

O leczeniu suchot płucnych w szpitalu i w domu.

Napisał Dr. Seweryn Sterling.

Leczenie gruźlicy płuc stanowi wdzięczne pole działalności lekarskiej, ponieważ w znakomitej większości przypadków jest uwieńczone wynikiem pomyślnym.

Rodzaj ludzki należy do trudno ulegających zakażeniu gruźliczemu, a badania pośmiertne zwłok ludzi zmarłych z najróżnorodniejszych powodów bardzo często wykazują zablźnione ogniska gruźlicze. Te dwa fakty świadczą o wrodzonej ludzkiemu organizmowi zdolności do zwalczenia zarazka gruźlicy.

Nie wyrwaliśmy dotąd naturze tajemnicy, jakich sposobów używa organizm wychodzący zwycięzko z walki. Znamy jedynie, i to niewszystkie, czynniki pośrednio utrudniające tę walkę. Więc też nasze zabiegi lecznicze mają dziś na celu głównie usuwanie tego wszystkiego, co utrudnia organizmowi rozwinięcie sił obronnych, wszystkiego, co te siły osłabia czasowo lub stale.

Jeśli nazwałem wdzięcznem zadanie lekarza w obec gruźlicy, to miałem na względzie przede wszystkim (choć nie wyłącznie) ten okres choroby, w którym sprawa nie zniszczyła jeszcze zbyt wiele tkanki płucnej i nie zatrąła zbyt wyraźnie całego organizmu. Powtóre, wykluczyłem te (na szczęście, niezbyt częste) przypadki, które od samego początku przebiegają złośliwie, wykazując zupełną bezbronność organizmu wobec wroga.

Faktem jest niewątpliwym, że bardzo często leczymy gruźlicę z wynikiem pomyślnym—nie wiedząc o tem wcale; leczymy wtedy jakąś niedokrwistość lub katar oskrzeli, które są skutkami zarażenia gruźliczego.

Takich przypadków miewamy jednak—dzięki postępowi dyagnostyki—coraz mniej; coraz częściej jesteśmy świadomi celu, do którego dążymy, zwalczając planowo początki sprawy gruźliczej.

Opracowanie planu leczenia jako całości, usystematyzowanie tych wszystkich zabiegów, jakie dotąd stosowaliśmy dorywczo, wypróbowanie i stwierdzenie skuteczności tego systematycznego leczenia—oto postęp w terapii gruźlicy płuc, postęp, któremu już dziś zawdzięcza życie tysiące ludzi.

Lecznictwo dyetetyczno-hygieniczne ujęto w systemat, wyrobiono i wypróbowano w specjalnych lecznicach, w sanatoryach.

Jakkolwiek dalekie od doskonałości, sanatoryjne lecznictwo osiągnęło już tak wiele—w porównaniu z tem, co je poprzedzało, że uznać je musimy w danej chwili za najlepsze i—gdzie można—naśladować.

Zasady sanatoryjnego leczenia chorych można często stosować i w szpitalu i w domu prywatnym. Ponieważ zaś nie ma dotąd w języku polskim opisu monograficznego metody leczenia suchot płucnych w szpitalu i w domu, uważam za pożyteczne podzielić się z kolegami mojem w tym kierunku doświadczeniem.

Leczenie ogólne.

Gruźlica płuc nie jest chorobą organu, jeno chorobą organizmu.

I

W przebiegu gruźlicy płuc powstają swoiste zaburzenia biochemiczne, polegające na szybkim spalaniu się nieorganizowanej tkanki tłuszczowej i—co ważniejsza—na przewodze dezasymilacji nad asymilacją w tkankach organizowanych, w komórce; wyrazem klinicznym tej sprawy jest kacheksja suchotników.

W celu odbudowy zniszczonych komórek, wzmocnienia tkanek w swej żywotności osłabionych, nagromadzenia energii potencjalnej, jako źródła obrony w walce z zarazkiem, stosujemy przede wszystkim leczenie dyetetyczne.

Samo dostarczenie pożywienia chorym nie wyczerpuje zadań leczenia dyetetycznego.

Organizm przez chorobę niszczonej musi potrójny użytek z materii pokarmowych czyniony rozklasyfikować inaczej, aniżeli organizm zdrowy, którego przemiana materii jest zrównoważona.

W organizmie chorego na gruźlicę więcej się spala bezzwłocznie, mniej się zaoszczędza w postaci tłuszczu, mało z przyswojonych materii pokarmowych idzie na odbudowanie zniszczonych komórek tkankowych.

Swoiste piętno na leczniczej dyecie gruźliczych kładzie właśnie konieczność poświęcenia wielkiej ilości materii pokarmowych na cel ostatnio wymieniony; należy odbudować komórki zniszczone—kosztem ograniczenia (przez metodę oszczędzającą) materii bezzwłocznie spalanych i przez zwiększony dowóz materii pokarmowych wogóle. Ażeby jednak do tej odbudowy doszło, należy za pomocą umyślnie stosowanych podmiot pobudzić funkcje odżywcze komórek tkankowych, t. j. zwiększyć ich zdolność do organizowania białka. Gromadzenie tłuszczu oddaje, niewątpliwie, poważne usługi; tłuszcz jest rezerwoarem na czas zwiększonego spalania (gorączka, praca), jest też—w pewnych granicach—ważnym czynnikiem regulującym ciepło ustrojowe. Ale celem kuracji dyetycznej niech będzie nie zwiększenie absolutnej wagi ciała, co się łatwo osiąga przez otłuszczenie, tylko zwiększenie jego wagi gatunkowej, zależnej od przyrostu organizowanej tkanki, od rozmnożenia się komórek tkankowych.

Ma więc lekarz trzy zadania do spełnienia, chcąc przez odżywianie walczyć z gruźlicą; musi się—mianowicie—starać: 1-o by chory jadł obficie; 2-o by jadł właściwie, a potrawy spożyte trawił; 3-o by komórki tkankowe asymilowały białko krążące we krwi.

Przepisując choremu dyetę, lekarz musi zacząć od dokładnego wypytania chorego o to, co i jak do obecnej chwili jada. Do tych przyzwyczajeń chorego zastosować musimy nasze, nawet najsurowsze, przepisy; wtedy ogólnik o „indywidualizowaniu“ leczenia staje się faktem realnym.

Lekarz musi wpoić w chorego wiarę w doniosłość kuracji dyetycznej. Uczyni to właśnie najwięcej przekonująco, jeśli sprawie odżywiania poświęci o wiele więcej czasu i słów, aniżeli zaleceniom środków aptecznych; jeśli wejdzie w szczegóły diety, w szczegóły kuchni; jeśli to powtórzy przy każdej wizycie, a cierpliwie będzie

śluchał szczegółów dotyczących się tolerancji chorego dla przepisanej diety; jeśli również troskliwie będzie—objektywnie i subiektywnie—badał, przy każdej wizycie, jego narządy trawienia, jak narządy oddychania; jeśli, wreszcie, ureguluje—specyjalnym przepisem—sposób żywienia aż do najdrobniejszych szczegółów, usystematyzuje karmienie chorego podług planu, o którego szczegółach niżej będzie mowa.

W oddziale szpitalnym tacy chorzy chronicznie niewiele kłopotu sprawiają podczas wizyty; wszak bada się ich co pewien czas, chyba że jakieś niezwykle zakłócenie się zdarzy. Co dzień natomiast każdego chorego wypytywać należy o to, czy zjadł wszystko, czy miałby chęć na więcej, dla czego niejadł całej racji i t. p. Służba szpitalna musi codziennie zdawać relację ordynatorowi o tem, czy chory nie odmówił spożycia jakiejś potrawy, a lekarz w każdym przypadku powinien o tem z chorym pomówić. Dzięki temu rodzi się na oddziale taka atmosfera, że chorzy do śniadania, do obiadu, do kolacji zasiadają jak do aktu ważnego, od którego zależy ich powrót do zdrowia.

Żywnienie chorych na gruźlicę płuc jest zadaniem niewątpliwie trudnym, jeśli chory niema łaknienia. Śród chorych najmniejszych znaleźć możemy takich, którzy jeszcze przed udaniem się do lekarza, byli—z powodu osłabienia i zmizerowania—obficie karmieni i przekarmieni; pacjenci szpitalni są raczej chronicznie niedokarmieni, więc z rozszerzeniem żołądka nie potrzebujemy się tu liczyć. Natomiast znajdziemy tu wielu, którzy albo oddawna nadużywali alkoholu, albo ostatnio—przeciw brakowi łaknienia—pomagali sobie środkami „na apetyt“, t. j. różnymi alkoholami, mającymi pozór leków lub też zwykłych „wódeczek“ przed jedzeniem. Gorszą kategorię stanowią chorzy, którzy wogóle nie umieli nigdy porządnie jeść; wreszcie—chorzy z toksyczną dyspepsją, sprawą częstą w przebiegu gruźnicy, której nieraz stanowi pierwszy objaw, (o czem częściej pamiętać powinni koledzy specjaliści chorób żołądkowych, do nich bowiem nieraz udaje się przedewszystkiem chory w początkach gruźlicy).

Rozpoczynając leczenie chorego w szpitalu i przekonawszy się o braku łaknienia, który nie zależy od wysokiej gorączki lub od chwilowej dyspepsji (żołądkowej lub kiszko-wej), zalecam bardzo skromną dyetę; nie bowiem niewłaściwszego, jak takiego chorego od pierwszego zaraz dnia zmuszać do spoży-

wania porcyi obliczonej na przekarmianie. Czasem przepisuję w pierwszych dniach wprost dyetę t. zw. ścisłą, tylko przez 1--2 dni. W obu przypadkach choroby przez cały czas próbowania ich zdolności trawienia pozostają w łóżku. Powoli, stopniowo zwiększam rację dzienną, a przy pomocy czynników fizykalnych, o których potem obszerniej będzie mowa, t. j. przy pomocy głównie stałego przebywania na powietrzu i lekkich zabiegów hydropatycznych, zawsze dochodzę do tego, że nasi chorzy spożywają całą przepisaną rację dzienną; gdyż ręka w rękę z poprawą upośledzonego odżywiania ogólnego ustępują te przyczyny, od których zależy brak łąknienia większości gruźliczych.

Ze środków fizykalnych, służących do poprawy łąknienia, wskazać należy na przepłukiwanie żołądka—w przypadkach rzadkich potrzebne i pomocne; okład rozgrzewający na okolicę żołądka; faradyzację żołądka (działanie sugestyjne?).

Ze środków farmaceutycznych najlepsze usługi oddaje mi *Orexinum tannicum*, po 30 do 40 ctgr. w opłatkach na pół godziny przed obiadem i przed kolacją; jeśli brak łąknienia nie zależy od organicznego cierpienia narządów trawiennych, natenczas po paru dniach łąknienie się poprawia i to na długo, jakkolwiek ten środek podaję najwyżej przez 10 dni, powtarzając go ewent. znów—w razie potrzeby—chyba po paru tygodniach. Proszek każę zapić pół szklanką ciepłej herbaty, bez cukru. Z innych środków, w tym celu używanych, zalecają jeszcze *Tr. chinæ comp.*—per se lub z *Tr. aromatica* po 25 do 30 kropel trzy razy dz. przed jedzeniem; czasem dobre usługi oddaje *Extr. Condurango fluidum* po 20 do 50 kropel; roztwór kwasu solnego, sam lub z pepsyną.

Jeśli spostrzeżemy wyraźną odrazę do pewnego pokarmu—musimy się go wyrzec, na zawsze lub na jakiś czas; lepsze to, aniżeli wmuszanie chorym takich potraw, z których mają wątpliwy pożytek, ponieważ z nich niewiele trawią. Najlepsza w takim razie polityka, to zupełnie zaniechać podawania danej potrawy, a dopiero uczynić z nią znów próbę po paru tygodniach, lub później.

Niezumiernie ważną rolę w usiłowaniach zwiększenia łąknienia grają przyprawy, tak po macoszemu traktowane w naszych szpitalach, gdzie do jednostajności potraw dołącza się zupełnie zaniedbanie przypraw. A jednak, nawet w szpitalach, nie tak znów trudno o jakiś sos, o trochę chrza-

nu, ówkiły, musztardy, o plasterki cytryny do kotleta cielęcego i t. p.

Smakowitości potraw i ich urozmaicenie grają rolę w żywieniu wszystkich chorych, t. j. i tych, którzy mają dobre łąknienie. W żywieniu ludzi ubogich bardzo mało na tę sprawę uwagi się zwraca: zgłodnieli, po pracy za dostateczną pracę swój głód mają. Ale chory tej sfery w szpitalu jeść nie chce, bo mu pokarm mdły a różny od zwyczajnego niesmakuje. Nasze szpitale nie tylko z powodu szczupłych środków dają żywienie niesmaczne i jednostajne; wielką rolę gra tu obojętność ordynatorów, niemniejszą rolę przypisać należy brakowi zupełnemu służby kuchennej, która by umiała gotować, a chciała służyć w szpitalu.

Ze swego doświadczenia mogę powiedzieć, że z chwilą, gdy ordynator okazuje zainteresowanie dobrocią pokarmów—kuchnia też się poprawia. Trzeba—od czasu do czasu—spróbować i mleka, i obiadu, i kolacji; sprawdzić, czy potrawy są przynieszone z kuchni nie zastygłe; trzeba się potatygować za każdym spostrzeżeniem uchyczeniem do kuchni, by wspólnie z gospodynią i kucharką zastanowić się nad przyczynami braków w pokarmach, a pewien wynik dla chorych pomyślny w każdym szpitalu się osiągnie.

Niemalą też rolę w umożliwieniu choremu spożycia przepisanej porcyi gra rozłożenie tego obowiązku na 14 do 16 godzin doby.

Nienormalny zwyczaj nauczył bardzo wielu z nas tego, że jadamy posilnie dwa razy na dobę: obiad o 1-ej i kolację o 7-ej (lub: śniadanie o 1-ej, obiad o 7-ej), więc dwie posilne biesiady spożywamy w ciągu 6 godzin doby, zadawalniając się „herbatką“ przez pozostałe godzin 18-cie. A chory w rodzinie stosuje się do tego. Taki podział biesiad niepozwala mu zjeść tego, co mu się należy. Musimy więc kazać jeść w ciągu 14 do 16 godzin doby, t. j. od jakiej 7 rano do 10 wieczór; chorym, którzy źle śpią, i w nocy zalecić należy spożycie jakiegoś posiłku.

Będzie dalej mowa o dawkowaniu ruchu i odpoczynku chorym na gruźlicę. Tu wspomnę tylko o szczególe, który może wpłynąć na łąknienie. Należy, mianowicie, zalecić chorym, którzy chodzili, by przed samym obiadem (i kolacją) przez jakieś pół godziny spokojnie leżeli; chorym zaś, którzy czas spędzają na leżeniu, zalecić, by przed samym obiadem (i kolacją) przez 15 do 30 minut używali ruchu

(o ile nie leżą w łóżku lub też mają zupełnie ruch zakazany).

Racya dzienna chorego na gruźlicę nie przedstawia nic swoistego; zachowujemy w niej ten stosunek pierwiastków pokarmowych, jaki podaje higiena dla ludzi zdrowych i silnych; nie należy w niej dawać pierwszeństwa żadnemu z trzech pierwiastków pokarmowych, jakimi są: białkany, tłuszcze, wodany węgla. Istotą bowiem terapii dyetetycznej jest raczej systematyczność i plan w żywieniu, nie zaś chęć wyszukanego jakiegoś, swoistego żywienia chorych.

Ilość pierwiastków pokarmowych, jakie ma spożywać w ciągu doby chory dobrze trawiący, powinna zawierać — mniej więcej — 45 ciepłostek na każde kilo wagi chorego, czyli około 2,700 ciepłostek dla chorego ważącego 60 kilogramów. Z tej ilości 0,2 pochodzić ma z białków, których wtedy potrzeba 100—140 gramów (około 410 do 570 ciepł.); 0,5 z tłuszczów, których mamy jakieś 150 gramów (około 1,400 ciepł.) i 0,3 z wodań węgla (około 700 do 1000 ciepł.). Te stosunki ulegają bardzo dużym wahaniom w zależności od środków materyalnych chorego (i szpitala) i w zależności od jego przyzwyczajeń. Tak np., wyżej wskazana ilość białka, jeżeli ma być pokryta głównie przez pokarm pochodzenia zwierzęcego — jest racją kosztowną; wysokie zaś ilości tłuszczu będą chętnie spożyte przez ludność pracującą fizycznie, natomiast np. żydzi takim ilościom tłuszczu nie poddają.

Staramy się dawać pożywienie, którego ogólna waga niezbyt obciąża narządy trawienia, pożywienie skoncentrowane; za daleko jednak i w tem dążeniu zejść nie należy; niewolno np. z tego powodu ograniczać wodań węgla, chyba w przypadkach niestrawności, o czem będzie mowa dalej.

Jeżeli chcemy określić jaknajprościej, co jeść powinien chory szpitalny, to powiemy, że codziennie powinien jadać to i tyle, co jada w święta inteligentny i dobrze się mający osobnik tej sfery, z której chory pochodzi. Racya dzienna zdrowego człowieka pracującego fizycznie jest dla chorego na gruźlicę, niepracującego, dyetą tuczającą.

Gwałtowne przekarmianie chorych, pchanie w nich per fas et nefas, ile się da, należy już do historii; osiągnano przy tej metodzie, i przy tolerancji chorych, łatwo przemijający przyrost tłuszczu, ale też i stałe przemęczenie narządów trawie-

nia, rozszerzenie żołądka, lub — co gorsza — otłuszczenie serca.

Jako przykład (ale *tylko* jako przykład) karmienia chorych szpitalnych, przytoczę dyetę stosowaną na moim oddziale szpitalnym:

O godz. 7 rano: Szklanka mleka.

„ 8 „ Szklanka kawy dobrze mleczonej (lub kakao) i dwie bułki z masłem.

O godz. 10¹/₂ r.: Dwa jajka. Szklanka mleka.

O godz. 1 pop. Obiad: zupa, sztuka mięsa (¹/₂ f.), pieczyście (¹/₂ f.), jarzyna lub kompot. Chleb.

O godz. 4¹/₂ pop. Szklanka mleka (lub kefiru). Chleb lub bułka z masłem.

O godz. 7 wieczór. Kolacja: pieczyście lub wędlina. Bułka lub chleb.

O godz. 9 wieczór. Szklanka mleka.

Taką porcyę otrzymuje chory dobrze trawiący, nawet przy gorączce. Podczas krwotoków, dyspepsy, przy wielkiej anoreksyi — karmi się chorych podług innego schematu, do którego jednak bardzo często są wprowadzane zmiany:

O godz. 7 rano: Szklanka mleka.

„ 8 „ Kleik (bułka) albo kakao.

„ 10 „ 2 jajka. Szklanka mleka.

„ 12 w poł. Szklanka mleka.

„ 1 popoł. Zupa (sztuka mięsa).

„ 3 „ Szklanka mleka.

„ 5 „ Jedno lub dwa jajka.

„ 7 wiecz. Kleik (bułka).

„ 9 „ Szklanka mleka.

Dając choremu, leczącemu się w domu, szczegółowy jadłospis na cały dzień, należy jeszcze dodać kilka uwag, które stanowią składową część leczenia dyetetycznego.

A więc każdy przepis dyetetyczny zaczynam od następujących, wielkimi literami wypisanych, słów:

Jeść wolno! Żuć i gryźć długo!

Pić małymi łykami. Myć usta po każdym jedzeniu! Myć ręce przed każdym jedzeniem!

Znaczenie tych lakonicznych imperatywów wyjaśniam kilku słowy, tłumacząc, jak dalece ułatwiamy pracę żołądka przez powolne jedzenie i dobre żucie; jak ważną jest dla łaknienia i trawienia czystość jamy ustnej, w której resztki pokarmów tak łatwo gniją; ile na brudnych rękach jest bakteryi i — jak dalece zanieczyszczone są ręce „myte dopiero przed godziną“.

Następnie zwracam uwagę na konieczność uregulowania stolca; zabraniam spo-

żywania leków przed jedzeniem, bo ich smak przykry czasem odbiera apetyt; każę po obiedzie, co najmniej pół godziny, poleżeć; wreszcie, jeśli ze słów chorego dowiedziałem się o jakich złych jego w dziedzinie żywienia przyzwyczajeniach, staram się go przekonać o tem.

O ile mam możność dania instrukcyi osobie, która chorego w domu pielęgnuje, pouczam ją, by ściśle przestrzegała godzin posiłku, w przepisie podanych, by w przerwach między tymi terminami nie choremu nie dawała (szczególniej słodczy), by przesadzoną troskliwością, niestannem nagabywaniem, nie nudziła go; by starała się pomysłowością w odmianie potraw, ich apetycznością, zapachem, a nawet wyglądem — zachęcić chorego do jedzenia; niech w tym kierunku, a nie tylko za pomocą słownej zachęty (tego monotonnego i tak drażniącego: jedz a jedz!), sprzyja naszym usiłowaniom.

Apetyczna, czysta zastawa stołowa nie jest w zwyczaju naszej, tak mało ochędźnej, ludności. W moim oddziale szpitalnym chorzy zasiadają do stołu zasłanego obrusem, mają dostateczną ilość talerzy na zmianę, mają serwetki do ust (każdy swoją, w kopercie płóciennej schowaną), porządne sztućce, kubki i miseczki do płókania ust i t. d. W izbie ludzi ubogich niechże przynajmniej stół wytrą przed podaniem obiadu, niech zdejmą ze stołu wszystkie niepotrzebne graty i szmaty, niech talerze i sztućce będą czyste. Takie drobiazgi nie tylko czynią spożywanie pożywienia przyjemniejszym, nie tylko czynią biesiadę apetyczniejszą, ale i pośrednio służą naszym celom; z talerza stojącego gdzieś na brzegu brudnego stołu, zarzuconego rupieciami, je się prędko, „byle zbyć“; do takiego jedzenia się nie zasiada, zbywa się je jako coś koniecznego, ale nie zbyt ważnego. Przeciwnie, — przy jakiej takiej zastawie stołowej obiad czy kolacja trwają dłużej, odbywają się powolniej i nadają cechę pewnej wagi całemu aktowi spożywania pożywienia — rzecz dla naszych chorych bezwarunkowo ważna.

Co się tyczy oddzielnych pokarmów, grających ważniejszą rolę w odżywianiu chorych na gruźlicę płuc, to należy o nich powiedzieć parę słów, które tylko dopełnią wiadomości zawarte w ogólnych podręcznikach higieny.

Mleko stanowi niczem niedające się zastąpić pożywienie w bardzo wielu stanach chorobowych, do których wszakże nienależy gruźlica płuc przebiegająca bez

gorączki u osobnika dobrze trawiącego. Żądając od pożywienia dla chorych na gruźlicę, by było skoncentrowane, już tem samem wyznaczamy mleku drugorzędą rolę; bo $\frac{9}{10}$ (894,2 na 1000) mleka stanowi woda. Chcąc pokryć potrzeby organizmu mlekiem, trzeba go spożyć przeszło cztery kwarty (1 kw. daje 690 ciepłostek). Mleko jest pożywieniem mdłym, nie zawiera składników podniecających, smakowitych, co się odbija na jego strawności. Że zaś mleko nie posiada *żadnych* właściwości *swoistych* przy leczeniu gruźlicy — o tem chyba nie warto mówić.

Jako zasadę więc przy żywieniu większości chorych na gruźlicę płuc, dobrze trawiących, przyjąć należy, że mleko zalecać należy *jako dodatek* do obfitego i posilnego pożywienia; więc po drugim śniadaniu, po obiedzie, po kolacyi — każmy się napić po szklance mleka; wogóle zaś w ciągu dnia nie powinni taey chorzy wypić więcej niż 1—1 $\frac{1}{4}$ kwarty.

Chorych, którzy zupełnie nie znoszą mleka, gwałtem do niego przymuszać nie należy; każdemu jednak trzeba tłumaczyć, że jest to pokarm przy leczeniu, mającem na celu wzmocnienie organizmu — bardzo pożyteczny. Jeśli chory nie znosi smaku mleka, niech doda trochę lekkiej kawy, herbaty. Łyżeczkę koniaku, niech je spożywa w postaci zup mlecznych, które zaprawić można cynamonem, goździkami, zapachem wanilii i t. p., dodając też do nich kaszki, ryżu, kluseczek i t. d. Należy spróbować — w celu urozmaicenia smaku mleka — dodawania do niego niewielkich ilości piwa. Wartość odżywczą podnosi rozbicie żółtka w mleku, dodanie doń cukru. Jeśli mleko sprawia rozwolnienie, dodajemy do niego kawę żołądźkową, wapienną wodę (1—2 łyżki na szklanekę), gotujemy na niem czekoladę, kakao. Jeśli sprawia zaparcie — dodajemy sól, śmietankę, wodę selcerską.

Chorem, którym się mleko uprzykrzyło, należy pozwolić na jakiś czas *zupełnie* odstawić ten pokarm, na tydzień, dwa a nawet dłużej, a po tym czasie ponownie je zalecić; zacząć od małych ilości i stopniowo je powiększać. Lepszy to system, aniżeli kiedy, jak to się zwykle dzieje — całe otoczenie chorego (nie wyłączając lekarza) stereotypowem napędzaniem nuży chorego, a wszystkie dolegliwości czyni od tego zależnemi, że „chory za mało pije mleka!“

Tę złą stronę mleka, że jest ono w stosunku do swej objętości za mało skoncentrowanem, próbowano usunąć przez

zgęszczanie. W tym celu do rondla z wodą wstawiano naczynie z mlekiem i stawiano na parę godzin na ogień. Ale nie wszystkim takie mleko smakuje. Lepszy podobno przetwór tego rodzaju stanowi mleko zgęszczone Jaworskiego, ale nie mam żadnego doświadczenia w tym kierunku. Polecić natomiast mogę i to bardzo, dodawanie śmietanki do mleka; dzięki temu dodatkowi staje się ono—w stosunku do objętości—o wiele pożywniejszem.

Śmietanka stanowi tę pochodną mleka, która wogóle grać może dużą rolę przy odżywianiu chorych na gruźlicę; dajemy ją albo czystą, albo z mlekiem, albo też z lekką kawą, herbatą. Kwarta śmietanki ma wartość 2400 ciepłostek. Więc, gdy szklanka (210 ctm.) mleka=145 ciepł., szklanka kawy (lub herbaty) ze śmietanką (50 ctm.) i cukrem (2 kawałki)=160 ciepłostkom; a przecież wielu chorych napije się chętniej herbaty ze śmietanką, aniżeli mleka.

Z innych przetworów mleka polecić można mleko kwaśne i kefir.

O ile chorzy lubią i znoszą kwaśne mleko, można je zalecić, np. na podwieczorek lub kolację. Kefir dzięki oświeżającemu i kwaskowemu smakowi jest bardzo pożądaną odmianą w diecie. Jak się przekonałem, można łatwo nauczyć służbę szpitalną przygotowywania tego napoju; używam go w moim oddziale szpitalnym, dając go chorym na podwieczorek; czynię to jednak tylko w zimie, ponieważ mi się w lecie zbyt często psuł. Pamiętać należy, zalecając kefir, kazać go przechowywać w zimnem miejscu, ale przed spożyciem potrzymać w pokoju przez jaką godzinę, albo wlać do gorącej szklanki, t. j. niepozwolić pijać zbyt zimnego kefiru.

Rzadko używane mleko kozie zalecać można nieraz chorym ubogim, na surowo, ponieważ kozy prawie że nie chorują wcale na gruźlicę.

Zarówno mleko, jak i śmietankę, kwaśne mleko, kefir należy pijać małymi łykami, nigdy „duszkciem“; dobrze jest przegrzać je kawałkiem chleba lub bułki.

Pożywieniem posiłnem, na które zwracam uwagę dobrze trawiącym chorym, jest ser, głównie ser krwi, byle niezbyt młody, bo ten zawiera za dużo wody.

Jeśli chorzy lubią i znoszą maślanekę, można na nią pozwolić, chociaż jej wartość odżywcza jest mała; szklanka maślaneki daje 80 ciepłostek.

Serwatka ma wartość odżywczą jeszcze mniejszą (1 szklanka=60 ciepł.). Zalecać ją można chorym, którzy w nią wie-

rzą, po szklance do dwu na czczo; jest to środek lekko przeczyszczający i sprzyjający rozrzedzeniu płwociny.

W wyborze mięsa i potraw mięsnych pozostawić można choremu wolność; zupełnie ubogim przypomnieć trzeba, że mięso powinno być niezbędną częścią składową ich pożywienia; zamożniejszych zaś ostrzegać należy, że wcale niepotrzeba karmić się ani wyłącznie, ani przeważnie mięsem. Wykorzeniać też należy przesąd o pożywności rosołu, którym często chcą „odżywiać“ chorych.

Jeśli chory niechętnie jada mięso, pamiętać należy o poleceniu mięsa zimnego, które często lepiej smakuje i które później, aniżeli gorące, wywołuje uczucie sytości. Bułeczkę z masłem i kawałkiem pieczenia lub kotleta zbyt rzadko poleca się chorym. O szynce i innych postaciach łatwo strawnej wędliny niewolno zapominać.

Ryby powinny też służyć do urozmaicenia menu naszych chorych; jedna z nich — najtańsza, mianowicie śledź, nie tylko do pobudzenia łaknienia, ale wprost jako potrawa (śledź dobrze wymoczony w mleku; śledź marynowany, wędzony, smażony, w siekance i t. d.) powinna być używana.

I z galaret trzeba robić użytek; takie np. nóżki cielece można śmiało włączyć do jadłospisu chorego na gruźlicę.

Przyprawy, sosy, chrzan, musztarda—w ilości uniarkowanej, stanowią zachęcającą do jedzenia i sprzyjają trawieniu mięsa.

Jajka—w ilości 2 do 3 dziennie, powinny stanowić zawsze składową część diety. Najlepiej jako jajka na miękko, jako żółtko do rosołu lub do mleka, ale też jako jajecznicca, jaja sadzone. Chorym nie lubiącym jaj na miękko można pozwolić na jaja twarde, ale posiekane drobniutko (posypać na bułeczkę z masłem).

Z tłuszczów najczęściej używać trzeba masła, surowego i do potraw, i śmietanki, ale też zwracać uwagę na tłuszcz szynki, tłuszcz mięsa wołowego, szpik kostny, tłuszcz nerkowy (tych dwu ostatnich używać muszą żydzi zamiast masła do smażenia potraw mięsnych). Natomiast, szanując organy trawienia, zabronić należy łożu, szmalcu gęsiego. Gdzie środki materialne nie pozwalają na masło i inne delikatne tłuszcze, zalecić należy tran, olej sezamowy.

Strawność pożywienia pochodzenia roślinnego w dużym stopniu zależy od sposobu przygotowania; przez rozdrabia-

nie, mielenie, krajanie, rozcieranie—niszczymy drzewnik, t. j. ułatwiamy przystęp soków trawiennych do tych pokarmów.

Wielu chorych sądzi, pod wpływem nierozważnych rad otoczenia, że tylko mleko i mięso są właściwym pokarmem dla chorych, więc—o ile im na to środki pozwalają—zaniedbują pożywienie roślinne. O konieczności pożywienia mieszanego musimy przekonywać takich chorych i przepisując dyetę zawsze wyraźnie wypisać i pieczywo i jarzyny. Widuję to w szpitalu, że chorzy np. przy obiedzie jedzą chleb lub bułkę dopiero po obiedzie, wtedy, gdy są jeszcze głodni; swój głód pragną zaspokoić raczej mlekiem i mięsem. Muszę więc im przypominać o przepisie przegryzania mięsa chlebem, namawiać do spożycia jarzyny, którą uważają za nieposilną, za zbyt czną.

Jarzyny muszą w pożywieniu tę jeszcze rolę spełniać, by za ich pośrednictwem wprowadzać do ustroju tłuszcz; o tej ich roli pomyślać należy i dobrze je okraszać.

Niemalą rolę grać może w odżywianiu chorych cukier i miód; sześć kawałków cukru dziennie (dodanych do kawy lub herbaty, do mleka) i jeden kawałek dodany do potraw—stanowią razem 140 ciepłostek, tyle co szklanka mleka. Miodu łyżka równa się 75 ciepłostkom, więc jest tyle warta, co jajko (71 ciepł.).

Kakao należy dziś przeważnie do stołu ludzi zamożnych; jesteśmy w naszym szpitalu w tem szczęśliwym położeniu, że do porcyi szpitalnej należy i ten napój. Korzystam z niego dla swych chorych chętnie, bo szklanka kakao ma wartość przeszło 200 ciepłostek. Każę je zwykle pić na zimno, bo ciepło zbyt łatwo wzbudza uczucie sytości.

Owoce otrzymują moi chorzy szpitalni tylko w formie kompotu i to dosyć jednostajnego, jako kompot z suszonych owoców. Chętnie jednak kupują sobie świeże owoce, do czego ich namawiam, odradzając różnych słodyczy, którymi i żółtek sobie psują i łaknienie.

Z preparatów odżywczych rzadko korzystam; jedyne w przypadkach wielkiego braku łaknienia używam ich jako skoncentrowanego pożywienia; najczęściej wchodzi wtedy w grę tropion, somatoza, robotat, mączka Nestlé, Knorra. Jedyne ekstrakt słodowy częściej zalecam, jeśli widzę, że chory tęskni do jakiegoś środka aptecznego jako dodatku do pożywienia.

Wogóle uważam za coś wysoce niewłaściwego zalecanie przetworów takich

ludziom ubogim; nikt bowiem nie widział z nich tak wielkiego pożytku, by mógł on zrównoważyć tę ofiarę, jaką okupuje nabywanie tych preparatów człowiek niezamożny. Niestety, wielu kolegów o tem nie pamięta i z niezrozumiałości dla mnie wytrwałością zaleca tuziny butelek różnych hematogenów i dynamogenów, bogacąc fabrykantów, a rujnując bezcelowo swych chorych.

Na nieszczęście, ci chętniej wierzą takim zaleceniom, aniżeli przepisom racjonalnej dyetetyki!

Do apteki posyłać wolno po jedyny środek odżywczy, po tran (lub olej sezamowy). O ile go chorzy znoszą, jest tran bardzo pożytecznym pożywieniem—lekiem. Chętnie go biorą nasze klasy pracujące fizycznie, głównie pochodzące ze wsi, gdzie smaczność pożywienia jest jednoznaczna z jego tłustością.

Oo do napojów wyskokowych, to nigdy ich nie zalecam, chyba w ostatnim stadium, i to w przypadkach wyjątkowych. Jeśli mi jednak chory oświadcza, że bez szklanki piwa niema apetytu do obiadu, pozwalam na tę jedną szklankę. Wobec powszechnej wiary we „wzmacniające“ własności wina, które chorzy za drogie pieniądze i tak często w złym gatunku, kupują, należy kategorycznie oświadczyć, co nauka o tem sądzi. Wódki zabraniam zupełnie, niezapominając przy tem dodać, jeśli mam do czynienia z pacjentem—żydem, że i naparstek wódki pijany naczem jest szkodliwy; trzeba bowiem wiedzieć, że żydzi, naogół bardzo rzadko nałogowo pijący, mają zwyczaj picia naczem małych ilości wódki; czynią to w celu zabicia apetytu aż do zmówienia rannych pacierzy (bo przedtem jeść nie wolno), a te pacierze odmawiają nieraz w trzy i więcej godzin po wstaniu.

Na koniak pozwalam jako na dodatek do mleka, np. w ilości łyżeczki na szklankę, wieczorem, przy nocnych potach.

O wynikach leczenia dyetetycznego sądzimy na zasadzie systematycznego ważenia chorych; ze względów na wstępie przytoczonych, nie należy podzielać optymizmu chorych, utożsamiających przyrost na wadze z nabyciem „ciała“. W każdym jednak razie waga daje nam pewne kryterium o postępie naszych usiłowań leczniczych, a jej wynik ma szczególnie ważne znaczenie, kiedy choremu na wadze ubywa lub—przy kuracji—nie przybwa.

O schemacie pożywienia podczas gorączki daje pojęcie tabliczka przytoczona

na str. 146. Ale odstępować od obfitego karmienia należy li tylko przy ostrej gorączce, kiedy chory źle znosi, nie trawi tej diety, jaką dopiero co opisałem; wtedy usuwamy to wszystko, czego chory nie znosi, stosując się do jego indywidualnych właściwości. Przy gorączce nieustąlej, korzystamy z godzin bezgorączkowych i wtedy podajemy mu pożywienie trudniej strawne, trzymając się w okresie gorączkowym mleka, zup i t. p.

Przy napadach ostrej gorączki, w początku każdej gorączki wogóle—zaczynamy od diety bardzo ścisłej, głównie zup kleistych i mleka, stopniowo przechodzimy do coraz śmielszej, a przy długotrwałej gorączce staramy się odżywiać chorego wszystkim, co wyżej zostało dla chorych niegorączkujących polecone. Liczyć się musimy wtedy, rzecz prosta, zawsze z faktem, iż chory leży, więc wogóle mniej zużyć może.

O żywności chorych z krwotokami, przy rozwolnieniu i t. d.—będzie mowa na innym miejscu.

Dostarczenie pożywienia—jak już na wstępie powiedziałem—jest dopiero połową zadania w leczeniu dietetycznym. Organizm musi materiał odżywczy użyć właściwie, t. j. odbudować z niego tkanki.

Czynniki, które pobudzają komórki organizmu do żywszej asymilacji, mamy w stosowaniu leczniczym: światła; powietrza; zabiegów mechanicznych; zabiegów wodoleczniczych.

Te wszystkie czynniki stanowią razem środki leczenia higienicznego, a odpowiednio ujęte w system będą rozpatrzone w rozdziale następującym, jako środki leczenia fizycznego.

II.

Jako środki leczenia fizycznego służą nam: światło, powietrze, ruch i odpoczynek przepisami specjalnymi określone, bodźce mechaniczne i termiczne na skórę stosowane, wreszcie—wpływy psychiczne.

Leczyć gruźlicę płuc należy zdala od miast, w których cząsteczki pyłu i sadzy, unoszące się ponad domami, pochłaniają znakomitą część promieni słonecznych, a wyziewy, kurz i bakterye zanieczyszczają powietrze.

Światła nietylko w mieszkaniach miejskich, leżących w wązkich ulicach i ciasnych podwórzach, niema; brak go i na placach, brak i w ogrodach miejskich. Powietrze miejskie, mało ruchome, nieświe-

że, nie pobudza do oddechania głębokiego, a drobnoustroje w jego pyłe zawarte są przyczyną zakażeń wtórnych, które gruźlicę płuc zmieniają na suchoty.

Więc nawet najuboższemu choremu należy przede wszystkim poradzić ucieczkę z miasta. Niejeden ma krewnych, powinowatych, znajomych na wsi—niech się tam uda i prowadzi kurację podług planu, jaki mu damy.

Niestety, i ci którzy są w tych warunkach, że mogliby u krewnych znaleźć gdzie na wsi dla siebie osobny pokój i dostateczne pożywienie—są przez konieczność pracy zarobkowej zmuszeni do pozostania w mieście. Jeżeli wyjadą, to na dwa—trzy tygodnie, a i tę przerwę w zarobku okupują albo niedostatkami i pogorszeniem warunków bytu po powrocie, albo zdwojoną pracą zawodową. Inni nie mogą wcale porzucić zarobkowania; inni wreszcie—najlichniesi—z dobrej woli lub musu (osłabieni) pracować zaprzestają, ale nie mają środków materialnych na wyjazd z miasta i osiedlenie się na wsi.

Niepodobna przecież takim chorym powiedzieć: leczyć cię nie mogę. Nie wolno zesztą tego mówić, bo nawet w złych warunkach miasta można niejednemu choremu dopomóc, można nawet wielu wyleczyć.

Więc ręk lekarzowi zakładać niewolno. Ma on wtedy o wiele, wiele trudniejsze zadanie, aniżeli, kiedy wysłać może swego pacjenta do sanatorium; ale kto próbował tej rozkoszy, jaką daje uleczenie chorego na gruźlicę biedaka, powrócenie go rodzinie i życiu, ten nie pożałuje swej pracy i zachodu, gdy doń się zgłosi drugi, trzeci i setny niezamożny chory.

Wobec zupełnego braku sanatoryjów ludowych, musimy ubogich leczyć albo w domu albo w szpitalach.

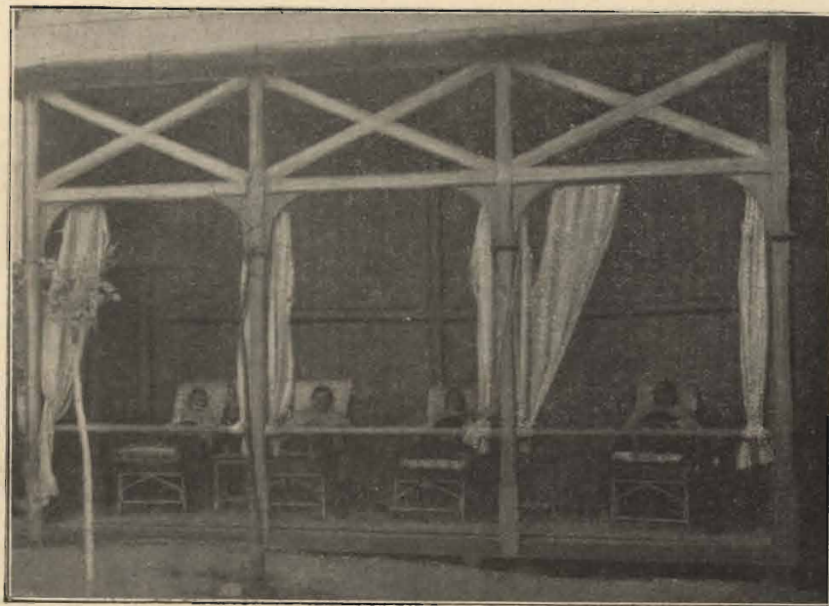
W obu wypadkach stosować należy te metody lecznicze, jakie pod nazwą metody leczenia dietetyczno-fizycznego wydoskonalone zostały w sanatoryjach. Wielkie i pierwszorzędne ustępstwa musimy wtedy czynić, ale i to co zostaje z tej metody korzyść przynosi.

Najwięcej uratować można z metody sanatoryjnej, umieszczając chorego w specjalnym oddziale szpitalnym, szczególnie jeśli szpital sam jest higienicznie urządzony i jako tako wyposażony.

Taki oddział specjalny w każdym szpitalu powinno się urządzić. Wybiera się w tym celu sale widne i największe i umieszcza się w nich tylu chorych, by

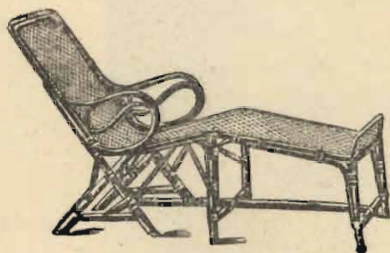
ilość powietrza przypadającego na jednego chorego wynosiła conajmniej 45 metrów sześciennych. W oknach muszą być zrobione lufeiki, ale nie w dolnej szybie, tylko w najwyższej. Do zwykłego urządzenia sal w naszych szpitalach muszą

rych by mogli leżeć chorzy w ciągu godzin przez lekarza przepisanych. Formę takich ławek trzeba przystosować do formy leżaków używanych w sanatoryjach; widać z załączonego rysunku, co jest w tych leżakach charakterystycznego:



Mała leźalnia szpitalna.

przybyć: umywalnie, zegar, waga, porządny stół jadalny, po krzesła z poręczą dla każdego chorego, szafa do rzeczy (na korytarzu), kwiaty w oknach; chorzy muszą otrzymać podwójne kołdry, soplucaczki, kubki do płukania ust, szczoteczki do rąk i do zębów; w zimie—koszulki, buty filcowe, baszlyk, ciepłe rękawiczki.



Leżak typu niemieckiego.

Pozatem, w ogrodzie szpitalnym (a nawet najgorsze nasze szpitale miewają ogródki) trzeba wystawić z góry i trzech stron zasłoniętą, od południa otwartą, altanę, a w niej postawić ławki szerokie (kanapki trzcinowe będą może zbyt drogie), na któ-

dzięki oparciu dla krzyża chorey w pozycji półleżącej może swobodnie i głęboko oddychać; dzięki podpórce pod kolana—chory leżeć może długo, nie męcząc się, ponieważ mięśnie są wtedy rozluźnione, nienapięte. Typ inny, którego rysunek też przytaczam, ma tylko tę zaletę, że jest lekki, przenośny (żelazo i płótno); prócz tego z takich leżaków korzystają w niektórych sanatoryjach w celu biernego przekrwienia płuc; jest to metoda oparta na teorii, według której przekrwienie (głównie żyłne) chroni płuca od gruźlicy; na tych leżakach można chorych tak ułożyć, żeby nogi były wyżej od tułowia.

Ławki pokryć należy materacem; pod głowę dać poduszkę z trawy morskiej.

W lecie kanapki wystawia się do ogrodu, poza altany, które dają cień chroniący od upału.

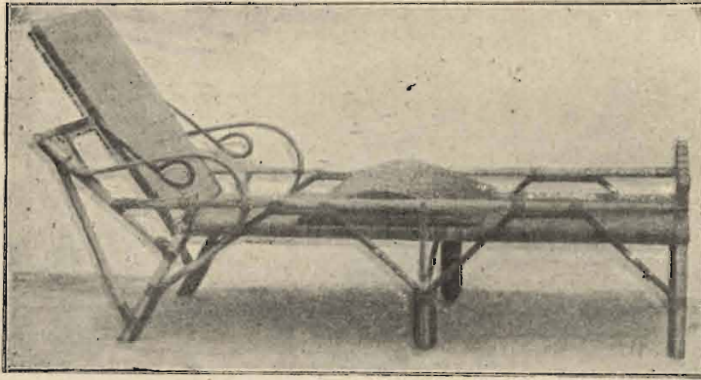
Mając w ten sposób urządzony oddział szpitalny, możemy zastosować jako środek leczniczy aeroterapię, której dewiza brzmi krótko:

Czyste powietrze dniem i nocą.

Więc przede wszystkim: duża sala, dużo przestrzeni na każdego chorego; łóżko na salę wystawione (prostopadle do ściany); w lecie okna otwarte przez cały

Czystość jest hasłem, które zarówno służbie, jak chorym niez mordowanie powtarzać należy.

W sali niewolno przechowywać ani bielizny brudnej, ani odzieży, obuwia, ani



Leżak typu angielskiego, z ruchomym oparciem pod kolana.

dzień, a w nocy niedomknięte; podczas chłodnej pory: we dnie otwarte okna, w nocy — niedomknięte lufki; podczas mrozów—okna otwierane po parę godzin w ciągu dnia, przy nieustannem ogrzewaniu sali. W moim oddziale okna są pod-

resztek pokarmu, ani naczyń nocnych. Zaglądać musi lekarz do szafek nocnych sprawdzać, czy nie ma kontrabandy pod poduszką, pod materacem. Rzecz prosta, że wtedy każdy chory musi mieć swoją szufladę w komodzie, lub szafeczkę, od



Leżak przenośny (typ Weickera) umożliwiający autotransfuzję krwi do płuc.

czas mrozu otwarte przez cały ten czas, kiedy chorzy są w leżalni; tylko na czas ubierania się, rozbierania, jedzenia—okna się zamyka; ale np., kiedy chorzy są już w łózkach, wieczorem, znów okna na jakiś czas (w zależności od stopnia mrozu) zostają otwierane.

których klucz ma przy sobie, a gdzie swą własność przechowywać może.

Zamiata się, okurza, czyści wszystko na mokro. Dużo trzeba cierpliwości, by naszą służbę do tego przyzwyczaić, ale udaje się to wreszcie, jeśli naukę i kontrolę bierze na siebie—ordynator.

Jakkolwiek niektórzy pod mianem aeroterapii rozumieją leczenie powietrzem tylko na werandzie, w leźalni, należy właściwie cały pobyt w szpitalu wyzyskać w celu nieustannego „kapania“ chorych w świeżem powietrzu i w świetle.

Pobyt w leźalni trwa w lecie od śniadania do obiadu, a po obiedzie—aż do zachodu słońca, a nawet dłużej; w zimie, a raczej w zimnej porze roku, leżenie w altanie trwa różnie długo — zależnie od stanu pogody. Przy słonecznym, niebardzo mroźnym dniu, bezwietrznym, leżą nasi chorzy, po zjedzeniu drugiego śniadania, od pół do jedenastej do obiadu, t. j. do godz. pierwszej, i od godz. drugiej do czwartej. Przy silniejszym mrozie: od godziny jedenastej lub pół do dwunastej—do obiadu, a po obiedzie półtorej godziny lub tylko godzinę. Przy mgłę wcale chorych na powietrze niewypuszczam, a przy silnym mrozie—pozwalam na przechadzkę po ogrodzie. „Leżenie“ odbywa się wtedy w sali, w której okna albo stale, albo czasowo są otwarte.

Na zimę chorzy się sami zaopatrzyć muszą w bardzo ciepłą odzież (wełnianą bieliznę każdy mieć musi, jeżeli zimą wstępuje do szpitala; dla bardzo ubogich niетrudno wystarać się o nią, mając protektorów oddziału); oddział daje futrzane obuwie i grube dery; nasi np. chorzy są (przez służbę) zawijani najprzód w lżejszą derkę, a po tem w podwójną, zeszytą z derki cieńszej i derki bardzo grubej; ta ostatnia ma jeszcze rodzaj kieszeni, w którą chorzy nogi kładą, przytrzymując ją tym sposobem i niepozwalając odwinąć się.

Nie należy jednak każdego chorego i to zaraz od pierwszego dnia poddawać leczeniu na leźalni. Przeciwnie, przez pierwsze dni pobytu chory powinien leżeć w łóżku; następnie—przez parę dni—w pokoju przy otwartych oknach pozostawać, a dopiero po tem, stopniowo przejść do tych norm, jakie wyżej przytoczyłem. Zawsze należy się przytem kierować dwiema wskazówkami: czy chory nie ziębnie i czy niema—pod wpływem stałego pobytu na powietrzu — przyspieszenia tętna. W obu takich przypadkach należy ograniczyć pobyt w leźalni i zastąpić go leżeniem w pokoju.

Leżenie w łóżku, zupełny spokój przepisujemy wszystkim chorym w ciągu pierwszych dni pobytu w szpitalu.

Za wskazanie do stałego pozostawienia chorych w łóżku (nawet do mycia wstawać im niewolno) uważać należy: 1) Pod-

wyższą ciepłotę, t. j. ciepłotę (którą się mierzy pod pachą conajmniej 3 razy dziennie) przechodzącą, choćby przez krótki czas w ciągu doby, 37°,2 — 37°,3 C°. 2) Wahania ciepłoty—w ciągu doby—przechodzące jeden stopień, np. 35,7 w jednej porze dnia, a 37,1 — w innej. W obu tych przypadkach próbujemy za pomocą stałego leżenia w łóżku zwalczyć te objawy nieprawidłowe. Jeśli jednak wielotygodniowe pozostawanie w łóżku nie usunie tych objawów—wyrzekamy się tego środka leczniczego. 3) Ogólne osłabienie, słabe serce—nawet przy braku gorączki. 4) Poty, dreszcze — nawet przy braku gorączki. 5) Zmniejszanie się wagi ciała. 6) Wszystkie świeże procesy, powstawanie nowych ognisk, sprawy wyraźnie czynne. 7) Krwawienia, krwotoki. 8) Zapalenie opłucnej (mówiąc nawiasem, nazbyt często przeoczone w przebiegu gruźlicy płuc).

Z chwilą ustąpienia wyliczonych objawów—pozwalamy wstawać choremu, z początku na parę godzin, po tem na cały dzień, pozwalamy na przejście do leźalni, wreszcie—pozwalamy na ruch, na małe spacery.

Wskazówki ściśle co do ilości dozwolonego ruchu trudniej dać, aniżeli co do spokoju. Tylko o ruchu specjalnym, o ćwiczeniu klatki piersiowej można ściślej mówić.

Gimnastyka płuc jest wprost zakazana przy świeżych sprawach, przy skłonności do krwotoków, przy osłabieniu ogólnem, jednym słowem przy tych objawach, przy których zalecane jest leżenie stale w łóżku.

Natomiast we wszystkich innych okresach należy sprzyjać ćwiczeniu płuc, pobudzać je do najdoskonalszej czynności; tym sposobem sprzyjamy przewietrzaniu płuc, przyspieszamy wymianę gazów, poprawiamy krążenie, wzmacniamy mięśnie oddechowe, i—co najważniejsza—sprzyjamy eliminacji tkanek zniszczonych. „To co jest chore, musi albo zostać wydalonym (mówi Hoffmann w swej „Terapii ogólnej“), albo otorbionem“; „jedna i druga sprawa niemoże się odbyć przez słabszą, lecz przeciwnie przez energiczniejszą czynność żywotną w otaczającym zdrowym mięszu. Jeżeli w płucach pewien odcinek jest chory, to niewłaściwie byłoby przez ochranianie zatrzymywać go w ciele przez czas długi; im wcześniejszy ustrój go się pozbędzie, tem lepiej dla niego“.

Oszczędzać siły całego ustroju, oszczędzać serce, ale płuca ćwiczyć należy.

Czyni to przede wszystkim pobyt na powietrzu; wpływ (szczególnie zimnego) świeżego powietrza jest najlepszym bodźcem wzmacniającym i pogłębiającym ruchy oddechowe. Specjalna gimnastyka płuc też może być stosowana. Najprostszy, najłatwiejszy i — najpożyteczniejszy zabieg gimnastyczny, polega na tem, by chory nauczył się porządnie wydechać, dobrze opróżnić płuca ze zużytego powietrza; bo tylko dobrze opróżnione płuca może zaczerpnąć dużą ilość powietrza. W tym celu każemy chorym po każdym wydechu powiedzieć głośno: raz, dwa, trzy. Taki zabieg należy nakazać parę razy dziennie, po kilka (po tem po kilkanaście minut) za każdym razem.

Po za tem: gimnastyka szwedzka, te ćwiczenia, które mają na celu ruchy klatki piersiowej.

Na moim oddziale mam specjalne, do ściany przymocowane, przyrządy gimnastyczne.

Pilną uwagę chorych zwracać na to należy, by oddychali przez nos, a nie ustami; jeśli niemożemy chorego przyzwyczaić do tego (sprawdziwszy, że nos jest drożny, że niema wyrośli adenoidalnych), wtedy zastosować można na jakiś czas przyrządek Hebricka („Lungenschoner“). Jestto niewielka płytka kauczukowa lub aluminiowa, zakładana pod wargi, więc niewidoczna. Chorzy noszą ją przez cały dzień lub tylko na leżalni.

W odę stosuje się przy leczeniu gruźlicy płuc w celu: 1) pielęgnowania skóry; 2) oddziaływania na przemianę materii; 3) zahartowania; 4) leczenia spraw miejscowych.

Kąpiel ciepłą otrzymuje każdy chory w dniu wstąpienia do szpitala, a po tem raz na tydzień — o ile jakieś powikłania, (krwotoki, krwawienia) temu nie przeszkadzają. Stosuje się zwykłą kąpiel ciepłą, 28° R., w ciągu 10 minut, po czem służący lub służąca dokładnie chorych osusza.

W celu oddziaływania na przemianę materii używa się w sanatoryach wielu zabiegów hydropatycznych. Z tych różnych wskażę tylko na te, które najłatwiej w szpitalach stosować można i do których można naszą ludność przekonać.

Ponieważ wodolecznictwo ma u nas dotąd jeszcze ciągle tak nielicznych zwolenników, pozwolę sobie na powtórzenie (za M u t e r e m) kilku uwag teoretycznych, które powinny nami kierować przy stosowaniu zimnej wody w lecznictwie suchot.

Zasadą ogólną jest, że: zimno obniża, ciepło zaś potęguje czynności fizyo-

logiczne. Ale ta zasada ogólna wtedy dopiero odzwierciadla prawdziwy stan rzeczy, kiedy zimno obniży, a ciepło podwyższy — ciepłotę całego ustroju, a nie — danej części, danego narządu. Tym sposobem zimno działa podniecająco na utlenianie, a ciepło je obniża — tak długo dopóki nie zostaje przez nie zmieniona ciepłota całego ciała.

Zimno obniża utlenianie, a ciepło je zwiększa z chwilą, kiedy równocześnie ciepłota całego ciała zostaje niższa, lub podniesiona.

Ponieważ przy leczeniu suchot mamy do czynienia ze zbyt szybką wymianą materii, więc nasze zabiegi wodolecznicze muszą być zawsze tego rodzaju, by ani odciągały ciepłoty, ani też jej nie podnosiły; w pierwszym wypadku zmniejszilibyśmy utlenianie (w organizmie grodzilyby się szkodliwe wytwory przemiany nieutlenione); w drugim wypadku — zwiększyłyby się rozpad tkanek.

Chcąc w celu pobudzenia asymilacji podziałać bodźcem zimna i zarazem nie odciągnąć organizmowi ciepłota, wodolecznictwo tak postępuje: najpierw sztucznie zatrzymuje na powierzchni skóry pewną ilość normalnie traconego ciepła, po tem zaś — stosując zimno — „spółkuje“ tylko to czasowo nagromadzone na skórze ciepło.

Bodziec, który potęguje utlenianie, niezabierając ciepła przytem wytworzonego, jest bodźcem sprzyjającym asymilacji. Z tą chwilą bowiem, kiedy na podrażnienie, zwiększające utlenianie, organizm nie jest zmuszony reagować wytwarzaniem ciepła (jak to się zwykle dzieje po utracie ciepła z powierzchni), z tą chwilą zwiększona produkcja idzie na korzyść asymilacji.

Zwiększone utlenianie nie jest wtedy źródłem energii kinetycznej, lecz służy do nagromadzenia energii potencjalnej, t. j. do pomnożenia komórek tkankowych.

W celu nagromadzenia ciepła na powierzchni używa się następujących środków: leżenie w łóżku; zawijanie suche; zawijanie wilgotne; kąpiel ciepła (28,5 R°) przez kwadrans; natryski ciepłe (29° R°); kąpiel słoneczna.

Jako bodźce zimna służą: obmywania zimne, wycierania zimne, oblewania, natryski zimne.

Kombinując te dwie metody, mamy cały szereg sposobów leczenia; dając przewagę metodom pierwszej kategorii — działamy oszczędzająco; kładąc większy

nacisk na zabiegi drugiej kategorii—ćwiczenia w zimnym organizmie.

Liczymy się w wyborze i stopniowaniu tych środków z indywidualnością chorego i stadium choroby: inaczej leczymy osobnika eretycznego, inaczej — torpidnego; inaczej — *Phtisis incipiens*, inaczej — *Phtisis consummata*; różne wskazania dają oddzielne objawy chorobowe, które zwalczamy: bezsenność, gorączka, zaburzenia kiszki i t. p.

Stosując bodźce zimne, o jednym wszakże zawsze pamiętać należy, by po nich zawsze starać się o reakcję; jeśli wskazania przemawiają za leczeniem oszczędzającym—każemy choremu po zabiegu wodolecznicyz ogrzać się biernie, w łóżku; jeśli chcemy stosować leczenie ćwiczące, każemy choremu rozgrzać się czynnie, przez ruch, przechadzkę.

Dwa głównie zabiegi wodolecznicze zalecam moim chorym.

Po pierwsze, myć się codziennie zaraz po wstaniu z łóżka zimną wodą wprost z kranu, aż do pasa, myć i zlewać obficie tą wodą piersi, plecy, szyję, kark.

Po wtóre, wycieranie całego ciała, rano i wieczór. Ten ostatni zabieg jest tak systematyzowany. Z początku, przez parę dni chorego wyciera służący (lub służąca) rano i wieczór suchym kawałkiem flaneli, mocno rozcierając całe ciało. Po tem przez parę tygodni, a nawet dłużej, wyciera roztworem spirytusu z solą (dodając do tego nieco tymolu); wreszcie każe wycieranie robić wodą zimną. Przy wycieraniach wodą używa się gąbki, za pomocą której należy kolejno każdą okolice ciała lekko zwilżyć wodą zimną i po tem mocno wytrzeć suchą flanelą; po zakryciu wytartej okolicy ciała obnażamy inną i znów tę zwilżamy paru pociągnięciami gąbki poczem mocno wycieramy flanelą. Chorych nacieramy rano i wieczór; wieczorem przed tym zabiegiem chory musi, jeśli cały dzień nie leżał w łóżku, conajmniej godzinę przebyć w łóżku.

Stosując hydroterapię w celu hartowania, staramy się za pomocą podrażnień cieplnych i mechanicznych wywołać odczyn (reakcję), pobudzić i podnieść napięcie naczyń, tkanek, do żywszej działalności doprowadzić czynność serca i krążenie krwi we wszystkich narządach. Temu towarzyszy żywsze utlenianie w tkankach, zwiększona wytwórczość krwi, zwiększone wytwarzanie ciepła w mięśniach, spotęgowana działalność gruczołów wydzielniczych (pot).

Najczęściej stosowane w sanatoryach ludowych w Niemczech natryski—mało znajdują u nas zwolenników; przyznaję, że jakkolwiek mam je w szpitalu — nie korzystam z nich. Za pomocą natrysków zimnych hartujemy w sposób najdoskonalszy naszych chorych; ale ta najsilniejsza metoda ćwicząca nie może być stosowana większości chorych szpitalnych, ponieważ są to przeważnie ludzie, którzy nie nadają się już do tak forsownego hartowania, t. j. zabiegu, który przede wszystkim przyspiesza wymianę materii. Dla tych chorych wskazane są te zabiegi hydropatyczne, które — jako lecznicze — wyżej podałem.

Miejscowo stosujemy wodę jako zimny okład na serce—w celu uspokojenia tego organu, lub wzmocnienia go, albo jako środek usmierający ból, np. przy zapaleniu płucnej.

Najważniejszy jednak zabieg miejscowy polega na stosowaniu t. zw. opaski krzyżowej.

Popularny u nas okład Priessnitza na piersi ma tę wadę, że obejmuje, założony na klatkę piersiową, zaledwie dolną połowę płuc. Ażeby okład mógł działać i na górne płaty, t. j. na najczęstsze siedlisko sprawy gruźliczej, musimy go stosować w postaci opaski krzyżowej, tego niezbędnego i znakomitego środka pomocniczego przy leczeniu suchot płucnych.

Opaska stanowi doskonały środek z kategorii zatrzymujących ciepło na powierzchni ciała; z tego punktu widzenia należy ona do kategorii leków hydroterapeutycznych ogólnych, zwiększających asymilację, jeśli—rzecz prosta—po jej zdjęciu stosujemy zimne, (8—16 R°), krótkie, nacieranie wodą; po nacieraniu należy wytrzeć ciało do sucha grubym ręcznikiem lub flanelą.

Miejscowe działanie opaski jest różnorodne. Pod jej wpływem kaszel staje się rzadszy i wilgotniejszy, odpływanie łatwiejsze; serce zostaje wzmocnione — a dzięki temu krew lepiej w płucach krąży.

O technice nakładania tej opaski i jej działaniu będzie obszerniej mowa dalej, przy rozpatrywaniu środków objawowych przeciw kaszlowi.

O zabiegach hydropatycznych stosowanych w celu zmniejszenia gorączki będzie też mowa dalej, przy rozpatrywaniu środków zwalczania tego objawu.

(D. e. n.)



O zaraźliwości trzeciorzędnych objawów przymiotu i o jego dziedziczeniu.

Przez Dr. H. Fidera (Radom)

(Dalszy ciąg).

B). *Częstość i czas występowania objawów trzeciorzędnych.* Objawy 3-o rzędne mogą występować po upływie nawet 16, 20 lat, a jak twierdzi Fournier—po 30, 40, 50, 60, 65 i 67 latach. Przytacza on np. przypadek D-ra Pétila dotyczący 87 letniego starca, który miał na skórze wykwity gruzelkowe (syphilide tuberculo-crustacée) jako następstwo przymiotu nabytego w 20 roku życia*).

Lecz, na szczęście, występowanie 3-io rzędowych objawów nie jest *conditio sine qua non* w przebiegu przymiotu.

Słyszeliśmy już, że według obliczeń Fingera zaledwie 20% (wśród leczonych) do 40% (wśród nieleczonych) zapada na nie. Jeszcze ciekawszą jest statystyka zebrana przez Fourniera w powyższej pracy, a dotycząca 4400 chorych (w tem 4000 mężczyzn a 400 kobiet). Fournier dokładnie obliczał czas pojawiania się 3-io rzędowych objawów, licząc od chwili zachorowania i znalazł, co następuje: że objawy 3-cio rzędowe ukazują się w przeciągu pierwszych

10 lat wśród	70% chorych.
od 10 do 20 lat —	22,3%
" 20 " 30 " —	5%
" 30 " 40 " —	1%
" 40 " 50 " —	0,28%

Niebezpieczeństwo pojawienia się 3-ciorzędowych objawów (mówi F.) zmniejsza się z biegiem czasu. Im przymiot jest starszy, tym rzadsze stają się jego przejawy (*méfais*). I to w tym stopniu, że chory, szczególnie jeśli był leczony, może porzucić wszelkie obawy, gdy go dziełli znaczny okres czasu od początku zachorowania.

Na potwierdzenie słów powyższych, pozwolę sobie przytoczyć statystykę 3-ciorzędowego przymiotu, zebraną przez Adlera*) a opartą na 1676 przypadkach przymiotu. Otóż wśród tej liczby przymiotowych 3-ciorzędne objawy wystąpiły u 224, co stanowi 13,4%. Neuman na 9142 przymiotowych spostrzegł 3-ciorzędne objawy wśród 665, co stanowi 6,8%. Hirsz-

*) Fournier. *Evolution du tertialisme Sem. Medic.* 1900 str. 79.

*) Beitrag zur Statistik der tertiären Lues. Aus Dr. B. Lederman's Poliklinik und Privatpraxis von Dr. Ernst Adler, Assistenzarzt der Poliklinik. Ber. Klin. Woch. 1902 № 33 str. 756.

feld z kliniki Neissera podaje liczbę 3-ciorzędnych przymiotowych na 17,6% zaś z prywatnej swej praktyki na 26,8%. Cyfry Adlera zebrane są za lat 10 od 1891 po 1901 r. Ze statystyki powyższej wypada, w dalszym ciągu: 1-o, że 3-ciorzędne objawy występują najczęściej u osób, które się zarażyły w młodym wieku. Połowa wszystkich przypadków przypada na zarażonych pomiędzy 20 a 30 rokiem życia, znacznie mniejsza część (17,3%) pomiędzy 30 a 40 i bardzo nieznaczna (8,9%) pomiędzy 40 a 60 rokiem; 2-o) że objawy 3-ciorzędne występują już w roku pierwszym i osiągają swego szczytu w 3 im roku po zarażeniu, poczem liczby te maleją; 3) że występowanie 3-ciorzędnych objawów przed rokiem 20 i po roku 60 należy do niezmiernych rzadkości i że najczęściej się pojawiają (więcej niż w połowie przypadków) pomiędzy 30 a 40 rokiem życia. Nie spostrzegano szczególnego usposobienia w starym wieku do występowania 3-ciorzędnych objawów. 4-o) że z pośród chorych obarczonych 3-ciorzędnymi objawami 63,7% nie leczyło się zupełnie w II okresie, zaś 31,3% podlegało leczeniu, z czego 17,4% leczyło się raz, zaś 13,8% dwa, trzy i więcej razy. Ze statystyki Liona (z kliniki Neissera) wypada, iż z liczby chorych z 3-ciorzędnymi objawami:

65,4%	nieleczyło się zupełnie lub leczyło się niedostatecznie.
22,3%	podległo jednokrotnemu leczeniu.
9,2%	dwu lub 3 krotnemu "
2,5%	4-o krotnemu "

Gdy więc co najwyżej 40% chorych ulega przejawom 3-ciorzędowego okresu, gdy z biegiem czasu w miarę oddalenia się od chwili zarażenia maleje niebezpieczeństwo okazania się objawów 3-ciorzędnych, gdy—według wyrażenia Fourniera (cytowanego w tejże pracy)—tylko 2, 3 i 4 rok są najniebezpieczniejszymi pod tym względem, to możemy bez obawy patrzeć na los syfilityka, szczególnie, jeżeli ten był leczony.

C.) *Długość trwania okresu zaraźliwości przymiotu.*

W omawianej tutaj przez nas sprawie odziedziczenia przymiotu ważnem jest poznanie długości trwania okresu zaraźliwości.

Trwa ona według Hutchinsona 2 lata, według Campa 3, według Foularda 4, według Blaschko 5¹/₂, jakkolwiek notowane są przypadki, w których zarażenie drugiego osobnika nastąpiło w 10 lat po pierwszym swoistem zakażeniu (Hutchin-

schson) i po latach 15 (Tarnowski). Według ostatniego autora, w przeciągu pierwszych 5-u lat, 80% chorych posiada wykazy zaraźliwe; po 10-o latach takowe wykazać można wśród 2,6% chorych, zaś po 15 latach wśród 0,5%. A więc okres zaraźliwości waha się od 2 do 15 lat; najczęstszym jest do lat 5-u, poczem szybko maleje. Niewątpliwie, zależeć to musi od leczenia i od ustroju chorego. Wiadomą jest bowiem rzeczą, iż przymiot trzyma się najuporczywiej u osobników zolżowatych, gruźliczych, wątłych, wyniszczonych, alkoholików, nieumiarkowanych w życiu, i wśród ludu prostego, nieświadomego grozy choroby i jej następstw, oraz nieleczącego się. Wśród wymienionej tu kategorii chorych, przymiot czyni największe spustoszenia, już to skracając życie, już to wywołując głębokie zmiany w narządach wewnętrznych (cierpienia układu nerwowego i skleroza układu krwionośnego).

Otóż w tym 5-o letnim okresie przymiot jest najbardziej niebezpiecznym, tak pod względem swej jadowitości, zaraźliwości, jakoteż zdolności przeniesienia dziedzicznego. To ostatnie—zarówno w okresie jawnym, jak i w okresie utajenia. A więc w tym okresie należy zabronić chorym wstępowania w związek małżeński. Zjawić się jednak może następujące słuszne pytanie. Jeżeli okres zaraźliwości trwać może lat 15 i jeżeli w tym okresie przymiot może być przeniesiony drogą dziedziczenia, nawet wtedy, gdy jest utajony, to czy nie byłoby racjonalniej pozwolić wstępować w związki małżeńskie dopiero po upływie 15 lat od chwili zarażenia się. Lecz na to pytanie daje wyczerpującą odpowiedź Finger, który twierdzi: 1-o że niebezpieczeństwo dziedziczenia zmniejsza się zależnie od dawności przymiotu rodzicielskiego i 2-o, że nawet w tymże drugim okresie dziedziczenie nie jest obowiązkiem; nawet pomimo jawnych wykwitów u rodziców, mogą się rodzić zdrowe zupełnie dzieci.

To samo twierdzi Neuman, mówiąc, że niebezpieczeństwo odziedziczenia przymiotu zmniejsza się stale w miarę oddalenia się od chwili zarażenia się.

Lesser*) twierdzi, że w sprawie zawierania małżeństw przez przymiotowych panuje przesadzony pesymizm najwybitniej wyrażony słowami pewnego francuskiego lekarza: „Avec la syphilis

il faut rester celibataire“. Twierdzenie to z gruntu jest fałszywym i mogłoby doprowadzić do najgorszych wyników, gdyż po pewnym czasie przymiot staje się najzupełniej bezpiecznym zarówno dla żony jak i dla dzieci. Szczególniej podejrzanyymi są te przypadki, w których ojciec dziedzicznie obciążonego przymiotem dziecko podaje, jakoby zarażenie miało miejsce przed 10-u lub więcej laty przed ślubem. Albowiem uważa (Lesser) za zupełnie niemożliwe, aby przymiot mężczyzny po 10 lub 15 latach mógł przejść na dziecko. Naturalnie, iż poprzedzające leczenie ma doniosłe znaczenie. Jeżeli ono było przeprowadzone dobrze, to należy mniej zwlekać z pozwoleniem na zawarcie małżeństwa, aniżeli w przypadkach z niedostatecznym leczeniem. Powinno upłynąć co najmniej 5 lat po zarażeniu do chwili zawarcia ślubów.

Twierdzenie Fingera o niezaraźliwości nawet II okresu nie jest bynajmniej absurdem z punktu widzenia bakteriologicznego. Wszak zgodnie z teorią pasoryzyczną dla przeniesienia choroby na drodze dziedzicznej należy, ażeby komórki płodowe (plennik nasienny lub jajo) zawierały w sobie bakterye. Niewątpliwie, iż w II okresie przymiotu bakterye przenikają cały ustrój, lecz zdarzyć się może, że *ten* plennik lub *to* jajo, które podczas aktu płodzenia tworzą zarodnik, są wolne od bakteryi, i że tym sposobem płód szczęśliwym trafem unika dziedziczenia choroby. Jest to tembardziej możliwe, gdy się zważy, jakem to wskazał w pracy swej „O gruźlicy“, że podczas wytrysku nasienia wpływa miliony plenników (Lode). Zgodnie z teorią bakteriologiczną staje się zrozumiałem, dlaczego niebezpieczeństwo odziedziczenia przymiotu jest większe, gdy zarażona jest matka, największe,—gdy oboje rodzice, a najmniejsze, gdy jedynie ojciec. Jeszcze mniejsze prawdopodobieństwo przeniesienia przymiotu grozi w okresie trzecim. Znanę są przypadki, w których przeniesienie to nastąpiło po 10, 12, 15 i 16 latach (Lassar) 18 i 20 (Foulard). Wprawdzie przelać można drogą dziedzicności przymiot w okresie III nie tylko wtedy, gdy są objawy, lecz nawet w stanie utajonym. Są to jednak niezmiernie rzadkie przypadki (Lassar, Neuman, Kaposi, Foulard, Finger).

Powtarzam z naciskiem, że niebezpieczeństwo odziedziczenia jest tem mniejsze, im się bardziej oddalamy od chwili zarażenia się, i im lepiej chory był leczono-

*) E. Lesser: Ehe und venerische Krankheiten Berl. klin. Woch. 1902 № 23.

ny. Wobec tego, jak zarówno wobec rzadkości występowania objawów 3-ciorzędnych w miarę starzenia się przymiotu, możemy zgodnie z opinią pierwszorzędných syfilodologów pozwolić na zawieranie związków małżeńskich w okresie III, jakkolwiek brak nam sprawdzianu, czy dany osobnik znajduje się w okresie utajenia, czy też jest zupełnie zdrowy. Przymiennie tutaj powyżej przytoczone zdanie Kaposiego, że im dłuższy przymiotowy jest zdrowy, tem jest prawdopodobniejszem, że wogóle zdrowym pozostanie.

D) Dziedziczenie przymiotu.

Względnie do okresu przymiotu rodzicielskiego i czasu trwania takowego można naszkicować następujący los płodzonych dzieci:

1-o. Poronienie; z początku po krótkim następnie—po dłuższem trwaniu ciąży.

2 o. Przedwczesny poród przymiotowych dzieci, również z początku po krótszem, a następnie po dłuższem trwaniu ciąży.

3-o. Urodzenie dojrzałych płodów mających już objawy przymiotowe.

4-o. Urodzenie dojrzałych płodów, u których występują późniejsze objawy przymiotowe w jakiś czas po urodzeniu.

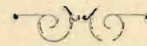
5-o. Urodzenie zdrowych i zdrowo następnie rozwijających się dzieci.

Zdarzają się tutaj naturalnie i wyjątki, a mianowicie: poronienie pomiędzy dwoma porodami dojrzałych płodów, lub urodzenie zdrowego pomiędzy dwoma przymiotowymi płodami. (Finger).

Co się tycze objawów, to występować mogą albo swoiste objawy 2-o lub 3-ciorzędne, albo też dziedziczenie przejawia się w postaci upośledzenie odżywiania i budowy (tak zwane objawy dystroficzne,) co zależy od wieku przymiotu rodzicielskiego. O ile zależność objawów swoistych od przymiotu rodzicielskiego nie ulega żadnej wątpliwości, o tyle z drugiej strony zmiany dystroficzne nie dadzą się zupełnie złożyć na karb przymiotu rodziców. Wadliwe kostnienie, krzywica, wadliwe uzębienie, złe odżywianie, bezkrwistość—zależać mogą od innych warunków, a w pierwszym rzędzie od złej budowy i złego odżywiania rodziców, zależnych od cierpień takich, jak gruźlica, żolży, przebyta w dzieciństwie krzywica i zależnych od złych warunków bytowych. Powołuję się tutaj na ludność żydowską u nas, wśród której przymiot przynajmniej, jak do tej pory, należy do rzadkich zjawisk. Jednakże jakże niezmiernie często wśród tej ludności widzimy dzieci w

ąg, krzywicowe, małokrwiste, t. j. ze zmianami dystroficznymi. Przypuszczam nawet, że śmiertelność wśród dzieci żydowskich z rodzin nieobarczonych przymiotem jest również wielką, a może i większą, aniżeli wśród dzieci zrodzonych z małżeństw przymiotowych. A więc, zmiany dystroficzne nie są właściwe jedynie przymiotowi, lecz zależą od złej budowy i złego odżywiania rodziców, którzy też samą nędzę przekazują swym dzieciom. Jakkolwiek konieczną i niezmiernie pożądaną jest rzeczą, by się rodziły wogóle dzieci zdrowe i zdolne do życia, jakkolwiek należy usuwać wszystkie przyczyny wpływające na płodzenie dzieci dystroficznych, to jednak nie należy bronić wstępowania w związki małżeńskie przymiotowym w okresie 3-ciorzędnym, a zwłaszcza utajonym.

(d. n.)



Birsztany.

Napisał Dr. Fr. Grodecki (Kowno-Birsztany.)

Birsztany, lubo na samem pograniczu Królestwa Polskiego położone, należą do rzędu uzdrowisk tak dobrze jak i wcale przez lekarzy naszych nie popieraných, gdy bowiem pacyenci z Petersburga, Moskwy, południowych i wewnętrznych gubernii Państwa corok stanowią dosyć pokazną liczbę gości birsztańskich, chorych z Królestwa widzimy tu b. mało. Przyczyna tego bądź co bądź niewesołego zjawiska zdaniem mojem kryje się w zupełnym braku reklamy tudzież w tem, że w bieżącej literaturze lekarskiej wcale nie znajdujemy sprawozdań lekarskich o wynikach leczenia w Birsztanach; dzięki temu lekarze, pozbawieni opartych na danych cyfrowych wskazówek, wolą wcale nie skierowywać chorych do Birsztan, niż wysyłać ich na chybił trafił. Pragnąc choć w pewnym stopniu brak powyższy usunąć, podaję poniżej garść zebranych przezemnie w ciągu ostatnich 3 lat danych statystycznych. Gdy jednak i wiadomości czysto informacyjne dotyczące Birsztan nie stanowią własności ogółu naszych lekarzy, ostatnia bowiem praca doktora W. Zahorskiego, temu przedmiotowi poświęcona, ukazała się przed 7 laty, więc korzystam z okazji i słów kilka o samych Birsztanach tu skreślę.

Birsztany stanowiące własność prywatną p. Michała Kwinty, leżą na prawym brzegu Niemna w pow. Trockim gubern. Wi-

leńskiej, w odległości 36 wiorst od Kowna oraz 30 wiorst od st. kolei Nadniemeńskiej, Olity.

Niemen, wijąc się, niby wąż srebrzysty, wśród pięknych borem porośniętych brzegów, zatacza poniżej Pren szeroki łuk i tworzy półwysep, Birsztańskim zwany. Powierzchnia jego obejmująca 77 km.² jest płaska i składa się z dwóch tarasów: wyższego, okalającego od południa sam zakład, i niższego, który, stanowiąc jądro półwyspu, w północnej swej części pokryty jest pięknym suchym lasem sosnowym, miano Zwierzyńca noszącym. Grunt wyniosłej części półwyspu jest gliniasty, dzięki czemu fantastyczne, zwłaszcza na samym brzegu Niemna, wzgórza okryte są bujną roślinnością, która, przeglądając się w lustrzanych falach Niemna, nadaje szczególny urok miejscowości, na której mieści się zakład. Taras niższy natomiast posiada grunt piaszczysty, łatwo przepuszczalny, przez co błota nigdy tu nie bywa do tego stopnia, że w jakie pół godziny po ulewnym deszczu po parku zakładowym śmiało można chodzić bez kaloszków.

Sam zakład kąpielowy leży w obszernym, bardzo ładnie zadrzewionym i starannie utrzymywanym parku z drzew liściastych i iglastych; szczególnie uroczą jest aleja brzoza wzdłuż samego brzegu Niemna biegnąca. Naprzeciwko Birsztan, już w gub. Suwalskiej, szumi poważny 400 morgowy bór sosnowy, ulubione miejsce wycieczek, które kuracyusze już to dla przyjemności, już to w celach leczniczych codziennie odbywają. Dzięki tym warunkom topograficznym powietrze w Birsztanach jest nadzwyczaj czyste i orzeźwiająca. Raptownych zmian temperatury brak, gdyż zimnych wiatrów północnych nie dopuszcza las północną część półwyspu okrywający; zresztą, najczęściej wieją tu wiatry zachodnie lub południowo zachodnie. Załączona poniżej tabliczka najlepiej przekona czytelnika o warunkach klimatycznych Birsztan.

Jako uzdrowisko Birsztany znane są od połowy zeszłego stulecia, ale dopiero w roku 1862 dzięki pracom d-rów Renicza i Korewy nabyły prawa obywatelstwa w balneoterapii.

Rok 1888		Temperatura (R)				Barometr		Wilgoć	
		Rano	W południe	Wieczór	Dobowa	Rano	Wieczór		
Czerwiec	Przeciętna	13,7	15,7	12	13,8	763,4	760	58,5	Słonecznych dni było 17
	Maximum	18	19	14	17	768	768,5	62,4	
	Minimum	11	11	10	10,6	753	754	45	
Lipiec	Przeciętna	14,2	17	13,5	14,9	763	763,5	60	Słonecznych dni było 14
	Maximum	17	22	16	18,3	772	771,5	79	
	Minimum	10	12	10	10,6	756	756,5	43,4	
Sierpień	Przeciętna	13,3	15,2	11,8	13,4	769,8	769,6	73,3	Słonecznych dni było 18
	Maximum	18	22	15	18,3	779	778	85,3	
	Minimum	11	13	9	11	763,5	763,5	64,2	

Wiatr przeważnie S. E.

Rok 1895		Temperatura (R)				Barometr		wilgoć	
		Rano	W południe	Wieczór	Dobowa	Rano	Wieczór	Rano	Stan nieba
M a j	Przeciętna	13,9	17,6	12,7	14,7	770,3	763,6	56,5	Jasnych dni 20
	Maximum	20	23	18	20,3	773	773	64,2	Pochmurnych 11 Dżdżystych 8
	Minimum	7	11	6	8	760,5	761	52	1 burza. Wiatr przeważnie SE, E
Czerwiec	Przeciętna	15,8	18,5	14,6	16,3	768	766,6	50,4	Dni jasnych 20 Pochmurnych 10
	Maximum	20	25	19	21,3	774	774	62	Deszcz mały i nie- długi 7, deszcz ul. 3
	Minimum	12	13	11	12	754	756	40,3	Wiatr S. i N. 21 burza gradowa
Lipiec	Przeciętna	15,3	18,3	15,7	16,4	761,4	761,7	80,4	Dni jasnych 12 Pochmurnych 19
	Maximum	21	26	22	23	770,5	770	88	Deszcz 17 2 razy burza
	Minimum	12	13	12	12,3	752	750,5	72	Wiatr przeważnie S i SW
Sierpień do 20	Przeciętna	14,5	17,5	13,8	15,2	767,1	767,2	60,5	Dni jasnych 7 Pochmurnych 12
	Maximum	21	25	19	21,7	772	772	76,4	Deszcz 6.
	Minimum	7	11	9	9	759	750	55	Wiatr przeważnie S i SE

Do celów leczniczych służą w Birsztanach 3 źródła „staremi“ przez d-ra Radeckiego nazwane i używane specjalnie do waniń, tudzież źródło „Wiktorya“, opisany pierwotnie przez tegoż autora i stosowany wyłącznie do wewnątrz.

Co się tyczy źródeł starych, to znajdują się one tuż przy samym zakładzie kąpielowym, wydobywając się na powierzchnię ziemi wśród niskiej łączki; ponieważ skład chemiczny źródeł tych jest jednakowy, słusznie przeto wydaje się przypuszczenie Radeckiego, że biorą one początek swój w ogólnym basenie podziemnym i stanowią jak gdyby trzy ujścia tego samego źródła. Wszystkie źródła posiadają drewniane pokryte daszkami, cembryny i za pomocą rur łączą się ze zbiornikiem, z którego woda idzie już do kotła, gdzie się ogrzewa. Wydajność źródeł jest znaczna, dostarczają bowiem dzien-

nie do 6,000 wiader. Skład chemiczny starych źródeł podług analizy Johansohna, przedstawia się jak następuje:

W litrze wody zawiera się:

Siarczany potasu	1,61729	gram
Chlorku potasu	0,05570	„
Chlorku sodu	0,39692	„
Chlorku wapnia	3,52886	„
Dwuwęglanu wapnia	0,66197	„
Dwuwęglanu magnezyi	1,25554	„
Dwuwęglanu tlenku żelaza	0,01644	„
Krzemionki	0,10700	„
Ciał organicznych		
Siarkowodoru	} Ślady	
Amoniak		
Kwasu fosforowego	} Ślady	
Manganu		
Suma części stałych	7,65283	„
Wolnego kwasu węglanego	trochę	
Temperatura w źródłach	+9°C.	

Przyglądając się uważniej powyższej tabliczce przychodzimy do wniosku, że stare źródła birsztzańskie dzięki składowi swemu stanowią wody sui generis i znacznie się wyróżniają od znanych powszechnie wód zagranicznych (Wildungen, Lipp-springe, Tarasp); uważane za najbardziej w siarczan potasu obfitujące wody, jak Tarasp. Emeritaquelle, zawierają w litrze zaledwie 0,4344, Püllna 0,6252 K_2SO_4 podczas gdy w źródłach birsztzańskich znajdujemy aż 1,6172. Niemniej korzystnie wyróżnia źródła birsztzańskie i zawartość w nich chlorku wapnia, gdy bowiem w Kreuznach Oranienquelle znajdujemy 2,96, w Druskienickim zdroju Doppelmeiera 2,693, w Solance Ciechocińskiej (źródła № 1) 1,75, woda birsztńska zawiera w litrze 3,5289 grm. $CaCl_2$.

Równie ofituje woda starych źródeł birsztzańskich i w dwuwęglan magnezyi.

Porównyując przeto stare źródła birsztzańskie ze źródłami Ciechocińskimi lub Druskienickimi, łatwo się przekonać możemy, że gdy ostatnie solom sodowym, pierwsze natomiast związkom wapiennym swoje działanie lecznicze zawdzięczają.

Gdy nadto pod uwagę weźmiemy wysoką zawartość w wodzie birsztńskiej siarczanu potasu, zgodzić się możemy, że należy się im całkiem odrębne stanowisko w klasyfikacyi balneologicznej.

Skład odkrytego przez d-ra Radeckiego zdroju „Wiktoryi“ przedstawia się w ten sposób:

W litrze wody zawiera się (Rennard)	
Siarczanu potażu	0,0022
Siarczanu sodu	0,5218
Chlorku sodu	3,7000
Siarczanu wapnia	0,4811
„ magnezyi	0,4416
„ tlenku żelaza	0,0151
Glinu	0,0118
Kwasu krzemnego	0,0142
Jodu	Slady

Widzimy przeto, iż zdroj „Wiktorya“ stanowi słabą solankę żelazistą. Woda z tego źródła używa się wyłącznie do picia bądź u zdroju, bądź też nasycona kwasem węglanym.

Zakład birsztński posiada 60 wanień, które się mieszczą w obszernym drewnianym budynku; urządzenie kabin jest wprawdzie skromne, atoli w zupełności swemu przeznaczeniu odpowiada. Ceny wanień od 25 do 65 kop.

Niezmiernie ważny czynnik leczniczy stanowi sąsiedztwo jednej z najpiękniejszych rzek naszych — jaką bezwątpienia jest Niemen z jego przepyszną czystą wo-

dą o uiezyt wartkim prądzie, co umożliwia stosowanie na szeroką skalę kąpeli rzecznych, ku czemu służą dwie łazienki. Ja osobiście wyzyskuję stale Niemen i w innym, jeszcze celu: oto w przypadkach przewlekłych nieżytych oskrzeli tudzież sprawach wierzchołkowych, o ile tylko siły pacyenta na to pozwalają, zalecam systematyczne wiosłowanie i na całym szeregu chorych przekonałem się, że jest to wyborny środek leczniczy, o ile, oczywiście, będzie zachowana ścisła indywidualizacya. Zwykle więc postępuję w ten sposób: wskazawszy dobrego przewodnika, który dobiera lekką łódkę, zaopatrzoną w dobre, niedługie i o niezbyt szerokich piórach wiosłami, poucza dokładnie chorego, jak ma robić wiosłami tudzież oddychać; dawkuje zaś wiosłowanie tak, że w początkach chory robi wiosłami przez 5 do 10 minut, poczem odpoczywa w łodzi, starając się jednak przez ten czas jak najgłębiej oddychać, — wreszcie znowu wiosłuje 5 do 10 minut. W początkach wiosłowania męczy chorego, głównie dzięki niemiejętnemu obchodzeniu się z wiosłem, dla tego zwłaszcza pierwsze próby powinny być b. ostrożne i odbywać się raz dziennie; atoli zwykle już po 3—4 dniach chorzy o tyle się wprawiają w wiosłowanie, że nawet dwudziestominutowe robienie wiosłami, o ile tylko nie zanurzać ich za głęboko, nie sprowadza znużenia i wtedy to zalecam już wyjeżdżać na Niemen dwa razy dziennie, z rana między 10 — 3 a 11—3, i popołudniu, zależnie od ciepłoty, między 4 a 6 a nawet 7. Chorych przestrzegam, by w upał nie pływali po Niemnie, gdyż to łatwo sprowadza znużenie. Zwykła przeto procedura leczenia przewlekłych schorzeń oskrzeli odbywa się w ten sposób: chory, zaopatrzony w kumys, kefir lub mleko, płynie w górę rzeki, odbywa przechadzkę i odpoczywa w lesie, wreszcie, posiliwszy się, wraca do domu.

Wyniki tej arcyprostej terapii ujawniają się bardzo prędko, gdyż już po kilku przejażdżkach chory odkrtusza daleko łatwiej, kaszel się zmniejsza. Plwocina zmienia swój charakter ropny na śluzowy, a wreszcie ilość jej spada do minimum; jednocześnie zmaga się znacznie łaknienie i samopoczucie ogromnie się zmienia na lepsze; chorzy zaś wkrótce tak się roznamiętniają do wiosłowania, że zwłaszcza w tych przypadkach, gdzie leczenie obok usunięcia objawów nieżyty ma na celu powiększenie wagi ciała — należy ściśle określić długość przejażdżek. Szczególnie do-

broczyny wpływ wywiera wiosłowanie na osobników wątłych o słabo rozwiniętej klatce i mięśniach. Oczywiście, w wietrzną lub dżdżystą pogodę chorzy piersiowi, zwłaszcza w początkach leczenia, wiosłować nie powinni, zbiegiem czasu atoli znoszą je zupełnie dobrze.

Ten prosty sposób leczenia oddaje mi oddawna tak dobre wyniki, że śmiało mogę go wszystkim zwolennikom zabiegów fizycznych jaknajgoręcej polecić. Przeciwskazania do stosowania wiosłowania stanowią winny: skłonność do krwioplucia, zbytne wyniszczenie chorego, wreszcie—stan gorączkowy.

Druga kategoria chorych, którym wiosłowanie widoczną przynosi korzyść—są to neurastenicy; tu wszakże postępowanie ma być nieco odmienne w tem mianowicie znaczeniu, że stan pogody nie powinien przeszkadzać przejażdżce, która też może trwać nieco dłużej. I tu wiosłowanie oddaje często nieocenione wyniki, zauważyłem bowiem, że przebywanie na rzece wśród przepięknego krajobrazu wywiera dziwnie kojący wpływ na skolatanę w walce życiowej nerwy; chorzy wkrótce uspokajają się, zaczynają dobrze sypiać, odzyskują łaknienie i humor, a dzięki systematycznej pracy, którą coraz to łatwiej i sprawniej wykonywują, nabierają sił i otuchy.

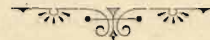
O znaczeniu lasu szpilkowego dla chorych zbytecznym byłoby się rozwodzić, dodać przeto jedynie mogę, że bór naprzeciwko Birsztan leżący tem łacniej nadaje się do wyzyskania jego dobroczynnego wpływu, że: 1) leży na suchym piaszczystym gruncie, przez co w zupełności wyłącza się ujemny wpływ wilgoci, 2) posiada rozległe cięcia, młodą porośnię sośniną, która, umożliwiając operację słoneczną, wydziela jednocześnie daleko więcej, niż stare drzewa, eterycznych olejków lotnych, czyniąc przez to powietrze tem więcej balsamicznem. To też owe porosty stanowią ulubione miejsce wycieczek gości birsztzańskich, którzy całymi godzinami wylegają się na słońcu.

Jak się już wyżej rzekło, zakład birsztński otoczony jest wzgórzami, które również wyzyskujemy w celach leczniczych, polecając chorym chodzenie po górach; malownicza zaś okolica, pieszcząca wzrok przepięknymi, spokojnymi widokami, uprzyjemnia bliższe lub dalsze wycieczki, które wśród ożywczego dziwnie czystego powietrza wywierają ożywczy wpływ na szukających w tym cichym zakątku ulgi.

Skreśliwszy w krótkich wyrazach warunki przyrodzone Birsztan, dodać jeszcze winniem, że w parku zakładowym znajdują się przyrządy gimnastyczne oraz kręgielnie. Dla uprzyjemnienia pobytu chorym codzień z rana i wieczór grywa w parku orkiestra, tudzież odbywają się zabawy we czwartki dla dzieci, a w niedziele dla dorosłych.

Bardzo ważną zaletę Birsztan stanowi istic pierwotna prostota i zupełna swoboda, co nader dodatnio wyróżnia tę miejscowość leczniczą. Warunek to bardzo ważny, ułatwia bowiem w wysokim stopniu leczenie.

(d. n.)



S. Mazurkiewicz i W. Sochacki.

Pierwszy rok zakładu dla umysłowo-chorych w Kochanówce.

(Dokończenie).

Katastrofy.

Statystyka katastrof w szpitalach dla umysłowo-chorych prowadzona jest w ostatnich latach bardziej starannie. We wszystkich szpitalach i przytułkach Szkoeci*) było na 15,845 chorych w 1901 r. ogółem 264 nieszczęśliwe wypadki, czyli 1,6%, z tych 17 śmiertelnych (8 samobójstw); zaś w 1897 r. na 14,500 chorych, 12 samobójstw. W Anglii,**) gdzie, nawiasem mówiąc, na 107,944 chorych, którzy się znajdowali d. 1 Stycznia 1901 r. w zakładach, wypadło zaledwie 280 chorych, mieszkających u swoich rodzin, procent śmiertelności wynosił 10%, a w szeregu przyczyn, obliczonych do ogółu zejść śmiertelnych, nieszczęśliwe wypadki stanowiły 0,37%, zaś samobójstwa chorych—0,17% (razem 0,54% katastrof). W biednej Irlandyi, która wydaje obecnie 10 milionów marek rocznie na pielęgnowanie i leczenie swych umysłowo-chorych, było w d. 1 Stycznia 1901 r. przeszło 20 tysięcy chorych w zakładach, a zaledwie tysięcy u swych rodzin; z chorych szpitalnych zmarło 7,9%, w tej liczbie 2 samobójstwa, 2 śmiertelne uderzenia, i 3 zejścia śmiertelne wskutek oparzeń w wannie. W nowojorskim szpitalu Manhattan na 3,582 zejścia śmiertelne (od 1888 r. do końca 1900 r.) samobójstwo było przyczyną w 25 przypadkach — 0,7%, a inne niesz-

*) Bericht über die Psychiatr. Literat. im J. 1902

**) Ibidem.

częśliwe wypadki — w 10, czyli o 28% (razem 0,98% katastrof śmiertelnych). W berlińskim Dalldorfie w r. 1899 na 4,034 chorych było 441 zejść śmiertelnych, w tem 3 samobójstwa i jedno śmiertelne sparzenie dziecka w wannie. W Zakładzie Préfargier w 1900 r. z 9 zejść śmiertelnych aż w 2-ch przyczyną było samobójstwo. W Alt-Scherbitz w 1896 i 7 r. z 1,164 chorych zmarło 134, w tej liczbie 2-ch samobójczą śmiercią. Przeciętnie można liczyć 0,5%—1% katastrof, t. j. samobójstw i nieszczęśliwych wypadków na ogół zejść śmiertelnych i 0,5—1% pro mille na ogół chorych. Porównanie z naszymi szpitalami w Tworkach i Jana Bożego, z powodu braku odpowiednich sprawozdań, jest niestety niemożliwe.

Pomimo pewnego bezładu wewnętrznego pierwszych paru miesięcy istnienia, wywołanego brakiem wszelkich norm zwyczajowych, które dopiero stopniowo trzeba było wprowadzać, uniknął zakład w Kochanówce katastrofy śmiertelnej, ale nie uniknął smutnych wypadków, pociągających za sobą uszkodzenia cielesne, które jednak szczęśliwie pozostały bez gorszych skutków na przebieg choroby podstawowej.

Pierwszy wypadek, który w pierwszej chwili budził nawet poważniejsze obawy, spotkał majstra fabrycznego L. A. 45 lat, który przechodził lues i był potatorem. Od Lipca 1902 r. chory zaczął tracić pamięć i zdolności krytyczne, uważał się za milionera, wykazywał zaburzenia mowy. Oddany w d. 23 Lipca 1903 r. do Zakładu, wykazywał wszystkie typowe objawy cielesne paralysis progressivae i najczęściej spotykany w tem cierpieniu stan psychiczny, mianowicie dementyno-manjakalny, ze skłonnością do gwałtownych uniesień. L. A. jak i wszyscy nowoprzybywający chory, został na pierwszych kilka dni pobytu położony do łóżka (na oddziale niespokojnym), zarówno w celu łatwiejszego badania i dozoru chorego, jakoteż wpejenia mu od początku tej myśli, iż będzie uważany za chorego, który powinien się leczyć, chociaż sam tej potrzeby nie widzi. Na wszelkie perswazyje chory odpowiadał, iż musi natychmiast wracać do domu, gdyż w przeciwnym razie może stracić żonę i miliony. Na trzeci dzień pobytu chorego w Zakładzie, lekarz dyżurny przy wizycie poobiedniej zastał na sali wszystko w porządku, nowy chory leżał spokojnie na łóżku, paru innych również, powietrze na sali czyste, dzięki otwartemu jednemu

oberluftowi, służący—była to sobota—szorował podłogę. W pięć minut po wizycie lekarskiej zaszła katastrofa w okolicznościach następujących. Służący, któremu w wiadrze zabrakło wody do dalszego szorowania, opuścił salę „na jedną chwilę”—pomimo wyraźnego nakazu oczekiwania w takich razach na drugiego służącego — aby w sąsiednim pokoju kąpielowym wzięść trochę wody. Ta „jedna chwila“ wystarczyła choremu w zupełności, aby w bieliźnie wyskoczyć z łóżka i, wybijając nogą szybę w dolnem oknie, dostać się w ten sposób do otwartego górnego i wyskoczyć na dół. Upadek nastąpił na lewą rękę i spowodował złamanie kości promieniowej; chory przytomności nie stracił. Obawy gorszych następstw okazały się na szczęście płonne, kość promieniowa zrosła się w ciągu paru tygodni i chory dzisiaj, w 8 miesięcy po wypadku, pomimo choroby mózkowej, trzyma się fizycznie jeszcze niezłe, wykazując nawet większą wagę ciała, niż przed katastrofą. Pytany o to, czy rozumiał doniosłość swego kroku, twierdził, iż wcale nie myślał, że zrobi sobie krzywdę tym skokiem, gdyż chciał tylko „frunąć“ do żony powietrzem i robi to innym razem, tylko w zręczniejszy sposób.

Drugi wypadek miał miejsce również z paralitykiem postępującym, O. 34 lata, przyjętym do Zakładu w d. 19 Marca 1903 r., po 4 miesięcznym trwaniu choroby w domu, o dość szybkim, zdawało się, przebiegu, gdyż jeszcze przed oddaniem do szpitala przebył chory trzydniowy stan komatyczny. Chory, wykazujący pod względem umysłowym tylko spokojne, ale głębokie już otępienie i umieszczony na oddziale spokojnych, o godzinie 4-iej nad ranem wstał z łóżka i obudził innego chorego, również paralityka, który ze snu odepchnął O. z taką siłą, iż spowodował zwichnięcie kości łokciowej lewej. Przy natychmiastowem nastawianiu i zakładaniu opatrunku chory wykazywał zupełną amnezję i absolutną analgesję, śmiejąc się tylko z niepotrzebnego, jego zdaniem, zabiegu. Obecnie, w pięć miesięcy po tym smutnym wypadku, ogólny stan chorego jest nie wiele gorszym, niż był w chwili przyjęcia do Zakładu.

Jak widzimy z przytoczonej w tym rozdziale statystyki i z opisanych naszych wypadków, zakłady dla umysłowo-chorych nie mogą bezwzględnie gwarantować bezpieczeństwa swych chorych—ale jednak bez najmniejszej wątpliwości dają mu takie maximum ochrony, jakiego chory ni-

gdzie po za zakładem mieć nie może. Byłoby łatwo udowodnić liczbowo to twierdzenie, gdyby była prowadzona statystyka katastrof z umysłowo-chorymi, pozostającymi na opiece rodziny. W braku tych danych liczbowych, opartych na wielkiej ilości chorych, przytoczymy dla porównania wypadki, którym ulegali chorzy przyjęci następnie do Zakładu w Kochanówce.

Ze 198 chorych, którzy znaleźli w okresie sprawozdawczym opiekę w Kochanówce, przed wstąpieniem do Zakładu 14 rzuciło się z krzesłami, paląciami się lampami, nożami lub siekierami na swoje najbliższe rodzinne otoczenie, powodując pewne uszkodzenia cielesne. Dwie chore (psychozy laktacyjne) wyrzuciły swoje dzieci przez okno, jeden chory (dementia praecox) zabił swe dziecko, trzymając je za nogi i uderzając główką o studnię. Inny chory (dementia alcoholica) zadusił swoją żonę, która niespodzianie znaleziona została martwą z odciskami palców na szyi. Trzech chorych odmroziło sobie kończyny, z tych u jednego dokonana była amputacja obu kończyn dolnych poniżej kolana. Trzech chorych wyskakiwało z okien różnych pięter, przyczem jeden z nich uległ złamaniu kości podstawy czaszki. Jeden z chorych (paralysis progressiva), siadłszy pierwszy raz w życiu na konia, przejechał jakąś kobietę. Chora na otępienie wtórne uległa zdruzgotaniu kości goleniowych wskutek przejechania przez tramwaj.

Pewien epileptyk, niezmiernie silnej budowy męczyzna, został podczas ekwiwalentu psychicznego tak związany przez ojca i brata, iż pozostał mu nieuleczalny, zupełny bezwład prawego nerwu ramieniowego. Chora na otępienie wtórne, która przez 10 lat pozostawała zamknięta w jakiejś ciasnej komórce, dostała ex inaktivitate przykurzeń w stawach kolanowych, tak silnych, iż może tylko pełzać po ziemi z pomocą rąk. Inna chora (paranoia chroniczna) wskutek 4-letniego leczenia na łóżku bez ruchu, ze zgiętymi nogami, dostała również przykurzeń, uniemożliwiających jej chodzenie bez pomocy. Paranoik chroniczny, który po paroletnim pobycie w łódzkim przytułku i w Kochanówce, po przejściu okresu podniecenia został w stanie fizycznego zdrowia wzięty przez rodzinę do domu, umarł w trzy miesiące później głodową śmiercią.

Ta lista, za której braku wcale jeszcze nie ręczymy, mogłaby być z łatwością znacznie przedłużoną całym szeregiem

poniższych wypadków. Pomijając dwa przypadki, przywiezione w stanie agonii do Zakładu, jakoteż bezdomnych chorych, których poprzednie dzieje są całkiem nieznanne, otrzymamy, iż ze 192 chorymi w 30 przypadkach (przeszło 15%) zaszły mniejsze lub większe katastrofy, mianowicie w 3-ch razach śmiertelne (czyli 1,56%), w 7-miu razach pozostawiające ciężkie kalectwa (czyli 3,64%) wreszcie pomniejsze uszkodzenia cielesne. Z powyższego obliczenia wynika, iż procent katastrof śmiertelnych z umysłowo-chorymi po za zakładem (1,56%) jest około 20 razy większy, niż w zakładach (około 0,75% pro mille).

A przecież te liczby kwestyji jeszcze wcale nie wyczerpują, gdyż nie dotyczą one tych strat ekonomicznych, z którymi najczęściej połączone jest utrzymanie chorego w domu, szczególnie ubogim. Pominięta jest również zupełnie strona moralna, mianowicie zarówno wpływ ujemny, wywierany częstokroć przez chorych na otoczenie, jak i pomiatanie godnością ludzką chorych, zepchniętych niekiedy do ostatnich mętów społecznych. Jako przykład przytoczymy tylko jedną chorą (dementia post paranoiam), w zakładzie wiecznie niezadowoloną z powodu pozbawienia jej swobody. Po śmierci męża została z czworgiem dzieci, niezdolna do pracy, wyrzucona przez współlokatorów z mieszkania do jakiejś szopy, otrzymując nieco pożywienia z litości. Wskutek chorobliwie kłótliwego charakteru wyrzucono ją wkrótce i z szopy, chora z czworgiem dzieci i pozostała jej pierzyną przeniosła się na uliczkę podmiejskiej dzielnicy, nocując pod oknami szynku. Po trzech dniach szynkarz wypędził ją i stąd, doradzając ironicznie zamieszkanie w lesie. Chora rady usłuchała i dopiero po parodniowym przemieszkowaniu w lesie, odprowadził ją stróż bezpieczeństwa publicznego wraz z dziećmi do aresztu, z którego ją wreszcie ulokowano w Schronisku przy Łódzkim Domu Starców.

Wszystkich tych tragicznych liczb i danych nie przytaczamy bynajmniej w celu usprawiedliwienia lub złagodzenia tych dwóch wypadków, które zdarzyły się w Zakładzie przez czas sprawozdawczy. Owszem, zaznaczamy wyraźnie, iż we wzorowo urządzonej zakładach nawet z większą ilością chorych, mija niekiedy lat parę bez żadnej katastrofy śmiertelnej, nawet w rodzaju naszych, a zatem w ciągu kilkunastu miesięcy istnienia Zakładu o stu etatowych łóżkach, mógł również nie zajść żaden nieszczęśli-

wy wypadek. Przytoczyliśmy te dane z obcych szpitali, któreśmy mieli pod ręką, dla wykazania, że pewna ilość katastrof w szpitalach dla umysłowo-chorych jest dotąd smutną koniecznością, zdarzającą się bez porównania rzadziej, aniżeli katastrofy analogiczne z chorymi, pozostającymi na opiece rodzin. Ten wzgląd ostatni nie zwalnia nas jednak bynajmniej od obowiązku dążenia do ideału, polegającego na absolutnem usunięciu wszelkich nieszczęśliwych wypadków z zakładów. Zbliżać się do tego ideału możemy właśnie publikując otwarcie każdą katastrofę ze wszystkimi szczegółami, w celu wykazania przyczyn ich zajścia. Nasz pierwszy wypadek zapewne nie doszedłby do skutku, gdyby zakład rozporządzał podówczas taką ilością służby, aby na owej sali, lub przynajmniej w przyległym korytarzu, był drugi służący; drugi zaś wypadek—gdyby służący dyżurny miał zegar kontrolujący, któryby mu wciąż przypominał o obowiązku czuwania.

Zapewne, że i w pierwszym razie mogliby wyjść z pokoju, pomimo zakazu, obaj służący, i w drugim razie mógłby zasnąć dyżurny ze swoim zegarem kontrolującym w rękę; ale szanse uniknięcia wypadków byłyby jednak niewątpliwie znacznie większe.

Ucieczka chorego z zakładu dla umysłowo-chorych łączy się zazwyczaj w umyśle szerokiej publiczności z pojęciem „katastrofy“ szpitalnej. Takie pojmowanie sprawy jest bezwarunkowo z gruntu błędne. Oczywiście, w każdym szpitalu jest pewna ilość chorych bądź nieprzytomnych, bądź bardzo gwałtownych lub z popędami samobójczymi i t. d. których ucieczka może łatwo doprowadzić do katastrofy. Ale prócz takich, wymagających nieustannego dozoru, jest jeszcze druga, liczniejsza znacznie kategoria chorych, którym można i należy pozostawić pewną swobodę, chociażby jej kiedy mieli nadużyć dla ucieczki. Najczęściej takie niewinne „ucieczki“ zdarzają się przez czas cieplejszej pory roku, dopóki chorzy pracują w polu i ogrodzie, pozostając dzień cały na świeżem powietrzu po za murami szpitalnymi, a zatem przy dozorcze z natury rzeczy znacznie luźniejszym. Jeden nasz hypochondryk, niezdolny do pracy systematycznej, pomimo ponawianych obietnic, 6 razy w ten sposób „uciekał“, t. j. szedł do miasta dla widzenia się z żoną i dziećmi, jeśli go dłużej nie odwiedzały i jeśli mu się już bardzo „cniło“; z nadejściem wiosny ponowimy z nim jednak dalsze

próby udzielania swobody. Inna chora (imbecillitas) „uciekała“, t. j. szła do siostry swojej bez zezwolenia lekarza, cztery razy, aż wreszcie zrozumiała, iż lepiej jest odwiedzać siostrę, za uprzedniem porozumieniem się z nią i lekarzem, i już od roku pozostaje na zupełnej swobodzie, ku ogólnemu zadowoleniu. Ogółem za czas sprawozdawczy „uciekało“ z zakładu w Kochanówce 7 chorych 16 razy, w tej liczbie tylko jedna prawdziwa, a zarazem dotąd bezpowrotna ucieczka chorego, opisana już poprzednio. Reszta były to właściwie spacery do domu, zapewne że niebardzo pożądane przez nieoczekujące ich rodziny chorych, ale zresztą zupełnie pod każdym względem nieszkodliwe. Jedyna ucieczka chorego, pozostającego pod ściślejszym dozorem, która mogła mieć zatem smutne następstwa, jakkolwiek szczęśliwie się skończyła, miała miejsce już w roku bieżącym, opisaną będzie zatem w sprawozdaniu następnem.

Wszystkie zle strony ucieczek są jeszcze tak drobne, iż nie mogą i nie powinny zniechęcać do systemu, który np. w Kochanówce ze 198 chorych okresu sprawozdawczego pozwoił 65, t. j. *trzeciej części ogółu chorych*, pozostawać bądź stale (31 chorych po wykazaniu polepszenia umysłowego) na swobodzie, bądź przynajmniej czasowo (34). Niema nic łatwiejszego, ale też i nic bardziej niehumanitarnego i nielekarskiego, jak zaprowadzenie w zakładzie trybu więziennego, który odrazu może ograniczyć liczbę ucieczek do takiego procentu, jaki wykazują więzienia karne. Dla porównania przytoczymy, iż w berlińskim Dalldorfie w r. 1901 na 4217 chorych, było 127 ucieczek, zaś w berlińskim zakładzie Herzberge w r. 1899 na 2375 chorych 165 ucieczek.

Im staranniej prowadzonym jest zakład, tem większą jest liczba ucieczek *nieszkodliwych*, wykazuje bowiem dążność lekarzy do dania chorym maximum swobody, do zbliżenia trybu ich życia, do trybu normalnych ludzi. Brak takich „ucieczek“ nasuwa mimowoli podejrzenie, iż nawet chorzy nieszkodliwi traktowani są na sposób więzienny.

Służba przy chorych.

Zasada systemu pawilonowego budynków szpitalnych dla umysłowo-chorych nie jest bynajmniej kwestją mniejszej lub większej wygody rozmieszczenia lub pielęgnowania chorych. Jak w szpitalach ogólnych budowanie osobnych oddziałów dla osób np. gruźliczych jest za-

sadniczem dążeniem do ochrony zdrowia chorych nie-zakaźnych, tak samo pawilonowy układ szpitali dla umysłowo-chorych jest zasadniczem dążeniem do oddzielenia różnych kategorii chorych, których współzycie wpływa wręcz ujemnie na przebieg choroby. Że towarzystwo chorego nieprzytomnego, podnieconego, krzykliwego, który nie śpi w nocy, musi działać ujemnie np. na chorego powracającego już do zdrowia, jest rzeczą jasną dla każdego i powyższa zasada cieszy się zupełnie jednoznacznym uznaniem wszystkich dzisiejszych specjalistów.

Jeśli obecność jednego chorego wpływa na stan psychiczny innego, to nie trzeba specjalnych dowodów dla ustalenia i drugiej prawdy, mianowicie, że zachowanie się ludzi zdrowych wobec umysłowo-chorych nie może również pozostać bez wpływu na tych ostatnich. Brutalne, niegrzeczne, albo tylko nieumiejętne obejście się z chorymi może już z łatwością wywołać ich nieufność, przestrasz, zasklepienie się w sobie, albo stany silnego podniecenia, słowem objawy, w przebiegu każdej choroby umysłowej jednakowo niepożądane. Stąd jest wyraźnem, iż rola tych ludzi zdrowych, którzy przez 24 godziny na dobę obcuja z umysłowo-chorymi, mianowicie służby szpitalnej, jest tu zupełnie inną i nieporównanie ważniejszą, aniżeli w innych szpitalach, gdzie ta rola ogranicza się do pospolitego usługiwania. W zakładach dla umysłowo-chorych *służba jest jednym z bezpośrednich czynników leczniczych*, może wpływać na chorych kojąco lub podniecająco, dodatnio lub ujemnie, może przez swoje zachowanie się ograniczyć w niektórych przypadkach użycie środków uspakajających, lub przeciwnie wywołać konieczność ich zastosowania.

Możliwość ujemnego oddziaływania służby na chorych, dochodząca do swego szczytu w peryodycznie się dotąd powtarzających łamaniach żeber, morderstwach i innych już w zakres czystej kryminalistyki wchodzących zbrodni, zaprzęta już od dawna uwagę specjalistów. Najczęściej podawany środek zaradczy, mianowicie kształcenie służby przez urządzenie popularnych pogadanek psychiatrycznych, jakkolwiek niewątpliwie cenny i zaniedbywany być niepowinien, jest jednak, zdaje się, jeszcze zupełnie nie wystarczającym.

Służba przy umysłowo-chorych jest ciężką, przykra i bardzo odpowiedzialną, wymaga ogromnej cierpliwości i pewnego poświęcenia się sprawie pielęgniarstwa chorych, jeśli ma być należyście wykony-

waną. Całodzienne obcowanie z obłąkanymi, z których jedni drażnią zdrowych nieskończoną monotonią swoich ruchów i dźwięków, inni swoją w najwyższym stopniu wyrafinowaną niekiedy złośliwością, jeszcze inni rozdzierającymi krzykami lub zasadniczo wrogiem zachowaniem się wobec każdego otoczenia i skłonnością do napastnictwa itd. itd. — wszystko to stanowi odwrotną stronę medalu, która w połączeniu z poczuciem, że jedna chwila nieuwagi spowodować już może katastrofę, wyradza w służących pewną dążność do ujarzmiania chorych, uczynienia ich posłusznymi na każde skinienie. Pominąwszy wyjątkowe przypadki, w których przewaga służby z konieczności może a nawet musi się przejawiać, np. w chwili, kiedy jeden chory rzuca się na drugiego, to ogółem biorąc dążność taka jest wysoce naganną. Powoduje ona w cichości, po za plecami lekarza stosowane prawo odwetu, mianowicie służący, który jest na tyle uczciwym, iż pierwszy nie uderzyłby w żadnym razie chorego, oddaje mu jednak cios, jeżeli został przez niego uderzony. Znacznej większości służących postępowanie takie wydaje się zupełnie naturalnem i tłumaczenie się ich w takich razach jest zawsze jednakowem: on „pierwszy nie zaczął“, „krzywdy choremu nie zrobił“, i gdyby bezkarnie pozwolił sobie uderzyć, to „byłby ciągle bity“. Na dozorczy lub dozorczyńni, nawet jeśli są po za tem dość sumienni i inteligentni, polegać w takich przypadkach również nie zawsze można, gdyż nie wszyscy wierzą w możliwość utrzymania porządku szpitalnego, jeśli się chorym pozwoli „bić służbę“. Płaskość natury ludzkiej jest powodem tego, że służący który jeszcze znieśie jakąś obelgę od chorego „pana“ z I albo II klasy, w analogicznym wypadku zapomina, że ma do czynienia z chorym, jeśli ten jest biedakiem z ogólnego oddziału.

Chorzy, skarżący się częstokroć na całkiem imaginacyjne krzywdy, w takich razach najczęściej nie skarżą się wcale, uważając za rzecz naturalną, że kiedy uderzyli, to i sami zostali uderzeni; chorzy przytomni, będący świadkami takiego zajścia, stają nawet nieraz w obronie służącego, który pierwszy został pokrzywdzony przez podnieconego chorego, bez żadnej racji. W ten sposób ład i porządek szpitalny pozornie mogą być utrzymywane jaknajlepiej i lekarz zwiedzający oddział raz lub nawet dwa razy dziennie nie znajduje nic podejrzanego.

W przypadkach udowodnionych, że całe zajście istotnie miało miejsce w rzeczywistości, a nie w chorobliwej fantazy chorego, postępowaliśmy zawsze z całą bezwzględnością, usuwając natychmiastowo winnych i powołując się na umowę, zawieraną z każdym służącym przed jego przyjęciem do szpitala.

Pod względem doboru służby, Kochanówka znajduje się niewątpliwie w wyjątkowo pomyślnych warunkach. W większych szpitalach o kilkuset lub tysiącach łóżek, rola ordynatorów ogranicza się z natury rzeczy do codziennego zbadania stanu zdrowia chorych i wydania odpowiednich zleceń lekarskich, zaś po za wizytą lekarską chorzy pozostają prawie wyłącznie na opiece służby. W szpitalach zaś średnich rozmiarów, jak Kochanówka, lekarz, będący jednocześnie aptekarzem, fclcerzem, kasyerem, buchalterem, gospodarzem i wszystkim w jednej osobie, zmuszony jest z natury rzeczy od rana do wieczora przebywać przy chorych, lub w aptece i kancelaryi, znajdujących się w tym samym budynku, a zatem przez dzień cały ma na oku i chorych i służbę. Jeśli taka sytuacja wyklucza możliwość fachowej pracy teoretycznej lekarzy, chcących sumiennie spełnić swe obowiązki, to na tem chorzy wychodzą z pewnością jak najlepiej — wiedzą lub czują, że nie są w zależności od służby, a tylko od lekarzy. Opieka lekarska jest w takich razach również ciągłą, jak w najstaranniejszych zakładach prywatnych o małej ilości chorych a względnie znacznej ilości lekarzy.

Takie warunki ułatwiają poznanie i odpowiedni dobór takiego personelu służbowego, który nie tylko że „nie robi żadnej krzywdy choremu“, ale staje się z czasem prawdziwym *współpracownikiem* lekarza w dziale pielęgowania chorych. Jeśli się służącemu nie wświdruje do mózgu myśli o konieczności pewnego poświęcenia się opiekuńczego dla chorych, to, będąc pokrzywdzonym, odda on zawsze nderzenie choremu, a jeśli się po za plecami lekarza już dobrze przyzwyczai do tej metody odwetowej, to nawet człowiekowi uczciwemu zdarzyć się może, iż w chwili uniesienia wymierzy cios z większą siłą niż zamierzał, a wystarczającą do złamania kilku żeber, lub katastrofy śmiertelnej, jaka miała np. miejsce w ostatnich czasach w jednym ze szpitali francuskich. Wypływałby stąd wniosek praktyczny, iż w dużych szpitalach należałoby ustanowić prócz ordynatorów, większą

ilość posad młodszych lekarzy miejscowych; i drugi wniosek praktyczny, iż służba przy umysłowo-chorych powinna być zawsze dobrze płatna, gdyż ludzie chętniej się poświęcają za większe pieniądze, niż za mniejsze.

Sprawa służby w Kochanówce ma swoje małe dzieje. W pierwszym półroczu było to ciągle *va et viens* służby i dozorczyń; ciągle zmiany tak prędko i smutnie wstawiały zakład w łódzkich kantorach stręczęch, że niekiedy pomimo starań tygodniami nie mogliśmy zdobyć nowych kandydatów lub kandydatek. W drugim półroczu mniej więcej połowa służby ustaliła się już na dobre w szpitalu, zaś w ostatnich kilku miesiącach nie potrzebowaliśmy już ani razu się zwracać do kantorów stręczęch, zapełniając rzadko wakuujące miejsca zgłaszającymi się ponownie do zakładu lepszymi charakterami z pomiędzy tej służby, która odchodziła „na własne żądanie“. Kara pieniężna w okresie sprawozdawczym nie stosowaną była nigdy, ani za inne przewinienia, ani tembardziej za system odwetowy, który był karany usunięciem z zakładu w ciągu 24 godzin. Ilość służby przy chorych obojga płci, wynosząca początkowo 10 osób, wzrosła wraz ze zwiększeniem się liczby chorych w końcu roku ubiegłego do 22. W ciągu tych 15 miesięcy opuściło służbę aż 25 osób, z tych 13 oddalonych za brutalne zachowanie się wobec chorych, zaś 12 osób na własne żądanie, niekiedy po kilku dniach lub tygodniach służby, która się okazywała dla nich zbyt ciężką. Nadto usunięte były dwie starsze dozorczyńie za udowodnione ukrywanie przed lekarzem przewinień służby wobec chorych.

Sięgając do starszych jeszcze dziejów pielęgniarstwa umysłowo-chorych w Łodzi, spostrzegamy, iż początkowo przedsiębrano pewne środki ostrożności w celu ochrony służby przed gwałtownymi chorymi. „Sprawozdanie z działalności Łódz. Chrześ. Tow. Dobr.“ za rok 1897 podaje, iż ku końcowi tego roku w Schronisku dla umysłowo-chorych przy Domu Starców było 19 chorych, mianowicie 3 mężczyzn i 16 kobiet, i że pomimo tak ogromnej przewagi liczebnej kobiet, personel służbowy składał się — z 1 kobiety i 3-ch mężczyzn. Tę dysproporcję tłumaczy „Sprawozdanie“ tem, iż dyżury nocne, a także dzienna opieka nad niespokojnymi chorymi obojga płci, należały wyłącznie do służących mężczyzn, zaś pielęgniarka miała do czynienia tylko z chorem-

spokojnymi. Sprawozdania z lat następnych wykazują, iż ten stosunek liczbowy służby płci obojga do chorych, stawał się stopniowo normalnym.

W Kochanówce od początku trzymaliśmy się zasady „wzmocnionej ochrony“ chorych przed służbą. Pensjonarze klasowi, a także chorzy słabi lub przytomni, nie potrzebują jej; ale należy przedsięwziąć właśnie specjalne środki ostrożności w celu ochrony mianowicie gwałtownych chorych z oddziału ogólnego przed systemem odwetowym służby. Służba zbyt krewka i barczysta została usunięta, charaktery najłagodniejsze dane właśnie do chorych gwałtownych i bójkę pomiędzy chorymi, będące początkowo zjawiskiem codziennym, stały się stopniowo przykrym, ale już rzadkim ewenementem szpitalnym; w razie zaś rzadkich napaści chorego na służącego, lekarz znajduje siniaki lub podrapanie na tym ostatnim, a nie na chorym, i tem rzadziej, im łagodniejszego charakteru jest służący. Dalszy krok na drodze postępu w omawianej kwestyi zamierzamy zrobić wkrótce przez zaprowadzenie służby żeńskiej na oddziale spokojnym męzkim—reforma bardzo pożądana ze względu na dobry wpływ łagodniejszego elementu kobiecego na chorych.

Ilościowo stosunek służby do chorych w Kochanówce był w czasie sprawozdawczym zupełnie niedostateczny, gdyż przeciętnie wypadał 1 służący na 6 chorych z ułamkiem. Przyjmując pod uwagę, że nad całym personelem służbowym jest tylko jeden dozorca i jedna dozorczyń, że pensjonarzom I klasy daje zakład osobnego służącego, że stosunek 1:6 nie jest dostatecznym nawet dla chorych spokojnych, a w Kochanówce przez czas sprawozdawczy był duży procent chorób o przebiegu ostrym, wymagających zatem znacznie ściślejszej opieki, że wreszcie wskutek różnych braków miejscowych, wywołanych niewykończonem jeszcze urządzeniem szpitala, służba była obciążona wielu pobocznymi zajęciami, których nie spełnia gdzieindziej, uznać musimy ten stosunek za bezwarunkowo niewystarczający, nawet dla dużych szpitali, gdzie przy wielkiej ilości chorych i służby łatwiej jest o odpowiednie rozmieszczenie, a tembardziej—dla mniejszych.

Ten brak był niewątpliwie głównym powodem, dla którego Kochanówka nie uniknęła w czasie sprawozdawczym tych nieszczęśliwych wypadków, któreśmy poprzednio opisali; to też jak tylko finanse zakładowe na to pozwoliły, zmieniliśmy

stosunek 1:6 w końcu roku ubiegłego na nieco lepszy, jakkolwiek jeszcze niedostateczny dla małego zakładu, stosunek jednego służącego na 5 chorych (a właściwie należałoby dojść przynajmniej do tego stosunku 1:5, ale po wykluczeniu żeń służby pierwszoklasowej). Dostateczna ilość służby jest rzeczą niezmiernie ważną nie tylko ze względu na bezpieczeństwo chorych i na możliwość wciągania ich do pracy, wyprowadzanie na dalsze spacery, rozrywki itd. co w monotonnem życiu chorego ma ogromną doniosłość, ale także ze względu na to, iż służba mniej przygnębiona i przeciążona pracą, bardziej ceni posadę i łatwiej w razie potrzeby znosi kaprysy lub gwałtowność chorego.

Dyżury nocne, niezmiernie ważne ze względu na częstość katastrof nocnych w razie niedbałego ich traktowania, są tygodniowe, odbywają się kolejno i podczas ich trwania służący w dzień zwolnieni są całkowicie od pracy.

Ciężka to jest praca w razie sumiennego jej wypełniania, i różniacze życie służby, w razie jej niesumienności; trzeba tu nie tylko wielkiej cierpliwości, ale także pewnej inteligencji i umiejętności obejścia się z chorymi. To też nie należy nigdy zapominać, iż duże wymagania od służby przy umysłowo-chorych można stawiać tylko wtedy, jeśli się ją za to odpowiednio wynagradza. W Holandji według v. D a v e u t e r'a*) wprowadzono egzamina pielęgniarskie po dwuletniej służbie w zakładzie; G a l l u s**) opisuje stosunki służbowe w holenderskim zakładzie Maerenburg—pielęgniarki są i na wielu męskich oddziałach; zakład posiada osobny dom dla sióstr miłosierdzia, osobne sanatorium dla wypoczynku pielęgniarek, bardzo już zasobne, pomimo krótkiego istnienia, stowarzyszenie pielęgniarek, mające na celu dalszy postęp sprawy pielęgniarstwa umysłowo-chorych itd., itd. Tego rodzaju urządzenia, ułatwiającej służbie korzystanie z jej praw ogólnoludzkich, i wytchnienia po długim, męczącym obcowaniu z umysłowo-chorymi, połączone z rzeczywiście dostateczną ilością służby i dobrem wynagrodzeniem, nie mogą być nigdy i w żadnych warunkach zastąpione chociażby najściślejszą i najsurowszą kontrolą. Gołosłowne zachęcanie do ideowego współpracownictwa ludzi mało inteligen-

*) Jahresbericht über die Leistungen und Fortschritte auf dem Gebiete der Neurologie und Psychiatrie za rok 1902.

**) Ibidem.

tnych, wyczerpanych pracą, pozbawionych rozrywki, nieszczęśliwie płatnych i t. d. może wywierać tylko skutek szybko przemijający. Innemi słowy, jeśli chcemy, ażeby służba nie tylko że nie łamała żeber i nie mordowała naszych chorych, ale żeby istotnie z oddaniem się sprawie, delikatnie i umiejętnie ich pielęgnowała, to mamy na to jeden tylko środek — każdy zakład *powinien jaknajtroskliwiej zadawałnic* wszelkie potrzeby życiowe, w szerokim znaczeniu tego wyrazu, nie tylko chorych, ale i zdrowych, którzy się nimi opiekują. Dopóki warunek ten spełnionym nie będzie, wszelkie tak zachwalane przez współczesną psychiatrię środki, jak odczyty popularne raz, lub nawet dwa razy na tydzień, mogą wydać tylko bardzo problematyczne rezultaty, albo nawet stać się jednym więcej niemiłym ciężarem obowiązkowym dla ludzi gruboskórnych, bez żadnego wykształcenia i poczucia delikatności, niezdolnych do zrozumienia tego, że odpłacenie się choremu, jeżeli nie kułakiem, to przynajmniej paru bieżącymi przekleństwami, może mieć cośkolwiek zdroźnego w sobie. Zrozumieją to należycie tylko ci, którzy mają już większe wymagania życiowe, ale wtedy zakład musi je zadawałnic. Stąd jasną jest rzeczą, dla czego w bogatych zakładach prywatnych, o ile są starannie prowadzone, skargi lekarzy i chorych na służbę są o wiele rzadsze, aniżeli w dużych szpitalach państwowych. Zadowolnimy chorych tylko wtedy, jeżeli jednocześnie zadowolnimy i ich służbę.

O życiu chorych w Zakładzie.

Wymogi psychiatrii współczesnej co do trybu życia umysłowo-chorych w zakładach, z pominięciem chorych fizycznie i uleczalnych, streszczają się krótko w zdaniu, iż należy tryb ten o ile możności zbliżyć do trybu życia umysłowo zdrowych. Przekonaliśmy się w Kochanówce, iż zadanie to jest zmudnem i ciężkiem, wymagającym długich miesięcy pracy, jeśli wymaganie powyższe stosowanem jest do chorych, którzy przez lat 4 albo 5, spędzali dzień każdy, jeden jak drugi, wśród czterech nagich, zamkniętych i dobrze okratowanych ścian, pod dozorem służby, bez lekarza miejscowego. Naturalnym wynikiem takiego trybu życia, którego jedyne urozmaicenie polegało na codziennych bójkach tych lub owych chorych pomiędzy sobą lub ze służącymi, było takie zdziwienie chorych, iż podejście do nich lekarza lub osoby obcej wymagało wręcz dużej odwagi cywilnej.

Warunki, w których się znalazła biedna gromadka tych 50 chorych, przewiezionych ze Schroniska w Łodzi do Kochanówki, bynajmniej nie ułatwiły szybkiego zaprowadzenia reform. Służba, w połowie nie nadająca się do pielęgniarstwa chorych, przyzwyczajona do poskramiania chorych przy każdej okazji kaftanem, z wielką trudnością oswajała się z nowymi warunkami. Początkowe ciągle zmiany w składzie służby wymagały niustannej bacności na elementarne zasady bezpieczeństwa chorych. Każde przewietrzenie pokoi przez otwieranie okien było połączone z pewnem niebezpieczeństwem, gdyż służba, przyzwyczajona do krat żelaznych w Schronisku, bardzo często pozostawiała okna otwarte lub niedomknięte. Sprytniejsi chorzy robili sobie z blaszanych łyżek klucze do okien, lub też za pomocą wyciśniętych z okien szyb, odkręcali śruby od zawiasów okiennych.

Dwa zasadnicze braki Kochanówki z pierwszego okresu jej istnienia dawały się dotkliwie odczuwać na każdym kroku, dążącym do zaprowadzenia reform: brak wody i mała ilość służby. Niemożność stosowania tak skutecznego środka nasennego i uspakajającego, jakim jest dłuższa ciepła kąpiel, zmuszała do zastępowania jej kocami, lub co gorsza, środkami aptecznymi, lub wreszcie, co najgorsza—w razie niedostateczności powyższych środków i braku służby, nawet izolacją, lub środkami przymusowymi.

Z takimi chorymi, z taką służbą i w takich warunkach, stosowanie ślepe humanitarnych zasad współczesnej psychiatrii byłoby nieogłędnością, która musiałaby doprowadzić do szeregu najcięższych katastrof. Niemogąc na razie dać chorym najlepszych środków, mianowicie ciepłej kąpeli i dobrej opieki, musieliśmy wybierać pomiędzy środkami, które są najmniejszym złem.

W pierwszych najtrudniejszych miesiącach nie można było uniknąć stosowania nawet najgorszego ze wszystkich środków, mianowicie kaftana przymusowego. Dla wyplenienia jednak utartego zwyczaju, prawo stosowania kaftana zostało od pierwszego dnia bezwzględnie odebrane dozorey i dozorczyń. Zamiast kaftana, jako mniejsze zło, wprowadzone zostały rękawiczki, pozostawiające chorym bezporównania większą swobodę ruchów. Względnie najcięższe zmuszenie byliśmy stosować najłagodniejszy jeszcze z powyższych środków przymusowych, mianowicie izolację we właściwym znacze-

niu tego wyrazu, t. j. przymusowe zamykanie chorego w osobnym pokoju, wbrew jego woli.

Z prawdziwym zadowoleniem pod każdym z powyższych względów mogliśmy konstatować powolny, ale ciągły postęp. W ostatnich miesiącach, pomimo wciąż wzrastającej liczby chorych i znacznej ilości świeżych przypadków, jedyny obecnie z czterech przywiezionych ze Schroniska Łódzkiego kaftanów przymusowych, wyszedł zużycia całkowicie, jeśli pominąć niezmiernie rzadkie wypadki chirurgiczne, uprawniające do użycia kaftana nawet w najbardziej drażliwych pod tym względem zakładach. Stosowanie rękawiczek, zależne w każdym poszczególnym wypadku od osobnego pozwolenia lekarza, nie jest wprawdzie zupełnie zniesione, ale ograniczone do minimum czasu i jaknajrzadszych wypadków. Izolacja właściwa stosowana jest również możliwie najrzadziej i w żadnym razie nie trwa dłużej nad kilka godzin do paru dni*).

Sposoby, za pomocą których doszliśmy do tak pożądaných rezultatów pod powyższym względem, polegały—pomijając już kwestyę służby, omówioną poprzednio—na dostarczeniu chorym zajęcia i rozrywek.

W zimie dostarczanie pracy chorym, szczególniej mężczyznom, wobec braku jakichkolwiek warsztatów, połączone jest z pewnemi trudnościami. Kobiety mają zawsze szycie ręczne i na maszynie, reperacyę bielizny, robienie pończoch, szydełkowe i inne ręczne robotki, którym się chętnie oddają. Parę chorych pracuje prawie codzień w kuchni aż do obiadu. Jedna z chorych (imbecillitas), wiejska dziewczyna, ma pod swoją wyłączną opieką nierogaciznę szpitalną, ku wielkiemu pożytkowi zakładu. Zarówno mężczyźni, jak i kobiety, wciągani są i zachęcani do pomocy przy wszelkich czynnościach, mających na celu utrzymanie czystości i porządku wewnętrznego—jak sprzątanie pokojów, mycie talerzy i kubków, pomoc przy chorych słabych, lub zanieczyszczających się itd., itd. Pozatem mężczyźni zajmowali się potrosze introligatorstwem, robieniem słomianek, mioteł, niektórzy byli bardzo pomocni przy reperacyi uszko-

dzeń instalacyi elektrycznej, lub pracowali w kuźni. Introligatorstwo, słomkarstwo i miotlarstwo, doskonale się nadające dla takich zakładów, nie wydały jednak dotąd lepszych rezultatów w Kochanówce, z powodu zbyt dorywczego traktowania i braku organizacyi, wciąż przerywanej jeszcze niedokładnościami urzędzeń młodej instytucyi.

Podczas cieplej pory roku wszystkie powyższe zajęcia zostają, zależnie od pogody, mniej lub więcej zaniedbywane na rzecz zajęć ogrodowych i polnych. Zaraz po przejechaniu z Łodzi do Kochanówki wzięli się chorzy energicznie do kopania kartofli i bywały dnie, w których trzecia część chorych, w tej liczbie niektórzy z oddziału niespokojnego, pracowali z takim zamiłowaniem, iż własnymi siłami załatwili się wkrótce z paru morgami. Często żądali przynoszenia podwieczorku na pole, aby jeszcze nie wracać do zamkniętych murów. Kopanie rowów, przetrząsanie ziemi itd. znajdowało zwykle tylu amatorów, iż należało pożyczać łopaty od sąsiadów. Pielenia, następnie sadzenie i pielęgnowanie kwiatów należy już wyłącznie do kobiet. Słowem, wszelkie rodzaje pracy ogrodowej i polnej są nieocenionem zajęciem chorych, gdyż jednocześnie jest bardzo przez nich lubianem, bardzo higienicznem i daje im codzień długie godziny złudzenia, iż pracują na zupełnej swobodzie, jak wszyscy zdrowi ludzie.

Jeden z chorych, neurastenik hypochondryczny, po uzyskaniu polepszenia stanu zdrowia, przez szereg miesięcy był rzetelną pomocą przy miejscowym zarządzie gospodarczym. Inny chory, hebephrenik, o którym już wspominaliśmy poprzednio, zarządza szafami bibliotecznymi i prowadzi książki katalogowe i czytelnictwa. Statystyka, ułożona przezeń dla niniejszego sprawozdania na dzień 1 Stycznia 1904 r. wykazuje że zakład posiada 424 tomy i 95 roczników czasopism, z których korzystało 53 chorych (611 przeczytanych tomów) i 9 zdrowych osób (48 przeczytanych tomów). Ruch czytelniczy jest wśród chorych bardzo znaczny, i nie rezygnujemy za to, czy bibliotekarz zakładowy w swej książce czytelnictwa, nie zrobił czasem jakowych opuszczeń przez nieuwagę.

Potrzeby religijne chorych, wobec tego, iż zakład nie posiada żadnej kaplicy, były zadawane w sposób bardzo niedostateczny. Pewna ilość chorych chodziła, szczególniej latem, w niedziele

*) Oczywiście, jest tu mowa tylko o izolacyi przymusowej, t. j. wbrew woli chorego, gdyż udzielenie choremu osobnego pokoju w razie, jeśli towarzystwo innych chorych drażni go i podnieca, na jego własne żądanie, lub ku jego wielkiemu zadowoleniu, z prawem przejścia na salę ogólną na każde jego żądanie, nie jest żadnym środkiem przymusowym.

i święta na nabożeństwa do pobliskiego miasteczka Aleksandrowa (3 wiorsty) albo nawet do Łodzi. Wielu jednak chorych uczestniczyć w takich wycieczkach dalszych nie mogło i dla tych w przeszłym roku mogła być na miejscu urządzona tylko spowiedź, zaś w tym roku odbyło się w odpowiednio urządzonej sali, przy wzniesionym ołtarzu, nabożeństwo katolickie i ewangelickie, tak iż chorzy odnieśli już wrażenie prawdziwej uroczystości religijnej.

W ostatnich czasach muzyka i śpiew zaczynają odgrywać coraz większą rolę w pawilonach, szczególnie kobiecym, wskutek starań inteligentniejszej od poprzednich dozorczyń. Gra fortepianowa daje się słyszeć w obu pawilonach prawie codziennie, śpiew chóralny jest dotąd nową zdobyczą tylko kobiet. Ogromne powodzenie u chorych mają niedzielne podwieczorki taneczne, odbywające się od dłuższego już czasu dość regularnie co tydzień. Początkowo brały w nich udział tylko kobiety, z postępem zaś uspołecznienia chorych, od jakiegoś pół roku, uczestniczą w nich również i chorzy mężczyźni. Służba zakładowa bierze udział w tańcach, ale pod warunkiem, aby zdrowi tańczyli wyłącznie tylko z chorymi, a nigdy pomiędzy sobą. Bezwzględnie wykluczeni są chorzy cielesnie, a zatem przedewszystkiem organiczne cierpienia układu nerwowego; przeważają na sali tanecznej chorzy chroniczni, z pomiędzy ostrzych zaś dopuszczani bywają stany podnieceń, które nie doprowadziłyby do osłabienia fizycznego. Zamiana bezładnie podnieconych ruchów mięśniowych tych chorych na harmonijny ruch taneczny, byle nie nadmiernie przedłużany, zdaje się jaknajlepiej działać nie tylko na usposobienie chorych, ale nawet przeciwko ich bezsenności. Ku końcowi zabawy chorzy się już zazwyczaj dopytują, czy aby następnej niedzieli odbędą się znowu tańce.

Nadspodziewanie wielką przyjemnością dla chorych, szczególnie niespokojnych, okazały się gromadne ich spaceracje po parku. Całodzienne nawet siedzenie latem chorych niespokojnych w malutkim ogródku, okolonym szczelnie zabitym, wysokim płotem, nie może nigdy zastąpić — jak to wykazywały szczególnie przy pierwszych spacerach wprost uszczęśliwione miny najbardziej otepiałych chorych — gromadnej przechadzki po 30 morgowym parku, ogrodzonym całkiem zwyczajnym płotem wiejskim. To też nie tylko latem, ale i w zimie odbywają się zawsze w dniach

pogodnych takie przechadzki, o ile zakład rozporządza odpowiednią ilością ciepłego ubrania i obuwia i może wysłać z pawilonu paru służących.

Wszystkie te drobne, a jednak niezmiernie ważne zajęcia i rozrywki chorych, mają stokroć większe znaczenie od urządzonych parę razy do roku uroczystych, wielkich przedstawień, właśnie przez to, iż są codzienne i codziennie wywierają wpływ na chorego. Chorzy, (mowa tu przeważnie o chronicznych) rozumieją lub odczuwają, iż są przedmiotem czyjejsz zabiegliwości i tracą stopniowo, lub przynajmniej łagodzą swoje wrogi zachowanie się i podejrzliwość względem innych ludzi. Zadowolenia wszystkich tych chorych osiągnąć oczywiście nie można nigdy, gdyż stają temu na przeszkodzie, z jednej strony bredzenia chorobliwe pewnej kategorii chorych, z drugiej, wyrwanie ich z domu i rodziny i ograniczenie swobody. Każde zajęcie, każda rozrywka, są prawdziwym dobrodziejstwem dla chorych przytomniejszych, bo odrywają ich nietylko od urojonych strapień, ale i od rzeczywistej troski i tęsknoty od rodziny i wolności, których najstaranniejsza nawet opieka zakładowa zastąpić oczywiście nie może.

Tak więc w zakładach umysłowo-chorych mogą się zdarzać doskonale nie tylko szalone wybuchy gniewu lub bezzasadnej, chorobliwej radości i nie tylko przygnębienie lub smutna rezygnacja, ale i jasne chwile spokojnego zadowolenia i pogodnej wesołości. Za to umieją być i chorzy wdzięczni, odwiedzając nie raz po wyzdrowieniu w dniu pogodnym dawniejszych towarzyszy swojej niedoli w zakładzie; i w tych tak smutnie wśród publiczności osławionych zakładach dla umysłowo-chorych nie musi być znowu tak bardzo źle, jeśli się zdarza, iż chorzy, czując nawrot choroby, zgłaszają się niekiedy powtórnie sami, a jedna z byłych pacjentek Kochanówki, będąc nawet zupełnie zdrową, przyjechała z prośbą, czyby nie można jej przyjąć do pawilonu „na letnie mieszkanie.“

Pomimo wszelkich braków, które zresztą stopniowo zostaną usunięte, jak to wykazała dalsze sprawozdania roczne nasze, lub naszych następców, zakład w Kochanówce jest bez kwestyi prawdziwym dobrodziejstwem dla Łodzi. I jeśli Warszawa (Towarz. Opieki nad umysłowo-chorymi) zdobyła się na rzecz dobrą, mianowicie przytułek dla spokojnych chroniczków w Drewnicy, to Łódź — oddajemy jej pod

tym względem sprawiedliwość — wyprzedziła Warszawę kolosalnie, bo stworzyła, nawet chronologicznie wcześniej, nie przytułek, ale prawdziwy szpital dla wszelkiego rodzaju umysłowo-chorych, nie wykluczając ani gwałtownych chronicznych, ani też uleczalnych, słowem, nie wykluczając wszystkich tych, których Drewnica odsyłać musi do szpitala Jana Bożego lub w Tworkach.

Jeśli prywatnych przytułków jest w Europie zachodniej dość znaczna ilość, to prywatny szpital dla umysłowo-chorych jest rzadkością zarówno w Europie, jak i w Stanach Zjednoczonych. Kochanówka będzie bezwątpienia zapisana „na dobro“ Łodzi i jej Towarzystwu Dobroczynności w bilansie dziejów szpitalnictwa krajowego.



O błędach lekarskich ze stanowiska nauki i w obliczu prawa.

Podał Dr. E. Sonnenberg.

(Dalszy ciąg)

Przejdźmy teraz do prawodawstw, w których istnieją specjalne przepisy, omawiające uchybienia lekarzy.

Artykuł 870 rosyjskiego kodeksu kar głównych i poprawczych, powtórzony w przepisie 89 Ustawy lekarskiej, opiewa dosłownie:

„Gdy władza lekarska uzna, że lekarz, chirurg, akuszer lub akuszerka z przyczyny nieznamomości sztuki, powodują jawne, mniej więcej ciężkie błędy, wykonywanie praktyki będzie im wzbronione aż do złożenia nowego egzaminu i otrzymania świadectwa znajomości rzeczy“.

Druga część tego artykułu brzmi:

„Jeżeli następstwem wadliwego leczenia będzie śmierć innej osoby lub ciężki dla zdrowia uszczerbek, sprawca, jeśli jest chrześcianinem, podlega pokucie kościelnej wedle zarządzenia jego władzy duchownej.“ *)

Z treści powyższego artykułu wynika, że prawodawstwo rosyjskie przewiduje błędy, które popełni lekarz z przyczyny braku doświadczenia lub niewystarczających wiadomości fachowych, czyli że prawodawca ma na uwadze usterkę techniczną w ścisłym znaczeniu. Niema

natomiast w omawianym artykule żadnej wzmianki o odpowiedzialności lekarza za uszkodzenia, wynikające z przyczyny niedbałego wykonywania przez lekarza obowiązków zawodowych. Uwzględnienie odpowiedzialności lekarza za tego rodzaju uchybienia znajdujemy jedynie w projekcie do prawa karnego, wydania z r. 1845. Tam, w dziale traktującym o odpowiedzialności lekarzy, istnieje uwaga, która zaznacza, iż lekarz, jeśli w stanie nietrzeźwym przepisze choremu lekarstwo i spowoduje śmierć chorego lub wykona niedbale operację i t. d., podlega pokucie kościelnej, artykuł zaś 870 może być do niego tylko wówczas zastosowany, gdy wymienionych uchybień, a stwierdzonych przez władzę lekarską, dopuści się kilkakrotnie.

Jeżeli jednak zwrócić uwagę na to, że pokuta kościelna stanowi nie tyle karę, ile raczej rodzaj uspokojenia opinii publicznej, wyda się dziwnem owo łagodne traktowanie przez omawiany projekt uszkodzeń, powstałych z przyczyny niesumiennej i niedbałego wykonywania przez lekarza obowiązków powołania. Niektórzy komentatorowie prawa rosyjskiego utrzymują, że pozostawienie tego rodzaju uchybień bez kary byłoby w niezgodzie z duchem prawodawstwa. To też najwybitniejsi przedstawiciele palestry rosyjskiej, w osobach Tagancewa i innych, wyprowadzają odpowiedzialność lekarzy za uszkodzenia, zrządzane na zdrowiu chorych z przyczyny niedbałego traktowania obowiązków, z artykułów 1466, 1468 kod. kar głównych i poprawczych, omawiających ogólne zasady odpowiedzialności za nieostrożne spowodowanie śmierci lub kalectwa, oraz z art. 110 tegoż kodeksu, stanowiącego, że kara się zwiększa, gdy sprawca był szczególnie do ostrożności obowiązany. *)

Oto dosłowne brzmienie wzmiankowanych artykułów:

Art. 1466: „Kto bez zamiaru dokonania zabójstwa, dopuści się czynu sprzecznego z przepisami, ochraniającymi bezpieczeństwo osobiste i porządek społeczny, i czego następstwem, chociażby nieoczekiwanem, będzie śmierć czyjakolwiek, podlega karze:

zamknięcia na czas od 2-eh do 4-eh miesięcy.

Jeżeli jednak przestępstwo w kodeksie jest wyższą zagrożone karą, naten-

*) Уложение о наказаниях уголовныхъ и исправительныхъ. 5-ое дополненное издание. 1875.

*) Н. С. Таганцевъ: „О преступленіи противъ жизни по русскому праву. 1870.“

czas karę wyższą wymierzyć należy, z zasady artykułu 152 o zbiegu przestępstw.

W każdym razie, jeżeli sprawca jest chrześcianinem, podlega pokucie kościelnej według uznania swej władzy duchownej“.

Art. 1468: „Gdy od czynu, prawem niezakazanego, od którego nie można było oczekiwać z prawdopodobieństwem złych następstw, lecz jednakowoż wykonanego z nieostrożnością, nastąpiła śmierć czyjakolwiek, natenczas winny lub winni nieprzebiegania odpowiednich środków ostrożności, zależnie od okoliczności i warunków, przewidzianych w art. 110 kod. niniejszego, podlegają karze:

albo zamknięcia na przeciąg czasu od 2 do 4 miesięcy,

albo aresztu od 3 dni do 3 miesięcy,

albo surowemu napomnieniu w obecności sądu.

W każdym razie, jeśli sprawca jest chrześcianinem, podlega pokucie kościelnej wedle decyzji swej zwierzchności duchownej.“

Art. 110: „Zakres kary, w prawie przewidzianej, za przestępstwo niezamierzone zwiększa się, gdy ten, który się dopuścił występku, był dzięki swemu stanowisku lub okolicznościom obowiązany do oględnego postępowania; karygodność zmniejsza się, gdy czyn nie był przeciwnym i szkodliwych tegoż następstw nie można było z łatwością przewidzieć, lub gdy sprawca uniósł się zbytnią przy wykonywaniu swych obowiązków gorliwością. Kiedy nieostrożność, która spowodowała nieszczęście, usprawiedliwić się daje okolicznościami i szkoda zrzadzona nie tak łatwo przewidzieć się dawała, to sprawca ulega jedynie napomnieniu.“

Kodeks karny austriacki z 1852 r. zawiera następujące postanowienia, dotyczące zajmującej nas sprawy:

Art. 356: „Lekarz, który przy leczeniu chorego takie popełnił błędy, iż niemiejność jego stała się widoczną, winnym jest przekroczenia, jeżeli z tego powodu nastąpiło ciężkie uszkodzenie ciała, a jeżeli śmierć nastąpiła, staje się winnym występku i dla tego wykonywanie sztuki lekarskiej dopóty sobie wzbronionem mieć będzie, dopóki w nowym egzaminie nie dowiedzie, że nabył brakujących mu wiadomości“.

Art. 357: „Tej samej karze podlega chirurg, jeżeli przez niezręcznie wykonaną operację, spowoduje następstwa, wyłączone w poprzednim artykule“.

Specyalne przepisy o odpowiedzialności lekarzy za szkody, zrzadzane na zdrowiu pacyentów, istnieją w ustawach karnych: bawarskiej, würtemburskiej i węgierskiej.

Wedle brzmienia artykułu 17 kod. bawarskiego z r. 1813 lekarz dyplomowany jest karany, jak za przestępstwo ciężkie, jeśli zrzadzi uszczerbek na zdrowiu chorego z przyczyny braku zwykłych wiadomości oraz zwykłej zręczności, niezbędnych przy wykonywaniu czynności zawodowych.

Art. 251 ust. karnej würtemburskiej stanowi, że uszkodzenia na zdrowiu, zrzadzane przez lekarza, lub spowodowanie śmierci chorego przez nieostrożność, pociągają za sobą, prócz zwykłej kary za tego rodzaju przestępstwa, pozbawienie prawa do sprawowania obowiązków zawodowych.

To samo przewiduje i kod. kar. węgierski: zależnie od stopnia winy, prawo wykonywania czynności zawodowych może być zawieszono na czas pewien lub na zawsze. *)

Z zestawienia rozmaitych prawodawstw wynika:

1. Odpowiedzialność lekarzy za szkody, zrzadzane na zdrowiu pacyentów, w żadnem prawodawstwie współczesnem nie jest pominięta.

2. Szkody zrzadzane przez lekarzy na zdrowiu pacyentów mają jednocześnie i cechy występku karnego i cechy występku cywilnego.

3. Wzgląd powyższy wytwarza dwie skargi: karną, dążącą do wywołania kary, oraz cywilną—o wynagrodzenie szkód i strat, powstałych z zaniedbania lub czynu lekarza. Pierwsza, jako dotycząca przekroczeń obowiązków powołania, podlega dochodzeniu z urzędu i należy do władzy prokuratorskiej, druga — do prokrywdzonej jednostki.

4. Większość prawodawstw nie posiada wprawdzie specyalnych przepisów, dotyczących odpowiedzialności lekarzy, lecz odpowiedzialność lekarzy wyprowadza się z ducha prawa oraz z ogólnych zasad, omawiających karygodność uszkodzeń na zdrowiu, spowodowanych nieumyślnie.

5. Jedynie tylko w prawodawstwach: rossyjskiem, austriackiem, bawarskiem, würtemburskiem i węgierskiem istnieją specyalne przepisy, przewidujące uchybienia, o jakich mowa.

*) Онопріенко (l. c.) стр. 80.

6. Odpowiedni przepis ustawy karnej rosyjskiej ma na uwadze jedynie uszkodzenia, spowodowane brakiem przygotowania naukowego. O karygodności uszczerbków na zdrowiu, wynikających z niedbałego wykonywania obowiązków zawodowych lekarza, istnieje zaledwie wzmianka i to w projekcie do kodeksu karn. wydania z r. 1845.

7. Jednakże kryminaliści rosyjscy oraz praktyka sądowa rosyjska wyprowadzają karygodność tego rodzaju uchybień z ogólnych przepisów, omawiających występki przeciw nietykalności ciała.

Niezmiernie ciekawem jest stanowisko, zajmowane przez prawodawstwa europejskie wobec niedyplomowanych lekarzy, w wypadkach zrządzenia uszczerbku na zdrowiu osób, przez nich leczonych.

I tak, z treści art. 230 Deutsch. Str.-G. B. wypływa, że w razie zrządzenia szkody na zdrowiu chorego przez nie-lekarza, sprawca karany jest grzywną do wysokości 900 marek lub więzieniem do 3 lat.

Podobny stosunek istnieje i w prawodawstwie austriackiem.

Art. 343 kod. austr. brzmi: „Kto, nie posiadając przygotowania lekarskiego ani prawa do wykonywania praktyki lekarskiej lub chirurgicznej, zajmuje się nią, jako procederem, a zwłaszcza jeżeli stosuje magnetyzm zwierzęcy lub znieczulanie przy pomocy eteru, staje się winnym wykroczenia i karany będzie zamknięciem, a stosownie do tego, jak długo proceder ten uprawiał i jak wielką zrządził szkodę — ulega surowemu zamknięciu. od 1 do 6 miesięcy; w wypadku zaś zrządzenia osobie drugiej śmierci — ulega karze, przewidzianej w art. 355 K. K.“^{*)}

Art. 344 kod. austr: „Jeżeli sprawca jest cudzoziemcem, zostaje po odcierpieniu kary wydalony z krajów koronnych cesarstwa.“

A oto odpowiednie przepisy rosyjskiego prawodawstwa.

Art. 104 Ustawy karnej (wyd. 1885): „W wypadku zrządzenia szkody na zdrowiu przez osobę, zajmującą się leczeniem bez upoważnienia władzy i za opłatą, sprawca podlega karze nie większej nad 3 mie-

*) Artykuł wymieniony grozi aresztem na przeciąg czasu od 1 do 6 miesięcy lub surowym zamknięciem od 6 miesięcy do 1 roku, za jawną nieostrość w czynności zawodowej, zależnie od tego, czy następstwem czynności jest ciężkie uszkodzenie zdrowia, czy też śmierć innej osoby.

siące aresztu lub karze pieniężnej nie przewyższającej rb. 300.“

Art. 99 Ross. Ustawy lekarskiej: „Za używanie środków trujących lub silnie działających przy wykonywaniu praktyk leczniczych przez osoby nie mające do tego prawa, winni podlegają karze, przewidzianej w § 104 Ust. karn., przyczem wzmiankowane materiały zostają konfiskowane na rzecz miejscowych zakładów dobroczynnych.

Artykuł ten nie stosuje się jednak do osób, które bezinteresownie, radą swą, lub środkami leczniczymi, niosą chorym pomoc“.

A więc zarówno w prawodawstwie niemieckiem, jak i w austriackiem i rosyjskiem, za jedno i to samo przestępstwo, popełnione przez lekarza i nie-lekarza, istnieje pod względem zakresu karygodności znaczna różnica: partacza osiąga kara mniej surowa.

Wzmiankowana nierówność w obliczu prawa uwidocznia się jeszcze bardziej, jeśli zwrócić uwagę na to, że uszkodzenia na zdrowiu, zrządzone przez lekarza, podlegają dochodzeniu karnemu z ramienia oskarżyciela publicznego, szkody zaś, zrządzone przez partaczy — jedynie na skargę osoby poszkodowanej (§ 232 Deutsch S. G. B.). Prócz tego, niezbędnym warunkiem do ukarania partacza, gdy zrządził komu uszczerbek na zdrowiu, jest wykazanie, że praktykę lekarską uprawiał już poprzednio, jako proceder, a to nie zawsze jest rzeczą łatwą (Uchwała niem. Reichsgericht'u: Jahrg. 1882. IV. p. 113, art. 104 ross. ust. kar., art. 99 ross. ust. lek.)

A teraz pytanie:

Jakimi pobudkami kieruje się polityka karna, stanowiąc za jedno i to samo wykroczenie, dokonane przez lekarzy i partaczy, tak rozmaite kary?

Zkąd taka nierówność w wymiarze sprawiedliwości?

Wyższą karygodność uszczerbku, niebacznie zrządzonego przez lekarza w porównaniu z uszczerbkiem, zrządzonym przez nie-lekarza, możnaby wyprowadzić z faktu, że w uchybieniu lekarza zbiega się naruszenie obowiązków powołania. Na wymiar więc kary wpływałby tu stosunek moralny, w jakim pozostawał sprawca do osoby obrażonej, lekarz bowiem z natury swego powołania ma szczególny obowiązek czuwania nad zdrowiem pacjenta.

Wzmiankowaną nierówność w wymiarze sprawiedliwości możnaby również wy-

prowadzić i z zasady prawnej, głoszącej, że kara powinna być rozwiązywana odnośnie do stopnia oświaty i uobyczajenia ludzi. A więc lekarz, który otrzymał wyższe wykształcenie i którego położenie społeczne wyróżniło, posiadał i większą od partacza możność należytego pojmowania obowiązku.

Takimi, najprawdopodobniej, względami kierowali się prawodawcy przy rozwiązaniu będącej w mowie sprawy. Jednakże zasada łagodniejszego traktowania szkód, zrządzanych przez partaczy, nie jest zupełnie słuszna. Niepodobna bowiem zaprzeczyć, że osoba nie mająca wykształcenia lekarskiego, gdy spowoduje uszczerbek na zdrowiu chorego, zasługuje na karę surową już chociażby dla tego, że, biorąc na siebie sprawy leczenia, wprowadza w błąd nieświadomą rzeczy publiczność i pozbawia chorego pomocy racjonalnej.

To też najsprawiedliwiej, mojem zdaniem, rozwiązuje rzecz, o której mowa, sądownictwo angielskie.

Do niedawna jeszcze sądy angielskie rozróżniały karygodność uszkodzeń, zrządzanych na zdrowiu pacjentów przez lekarzy powołanych od takichże uszkodzeń, zrządzanych przez osoby niepowołane i zapatrywało się na omawianą rzecz inaczej zupełnie, niż to czynią inne prawodawstwa, a mianowicie, karało surowiej uchybienia partaczy. Obecnie można zauważyć w praktyce sądowej angielskiej zwrot: dziś w Anglii nie-lekarz jest postawiony pod względem karygodności na równi z lekarzem.

(Dok. nast.).



Prace tymczasowej Komisji

przemysłowo-lekarskiej

Towarzystwa lekarskiego lubelskiego.

(Dalszy ciąg)

Na mocy wszystkiego, cośmy powyżej powiedzieli, wywnioskować łatwo, iż za niewielkimi wyjątkami zastąpić możemy wody mineralne obce krajowemi, a w żadnym razie nie mamy potrzeby stosować wód niemieckich. Tymczasem dotąd postępowałyśmy wręcz przeciwnie, i wszelkie Emsy, Kissingeny, Obersalzbrunni i t. p. miały u nas ogromny po-

pyt ze szkodą dla przemysłu krajowego i kieszeni spożywców.*)

Dodatek. O przetworach zdrojowych. O przetworach ze źródeł krajowych da się powiedzieć naogół bardzo niewiele.

1. Ług, służący do przyrządzania kąpeli mamy: Buski (flak.—55 kop.), Ciechociński (flak.—30 kop.), Druskienicki (flak.—50 k.), Iwonicki, Morszyński, Rabczański, Rymanowski i Solecki (Nb. w sprzedaży znajdują się te tylko przetwory, których podajemy cenę).

2. Sól gorzką do użytku wewnętrznego mamy Morszyńską, (100 gramów — 90 kop.) Z solanek wyrabiają się do wzmocnienia kąpeli sole: Ciechocińska, Druskiennicka (funt — 25 k.), Iwonicka (1/2 kilo — 1 r. 20 k.), Rabczańska (kilo—1 r. 50 k.); do wewnętrznego użytku służy sól Rymanowska.

3. Pastyłki mamy Krynickie (pudełko — 80 kop.) i Szczawnickie.

4. Muł solankowy znajdujemy w Ciechocinku (funt 4 kop.); siarczany—w Busku (funt 15 kop.), Lubieniu, Solcu, Swoszowicach, Truskawcu.

5. Borowina solankowa wyrabia się w Ciechocinku, Iwonie i Rymanowie; siarczana — w Busku, Lubieniu, Pustomytach, Solcu, Swoszowicach i Truskawcu; żelazista — w Krynicy, Nałęczowie i Żegiestowie. O ile jednak nam wiadomo, żaden z tych zakładów leczniczych nie zaczął eksportować swej borowiny w postaci wyciągów, rozpowszechnionych zagranicą.

6. Wyciągi roślinne posiadamy następujące: jodłowy — Krościeński i Szczawnicki (do wziewań); sosnowy do kąpeli; Druskienicki (flakon — 1 r.), Grodziski;

*) Powyższy odczyt został wygłoszony w Lubelskim Tow. Lek. w d. 18 Kwietnia 1903 r., poczem zapadła następująca Uchwała Towarzystwa w sprawie stosowania naturalnych wód mineralnych

„Wychodząc z zasady, że należy popierać wody mineralne krajowe, które pod względem składu chemicznego nie tylko nie ustępują wodom obcym, ale w wielu wypadkach nawet je przewyższają i są przytem tańsze, Lubelskie Towarzystwo Lekarskie uchwalilo zobowiązać wszystkich swoich członków do używania wód krajowych i stosowania wód obokrajowych tylko według podanego spisu z zastrzeżeniem pierwszeństwa dla wód krajowych“.

Usunięte zostały z użycia wszystkie wody obokrajowe prócz: Vichy (z ograniczeniem na rzecz Krościeńka), Hunyady Janos i Franz Joseph (z ograniczeniem na rzecz Morszyńskiej). Zalecono też możliwie ograniczone użycie wód: 1. Karlsbad, Marienbad, Franzensbad (Salzquelle), Tarasp. 2. Contrexéville, Vittel. 3. Mitterbad, Levic, Roncigno, Srebrenica, Guberguelle.

(flak. — 50 k.) i Jabłoński (flak.—50 k.) świerkowy — Krynicki (fl.—1 r.) Wymienić też tu można olejek sosnowy Krynicki (ol. pini pumilionis) i wodę leśną warszawskiego laboratorium chemicznego.

Wnioski.

1. W dziale wód mineralnych naturalnych możemy zupełnie obejść się bez Niemiec.

2. W ogromnej większości przypadków wody mineralne obcokrajowe zastąpić możemy krajowymi.

2. Wody mineralne krajowe przeważnie wyżej stoją od odpowiednich wód obcych pod względem składu chemicznego.

4. Wody mineralne krajowe są bezwzględnie tańsze od zagranicznych.

5. Pożądaniem byłoby, żeby wszystkie źródła galicyjskie miały swych przedstawicieli w Warszawie i żeby ceny wód były ujednostajnione.

6. Żałować należy, że niektóre bogate źródła polskie, jak Głębokie, Truskawiec i inne,—nie eksploatują dotąd owych wód na wywóz, oraz że większość źródeł nie zorganizowała sprzedaży swych utworów.

7. Lekarze polscy powinni zobowiązać się do stosowania wód mineralnych krajowych, które, będąc tańszymi od zagranicznych, nie są od nich gorsze.

8. Publiczność polska powinna niemniej przyczyniać się do wyparcia wód mineralnych niemieckich i zastąpienia ich swojskimi.

Piśmiennictwo.

Przy opracowywaniu działu wód mineralnych korzystałem z źródeł: *L. Korczyński* — Zarys balneoterapii i balneografii krajowej 1900 r. *); *Dobrzycki* — Zdrojo-

wiska, zakłady lecznicze i stacje klimatyczne w Królestwie Polskiem 1896 r.; *Dobrzycki* — Zdrojowiska i miejscowości lecznicze w Niemczech oraz nasze względem nich stanowisko — *Medycyna* 1902 r.; *St. Kozłowski* — W sprawie większego rozpowszechnienia naszych wód mineralnych — *Medycyna* 1903 r.; *Glax* — *Lehrbuch der Balneotherapie* 1897—1900; *Bertenson i Woronichin* — *Mineralnyja wody w Rosyi i zagraniczej*; *Klinge* — *Proizvodstvo iskustwiennych mineralnych wod* 1902; *Manquat* — *Traité de thérapeutique, de matière médicale et de pharmacologie* 1896; *Tappeiner* — *Lehrbuch der Arzneimittellehre* 1899; oraz liczne broszury o naszych zdrojowiskach, nadesłane mi przez miejscowe zarządy.

DZIAŁ III.

Narzędzia chirurgiczne wogóle.

Opracował Dr. Adam Majewski.

Przy zestawianiu cen narzędzi chirurgicznych ściśle porównanie jest możliwem jedynie u fabrykantów tej samej narodowości, gdyż wyrabiają oni narzędzia jednego typu i w katalogach grupują je podobnie; u narodowości odmiennych narzędzia jednakowo nazywane i do tegoż celu służące różnią się często znacznie — w formie samego instrumentu i jego oprawy—co, wpływając na cenę, uniemożliwia ściśle zestawienie.

Typy narzędzi najprostszych: (ceny w rublach i kopiejkach).

*) Wobec licznych zgłoszeń kolegów z prowincyi zaznaczam, iż wymienione powyżej dzieło doc. *Lud. Korczyńskiego* z Krakowa traktuje wyczerpująco sprawę o wszystkich zdrojowiskach i miejscowościach leczniczych na całym obszarze ziem polskich i podaje wszelkie dane, tyżące się wód mineralnych polskich.

Nazwa Fabryki:	Collin	Auby	Genisson.	Simal	Drosten	Schmidt	Wandler	Walb.	Rychlik	Weiss	Krohne	Stille	Maun (Jodłowski)
	R u b l e i K o p i e j k i												
Nożyczki chir.	1.14	1.14	— 85	— 85	1.00	— 95	— 95	— 75	1.00	— 75	— 75	1.40	— 90
Pinceta 1 szt.	1.14	1.14	— 85	— 60	— 95	— 95	— 95	— 75	1.16	— 75	— 75	1.60	— 70
Péan 1 szt.	1.52	1.35	— 95	— 72	1.57	1.40	1.18	— 95	1.10	1.40	1.40	1.20	— 80
Nóż 1 sztuka	1.52	1.35	1.15	1.15	— 92	1.17	—	— 95	1.10	1.40	1.40	1.60	— 80
12 igieł	1.52	1.52	1.15	— 85	1.60	1.40	—	1.40	—	— 95	— 95	1.20	— 80
Imadło 1 szt.	5.25	4.90	3.40	2.85	6.60	4.70	4.00	3.85	3.30	6.50	6.50	3.20	1.44
1 Lyżeczka Volkman.	3.00	3.00	2.25	1.85	4.62	1.90	1.60	1.60	—	3.10	3.10	2.40	1.35
Ekarter Far. para	2.65	2.65	1.70	1.70	—	1.60	2.35	2.35	—	4.08	5.00	2.40	1.60
1 Pacquelin	35.00	34.00	23.00	—	39.00	33.00	—	—	29.00	35.00	35.00	30.00	23.00
1 Potain	21.00	21.00	15.00	—	—	—	—	13.00	—	25.00	25.00	16.00	14.40
1 Tonsillotom	10.00	9.00	6.75	—	11.80	12.40	12.40	10.50	11.80	—	—	10.00	7.20
1 Intubator	57.00	57.00	37.00	—	51.00	50.50	—	46.50	—	—	—	40.00	41.40

Narzędzia fabryk zagranicznych obliczone są bez kosztów cła i przesyłki, co należy uwzględnić przy porównywaniu cen tychże z cenami fabryk polskich. Firmy Genisson i Simal ustępują 25%, firmy Rychlika i Manna oraz Jodłowskiego — 10% od cen katalogowych, co zostało uwzględnione przy obliczeniach powyższej tablicy. Firma Collin ustępuje zwykle 10%; przy sprowadzaniu narzędzi Collinowskich za pośrednictwem Agencji francusko-polskiej w Paryżu (agent w Lublinie p. Chotkowski, Hotel saski) można otrzymać od 10—25% ustępstwa.

Zestawiając narzędzia francuskie fabryk Collin'a, Aubry, Genisson'a i Simal'a zgodnie z załączoną tabliczką, dochodźmy do wniosku, że najdroższymi z nich są narzędzia Collin'a; narzędzia fabryki Aury są od nich tańsze w przybliżeniu o 5%; Genisson'a " " " o 25%; Simal'a " " " o 30—40%.

Narzędzia belgijskie firmy Drostena pod względem typów są zbliżone do francuskich; od Collin'owskich są one na ogół trochę tańsze, w pojedynczych jednakże rubrykach przewyższają je ceną. Zestawiając grupę niemiecką, widzimy, że najdroższe są narzędzia Schmidta;

narzędzia Windlera są od nich tańsze o 5%;
Walba " " " o 25%.

Narzędzia czeskie firmy Rychlika zarówno co do typu, jak i co do cen są zbliżone do niemieckich i w stosunku do narzędzi Schmidta są o 15% tańsze.

Zestawiając narzędzia francuskie z niemieckimi, widzimy, że najdroższe z niemieckich (Schmidta) są o 10—15% tańsze od Collin'owskich. Narzędzia firm angielskich Weiss'a i Krohne-Sesemania zawierają w katalogach swoich wiele instrumentów oryginalnych, są w typach swoich bardzo urozmaicone, a dział noży mają tak bogaty, zarówno co do wielkości formy, jak i co do oprawy, że przewyższają tem wszystkie inne fabryki. Co do cen, są one u obu tych firm prawie jednakowe, a naogół nieco (około 5%) niższe od cen Collin'a.

Narzędzia polskie firm Manna i Jodłowskiego mają szczegółowe i dobrze zestawione katalogi z bogatym wyborem narzędzi. Ceny ich są niskie, tak, że pod tym względem wytrzymują konkurencją z najtańszą z zestawionych firm — niemiecką Walb'a; w wielu rubrykach ceny te są nawet niższe od cen Walb'a, tem więcej, że do tych ostatnich należy doliczyć koszt cła. Porównanie jakościowe również wypadła na ich korzyść: narzędzia

Manna — z kilku ostatnich lat — są grubo i dobrze niklowane i nie niszczy ich nawet kilkoletnie użytkowanie szpitalne przy ciągłym wygotowywaniu. Narzędzia niemieckie np. Walb'a po parumiesięcznym użyciu (w szpitalu św. Wincentego w Lublinie) oblażą z niklu; nawet najdroższe narzędzia niemieckie fabryki Schmidt'a są niklowane nieszczególnie i po 1—2 latach trzeba je niklować nanowo. Narzędzia niemieckie są wogóle ciężkie i u najlepszych nawet fabrykantów — średnio wykonane; o jakościowym porównywaniu ich z narzędziami Collin'a nie może być mowy.

Pod tym względem fabryka Collin'a zajmuje miejsce wyłączne i tak zręcznych, trwałych i dobrze wykonanych narzędzi, jak są jej narzędzia, dostać gdzieindziej nie można. Narzędzia angielskie pod względem jakości stali stoją bardzo wysoko: noże (obu wymienionych firm: Weiss i Krohne) okazały się doskonałymi (w szpitalu św. Wincentego w Lublinie) i przewyższają nawet noże Collin'a, których stal jest nieco za miękka. Narzędzia stalowe szwedzkiej fabryki Stille'go, chociaż mają uznana opinią, u nas okazały się nieszczerze gólnymi, zwłaszcza brzytwy (aseptyczne, bez rączek).

Wobec tych danych formułujemy, że: gdzie przy kupnie narzędzi zwróconą jest uwaga przede wszystkim na ich stronę jakościową, tam dotychczas z narzędziami Collin'a i stalowymi angielskimi nasze firmy konkurować nie mogą; gdzie jednakże kupującemu chodzi o instrument dobry, trwały i niedrogi, a samo wykończenie jest rzeczą mniejszej wagi, tam kupować należy jedynie u naszych fabrykantów, gdyż dają oni towar lepszy i tańszy od wyrabiających tego gatunku narzędzia firm obcokrajowych.

Niemiecka produkcya — cała, wraz z najdroższymi ich fabrykami, zaliczoną być musi ze względu na jakość wyrobów do produkcji drugorzędnej; ich tańsze firmy (np. Medicinisches Waarenhaus, Medic.-Polytechn. Union w Berlinie, z przedstawicielstwem w Odesie) wyrabiają podrzędną tandetę; narzędzia wybitniejszych firm nie są lepsze od narzędzi warszawskich.

Co do urządzeń i przyborów do sal operacyjnych, to, nierobiąc szczegółowych zestawień, niezmiernie trudnych ze względu na szeroki i urozmaicoany rozwój tego rodzaju produkcji — zaznaczamy jedynie, że sala operacyjna aseptyczna, zbudowana w szpitalu św. Wincentego w Lublinie w Końcu 1902 r. według wszelkich naj-

nowszych wymagań aseptyki — powstała *bez udziału produkcji niemieckiej*. Umywalniki, przybory do płynów, suchy sterylizator do szkła mamy z firmy francuskiej Flicoteaux; autoklaw, filtr Chamberland'a — z firmy Adnet w Paryżu; posadzkę z wyrobionymi narożnikami i zaokrąglonem przejściem na ściany od firmy Flicoteaux; farbę porcelanową (nb. doskonałą) do pokrycia ścian sali operacyjnej — z firmy „Le Ripolin“ (Paryż-Amsterdam).

Jedynie sterylizator do narzędzi i destylator do wody mamy od Lautenschläger'a z Berlina, a i to dlatego tylko, że sprowadziliśmy je zanim zwróconą została uwaga na konieczność zwrócenia z produkcją niemiecką; w dodatku szczegółowy kosztorys, przygotowany już dla nas według cennika Lautenschlägera, w zestawieniu z rzeczywistymi kosztami, okazał się wyższym.

Ze wszystkich obecnych urządzeń jesteśmy w zupełności zadowoleni. Przybory ruchome sali operacyjnej (stoły, stoliki, szafy etc.) wykonała dla nas firma Braci Boczkowskich w Lublinie. Dostać je jednakże można — niedrogie, dobre i w dużym wyborze — w fabryce Konrada Jarnuszkiewicza i Sp. w Warszawie.

Objaśnienie nazw fabryk:

A. Fabryki narzędzi chirurgicznych.

- Aubry: Aubry, 6, Boulevard St.-Michel, Paris (France).
 Collin: Collin et Cie, 6 rue de l'Ecole de Médecine Paris (France).
 Genisson: Genisson et Vaast, 23 rue Racine Paris (France).
 Simal: B. Simal, 5, rue Longe, Paris (France).
 Lüer*): Maison A. Lüer (Wulffing-Lüer), 6, rue Antoine-Dubois Paris (France).
 Drosten: Robert Drosten, 49, rue du Marais, Bruxelles (Belgique).
 Krohne: Krohne and Seseman 14, Barrett Street, W. London (England).
 Weiss: John Weiss and Son, Ltd, 287, Oxford Street, W. London (England).
 Stille: Alb. Stille, Kaplansbacken № 3, Stockholm (Schweden).
 Rychlik: Jindrich Rychlik, nározi Ovocné ul. a Jungmannova nám., Praha (Czechy).
 Mann: A. Mann, Warszawa, Tłomackie 3.
 Jodłowski: J. Jodłowski, Warszawa, Marszałkowska 144 (róg Ryzkiej).

Oprócz wymienionych ostatnio dwu firm polskich, wiemy jeszcze o istnieniu

4 innych fabryk, a mianowicie: Balukiewicz w Warszawie (wobec niedrukowania przez p. B. cennika nie możemy podać o tej firmie, która zresztą nie chciała nawet przyjąć udziału w ostatniej wystawie urządzeń szpitalnych i higienicznych podczas zjazdu higienistów w Warszawie, żadnych szczegółów); Niteckiego, nagrodzona na wystawie spożywczej w Łodzi (o firmie tej nie wiemy nic, nawet nie mamy jej adresu); i W. A. Kasprowicz w Poznaniu (przyjmowała udział w wystawie przy zjeździe przyrodników i lekarzy polskich w Krakowie r. 1900) oraz Edwarda Nowakowskiego w Wiedniu.

B. Fabryki wyrabiające przybory do sal operacyjnych, stoły, łóżka szpitalne, sterylizatory etc i inne narzędzia szpitalne.

- Adnet: E. Adnet, 38, Boulevard Saint-Michel, Paris (France): wyrabia specjalnie sterylizatory i materiały opatrunkowe;
 Drouet: G. Drouet, 74 Avenue Parmentier Paris (France): kuchnie szpitalne.
 Dupont: Fabricant breveté 10, rue Hautefeuille, Paris (France): łóżka, fotele i wózki dla chorych.
 Flicoteaux: Flicoteaux, Borne et Boutet, 83, rue du Bac, Paris (France): urządzenia sal operacyjnych; przedstawiciel w Warszawie inż. Gustaw Kamiński, al. Jerozolimska 25.
 Geneste, Herscher et Co*), Paris (France): kamery dezynfekcyjne, autoklawy, pralnie i kuchnie parowe dla szpitali; przedstawiciele w Warszawie: dom techniczno-handlowy Ludwik Piekarski, Skupiński i Co. (pożądanem byłoby, aby wymienieni przedstawiciele drukowali cenniki firmy Geneste—Herscher i w języku polskim).
 Lequeux ing. (Maison Wiesnegg), 64, rue Gay-Lussac, Paris, France; sterylizatory, przybory laboratoryjne.
 „Le Ripolin“: Francuskie Towarzystwo Anonimowe Fabryk lakierów emaliowych — Paryż-Amsterdam; przedstawiciele w Warszawie pp. Ruziewicz i Lindelfeld, ulica Zielna 11.

Wszelkie przyrządy i narzędzia francuskie sprowadzać można za pośrednictwem Agencji polsko-francuskiej („Agence franco-polonaise commerciale et indu-

*) Przedstawiciel w Warszawie inż. Gustaw Kamiński, al. Jerozolimska 25.

*) Adres dokładny tej firmy brzmi: Société des Etablissements Geneste, Herscher et Cie, 40—42 rue du Chemin-Vert, Paris (France).

strielle—Wydźga, Horwitz et Studnicki 21, rue du Louvre, Paris (I-er) France—agent w Lublinie p. Antoni Chotkowski, Hotel Saski, filia w Warszawie Nowogrodzka 34; w Krakowie Sławowska № 1.

Gostyński—Fabryka łóżek szpitalnych urządzenia do sal operacyjnych—w Warszawie; skład przy ulicy Wierzbowej, róg Kotzebue.

Konrad Jarnuszkiewicz i Sp.—łóżka szpitalne, stoły i szafki do sal operacyjnych etc. w Warszawie.

Petz—sterylizatory—w Warszawie ulica Smolna, Teofil Petz.

Witt Adolf—sterylizatory, autoklawy w Warszawie, Leopoldyny 11.

(d. c. n.)

Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne

Sprawozdanie

Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego za rok 1903.

Rok sprawozdawczy był pierwszym rokiem istnienia naszego Towarzystwa, które otwarte zostało 13 Grudnia 1902 r. W dniu powyższym odbyło się pod przewodnictwem kol. Juljana Majkowskiego pierwsze ogólne zebranie członków, na którym większością głosów wybrano: na Prezesa—starszego lekarza szpitala Ś-go Mikołaja w Busku, kol. Juljana Majkowskiego; na Wice-Prezesa—młodszy lekarz szpitala Ś-go Kazimierza w Radomiu, kol. Franciszka Kosickiego; na członków zarządu: 1) starszego lekarza szpitala starozakonnych w Radomiu, kol. Henryka Fidlera i 2) emer. lekarza m. Radomia, kol. Jana Przychodzkiego; na Sekretarza: lekarza wolnoprakt. kol. Wacława Cennérea; na Skarbnika: lekarza wolnoprakt., kol. Antoniego Szczepaniaka; na Bibliotekarza—dymis. lekarza wojskowego kol. Józefa Kondratowicza.

W dniu otwarcia Towarzystwo liczyło 66 członków rzeczywistych oraz 1 członka współdziałacza. W liczbie 66 czł. rzeczywistych — było 48 lekarzy, 1 doktor nauk przyrodn., 1 lekarz weterynaryi i 16 prowizorów farmacyi. W ciągu roku sprawozdawczego z powyższej liczby ubyło skutkiem wyjazdu z gub. Radomskiej 2 lekarzy, 1 lekarz weterynaryi oraz 4 prowizorów farmacyi, czyli razem ubyło 7 członków; w tymże okresie czasu przybyło: 4 lekarzy, 1 prowizor farmacyi, oraz 1 członek-korespondent, w końcu więc roku sprawozdawczego Towarzystwo liczyło: 64 członków rzeczywistych (50 lekarzy, 1 doktora nauk przyrodn. i 13 prowizorów farmacyi), 1 członka korespondenta oraz 1 członka współdziałacza. W liczbie

50 członków-lekarzy było: 29 (100%) za mieszkujących w m. Radomiu i 21 (45,6%) praktykujących w obrębie gub. Radomskiej, zaś w liczbie 13 farmaceutów—było: 11 (84,6%) zamieszkałych w m. Radomiu, oraz 2 (6%) z gub. Radomskiej.

Towarzystwo odbyło w ciągu roku ubiegłego 11 posiedzeń, a mianowicie: 3 Grudnia 1902 r., 3 Stycznia, 7 Lutego, 7 Marca, 4 Kwietnia, 2 Maja, 6 Czerwca, 5 Września, 3 Października, 14 Listopada i 5 Grudnia 1903 r. Na każdym posiedzeniu było obecnych średnio 32 członków, co stanowi 51% ogólnej liczby wszystkich członków; maximum—47 (72%), minimum — 25 członków (40%). Nado w posiedzeniach uczestniczyło ogółem 10 gości wprowadzonych przez członków Towarzystwa.

Cały szereg posiedzeń wypełniły odczyty w liczbie 19 i 10 pokazów, prócz tego na posiedzeniach tych rozpatrywano napływającą do Towarzystwa korespondencję, rozpatrywano sprawy bieżące oraz dokonywano wyborów członków Zarządu, komisji Rewizyjnej i innych komisji, zgodnie z § 35 Ustawy. Z ogólnej liczby 32 członków, którzy w ciągu roku zabierali głos na posiedzeniach, 16 wystąpiło z dłuższymi odczytami lub mniejszymi komunikatami.

Pod względem treści odczyty i pokazy dzielą się jak następuje:

Z dziedziny chorób wewnętrznych było 2 odczyty i 1 pokaz.

Z dziedziny chirurgii było 2 odczyty i 1 pokaz.

Z dziedziny położnictwa i chorób kobiecych było 5 odczytów i 2 pokazy.

Z dziedziny chorób nerwowych 1 odczyt i 1 pokaz.

Z dziedziny chorób skórnych było 1 odczyt.

Z dziedziny syfildologii było 4 pokazy.

Z dziedziny laryngo—i rinologii było 4 pokazy.

Z dziedziny higieny było 3 odczyty i 1 pokaz.

Wreszcie o zadaniach i celach Towarzystwa 3 odczyty; oraz w sprawach bytowych lekarzy 1 odczyt.

Największą zatem liczbą odczytów była z dziedziny położnictwa i chorób kobiecych, a mianowicie:

Tadeusz Rakowski wypowiedział rzecz p. t. „O leczeniu gorączki połogowej wogóle i o wynikach leczenia tejże zapomocą metody Fochier'a“ (druk. w „Nowin. Lekarskich“. Z. 10. 1903 r.) w której, na zasadzie własnych spostrzeżeń, przychodzi do wniosku, iż metoda Fochier'a, z przyczyny braku odpowiednich innych środków, jest obecnie jedyną metodą racjonalną w praktyce położniczej.

Raszkes Henryk w odczycie swym: „O używaniu rękawiczek w praktyce położniczej“ (druk. w Żurnale Akuszorstwa i Żenskich bolezniej“ T. XVII, № 11, 1903 r.), porównawszy wyniki prowadzenia 600 porodów na klinice prof. Winckel'a w gumowych rękawiczkach z wynikami otrzymanymi przy prowadzeniu w tejże samej klinice i w tym samym roku, również 600 porodów, lecz bez rękawiczek, twierdzi, iż używanie rękawiczek gumowych przy porodach wcale nie wpływa na zmniejszenie liczby zachorowań na gorączkę połogową i z tego powodu wątpi, aby rękawiczki te mogły mieć szersze zastosowanie w praktyce położniczej.

Stanisław Idzikowski mówił „O rozszerzaniu szyi macicznej zapomocą tępych narzędzi“ (druk. w „Czasop. Lekar.“ № 3, 1904 r.). Zaakcentowawszy znaczenie powyższego rozszerzania dla rozpoznania cierpienia macicy, oraz dla przyspieszenia porodu, prelegent drobniawgo opisał sposoby stosowania w tym celu instrumentów (laminaryi, sond, dilatatorów Ellingera, Bossi i in., balonów etc.), przytaczając przeciwskazania i wskazania do użycia każdego z nich. Podczas odczytu demonstrowane były odnośne instrumenty.

Więcej kazuistyczny charakter miały 2 następne komunikaty: Henryka Raszkesa: pierwszy p. t. „Przypadek powikłania porodu i okresu poporodowego różą twarzą“ — ciekawy ze względu, iż sprawa wzajemnego związku róży i gorączki połogowej nie jest jeszcze rozstrzygnięta, w drugim zaś—p. t. „Przyczynek

do kazuistyki pierwotnych nowotworów pochwy“ R. przytacza rzadki przypadek tego rodzaju nowotworu, przyczem rozpoznanie mikroskopowe, wobec braku wiadomości co do pochodzenia guza, pozostało w zawieszeniu: czy był to „śródbłonniak“, czy też „nadnerczak?“ (druk. w „Med.“ № 32 i 33, 1903 r.).

Tadeusz Rakowski przedstawił: 1) foetus papyraceus i 2) 3-miesięczny płód.

Henryk Raszkes—mikroskopowe preparaty organów płciowych kobiecych.

Z dziedziny chorób wewnętrznych, Henryk Fidler wygłosił odczyt p. t. „Gruźlica, przyczyny jej powstawania i sposoby szerzenia się w świetle najnowszych badań naukowych, oraz statystyka gruźlicy dotycząca przeważnie gubernii Radomskiej“ (druk. w „Kron. Lek.“ str. 627, 1903 r.). Prelegent na zasadzie licznych prac w omawianej dziedzinie dochodzi do następujących wniosków: 1) gruźlica jest zaraźliwą; 2) zawdzięcza swe powstanie lasecznikowi gruźliczemu; 3) usposobienie dziedziczne gra nieznaczną rolę w powstawaniu gruźlicy; 4) odziedziczenie gruźlicy—jako takiej—należy do niezmiernie rzadkich wypadków; odziedzicza się jedynie zmniejszoną odporność tkanek; 5) niektóre cierpienia i zawody wytwarzają anatomiczne usposobienie do gruźlicy, już to przez cierpienie gruczołów chłonnych, towarzyszące pewnym sprawom chorobowym (odra, koklusz), lub błony śluzowej dróg oddechowych (grypa, nieżyty), już to przez mechaniczne uszkodzenia tejże błony śluzowej (szlifierstwo, kamieniarstwo i t. p.); 6) gruźlica należy do bardzo rozpowszechnionych chorób; 7) gruźlica w gubernii Radomskiej jest częstym zjawiskiem i zabiera corocznie daleko więcej ofiar, aniżeli cholera w 1894 r.

Opierając się na powyższych danych statystycznych, Julian Majkowski zachęca do energiczniejszej, niż dotąd walki z gruźlicą, uważając za najodpowiedniejszy ku temu środek wzniesienie sanatorium gubernialnego dla chorych gruźliczych. Gubernia Radomska posiada bardzo sprzyjające warunki do urzeczywistnienia tego projektu, posiada bowiem w swym obrębie odnogę gór Sto-Krzyżkich i znaczne przestrzenie leśne, a bogato rozwinięty przemysł fabryczny, używający obecnie znaczne sumy pieniędzy na mało skuteczne leczenie swoich chorych gruźliczych, mógłby, przez zobowiązanie się do erekcyi i utrzymania pe-

wnej liczby łózek w projektowanym sanatorium gubernialnym, przyczynić się do urzeczywistnienia powyższego projektu. Projektodawca zachęca Towarzystwo Lubelskie, a w szczególności kolegów, stojących na straży zdrowia robotników fabrycznych — do dokładniejszego opracowania powyższego projektu, spodziewając się także poparcia ze strony rządowych i pomocy materyjalnej od szerokiego kręgu naszego — zawsze ofiarnego — społeczeństwa. Zanim jednak przyjdzie do skutku wybudowanie i urządzenie sanatorium gubernialnego dla suchotników, M. zachęca do jaknajrychlejszego zaprowadzenia w szpitalach gubernii Radomskiej sanatoryjnej metody leczenia, przez urządzenie werend i leżalni dla chorych gruźliczych. *Ogólne zebranie, podzieliłając w zupełności wywody kol. Majkowskiego, poleciło wydziałowi higieny szpitali i uzdrowisk opacowanie w tym względzie odpowiedniego memoriału.*

Henryk Fidler przedstawił tonometr Gärtner'a.

Z dziedziny chirurgii Leon Fukiwicz odczytał rzecz p. t. „Przypadek ostrej niedrożności kiszki wyleczony za pomocą wysokiej dawki atropiny“ i na zasadzie przypadków ogłoszonych w ostatnich czasach dochodzi do przekonania, że najpewniejszym środkiem w przypadkach wewnętrznego uwięźnięcia jest wczesnie podjęta operacja; w przewlekłych przypadkach niedrożności można stosować atropinę, która przynosi ulgę, zmniejszając bóle, napięcie brzucha i rozszerzając światło kiszki.

Zygmunt Kołodner zakomunikował „Przypadek marskości wątroby leczony operacyjnie sposobem Talma'y“, przemawiając za najwcześniejszą interwencją chirurgiczną w każdym przypadku marskości wątroby z puchliną brzuszną.

Tadeusz Rakowski przedstawił chorego z osteo-sarcoma sterni.

Z działu chorób skórnych był jeden odczyt, mianowicie Julian Majkowski wygłosił rzecz p. t. „O wysypkach skórnych swędzących wieku dziecięcego“ (druk. w „Med.“ № 16—17, 1903 r.), w której podał drobniawo praktyczne wskazówki co do rozpoznawania i leczenia najczęstszych swędzących wysypek dziecięcych.

Z zakresu syfildologii Edmund Drewnowski odczytał: „Przejawy późnego przymiotu dziedzicznego“; w odczycie tym prelegent poruszył sprawę zaraźliwości 3-cio rzędnych objawów syfilisu, powołując się w tym względzie na zdania niektórych (Neisser, Jadasson) ucze-

stników V zjazdu członków niemieckiego towarzystwa dermatologicznego w Gracu oraz w konkluzji zwrócił uwagę lekarzy, towarzystw, rządu i społeczeństwa na profilaktykę przymiotu, stanowiącego najgłośniejszą, zdaniem prelegenta, przyczynę wyrażania się ludzkości. Doniosłość sprawy, jak i poglądy wypowiedziane przez prelegenta, wywołały żywe bardzo rozprawy, w których przyjęli udział: Majkowski, Papiewski, Szczepaniak i Fidler, przyczem ten ostatni na następnym posiedzeniu wygłosił odczyt: „O zaraźliwości 3-cio rzędnych objawów przymiotu i o dziedziczności tegoż“ (druk. w „Czasop. Lekark.“ № 3, 1904 r.). Autor, zgodnie ze zdaniem Kaposi'ego, Fingera, Neumann'a, Lassar'a i innych twierdzi, iż w zasadzie objawy 3-cio rzędowe są niezaraźliwe, za wyjątkiem bardzo nielicznych przypadków, w których 3-cio rzędowe objawy występują jednocześnie z drugorzędnymi, lub gdy przymiotem są dotknięci alkoholicy, gruźliczy, cierpiący na przewlekłe zapalenie nerek, zimnicę i t. p. 2) objawy 3-cio rzędowe nie są nieodzownym następstwem zakażenia przymiotowego w przeciwieństwie do objawów 2-go rzędowych; 3) okres zaraźliwości przymiotu waha się od 2—5½ lat, a nawet 15, lecz jedynie pierwsze 5 lat są najniebezpieczniejsze i należy w tym okresie zabronić wstępowania w związki małżeńskie i żądać od chorych sumiennego leczenia się. Niebezpieczeństwo bowiem odziedziczenia przymiotu zmniejsza się stale w miarę oddalania się od chwili zarażenia się. Największe, prawie jedyne niebezpieczeństwo pod tym względem, przedstawia 2-gi okres przymiotu. Można wprawdzie dziedziczyć przymiot i w 3-cim okresie przymiotu rodzicielskiego, lecz to się zdarza niezmiernie rzadko. 4) Przymiot się dziedziczy albo w postaci swoistych objawów albo też w postaci dystrofii. Nie należy winić jedynie przymiotu rodzicielskiego w powstawaniu zmian dystroficznych u ich dzieci, albowiem wszelkie wyniszczające cierpienia rodziców, jako to wadliwa ich budowa, złe odżywianie (zależne od warunków bytowych) powodują płodzenie dzieci dystroficznych; jaskrawym tego przykładem jest ludność żydowska.

Z dziedziny chorób nerwowych Antoni Szczepaniak wygłosił odczyt p. t. „Wiadomości w świetle najnowszych pojęć anatomicznych i spostrzeżeń klinicznych“. Przytoczywszy we wstępie teorię neuronów w zestawieniu z najnowszymi zdobyczami na polu neurologii Apha-

thy'ego, Bochenka i Bethe'go (system nerwowy ma przedstawiać zamkniętą sieć, podobnie jak system krwionośny; zakończenia nerwów, według tych poglądów, mają nie istnieć), autor wypowiada następujące twierdzenia: 1) Wiad jest cierpieniem całego układu nerwowego, nie zaś poszczególnych torów; 2) punktem wyjścia choroby—przednie i tylne korzenie; 3) przyczyna wiadu tkwi w wyczerpaniu się układu nerwowego skutkiem forsownych wysiłków fizycznych i duchowych, zwłaszcza gdy siły organizmu zostaną podderwane przez jakąbądź chorobę wyniszczającą. Następnie po przytoczeniu praktycznych wskazówek co do badania tabetek, zwłaszcza sfery odruchów, autor poddaje krytycznej ocenie leczenie rżnięciem, uważając takowe, w czystych postaciach cierpienia, jako wprost szkodliwe; z metod leczniczych zasługują na uwagę, zdaniem prelegenta, elektro—i balneo—terapia, gimnastyka, wyciąganie (Mocutkowski) oraz leczenie objawowe.

Matylda Kobryner przedstawiła chorą z płasawicą, powikłaną historią (przypadek ten opisany został w „Kr. Lek.“ № 1. 1904 r.).

Laryngo—i rinologicznym kazuistycznym materiałem podzielił się Aleksander Żebroński, który przedstawił dwóch chorych: jednego z twardziela krtani i nosa, u którego zmiany twardzielowo w nosie i jamie nosogardzielowej wystąpiły w kilka lat od początku choroby oraz drugiego—po usunięciu przeszło 70 polipów nosowych.

Wreszcie Tadeusz Rakowski przedstawił: 1) polip nosowy długości 7 ctm. oraz 2) kamień wyłuszczonej z migdała.

O zadaniach i celach Towarzystwa mówili: Julian Majkowski w mowie wygłoszonej w dniu otwarcia Towarzystwa; Ludwik Żerański w odczycie: „Kilka słów o właściwym kierunku pracy Towarzystwa Lekarskiego w Radomiu“, Wacław Cennère odczytał: „Rys historyczny zawiązania Towarzystwa“.

Wreszcie sprawy bytowe lekarzy znalazły rzecznika w osobie Henryka Fidlera, który w komunikacie swym: „W sprawie emerytury dla lekarzy“ poruszył palącą kwestję zabezpieczenia bytu tymże w starości lub podczas niezdolności do pracy, a rodzinom w razie ich śmierci. Na zachodzie, gdzie idea zrzeszania się została należycie zrozumiana, zostały już dawno założone różne w tym celu stowa-

rzyszenia wzajemnego ubezpieczenia się; powinniśmy, zdaniem mówcy, zdążyć do tego samego, jeśli nie chcemy, abyśmy sami, lub nasze rodziny, wyciągali ręce po jałmużnę, jaką, niewątpliwie, jest zapomoga domowa z kasy wdów i sierot po lekarzach; kasa ta powstała z filantropijnych pobudek i filantropijną być nie przestała; nie posiadając dostatecznych środków, daje zasiłki bardzo skromne, lecz z drugiej strony w samym swem założeniu nie miała na widoku zabezpieczać bytu rodzin po lekarzach. My zaś nie chcemy jałmużny, lecz słusznie nam należnej emerytury za ciężką dla społeczeństwa pracę. W konkluzji prelegent zachęca Towarzystwo do podjęcia inicjatywy w tym względzie i prosi o wybranie z pośród siebie komisji, która by się zajęła bliższem zbadaniem tej sprawy i opracowaniem projektu kasy emerytalnej dla lekarzy Królestwa Polskiego.

Zgodnie z powyższym wnioskiem wyznaczona została t. z. komisja emerytalna, do której wybrani zostali: Wacław Cennère, Henryk Fidler (przewodn.), Matylda Kobryner (sekret.), Józef Pełczyński i Antoni Szczepaniak.

Komisja powyższa w roku sprawozdawczym odbyła 1 posiedzenie, na którym postanowiono: 1) zebrać wiadomości oraz zgromadzić ustawy wszystkich Towarzystw mających na celu zabezpieczenie bytu zszereżonym w tej lub owej postaci. Do obecnej chwili zebrano bardzo wiele materiału dotyczącego organizacji i działalności powyższych Towarzystw i 2) zająć się zebraniem materiału statystycznego o śmiertelności wśród lekarzy Królestwa Polskiego od roku 1889 (data wprowadzenia urzędowej registracji) do 1 Stycznia 1903 r. W celu zebrania powyższego materiału uchwalono rozesłać kwestyonaryusz do wszystkich Towarzystw Lekarskich w kraju, zaś w guberniach, w których niema Towarzystw, do życzliwych kolegów z prośbą o wyrażenie swojej opinii w kwestyi emerytury i współudział w pracach naszej komisji.

Dotąd nadeszły już przychylnie odpowiedzi wraz z wypełnionymi kwestyonaryuszami od Towarzystw Lekarskich: Lubelskiego, Kaliskiego, Płockiego oraz od kolegów: Laskowskiego z Kielc, Maluszyckiego z Siedlec i Szyszki z Łomży. Oprócz tego Towarzystwa Lekarskie: Łódzkie i Częstochowskie wyraziły szczerą gotowość zajęcia się powyższą sprawą i przyrzekły swój współudział w opracowaniu statystyki gubernii Piotrkowskiej. Nato-

miast z Suwałk nie nadesłano żadnej odpowiedzi, chociaż upłynęło już pół roku od chwili wysłania kwestyonariusza. Jedynie Warszawskie Towarzystwo Lekarskie w obszernej odpowiedzi odmówiło swego współdziałania w pracach naszej komisji i zwróciło niewypełniony kwestyonariusz. W. T. L. podaje za powód odmowy tę okoliczność, iż dwukrotne narady przed laty w temże Towarzystwie w sprawie emerytury nie doprowadziły do pomyślnych wyników i że wreszcie istniejące stowarzyszenia finansowe, jak kasy pożyczkowe, wzajemne kredyty, tow. ubezpieczeniowe oraz instytucje filantropijne, jak kasa wdów i sierot po lekarzach, z jednej strony ułatwiają lekarzom czynienie oszczędności, korzystanie z kredytu i obracanie kapitałami, zaś z drugiej — zabezpieczają rodziny po lekarzach.

Do orzeczenia tego, niezgodnego z założeniem, z jakiego wyszło nasze Towarzystwo, wysadzając komisję emerytalną, będziemy musieli powrócić jeszcze w roku przyszłym, gdy na zasadzie zebranych wiadomości unaoczniemy konieczność założenia kasy emerytalnej dla lekarzy. Wreszcie, komisya uważa sobie za miły obowiązek złożyć serdeczne podziękowanie wszystkim Towarzystwom Lekarskim, które chętnie pośpieszyły na wezwanie naszego Towarzystwa, oraz kolegom: Laszkowskiemu, Maluszyckiemu i Szysce za ich serdeczne zajęcie się wspólną nam wszystkimi sprawą.

Przystępując z kolei do zdania sprawy z czynności Towarzystwa na polu higieny, należy zaznaczyć, iż z tej dziedziny było 3 odczyty i 1 pokaz, mianowicie: Wincenty Glibowski w pracy swej: „Walka z chorobami zakaźnymi na wsi oraz parę słów w sprawie szczepienia ochronnego ospy“ (druk. w „Czas. Lek.“ № 6 1903 r.) wskazał na niedostateczności stosowanych obecnie na prowincyi środków w walce z powyższymi chorobami, żądając: 1) wybudowanie specjalnych domów izolacyjnych; 2) zaopatrzenia każdej gminy w aparat do odkażania formaliną; 3) ustanowienia w gminach specjalnych sanitarzy dla wykonywania dezynfekcyi; 4) leczenia chorych na choroby zakaźne kosztem gminy. Co zaś do walki z ospą, autor proponuje ustanowienia większej, niż obecnie, liczby punktów szczepiennych i powierzenia szczepienia wyłącznie lekarzom za odpowiedniemi wynagrodzeniem.

Józef Pełczyński wygłosił odczyt: „W sprawie walki z ospą“ (druk. w „Czas. Lek.“. № 4, 1903 r.) Autor, po-

równawszy śmiertelność skutkiem ospy w różnych krajach, wykazał, iż najmniejszy procent śmiertelności zauważyć się daje w Niemczech, gdzie już dawno wprowadzono obowiązkowe szczepienie ochronne i rewakcyacyę, prosi więc Towarzystwo o podjęcie starań u władzy w celu zaprowadzenia i u nas takiegoż obowiązkowego szczepienia.

Zgodnie z powyższym wnioskiem ogólne Zebranie poleciło wydziałowi higieny ludowej opracowanie w tym względzie memoriału. W wykonaniu powyższego postanowienia memoriał „W sprawie uporządkowania ochronnego ospy (druk. w „Zdrowiu“ № 10, 1903) opracowany został przez kol. Pełczyńskiego, a następnie był rozpatrzony na posiedzeniu członków wydziału higieny ludowej, a po zatwierdzeniu go przez Ogólne Zebranie przesłany został władzy za pośrednictwem Wydziału Lekarskiego Radomskiego Rządu Gubernialnego.

Zasadnicze punkty powyższego memoriału są następujące: 1-o wszystkie bez wyjątku dzieci poddawane być winny pierwotnemu szczepieniu przed upływem 1-gu roku życia; 2) rewakcyacya w wieku 8—12 lat i powtórna w 21 r. życia powinny być obowiązkowe dla wszystkich; 3) szczepienia i kontrola wyników tegoż winny być powierzone lekarzom za stosownem wynagrodzeniem. Ponieważ jednak sprawa wznowienia u nas w drodze prawodawczej powszechnego szczepienia ochronnego ospy zajmie zapewne dość dużo czasu, uregulowanie zaś szczepienia w granicach naszej gubernii, zwłaszcza wobec rozmaitych sposobów prowadzenia szczepienia w poszczególnych powiatach, jest rzeczą, tak pilną, że 1-o lub 2-u letnia zwłoka nie może być obojętną, to Towarzystwo nasze uznaje za natychmiastowo niezbędne, w celu usunięcia istniejących obecnie braków, wprowadzenie następujących tymczasowych przepisów: 1) gminy powinny przedstawiać corocznie przed 1 kwietnia listy dzieci, które mają być szczepione po raz pierwszy, oraz listy tych, którzy mają podlegać rewakcyacyi między 8—12 rokiem życia; dwie te oddzielne listy powinny być ściśle skontrolowane przez biura powiatu na zasadzie ksiąg ludności i danych metrycznych urzędników stanu cywilnego; 2) jednocześnie z powyższymi listami gminy powinny nadsyłać do biura powiatu pieniądze na opłatę kosztów szczepienia (po 10 kop. od osoby). 3) szczepienie i kontrola powinny być powierzane tylko lekarzom, któ-

rzy powinni mieć pieczę o sprowadzeniu we właściwym czasie i należytem przechowywaniu materiału szczepiennego; 4) ustanowienie możliwie największej liczby punktów szczepiennych (z promieniem nie większym 4—5 wiorst). 5) rewakcytacji dokonywać jesienią, po ukończeniu robót w polu; 6) pożądanem byłoby nareszcie, zobowiązać obywateli ziemskich, fabrykantów i wogóle pracodawców, aby nie przyjmowali do zajęcia robotników nierewakcynowanych lub rewakcynowali ich na swój koszt przez lekarzy fabrycznych, dominialnych lub innych.

Trzeci odczyt z dziedziny higieny wygłoszony został przez Józefa Pełczyńskiego p. t. „Stan sanitarny szkół ludowych w gubernii Radomskiej“ (druk. w „Zdrowiu“ № 3, 1904 r.) Autor, na zasadzie danych zebranych drogą kwestyonaryuszów, przedstawił wielce opłakany stan sanitarny przeważającej większości szkół ludowych naszej gubernii, oraz, wychodząc z założenia, iż higiena tak ważnej instytucji, jaką jest szkoła ludowa, powinna nam leżeć na sercu, stawia jasno określone żądania, prosząc Towarzystwo o przedstawienie właściwym władzom wniosków w tej sprawie. Ogólne Zebranie postanowiło wnioski powyższe w sprawie higieny szkół ludowych przekazać dla bliższego rozpatrzenia „Wydziałowi higieny szkół i wychowania“.

Wreszcie Henryk Ryl przedstawił „uproszczone sposoby badania wody do picia“. Sposoby te, zgrupowane na jednej tablicy, będą rozesłane wszystkim członkom Towarzystwa.

Działalność Towarzystwa na polu higieny przejawiała się pozatem w działalności komitetu higienicznego, wysadzonego, na wniosek Zarządu, z łona Towarzystwa w celu opracowywania spraw higienicznych.

Na wniosek komitetu utworzone zostały wydziały, do których zapisywali się członkowie według swego życzenia; członkowie każdego wydziału wybierali z pośrednictwa przewodniczącego. Wydziałów było 6, mianowicie: 1) Wydział higieny szpitali, przytułków i uzdrowisk — członków 13; prezes kol. Z. Płużański; 2) Wydz. hyg. szkół i wychowania — członek, 10; prezes kol. A. Szczepaniak; 3) Wydz. hyg. miast i mieszkań — członek, 13; prezes kol. J. Przychodzki; 4) Wydział higieny ludowej — członek, 9; prezes ref. Pełczyński; 5) Wydz. higieny zawodowej — członek, 12; ref. L. Łukasiewicz; 6) Wydział biologiczno-chemiczno-fizycz-

ny i statystyczno-meteorologiczny — dr. nauk przyrod Henryk Ryl.

Komitet higieniczny w osobach: J. Przychodzkiego (przewodn.), J. Pełczyńskiego (sekr.) Cennérea, Fiedlera, Fikusiewicza i Ryla — odbył się w roku ubiegłym 8 posiedzeń, na których rozpatrywane były następujące sprawy: 1) organizacja prac członków Towarzystwa na polu higieny; 2) sformułowanie, na wezwanie Warsz. Tow. Hyg. — najpilniejszych potrzeb, dotyczących uzdrowotnienia mniejszych miast i wsi; 3) niezbędność opracowania szematów do badania wody do picia; szemat ten opracowany został przez członka H. Ryla; 4) sprawa niedozwanej potrzeby podjęcia starań o ustanowienie lekarzy szkół początkowych; 5) projekt urządzenia w Radomiu kamery dezynfekcyjnej i kąpeli ludowych; 6) konieczność wprowadzenia registracji chorych zakaźnych; opracowane w tym celu przez kol. W. Cennérea blankiety, na mocy postanowienia ogólnego zebrania z dn. 5 Grudnia 1903 roku rzesłane zostały wszystkim kolegom w gubernii zamieszkałym z prośbą, o zapełnianie powyższych blankietów odnośnemi wiadomościami z d. 1 stycznia 1904 r.; 7) projekt kol. Pełczyńskiego co do urządzenia w Radomiu szeregu popularnych odczytów z dziedziny higieny; 8) projekt kol. Cennérea — co do ankiety mieszkaniowej; 9) sprawa odkażenia i usunięcia gruzów po zburzonym budynku kloacznym w szpitalu Ś-go Kazimierza; 10) kwestya budowy nowego szpitala w Radomiu, wreszcie 11) otwarcie w tymże mieście bezpłatnych punktów szczepiennych dla biednej ludności naszego miasta.

Na mocy uzyskanego pozwolenia Towarzystwo otworzyło 4 takie punkty: 1) w szpitalu Ś-go Kazimierza; 2) w szpitalu starozakonnym, 3) ambulatoryum kolejowem i 4) w mieszkaniu kol. Żerańskiego (zgodnie z wyrażonem przez niego życzeniem). Szczepień dokonywali lekarze; zaszczepiono 149. Tak mała liczba dokonanych szczepień daje się objaśnić tą okolicznością, że szczepienia rozpoczęto z licznych przyczyn od komitetu higienicznego niezależnych, bardzo późno, mianowicie w ostatnich dniach Sierpnia, t. j. w czasie, w którym miejscowa ludność nie zwykła dzieci swoje szczepić ospą. Że jednak ułatwienie ochronnego szczepienia ospy, przez nasze Towarzystwo podjęte, ma rację bytu i jest dla biednej ludności miasta, zwłaszcza wobec bezpłatności, nieodzownie potrzebne, widać już ztąd, iż na

239 chorych dzieci, którym udzielono porad lekarskich w ambulatoryum szpitala Ś-go Kazimierza w ciągu czasu od 19.IX do 19.XII 1903 r.— zanotowano 80 dzieci zupełnie nieszczepionych, w szpitalu zaś starozakonnych za czas około dwóch miesięcy wśród 88-miu chorych dzieci znaleziono nieszczepionych 17. Z liczby 97 nieszczepionych było w wieku: od 6 tyg. — do roku 60 dzieci; do 2 lat — 22 dzieci i powyżej 2 lat 15-ro. Doświadczenie roku ubiegłego poucza, iż ambulatorya szczepienia ospy należy otworzyć już wczesną wiosną, a wtedy rezultaty naszych starań, mamy nadzieję, wyrażą się, w większej liczbie zaszczepionych.

Co się tycze działalności wyżej wspomnianych wydziałów, to wydziały: hyg. szpitali,—miast i mieszkań,—hyg. zawodowej oraz wydz. biologiczno-chem.-fizyczny—nie zbierały się w ciągu ubiegłego roku na posiedzenia. Wydz. hyg. ludowej miał jedno posiedzenie w celu rozpatrzenia memoriału, w sprawie uporządkowania ochronnego szczep. ospy.

Wydz. hyg. szkół i wychowania odbył 4 posiedzenia, na których: 1) po rozpatrzeniu przedstawionych przez kol. Fidlerera i Pełczyńskiego szematów do badania stanu sanitarnego szkół opracowano bardzo szczegółowy kwestyionaryusz, rozdany następnie członkom tegoż wydziału do zapewnienia; 2) obradowano nad sposobami szerzenia się i zapobiegania chorobom nagminnym wśród młodzieży szkolnej w myśl istniejących przepisów, oraz o sposobach odkażania przy tychże chorobach; 3) przyjęto do wiadomości uwagi kol. Szczepianiaka nad stanem fizycznego wychowania w szkołach średnich u nas i zagranicą; 4) obradowano nad koniecznością ustanowienia lekarzy szkolnych przy szkołach początkowych i uproszono kol. Cennèra o opracowanie w tym względzie memoriału.

Kończąc to krótkie sprawozdanie z czynności Towarzystwa, należy zaznaczyć, że Towarzystwo nasze przyjmowało udział w naradach Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego w sprawach uzdrowotnienia prowincyi. Na narady powyższe przesłany został memoriał, w którym zaznaczono, iż za najważniejsze i najpilniejsze, zdaniem Towarzystwa, sprawy, dotyczące higieny prowincyi, uważać należy: 1) zaopatrzenie miasteczek i wsi w dobrą wodę (budowanie nowych studzien, sięgających do głębokiej warstwy wodonośnej, pogłębianie i oczyszczanie starych studzien i t. p.) 2) asenizację mia-

steczki przez zabrukowywanie ulic, regulowanie ścieków, oczyszczanie ulic codziennie, po uprzednim polaniu wodą, zaopatrzenie każdego domu w miejsca ustępowe; 3) zapobieganie chorobom zakaźnym przez pobudowanie w miasteczkach i wsiach domów izolacyjnych odpowiednich rozmiarów z wanną, dla użytku przebywających tamże chorych, odkażanie izby i ruchomości chorych za pomocą wapna i wrzącego ługu; 4) wprowadzenie przymusowego powszechnego szczepienia ochronnego ospy i rewakcynacji tejże; 5) poczynienie odpowiednich starań o zmianę nastawy budowlanej w drodze prawodawczej, aby ta miała na widoku nie tylko bezpieczeństwo co do ognia, ale i co do stanu zdrowia mieszkańców; 6) uprzystępnienie pomocy akuszerskiej rodzącym na wsi przez powiększenie liczby „babeł wiejskich“, których wykształcenie zawodowe należałoby podnieść i zachęcanie tychże babeł do zamieszkiwania w gminie za pomocą zapomóg od gminy; 7) urządzenie kąpeli ludowych z natryskami i wannami.

Delegatami Towarzystwa na powyższe narady byli: Prezes — kol. J. Majkowski, oraz koledzy: W. Cennère, H. Fidler, J. Pełczyński i J. Przychodzki; koledzy Majkowski i Przychodzki mieli zaszczyt przewodniczyć na ogólnych zebraniach członków narad i obydwaj wypowiedzieli stosowne do okoliczności mowy, zaś kol. H. Fidler wygłosił w „Sekcyi ludowej“ odczyt: „Pomoc lekarska gminna w guberniach Królestwa Polskiego“ (druk. w „Zdrowiu“ № 6—7, 1903 r.) Przyjmujący również udział w naradach członek-współdziałacz naszego Towarzystwa i zarazem członek Warsz. Tow. Hygien., p. Konstanty Zaremba, prezydent m. Radomia, wybrany został przewodniczącym utworzonej przy Warsz. Tow. Hyg. komisji w celu obmyślenia środków pieniężnych na wprowadzenie ulepszeń sanitarnych w naszych miastach.

W końcu słów kilka o czynnościach Zarządu Towarzystwa. W roku ubiegłym odbyło się 22 posiedzenia Zarządu w celu rozpatrzenia różnych spraw dotyczących Towarzystwa w ogólnej liczbie 102. Ruch korespondencyj przedstawi się jak następuje: otrzymano odezwy numerów 44; wysłano №№ 706; kurend i zaproszeń na posiedzenia rozesłano 37.

Stan Kasy.

Dochód.

Z wpisowego	210 rb.
Ze składek członkowskich	710 „

Reszta ze składek na wieczernę koleżeńską w dn. otwarcia Towarzystwa	5	„ 15 k.
Ofiara kol. Głogowskiego	100	„ — „
Razem	1026	„ 15 „

Rozchód.

Koszta organizacyi Towarzystwa	214	rb. 17 kop.
Lokal	115	„ — „
Światło i opał	31	„ 34 „
Pensya woźnego	121	„ — „
Służbie na ogólnych zebra- niach	10	„ — „
Prenumerata czasopism	164	„ 90 „
Kupno książek do biblio- teki	55	„ 95 „
Oprawa książek	12	„ 30 „
Wydatki kancelaryjne	50	„ 41 „
Koszt blankietów do regi- stracyi chorób zakaź- nych	25	„ — „
Razem	. . 800	„ 16 —

Porównanie.

Dochód — 1026 rb. 15 k. Rozchód — 800 rb. 16 kop., pozostaje w kasie Towarzystwa 225 rb. 99 kop.; prócz tego Towarzystwo z dn. 1 Stycznia 1904 roku liczyło zaległych składek na sumę 86 rub.

Stan biblioteki.

Biblioteka powstała głównie z książek ofiarowanych przez członków Towarzystwa i liczy obecnie 139 dzieł i 94 broszur treści lekarskiej i farmaceutycznej, oraz 148 roczników czasopism, w których liczbie znajduje się wiele duplikatów i brakownych egzemplarzy. W roku ubiegłym nadesłali w darze książki następujące osoby: Cennère, Dobrzycki, Fidler, Kobyliński, Majkowski, Marks, Pełczyński, Serkowski, Redakcyja „Kroniki Lekarskiej“, Towarz. Hygien. Warsz.; Tow. Lek. Warszawskie, Żerański. Nadto Towarzystwo Lekarskie Lubelskie nadesłało w końcu roku sprawozdawczego kilkadziesiąt tomów dzieł lekarskich starszych i nowszych.

W roku ubiegłym zakupiono nowych dzieł za 55 rb. 95 kop., na oprawę wydatkowano 12 rb. 30 kop., na prenumeratę czasopism — 164 rb. 90 kop. Prenumerowano czasopisma następujące: Archiwum polskie nauk biologicznych i lekarskich, Bibliotekę Lekarską, Czasopismo Lekarskie, Gazetę Lekarską, Kronikę Lekarską,

Krytykę Lekarską, Medycynę, Nowiny Lekarskie, Odczyty kliniczne, Pamiętnik Tow. Lek. Warsz., Przegląd lekarski, Zdrowie, Praktyczeskaja Medicina z Wraczebnoj Gazietoj, Russkij Wracz, Żurnał akusorzstwa i Żenskich bolezniej, La sémene médicale, Deutsche medic. Wochenschrift, Centralblatt für Chirurgie, Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung, Schmidt's Jahrbücher der in und ausländischen gesammten Medicin. Nadto niektórzy członkowie Towarzystwa nadsyłali do czytelni następujące pisma: Wszecławiat, Wiadomości farmaceutyczne, Wiestnik obszczestwionnoj gigieny i sudiebnoj mediciny, Wojenno - medicinskij Wiestnik, Buletin de pharmacie et Chimie, Apotheker Zeitung, Berliner medic. Wochenschrift, Archiv für Laryngologie.

W celu zapoczątkowania projektowanego muzeum anatomicznego koledzy: Plużański, Rakowski i Żebrowski nadesłali kilka okazów.

Skład osobisty Towarzystwa.*Zarząd.*

Prezes — Julian Majkowski.
Wice-Prezes — Franciszek Kosicki.
Członkowie Zarządu) Henryk Fidler.
) Jan Przychodzki.
Sekretarz --- Wacław Cennère.
Skarbnik --- Antoni Szczepaniak.
Bibliotekarz --- Józef Kondratowicz.

Komisya rewizyjna.

1) Ludwik Żerański, 2) Zygmunt Plużański, 3) Feliks Łagodziński.

Członkowie rzeczywisci.

1. Bijeko Feliks,
2. Bortnowski Piotr (Opatów).
3. Cennère Wacław.
4. Cieszkowski Feliks.
5. Drewnowski Edmund.
6. Fidler Henryk.
7. Finkelsztejn Władysław
8. Frick Stefan.
9. Fuksiewicz Leon.
10. Glibowski Wincenty (Końskie).
11. Głogowski Jan (Ostrowiec).
12. Goldsztejn Józef.
13. Górski Michał.
14. Grajewski Karol (Opoczno).
15. Grygoriew Aleksander.
16. Idzikowski Stanisław.
17. Janasiewicz Antoni (Starachowice).
18. Janiszewski Eugeniusz.
19. Jurakowski Józef.
20. Karbownicki Leon (Staszów).
21. Karniewski Franciszek (Czarnecka Góra).
22. Kasprzykowski Julian.
23. Kołodner Zygmunt.
24. Kondratowicz Józef.
25. Kosicki Franciszek.
26. Kossowski Roman (Ożarów).
27. Lubodziński Ludwik (Żarnów).
28. Łagodziński Feliks.

29. Majkowski Julian.
30. Marks Kazimierz.
31. Michalski Adam.
32. Papiewski Władysław.
33. Pawłowski Jan (Zwoleń).
34. Pełczyński Józef.
35. Piątowski Stanisław.
36. Piotrowski Jan.
37. Flachecki Jan.
38. Płużański Zygunt.
39. Pomper Adolf.
40. Przychodzki Jan.
41. Przyłęcki Włodzimierz.
42. Rakowski Aleksander (Zawichost).
43. Rakowski Tadeusz (Szydłowiec).
44. Raszkes Henryk.
45. Rejment Michał (Przedbórz).
46. Ryl Henryk.
47. Samborski Felicyan (Sandomierz).
48. Sarnecki Adam.
49. Sawczenko Włodzimierz.
50. Skrzyński Bolesław.
51. Stempkowski Stefan (Przytyk)

52. Swierczyński Czesław (Skarżysko).
53. Suffczyński Romuald (Opoczno).
54. Szczepaniak Antoni.
55. Szychowski Konstanty.
56. Szymański Józef (Skarżysko).
57. Ungier Korneljusz.
58. Wędrychowski Kazimierz (Szydłowiec).
59. Zarembki Jan (Opoczno).
60. Zbrożek Feliks (Hża).
61. Zysman Jakób (Klimontów).
62. Żakowski Jan (Ostrowiec).
63. Żebrowski Aleksander.
64. Żerański Ludwik.

Członek-Korespondent.

Matylda Biehler (Warszawa).

Członek-uczestnik.

Zaremba Konstanty.

Prezes J. Majkowski.

Sekretarz W. Cennère.

Zebranie ogólne Kasy wzajemnej pomocy lekarzy m. Łodzi.

W dniu 28 marca r. b. odbyło się zebranie ogólne członków Kasy wz. pom. lekarzy łódzkich.

Zebraniu przewodniczył S. Sterling.

Pamięć zmarłego członka Kasy, ś. p. Dr. Dworzańczyka, uczczono przez powstanie.

Ze sprawozdania odczytanego na tem zebraniu okazało się, że do Kasy należało w roku ubiegłym czterdziestu sześciu lekarzy.

Działalność Towarzystwa wyraziła się w wypłaceniu sześciu chorym uczestnikom sumy 432 rubli; wypłacono mianowicie, po 3 ruble za dzień choroby, w następujących wypadkach: 1) za 12 dni; 2) za 7 dni; 3) za 86 dni; 4) za 6 dni; 5) za 24 dni i 6) za 9 dni.

Kapitał Towarzystwa w dniu 31 Grudnia 1903 roku przedstawił się, jak następuje:

Kapitał obrotowy:	Rb.	908,67.
„ oszczędnościow. A.	„	1586,02.
„ „ B.	„	73,61.
„ żelazny	„	122,73.
	Rb.	2691,03.

Po zdaniu sprawy z działalności Tow. w roku ubiegłym dopełniono wyborów Zarządu, który w r. 1904-ym składa się z następujących osób: M. Cohn, L. Fankanowski, K. Jonscher, M. Likiernik, W. Littauer, A. Krusche i W. Pinkus.

Do Komisji rewizyjnej powołano: J. Kolińskiego, M. Krakowskiego i S. Markowskiego.

Na wniosek Zarządu rozpatrywano projekt zmiany ustawy Kasy.

Słaby rozwój Kasy, do której należy tylko $\frac{1}{4}$ lekarzy łódzkich, Zarząd czyni zależnym od zbyt wysokiej składki rocznej (20 rb.); wprowadzie połowa tej sumy zostaje własnością uczestnika i w każdej chwili jest występującemu wypłacana, Zarząd tem nie mniej wolałby ograniczyć działalność Kasy tylko do wypłacania zapomóg chorym, kasując zupełnie inne jej zadania, byle tylko móż zmniejszyć składkę do 10 rb. rocznie. Wtedy liczba stowarzyszonych prawdopodobnie się zwiększy.

Większość zebranych oświadczyła się przeciw zmianie ustawy, pragnąc utrzymać Towarzystwo takim, jakim jest obecnie, o szerokiej skali działalności; główne motywy, na których się opierano, były takie:

1. Jest faktem nieulegającym wątpliwości, że 10 rubli składki rocznej, dające prawo do zapomogi mogącej wynieść 270 rb., jest wyjątkowo taną formą ubezpieczenia się na wypadek choroby. To też, niewielką jest chyba ofiara (?), jaką dla tego, tak wygodnego, ubezpieczenia ponieść musi każdy wstępujący do Kasy—mianowicie: składanie do Kasy *w charakterze oszczędności*—po 83 kopiejek miesięcznie. Nabywa za to jeszcze każdy uczestnik prawo do pożyczki (do wysokości poręczonej przez innych uczestników).

2. Z chwilą zmniejszenia składki do 10 rb., t. j. zniesienia kapitału oszczędnościowego, Kasa pożyczek niemoże wydawać, bo kapitał oszczędnościowy jest zarazem funduszem gwarancyjnym względem kapitału wypożyczonego. Jakkolwiek obecnie, po trzech latach istnienia, Kasa nie może rozwinąć większej działalności w zakresie pożyczek, to jednak stać się to może w przyszłości; wykreślając już dziś z ustawy te prawa Kasy—zbyt pośpiesznie ograniczamy jej pożytek.

3. Ponieważ ustawa Kasy przewiduje możliwość wydawania nietylko pożyczek, ale i zapomóg bezzwrotnych, a nawet peryodycznych pensji wdowom i sierotom po uczestnikach, więc dążyć należy do tego, by fundusze Kasy jaknajprędzej rosły i umożliwiły rozwinięcie wszechstronnej jej działalności. Jednym ze źródeł dochodów Kasy są właśnie odsetki (ich część) od kapitału oszczędnościowego. Składając w Kasie tak śmiesznie małe oszczędności, jak dziesięć rubli rocznie, przyspieszają i umożliwiają uczestnicy Kasy jej rozwój w kierunku niewątpliwie pożądanym.

Przytoczone motywy skłoniły zebranych do utrzymania (większością głosów wszystkich obecnych przeciw czterem obecnej ustawie bez wszelkich zmian).

Co się tyczy sposobów powiększenia ilości uczestników Kasy, to w tym celu uchwalono: 1) Zobowiązać Zarząd do nadsyłania każdemu nowoprzybywającemu do Łodzi lekarzowi egzemplarza ustawy. 2) Komunikować ogółowi sprawozdania z działalności Kasy. 3) Werbować do Kasy nowych członków, przekonywując ogół lekarzy, jak wielkim jest jej pożytek w zakresie dziś obowiązującej ustawy.

Słaby rozwój Kasy łódzkiej zależy od kilku powodów.

Przedewszystkiem, wielu lekarzy niezdaje sobie sprawy z jej charakteru: zabezpieczającego zasiłek na wypadek nieszczęścia (choroby)—wzmacniania za niewielką stawkę roczną. Jedni widzą w pobieraniu zapomóg korzystanie z jakiejś filantropii; inni—wbrew przeciwnie—chcieliby płacić jeszcze mniej, a otrzymywać więcej; inni wreszcie—czekają z wpisaniem się aż do chwili, gdy się poczują słabsi na siłach, mniej na chorobę odporni lub nią już zagrożeni.

Jeżeli pominiemy kategorię ostatnią, spekulujących, to w zapatrywaniu obu pierwszych grup uderza brak zrozumienia

wartości zarówno wszelkich zrzesseń, jak i takich kas lekarskich specyjalnie.

Swoisty bowiem sposób zarobkowania lekarzy szczególną stwarza potrzebę kas zapomogowych *na wypadek choroby*. Niemówiąc już o urzędnikach i oficyalistach, pobierających stałe pensje, wszak nawet regenci, kupcy, adwokaci, agenci itd., itd. nie przestają zarobkować (przez swych zastępców) w czasie choroby. Inaczej lekarz (feler, akuszerka): tych nikt nie zastąpi; godzina choroby jest zarazem godziną, w której się przerywają zarobki.

Dla tego kasy zapomogowe na wypadek choroby mają szczególną dla lekarzy wartość. Kasa łódzka, wypłacająca po 3 ruble za dzień choroby, daje, co prawda, niewiele; ale: 1) istnieje dopiero trzy lata; może dalsze doświadczenie pokazać, że zapomogę dzienną podwyższyć można; 2) liczy wśród swych członków ledwie 46 lekarzy, zamiast 150 (tytu jest ich w Łodzi); 3) pobiera wszystkiego (jako stawkę ubezpieczeniową) 10 rb. rocznie.

Tylko wraz z rozwojem Kasy będzie można pomyśleć o podwyższeniu zapomóg; ale i dzisiejsza ich wysokość dla wielu uczestników stanowi źródło zasiłku, którego brak odczuliby niewątpliwie.

Dla rozwoju Kasy jest jednak niezbędna jedna w ustawie, i to zasadnicza zmiana dotycząca warunków wstąpienia do Kasy.

Pozwolić należy zapisywać się do Kasy świeżo przybywającym do Łodzi—bez względu na wiek i stan zdrowia; żądać natomiast od wszystkich mieszkających w Łodzi dłużej niż lat np. trzy, a niezapisanych do Kasy, świadectwa dwu kolegów, że niecierpią na żadną chorobę organiczną, i tylko takich do Kasy przyjmować*).

Do tej samoobrony Kasa uciec się musi—nauczona już doświadczeniem. Jeśli bowiem w końcu trzeciego roku istnienia wykazuje blisko tysiąc rubli kapitału obrotowego, to dla tego jedynie, że wśród lekarzy Łodzi (i wśród uczestników Kasy) przeważają ludzie młodzi; na stałe jednak przyjmować każdego, kto się zgłosi i *kiedy się zgłosi*—byłoby zagrożeniem bytu Kasy i narażeniem na straty tych, którzy—w dobrze pojętej korzyści własnej i zrozumieniu potrzeb ogółu lekarskiego—zapisali się do Kasy wcześniej, w swej młodości.

*) Taki wniosek postanowiono na zebraniu ogólnym; ponieważ jednak odrzucono w zasadzie projekt wprowadzenia zmian do ustawy, więc tego projektu nie rozpatrywano wcale.

To też, tę zmianę musi wprowadzić najbliższe zebranie ogólne.

Wyszczególniłem wyżej trzy grupy motywów, które podają nienależący do Kasy dla usprawiedliwienia swej abstenencji. Czwartą grupę podają ci, którzy chcieliby mieć, każdy innego typu, jakąś przez *siebie* wymarzoną Kasę i tylko do takiej by należeli. Naturalnie, zadowolnie tego rodzaju antyspołeczne wymagania—niepodobna.

Ostatnie zebranie ogólne przekonało, że stowarzyszeni, których losy Kasy obchodzą (t. j., na zebranie przybyli) i którzy

zastanawiali się nad jej działalnością—uważają jej istnienie za pożyteczne. Dla tego niewolno wątpić, że z biegiem lat Kasa rozwinie swą działalność we wszystkich—przez ustawę dozwolonych—kierunkach.

Ponieważ wiele, może wszystko, zależy tu od Zarządu, więc jest rzeczą konieczną, by godność i obowiązki członków Zarządu przyjmowali tylko tacy, którzy do tej pracy czas i chęć mają.

Na ostatniemu zebraniu ogólnem obecna była tylko część członków Zarządu.

Seweryn Sterling.

K R O N I K A.

— 31— X Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, który miał się odbyć w r. b. we Lwowie, został odroczony do nieokreślonego terminu.

Los ten dzieli też i wystawa przyrodniczo-lekarska.

— 32— W „Kuryerze Sosnowieckim“ (№ 7) czytamy:

„Bezwzględność lekarza. Jeden z naszych prenumeratorów uskarża się na niezwykłą bezwzględność, z jaką traktują chorych niektórzy lekarze tutejsi. Niedawno np., jeden z naszych prenumeratorów wezwał lekarza w nocy do swej bardzo niebezpiecznie chorej żony. Lekarz, pomimo prośb, nie chciał iść i zmusił go do opuszczenia swego mieszkania; dopiero po dość długim czasie biedakowi udało się znaleźć innego lekarza, który miał na tyle czasu i chęci, ażeby spełnić swój obowiązek“.

Dla czego to nie przytacza oskarżyciel, jakie powody odmowy podawał ów bezwzględny lekarz. Przecież tłumaczył się, niewątpliwie, odmawiając pomocy. Dopiero znając te powody, wolno osądzać każdy czyn.

Ale — jak zawsze — tu nie chodziło o nic innego, jak o małostkową zemstę, przez „opisanie w gazetach“. Więc przytoczenie argumentów strony przeciwnej było niewygodne.

— 33 — Bardzo przykre, ale—niestety—aż za nadto *sprawiedliwe* słowa znajdujemy w № 3 „Farmaceuty polskiego“. Pisze tam p. Z. Paderewski:

W Nrze 61 „Gońca porannego“ z r. b. pomieszczono sprawozdanie sądowe, z którego (o zgrozo) dowiadujemy się, że człowiek, jak się okazało, niewinnie został skazany na dziesięć lat ciężkich robót na podstawie orzeczenia lekarza, jakoby plama, znaleziona na ręku obwinionego, pochodziła z kwasu solnego. Lekarz, oceniając pobieżnie, na zasadzie *powierzchniowych oględzin przyszedł do przekonania* nie tylko obciążającego, lecz wprost potępiającego podsądnego. A chodziło o otrucie dziecka wspomnianym kwasem i „niewinnie skazany“ byłby cierpiał za winy niepopelnione z racji pobieżnej ekspertyzy. Gdyby podobnie szablonowe orzeczenia lekarzy jako ekspertów-rzeczoznawców, należały do wypadków wyjątkowych, sprawa nie przedstawiałaby się w świetle tak jaskrawem, lecz bodaj, że wypadki mylnej ekspertyzy są na porządku dziennym i powinny być już dawno zwrócić uwagę ogólną, by zapobiedz skazywa-

niu ludzi niewinnych. Pominę tu stronę etyczną podobnych faktów, a zatrzymam się jedynie na stronie rzeczowej.

Mylne orzeczenia ekspertyz lekarzy nasuwają przypuszczenie, że ekspertyzy te są dokonywane pobieżnie, a dokonywane pobieżnie z braku danych teoretycznych i praktycznych. W prawdzie trudno wymagać, iżby lekarz, będąc dobrym znawcą medycyny i obejmując cały jej ogrom, przynajmniej teoretycznie, był jednocześnie i dobrym chemikiem-ekspertem z dokładną znajomością ekspertyzy sądowej, jakkolwiek nosi ona nazwę lekarskiej. Nawet brak znajomości w tym zakresie da się wybaczyć, lecz za to podejmowanie ekspertyzy tam, gdzie chodzi zwłaszcza o życie ludzkie, potępienie niewinnie skazanego dla tego tylko, iżby nieosłabiać autorytetu lekarza, daje dużo do myślenia i stanowi *bolączkę społeczną*.

Już zmarły niedawno prof. M. Nencki zwrócił był uwagę w swoim czasie, iż dochodzenia chemiczno-sądowe powinny przejść w ręce farmaceutów i stanowić ich specjalność, a to z tej racji, iż posiadają oni praktycznie analizę sądowo-lekarską. Od tego minęło lat parę i lekarze są nadal ekspertami z urzędu w rzeczach wylamujących się z pod ich kompetencji. Dlaczego wreszcie narzucać i obarczać lekarza atrybucją, która z porządku rzeczy i ze swego charakteru, jak również i z racji przebytych studyów przygotowawczych, przypadać w udziale powinna farmaceutom. Jest to wina procedury. Może fakty omyłek sądowych w rodzaju powyższej staną się bodźcem reformy w zakresie ekspertyzy sądowo-lekarskiej, oddając takowe w ręce powołane“.

Ostatni ustęp należy przyjąć z pewnym zastrzeżeniem.

Prof. Nencki nawoływał — co prawda — do kształcenia farmaceutów na rzeczoznawców w tym zakresie, o jakim mówi pan P.. Czy jednak odpowiednie przygotowanie mają *już obecnie* wszyscy aptekarze? Chyba nie.

Faktem jednak zostaje, że lekarze w tej kwestyi bardzo słabo — na ogół — są przygotowani.

— 34 — W № 45 „Niwy Polskiej“ z r. 1903-go pomieszczono artykuł, pod nagłówkiem: „Lekarz, dyrektor, felczer“, tej treści:

„Przed kilku tygodniami pewien z młodych lekarzy, dowiedziawszy się, że w cukrowni S. wakuje posada lekarza, zgłosił się do dyrektora tejże cukrowni, pana G. i oświadczył chęć objęcia powyższej.

Umówiono warunki względnie korzystne, przed podpisaniem jednak formalnego kontraktu, reflektant postanowił zasięgnąć szczegółowych informacji i odniósł się w tej materii do ustępującego kolegi. Wkrótce otrzymał odpowiedź wraz z pewnymi szczegółami i wyjaśnieniami, które *ku przestrodze innych reflektantów, a zbudowaniu ogółu podaję*. Otóż w cukrowni S. doktor byłby zupełnie zbyt cennym, gdyby nie wymagał prawa. Prawo wymaga, aby lekarz był i de nomine lekarz jest, choć de facto leczy, pisze recepty i skutecznie ułatwia podróż na łono wieczności miejscowy felczer, faworyzowany przez dyrektora, pana G. Miejscowy aptekarz może na rachunek cukrowni wydawać lekarstwa z recept, poświadczonych przez dyrektora, a dyrektor zawsze i chętnie kładzie swój podpis na receptach felczera, gdy tymczasem bywały wypadki, że recepty lekarza nie mogły mieć tego zaszczytu. Gdy felczer uzna za stosowne któregoś z robotników ulokować w szpitalu—nie było wypadku, aby pan dyrektor zaprotestował, lekarz zaś często spotyka się z oporem ze strony pana dyrektora i t. p. Otrzymałszy takie wyjaśnienia, reflektant uznał za stosowne postawić pewne warunki. Żądał, by w kwestjach medycyny jego głos był decydującym, aby felczer zależał od niego, a nie od administracji cukrowni i aby nie był krępowanym w swej władzy lekarskiej. Zdawałoby się, że powyższe żądania pan dyrektor powinien uznać za słuszne, a nawet konieczne. Gdzież! Układy zerwano i dyrektor cukrowni S. poszukuje nadal lekarza do objęcia wakującej posady.

W odpowiedzi na powyższy artykuł 9-ciu pracowników cukrowni w S. zamieszcilo, w № 1 r. b. teje „Niwu Polskiej,” protest. Protest ten brzmi tak:

„W № 45 „Niwu Polskiej,” z dnia 7 listopada r. b. umieszczono pod nagłówkiem „Lekarz, dyrektor, felczer” zmianę o stosunkach panujących w cukrowni S. Autor powołuje się na świadectwo ustępującego lekarza i przytacza fakty „ku przestrodze innych reflektantów i zbudowaniu ogółu,” malując w ciemnych kolorach ciężkie i przykre położenie lekarza fabrycznego w cukrowni S. z powodu rzekomego faworyzowania przez dyrektora G. miejscowego felczera, a lekceważenia przez niego stanowiska lekarza. Ponieważ żaden z przytoczonych faktów nie jest prawdziwy, oczekiwaliśmy od b. lekarza cukrowni S., lojalnego protestu przeciw zmianom w ogóle, a pojedynczym faktom w szczególności. Lecz gdy po upływie miesiąca zaprzeczenie publiczne nie nastąpiło, my niżej podpisani, pracownicy cukrowni S., czujemy się w obowiązku *w imię prawdy kategorycznie zaprotestować przeciw rozsiewaniu zmyślnych lub rozmyślnie przekręconych faktów, a mianowicie:*

1) Nieprawdą jest, jakoby w cukrowni S. fabrycznych chorych leczył nie lekarz, lecz felczer.

2) Nieprawdą jest również, jakoby fabryczny felczer był faworyzowany przez dyrektora G. ze szkoda lekarza i chorych.

3) Nieprawdą jest dalej, jakoby dyrektor odmawiał podpisu na receptach lekarza, bezwzględnie zaś podpisywał recepty felczera. Podpis dyrektora na receptach, a właściwie na rachunku za nie, ma tylko znaczenie kwalifikacji do wypłacenia należności aptecznej z kasy fabrycznej za wydawane lekarstwa, nie zaś sankcją środków zapisanych przez lekarza;

4) Nieprawdą jest, jakoby dyrektor opierał się wysyłaniu chorych, zaleconych do umieszczenia w szpitalu przez lekarza, a nie protestował w tym wypadku, jeżeli podobna propozycja była zrobiona przez felczera, ponieważ od czasu objęcia dyrekcji przez obecnego dyrektora ani jeden chory nie był wysłany do szpitala.

5) Nieprawdą jest nareszcie, jakoby reflektant na

opróżnioną posadę lekarza fabrycznego stawiał jakieś specjalne warunki, których dyrektor odmówił.

W końcu zaznaczymy, że jeszcze na kilka tygodni przed wyjściem poprzedniego lekarza t. j. przed datą 1 listopada, opróżniona przez niego posada została obsadzona, o czym wiedzieli wszyscy miejscowi nie wyłączając ustępującego lekarza, a więc mylnem jest twierdzenie autora, umieszczone pod datą 7 listopada, że dyrektor cukrowni S. poszukuje nadal lekarza do objęcia wakującej posady i nieco spóźniona przestroga jego dla reflektantów chybiła celu. Poprzestajemy jedynie na sprostowaniu fałszywych i snadź umyślnie przekręconych faktów, powstrzymując się od roztrząsania wielkości pobudek moralnych, które autora skłoniły do tego rodzaju wystąpienia publicznego.

(Następują podpisy 9 pracowników cukrowni).

Felczer cukrowni. p. Sauter, przesłał do Redakcji „Przeglądu felczerskiego” (zkał cały ten opis podaje-my) list następującej treści:

„Gdyby ustępujący lekarz p. d-r. M. z cukrowni S. do informacji udzielonych reflektantowi na wakującą posadę w teje cukrowni, zechciał jeszcze dodać przyczyny, które wywołały ignorowanie p. doktora M. nietylko przez miejscową inteligencję, lecz nawet przez robotników fabryki, to autor zawahałby się może ogłosić swą pracę.

Zarzut uczyniony mi nie bezpośrednio, jakoby mi zapisywanymi przez siebie lekarstwami chorym skutecznie ułatwiał drogę na łono wieczności, najmniejszej niema podstawy, gdyż p. doktor M., ten ustępujący lekarz, przez półtrzecia roku był z wyników mojego leczenia *chorych fabrycznych* zupełnie zadowolony, czego najlepszym dowodem było to, że akceptował wszystkie przezemnie zapisywane lekarstwa, w skład których wchodziły środki najwięcej drażniące i silnie działające. Lecz, to byli chorzy fabryczni, a więc bezpłatni, dla których moje leczenie w przekonaniu p. doktora M. było zupełnie wystarczające, gdyż, stale odmawiał swojej pomocy po godzinie 12-tej w południe, motywując tem, że ma obowiązek chorych miejscowych leczyć tylko do południa, a tu jak na złość choroba po większej części wybierała sobie ofiary popołudniu, chorzy przeto z konieczności musieli odnosić się do mnie, a ja ze swojej strony starałem się zawsze tylko jaknajsumienniejszy i uczciwie wywiązać się z zadania.

Gdyby nie okoliczność, że jeden z warunków mojej umowy z administracją fabryki daje mi prawo zajmowania się praktyką prywatną, to w przekonaniu p. doktora M. byłbym najidealniejszym felczerm, lecz względy natury *czysto finansowej* zmieniły opinię o mnie, gdyż przestawszy zajmować się praktyką prywatną, przyczyniłbym się do znacznego powiększenia dochodów p. d-r. M. Z tej to więc przyczyny wynikły nieporozumienia, których następstwem było to, że p. doktor M. zażądał odemnie, ażebym zaniechał praktyki prywatnej, a zajął się tylko chorymi fabrycznymi. Ponieważ ja osobiście nie miałbym nic przeciwko tej propozycji, gdyby p. doktor nie zaponinał o tem, że jestem również człowiekiem i że mogę mieć potrzeby, którym z otrzymywanej pensji w żaden sposób zadosyć uczynić nie mogę, lecz p. doktor M., nie uwzględniając tych potrzeb, nietylko, że niechtiał mnie w niczem dopomagać, ale nawet starał się wszelkimi sposobami zmniejszyć moje dochody, wykonywaniem przez siebie rękoczynów specjalnie felczerskich, naturalnie u chorych platnych, natomiast u chorych fabrycznych bardzo często wyręczał się mną w rękoczynach lekarskich.

Z tego przeto wynika, że tylko zła wola p. doktora M. była przyczyną, że w tak niekorzystnym świetle przedstawił mi swojemu przypuszczalnemu następcy.

Jeżeli zaś rzeczywiście szcycę się jakim takim uznaniem w instytucyi, w której pracuję, to zawdzięczać sumiennemu wykonywaniu swoich obowiązków, a w części poprzednikom p. doktora M., za co im pozostanę zawsze nieskończenie wdzięcznym.

Redakcyja „Przeglądu felecz.“ (№ 2) dodaje od siebie następujący komentarz:

„Powyższe wyjaśnienie w zupełności tłómaczy te pobudki moralne, które kierowały tak d-r M., jak i usłuznym autorem wzmianki w „Niwie Polskiej.“ W każdym bądź razie, postępowanie d-r M. stanowi wyjaśnienie głównej i prawdopodobnie jedynej przyczyny antagonizmu niektórych, sądzimy, że i bardzo nielicznych, naszych przeciwników.“

Bezstronnego czytelnika przekonywa w takich sprawach zwykłe ta strona, która występuje z otwartą przyłbicą. Z tego jedynie powodu słuszność — dla ogółu — będzie tak długo po stronie p. Sautera, dopóki ów autor artykułu w „Niwie“ nie postawi kwestyi wyraźnie i jawnie.

— 35 — W ostatnich czasach działy medycyny, higieny i nauk pokrewnych w obu kurjerach Warszawskie odznaczają się umiejętnym doбором tematów i naukowym opracowaniem.

Tem nie mniej zdarzają się jeszcze takie zabawne ustępy, jak niżej przytoczony („Kur. Warszawski № 77).

„Mięśnie mające szczególne znaczenie jako narzędzia ruchu, wyradzają swoją siłę za pomocą kurczenia się, w ten sposób, że kończyny mięśni stykają się, nadając ruch kościom za pośrednictwem żył. Sposobność ściągania się jest zależna od procesów chemicznych, które wyradzają się znanymi wpływami na mięśnie i są w ścisłym związku z ubytkiem tlenu, to jest przedstawiają proces utlenienia albo spalania. Czyli: przy robocie mięśni następuje ubytek cząstek materji, znajdującej się bądź w samym mięśniu, a często zawartej we krwi, która ciągle przechodzi przez mięśnie i dostarcza im tych materji. Krew, pobudzając te — jeżeli je tak treściwie nazwiemy — „zarodki siły“, za pomocą przyswajania sobie pokarmów (pokarmów służących do odżywiania), zamienia je na rodzaj sprężyn jakby wtłoczonych w mięśnie i które nadają im siłę ruchów.“

Jest to przekład wykonany przez kogoś nieznającego słownictwa, a nawet niebardzo rozumiejącego to, o czem pisze. „Kończyny“ zamiast zakończenia, „żyły“ zamiast ścięgna. „Sposobność ściągania się“ (zdolność kurczenia się) „jest zależna od procesów chemicznych, które wyradzają się“ (pewnie: powstają?) „znanymi wpływami.“ na mięśnie“ — co to za znane wpływy, trudno zrozumieć.

Ś. p. Felicyan Aleksander Janiszewski

Członek honorowy i b. Prezes Towarzystwa lekarskiego lubelskiego

zmarł w dniu 12 Marca 1904 r. w Lublinie.



Ś. p. F. A. Janiszewski urodził się w r. 1835 w Siedlcach, nauki szkolne pobierał w Szczebrzeszynie, ukończył zaś je w Lublinie w 17 ym roku życia. Jak większość ówczesnej młodzieży, postanowił poświęcić się zawodowi urzędniczemu, — po kilku jednak latach próby zamiłowanie do nauki przemogło i udał się na uniwersytet w Kijowie, który chlubnie ukończył w r. 1862. Po powrocie do kraju, osiadł początkowo w Opolu — i tu lata następne dały Mu możność rozwinięcia działalności chirurgicznej na szerszą skalę i przyjscia wielu nieszczęsnych ze skuteczną pomocą, oraz nabrania rzetelęgo zamiłowania do chirurgii.

Następnie, po paru latach zamieszkał w Lublinie; wkrótce drogą konkursu otrzymał posadę ordynatora przy szpitalu Ś-go Jana Bożego i obowiązki te spełniał w ciągu lat 36-ciu. Warunki w jakich objął szpital były opłakane; trzeba było długich lat mozołu i poświęceń materyalnych na stopniowe, lecz ciągle wprowadzanie ulepszeń. Pracy miał ogrom, musiał być razem i chirurgiem i terapeutą

i psychiatrą w jednej osobie, jednakże pracy się nielekął, nigdy nie narzekał na nią i oddawał się jej z całym zamiłowaniem. W szpitalu Ś-go Jana każdy nowy środek bywał probowany, każda nowa metoda sprawdzana lub zastosowana, — tu najpierw, w Lublinie, wprowadzona została metoda Lister'a. Dla chorych był ojcem prawdziwym, łagodnym, delikatnym w obejściu, współczującym ich niedoli i bólowi. Rzeczywiście mógł służyć i służył za przykład i wzór do naśladowania dla wstępujących w zawód lekarski młodych kolegów, których liczny zastęp w ciągu lat pracował pod przewodnictwem zmarłego i wynosił z owej epoki oprócz fachowego, etyczne wyrobienie i serdeczne wspomnienia.

Aczkolwiek gruntownie i wszechstronnie wykształcony, gdyż prawie żadna z gałęzi medycyny obcą Mu niebyła, w pracy nieustawał i dla uzupełnienia wiedzy wyjeżdżał niejednokrotnie zagranicę, już jako lekarz doświadczony i wyrobiony, jedynie z poczucia potrzeby śledzenia za postępem nauki, poświęcając się tam nie tylko chirurgii lecz i innym gałęziom medycyny.

Przymioty umysłu i charakteru oraz wszechstronna wiedza zjednały Mu z czasem kolosalne wzięcie i uznanie powszechne, nie tylko w mieście i gubernii, lecz i po za granicami takowej, umiał on bowiem, jak mało kto, nie tylko leczyć, lecz i pocieszać i dodawać otuchy tym, dla których lekarstwa w medycynie nie znajdował. Nie zatem dziwnego, że miał tysiące wdzięcznych.

Od czasu zbudowania kolei Nadwiślańskiej był jej lekarzem oddziałowym w Lublinie i na tem stanowisku pracą, ludzkością i uwzględnianiem przepracowania jej agentów zyskał sobie ogólną ich wdzięczność, aczkolwiek sam narażał się niejednokrotnie na nieprzyjemności.

Towarzystwo lekarskie lubelskie zalicza ś. p. Janiszewskiego do swoich członków założycieli, przed dwoma laty został jego członkiem honorowym, a w ciągu istnienia był kilkakrotnie jego wice-prezesem, a następnie długoletnim prezesem. W pracach Towarzystwa żywy przyjmował udział, wiele bardzo prac jego odczytywanych na posiedzeniach przeszło następnie do literatury lekarskiej, a wszystkie cechowały, obok treści, czystość oraz wytworność języka. W instytucjach nielekarzskich również brał czynny udział, mianowicie w Towarzystwie kredytowym miejskim — jako prezes komitetu nadzorczego, prawie od początku istnienia tej instytucji, w końcu zaś w Kasie pożyczkowej Przemysłowców lubelskich w ciągu wielu lat jako członek reprezentant.

We wszystkich tych sferach działalności ś. p. Janiszewski wykazywał teżsame przymioty: zacne serce, niekazitelny charakter, surowość dla siebie, pobłażliwość nadzwyczajną dla innych, ani cienia zawiści. Najwymowniej zaświadczyły o uznaniu zasług ś. p. Aleksandra tłumy z różnych warstw społecznych i z różnych wyznań złożone, które pośpieszyły na miejsce wiecznego spoczynku z oddaniem ostatniej posługi i czci należnej zmarłemu.

Cześć jego pamięci!

A. Jaworowski.

Spis prac ś. p. Fel. Al. Janiszewskiego.

- 1) Przyczynę do kazuistyki chrząstniaków (chrząstniak parotidis — ligat. rt. carotis) Med. 1873
- 2) O zanurzeniu (immersio) i o znaczeniu tego środka w chirurgii zachowawczej. Med. 1873. 3) Wstrzykiwanie do żył wodanu chloralu. Med. 1874. (Praca wspólna z Dr. Głogowskim). 4) Sprawozdanie z 8-io letniej czynności szpit. Ś-go Jana w Lublinie. Med. 1875. 5) Durzycia wysypkowa powikłana błonią jamy ustnej i rozwinęciem w następstwie błonicy porażeniem postępowem tułowia i kończyn. 6) O nowym sposobie leczenia zastarzanych wrzodów gołenionych przy pomocy okrawywania ich. Gaz. Lek. 1875. 7) Przypadek mięsaka kostno-torbielowego olbrzymich rozmiarów kości gołenionej prawej. Med. (1875). 8) Osobliwe zabarwienie policzków u trupa (zwodniczy objaw letargu). 9) Leczenie wrzodów zastarzanych za pomocą ich okrawywania. Med. 1876.
- 10) Ciała obce w odcybie. Gaz. Lek. 1879. 11) O wpływie prądu stałego na przebieg i leczenie przewlekłego nerwobólu kurczowego. Med. 1881. 12) Przyczynę do terapii niemocy męskiej. Gaz. Lek. 1881. 13) Działanie kwasu pyrogaluszowego w chorobach skórnych. Med. 1881. 14) Przecięcie sierpem wszystkich mięśni tylnych prawego ramienia do kości. Med. 1882. 15) Trzy przypadki drgawek jednostronnych, zwanych padaczką Jackson'a. Med. 1883. 16) Zranienie gałęzi grzbietowej tętnicy sprychowej. Podwiązanie art. radialis et ulnaris. Med. 1884. 17) Lymphoma tuberculosum colli. Med. 1884. 18) Przerost gruczolu tarczowego. Med. 1884. 19) Lymphoma tuber. reg. pectoratis sin. Med. 1884. 20) Rana postrzałowa główki i trzemu kości ramiennej. Med. 1884. 21) Zgorzel kości gołenionej, -- rozbitcie kapsuły i wyjęcie sekwestru. Med. 1884. 22) Contractura Genu. Med. 1884. 23) Sprawozdanie z oddziału chirurgicznego Ś-go Jana w Lublinie. Med. 1884. 24) Toż. Med. 1885. 25) Sprawozdanie z czynności oddziału chirurgicznego szpit. Jana Bożego w Lub. za 1884 i 1885. (Protok. posiedz. T. Lek. Lub. 1884⁴/₅ -- 1885⁵/₆). 27) Capilloma linguae carcinomatosa. Med. 1885. 28) Abscessus perihæpaticus. Med. 1885. 29) Zawrót kiszki od 15-u dni trwający. Med. 1885. 30) Przyczynę do operacji nadłonowego cięcia pęcherza moczowego. Med. 1885. 31) Zranienie i przecięcie ścięgna mięśni zginaczy przedramienia. Med. 1885. 32) Mięsak gołeni lewej. Med. 1885. 33) Gruźlica stawu barkowego i kości ramiennej. Med. 1885. 34) Zgorzel samoistna stopy postępująca. Med. 1885. 35) Badania nad nowym sposobem leczenia ran pod wilgotnym strupem krwi bez zmiany opatrunku, dokonane w szpit. Ś-go Jana Bożego w Lublinie. Gaz. Lek. 1888. 36) Wycięcie 32-ch centymetrów kiszki cienkiej, zakończone wyzdrowieniem. Med. 1888. 37) Przypadek mięsaka lewej ślinianki podszczękowej. Kron. Lek. 1900. 38) Przypadek raka języka. Kron. Lek. 1900.

Komitet redakcyjny:

L. Fankauowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohu, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, E. Sonnenberg.

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 18 Марта 1904 г.

Druk. S. Dębskiego, w Łodzi.