra Lewińskiego, nie odpowiada celowi i zaspokoić słusznych wymagań nie może. Jedyne projekt d-ra J. Zawadzkiego, pomieszczony w *Ateneum*, opracowany jest najracjonalniej; w szczegółach można mu zrobić zarzuty, a mianowicie: liczy za mało łóżek szpitalnych, za szczupło oblicza utrzymanie łóżka szpitalnego, daje za małe wynagrodzenie dla babek wiejskich, za mało liczy na lekarstwa, brane podług niego z aptek i przy bardziej szczegółowem i skrupulatnem wyliczeniu wymagałby dużo znaczniejszej sumy, niż około 3-ch milionów rubli. Za to dr. Z. rozstrząsał wszystkie następczące się kwestye i starał się zaspokoić postulaty, jakie chory stawić może organizacji lekarskiej. Za mało jednakże projekt zwrócił na siebie uwagi i dla tego ośmielam się pobudzić opinię społeczną i przedstawić niniejszy zarys projektu, mając nadzieję, że wywoła, poruszony znowu tę żywotną sprawę, odpowiednią dyskusyę sprostowania i uwagę sfer miarodajnych.

Pozostaje nam rozważyć kwestyę, jak zebrać fundusz potrzebny? Czy rozkład podatków ma być z morga, z nieruchomości

w mieście, czy też jako dodatek do podatków, czy jako podatek pogłówny. Rozstrzygać tego nie podejmujemy się -- przechodzi to naszą kompetencję. Myśmy tylko udowodnić się starali, że rozchody na istotnie racjonalną pomoc dla ludności niezamożnej nie uczynią sumy niemożliwej, nie obciążą zbytnio ludności, przeciwnie, zaoszczędzą kieszeni biednego niejedyn grosz, wprost wyrzucony bez rezultatu. Sądziłbym jednak, że najsluszniej byłoby zrobić tę rzecz tak, jak obecnie praktykuje się w Warszawie z podatkiem szpitalnym. Należałoby tylko zmienić zasadę w ten sposób, by podatek ten obowiązywał każdego dorosłego mężczyźne bez wyjątku; za zupełnie tylko biednych płacić winna gmina, która część od nich przypadająca na wszystkich swych współobywateli rozłoży. Wypadłoby prawdopodobnie wysokość podatku ustanowić tak, jak w Warszawie około 1 rub.; tam wpływa z tego podatku przy ludności takiej prawie, jak w gub. płockiej, około 200 tys. rubli, a nie obowiązuje on wszystkich, gdyż właśnie warstwy zamożniejsze są wyłączone.

Gdyby ze względów natury techniczno-finansowej podatek pogłówny zaprowadzonym być niemógł, to sądzę że jako podstawę opodatkowania wprowadzić by można zasady, na jakich opartym jest podatek na zakłady dobroczynne m. Warszawy, który rozkłada się na wszystkie 10 gubernii i razem wynosi stałą sumę 250,000 rubli. Gdyby podatek na koszty bezpłatnej pomocy we wszystkich 10 guberniach z tego źródła określić na sumę dziesięciokrotną, otrzymalibyśmy $2\frac{1}{2}$ miliona rubli; do tego dodałoby należało dodatek do patentów handlowych i świadectw zakładów przemysłowych w sumie $\frac{1}{2}$ miliona rubli, co dopełniłoby sumy do 3-ch milionów. Zarzuty, jakie uczyniono zasadam podatku na zakłady dobroczynne m. Warszawy, mianowicie, że jest ono corocznie zmiennym, zależnym od zmiennej corocznie liczby mieszkańców w każdej gubernii i dlatego, podług projektu płockiego, podstawą dla gub. płockiej służyć nie może, — upadają wobec wprowadzenia pomocy lekarskiej we wszystkich dziesięciu guberniach. Podatek ten zbieranym by być mógł w jednym centralnem miejscu, odpowiednio do ilości mieszkańców w każdej gubernii, a stąd już rozdzielonym na każdą gubernię.

W taki, lub podobny sposób rozstrzygnąćby można kwestye finansowe.

Pozostają jeszcze różne ważne okoliczności, nad któremi wypadnie się zastanowić.

Komu oddać zarząd nad całą sprawą? w jakiej mierze dopuścićby należało do udziału społeczeństwo, bez zainteresowania i współudziału którego rzecz cała, jak się należy, udać się nie może.

Na zjeździe inspektorów lekarskich gub. kijowskiej, podolskiej i wołyńskiej w październiku 1900 roku z udziałem różnych innych osób dla rozpatrzenia spraw lekarskich i sanitarnych, zgodzono się między innymi na następujące:

„Udział li tylko administracyi w rozstrzygnięciu postulatów organizacyi tak żywotnej i społecznej sprawy, jak pomoc lekarska, jest niedostateczny, i wszechstronne zupełne powodzenie może mieć miejsce jedynie przy udziale sił miejscowych i osób kompetentnych, mogących należycie wyjaśnić podstawowe zadania i najwięcej celowe sposoby urzeczywistnienia ich w praktyce.

Wypracowane przez wieloletnie doświadczenie podstawy medycyny w ziemstwach służyć winny, bezwątpienia, jako przykład i w innych guberniach. Podstawy te są następujące:

- 1) Pomoc lekarska winna być rzeczywistą, odpowiadającą wymaganiom współczesnej nauki;
- 2) winna być ogólnie dostępną;
- 3) na personel lekarski wkładane być winny obowiązki, możliwe do wypełnienia.

Dla umożliwienia najlepszego urzeczywistnienia tych wymagań bezwarunkowo potrzebny jest współrzędny udział, jak samych lekarzy, tak i przedstawicieli społeczeństwa; stworzyć więc należy organy, które byłyby w stanie współdziałać administracyi w odpowiednim, należytym zarządzie całą sprawą. Organem takim mają być zjazdy lekarzy z udziałem przedstawicieli społeczeństwa“.

U nas urzeczywistnić by można to w ten sposób, by każdy szpital, każda lecznica, każdy okrąg miały swego opiekuna, wybranego z ludności miejscowej — i ci opiekunowie wraz z lekarzami zasiadali w radach powiatowych, a przedstawiciele ich w gubernialnej radzie dobroczynności publicznej z prawem głosu.

Następnie, kwestya wyboru lekarzy, zdaniem mojem, pozostawioną być winna samemu gremium lekarskiemu, które wybranego kandydata przedstawiałoby do zatwierdzenia gubernialnej radzie dobroczynności publicznej. Lekarze sami byłiby z pewnością wszelką najlepszymi sędziami wartości kandydata i posady w ten sposób byłyby obsadzone z największą korzyścią dla ludności. Jak już mówiliśmy, na posady specjalistów ogłaszać by należało konkursy.

Porozumieć by się także należało, do jakiego rodzaju chorób mieliby prawo mieszkańcy wzywać lekarza do domu, gdyż w razie braku wszelkiego ograniczenia łatwo stać by się mogło, iż lekarz byłby w ciągłych podróżach z zaniedbaniem swych obowiązków w miejscu zamieszkania, ze szkodą większości chorych; w ogóle, zdaniem naszym, określićby należało, że lekarz udaje się do domu chorego tylko w razie wypadku, gdy bez szkody dla zdrowia lub bez niebezpieczeństwa dla życia chorego do ambulatoryum, czy lecznicy przewieść nie można. Chorzy, którzy dla wygody własnej czy też dla kaprysu wzywać zechcą lekarza do domu, czynić to mogą, posiłkując się dotychczasowym systemem płatnej pomocy lekarskiej.

Pozostaje ważna jeszcze bardzo sprawa, sprawa jednak już odrębna, wkładać której na barki lekarzy praktyków nie można; jest to sprawa, dla której ustanowione być muszą oddzielne zupełnie organy: sprawa uzdrowotnienia kraju, właściwa sprawa sanitarno-hygieniczna.

Czynności policyjno-zdrowotne oddzielone być muszą od właściwej praktyki lekarskiej; lekarz który ma leczyć, posiadać musi całe zaufanie chorego i otoczenia, a wreszcie czasu mu nie starczy na przeprowadzenie dezynfekcyi i inne środki zapobiegawcze w epidemiach i wogóle na nadzór nad higieną mieszkań, szkół, środków spożywczych, nad stanem wody do picia, stanem sanitarnym fabryk i mnóstwem innych spraw. Przytem, lekarz taki mieć musi odpowiednie specjalne wykształcenie, życie swoje poświęcić musi tej specjalności. Potrzebą więc jest nieodzowną obowiązki te odłączyć od lekarzy-praktyków; higienieści płatni być muszą od rządu, czy od społeczeństwa, by być zupełnie niezależnymi i właściwem leczeniem wcale się nie trudnić. Do nich to należeć także powinno zbieranie materiałów statystycznych i odpowiednie ich opracowywanie, do czego utworzyć należy biura sanitarne. Biura te, zbierając i systematyzując cyfry, podawane przez lekarzy-praktyków, obliczając zachorowalność i śmiertelność ludności i drukując regularnie wiadomości o pojawieniu się i szerzeniu chorób epidemicznych w gubernii — i opracowując stan działalności medycyny w powiatach, dawać powinny ogólne obiektywne wskazówki pod względem stanu sanitarnego różnych miejscowości i słabych stron całej sprawy, kierując w tę stronę mianowicie wysiłki samego zarządu. Właściwa lecznicza i sanitarna medycyna winny w ten sposób iść ręką w rękę — ale obowiązki lekarzy praktyków i lekarzy-hygienistów nie mogą się łączyć w jednej osobie, jecz powinny wzajemnie się dopełniać. Ludność żyje w warunkach wielce niehygienicznych: mieszkania ciasne, grunt zanieczyszczony, woda licha i cały układ życia tego rodzaju, że wywołuje i podtrzymuje chorobę. Medycyna praktyczna wysiła się na walkę z chorobą, medycyna zaś sanitarna, lekarze higienieści mieć powinni pieczę nad poprawieniem warunków zdrowotnych. Lekarze powiatowi, do których dziś należy ta właśnie ochrona zdrowia ludności, zbyt zajęci innemi sprawami — jak ekspertyza sądowa i inne obowiązki urzędowe, na zajmowanie się sprawą higieny czasu nie mają.

Pozwolę sobie tu przytoczyć słowa znanego rzecznika ziemskiego, ks. Wasilczykowa: „Prawidła i przepisy ochrony zdrowia ogółu, wyłożone są w ustawach policyi lekarskiej wyraźnie i dokładnie i do życzenia by tylko było, by wypełniane były odpowiednio. A jednak ani jedna dziedzina życia społecznego nie znajduje się w takim stanie zaniedbania, jak zdrowie ogólne. nigdzie nie napotyka się takiego rozdzwiku między prawodawstwem a rzeczywistością, między przepisami porządku, a istniejącym nieporządkiem“.

Sprawę więc tę należy rychło uregulować przez wyznaczenie lekarzy-hygienistów, stojących na czele okręgu sanitarnego, następnie opiekunów ucząstkowych sanitarnych, wybieranych z grona oświeconej ludności z obowiązkiem bezpośredniego nadzoru pod względem higienicznym i obowiązkiem zawiadamiania lekarzy-hy-

gienistów o wszelkich zauważonych niedokładnościach pod względem higieny w swym uczątku. — Na czele stać będzie biuro sanitarne gubernialne. Oto główne zarzasy.

W ogóle, przy praktycznem zaprowadzeniu pomocy lekarskiej, znajdzie się z pewnością wiele jeszcze różnych ważnych szczegółów, które wypadnie rozważyć i rozwiązać. Wielce pożądaną była szeroka dyskusya, powołanie do narad ludzi kompetentnych, skorzystanie z praktyki wieloletniej w ziemskich guberniach, co rozjaśnić by mogło wiele rzeczy, oświecić i uchronić projekt cały od błędów i usterek.

Wielce szczęśliwym byłbym, gdyby głos mój przyczynić się mógł do wprowadzenia sprawy na rzetelne tory.



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

Podał Dr. M. Zienkiewicz (z Ciechanowa).

(Dokończenie)

Ustanowienie posterunków wyjazdowych miało na celu, by każdy mieszkaniec obwodu mógł — przynajmniej od czasu do czasu — zasięgnąć porady lekarskiej, nie robiąc w tym celu podróży większej nad 10 wiorst.

Istniejące posterunki oddały wprawdzie usługi, jednak nie okupują one ujemnych skutków, jakie to urządzenie za sobą pociągnęło. A więc: dwa dni kolejne w tygodniu nie bywa lekarza w miejscu głównem jego działalności, w szpitalu. Dalej, traci on na przejazd około 20 wiorst, dzielących, posterunki od lecznicy, nieprodukcyjnie bardzo dużo czasu (nieraz 8 godzin) i sił (drogi są tak złe, że po kilka wiorst w drodze, np. do Gołymina, lekarz *musi* iść pieszo); bywa i tak, że wcale do posterunku dojechać nie można, chyba okrążając, co pociąga znakomitą stratę czasu i duże wydatki. Więc lekarz przybywa na posterunek zdrożony, zmęczony, i w tym stanie rozpoczyna przyjęcie. Dalej, posterunki są bardzo skromnie urządzone; na najem lokalu, opał i t. d. przeznaczono 50 rub. rocznie! To też np. w Gołyminie ambulatoryum mieści się przy kancelaryi gminnej; gabinet lekarski bardzo mały, poczekalni niema; w Woli Młockiej lokal wilgotny, zimny (leki

zamarzają). Nareszcie, na posterunkach lekarz bywa *raz* na tydzień. Gdy się, wreszcie, ludność doczeka lekarza, znajduje go już zmęczonym drogą; wyczekiwać musi po parę godzin—w sieni; rozbierać się w zimnej izbie; z braku czasu i pomocy nie można na posterunkach wykonać nawet małych operacji, więc chirurgiczni chorzy wędrować i tak powinni do lecznicy (czego, naturalnie, zwykle nie czynią!).

Dodać jeszcze należy, że obydwa miejsca posterunków wyjazdowych w obwodzie Ciechanowskim znajdują się nie tylko na krańcach obwodu, ale i na krańcu gubernii, czyli, że po poradę zgłasza się ludności niepłacącej podatków bardzo wiele, a wszak nikomu z tego powodu odmówić porady niewolno.

Wreszcie, kilka słów o wyjazdach do chorych leczących się w domu.

Już na posiedzeniu w d. 4 i 5 Grudnia r. 1897 skonstatowano, że lekarz ma prawo odmawiać odwiedzenia chorych w domu, jakkolwiek wyrażono życzenie, by lekarz jaknajrzadziej z tego prawa korzystał.

Ponieważ zdarzały się częste nadużycia ze strony chorych, którzy wzywali lekarza do domu w przypadkach tak błahych, jak np. do chorych na świerzbę, lekarze zmuszeni byli często (może nazbyt często) z tego prawa korzystać. Zresztą, innej roboty mieli aż nadto.

Jedynie ustanowienie jakiejś znaczniejszej opłaty za wyjazd do chorego (dziś chory płaci 10 kop.), może ograniczyć ilość wyjazdów do granic racjonalnych.

Na zakończenie pozwolę sobie postawić moje postulaty co do sposobów udoskonalenia istniejącej organizacji:

1. Powiększenie liczby obwodów (co najmniej — zamienić obecne posterunki wyjazdowe na samodzielne obwody); przy każdym obwodzie musi istnieć dobrze urządzone szpitalik wiejski.

2. Włożenie na lekarzy obwodowych obowiązku walki z chorobami zakaźnymi (między innymi: zajęcie się szczepieniem ospy.)

3. Racyonalna organizacja ogólnie dostępnej pomocy akuszerkiej.

4. Walka z gruźlicą — przy pomocy szpitali i uzdrowisk.

5. Organizacja pomocy okulistycznej.

6. Zakładanie żłobków dla dzieci.

7. Urządzenie kąpieli ludowych.

Dopiero wprowadzenie w czyn wymienionych udoskonaleń postawi organizację pomocy lekarskiej wiejskiej na wysokości najskromniejszego ideału racjonalnego lecznictwa ludowego.



Korespondencje

Płońsk, w Lutym 1902 roku.

Przed kilku dniami zdarzyło mi się słyszeć zdanie jedego ze starszych kolegów, że lekarze, bądź co bądź, pod względem moralnym stoją bezporównania wyżej, niż reszta społeczeństwa. Zamało mam doświadczenia, bo zaledwie 15 lat praktyki, ażebym mógł w tej kwestyi powiedzieć coś stanowczego, sędzę jednak, że, jako ludzie, nie stoimy ani wyżej, ani niżej od reszty naszych współziomków. To jednak, co jest obecnie, bynajmniej nie przeszkadza nam starać się o podniesienie naszego stanu na nieco wyższy poziom etyczny. W tym właśnie celu uważałbym za odpowiednie poruszanie niektórych wątpliwych kwestyi z życia koleżeńskiego i ze stosunków naszych z chorymi, z uwzględnieniem przeważnie stosunków prowincjonalnych. Może wielu kolegów poruszenie przezemnie tej sprawy uzna za nieodpowiednie, za zbyteczne, gdyż: pisanie — złych nienaprawi, dla dobrych — niepotrzebne; mnie się jednak zdaje, że często grzeszymy tylko przez niewiedomość, tylko przez to, że niezdajemy sobie sprawy ze swego postępowania; z drugiej znów strony, wierzę, że nawet i źli muszą się liczyć z opinią, czasami nawet pod przymusem tak się przyzwyczajają do tego, co uczciwe, że stają się to ich nałogiem.

W pratyce małomiasteczkowej i wiejskiej zdarza się niezmiernie często, że nas zapytują o nazwę choroby badanego przez nas pacyenta, któremu zapisaliśmy np. jakieś proszki. Na naszą odpowiedź, że to jest tyfus, otoczenie chorego informuje nas, że „bez urazy, u tego chorego był już inny doktor, powiedział, że to zapalenie płuc, a kazał brać lekarstwo z buteleczki“. Co w takim razie robić? Zrzec się swego rozpoznania, potępić swój sposób leczenia — trudno, a skrytykować rozpoznanie i leczenie kolegi byłoby — niewłaściwe. Co do mnie, to staram się w takich razach wywikłać z sieci, w którą mnie zaplątano, mówiąc, że widocznie poprzednio wszystkie objawy choroby przemawiały za zapaleniem płuc, obecnie zaś większość ich każe przypuszczać tyfus, a odpowiednio do innego rozpoznania musi być i inne leczenie. Czasami znów mówię, że, widocznie, ja trzymam się innych sposobów leczenia, innej metody, a mój kolega innej, — a która lepsza, to dopiero pokaże przyszłość. Niektórzy koledzy zaskoczeni, znienacka przez otoczenie chorego, mówią wprost, że poprzedni kolega widocznie się nie poznał, — zapewne jednak tylko dla tego, że nie znają więcej przyzwoitego sposobu wyjścia. Podobno są na prowincyi, i w Warszawie, tacy koledzy, którzy, niepytani, krytykują tych lekarzy, co leczyli pacyenta poprzednio, każą wyrzucać zapisane przez nich lekarstwa; w istnieniu takich lekarzy nierad bym wierzył, ale o podobnych opowiadali mi moi własni pacyenci.

Między lekarzami, tak jak i pomiędzy innymi ludźmi, dochodzi czasem do osobistych nieporozumień, do zupełnego nawet zerwania stosunków towarzyskich, a tymczasem zdarza się, że chorzy wzywają obydwóch do siebie na poradę. Czy lekarz ma prawo w takim razie odmówić choremu i nie iść na naradę? Często się tak zdarza; sądzę jednak, że niesłusznie, boć chorego nic nie obchodzi nasze osobiste spory i sprzeczki, a z kolegą, z którym nie utrzymujemy stosunków towarzyskich, możemy się porozumieć przy łóżku chorego jako z lekarzem.

Chciałbym też zwrócić uwagę na pewien nietakt niektórych lekarzy, wezwanych na naradę z innych miast lub miasteczek. Zdarza się, że konsultant po skończeniu urzędowej narady i po zapadłym na niej postanowieniu co do sposobu leczenia chorego, odwiedza tego ostatniego jeszcze raz przed swym odjazdem i zaleca nowe leki (np. na przyszłość) bez wiedzy lekarza leczącego. Sądziłbym, że konsultant, o ile mu się coś jeszcze po wspólnej naradzie przypomni, mógłby to zakomunikować choremu przez lekarza ordynującego, z którym w ostateczności mógłby się porozumieć listownie.

Niektórzy koledzy, trzymając się zbyt ściśle zasady, że do pacyenta kolegi niewolno chodzić bez zawiadomienia tego ostatniego, odmawiają swej rady chorym, leczącym się stale u innego lekarza, nawet (a może głównie) wtenczas, kiedy tego ostatniego niema zupełnie w mieście. Sądzę, że takie postępowanie niedn się zupełnie pogodzić z poczuciem naszego obowiązku. Wogóle mam pewne wątpliwości, co do słuszności zasady, która zabrania odwiedzać chorych leczonych przez innych lekarzy. Sądziłbym, że w szukaniu porady lekarskiej, w sposobach ratowania swego zdrowia i życia, powinniśmy naszym pacjentom pozostawić nieco więcej swobody.

Zdarza się niekiedy, że pacjent, leczony przez nas, żąda, abysmy przywieźli na naradę lekarza, z którym zerwaliśmy stosunki. Mamy do wyboru dwie drogi: albo zgodzić się na żądanie chorego, co byłoby najodpowiedniejszym, albo też oświadczyć, że z żądanym kolegą nigdy się w naszch zapatrywaniach nie zgadzamy, więc możeby chory wezwał owego lekarza oddzielnie. Tymczasem niektórzy koledzy rozstrzygają tę kwestyę prościej: przywożą z sobą nie tego lekarza, którego żądał chory — narażając się na jawne niezadowolenie pacyenta.

Pomijam tu dosyć często zdarzającą się na prowincyi kwestyę faktorów, którzy ciągną niemal-że przemocą chorych do protegowanego przez siebie lekarza, krytykując przytem doktorów innych, zarzucając im nieuctwo, niesumiennosc etc.; pomijam to dla tego, że często faktorzy bywają wysłani nie przez lekarzy, lecz przez ich otoczenie. W każdym jednak razie, do lekarza należałoby działalność faktorów ukrócić, a opieki ich się pozbyć. Zapewnić mogę młodszych kolegów, że bez faktorów, bez starań o protekcyę, bez grzecznych ukłonów, bez schlebiania ludzkim słabostkom, byleby

się nieco pracowało, można sobie zdobyć na prowincyi dostatni, chociaż nie zbytłkowny, kawałek chleba.

Zarzucają często młodszym lekarzom, że rywalizują ze starszymi przez pobieranie niższego honoraryum. Żarzuty te uważam za niesłuszne. boć każemu chyba wolno brać tyle, ile mu się podoba, a przytem chorzy chętnie pójda i do tego, co więcej bierze, byleby tylko im lepiej poradził.

Podaję tych kilka luźnych uwag, które mi się na razie nasuwają, prosząc kolegów o sprostowanie mych mylnych zapatrywań oraz o przytoczenie z życia lekarskiego tego, co uważają za ważne, a niedostatecznie rozstrzygnięte. Przez wspólne porozumiewanie się, przez wyrabianie jakichś norm przyzwoitego sposobu postępowania — może dojdziemy do tego, że stan nasz rzeczywiście wydzwigniemy na wyższy poziom moralny.*)

Leon Rutkowski.

Tuszyn, w Marcu 1902 roku.

Jak gdyby odpowiedzią na artykuł kol. Idzikowskiego niedawno drukowany w „Czasopiśmie“, w którym nawołuje do zakładania szpitalików ludowych — jest uchwała naszej osady **w sprawie budowy szpitala.**

Tuszyn, osada w powiecie łódzkim, jest zamieszkała przez niezbyt zamożną ludność: chrześcian — 2400 i żydów — 1800. Pierwsi zajmują się rolnictwem, rzemiosłem i — po trosze — przemysłem (ręczne tkactwo), i są nieco zamożniejsi; drudzy — żyją wspomnieniami minionej lepszej przeszłości i oddają się handlowi. I jedni i drudzy z dawien dawna przyzwyczaili się korzystać z pomocy lekarskiej, (żydzi szukają jej częściej i wcześniej), ponieważ od kilkudziesięciu lat w Tuszynie stale mieszka lekarz i jest apteka. Stale również jest tu dwu do trzech felczerów, nie licząc paru znachorów, czyściciela miejskiego, no i b. felczerów wojskowych w okolicy, którzy nawet recepty pisują.

Do Tuszyna ciąży szereg okolicznych wiosek; tutaj ściągają w niedziele do kościoła liczni parafianie, tutaj załatwiają sprawunki i handlują bydlęm na licznych targach i jarmarkach; nic też dziwnego, że Tuszyn został wybrany jako punkt, gdzie w razie zaprowadzenia w naszej guberni gminnej pomocy lekarskiej, ma być urządzony szpital i ma mieszkać lekarz obwodowy.

Ponieważ nowa organizacya pomocy lekarskiej nie prędko pewnie będzie wprowadzona, a potrzeba szpitalika na kilka łóżek odczuwać się daje i ludności i lekarzom, którzy tutaj kolejno mieszkali, odczuwać się daje i mnie obecnie w Tuszynie pracującemu, postanowiłem więc, niebaczając na trudności, zająć się urzeczywistnieniem marzenia mych poprzedników, no i mego własnego.

*) W swej korespondencyi poruszył Sz. kol. Rutkowski bardzo wiele kwestyi; z nich każda nadaje się do obszerniejszego omówienia. Chętnie głosy w tych sprawach będziemy drukowali. (Red).

Trudności, piętrzące się głównie w postaci braku środków zniechęcały każdego z kolegów. Rzeczywiście bowiem, skąd tu wycisnąć 5 do 6-ciu tysięcy rubli z ubogiej osady, która niema prawie żadnych źródeł dochodu, której roczny budżet zamyka się w wąskiej ramce 1500 rub.?

To też wszyscy koledzy myśl o szpitaliku taili w głębi duszy, póki kolega Kazimierz Hein, opuszczając Tuszyn, nie rzucił jej tu-tejszej inteligencji jako rodzaj swego testamentu.

Ziarno na dziw dobrze trafiło.

Kilka osób, z władzą gminną na czele, bez odrazy słuchało, gdym im — jako następca kol. Heina — w dalszym ciągu uzasadniał potrzebę wzniesienia szpitala. Wyobrażano go sobie wprawdzie przedewszystkiem w postaci pół przytułku dla starców, a pół szpitala, ale z łatwością zdołałem udowodnić, że taka połowiczność szkodę przynieść może; przekonani — gorąco poparli projekt odczytany na zebraniu mieszkańców osady, jakie się odbyło 15 marca.

Rzecz naturalna, że nie obyło się bez opozycji, ale po naszej stronie stanęli wszyscy niemal inteligentniejsi mieszczanie; od pozostałych, ludzi przeważnie nie umiejących czytać i pisać, trudno nawet wymagać jasnego a szybkiego oryentowania się i pojmowania własnej potrzeby, tem trudniej, że ile razy ich zapewniano, że coś się zrobi bez żadnego z ich strony wydatku, musieli w końcu płacić.

Zdawało się, że cały projekt upadnie, ja sam poczynąłem tracić nadzieję; gdy jednak znalazło się parę jednostek z miejscowym sędzią gminnym p. Werterskim i aptekarzem p. Jopkiewiczem na czele, gdy im dopomogli pisarz gminny p. Zygałdo i wójt. p. Kiełbasiński, gdy — w dodatku — jako argumentu użyli zapewnienia, że kieski zostaną nienaruszone, budowa została uchwalona.

A fundusze, spytacie? Cały nasz fundusz rozporządzalny, naturalnie nie dziś i nie jutro, musi bowiem przejść szereg różnych instancji aż do Petersburga włącznie (co może trwać 3 i 4 lata) w kwocie 1342 rub. 80 kop., pochodzi z zysków tutejszej kasy pożyczkowo-oszczędnościowej za rok ubiegły, który na zasadzie ustawy został na szpital przeznaczony. Prócz tego, zebranie ofiarowało plac miejski przestrzeni dwumorgowej i na utrzymanie szpitala corocznie pewną część czystego zysku kasy, póki z oszczędności od tych corocznych ofiar nie powstanie suma 6000 rubli; ta suma będzie żelaznym kapitałem szpitala w Tuszynie, i ma być złożona w miejscowej kasie pożyczkowo-oszczędnościowej. Resztę dochodów corocznych i kapitału na budowę dadzą opłaty od zamieszkanych w miejscowych chorych i ofiary. Na te ostatnie liczymy dość dużo, jeśli wogóle ofiarą nazwać można dobre zrozumienie własnego interesu przez okolicznych obywateli i sąsiednie gminy. I jedne i drugie powinny nam przyjść z pomocą, bo niewątpliwie zakochają do szpitalika, a bez pomocy z ich strony nie bylibyśmy w stanie szpitala zbudować, ani utrzymać.

Wzniesieniem odpowiedniego budynku na szpital, a tymcza-

sowo wynajęciem na ten cel jakiego domu, ma się zająć komitet po wyjednanu zatwierdzenia uchwały.

Do komitetu należy, między innymi, lekarz, mianowany zarazem i kuratorem przyszłego szpitala, aptekarz, wójt gminy, dwaj księża oraz paru mieszczan.

Na początek wyznaczono 150 rb. pensyi lekarzowi, 75 felczarowi, którego wybranie, mianowanie i uwolnienie pozostawiono uznaniu lekarza, po 70 rub. dla dozorczy i jego żony, która ma gotować jeść dla chorych i 120 rb. na wynajęcie lokalu. Prócz tego, komitet ma się zająć kupnem łóżek, pościeli i całego urządzenia szpitala.

Przed otrzymaniem pozwolenia komitet ma nadzieję wyjednania w okolicy materiału budowlanego w postaci cegły i drzewa, a o plan szpitalika zamierza zwrócić się do Towarzystwa Hygienicznego.

Ponieważ w osadzie niema ani łaźni, ani łazienki, ponieważ z powodu braku rzeki w okolicy nawet latem jesteśmy pozbawieni kąpieli, przeto w planie z konieczności trzeba będzie uwzględnić miejsce na 2 — 3 wanny.

Dr. St. Skalski.



Towarzystwa Lekarskie

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie 3-e, w dniu 16 Listopada 1901 r.

I. Kol. Drabczyk. Notatka bibliograficzna o ś. p. Marcelim Nenckim. Drukowane w „Czasopiśmie“ 1901 r. str. 434.

Zebrani postanowili odłożyć decyzję w tej mierze do czasu, gdy prof. Znato-wicz zamiar swój przyoblecze w formę realną.

II. Kol. Puterman odczytał pracę: „Wpływ egzaminów szkolnych na układ krwionośny: Przyczynek do badań nad ciśnieniem krwi za pomocą tonometru Gärtner'a“.

W swej pracy, opartej na badaniu 43 uczniów Sosnowickiej szkoły realnej, doszedł autor do następujących wniosków: 1) W 36 84⁰/₁₀₀ przypadkach przed samym egzaminem częstość tętna była (zwiększona od 10 do 36 uderzeń. 2) Bezpośrednio po egzaminie: a) w 34 przypadkach tętno było zwolnione o 2 do 40 uderzeń — w porównaniu z tętnem tuż przed egzaminem; b) w 18 przypadkach było przyśpieszone, a w 12 zwolnione—w porównaniu z tętnem danemu osobnikowi właściwem w warunkach zwykłych. 3) Ciśnienie krwi przed samym egzaminem w 37 (86%) było zwiększone

o 10 do 50 mm. 4) Bezpośrednio po egzaminie ciśnienie krwi: a) w 29 przypadkach spadło w porównaniu z ciśnieniem tuż przed egzaminem, o 2 do 23 mm.; b) w 26 przypadkach było wyższe, aniżeli ciśnienie właściwe danemu osobnikowi w warunkach zwykłych, o 8 do 50 mm.

W dyskusji kol. Rozenfeld zapytuje, jaki więc ostatecznie wpływ wywiera praca umysłowa i wzruszenia psychiczne na ciśnienie krwi w tętnicach. Prelegent: w 86% podnosi ciśnienie. Kol. Rozenfeld robi uwagę, że tym sposobem wyniki otrzymane były indyferentne z wynikami otrzymanymi za pomocą pletysmografu Mossa. Kol. Puterman potwierdza to spostrzeżenie. Kol. Biegański proponuje przeprowadzenie badań w stanach patologicznych, np. w miażdżycy naczyń. Warto byłoby sprawdzić, czy użycie tytoniu i wysokości, zwężając naczynia obwodowe i podnosząc, przez to ciśnienie krwi, jest w istocie główną i najczęstszą przyczyną miażdżycy. Kol. Puterman jest zdania, że tytoń podnosi ciśnienie, a wysoki zinniejsza, więc rozszerza naczynia. Jako wykazały doświadczenia Świętochowskiego. Trudną jest rzeczą wyosobnić wpływ tytoniu na naczynia z pośród mnóstwa działających jednocześnie wpływów. Kol. Biegański proponuje brać do badania ludzi młodych, nie używających stale tytoniu, i badać ich przed i po paleniu ad hoc zaleconem.

III. Kol. Pietrasiewicz odczytał „Sprawozdanie z działalności przytułku położniczego w Częstochowie za czas jego istnienia t. j. od 1 Sierpnia 1899 r. do 1 Listopada 1901 r.“. Przytułek utrzymuje się głównie z zapomogi miasta w ilości 1500 rub. rocznie. Za dany okres czasu porodów było 153. Nieprawidłowych było 27%; gorączkowało z przyczyn zakażenia 9% chorych; śmiertelność 0; pobyt w przytułku bezpłatny. Chore po porodzie przebywają w przytułku przeciętnie 5-6 dni.

Kol. Wrzesniowski wyraża przekonanie, że chore zawcześnie są wypisywane z przytułku; tym sposobem przedstawiona statystyka gorączek zakaźnego pochodzenia jest niedokładną; gdyż wiele położnic po opuszczeniu przytułku zgłasza się do szpitala, jako chore na gorączkę połogową. Kol. Królikowski tego samego jest zdania, co poprzedni mówca i zwraca uwagę na niedokładne urządzenie przytułku, który nie posiada osobnego pokoju dla gorączkujących chorych. Kol. Pietrasiewicz odpowiada, że w tych wypadkach chore kładą się do pokoju płatnego, który po każdym wypadku się dezynfekuje.

IV. Kol. Piśarski przedstawił twór w formie błony mięsnej wielkości dużej dłoni męskiej, jaki wydobył kleszczami, wraz z główką płodu. Prawdopodobnie jest to oderwana ściana macicy dwudzielnej.

Posiedzenie 4-te, dnia 21 Grudnia 1901 r.

I. Kol. Rozenfeld przedstawił przypadek choroby Huntingtona (chorea chron. progressiva). Chory lat 50, choroba trwa od lat 10, a chory od lat 5 niemoże już pracować. Najwybitniejszym objawem są mimowolne, ustawiczne ruchy głowy, tułowia i kończyn. Ustają one podczas snu. Cierpieniu ulegają również mięśnie języka, gardzieli, klatki piersiowej, ztąd utrudnienie mowy, jedzenia, połykania i oddychania. Bulimia, początek otępienia umysłowego. Odruchy kolanowe wzmożone. Brak odruchów skórnych. Przypadek ten różni się od płasawicy ostrej Sydenhama: 1) pojawianiem się cierpienia w wieku dorosłym; 2) przewlekłym przebiegiem; 3) rozwijającymi się objawami przytępienia umysłowe-

wego; 4) możliwością opanowania ruchów płasawicznych na czas krótki.

Kol. Puterman zapytuje czy mięśnie oczne są w danym przypadku niezajęte. Kol. R. odpowiada, że ulegają one skojarzonym ruchom Niema tylko Nystagmus. Kol. Batawia zaznacza, że, sądząc z literatury, dziedziczność atawistyczna w tej chorobie nie istnieje. Kol. Rozenfeld odpowiada, że niektórzy autorowie, jak Ziehen, przyszymują dziedziczność.

II Kol. Biegański przedstawia przypadek choroby mózgowej, w której charakter ogniska i jego umiejscowienie jest trudnem do rozpoznania. Chory — lat 28 — od roku cierpi na ból głowy; wkrótce zauważył osłabienie wzroku w prawem oku, które stopniowo przeszło w ślepotę; wzrok w lewem oku obecnie jest osłabionym. Wziernik wykazał tarcze zastoinowe w obu oczach, z przejściem w zanik — głównie w prawem, porażenie nerwu wzrokowego prawego; osłabienie mięśni lewej połowy ciała, które przypomina kliniczny obraz ognisk mózgowych. Kol. B. rozpoznaje umiejscowienie ogniska na podstawie mózgu, między mostem a skrzyżowaniem nerwów wzrokowych; ognisko stanowi ograniczone zapalenie, prawdopodobnie pochodzenia przymiotowego.

Kol. Marczewski niezgadza się z rozpoznaniem postanowionem przez kol. B., w takim bowiem razie ognisko musiałoby być bardzo dużem, żeby mogła zająć oba szlaki wzrokowe i wciągnąć w sprawę n. okoruchowy, czego niema; gdyby zaś był zajęty prawy szlak lub samo skrzyżowanie, to musiałby wystąpić objawy hemianopsiae, czego także niema. Kol. M. przypuszcza ogniska za skrzyżowaniem n. wzrokowych, bliżej oczodołu, chociaż wtedy trudno wytlomaczyć niepełne lewostronne porażenie. Kol. Puterman sądzi, że umiejscowienie guza w gl. pituitariae sprawdziłoby zaburzenia w obiegu krwi i odżywece w postaci aeromegaliae. Kol. Batawia sądzi, że umiejscowienie ogniska na podstawie mózgu, w okolicy siódła tureckiego, nie tlomaczy nam istniejącego przytępienia słuchu, ponieważ nerw słuchowy jest znacznie od tego miejsca oddalonym. Kol. Biegański w odpowiedzi kol. Marczewskiemu zaznacza, że w hemianopsia mogła w danym przypadku być, dziś trudno o tem sądzić, gdyż chory jest ślepy na jedno oko obecnie, a na lewe mało widzi. Gdyby zaś ognisko było blisko oczodołu, spowodowałoby wysadzenie gałki ocznej i nie tlomaczyłoby zajęcia drugiego nerwu wzrokowego. Kol. B. obstaje przy swoim rozpoznaniu. Kol. Marczewski zastrzega się, że nie twierdził o umiejscowieniu guza w bliskości oczodołu. Zdaniem kol. M. nie jest tu wykluczone głębokie ognisko mózgu, leżące ku tyłowi, zmiany zaś w n. wzrokowym pochodzą wskutek ogólnego ucisku mózgu. Kol. Biegański je nak zwraca uwagę, że właśnie w danym przypadku brak jakichkolwiek objawów ucisku mózgu, jak wymiotów, zwolnienia tętna, bólu głowy.

III. Kol. Brzozowski przedstawił dziecko 4-letnie ze zgorzelą członków palców rąk i nóg, ze zgorzelinowemi zmianami na policzkach, na nosie, łokciach, kolanach, pośladkach w postaci ciemno-bronзовych plam. W tym przypadku kol. Kozerski (z Warszawy) postawił rozpoznanie lepra mutilans, z czem kol. Brz. się zgadza.

Kol. Biegański na to rozpoznanie się niezgadza. Trądu w Królestwie niema, zaś u dzieci jest on niesłychaną rzadkością, tak że kol. B. zna tylko jeden wypadek opisany przez Kaposi'ego. Jest zaś zdania, że mamy do czynienia z gangreną symetryczną (choroba (Raynaud'a) wskutek endoarteritis. Zmiany w naczyniach są prawdopodobnie pochodzenia przymiotowego. Kol. Brzozowski odpowiada, że przy trądzie występuje samoistne endoarter, obliterans, niekoniecznie więc trzeba przypuszczać przymiot wrodzony. Zresztą, stosował leczenie przeciwprzymiotowe bez skutku. Czy w kraju naszym niema trądu nikt z nas zaręczyć nie może, wszak podobno we Francji jest 1500 przypadków, a przed niewiele laty nikt go jeszcze nie widział. Kol. Biegański proponuje zbadać sprawę bakteriologicznie.

IV. Kol. Rozenfeld wygłosił odczyt: „Kilka uwag o rozpoznaniu i leczeniu ostrej rzeżączki tylnej cewki“ Kol. R. nie jest zwolennikiem metody badania Thompsona i jeżeli ona zawodzi można wykonać badanie metodą Jadassohn'a (oddanie moczu po wypłukaniu przedniej cewki słabym rozczynem kwasu borowego). Co do leczenia, to przeciwwskazaniem tu jest wstrzykiwanie do cewki przedniej, a tylko powinno ono polegać na zabiegach dyetetyczno-hygienicznych i na podawaniu do wewnątrz środków salicylowych lub olejku santalowego. Po dłuższym czasie trwania choroby można stosować leczenie miejscowe, możliwie łagodne, jak np. przemywanie cewki sposobem Diday'a; metoda Guyona jest tu nawet szkodliwą.

V. Kol. Biegański wygłosił odczyt: „Tegoroczna epidemia gościca stawowego“ W r. 1901 była ona niezwykle silna, a charakterystyczną jej cechą była ta okoliczność, że większość przypadków występowała w następstwie zapalenia gardła torebkowatego, rzadziej nieżyłowego. Gościec występował po zapaleniu gardła najczęściej w 4 do 8 dni. Zapalenie gardła nie było zwykle o silnem napięciu, ciepłota do 38,5^o, a były przypadki bezgorączkowo przebiegające. Gościec występował często po zbyt energicznym leczeniu zapalenia gardła, jak np. skaryfikacye lub pedzłowania. Kol. B. proponuje, by w obec tego każde zapalenie gardła torebkowane uważać za podejrzanę, chorych zostawiać w łóżku, nie leczyć miejscowo gardła, zalecić pulweryzacye i płukania płynami odkażającymi, do wewnątrz środki salicylowe. Wszystko to w celach zapobiegawczych. Nakoniec kol. B. stawia następujące pytania: 1) czy kto zauważył epidemię tegoroczną; 2) czy była ona miejscowa czy i w innych okolicach obserwowana; 3) czy gościec w tej epidemii miał łączność z zapaleniami gardła; 4) czy leczenie miejscowe, energiczne, tegoż zapalenia przyczyniło się do wystąpienia gościca w danym przypadku.

Dyskusyę nad tym przedmiotem o dłożono do następnego posiedzenia.

Wl. Sekowski.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 22 Stycznia 1902 r.

I. Kol. Rosenblatt demonstrował 15 letniego chłopca, u którego przed pół rokiem wykonana została trepanacya wyrostka sutkowego z powodu ropnia podoponowego, po ostrem ropnem zapaleniu ucha średniego.

II Tenże przedstawił 12 letnią dziewczynkę, u której z powodu przymiotu wytworzył się zrost podniebienia miękkiego z tylną ścianką gardzieli. Zarażenie nastąpiło wskutek ssania wspólnego z chorem niemowlęciem. Matka pozostała zdrowa.

III. Kol. Birencoweig przedstawił chorego z erythemą exsudativum multiforme oraz perniois, trwającym 3 dni.

Na twarzy: plamy czerwone na obwodzie, sine w środku, lekko wzniesione, rozmaitej wielkości, nie łuszczące się. Na grzbietach rąk również także same wykwyty. Uszy sine, zimne, pokryte pęcherzami na sinawem podłożu.

IV. Kol. M. Cohn przedstawił dziecko z wrodzonym defektem rzepki.

V. Kol. M. Cohn przedstawił pacjenta z kostnymi naroślami (osteomata multiplicia)

VI. Kol. Sterling mówił „O szpitalnictwie w Londynie“.

Państwo w Anglii nie opiekuje się chorym; gminy miejskie opiekują się tylko zakaźnymi i obłąkanymi; większość szpitali powstaje i istnieje z ofiarności publicznej.

Miejskie szpitale Londynu przytulają: chorych zakaźnych gorączkujących (dwanaście; w r 1900-ym leczyło się w nich 26,643 chorych) i chorych umysłowych (trzy; miejsc 5097).

Do szpitali dla chorych gorączkujących są bezpłatnie przyjmowani zarówno ubodzy, jak i bogaci.

Dwa szpitale na Tamizie, na statkach, są przeznaczone dla ospowych, prócz tego za miastem—zapasowy (ogółem łóżek 1200).

O opiece w tych szpitalach świadczy fakt, że na 1¹/₂ pacjenta przypada 1 funkcyonaryusz szpitalny (np. na 297 chorych: 4 lekarzy starszych, 8 — młodszych, 104 pielęgarki i 123 osoby niższej służby).

Miasto utrzymuje też t. zw. infirmerye, rodzaj przytułku dla nieuleczalnych nędzarzy; każda dzielnica (gmina) Londynu ma jeden taki zakład.

Wszystkimi innymi chorymi opiekuje się filantropia.

Ogólnych szpitali istnieje 20; z tych 12 jest połączonych ze szkołami lekarskimi.

Szpitalne specjalne: ocznych 5; dla chorych na uszy, nos i gardło — 6 szpitali; dla chorób kobiecych — 5; dla położnic — 5; dzieciennych — 9; specjalny szpital dla dzieci z coxitis tuberculosa; po jednym: dla idiotów; dla kalek; dla chorych na fistuły; dla chorych potrzebujących leczenia ortopedycznego; dla chorych na pęcherz; sześć szpitali dla skórnych i *jeden* dla wenerycznych (takich chorych niechętnie wspomaga dobroczynny ogół); pięć szpitali [prócz miejskich] dla obłąkanych; trzy—dla nerwowych; sześć szpitali dla płucnych i sercowych; oddział dla rakowych; szpital dla uległych wypadkom przy pracy (w r. 1898-ym leczono tam 21,000 chorych); szpital dla żeglarzy; dwa szpitale dla chorych na zęby; szpital homeopatów; szpital anti-alkoholików. Ogółem przeszło 8 tysięcy łóżek; rocznie przeszło półtora miliona chorych.

Poliklinik dla niezamożnych (wszystko z funduszków ofiarności publicznej) -- 36; pięć towarzystw dostarczania opatrunków, szyn, bandaży.

Pogotowia ratunkowego niema; pomocy w nagłych wypadkach udziela szpital lub poliklinika, gdzie są stałe deżury lekarskie.

Szpitaly i uzdrowiska zamiejskie dla chronicznych: żółzowych płucnych; b. liczne przytulki dla rekonwalescentów.

Większość szpitali mieści się w środku miasta; wewnętrzne urządzenie przypomina mieszkanie prywatne (obrazy, kwiaty, lustra, łóżka różnorodne, czasem — z kotarami, kozetki, fotele, posadzki froterowane). W niektórych szpitalach niema sali operacyjnej (operują w pokoju chorego). Pielęgnacya dobra; pielęgarki rekrutują się z warstw średnich, wtrącają się do lecznictwa. Ordynatorzy pensyi nie pobierają; wielu z nich musi ograniczać się li tylko do praktyki konsultacyjnej; po pewnej liczbie lat ordynator zostaje „konsultantem“ i odwiedza (resp. operuje) raz — dwa na tydzień szpital. Asystenci szpitalni pobierają pensyę, mieszkają w szpitalach. Istnieje specjalny lekarz, kontrolujący czynność prowadzenia kart szpitalnych.

Administracya szpitalna zależy od płatnego sekretarza, którego mianuje zebranie subskrybentów danego szpitala.

Złe strony szpitalnictwa angielskiego: 1) Brak *stałych* dochodów na szpitala (podczas złych czasów wiele oddziałów się zamyka). 2) Konieczność przyjmowania do szpitali nie najbiedniejszych lub najwięcej wymagających leczenia szpitalnego, tylko — protegowanych przez subskrybentów. 3) Ciągła konieczność „kokietowania“ ogółu niekrytycznego: wysoką cyfrą chorych w ambulatoryum, w szpitalu; konieczność konkurowania o łaski publiczności (ordynatorów mianuje.. zebranie ofiarodawców!). 4) Brak pomocy dla syfilytyków (w ambulatoryach bezpłatnych za lekarstwa płać tylko weneryczni) 5) Lekarz gra zbyt małą rolę w administrowaniu szpitalem. 6) Nie wolno w laboratoryach czynić doświadczeń ze zwierzętami.

Natomiast: 1) szpital angielski jest wysoce humanitarny we wszystkich swych szczegółach i przepisach; 2) niema w nim nic z koszarowego rygoru niemieckiego; 3) lekarz nie jest urzędnikiem, a chory nie jest „przypadkiem“, a tylko żywym człowiekiem.

VII. Kol. Pański miał odczyt p. t. „Kilka luźnych zdań o gienjuszu i przestępcy w świetle badań nowo-czesnej psychiatrii oraz charakterystyka niektórych gienialnych ludzi (Nie nadaje się do streszczenia).

W dyskusyi przyjmowali udział kol. Kaufman i kol. Sterling.

Posiedzenie z d. 5 Lutego 1902 r.

I. Kol. Prezes odczytał uchwałę Zarządu w kwestyi zaproponowanych zebrań towarzyskich i wnioski Zarządu tyczące się ożywienia posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego.

II. Kol. Birenzweig wygłosił odczyt p. t. „Finsens medicinske Lysinstitut i współczesny stan leczenia metodą Finsena“. Zadaniem instytutu Finsena jest leczenie chorób skórnych za pomocą światła. Zwykły biały promień jest złożony. Ze składowych jego części największe działanie che-

miczne i bakteryologiczne posiadają promienie fioletowe i ultrafioletowe. Najprościej byłoby stosować promienie słoneczne, ale z tego światła nie zawsze, szczególnie w krajach północnych, możemy korzystać; z tego powodu jesteśmy zmuszeni zwrócić się do światła sztucznego, mianowicie elektrycznego (łukowego). Przy pomocy odpowiednich przyrządów koncentrujemy je i usuwamy z niego promienie ciepłikowe. Chorą część ciała za pomocą ucisku doprowadzamy do sztucznej ischemii, wystawiamy w ciągu 5 kwadransów na działanie światła. Tego rodzaju leczenie bywa z dobrym skutkiem stosowane przy wilku, alopecia areata (pochodzenia nerwowego), psoriasis, epithelioma superficiale, parchu końskim, sycosis parasitaria, naevus vasculosus. W końcu prelegent pokazał kilka fotografii pacjentów dotkniętych wilkiem i leczonych tą metodą.

W dyskusyi wzięli udział koledzy: Pinkus, Pański, Sterling, Maybaum, Sonnenberg i Rząd.

Bronisław Handelsman.



REFERATY



Wł. Biegański. O pracy naukowej lekarza prowincjonalnego.
Z uniwersytetów wynosi lekarz kult nauki; kierownicy krzewią zamiłowanie do sławy naukowej, pomijają społeczne zadania, które mają tak blizki związek z działalnością lekarza. A przytem ideał pracy naukowej wiąże się w umyśle dzisiejszego lekarza z pojęciem pracy laboratoryjnej, lub — co najmniej — szpitalnej.

A jednak istnieje szereg zagadnień naukowych, które rozwiązać można jedynie w praktyce codziennej.

A więc: badanie indywidualności, t. j. wpływu dziedziczności, rodzaju i jakości odżywiania, klimatu i t. d. na przebieg choroby u danego osobnika. Właśnie u nas, gdzie obok siebie żyją różne narodowości te cechy przypadkowe badać należy. Zbadać to piętno, jakie rasa, nawet narodowość, nadaje chorobie — można w praktyce prywatnej.

Niemamy za ostatnie lata wcale opisów epidemii chorób zakaźnych tak częstych, jak szkarlatyna, ospa, dyzenterya.

Bardzo ciekawą rzeczą jest zbadanie wpływu usposobienia rodzinnego na przebieg chorób zakaźnych.

Takie badania tylko lekarz prowincjonalny, pracujący w niewielkich skupieniach ludności, t. j. mogący przez czas długi śledzić losy jednostek i rodzin — może uskutecznić. Dla tego wszelkie sprawy związane z zagadnieniem o dziedzicznym usposobieniu do

chorób najlepiej obserwacye lekarzy prowincjonalnych mogą rozstrzygnąć.

Zbieranie szczegółów o patologii naszego ludu, obywatelstwa wiejskiego, duchowieństwa, żydów małomiasteczkowych — wyświetlić by mogło nie jeden moment w etyologii i przebiegu ich chorób.

Naukowa praca na tych polach polegać musi na wieloletniem *sumiennem* zbieraniu faktów, bardzo krytycznem ich rozważaniu, krytycznej ocenie; z uogólnieniami śpieszyć nie wolno!

Każdy lekarz prowincjonalny niech prowadzi rodzaj kart szpitalnych dla swoich chorych; notować w s z y s t k o, każde — najbłahsze pozornie — spostrzerzenie, notować miejsce, dom, mieszkanie, wiek, stan, zajęcie i t. d. Po latach z takiego (i tylko z takiego, zebranego bez uprzednio postawionej tezy) nateryału faktycznego można opracować najrozmaitsze tematy naukowe.

Taka praca i lekarzowi korzyść przyniesie, pogłębi jego pracę, podniesie poziom duchowy.

(„Krytyka lekarska” 1902. № 3.)

Łosin. **Pielęgnowanie i tryb życia chorych na blednicę.** Przyczyna wywołująca blednicę nie jest jeszcze dokładnie znana; podług Virchowa blednicę wywołuje wąskość naczyń; podług Immermana i Noordena — osłabiona działalność narządów krwiotwórczych; podług Rosenbacha — osłabienie czynności całego organizmu; większość uzależnia blednicę od zaburzeń w organach płciowych, gdyż choroba zjawia się najczęściej w latach pokwitania.

Zabiegi lecznicze zależą od natężenia objawów choroby (względ, obrzęki w okolicy kostek, czasem obrzęki twarzy, szmery w sercu i w naczyniach krwionośnych, zmniejszenie się hemoglobiny i czerwonych ciałek krwi, ogólne osłabienie, senność, ból głowy, omdlewanie, bicie serca, bóle mięśniowe, kurcz żołądka, nadmierne pożądanie kwasów).

Autor zaleca przedewszystkiem dużo powietrza i światła: chora powinna możliwie długo przebywać na powietrzu i w słońcu, (pod osłoną słomianego kapelusza i parasolki); kąpiele słoneczne nago uważa za zbytteczne, gdyż niejednokrotnie były przyczyną oparzenia, a promienie, mając działanie lecznicze, przechodzą przez odzież. Ruch autor ogranicza do minimum, a w ciężkich przypadkach zaleca leżenie w łóżku, które podczas ciepłych i pogodnych dni umieszczamy na powietrzu; wszelki sport jest zabroniony, natomiast należy stosować ogólny masaż i bierną gimnastykę.

Odżywiać należy forsownie. Jeżeli chora nie znosi mięsa, to nie powinno się jej zmuszać, ale zastąpić je rybą, mlekiem (przeciwnie pół litra dziennie), sztucznymi preparatami (tropon, somatoza, roborin etc.)

Nie należy zabraniać używania kwasów (cytrynowy, owocowy, ocet), jednocześnie należy zalecać młode jarzyny (z wyjątkiem

kapusty i jarzyn strączkowych) i owoce wszelkiego rodzaju; z wodań węgla: biały chleb, kartofle, ryż, dużo cukru (ale nie w postaci ciężko strawnych ciast i cukrów); z używek: kakao i herbatę; kawy należy unikać. Piwo, wino czerwone, dawniej przy blednicy stosowane, nie przynoszą korzyści. Kąpiele 27 – 28°R. są wskazane. Zimne nacierania i oblewania, krótkotrwałe kąpiele 18–20°R, z następczem zawijaniem, niejednokrotnie były pomocne; przeważnie jednak chore na blednicę źle zimno znoszą; natomiast bardzo często dobrze wpływają gorące kąpiele i kąpiele parowe. Do zadawalniających rezultatów doszedł autor, stosując trzy razy tygodniowo gorące (32°R) kąpiele; taka kąpiel trwa 20 minut; chora ma na głowie zimny okład; po kąpeli stosuje się krótkotrwały natrysk i odpoczynek w pozycji leżącej przez godzinę. Przy tych kąpielach następuje wzmoczenie się czynności organów krwiotwórczych, nie należy przy tem obawiać się bicia serca, które występuje w początku kuracji. Gorące kąpiele zmniejszają bóle mięśniowe, przy blednicy w różnych okolicach ciała umiejscowione. Po 4 – 6 tygodniach stosowania gorących kąpeli następuje znaczna poprawa, a nawet wyzdrowienie; dla uniknięcia atoli nawrotów pacjentka przez dłuższy jeszcze czas powinna być pielęgnowana i dobrze odżywiana.

W końcu wspomina autor o stosowaniu kąpeli żelazistych, zawierających kwas węglowy. Dodatni wpływ tych kąpeli zależy przeważnie od działania kwasu węglanego na zakończenia nerwów i na naczynia krwionośne skóry; wessanie się żelaza przez skórę jest możliwe, ale niedowiedzione. Żelazisto - błotne kąpiele, tak skuteczne przy wtórnej małokrwistości, również możnaby przy blednicy zalecić, lecz dotychczas przy tej chorobie rzadko były stosowane.

Die Krankenpflege № 2 (1901-2).

A. Landau.

S. Munter. Wodolecznictwo w gruźlicy płuc. Wyleczenie gruźlicy płuc można osiągnąć jedynie przez ściśle indywidualizowane leczenie: klimatyczne, fizykalne oraz dyetetyczne.

Z zabiegów fizykalnych na pierwszym miejscu należy postawić wodolecznictwo.

Czego wymaga terapia gruźlicy płuc w ogólności? Dobrego powietrza, podniesienia odżywiania i przemiany materii. Chcąc podnieść odżywianie powinniśmy się przede wszystkim postarać o poprawę łaknienia, usunąć objawy dyspeptyczne, zaparcie stolca lub biegunkę, polepszyć skład krwi oraz przyswajanie, złagodzić lub usunąć objawy nerwowe, jak bezsenność i bóle. W dalszym ciągu wiele zależy od dostatecznego dowozu białka, – bynajmniej jednak nie powinniśmy chorego przekarmiać tłuszczami.

Otóż, stosując metodycznie różne zabiegi wodolecznicze, zależne w każdym pojedynczym przypadku od stanu chorego, prawie we wszystkich okresach choroby znajdujemy w nich dzielną broń przeciwko wszystkim powyżej przytoczonym objawom.

Zasadnicze prawo, jakiemu podlegają bodźce termiczne, głosi: zimno zmniejsza, ciepło zaś podnosi czynności fizyologiczne; z drugiej znowu strony fizyologia poucza, że dopóki ciepłota ustroju nie ulega zmianie, zimno zwiększa, ciepło zaś zmniejsza utlenianie; ilekroć atoli ciepłota ustroju się zmniejszy lub podniesie, zawsze wtedy zimno zmniejsza, ciepło zaś powiększa, utlenianie.

Otóż przy gruźlicy płuc winniśmy stosować takie tylko bodźce termiczne, które ani w tę ani w ową stronę na ciepłotę ciała wpływu nie wywierają. Wymaganiu temu stanie się zadosyć, gdy bądź przez dowóz ciepła zzewnątrz, bądź też przez utrudnienie promieniowania, zbierzemy pewien zapas tegoż na powierzchni skóry, dzięki czemu działające następnie zimno nie zabiera nic z właściwego ciepła ustroju, a jedynie ten plus, któryśmy przez odpowiednie postępowanie w powłokach ciała nagromadzili. Sposoby zdążające do powyższego celu są następujące: leżenie w łóżku, suchy koc, częściowy koc wilgotny trwający 2—5 godzin, ogólny koc wilgotny na przeciąg $\frac{3}{4}$ — $1\frac{1}{4}$ g., nie sprowadzający podniesienia temperatury ciała, 15-0 minutowa kąpiel całkowita na 35 — 38°C, ciepły natrysk (38 — 43°C.), gorąca kąpiel powietrzna lub w świetle elektrycznym (5—10 min.), wreszcie—nasłońcowanie. Jako bodźce zimne służyć nam będą: obmywanie częściowe, wycieranie, poklepywanie, zlewanie, natrysk, półkąpiel, kąpiel całkowita. Oczywiście, szablon jest tu całkowicie wykluczony; ciepłota, czas trwania i sposób postępowania ściśle muszą być zastosowane do stanu chorego. Leczenie ogólne powinniśmy wspierać przez zabiegi miejscowe.

Skłonność do gojenia zmian w płucach w znacznym stopniu wymaga się przez znaną powszechnie opaskę krzyżową*), która nie tylko ułatwia odkrztuszenie, lecz w połączeniu z oziębiaczem serca wywiera dobroczynny wpływ na czynność tegoż: liczba uderzeń serca zmniejsza się, zmniejszone zaś parcie krwi podnosi się.

Gdy chory pod opaską nie oprzewa się, co się niekiedy zdarza, w takim razie nacieramy mocno piersi i plecy zimną wodą, poczem następuje bardziej żywy odczyn.

Używanie ciepłej wody do zabiegów hydriatycznych jest nieracjonalne, wtedy bowiem odczyn występuje trudniej. Zasadniczy postulat hydroterapii wymaga, by po zabiegu wystąpił prędko dobry odczyn, a staje to się wówczas, gdy przez krótki czas stosujemy zimno, po którym dopiero następuje bodziec mechaniczny. Powyższe zabiegi sprzyjają uzdrowieniu jeszcze i w ten sposób, że dzięki nim ustrój zahartowuje się, przez co staje się mniej wrażliwym na przeziębienie się, w którym leży źródło licznych pogorszeń, sprzyja ono bowiem występowaniu katarów, stanowiących żywną glebę dla zakażeń mieszanych. Najlepszym środkiem do uchronienia naszych chorych od przeziębienia jest właśnie prawidłowy odczyn i w tym to celu chory po zabiegu powinien używać ruchu dotąd, aż nastąpi uczucie przyjemnego ciepła.

*) Porów. Czasop. Lek. 1902. № 1 str. 33.

Najodpowiedniejsza metoda służąca do zahartowania polega na stosowaniu natrysków o zmiennej ciepłocie (38—42°, 16—22°C.) czyli szkockich w następującym porządku: natrysk całego ciała wodą o ciepłocie 40°C. 2—3 min, sprawiający nagromadzenie ciepła na powierzchni ciała; po nim natrysk 16—20°C., 20—40 sek., wreszcie wycieranie ciepłym prześcieradłem i następnie ruch aż do do wystąpienia odczynu. U osób mało krwistych, o złym odczynie, po zimnym natrysku można jeszcze raz zastosować natrysk 40 stopniowy, przez co łatwiej następuje rozszerzenie naczyń; jednakże chcąc by cały zabieg posiadał bardziej wzmacniające działanie oraz bardziej hartował—kończyć go winniśmy przez natrysk zimny. Tylko opisanie natryski możemy stosować zrana, po opasce krzyżowej nałożonej na noc.

Również dobre działanie sprawiają natryski szkockie przy zaburzeniach żołądkowych u suchotników, tudzież przy zaparciach stolca na tle atonicznem; w ostatnim wypadku kombinujemy je z wlewaniem.

Nieco trudniejsze zadanie czeka nas tam, gdzie mamy do czynienia z zakażeniami mieszanemi; tu uciekamy się do częściowych obmywań piersi i pleców wodą o ciepłocie 10—24°C., powtarzając zabieg ten rano i wieczór.

I w tym okresie podniecające zawijanie klatki piersiowej, z poprzedzającym i następczem zmywaniem, oddaje dobre usługi, o ile bowiem sprawa nie zaszła zbyt daleko, zabiegi powyższe łagodzą kaszel, ułatwiają wykrztuszenie, zmniejszają ból, znoszą poty nocne, wreszcie podniecają łaknienie. Natrysków jednak zarówno jak i nacierań całego ciała stosować tu nie należy.

Podług ref. w Centralbl. f. die Ges. Ther. 1901. № 12.

F. G.

Lemoine. **Zimne wlewania przy durze brzuszny.** W tych wypadkach duru brzusznego, gdzie nie możemy zastosować kąpiei zimnych, zaleca prof. Lemoine zimne wlewania do prostnicy, które stosownie do zachowania się temperatury—radzi powtórzyć za 2—3 godziny. W tym celu, podłożywszy pod chorego odpowiedni zbiornik, wprowadzamy do kiszki prostej na głębokość 15—20 ctm. cienką rurkę kauczukową połączoną z naczyniem zawierającym przegotowaną i oziębioną do 18—20°C. wodę. Naraz wlewa się 2—3 litry, od czasu do czasu rurkę wyciągamy, by w ten sposób umożliwić opróżnienie się kiszki z kału. W przerwach między wlewaniem stolce bywają tylko rzadko. Wlewania powyższe obniżają ciepłotę prędzej, acz na krótszy czas, niż zimna kąpiel, tę zaś posiadają zaletę, że zapaść tudzież bredzenie zdarza się przy nich rzadko. Prócz obniżenia ciepłoty wlewania działają do pewnego stopnia odkażająco, chorzy bowiem posiadają wilgotny język tudzież niezamaconą samowiedzę.

Podług ref. w Centralbl. f. die ges. Therapi 1901 № 12.

F. G.

Clemm. Wpływ cukru na wydzielanie się soku żołądkowego. Z badań autora, wykonanych podług metody Pawłowa, wynika potwierdzenie otrzymanych na innej drodze wniosków, że cukier obniża wydzielanie się soku żołądkowego, zwłaszcza zaś kwasu solnego, w obec czego powinien znaleźć zastosowanie w leczeniu hypersekrecyi tudzież nadmiaru kwasoty żołądkowej. Atropina do celu tego nie nadaje się, działanie jej bowiem jest przemijające.

Therap. Monatsch. 1901. r.

F. G.

Busse. **O zatorach tłuszczowych.** Zator tłuszczowy, którego powstawanie przy uszkodzeniach kości i części miękkich jest bardzo jasne, daje się wykryć jedynie przy pomocy mikroskopu; jedynie w mózgu na miejsce zatoru wskazują, zdaniem Ribbert'a, małe wylewy, golem okiem dostrzegalne. Zator tłuszczowy zdarza się wogóle często i słusznem jest zdanie Brodrick'a, który powiada: „Nie ulega wątpliwości, że wiele przypadków nagłej śmierci po ciężkich, a nawet lekkich obrażeniach, które dawniej objaśniano za pomocą wstrząsu. porażenia serca lub płuc i t. d., są najczęściej wynikiem zatoru tłuszczowego“. Przy powstawaniu zatoru tłuszczowego ma duże znaczenie, prócz zmiążdżenia szpiku kostnego i części miękkich, również wstrząśnienie ciała, np. przy przewożeniu chorego. Śmierć od zatoru tłuszczowego może nastąpić w kilka dni po nieszczęśliwym zdarzeniu. Pewien 65-letni pasterz został zraniony przez byka; następnego dnia czuł się lepiej, lecz pomimo to żądał przewiezienia go do kliniki chirurgicznej; przewieziono go po wyboistej drodze na wózku bez resorów; po drodze chory zmarł i na sekcji znaleziono znaczne zatory tłuszczowe w naczyniach włoskowatych obu płuc. Na zasadzie powyższego przypadku możemy możemy przypuszczać, że wielu chorych z obrażeniami ciała umierających w drodze do szpitala lub zaraz po przybyciu, są ofiarami nieodpowiedniego przewożenia.

Liczba naczyń włoskowatych, których zajęcie przez zator tłuszczowy może wywołać śmierć, jest rozmaita i zależy głównie od 3 czynników: od wieku, stanu ogólnego i siły mięśnia sercowego. Niekiedy porażenie serca następuje przy bardzo niewielkim zatorze w płucach.

Pewien otyły mężczyzna spadł z 12 schodów i przy pomocy służącej udał się do swego pokoju, gdzie przespał bez dolegliwości do następnego rana; złamań kości nie było. O godz. 7 chory wstał, pracował przy biurku do godz. 9-iej, poczem, czując się jeszcze niedysponowanym, udał się ponownie do sypialni, by się położyć; żona pomogła mu się rozebrać, lecz gdy wróciła, po 20 minutach, zastała w łóżku trupa.

Ponieważ zmarły był ubezpieczony na dużą sumę od wypadku, powzięto podejrzenie co do otrucia, lecz sekcya nie wykazała żadnych śladów trucizny, natomiast w płucach znaleziono, pod drobnowidzem, niewielką ilość zatorów tłuszczowych oraz dość znaczne otłuszczenie serca. Zator więc tłuszczowy płuc był zbyt ma-

łym, by sam przez się śmierć wywołał, lecz w połączeniu z otłuszczeniem serca spowodował katastrofę.

Towarzystwo odmówiło wypłacenia ubezpieczonej sumy na tej zasadzie, że śmierć nie była bezpośrednim i jedynym wynikiem nieszcześliwego zdarzenia. W sądzie autor wydał w tej kwestyi następujące orzeczenie. „Do danej sprawy nie należy wcale roztrząsanie kwestyi, o ile śmierć jest bezpośrednim i jedynym skutkiem zdarzenia, resp. jakie byłyby skutki takiego zdarzenia u innych osób. Towarzystwo ubezpieczyło danego klienta, więc o istnieniu otłuszczenia powinno było wiedzieć. Zmarły byłby żył jeszcze gdyby nie to zdarzenie, a więc Towarzystwo nie ma prawa uchylać się od wypłacenia ubezpieczenia. Ten sam wypadek miałby miejsce np., gdyby człowiek wysokiego wzrostu rozbił sobie głowę o sufit niskiego pokoju, gdyż z niskim człowiekiem by się to nie zdarzyło; nie należało by się w takim razie wynagrodzenie starcowi który przy upadku złamał szyjkę kości biodrowej, dla tego, że u młodego skończyło by się na prostym stłuczeniu.“

Aerzte Sachvst. Ztg. 1901. № 19.

Z. P.

Stuckert. Przyczynę do ran postrzałowych wątroby. Pocisk, strzaskawszy siódmą żebro, spowodował obficie krwawiącą ranę wątroby, powikłaną przez ranę prawej opłucny oraz okrężnicy. Po wyjęciu żebra ranę wątroby wytamponowano; zagojenie nastąpiło w ciągu 9 tygodni, podczas gojenia wydzieliło się nieco tkanki wątroby. Uszkodzenie okrężnicy, rozpoznane wskutek wydzielania się kału przez ranę zewnętrzną, zagoiło się również pod wpływem tamponowania wątroby, zapewne przez zrost z otrzewną.

Podług ref. w Aerztl. Sachv. Ztg. № 13. 1901.

Z towarzystw lekarskich.

K. Ciagliński. „Jakie wody mineralne największy pożytek przynoszą przy skazie moczonowej.

Rozpatrzywszy szczegółowo kwestyę, o ile możemy przez użycie wewnętrzne wód mineralnych wpłynąć 1) na przemianę materyi i 2) na wydalanie z ustroju nieprawidłowych jej produktów, autor przychodzi do wniosku, że działanie wód mineralnych na przemianę materyi jest wogóle bardzo nieznaczne i że wydalanie z ustroju nieprawidłowych produktów przemiany materyi następuje przy użyciu znacznych ilości wody, wtedy bowiem podnosimy diurezę i przepłukujemy tym sposobem ustrój. Przy skazie moczonowej najodpowiedniejszymi są zdroje, zawierające roztwory węglanów ziemnych i alkalicznych (te bowiem rozpuszczają złogi kwasu moczowego) wraz z roztworami soli kuchennej (wzmagającymi działanie moczopędne) przy znacznej zawartości wolnego kwasu węglowego. Warunki te posiadają Wildungen i Tarasp.

Pawiański zaleca ogrzewanie wód alkalicznych przy stosowaniu ich u chorych ze znaczną wrażliwością błony śluzowej przewodu pokarmowego, następnie zaś zwraca uwagę, że stosowanie wody, zawierającej związku wapnia (jakkolwiek stosowanie ich jest zupełnie uzasadnione przy skazie moczanowej) usposabiają do wcale niepożądanego u chorych takich zaparcia stolca i dlatego lepiej jest zalecać pacjentom ze skazą moczanową wody alkaliczne z zawartością soli średnich, soli kuchennej.

Pruszyński jest zdania, że istota podagry tkwi w nadmiernem wytwarzaniu się kwasu moczowego i w jego upośledzonym wydzielaniu. Na to ostatnie wskazuje okoliczność, że przy podagrze mamy do czynienia albo ze śródmiąższowym zapaleniem nerek, albo też ze znacznym upośledzeniem czynności tego narządu. Kwas moczowy wytwarza się w ustroju nie tylko z nuklein, czy-to znajdujących się w ustroju i wyzwalających się przy rozpadzie leukocytów, czy też doń wprowadzonych, ale również i z pokarmów białkowych. Przy przeważnie mięsnem pożywieniu wytwarza się nader wiele kwasu moczowego, który nagromadza się w ustroju i jako nadzwyczaj trudno rozpuszczalny osadza się w miejscach najpowolniejszego krążenia, t. j. w szczylinach limfatycznych. Kwas moczowy stanowi zatem produkt przejściowy od białka do ostatecznego produktu jego spalania, t. j. mocznika. Miejscem spalania tego kwasu jest wątroba.

Rzętkowski uzasadnia konieczność rozróżniania dny, czyli t. zw. *arthritis urica*, przy której we krwi znajdujemy powiększoną ilość kwasu moczowego, osadzającego się ze krwi w tkankach, od *uroolithiasis*, zależnej od tego, że urolityczna sprawność moczu ulega zaburzeniu i w skutek tego kwas moczowy wykrywalizowuje się w nerkach. Stosowanie wód mineralnych przy tem ostatniem cierpieniu ma swoją teoretyczną podstawę, przy pomocy bowiem wód możemy dowolnie wpływać nie tylko na ilość wody, ale i na ilość innych składników moczu. Uzasadnienie naukowe stosowania wód mineralnych przy dnie jest, zdaniem S., przy obecnym stanie wiedzy niepodobniestwem.

Janowski jest zdania, że niemamy dostatecznych podstaw do wyodrębnienia kamicy nerkowej od zwyczajnej postaci skazy moczanowej. Przy tej ostatniej mamy, zdaniem J., do czynienia nie z niedotlenianiem (kwas moczowy bowiem może być końcowym produktem utleniania ciał azotowych), lecz z jakimś wadliwym utlenianiem, powstałym, być może, wskutek tego, że różnorodne fermenty i enzymy, od których zależy prawidłowy bieg wszelkich spraw utleniających i odtleniających w ustroju, przy skazie moczanowej albo są w niedostatecznej ilości wytwarzane, albo też nie mogą należycie działać wskutek nieodpowiedniego dla ich działania środowiska. Działanie wód mineralnych J. tłumaczy tem, że, zmieniając stężenie surowicy lub też wpływając w sposób minimalny na jej skład chemiczny, dają one tym fermentom krwi możność odzyskania prawidłowego działania.

Dunin zaznacza, że należy odróżniać *arthritis urica*, jako sprawę ogólną, polegającą na zaburzeniu w przemianie materji, od kamicy nerkowej, jako sprawy przeważnie lokalnej. *Arthritis urica* D. uważa za cierpienie u nas stosunkowo rzadkie, a twierdzenie, że dotyczy ono wyłącznie osób, które dużo jedzą i piją, a mało się ruszają, za zbyt jednostronne, spostrzegal je bowiem również u osób źle odżywianych. Zmniejszenie ilości spożywanego mięsa odgrywa pewną rolę w leczeniu, ważniejszą jednak rzeczą jest u osób otyłych uregulowanie trybu życia. Przy leczeniu *nephrolithiasis* wodami mineralnemi, odgrywa rolę, zdaniem D., tylko duża ilość wody, jakoś zaś wody niema znaczenia. Od zalecanych przez Noorden'a soli wapniowych D. nie widział szczególnych wyników; raz tylko zauważył, że kamyczki nerkowe, dawniej mocno zbite, stawały się nieco kruchszymi.

(Tow. Lek. Warszaw.)

Z Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego.

Wydział higieny ludowej. (30. XI. 01 i 21. XII. 01.) I. Dr. Grun--
dzach, mówiąc „O szkodliwościach zawodowych w tokarstwie drze-
wnem“ podkreśla, jako najwięcej szkodliwy, pył, który się otw-

rzy przy polerowaniu drzewa „glas-papierem“. Pył dębowy sprowadza smak kwasu na języku, grabowy gorycz, brzoźowy słodczy, pył z rogu daje zapach siarki spalonej; najbardziej drażni pył machoniowy. Najprzykreszejszy jest pył z kości.

Przy toczeniu narażone bywają oczy skutkiem odpryskiwania kawalków z toczzonego materyału. Najszkodliwszy jest pył chromny u tokarzy lasek, używających wytrawiacza z 10% roztworu dwuchromianu potasu. Od pyłu tego skóra nosa, chrząstki, muszle i przegroda nosa ulegają owrzodzeniu i nos się zapada.

Opieranie dłuta przy toczeniu spowodowuje uderzenie trzonka o klatkę piersiową szczególnie, kiedy dzewo jest sękate.

Dr. *Srebrny* „w tokarstwie metalowem“ podnosi również szkodliwość pyłu na drogi oddychowe i oczy. Pył z masy perłowej ma wywoływać jakies cierpienia kości, bliżej nieokreslone.

Następnie odczytano pracę d-ra *Rutkowskiego*. „Odżywianie słuźby dworskiej w Płońskim w 1898 r.“ Rok ten wyróżniał się daleko mniejszym urodzajem kartofli i traw na łakach i pastwiskach. Przeciętnie jedna rodzina zużyła 3 korce kartofli; krowa dawała mleka przeciętnie 1.279 kwart,

Z dokładnego obrachunku spożytych pokarmów w roku 1898 wypada, że dorosła osoba ze słuźby dworskiej spożywała na dobę 137,6 grm. białka, 67,2 tłuszczu, 633 wodań węgla. W roku 1897 odnośne cyfry były 152,7 białka, 74 tłuszczów, 714 wodań węgla. Badania były robione na 40 rodzinach słuźby folwarcznej, z których liczby 3 rodziny odżywiały się bardzo źle (100 gr. białka na osobę), 14 źle (120 grm. na osobę), 15 rodzin dostatecznie (150 grm. białka na osobę) 7 rodzin bardzo dobrze (190 grm. białka na osobę). Najgorzej odżywiały się rodziny obarczone liczną rodziną lub zmuszone trzymać t. zw. „posyłki“. Białko zwierzęce i tłuszcz trzymują przeważnie z mleka. Tłuszcz, oprócz tego, ze słoniny, którą otrzymują z bitych wieprzy wagi żywej 240 — 266 funtów. Po za ordynaryą dokupują kaszy jaglanej, mąki pszennej, chleba i bardzo rzadko grochu. Zestawiając swoje dane z danymi innych okolic i krajów, dr. *Rutkowski* dochodzi do przekonania, że cyfry zastraszające nie są.

Średnia waga i wzrot słuźącego wynosi 60,7 kilo i 166 ctm.; małorolnych włościan -- wynosi 145,4 funta 165,8 ctm.; najlepiej odżywiających się gospodarzy -- 156,8 funta i 170,5 ctm. Ci ostatni przenoszą wzrostem nawet szlachte.

Dla dostatecznego odżywiania słuźby dworskiej *trzeba parobkowi z posyłką podnieść ordynaryę do 12 korcy. kartofli do 30, a przede wszystkim dać mu prawo trzymania 2 krów na dobrym paśniku, chowania co najmniej 8 kur oraz paru świń.*

W rozprawach przytoczono dane z książki *H. Wiercieńskiego*: Statystyka w gubernii lubelskiej, dane komitetu statystycznego warszawskiego, wyliczenia *Peltyna*. Zwrócono również uwagę na książkę *Promyka* „Jak się żywimy“, gdzie znajdujemy wyczerpujące dane o grochu i bobie. Są tam odpowiedzi 90 czytelników „Gazety

Świątecznej“ na zwrócone do nich pytania w tym względzie. Grochu i bobu jedzą wszędzie u nas stanowczo za mało w stosunku do ich wartości odżywczej. Dzieje się to zapewne skutkiem nieumiejętnego przyrządzania. Od stu lat z górą, od czasu rozpowszechnienia kartofli u nas, pożywienie ludu naszego znacznie się pogorszyło. Kartofle stopniowo wyparły inne, pożywniejsze, pokarmy. Obowiązkiem naszym jest wrócić do dawniejszego, ale lepszego pożywienia.

II. Dr med. *M. Sadowski*, mówiąc o szkodliwościach zawodowych w *cukiernictwie*, podkreśla nadzwyczaj zmienną temperaturę, w której pracują cukiernicy w piekarniach cukierniczych, następnie pył z mąki i cukru, złe przewietrzanie; wszystko to wpływa bardzo ujemnie na drogi oddechowe. Ciągłe żucie słodczy i probowanie twardości karmelu niszczy zęby, co w następstwie źle wpływa na trawienie.

W *introligatorstwie* dr. *S. Sterling* widzi szkodliwy wpływ pyłu, powstającego przy krajaniu papieru i zloceniu, nieprzyjemnych wyziewów z kleju i kłajstru. Broszurarze kaleczą palce, które po długiej pracy ulegają znieczuleniu i zniepodobnieniu. Następnie, szkodzi też zgarbiona postawa ciała. Jeżeli dodać, że zawodowi temu, jako lżejszemu, poświęcają się często osobniki słabe, to wszystkie te złe warunki stają się jeszcze zgubniejszymi.

W *szcrotkarstwie* dr. *Rodys* za najszkodliwsze uważa przygotowanie materiału: gotowanie szczeciny i włośia, mycie, suszenie, czesanie, farbowanie, bielenie, sortowanie i t. p. Szczecina i włose najczęściej bywają dostarczane wprost ze szlachtuza, często ze krwią od zwierząt zakażonych. Przy czyszczeniu powstaje mnóstwo pyłu szkodliwego zawsze. Do tego dołącza się dym i kurz z paku, najczęściej nieoczyszczonego. Szcrotkarze narażeni są przede wszystkim na suchoty, którymi bywa dotkniętych do 49,1%. Na skórze robotników łatwo powstają wrzodzianki, węglik. Oczy podlegają zapaleniu łącznicy i t. p.

Wydział higieny zawodowej (7. XII. 01.). Dr. *W. Sterling* w referacie „O szkodliwościach zawodowych w lakiernictwie“ dzieli lakiernictwo na piecowe i zupełnie różne od niego powozowe. Niebezpieczne jest lakiernictwo piecowe, a to przede wszystkim z powodu trujących farb metalowych: blejwasu i glejty (ołów), cynobru (rtęć), kajsegrinu (arszenik); farby te parują, a z przedmiotów bronzowanych odpadają cząsteczki bronzu. Rozcieranie farb metalowych wytwarza masę trującego pyłu. Najszkodliwszem jest bronzowanie, ponieważ przedmiot pociągnięty lakierem lub pokostem bronzuje się zafarbowanym i sproszkowanym metalem. Przy tem zajęciu po kilku godzinach robotnik wygląda jak figura bronzowa i mnóstwo bronzu osiada mu w ustach, gardle, drogach oddechowych. Ręce wciąż są pokryte trującym pyłem i przy jedzeniu, jeżeli ręce nie są dobrze myte, może nastąpić łatwo zatrucie. Na rękach powstaje pryszczycza. Lakiernicy *powozowi* używają farb przeważnie obojętnych dla zdrowia. Dość często cierpią na pryszczycę rąk.

E. Polds w szkodliwościach białoskórnicstwa podnosi możność zarażenia wąglikiem. Rusma, używana do oczyszczania skór, wywołuje na końcach palców t. zw. cholerę palców. Przy oczyszczaniu skór robotnik uderza ciągle brzuchem w deskę, na której rozpięto skórę, co wywołuje zaburzenia organów brzusznych. Powietrze w pracowniach zwykle bardzo cuchnie, wilgotne, przepelnione amoniakiem i kwasem węglowym. Pomimo to, białoskórniczy uważają swój zawód za dosyć zdrowy i na suchoty rzadko zapadają. Choroby zapalne płuc, opłucnej, nerwobóle, reumatyzmy są częste.

(„Zdrowie”)



KRONIKA

a) Kronika naukowa.

Röntgenografia w medycynie wewnętrznej Hildebrandt na zasadzie paru tysięcy skiagramów dochodzi do wniosku (Münch. M. W. 1901. 49), że: 1) Przy zajęciu wierzchołków płucnych skiagramy nie pomagają do rozpoznania; toż samo tyczy ilości i wielkości jam w płucach; nieco jest ułatwione rozpoznanie takich spraw, głęboko w płucach umiejscowionych, jak gangrena, bąbłowica, guzy, ciała obce, wreszcie odma, wysięk opłucnej. 2) Przy rozpoznawaniu chorób serca nie dają się użytkować skiagramy; natomiast są korzystne przy rozpoznawaniu aneuryzmatów aorty, chociaż i tu zdarzają się omyłki (guzy śródpiersia). 3) Przy chorobach jamy brzusznej żadnej korzyści dyagnostycznej nie mamy ze skiagrafi (wyjątek stanowią złogi nerkowe, pęcherzowe, żółciowe.) 4) Również żadnej wartości nie ma röntgenografia przy rozpoznawaniu guzów rdzenia i mózgu.

Białko w moczu. Sposób wykrywania białka w kilku kroplach moczu

podług D-ra I. Bychowskiego: Do próbówki lub innego przezroczystego naczynia, zawierającego czystą gorącą wodę, wpuszczamy kroplę moczu; jeśli moc zawiera choćby ślady białka — powstaje w wodzie opalizujące zmętnienie, przypominające obłoczek dymu z cygara. Jest to właściwie modyfikacja próby na białko przez zagotowanie. Podczas próby najlepiej trzymać naczynie na tle ciemnym (rękaw surduta). Obłoczek powodowany przez fosforany znika, jeśli do wody wlać parę kropel octu.

Ta próba może oddać wielkie usługi w praktyce dziecinnej, wogóle w tych przypadkach, gdzie do badania mamy małą ilość moczu.

Sól kuchenna w padacze. Toulouse i Richet wygłosili zdanie, że organizm staje się wrażliwszy na działanie *związków bromowych*, jeśli z pożywienia usuniemy *chlorki*. Balint (jak i inni) stwierdził w wielu przypadkach *padaczki* prawdziwość poglądu T. i R. Zastępując w poży-

wieniu chorych na padaczkę, głów- nie w pieczywie) chlorek sodu so- lami bromu, zmniejszając wogóle ldo minimum użycie soli kuchennej. eczył z powodzeniem padaczkę, po- dając dziennie nie więcej nad 2—3 gramy soli bromowych. Podobne postępowanie zaleca też i przy in- nych cierpieniach nerwowych, gdzie postługujemy się związkami bromu; ograniczając ilość soli kuchennej, możemy wtedy podawać o wiele mniejsze dawki bromu. (Berl. Kl. Woch. 1901. № 23.)

Choroba windowa. Cywilizacja wy- wołała nowe cierpienie: chorobę lu- dzi zmuszonych do częstego uno- szenia się i opuszczania windą. Naj- lepiej urządzona winda ulega wstrzą- snięciom, szczególnie w chwili za- trzymania. Dzięki tym wstrząśnie- niom powstają zaburzenia w rów- nowadze ciała, które wywołują wprost bóle w chwili raptownego opuszczania się windy. Szczególnie łatwo rozwijają się tu schorzenia organów brzusznych, najmniej za- bezpieczonych od wpływu zewne- trznych wstrząśnień i uderzeń. Wi- dzimy jako objawy tej „choroby windowej“ zawroty i bóle głowy, wymioty, stany osłabienia sercowe- go. Lekarze amerykańscy zabrania- ją ludziom cierpiącym na żołądek lub serce korzystania z windy. (Podł. ref. w Balneol. Centralb. 27. I.)

Żelatyna i tężec. Opisano już kilka przypadków tężca po zastosowaniu podskórnem żelatyny (p. str. 43). Otóż Levy i Bruns (Deut. Med. Woch. № 8) zbadali sześć różnych prób żelatyny i aż w czterech z tych prób znaleźli laseczniki lub zarodniki tężca. Ponieważ zarodniki tężca nadzwyczaj trudno zostają przez gorąco zabite, zaś długie o- grzewanie żelatyny niszczy jej zdol- ność krzepnięcia — na razie nale-

ży być bardzo oględnym przy za- strzykiwaniu żelatyny i raczej za- niechać tego zabiegu, jeśli się nie- ma zupełnej pewności, że żelatyna jest doszczętnie wyjałowiona.

Smierć po nakłóciu próbnem. Russel o- pisuje (Münch. M. W. № 9. str. 379) następujące spostrzeżenia, które za- przeczają zasadzie, że nakłócie pró- bne, wykonane z zachowaniem os- trożności przeciwnilnych, nie bywa szkodliwe.

W jednym przypadku, u 8 let- niego chłopczyka z cierpieniem płu- cnem niejasnego charakteru, wyko- nano nakłócie w IX-em międzyże- brzu. Wyciągnięto parę kropli krwi, na ustach ukazało się też nieco krwi pienistej. Zaledwie wyciągnię- to igłę, dziecko zesiniało, zaczęło zezować i zesztyniało; po minu- cie zmarło. Sekcja wykazała stare zrosty opłucnej i chroniczną ropną bronchopneumonię.

W innym przypadku, u 7 let- niej dziewczynki chorej również na bronchopneumonię, dokonano na- klócia z powodu podejrzenia otoku ropnego; wyciągnięto trochę płynu surowiczego i krwi. Dziecko natych- miast zesiniało, straciło przytom- ność, potem dostało drgawek i już nie przyszło do siebie; zmarło pią- tego dnia po nakłóciu. Sekcja wy- kazała jedynie bronchopneumonię.

W trzecim przypadku nakłóto dwukrotnie z powodu podejrzenia otoku ropnego u osobnika 52 let- niego; wyciągnięto tylko parę krop- li krwi; potem chory nagle oddał dużą ilość moczu i zemdlął; oddech ustał, serce miarowo uderzało, tę- tna wyczuć nie było można. Po za- stosowaniu środków podniecających wystąpiły drgawki lewostronne, któ- re przeszły w porażenie; chory u- marł na trzeci dzień. Sekcja wyka-

zała zapalenie płuc, ale żadnych zmian w mózgu.

Russel sądzi, że we wszystkich trzech przypadkach mieliśmy do czynienia z objawami zwrotnymi wskutek podrażnienia gałązek płucnych nerwu błędnego. Doświadczenia ze zwierzętami wykazują, że drażnienie tych gałązek powoduje paraliż serca. Radzi wykonywać punkcję zawsze przy pozycji leżącej chorego; jeśli wystąpią objawy groźne — stosować eter i oddychanie sztuczne.

Zimnica i nowotwory złośliwe. Geografia lekarska uczy, że w okolicach gdzie panuje zimnica, rzadkie są nowotwory złośliwe. Więc próbują leczyć takie nowotwory, sztucznie wywołując zimnicę. Właśnie na posiedzeniu Tow. Lek. w Hamburgu (12. XI. 01) mówił Wagner o przypadku daleko posuniętego mięsaka jądra, za prenrztami, u chorego zupełnie już wyniszczonego, któremu wszczepił krew malaryczną i wywołał poprawę zarówno miejscową, jak i ogólną.

Na tem-że posiedzeniu wspomniał Lauenstein o przypadku raka sutki,

nie nadającego się do operacji, gdzie wszczepienie zimnicy żadnej poprawy nie dało.

Infirmerie domowe. Izolacja chorych zakaźnych w domach prywatnych jest w znakomitej większości przypadków tylko pozorna; dla tego Roth („Krankenpfl.“ 1902) nastaje na to, by w każdym średnim mieszkaniu był oddzielny pokój przeznaczony na infirmerię. Jak kiedyś pokój kąpielowy był uważany za urządzenie luksusowe, a jednak jest dziś nieodzowną częścią składową lokalu, tak się też stanie i z osobną izbą dla chorych.

Podobne pokoje muszą być urządzone i w koszarach robotniczych.

Nie byłyby takie „sanatoria domowe“ czemś nowem, bo już za czasów rzymskich istniały w domach zamiejskich ludzi zamożnych podobne urządzenia, zwane „valetudinaria“.

Podobny pokój może w zwykłym czasie służyć jako miejsce zabawy lub sypialnia dla dzieci, jako pokój najzdrowszy w domu. Naturalnie, musi być tak urządzony, by łatwo był dostępny dezynfekcyi.

b) Kronika bytowa.

31. Przegląd higieniczny. We Lwowie utworzono „Towarzystwo przyjaciół zdrowia“; organem tego Towarzystwa jest miesięcznik, którego pierwsze zeszyty leżą przed nami.

W „odezwie“ zagrzewającej do popierania nowego towarzystwa (składka roczna wynosi 4 korony; za to członkowie dostają darmo pismo!) bardzo słusznie powiada Szanowna Redakcyja:

„Popularne twierdzenie: pieniądz to higiena, jest skutecznym narkotykiem, który usypia naszą czujność na sprawy higieniczne“.

Tymczasem „właśnie zastój ekonomiczny nakazuje tem usilniej pracować nad podniesieniem stanu zdrowotnego, gdyż zły stan zdrowia społecznego równa się olbrzymiej materialnej stracie“.

„Higiena to pieniądz“. „Higiena jako ekonomia zdrowia i życia, a za temu siły wytwórczej człowieka, powinna interesować wszystkich obywateli, pragnących dobra kraju“.

Zarówno Towarzystwu, jak i jego organowi, życzymy najszerzego rozwoju i najpiękniejszych owoców obywatelskiej pracy!

32. Bardzo chyba na czasie będzie przypomnienie kolegom spisu zarówno miejscowości leczniczych, jak i źródeł mineralnych do użycia w domu; korzystamy w niżej przytoczonym wyliczeniu z łaskawej pomocy czcigodnego kolegi H. Dołbrzyckiego, zdaniem którego: „niema ani jednego takiego zdrowiska lub miejscowości leczniczej w całym państwie niemieckim, która by się nie dała z zupełnym dla chorego użyt-

kiem zastąpić zdrojem lub miejscowością leczniczą tejże kategorii w innym kraju, a mnożystw zdrojów i miejscowości leczniczych przewyższa niemieckie”.

I. Cieplice obojętne: Gastein (pod Salzburgiem); Cieplice (Töplie) Czeskie; Ragatz, Pfäfers (w Szwajcaryi); Topusko, Bajmocz (na Węgrzech); Brennerbad, Topelbad (w Tyrolu); Nenhaus, Römerbad (w Styryi).

II. Szczerzy proste. Do wewnętrznego użytku można polecać sztuczne. Jako miejsca kąpielowe: Passug, Fideris, Tarasp — w Szwajcaryi; Lieberwerda, Karlsbad (zdrój Doroty) w Czechach.

III. Zdroje alkaliczne. Vals, Viehy, Bóurboule (we Francyi); Billin, Brüx, Marienbad, Franzensbad, Karlsbad, Kron-dorf (w Czechach); Szczawnicy sześć źródeł (w Galicyi); Gleichenberg (w Styryi); Tarasp, Passug (w Szwajcaryi).

IV. Zdroje zawierające ziemie alkaliczne. Lenk, Weissenburg, Nydelbad; Paulenseebad, Rütthubelbad, Muri, Vals (w Szwajcaryi); Birsztany. Zamiast Wildungen do picia w kraju zalecać należy węgierskie źródło Borszek.

V. Wody żelaziste. Krynica, Żegiestów, Nałęczów, Szepetówka; na Węgrzech: Szliacs, Bartefeld, Parad, Borszek, Korynica; w Czechach: Sangerberg, Königsward, Lieberwerda, Francensbad; w Belgji, Spa; w Tyrolu: Roncagno, Levico; w Bośni: Srebrenica; w Styryi: Radein.

VI. Solanki. Ciechocinek (sztucznie gazowane źródło słabsze zastępuje Wiesbaden i Kissingen), Drukieniki, Birsztan, Rabka, Iwonicz, Truskawice, Ischl, Halls (na Austrii, Ausee, Gmunden; Also-Sebe-na Węgrzech); Lukaszowice (na Morawach); Wildegg, Saxon-les-bains (w Szwajcaryi); Baraune, Bourbonne (we Francyi) Battaglia (we Włoszech).

VII. Wody gorkie. Sedlitzka, Püllnauska i Seidschützka — czeskie; Appenta, Victoria, Franciszka-Józefa, Hunyadi Laszlo i Janos — węgierskie. Morszyńska — galicyjska.

VIII. Zdroje siarczane. a) Zimne: Busko, Solec, Swoszowice, Krzeszowice, Lubień, Szkló. b) Ciepłe: Buda (Ofen); Mehadia vel Hereniesbad, Harkany, Groswardcin, Trenczyn, Pystyan (w Piszczany — na Węgrzech; Baden pod Wiedniem; b. znaczna ilość źródeł we Francyi i Szwajcaryi).

Uzdrowiska, stacje klimatyczne, lazowiska są bardzo liczne w naszym kraju.

Zakłady wodolecznicze. Nowe Miasto, Nałęczów, Ojców, Sławuta, Grodzisk,

Krynica, Lubień, Sassów, Rymanów, Szczawnica, Zakopane, Bystra; Au-see, Billin, Eichwald, Forstbad, Gumpendorf, Giesshübel, Ischl, Kaltenleutgeben, Gaim-fahren, Reichenu (w Austrii).

Kąpiele morskie. Połoga; Libawa, Dubelno, Majorenhof, Assern, Reeksting; Ostenda, Blankenberghe, Heyst, Schve-ningen, Zandvort.

33. Właściciele aptek w Łodzi rozestali, jak donosza pisma codzienne, do wszystkich łódzkich składów w aptecznych rodzaj ultimatum, w którym grożą środkami administracyjnymi, w razie, jeśli składy apteczne i nadal będą wydawały lekarstwa za receptami.

Ze składy apteczne „faszerują” leki — to fakt; nie mając odpowiedniego personelu, niemając odpowiednich przyrządów, niemając odpowiednich lokali, kryjąc się z tą czynnością — muszą one gorzej lekarstwa złożone przyrządzać, aniżeli tego wymagają przepisy obowiązujące apteki.

To też reforma stosunków obecnie panujących w składach aptecznych jest równie niezbędna, jak i reforma nadużytej popelnianych przez apteki, które wydają wszelkie leki z przepisu felczerów!

34. W sprawie wodociągów w Radomiu postanowiono: wodociągi przeprowadzić ze studzien artezyjskich; jako siły użyć przy wodociągach motorów elektrycznych; wystąpić do Zarządu dóbr państwa o odstąpienie placu pod budowę wodociągów; oraz wystąpić do ministerjum o zaciągnięcie pożyczki obligacyjnej na sumę rb. 500,000 na budowę wodociągów, kanalizacyi i rzeźni miejskiej.

35. Z rozporządzenia ministerjum komunikacyi, przy końcu marca i na początku kwietnia przy zarządach tutejszych kolei żelaznych zorganizowane będą bezpłatne wykłady dla służby kolejowej, — udzielania pierwszej pomocy w nagłych wypadkach i obchodzenia się z chorym i rannym.

36. Począwszy od Maja r. b. lekarstwa przeznaczone do wstrzykiwań podskórnych będą wydawane z aptek z receptami koloru niebieskiego.

37. Z odczytu Statkiewicza, wygłoszonego w sekeyi medycyny ziemskiej zjazdu Pirogowskiego, na temat: Rys historyczny systematu opłaty dodatkowej w medycynie ziemskiej, okazuje się, że: 1) Określenie „leczenie bezpłatne” nie jest prawdziwie, kiedy mowa o ludności płacącej stały podatek na pomoc lekarzka. Z tego też powodu

niewolno pobierać żadnej opłaty dodatkowej (za radę, lek, naczynia). 2) Dane statystyczne wykazują, że w tych okresach, kiedy pobierano opłatę dodatkową, liczba chorych się zmniejsza, szczególnie liczba syfilityków; że zwiększa się liczba przypadków zaniedbanych; że epidemie przebiegają burzliwiej i trwają dłużej; że śmiertelność dziecięca wzrasta.

Zjazd uznał słuszność tezę referenta. Jeżeli — jak to być powinno — od ludności płacącej podatek na pomoc lekarską nie będzie pobierana opłata dodatkowa, zjawia się trudność, jak postąpić z ludnością imigracyjną, która czasowo przebywa w danej okolicy i podatków na potrzeby tej okolicy nie płaci.

Są to przeważnie najmieci: robotnicy, wyrobownicy, rzemieślnicy.

Tu sprawę rozwiązać można jedynie w ten sposób, by — wzorem organizacyi Niemiec — wszyscy najmieci byli ubezpieczeni na wypadek choroby, t. j. by płacili pewien specjalny podatek; ten podatek, wraz z odpowiednim podatkiem ze strony pracodawcy i zapomogą państwową, opłacał by koszta leczenia ludności niemającej prawa do korzystania z pomocy lekarskiej gminnej.

38. W piśmie „Prawo” (№ 3 i 6, r. 1902) znajdujemy artykuł o szkodliwych skutkach monopolu aptecznego i o niesłuszności poglądu jakoby dzięki temu monopolowi apteki w Państwie Rosyjskiem miały stać wyżej od Europejskich.

Sprawy sądowe wykazują aż nadto wyraźnie, jak częste są w naszych aptekach omyłki, jak częste — nadużycia. Przywilej pozwala na lekceważenie potrzeb i słusznych żądań ogółu. W małych miastach w nocy bardzo niechętnie wydają lekarstwa. Przywilej wcale nie usuwa (a to miało być jego celem), szkodliwej konkurencyi między aptekami. Apteki przewyższyły nawet koleje — w sztuce wyzyskiwania pracujących. To też przepracowany prowizor równie mało jest odpowiedzialny za popełniony błąd, jak i przepracowany maszynista lub zwrótniczka. Apteki fałszywie podają liczbę wydanych lekarstw; dla tego wadliwą jest zasada, która normuje liczbę aptek zależnie od ilości ludności i liczby wydanych recept.

39. Moskiewska powiatowa rada sanitarna uchwaliła zmianę obecnie obowiązującego przepisu, mocą którego lekarz ma prawo do urlopu co drugi rok, — na przepis dający lekarzowi ziemskiemu

urlop coroczny. W motywach powiedziano: „że zawód lekarza ziemskiego jest tak uciążliwy, praca jego niecierpiąca zwłoki, że nie zna on ani świąt, ani dnia, ani nocy; że dni wolne od przyjęcia ambulatoryjnego nie są dniami odpoczynku, tylko dniami pracy na rozjazdach, w radach sanitarnych i t. p.; że systematyczny odpoczynek doroczny nie ma być nagrodą za pracę, tylko warunkiem umożliwiającym dalszą pracę, ponieważ człowiek przemęczony nie może tak pracować, jak człowiek z siłami normalnymi”.

40. W ciągu lat 1890 do 1900 umarło w Państwie Rosyjskiem 3040 lekarzy; w 36% przypadków przyczyną śmierci były choroby zakaźne, głównie suchoty i tyfus brzuszy.

41. Zjazd Pirogowski zamknął Prof. Kapustin mową o higienie miejskiej i życzył wiosce: „jaknajwięcej lekarzy ziemskich, jaknajmniej pożarów; piwa bez wysokoku; taniego cukru; czystych izb; „wiejskich budowniczych”; racjonalnych pieców; spożywania własnych kur i jajek (a nie sprzedawania ich na targu); rozpowszechnienia konserwów mięsnych; tanich ryb”.

42. Charakterystycznym przyczynkiem do lekceważenia własnej literatury naukowej, jest fakt (wcale nie odosobniony), że referat z pracy Groszlika o protargolu, drukowanej w „Medycynie”, umieszcza inne pismo lekarskie polskie podług przekładu drukowanego w „Monatshette für praktische Dermatologie” Band 32.

Tak daleką drogę przejść musi praca autora polskiego, by ją zauważył kolega — polak!

43. „Autor polski wśród swoich spotka się zawsze z niewiarą, z hyperkrytyką i lekceważeniem” — mówi Biegański („Kryt. lek.” 902, № 3, str. 86).

Na szczęście, jak wszędzie, tak i u nas, kwestyą jest tylko czasu, by prawdziwa zasługa została oceniona, prawdziwy dorobek naukowy zajął miejsce właściwe w skarbnicy wiedzy.

Różne okoliczności składają się na to, że jedne zasługi ludzkie są niedoceniane, inne — przeceniane; różne też istnieją drogi doprowadzenia zarówno sztucznych zachwyty, jak i sądów zbyt surowych — do poziomu sprawiedliwego. Ale najmniej racjonalnym jest sposób, jaki wybrał kol. E. Biernacki w szeregu artykułów „Głosu” z r. b., zatytułowanych „Kartki z dziejów nauki polskiej. Pro domo mea”.

Niepodobna tu wchodzić w ocenę tak wielkiego artykułu. Nie podobna też przytaczać ustępów, które rażą swą trywialną polemiczną zapamiętałością, świadczącą może o tem, że piszący czuł się bardzo boleśnie dotknięty, ale zarazem zmniejszającą objektivną wartość jego argumentów ad homines. Nie chcemy nawet roztrząsać pytania, czy i o ile wolno było koledze Biernackiemu wybrać na superarbitra w sprawach naukowych: czytelników pisma politycznego.

Notując w swej kronice bytowej to niezwykle wystąpienie publiczne „we własnej obronie”, wyrażamy zdanie, że:

1) Ludzie, o sąd których dbać powinien E. Biernacki — biogolog, ocenili jego pracę, bo przyznali mu za jego działalność naukową szereg nagród i zapomóg pieniężnych (Kasa Mianowskiego, Tow. Lek. Warsz., wielka nagroda im. Chałubińskiego).

2) Ludzie, o sąd których dbać powinien E. Biernacki — autor studyów z filozofii medycyny, ocenili tę jego działalność, bo wydali własnym nakładem jego

ostatnie dzieło, p. t. „Zasady poznania lekarskiego”.

3) Jeżeli te metody naukowe, które wprowadził Biernacki, są prawdziwą zdobyczą wiedzy, oprą się one nieprzychylnym ocenom i zawstydzą krytyków. Do sprawiedliwej ich oceny nie przyczynia się jednak artykuły „Głosu”.

Dla dobra polskiej nauki wypada pragnąć, by kolega Biernacki właściwszą drogą starał się zwyciężyć swych przeciwników, miano wicie, za pomocą dowodów naukowych.

Nie będzie to dlań zbyt trudnem, ponieważ wcale nie wszystkie jego prace napotkały krytykę, a liczba jego wrogów jest o wiele mniejsza, aniżeli o tem można by sądzić z artykułów „Głosu”.

44 Rzecz dziwna, że jednocześnie z wydalaniem wszystkich, uczących się w pruskich wyższych zakładach naukowych, Polaków nie-niemieckich poddanych, profesorowie uniwersytetu wrocławskiego nadesłali do wszystkich pism lekarskich polskich prośbę o popieranie „Kursów dla lekarzy”, jakie się mają odbyć w Wrocławiu, w Lipcu r. b.



Krytyka i bibliografia.

A. Sokolowski. Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych I. Choroby tchawicy i oskrzeli Warszawa 1902. Str. V+354+VI. Wydawnictwo Gazety Lekarskiej.

Większość podręczników lekarskich wydawanych przez inne narody powstaje zazwyczaj na tle wykładów, jakie autorzy — profesorowie — z rący swych obowiązków nauczycielskich wygłaszają przed audytorium słuchaczy uniwersyteckich. U nas podręczniki są pisane przez lekarzy-praktyków, którzy katedrę zastępują — z musu — słowem drukowanym, a swe dzieła piszą w godzinach odpoczynku po pracy zawodowej.

To też ocenę każdego podręcznika w takich warunkach napisanego zacząć winniśmy od złożenia hołdu autorowi za tę wielką pracę i ofiarę, jaką on składa na ołtarzu dobra publicznego.

Podręcznik, którego pierwszy tom niedawno się ukazał, obejmuje całokształt nauki o chorobach dróg oddychowych. W tym pierwszym tomie autor rozpoczyna od wykładu o kataralnych zapaleniach oskrzeli ostrych i przewlekłych, następnie wykładu o zapaleniu włóknikowem, o zapaleniach i sprawach swoistych tchawicy

i oskrzeli (zapalenia okołoskrzelowe, przymiotowe, twardziel, promienica, nosacizna), o ciałach obcych, pasożytach, nowotworach, zwichnięciach, ranach, przedziurawieniach, uchyłkach — tchawicy i oskrzeli, o rozstrzeni oskrzeli, o dychawicy oskrzelowej, wreszcie — o krztuścu.

Bardzo obszernie wyłożył autor etyologię katarów oskrzeli, szeroko uwzględniając i wpływy zawodowe. W tej sprawie radbym przy okazji zwrócić uwagę na jeden szczegół. Pył pochodzenia organicznego szczególnie szkodliwie działa na błonę śluzową oskrzeli, prawdopodobnie *nie tylko* mechanicznie drażniąc tę błonę. Nie wątpliwie się on rozkłada, gnije w wilgotnej i cieplej atmosferze oskrzeli, pod wpływem drobnoustrojów. Otóż o tym momencie *chemicznego* podrażnienia przez wytwory rozkładu pyłu organicznego nie znajdują nigdzie wzmianki; nie czytałem też nigdzie, by odpowiednie doświadczenia były czynione.

W rozdziale o dyagnosyce ogólnej katarów oskrzeli zwracam uwagę czytelników na bardzo ważne przypomnienie (str. 42) o konieczności badania moczu przy chronicznych katarach oskrzeli, szczególnie suchych, połączonych z dusznością; „wielokrotnie bowiem skrycie przebiegające zapalenia nerek śródmiąższowe nie raz bardzo długo objawiają się takim właśnie kaszlem suchym w połączeniu z dusznością.

Na str. 54-ej ostrzega autor przed bardzo pospolitym błędem (publiczności i... lekarzy) rozpoznawania astmy oskrzelowej tam, gdzie mamy do czynienia z przewlekłym katarom suchym oskrzeli, powikłanym rozedmą. O podobnych pseudo-astmatycznych napadach u osobników starszych, napadach zależnych od cierpień serca lub aorty mówi autor na str. 59-ej.

Również ważnym, a może nawet ważniejszym, jest ustęp poświęcony katarom oskrzeli na tle zaburzeń w krążeniu; często tu grzeszą lekarze, lecząc sprawę wtórną — w oskrzelach, zaniedbując sprawę podstawową. Sokołowski w wielu miejscach podręcznika powraca do tej sprawy — czyni to bardzo słusznie i pożytecznie, bo o wpływie zmian cyrkulacyjnych na płuca przypomina sobie lekarz zazwyczaj dopiero przy jakimś zawale, obrzęku płuc lub krwotoku; zaniebduje zaś istnienie związku serca i płuc, gdy chodzi o sprawę mniej wyraźne.

Szeroko uwzględnił autor leczenie higieniczne i fizykalne katarów oskrzeli, dając bardzo szegółowy obraz postępowania lekarskiego.

W rozdziale o ciałach obcych oświadcza się autor stanowczo przeciw metodzie wyczekującej, nakazując natomiast stosowanie metod mechanicznych; jest też autor przeciwnikiem środków wymiotnych, zastosowanych w celu wydalenia ciała obcego z dróg oddechowych.

W etyologii astmy oskrzelowej, szczególnie w sprawie stosunku cierpień nosowych do tej choroby, autor stoi na tem stanowisku, że napady atmy prawdziwej występują tylko u tych osób-

ników dotkniętych cierpieniami nosa, którzy są neuropatycznie usposobieni.

Astmę dzieli autor — dla celów praktycznych — na trzy kliniczne odmiany: pierwsza odmiana, kiedy po napadzie żadnych zaburzeń w organizmie nie znajdujemy; druga — kiedy w czasie dzielącym napady choroby doświadczają dolegliwości miejscowych (kaszel, małe ataki duszności) i ogólnych (osłabienie, przygnębienie nerwowe); trzecia — astma chroniczna, stan stałej duszności, astma prawdziwa powikłana następczą rozedmą płuc.

W tym też rozdziale o dychawicy oskrzelowej rozpatruje autor szczegółowo cechy rozpoznawcze, różniące astmę nerwową od astmy sercowej, astmy nerkowej, dyspeptycznej, astmy siennej, duszności noso-gardzielowej, duszności przy chorobach nerwowych miejscowych (krtań) i ogólnych (opuszka), duszności z powodu cierpienia gruczołów oskrzelowych. Dane rozpoznawcze przez autora przytoczone wyczerpują wszechstronnie ten powikłany dział dyagnostyki.

Niepodobna wyliczać tych wszystkich ustępów dzieła Sokołowskiego, na których by się chętnie sprawozdawca myślą zatrzymał, na które by chciał szczególną uwagę czytelnika zwrócić. Zbyt wiele jest w książce takich miejsc wskazania godnych.

Reasumuję mój sąd o tem dziele wielce zasłużonego dla nauki polskiej klinicysty zdaniem, że jako podręcznik dla lekarzy - praktyków są „Wykłady chorób dróg oddechowych“ dziełem wybornem. Wysunięcie na plan pierwszy strony klinicznej, obszerne uwzględnienie etyologii, wyczerpujące opracowanie lecznictwa, wykład prosty, doskonała konstrukcja tego wykładu, wyraźnie wypuklająca rzeczy ważniejsze lub rzadsze, dobry wybór przykładów z praktyki, wreszcie — uwzględnienie wszystkich zdobytych wiedzy, które przeszły próbę praktyki, czynią z tego dzieła znakomitą nabytek dla literatury lekarskiej.

Nie tylko więc temat, obchodzący każdego praktyka, nie tylko brak innego podręcznika chorób dróg oddechowych, ale przede-wszystkiem pierwszorzędną wartość tego dzieła, każą je polecić wszystkim kolegom, którzy jeszcze nie odwykli od czytania książek naukowych.

Bo, niestety, my teraz przeważnie czytujemy („przerzucamy“) krótkie artykuły pism lekarskich!

S. Sterling.

Dr. med. Teodor Heimann. Choroby narządu słuchowego. Podręcznik dla lekarzy i studentów. Str. 729 z 161 rysunkami w tekście. Warszawa 1902.

Cierpienia narządu słuchowego nie zdołały wywalczyć sobie wśród lekarzy tego uznania, na które zasługują. A przecież normalny zmysł słuchu wywiera tak wielki wpływ na rozwój umysłowy człowieka, na utrwalenie jego materialnego dobrobytu, na rozbudzenie i wykształcenie poczucia piękna, zwłaszcza w dziedzinie muzyki i poezji. Cierpienia ucha powinny zwrócić i dla tego

na siebie czujniejszą uwagę lekarzy, że należą do rzędu zaburzeń często wikłających przebieg wielu chorób ogólnych i miejscowych. Siedliskiem chorób ucha są kości skaliste, kryjące w sobie ponure często niespodzianki i złowrogię następstwa dla sąsiednich narządów, dla mózgu. Te ujemne skutki chorób narządu słuchowego oddawna już powołały do życia wśród narodów cywilizowanych cały szereg zarządzeń specjalnych. Przy wielu wszechnicach utworzono oddzielne katedry otiatrii, powstały czasopisma poświęcone wyłącznie cierpieniom narządu słuchowego, wydano wiele podręczników, broszur i pism ulotnych tej sprawie poświęconych.

U nas w tym kierunku dotąd było dosyć głucho, a ta wdzięczna niwa pracy prawie—że leżała odłogiem. Nasz dorobek naukowy na tem polu jest bardzo ubogi, składa się nań jedynie szereg oddzielnych artykułów, dotyczących niektórych zaburzeń narządu słuchowego i jedyny, wydany jeszcze w r. 1868, przez d-ra Taczanowskiego, podręcznik krótko i pobieżnie cierpienia uszów omawiający.

W ostatnich tygodniach ukazała się wymieniona w nagłówku praca d-ra Heimana, która — jak mniemam — wypełnia *dotkliwy* brak w piśmiennictwie polskiem. Jestto dzieło źródłowe, na szerszą skalę pomyślane i dokładnie odzwierciedlające obecny stan wiedzy otiatrycznej. Autor — długoletni i sumienny pracownik w tej gałęzi wiedzy lekarskiej, umiejętnie skojarzył poglądy najwybitniejszych badaczy cierpień narządu słuchowego z owocami własnego bogatego doświadczenia i stworzył dzieło streszczające całość kształt wiedzy otiatrycznej.

Praca d-ra H. rozpada się na dwie części: ogólną i szczegółową. 1-sza zawiera 10 rozdziałów, dotyczących anatomii, fizjologii, symptomatologii, higieny i techniki badania narządu słuchowego. Druga w 13 rozdziałach omawia wyczerpująco poszczególne cierpienia ucha zewnętrznego, średniego i wewnętrznego.

Nie wszystkie, naturalnie, rozdziały posiadają jednakową wartość. Do najlepiej opracowanych i pouczających zaliczam rozdział XVI: „O następstwach spraw ropnych ucha średniego“. Rozdział ten z pożytkiem odczytany być powinien przez każdego lekarza, a dział o ropniach mózgowych nie jedną cenną wskazówkę dostarczyć może i chirurgowi. Rozdział XX „O głuchoniemocie“ skreślony też jest ręką bardzo wprawną. Autor biegle i ze znajomością rzeczy wtajemniczka czytelnika w arkana i sposoby zdemaskowania urojonej i rozpoznania prawdziwej głuchoniemoty, zdradzając głęboką rozagę i ostrożność w ocenianiu wyników badania i wskazując sposoby jak uniknąć grzechu obciążenia własnego sumienia niesłusznem posądzeniem o symulację osobnika prawdziwie chorego.

Na baczniejszą uwagę zasługuje również rozdział XXII. Poświęca go dr. H. rozważaniu znaczenia narządu słuchowego dla służby wojskowej. Wnioski zaś autora sprawie tej poświęcone

posiadają szczególną wagę, wysnute bowiem zostały przez doświadczonego na tem polu badacza: dr. H. przez lat wiele pełnił obowiązki lekarza wojskowego.

Nie mniej cennymi są uwagi autora o znaczeniu chorób ucha pod względem sądowo-lekarskim, ubezpieczenia na życie i dla służby na kolejach. Rozdziały poświęcone etyologii i symptomatologii opracowane zostały bardzo sumiennie, interesujące są zwłaszcza ustępy wyświetlające wpływ pracy zawodowej na rozwój i powstanie chorób narządu słuchowego. Szkoda, że anatomia ucha skreślona jest zbyt zwięźle, z prawdziwą szkodą dla pragnącego wtajemniczyć się w zawiłą i złożoną budowę narządu słuchowego. W pracy d-ra H. pominięta została kość skroniowa, za mało miejsca wyznaczono anatomii zachyłka (atticus s. cavum epitympanicum); również w opisie wyrostka sutkowego i błony bębenkowej nie uwzględniono niektórych bardzo ważnych szczegółów anatomicznych.

Dział ilustracyjny niedorównywa treści naukowej pracy d-ra H. Książka zawiera wprawdzie 161 rysunków w tekście; są to jednak tylko małe cynkotypy i reprodukcje rysunków niemieckich przeważnie podręczników; rysunków własnych niewiele. Wątpię bardzo, czy młody adept otiatrii lub student pragnący wzbogacić swą wiedzę lekarską znajomością cierpień narządu słuchowego, znajdując w rysunkach d-ra H. jasną odpowiedź na trapiące ich, a zrodzone przy czytaniu tekstu, wątpliwości anatomiczne.

Co prawda, mało w tem winy autora. Tak obszerne podręczniki naukowe nie należą u nas do wydarzeń codziennych; dla tego wyposażenie dzieł tych w konieczną ilość kolorowanych rycin, rysunków lub akwarel natrafia na wielkie trudności; dotychczas bowiem, dział ten sztuki stosowanej, który zagranicą prawdziwie zdumiewające wykazuje postępy, u nas jest jeszcze w powijakach.

Jeżeli jednak w zaznaczonym kierunku dr. H. borykać się musiał z trudnościami, to natomiast trudno zrozumieć, czemu gruntowna i pouczająca treść dzieła tak srodcę pokrzywdzona została przez autora pod względem językowym?

Pomijając mnóstwo niedopatrzeń i błędów zecerskich, praca d-ra H. roi się od zwrotów i wyrażeń zgoła niezgodnych z zasadami języka polskiego. Rozmieszczenie słów jest często wadliwe, okresy zbudowane nieprawidłowo, częste brak w nich orzeczenia. Nie chcąc nadużywać gościnności „Czasopisma“, z wielu zwrotów i wyrażeń błędnych przytoczę niektóre, jak np. „dusz powietrzny“; „rezonancya“ (zam. współdrżanie); „czasami przychodzi się ograniczyć do cewników“; „przychodzi się manewrować“; „cierpienie swego rodzaju“ (ma znaczyć: swoiste, odrębne); „nie rzadko nieodnajdujemy“. Albo takie okresy:

„Wstawiwszy manometr do przewodu słuchowego zewnętrznego i zgęściwszy powietrze w jamie bębenkowej, to przy przedziurawionej błonie płyn zawarty w rurce“ etc.

„Czasami lubo wogóle rzadko istnieje przetoka na powierzchni zewnętrznej lub w chorym wyrostku po otwarciu go prowadzącym do ropnia mózgu“.

Wobec niezaprzeczonych zalet pracy d-ra H. i rzetelnych usług, jakie ona oddać może, szczerze życzyć należy, by zyskała faktyczne uznanie w świecie lekarskim i rychło doczekała się nowego, poprawnego wydania. Niewątpliwie, że autor wtedy postara się o wygładzenie formy literackiej, o oczyszczenie języka z usterek stylistycznych i terminologicznych, zmniejszających dodatnie wrażenie, wywołane przez to poważne dzieło.

L. Przedborski.

K. Stróżewski. Leczenie bezładu tabetycznego za pomocą odpowiednich ćwiczeń (Metoda Frenkel'a). Odczyty kliniczne. № 154. Str. 36.

Metoda Frenkla zyskał sobie w krótkim czasie szerokie zastosowanie. Niektórzy upatrują przyczynę skuteczności zabiegów obecnie stosowanych przy wiaździe rdzenia, który przedtem nawet w swych objawach nie ustępował lekom, tej okoliczności, że dziś przymiot dokładnie i powszechnie jest leczony. Gdyby nawet tak było, metoda Frenkela (i Leydena) jest znakomitym nabytkiem w lecznictwie chorób nerwowych.

W pracy kolegi S. znajdujemy zestawiony szemat ćwiczeń dla tabetyków; prawdopodobnie stanie się ten zeszyt odczytów podręczną książką dla wszystkich, stosujących tę metodę, ponieważ wyręcza ona nawet bardzo pomysłowego lekarza w dobieraniu i kombinowaniu odpowiednich zaleceń.

O ile mi wiadomy, u nas — po za specjalistami — mało kto tę metodę stosuje. A jednak wobec wielu świetnych i bardzo wielu dobrych wyników, jakie daje, powinni by wszyscy lekarze ją stosować u chorych, którzy niemogą (np. zamieszkali w dali od miast wielkich) leczyć się u specjalistów.

S. S.

Wł. Oltuszewski. Niemota, bełkołanie, mowa nosowa, jąkanie, oraz higiena mowy. Warszawa 1901. Str. 41. Wydanie drugie.

Dla rodziców i wychowawców swą pracę przeznaczył autor. Czy jednak ciało lekarskie wiele więcej wie, aniżeli przeciętny inteligent, o tych sprawach — wątpię. Naturalnie, na pierwszych kartkach, gdzie mowa o anatomii i fizyologii — nic nowego dla lekarza nie ma. Ale zato w dalszym wykładzie znajdzie dużo, dużo rzeczy, o których wiedzieć powinien, nie wie.

Zdaje mi się, że jeżeli ta książeczka nadal będzie się cieszyła zasłużonym powodzeniem wśród ogółu, to niezadługo będzie niejedyn ojciec i matka wiedzieć o wiele więcej od lekarza — o tych sprawach lekarskich.

Niechże ten wzgląd, jeśli nie inne, ważniejsze, skłoni kolegów do przeczytania książeczki kol. Oltuszewskiego.

S. S.



Komitet redakcyjny:

L. 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 19 Февраля 1902. г.

Друк. и Lit. R. Resiger. Łódź.