

90586

Czasopismo Lekarskie

MIESIĘCZNIK

Organ towarzystw lekarskich prowincjonalnych Królestwa Polskiego.

Zeszyt 3.

Marzec 1906.

Rocznik ósmy.

Czasopismo Lekarskie

wychodzi w Łodzi. Prenumerata wynosi rubli trzy rocznie z przesyłką.

Cena numeru pojedynczego kop 50.

Prenumeratę i Ogłoszenia do „Czasopisma Lekarskiego” przyjmuje: Księgarnia Alfreda Straucha w Łodzi, Księgarnia E. Wendego w Warszawie, Księgarnia Polska B. Połonieckiego we Lwowie i biura ogłoszeniowe.

Adres Redakcyi i Administracyi:

Łódź, Cegielniana № 36.

Ekspedycya: Księgarnia Alfreda Straucha, Łódź, Dzielna, 4.

Treść:

J. Maybaum (Łódź). O przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego. — J. Pełczyński i H. Fidler (Radom), O cholery (ciąg dalszy). — J. Mazurkiewicz, W. Sochacki, W. Luniewski i S. Borowiecki (Kochanówka), Trzeci rok zakładu dla umysłowo i nerw.-chorych w Kochanówce, (c. d.).—

A. Puławski (Nałęczów), Sprawozdanie z 1-szego roku istnienia kąpieli tanich imienia B. Prusa w Nałęczowie, (z dwoma rysunkami). — Towarzystwa lekarskie prowincjonalne: Tow. Lek. Częstochowskie (Spraw. kol. Nowak), Tow. Lekarskie Łódzkie. (Spraw. kol. Brudziński). — Projekt Statutu Izby Lekarskich dla Królestwa Polskiego. — Kronika.

Sanatorium dla chorób dróg oddechowych D-ra Geislera w Otwocku.

Od Warszawy godzina drogi koleją Nadwiślańską.

Sanatorium rok cały otwarte. Leczenie metodą Brehmera.

Przy Sanatorium Zakład hydropatyczny. Sanatorium istnieje od roku 1892. Nagrodzone 2 wielkimi złotymi medalami (Kraków i Łódź).

Koszt utrzymania chorego w oddzielnym pokoju z usługą, opalem i opieką lekarską, wynosi 2 rb. 75 kop. do 4 rb. 15 kop. dziennie: różnicę w cenie stanowi li tylko wielkość pokoju.

Osoby niezamożne, polecane przez lekarzy, ucząca się młodzież i rodziny lekarzy otrzymują ustępstwa.

Lekarze Sanatorium: Dr. J. Geisler, Dr. W. Wroński i Dr. F. Erbrich.

KROWIANKA. Instytut D-ra Tchórznickiego. Warszawa, Daniłowiczowska № 8.

Skład surowic chemicz.-bakteryolog. instytutu

D-ra F. M. Blumenthala

u przedstawiciela **S. M. Goldberga**, Warszawa, Rymarska 10.

Telefonu Nr. 3949, adres telegr. **Drogista**, Warszawa.

Oddział surowic wypuścił do handlu skoncentrowaną surowicę **Przeciw-Dezynteryjną** (całkowita doza lecznicza. 10 ent. kub. w 1 flaconie).

Insytut wyrabia jeszcze następujące surowice:

Przeciwbłoniczą

Przeciwrumatyczną

„ szkarlatynową

„ peurperalną

„ steptokokkową

„ stafilokokkową

Szczepionki ochronne (wakcyny)

przeciw cholerze i tyfusowi

(w amputach na 5 i 10 szczepionek).

GŁÓWNE SKŁADY NA PROWINCYI:

Na gubernię Radomską w aptece p. **J. Kasprzykowskiego**, Radom.

Na gubernię Siedlecką w aptece p. **A. Wierzbęty**, Siedlce.

Na gubernię Łomżyńską w aptece p. **W. Siniewicza**, Łomża.

Na gubernię Lubelską w aptece p. **S. Hercenberga**, Lublin.

Na gubernię Piotrkowską w składzie aptecznym p. **M. Neufelda**, Częstochowa.

Na gubernię Kielecką w skl. aptecznym u S-rów **Zachorowskich**, Kielce.

Na gubernię Kaliską i Łódź w aptece panów **P. Królikowskiego** i **M. Bar-toszewskiego**, w Łodzi.

Fabryka egzystuje od 1855 roku.

Fabryka

Wód mineralnych sztucznych

Fr. Karpińskiego

w WARSZAWIE,

ul. Elektoralna Nr. 35, telefonu 600,

zawiadamia **Szanownych Panów Lekarzy**, iż na mocy otrzymanego pozwolenia z Departamentu Medycznego za № 4313

WYRABIA

WODY MINERALNE SZTUCZNE

PODŁUG SYSTEMU

D-ra Jaworskiego

i stale takowe posiada na składzie.

Fabryka egzystuje od 1855 roku.

Wszystkie wyroby wyłącznie na wodzie dystylowanej.

Wszystkie wyroby wyłącznie na wodzie dystylowanej.

Kalifornijski Syrop Figowy

„CALIFIG“

przyjemny skuteczny środek przeczyszczający o wybitnie przyjemnym smaku, dla dorosłych i dzieci.



Zalecany przez pierwsze powagi lekarskie, jako środek łagodny o niechybnem działaniu. Zaufanie jakie wzbudza czystość naszego produktu i jego wyjątkowe zalety, sprawia, że jest on przepisywany często i chętnie.

„CALIFIG“

Sama ta nazwa jest gwarancją oryginalnego pochodzenia produktu z „California Fig Syrup Co.“ na co zwraca się szczególną uwagę PP. Lekarzy.

California Fig Syrup Company.



Druk.

Wielmożny **Fr. Karpiński**

Główny przedstawiciel „Califig“.

WARSZAWA



SAN FRANCISCO. CALIFORNIA.

Sole Manufacturers of the Original & Genuine
CALIFORNIA SYRUP OF FIGS.

31832 Snow Hill London. E.C.

Szanowny Panie. Doktorze!

Licznie napływające z Królestwa Polskiego zapytania ze strony WP. Doktorów nasunęły nam myśl rozpowszechnienia w tym kraju, za pośrednictwem WP. Doktorów, produkowanego przez nas środka, Kalifornijskiego Syropu Figowego. W tym celu pozwalamy sobie uprzejmie prosić WP. Doktora, ażeby zechciał zrobić użytek z załączonego przy niniejszem zapotrzebowania.

Po licznych i mozolnych próbach, dokonywanych z całą starannością i na zasadach ściśle naukowych, udało się Towarzystwu „California Fig Syrup Co“, otrzymać z soku fig Kalifornijskich—w połączeniu ze specjalnie do tego celu przygotowanym wyciągiem z senna Alexandrina, wyrabianym w ten sposób, że środek ten nie sprowadza jak zwykle bóleści, z dodaniem wreszcie środków aromatycznych i syropu z czystego białego cukru—preparat w wysokim stopniu czyniący zadość wszystkim wymaganiom jakim odpowiadać powinien środek przeczyszczający.

Sposób przygotowania tego środka zapewnia bezwarunkową czystość, poprawność wykonania i jednostajność preparatu, co razem wzięte daje gwarancję, że otrzymany w ten sposób środek przeczyszczający jest przyjemny pod względem formy, niechybny w działaniu i nie sprowadzający żadnych pobocznych przykrych skutków, jako taki więc może szczególnie być zalecany dla użytku kobiet i dzieci.

Pozwalamy sobie zwrócić uwagę WP. Doktora na naszą markę ochronną „Califig“, oświadczając że przyjemnie by nam było gdyby WP. Doktor zechciał łaskawie zainteresować się tym środkiem.

Kalifornijski Syrop Figowy „Califig“ można dostać z przepisu lekarza, we wszystkich aptekach całej kuli ziemskiej, po niżej wyszczególnionych cenach. Do każdego flakonu dodany jest sposób użycia w języku danego kraju.

Z wysokiem poważaniem
CALIFORNIA FIG SYRUP Co.

Do odcięcia.

Proszę wysłać gratis i franco

Próbkę Califig

Imię i nazwisko Lekarza:.....

○ przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego.

Podał Józef Maybaum (Łódź).

Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego jest cierpieniem nader rozpowszechnionem, może częstszem, niż zapalenie ostre. Pomimo to—rzecz dziwna—podręczniki, nawet literatura specjalna, mało temu przedmiotowi poświęciły miejsca.

Poczytując za zasługę Boasowi, że na to cierpienie okolicy krętniczokątniczej skierował uwagę, pragnę w poniższem oświetlić obraz przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, opierając się na pracach Boasa *) i na skromnem doświadczeniu własnem. W naszych warunkach, pośród ludności roboczej jest szczególnie ważnem, aby przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego rozpoznać i wyleczyć, gdyż dolegliwości, jakie cierpienie to powoduje, zmniejszają wydajność człowieka, fizycznie pracującego, często tę pracę zgoła uniemożliwiają.

Są dwa rodzaje przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, wielce różne zarówno ze względu na powstawanie, jak i przebieg, rokowanie oraz wskazania lecznicze.

Angielscy autorzy pierwsi na tę różnicę zwrócili uwagę i rozróżniają: 1) recurrent appendicitis i 2) relapsing appendicitis; pierwsza postać to nawrót ostrego napadu, druga—samoistnie powstała choroba, przebiegająca przewlekłe, której ostry atak nie poprzedzał.

Dla pierwszej zaproponował Boas nazwę: appendicitis residualis, dla drugiej—appendicitis chronica recidivans. Francuzka terminologia brzmi: appendicite á rechutes i appendicite á recidives. Po polsku możnaby nazwać tę formę przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego, która powstaje wskutek ostrego zapalenia,—zapaleniem wyrostka robaczkowego *nawrotowem*; określenie to napotkałem w znakomitej monografii K r a j e w s k i e g o „Epityphlitis“**); po-

stać zaś, której ostry napad nie poprzedzał, która rozwinęła się samoistnie, jako odrębna postać chorobowa—przewlekłym zapaleniem wyrostka robaczkowego *samoistnem*.

Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego nawrotowe jest cierpieniem ogólnie znanem; powstaje na tle wysięków, zrostów i t. p. zmian, jakie po ostrym napadzie pozostają. K r a j e w s k i twierdzi, że: „raz schorzały wyrostek nigdy do normy nie wraca“ i „że zmiany zapalne w przeważnej liczbie wypadków nie są w stanie się same wyrównać“, a tem samem mogą wśród warunków sprzyjających stworzyć punkt wyjścia nowego zakażenia—zapalenia nawrotowego.

Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego samoistne powstaje w ogromnej większości wypadków wskutek niezżytu jelita grubego, który znów jest skutkiem bądź zaparcia stolca nawykowego, bądź błonicy śluzowej jelita, bądź zapalenia kiszek ogólnego.

Prócz tego mogą u niewiast wywołać przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego stany chorobowe w przydatkach macicznych. Wreszcie przypuszcząć można, że podrażnienia urazowe, nawet krótkotrwałe, ale często się powtarzające, mogą spowodować chroniczny stan zapalny w okolicy krętniczokątniczej.

Zapalenie wyrostka robaczkowego przewlekłe *nawrotowe* występuje jako co pewien czas się powtarzające nawroty stanu zapalnego o mniejszem lub większem nateżeniu; *samoistne* zaś zapalenie powstaje bez zwiastunów i ma—że tak powiem—odrazu charakter przewlekły. Słabe bóle brzucha trapią chorego przez czas dłuższy; lekarz nie przypisuje zazwyczaj tym doległościom wielkiej wagi i wykrywa istotę choroby dopiero po dłuższej obserwacji i badaniu.

Objawy samoistnego zapalenia wyrostka robaczkowego są bardzo różnorodne; wyosobnić można 2 postacie:

1) Przypadki zap. wyr. rob. samoistne typowe.

2) Przypadki zap. wyr. rob. samoistne nietypowe.

Przy zapaleniu samoistnem typowem skarży się chory na lekkie bóle w prawym boku przy chodzeniu, staniu, po-

*) Deutsche Klinik 1905.

***) Przegląd chirurgiczny 1902/03. T. V.

dłuższem siedzeniu. Niekiedy nie są to nawet bóle, tylko uczucie ciężaru, gniewienia w boku, klucia lub parcia przy oddawaniu moczu i kału. Jako siedlisko tych przykrych sensacji wskazuje chory na bok prawy.

Nietypową postacią zapalenia wyrostka robaczkowego jest przedewszystkiem t. zw. „Colique appendiculaire“, „kolka wyrostkowa“. Bóle bardzo silne są rozlane po całym brzuchu i cały brzuch jest na dotyk bolesny; choroba występuje zazwyczaj po błędzie w diecie, trwa 6—8 godzin i co pewien czas się powtarza. Podniesienia ciepłoty nigdy przytem niema; ostre zapalenie wyrostka robaczkowego zachorzenia nie poprzedzało. Postać ta chorobowa bywa najczęściej mylnie jako zatrzymanie kału, lub zatrzymanie wiatrów rozpoznawana, niekiedy za kolkę wątrobianą lub nerkową przyjmowana.

Znamiennem dla kolki wyrostkowej jest, że bolesność okolicy krętniczo-kątnej trwa jeszcze dni kilka po napadzie i okolica wyrostka robaczkowego jest bardzo na ucisk wrażliwą. Przyczyną kolki wyrostkowej jest przypuszczalnie skurczowe skrócanie się wyrostka, które zachodzi wtedy, kiedy wyrostek chce się pozbyć przypadkowej zawartości, jak kamieni kałowych, ciał obcych i t. d.

Drugą nietypową postacią zapalenia wyrostka robaczkowego jest t. zw. *utajone* zapalenie, *appendicitis larvata*. Chory skarży się na nieokreślone bóle brzucha przy objawach niestrawności, braku łaknienia, leniwym stolcu. Bóle są niebardzo dokuczliwe, rozchodzą się po całym brzuchu, niekiedy się umiejscowiają w górnej jego części, prawem lub lewem podżebrzu; bóle przechodzą i po krótkim czasie wracają.

Rozpoznanie jest trudne; dopiero przy dokładnem badaniu wykluczyć można zapalenie pęcherzyka żółciowego, bo ani wątroba nie jest obrzmiała, ani pęcherzyka się nie wyczuwa, natomiast okolica wyrostka robaczkowego okazuje się na ucisk bardzo bolesna i to naprowadza na słuszne przypuszczenie, że siedliskiem choroby jest wyrostek robaczkowy.

Wrażliwość okolicy wyrostka robaczkowego na ucisk jest wspólnym dla wszystkich postaci zapalenia wyrostka objawem. Wrażliwość ta jest najdotkliwszą w punkcie *Mac Burney'a*. Choć stosunek tego punktu do położenia wyrostka ulega wahaniom, to jednak dla celów praktycz-

nych można uważać za regułę, że, jeżeli punkt *Mac Burney'a*, położony pośredku linii, łączącej pępek z kolcem przednim górnym prawej kości biodrowej, jest na ucisk bolesny, to mamy prawie zawsze do czynienia z cierpieniem wyrostka robaczkowego. Nawet wtedy, gdy osobnik badany na żadne dolegliwości się nie skarży, należy podejrzewać, stwierdzając bolesność punktu *Mac Burney'a*, zapalenie wyrostka robaczkowego utajone, które dopiero późno staje się przyczyną dolegliwości podmiotowych.

Zdarza się często, że obok bolesności punktu *Mac Burney'a* jest też bolesną na ucisk kiszka ślepa, nawet całe jelito grube do okrężnicy esowatej, wtedy możliwem jest istnienie nieżytu okrężnicy lub połączenie tego cierpienia z cierpieniem wyrostka robaczkowego. W celu rozpoznawczym zasługuje w pierwszej linii na uwzględnienie objaw „różnicy termometrycznej“ — objaw, na który w naszej literaturze pierwszy zwrócił uwagę kol. *Poczobut* *) z Łucka na Wołyniu.

Jeżeli różnica pomiędzy ciepłotą wewnętrzną i zewnętrzną, mierzoną jednocześnie w odbytnicy i pod pachą, przewyższa 0,5° i jeżeli podwyższenie ciepłoty powtarza się często lub trwa czas dłuższy, to przemawia to stanowczo za sprawą zapalną w narządach miednicy. Nieżyt jelita grubego wahań ciepłoty nie powoduje.

U osób płci żeńskiej trzeba, ma się rozumieć, użytkując objaw różnicy termometrycznej w celu rozpoznawania zapalenia wyrostka, wykluczyć cierpienia zapalne narządów rodzajnych.

Poczobut dokonał 2000 mierzeń ciepłoty wewnętrznej i zewnętrznej u 500 osobników, z których 40 było zdrowych, reszta zaś byli chorzy, dotknięci rozmaitymi cierpieniami. Stosunek ciepłoty wewnętrznej do zewnętrznej nazywa *P.* „różnicą termometryczną“ i różnicy tej przypisuje doniosłe znaczenie diagnostyczne. W stanie zdrowia i przy normalnym przebiegu choroby wynosi różnica pomiędzy wewnętrzną a zewnętrzną ciepłotą 0,1 — 0,2° — różnica normalna; cyfry zaś powyżej 0,5 (mogą dosięgać 1,5 i wyżej — do 3,0) wskazują na przebieg nieprawidłowy, — różnica termometryczna nienormalna, która upoważnia do ostrożnego resp. złego rokowania, jest bo-

*) „Gazeta Lekarska“. 1905. 45—48.

wiem wyrazem osłabienia działalności serca.

Jeżeli np. w przebiegu tyfusu różnica termometryczna z początku normalna zaczyna się podnosić, to rokowanie jest niepomyślne, a w miarę zwiększania się tej różnicy do 2^o lub wyżej trzeba się obawiać lada chwilę zejścia śmiertelnego.

Przy chorobach jamy brzusznej oznacza nienormalna różnica termometryczna zajęcie otrzewnej, jak przy zapaleniu samej otrzewnej, zamknięciu światła kiszki, zapaleniu wyrostka i t. d., i stanowi ważny przyczynek do odróżnienia tych cierpień od zwykłego, zatrzymania kału lub nieżyty jelita grubego, przy których to cierpieniach różnica termometryczna waha się w granicach normalnych.

Niektórzy potrafią wymacać zgrubiały, obolały wyrostek robaczkowy; wtedy rozpoznanie zyskuje naturalnie na pewności; jednak większość klinicystów wyznaje, że jest rzeczą co najmniej trudną wymacać wyrostek, a to, co się za wyrostek przyjmuje, to albo skurczona kątnica lub krętnica, albo zrosty w około wyrostka.

Czasami występuje przy przewlekłym zapaleniu wyrostka robaczkowego przeczulica skóry brzucha na miejscu, odpowiadającym położeniu wyrostka; objaw ten może mieć oczywiście znaczenie tylko wtedy, jeśli skóra brzucha po zadanym miejscu jest nie bardziej, jak normalnie, wrażliwa.

Rozpoznanie różniczkowe uwzględnić powinno, prócz kataru okrężnicy i zapalenia przydatków macicznych — o których była mowa — następujące cierpienia:

1) t. zw. Pseudoperityphlitis; forma chorobowa, opisana przez N o t h n a g e l'a, napotyka się u osób nerwowych, przeważnie pod wpływem strachu przed zachorowaniem na zapalenie wyr. rob.; objawów przedmiotowych brak zupełnie, występują tylko objawy podmiotowe;

2) napady dnawe, względnie kamienie nerki prawej; badanie moczu i brak bolesności okolicy nerki stanowią o rozpoznaniu;

3) kamieć żółciową i zapalenie pęcherzyka żółciowego; przy tem cierpieniu jest zazwyczaj wątroba wyczuwalna i bolesna, coż samo pęcherzyk, i często podczas napadu stwierdzić można typowe punkty bolesne na plecach po prawej stronie kręgosłupa;

4) nerkę wędrującą, która niekiedy powoduje dolegliwości do przewlekłego

zapalenia wyrostka robaczkowego podobne; badanie przedmiotowe, przedewszystkiem brak bolesności punktu M. B u r n e y'a, ustala rozpoznanie;

5) nieznaczne przepukliny udowe i pachwinowe mogą, będąc przeoczone, wywoływać bóle brzucha i naprowadzić na myłne rozpoznanie zapalenia wyrostka robaczkowego. Po zastosowaniu przepaski bóle znikają;

6) naciek gruzliczy i nowotwory; w obu wypadkach są objawy zwężenia jelit; kał zawiera krew i ropę, względnie laseczniki K o c h a.

Rokowanie stawia przy zapaleniu przewlekłym wyrostka robaczkowego inne chirurgia, inne internista; pierwszy twierdzi, że cierpienie to stanowi miecz D a m o k l e s a dla osobnika, który mu podlega, że może on się stać w każdej chwili ofiarą ropnego zapalenia otrzewnej na skutek przedziurawienia wyrostka; lekarz zaś wewnętrzny jest zdania, że przewlekłe, samoistne zapalenie wyrostka ma wyraźną skłonność do przebiegu chronicznego, że wprawdzie dokucza choremu i często się powtarza, ale bez groźnych objawów, natężenia zaś gwałtowne z silnymi bólami, wysoką ciepłotą i t. d. należą do wielkich wyjątków.

Jeżeli pomimo to przekonanie interniści kierują takiego chorego do chirurga, to czynią nie ze względu na groźące niebezpieczeństwo, a z powodu dokuczliwości cierpienia, które niekiedy powoduje niezdolność do pracy.

Leczenie wewnętrzne przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego daje wyniki łagodzące; wyleczenia w znaczeniu anatomicznym — powtarzam to za K r a j e w s k i m — niema, bo nawet najłagodniejszy stan zapalny w okolicy kiszki ślepej pozostawia po sobie ślady, których wewnętrznymi środkami usunąć niepodobna. Klinicznie zadawaliśmy się spowodowaniem choroby do stanu, w którym się ona niezem nie objawia.

Metody lecznicze, jakimi się medycyna wewnętrzna w tych razach posługuje, są: 1-o okłady wszelakie: z wody, spirytusu, siemienia, borowiny, 2-o kąpiele słone, aromatyczne, borowinowe, 3-o spój, ograniczenia ruchu, leżenie w łóżku, 4-o dyeta, mająca na celu opróżnienie kiszki, względnie zwalczanie rozwoleń i zapobiegająca wytwarzaniu się gazów. Przy skłonności do zaparcia podaje się potrawy, zawierające dużo cukru, tłuszczu w postaci masła, śmietany, oliwy, kwasy organiczne, jako mleko kwaśne, maślanekę, jabłka, pomarańcze, cytry-

ny. Surowych owoców, zawierających drobne pestki lepiej nie zalecać, jak również świeżego razowego chleba, choć wydaje mi się nader nieprawdopodobnym, aby drobne ziarenka z tych pokarmów mogły się dostać do wyrostka i spowodować zaburzenia. W razie rozwolnienia zalecamy chude mięso i rybę, kleiki, kaszę owsianą, ryż, sucharki. Szkodliwie działają w obu wypadkach napoje musujące i mrożone, lody i sery.

Leczenie takie lepiej przeprowadzić w domu zdrowia lub miejscowościach kuracyjnych, których źródła posiadają moc leczniczą, jak Karlsbad, Krynica; w każdym razie leczenie jest zmusne, wymaga dużo cierpliwości, czasu i środków, a zatem nie jest dla każdego dostępne i nie jest radykalne.

Dlatego leczenie chirurgiczne wysuwa się na plan pierwszy, posiadając zalety szybkiego, doszczętnego wyleczenia; tylko wskazanie do operacji powinno być ściśle ustalone.

W przypadkach *nawrotowego* zap. wyr. rob., pozostałego po napadzie ostrym uchodzi za regułę, aby operować koniecznie. Zwlekanie, aż nastąpi drugi, albo trzeci napad jest ryzykownym; chory, który szczęśliwie przeżył ostry atak zapalenia wyrostka rob., powinien być po kilku tygodniach oddany chirurgowi.

Co innego z chorymi na przewlekłe, *samoistne* zapalenie wyrostka robaczkowego; tutaj jest wskazanie do rękoczynu zależnym od stopnia dolegliwości, od wieku, od zajęcia; niektórzy chorzy cierpią stosunkowo tak mało, że nie sposób ich namawiać do operacji; inni cierpią, ale bardziej z obawy przed domniemanym niebezpieczeństwem, niż z powodu samej choroby. Takim osobnikom wystarczy nieraz powiedzieć, że zapalenie wyrostka, którem są oni dotknięci, nie jest ową ciężką postacią, mogącą się w każdej chwili pogorszyć i śmierć sprowadzić; to ich uspokoi i zmniejszy dolegliwości. Inni znów chorzy znajdują się w warunkach, zapewniających im dużo spokoju i możności wypełniania uciążliwych zabiegów leczniczych; tych chorych można leczyć wewnątrznie, zwłaszcza, gdy są to ludzie w starszym wieku i właściwych ataków nie miewają.

Osobniki młode powinny być operowane bezwarunkowo, bo z jednej strony niepodobna skazywać młodzieńca na ciągłe przestrzeganie wskazówek lekarskich, z drugiej zaś strony wpływają często się powtarzające zachorzenia ujemnie na rozwój cielesny i duchowy dziecka.

Nie mniej usilnie nakłaniać trzeba, aby się operacji poddawali ludzie pracujący fizycznie, ludzie, będący często w podróży i narażani na niewygody i wpływy atmosferyczne.

Co do terminu operacji, to o ile po napadzie ostrym jest pośpiech wskazany, o tyle przy postaci przewlekłej jest lepiej przystąpić do zabiegu nie zaraz po świeżem natężeniu sprawy zapalnej, a po pewnym czasie.

Rękoczyn jako taki nie przedstawia żadnego niebezpieczeństwa; wielu chirurgów przytacza setki operacji przewlekłego zapalenia wyrostka robaczkowego bez wypadku śmiertelnego. Najwyższa liczba zejść śmiertelnych wynosi dwa na sto.

Mniej pomyślne są szanse zupełnego usunięcia przez rękoczyn dolegliwości chorego; w wielu wypadkach cierpią operowani w dalszym ciągu na zaparcie stolca, które, choć łatwiejsze do zwalczania po usunięciu wyrostka, nie zawsze i wtedy pokonać się daje. Niekiedy wpływają dolegliwości po operacji li tylko z ogólnej neurastenii; niekiedy przyczyny dolegliwości dociec nie można.

Bądź co bądź, przypadki te, pod względem zupełnego wyleczenia niepomyślne, są nieliczne i przeciwwskazania do operacji stanowić nie powinny.

Powyższe miało na celu zwrócić uwagę na często napotykaną, a nie zawsze rozpoznawaną zapalenie przewlekłe wyrostka robaczkowego, wskazać na różnicę pomiędzy dwiema postaciami tego cierpienia: postacią zap. wyr. rob. *nawrotową* i postacią *samoistną*; na sposoby rozpoznawcze: punkt Mac Burney'a, przeczulica skóry brzucha, różnica termometryczna pomiędzy ciepłotą środkową i obwodową, wreszcie na metody lecznicze.

Przewlekłe zapalenie wyrostka robaczkowego stoi na granicy pomiędzy medycyną wewnętrzną a chirurgią; są przypadki, które stanowczo można leczyć środkami wewnętrznymi, inne zaś nadają się bezwarunkowo lub warunkowo do rękoczynu.

Umiejętne odróżnianie tych przypadków i trafne wskazania lecznicze są jednym z trudniejszych zadań lekarza, w szczególności lekarza wewnętrznego.



o cholerye

Opracowali: J. Pełczyński i H. Fidler (z Radomia).

(ciąg dalszy)

Leczenie. *)

Do rozdziału „o leczeniu cholerycznych chorych“ należy i zapobieganie zarówno publiczne, jakoteż osobiste.

Na zjeździe kwietniowym w Łodzi wyraziłem się, że wszelkie przepisy publicznego zapobiegania mają wielką wartość w społeczeństwach i państwach *kulturalnych*. Ponieważ my jeszcze—przyznać to musimy z bólem—stoimy na niskim poziomie kultury, przeto nie możemy liczyć na to, ażeby przepisy, dotyczące czystości i ostrożności, rzeczywiście weszły w krew i ciało naszego społeczeństwa. Zarówno stopień rozwoju kulturalnego, jakoteż sposób podawania i ogłaszania obowiązujących przepisów nie sprzyjają zrozumieniu takowych i wprowadzeniu ich w życie. Przeto szczególnie u nas sprawa ochronnego szczepienia posiada niezmierną wagę. Przytoczę tu dla informacyi ustęp z pracy H e t s c h a p. t. „Choleraimmunität“, umieszczony w „Handbuch der pathogenen Mikroorganismen“, wydanym przez profesorów K o l l e g o i W a s s e r m a n a w 1904 r.

„Stosowanie w praktyce massowego szczepienia przeciwko cholerye w Niemczech, a nawet w Europie, lub może obowiązkowego szczepienia, jak to być powinno w Indjach, nie może mieć miejsca. Albowiem dzięki K o c h o w i posiadamy skuteczne środki ogólnie zapobiegawczej natury, które najzupełniej wystarczają do zwalczania cholery, gdyby takowa zawleczona została do Europy, których skuteczności dowiodła ostatnia epidemia. Niewątpliwie, podczas wojny szczepienia ochronne mogłyby oddać wielkie usługi. Może podczas jakiejś groźnej epidemii należałoby szczepić lekarzom i pielęgniarzom“. Tak może w istocie mówić niemiec, który wie, że naukowo uzasadnione środki będą stosowane z pedantyczną ścisłością. H e t s c h a może z dumą wskazać na wysiłki publicznej profilaktyki w Niemczech, w których podczas epidemii w 1892 r. i w 1894 zmarło na choleryę 10,000 ludzi, gdy w Rosyi w tymże czasie 800,000; w stosun-

ku do ogólnej liczby ludności w Niemczech (30 milionów) procent śmiertelności wynosił 0.03 zaś w Rosyi (120 milionów) 0.70, czyli 23 razy więcej.

Osobiście, naturalnie, nie mogłem robić szczepień ochronnych, przeto poniżej pomieszczone wiadomości czerpię z literatury oraz z prac tych autorów, którzy się sprawą powyższą zajmowali.

Zanim przejdę do właściwego przedmiotu mej pracy, muszę choć w zarysie przedstawić historyczny szkic, jakoteż teoretyczne podstawy ochronnych szczepień przeciwko cholerye.

Jeszcze przed odkryciem przecinkowca cholerycznego wiadomem było, że osobniki, które przebyły choleryę, nabierają względem niej odporności. Pierwszy F e r r a n, hiszpański lekarz, uczeń P a s t e u r a, zajął się doświadczalnemi badaniami nad odpornością przeciwko cholerye, a następnie zastosował swe wyniki podczas cholery w Hiszpanii w 1884 r., gdzie zaszczepił swą limitę 40 tysiącom ludzi. Ponieważ jednak F e r r a n okrył mgłą tajemniczości skład i sposób przygotowania szczepionki, ponieważ—z drugiej strony—różne komisye delegowane do Hiszpanii dla zbadania powyższej sprawy, a szczególnie francuzka złożona z B r o u a r d e l a, C h a r r i n a, i A l b a r r a n a orzekły, że hodowle F e r r a n a są nieczyste i zawierają domieszki innych drobnoustrojów, oraz że szczepienia były robione bez zachowania wszelkich przepisów aseptyki, że cyfry F e r r a n a są nieścisłe—przeto cała sprawa została pogrzebaną. Dopiero w 10 lat później H a w k i n podjął ją na nowo i począł dokonywać szczepień w Indjach z zachowaniem wszelkich naukowych wymagań. Szczepienia te zjednały zarówno dla metody, jakoteż i dla samego H a w k i n a, uznanie w królewskim londyńskim Towarzystwie, w którym naówczas prezydował L i s t e r. Uchwała odpowiedniego posiedzenia brzmi, jak następuje:

„Bez względu na wszelkie teoretyczne rozumowania—zdobyte fakta przemawiają za skutecznością szczepień i wykazują, że wśród szczepionych było mniej zachorowań. W 1902 roku japoński lekarz M u r a t a stosował masowe szczepienia ochronne podczas panowania epidemii cholery w okręgu Hiogo z zupełnie dobrym wynikiem. Ostatnie wiadomości posiadamy od d-ra Z ł a t o g o r o w a, prywat-docenta W. L. Akademii w Petersburgu, który dokonał masowych szczepień w Rosyi, podczas groźnej epi-

*) Odczyt w Tow. Lek. Radomskim. Wygłoszony w d. 17/IV,05 przez H. Fidlera.

demii w r. 1904. Wyniki brzmią bardzo pomyślnie.

Doświadczeń szczepiennych w pracowniach dokonywali: Pfeifer, Brieger, Wasserman, Hueppe, Sobernheim, Klein, Isajew, Kolle, Gruber, Durnham, Gamaleia, Klemperer, Jawein, Tamaczew, Miecznikow, Pawłowski, Buchstab, Fiedorow, Ketscher, Roux, Tawrelli, Salimbeni, Ilkiewicz, Zabolotny, Sawczenko, Lazarus, Vincenzi, Behring, Ransom, Popow, Gibier, Van Ermenghem, Schoffer, Wiener, Karliński.

Według Kocha przecinkowce choleryczne wydzielają z siebie jad (toxynę), który wywołuje cały obraz cholery. Doświadczenie Pfeiffera wykazały z wszelką pewnością, że jad choleryczny stanowi składową część pierwociny przecinkowców, jest z nią ściśle związany i należy do gatunku t. zw. endotoksyn; że zatem jad choleryczny nie jest bynajmniej wytworem życia przecinkowców, resp. ich wydzieliną. Albowiem przesącz ze świeżych hodowli nie zawiera zupełnie jadu i jest nieszkodliwy dla zwierząt nawet w wielkich dawkach. Przeciwnie zaś przesącz ze starej hodowli, mającej kilka tygodni, w której już pewna część laseczników zamarła, zawiera jad wskutek tego, że podłoże zdołało wylugować go z pierwociny zamarłych przecinkowców. Te endotoksyny nie rozpuszczają się w podłożu.

Laseczniki ch., dostawszy się do ustroju, mnożą się; gdy znaczna ich część lub wszystkie zamierają, wówczas endotoksyny w nich zawarte uwolnione zostają z pierwociny, a po wessaniu do krwi wykazują swą jadowitość przez porażenie ośrodków krążenia i regulowania ciepła.

Odporność polega na wytworzeniu w ustroju zdolności rozpuszczania bakterii, t. zw. bakteryolizie, a nie na zobojętnieniu toksyn wydzielanych przez l., czyli na antytoksyecznych właściwościach. Cała tajemnica odporności tkwi w tem, ażeby uodporniony ustrój mógł szybko dokonać owej bakteryolizy, zanim laseczniki zdolają się rozmnożyć w takiej ilości, że zawarty w ich ciałach jad wystarczy do zabicia ustroju.

Bakteryoliza jest wyłączną zasługą żywego ustroju. Przytoczę tutaj doświadczenie Pfeiffera, które zresztą służy też do różniczkowego rozpoznawania. Uodpornionej morskiej świni Pf. wstrzyknął do jamy otrzewnej jadowitą hodo-

włę l. ch. Po 5 minutach dokonał badania kropli wysięku otrzewnej i spostrzegł, że l. ch. traciły powoli ruchy, następnie pęczniały, a po 20 minutach przeobrażały się w twory kuliste lub ziarnka, t. j. bakteryoliza została dokonana. Tymczasem, jeżeli zmieszamy w probówce surowicę anticholeryczną z hodowlą l. ch., to zjawisko bakteryobójcze, czyli bakteryolityczne występuje jedynie po dodaniu dużej ilości surowicy. Np. $\frac{1}{15}$ mg. wysokowartościowej surowicy przeciwcholerycznej z uodpornionej kozy działa bakteryobójczo na 2 mg. hodowli w otrzewnej u świnki morskiej, zaś w probówce 10 mg. tejże surowicy nie jest w stanie rozpuścić lasecz. ch. Następne doświadczenie jeszcze bardziej wykazuje, że przeważającą rolę w sprawie bakteryolizy gra sam ustrój. Jeżeli zmieszać w probówkę surowicę przeciwcholeryczną z żyjącymi przecinkowcami i wstawić do wylęgaczki na przeciąg 24 godzin, to l. ch. doskonale się rozmnażają w tem środowisku. Zdawało by się, że bakteryobójcze własności surowicy zostały już wyczerpane i unicestwione przez rozmnażające się laseczniki. A jednak ta sama surowica wstrzyknięta do otrzewnej morskiej świnki jest w stanie rozpuścić taką samą ilość jadowitej hodowli l. ch., jak i świeża przeciwcholeryczna surowica. Doświadczenie powyższe przekonywa, że ustrój powołuje do życia ukryte niejako w surowicy bakteryobójcze jej własności. Zgodnie z teorią Pfeiffera i Ehrlicha zjawisko to objaśnić można w sposób następujący: do wywołania bakteryolizy potrzeba dwóch czynników: 1) ochronnych ciał wytworzonych przez uodpornienie, które same przez się nie posiadają własności bakteryobójczych, lecz przechowują się w stanie nieczynnym (in posse) do chwili, aż niebezpieczeństwo je wywabi do walki z nieprzyjacielem i 2) komplementu (dopełniacza) zawartego w każdej normalnej surowicy (nieuodpornionych ustrojów). Doświadczenie wykazało, że uodpornienie występuje dopiero 5-go dnia, choć w słabym stopniu, potem się wzmaga i dosięga szczytu po 2-eh tygodniach; na tej wysokości trzyma się dłuższy czas, następnie poczyną stopniowo słabnąć. Stosując systematyczne wstrzykiwania w celu uodpornienia, można otrzymać wysoki stopień odporności, która może trwać rok i dłużej. Uodpornienie u ludzi, którzy sami przebyli cholere, przedstawia się w sposób następujący, jak to stwierdził Pfeiffer na sobie oraz na kilku chorych w zakładzie

dla obłąkanych w Nietleben. Pierwsze ślady swoistej zmiany w krwi występują dopiero po 2—3 tygodniach od początku choroby, osiągają szczytu po 4—5 tygodniach, a następnie szybko znikają, tak że po 2—3 miesiącach krew nie zawiera już ciał ochronnych.

Bakteryobójcza siła surowicy uodpornionych ustrojów jest b. wielką. Doświadczenia Kolle'go wykonane na samym sobie, oraz na 14 innych osobach wykazały, że miano (titr) surowicy przed wstrzykiwaniem wynosił 0,6 c. c. To znaczy, że 0,6 c. c. surowicy chroniło od śmierci morską świnkę, zarażoną śmiertelną dawką jadowitej hodowli ch. Po upływie 10 dni po wstrzyknięciu powyższe miano wynosiło 0,003 cc. (tj. że 3 m. gm. surowicy wystarczały, ażeby morską świnkę uchronić od śmierci.) A zatem siła bakteryobójcza surowicy wzrosła 200-krotnie. Surowica ozdrowieńców po cholery wykazywała miano 0,01 c. c., tj. surowica ozdrowieńców jest 60 razy silniejszą od surowicy tych, którzy nie chorowali na cholery, lecz 3 razy słabszą od surowicy sztucznie uodpornionych osobników.

Ciekawem jest pytanie, gdzie w ustroju gromadzą się swoiste ochronne ciała? Na to odpowiedź dają prace Pfeiffera i Marksa. Doświadczenia ich dowiodły, że schroniskiem dla ciał ochronnych są narządy krwiotwórcze, a mianowicie w pierwszym rzędzie śledziona i szpik kostny, w drugim zaś gruczoły chłonne i płuca. Okazało się również z powyższych doświadczeń, że już po upływie 2 dni po dokonaniem uodpornienia w śledzionie dają się wykryć pewne ilości ciał uodporniających, t. j. wtedy, gdy jeszcze we krwi nie można wykryć ani śladu takowych.

Początkowo do uodporniania używano żywych hodowli l. ch. w dawce mniejszej od najmniejszej śmiertelnej dawki dla doświadczalnego zwierzęcia (Ferran). Pierwszy Gamalleia zastosował hodowle osłabiane przez nieustanne przenoszenie na odżywki. Hawkin poddawał hodowlę działaniu 39° Celsusza w atmosferze przesyconej tlenem, poczem dodawał 0,5% kwasu karbolowego. Dla uodpornienia ludzi nie należy używać osłabionych hodowli, gdyż, jak wskazują doświadczenia na zwierzętach: 1) uodporniająca siła takowych jest daleko mniejszą, aniżeli jadowitych, 2) podskórne wstrzykiwania silnie jadowitej hodowli w dawkach potrzebnych do uodpornienia są najzupełniej dla ludzi niesko-

dliwe, i 3) można znakomicie uodpornić zabitemi hodowlami.

Pierwszy Gamalleia użył do szczepienia hodowli zabitych przy 120° C. Brieger, Kitasato i Wasserman ogrzewali jedynie do 65° C. w przeciągu 15 minut. Dodawano również do hodowli jako środków zabójczych chloroformu, kwasu karbolowego (Brieger, Wasserman, Klemperer).

Kolle dowiódł, że zabite hodowle są również skuteczne, jak i żywe. Preto poleca wstrzykiwanie hodowli zabitych ogrzewaniem przy 58° C. w ciągu godziny. Zawiesina Kolle'go jest to mieszanina hodowli laseczników ch. na agarze, zabitych w powyższy sposób, z fizyologicznym roztworem (w stosunku 2 mgm. hodowli na 1 cc. f. r.) i z dodaniem 0,5% kwasu karbolowego.

Po wstrzyknięciu występuje odczyn, który się przejawia: w postaci bolesnego obrzmienia w miejscu wstrzyknięcia po upływie 5—6 godzin; niekiedy powiększenia gruczołów chłonnych odpowiedniej okolicy; podniesienia ciepłoty do 38°, rzadko do 39°, trwającego 24 godzin; ogólnego niedomagania; zwiększenia ilości moczu w przeciągu 12—16 godzin; łamania w kościach, bólu głowy, a czasami (w 10% przyp.) 1 do 2-krotnej biegunki; wymiot—szczególniej u kobiet. Objawy powyższe trwają 1—2 dni i nie pociągają za sobą żadnych szkodliwych skutków dla zdrowia. Jednorazowe wstrzyknięcie nie wystarcza, gdyż wywołuje w słabym tylko stopniu objawy uodpornienia. Preto należy wstrzykiwać powtórnie w 5 do 7 dni po pierwszym wstrzyknięciu. Niektórzy radzą, jak Zlatogorow, dokonywać 3-krotnego wstrzykiwania. Lecz, o ile mogłem sądzić z niektórych statystyk, wystarcza i 2-krotne wstrzyknięcie.

Dawka dla dorosłych przy pierwszym szczepieniu wynosi 1—2 cc., co jest oznaczone na etykietach szczepionek. Przy powtórnie szczepieniu należy użyć albo podwójnej dawki, jeśli odczyn był średni lub słaby, albo pierwotnej, jeśli był silny.

Dzieciom do lat 2-ich i starcom ponad 60 lat szczepić nie należy. (Serkowski). Od 2 do 10 l. dla pierwszego szczepienia $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ dawki dla dorosłego; $\frac{1}{2}$ do całej—dla powtórnego. Kobiętom wstrzykiwać o $\frac{1}{4}$ mniej, aniżeli mężczyznom. Ciężarne kobiety należy uodporniać małemi, lecz kilkakrotnie powtarzanemi dawkami ($\frac{1}{2}$ dawki dorosłego, 6-krotnie). Należy indywidualizować częstość wstrzykiwań i wysokość da-

wiek zależnie od stopnia odczynu, występującego po pierwszym szczepieniu.

Przeciwwskazania do szczepień są następujące: zbyt młody (do 2 lat) i zbyt późny (po 60) wiek, wszelkie ostre gorączkowe choroby, oraz czas panowania epidemii; wszelkie postaci ostrych cierpień kiszkiowych.

Może nie od rzeczy będzie przytoczenie wrażeń Dr. Złato gorowa, który dokonywał masowych szczepień w Persyi, wśród ludności niekulturalnej i niechlujnej. Wrażenia te mogą się przydać i nam przy praktycznym zastosowaniu masowych szczepień.

„Szczepionki, mówi dr. Z. wstrzykiwałem dorosłym w ilości od 0,4 do 1., dzieciom zaś od 0,1 do 0,4; używałem zaś małych dawek w tym celu, ażeby nie przerażać ludności odczynem poszczepiennym. Odczyn bywał w istocie słaby, co wpływało uspakajająco na ludność i jednało coraz większą liczbę zwolenników. Lecz należy być ostrożnym ze szczepieniami, ażeby ich nie zdyskredytować. Wiadomo np., że podczas epidemii cholery bywają dość liczne przypadki t. zw. wrzekomej cholery ze strachu. Otóż jeśli podobnemu osobnikowi wstrzyknąć szczepionkę i jeśli szczepienie wywoła pewne niedomagania, to te ostatnie bywają uważane jako zwiastun cholery. I w istocie występują po pewnym czasie wymioty i biegunka, które kładą na karb szczepienia. Oprócz tego zdarzyć się może, że dokonano szczepienia już w okresie wylegania lub zwiastunów. Jeżeli podobny osobnik zachoruje i umrze, to ludność może zupełnie stracić zaufanie do szczepienia.

Otóż przyjąłem za zasadę dokonywać podczas epidemii tylko powtórnych szczepień (już raz szczepionym poprzednio), zaś po raz pierwszy szczepić przeważnie ludność inteligentną oraz zupełnie zdrową, objaśniając za każdym razem, jakie objawy szczepienie może wywołać. Jeżeli w domu osobnika żądającego szczepienia była już cholera, to zupełnie odmawiałem szczepienia. Lecz i te wielkie ostrożności nie uchroniły mnie od niespodzianek. Na drugi dzień po szczepieniu zmarł na cholercę Pers, a winę niepomyślnego zejścia przypisano całkowicie mnie“.

Należy nam, nowicjuszom w sprawie ochronnych szczepień, przyjąć do wiadomości te wrażenia i spostrzeżenia doświadczonego lekarza.

A teraz przedstawiam Sz. Sz. P. P. wiadomości statystyczne z dokonanych

szczepień. Lecz zanim przejdę do objaśniania tablicy, którą dalej przytoczę, muszę sformułować te wymagania, jakie powinniśmy stawiać cyfrowym danym. A więc daty statystyczne powinny dowieść: 1-o) że masowe szczepienia zmniejszają liczbę zachorowań i zgonów, oraz w jakim stopniu, 2-o) że kilkakrotne szczepienia chronią daleko więcej aniżeli jednokrotne, 3-o) że szcz. zmniejszają współczynnik zaraźliwości wśród osób stykających się z chorymi.

Następnie należy wykazać: 1-o) czy dokonywano szczepień w miejscowościach już dotkniętych cholercą, 2-o) czy w powyższych miejscowościach ludność szczepiona jakoteż nieszczepiona żyła w jednakowych warunkach higieniczno-dyetyetycznych i społeczno-ekonomicznych, 3-o) czy ludność wogóle przestrzegała przepisów zapobiegawczych, czy też jedynie tylko szczepieni, 4-o) jaki okazują wpływ szczepienia na przebieg cholery wśród szczepionych, oraz czy zmniejszają % śmiertelności wśród nich, 5-o) czy odporność nabyta w miejscowościach endemicznie nawiedzonych przez cholercę wpływa na wyniki po szczepieniu.

Dane statystyczne zaczerpnięte są z prac Hawkina, Murata i Złato gorowa.

Hawkin dokonywał szczepień w Indjach w 1894 i 1895 r. Szczepiono ludziom rozmaitych warstw społecznych: europejczykom, tubylcom; wojsku, więźniom, uczniom; robotnikom i t. p. Ponieważ w wielu miejscowościach, w których dokonywano szczepień, nie było zupełnie cholery, lub też zjawiała się zbyt późno po dokonaniu szczepienia (2—3 lat), zaś w innych nie można było zebrać dokładnych wiadomości, przeto H. korzystał tylko z bezwarunkowo pewnych danych, odrzucając wątpliwe i niepewne. H. zwracał baczną uwagę na tożsamość warunków, wśród których żyli szczepieni i nieszczepieni.

Pod tym względem bardzo pouczającymi są wiadomości z Kalkutty, z różnych garnizonów, więzień, szkół, pojedynczych domów, plantacji, w których ludzie żyli niewielkimi grupami i w jednakowych warunkach klimatycznych, obyczajowych i dyetyetycznych.

Złato gorow szczepił w północnej Persyi w 1904 roku i przeważnie w mieście Taurydzie, w którym była b. silna cholera. W przeciągu 2 miesięcy (września i października) t. j. za cały czas pobytu dr. Z. w Taurydzie w pośród 250,000 ludności, chorowało na cholercę

20,000 co stanowi 8% ludności, zmarło zaś 15000 (6%) ludności. Śmiertelność wśród chorych wynosiła 80%.

Ani jedna ulica, ani jedna dzielnica nie były wolne od cholery.

„Dzięki przerażającym warunkom sanitarnym, mówi dr. Z., dzięki ciemności i fanatyzmowi ludności, epidemia szerzyła się niezmiernie szybko, a o stosowaniu jakichkolwiek sanitarnych środków mowy być nie mogło.“

Dr. Z. dokonał 1482 szczepień: w tem 812 persom, 503 ormianom, a resztę 167 europejczykom.

Z pośród 1482 szczepionych około 100 należało do warstw inteligentnych, reszta zaś składała się z ludności robotniczej żyjącej w najgorszych warunkach sanitarnych.

W Japonii dokonywał masowych szczepień dr. Murata w 1902 roku. Nie posiadamy jednak szczegółowych wiadomości o warunkach sanitarnych ludności w miejscowościach dotkniętych epidemią cholery. Można prawdopodobnie przypuszczać, o ile się czyta o zamiłowaniu Japończyków do czystości, że tam warunki higieniczne musiały być daleko lepsze, aniżeli w Persyi i Indyach.

Dodać tu muszę dla ścisłości, że epidemia w Japonii nie była silną, gdyż na 900 tysięcy ludności w dotkniętych miejscowościach chorowało zaledwie 1199, co stanowi 0,11% ludności, przytem cholera trwała krótko, gdyż tylko 5 miesięcy.

A zatem z powyższego wynika, że:

1) szczepień dokonywano już w miejscowościach dotkniętych cholera, zarówno w takich, gdzie epidemia grasowała z niesłychaną gwałtownością (Persya), jakoteż w takich, w których była słabą (Japonia);

2) zarówno ludność szczepiona, jak i nieszczepiona w znakomitej większości przypadków żyła w jednakowych warunkach i była nieustannie narażoną na zachorowanie wskutek tego, że mieszkła w zarażonych dzielnicach, domach, oraz mieszkaniach;

3) ludność wogóle nie przestrzegała żadnych przepisów sanitarnych ze względu na swoje niechlujstwo, ciemnotę i ubóstwo (Persya, Indye);

4) szczepień dokonywano nietylko w krajach endemicznie nawiedzanych przez cholera, w których tubylcza ludność posiada już pewną odporność wrodzoną lub nabytą (Indye), lecz i w takich, gdzie cholera jest mniej lub więcej częstym gościem (Persya i Japonia). W tych krajach ludność nie ma sposobności do na-

brania odporności na długi przeciąg czasu, jakoteż nie może mieć wrodzonej odporności.

Szczepienia we wszystkich wyżej wymienionych miejscowościach dały wyniki dodatnie.

A mianowicie:

1) W Indyach z pośród nieszczepionych:

zachorowało 3,6% lud. zmarło 2,88% lud.

Z pośród szczepionych:

zachorowało 1,25% lud. zmarło 1,09% lud.

2) W Persyi z pośród nieszczepionych:

zachorowało 9,7% lud. zmarło 6,9% lud.

Z pośród szczepionych:

zachorowało 1,9% lud. zmarło 0,28% lud.

3) W Japonii z pośród nieszczepionych:

zachorowało 0,13% lud. zmarło 0,10% lud.

Z pośród szczepionych:

zachorowało 0,06% lud. zmarło 0,02% lud.

Z powyższego wniosek jest następujący, że w Persyi, gdzie cholera nie jest endemiczną, srożyła się ona gwałtownie i zabierała masę ofiar wśród nieszczepionych, gdyż liczba zachorowań w Persyi wśród nieszczepionych była prawie 3 razy, a zgonów $2\frac{1}{2}$ razy większą, aniżeli wśród tychże w Indyach.

Jednocześnie okazało się, że ochronne szczepienia w Persyi zmniejszyły liczbę zachorowań 5-krotnie a zgonów 24-krotnie. Tymczasem w Indyi szczepienia ochronne zmniejszyły liczbę zachorowań 3-krotnie a zgonów $2\frac{1}{2}$ krotnie. Czyli, że w kraju, gdzie ludność nie posiada wrodzonej lub nabytej odporności, epidemia znalazła podatniejszy grunt do swego rozwoju, aniżeli wśród ludności z nią oswojonej i, że w kraju 1-go typu sztuczne odpornienie dało dalco lepsze wyniki, aniżeli w macierzystym kraju cholery.

W Japonii epidemia była bardzo słabą, przeto cyfry tamtejsze do powyższego porównania się nie nadają. Co wpłynęło na słabsze natężenie epidemii wobec stosunkowo niewielkiej liczby szczepień (zaledwie 0,1 części ludności)—trudno powiedzieć dla braku szczegółowych wiadomości. Być może, że rozumne stosowanie profilaktyki w narodzie o wysokiej kulturze i zamiłowanym do czystości powstrzymało pochod epidemii.

Przystępuję teraz do objaśnienia statystyki masowych szczepień.

Przedewszystkiem, uderza ten fakt, że:

1) wśród 20 miejscowości, w których grasowała cholera w mniejszym lub większym stop-

niu wśród nieszczepionych, tylko w 11 zjawiała się wśród szczepionych;

2) spośród tychże 20 miejscowości tylko w jednej wśród nieszczepionych nie zanotowano ani jednego śmiertelnego zejścia, gdy tymczasem wśród szczepionych takich miejscowości (bez zgonu) można naliczyć 11;

3) w jednej miejscowości wolnej od zgonów spośród nieszczepionych nie było ich również wśród szczepionych (słaba epidemia).

4) $\%$ zgonów względnie do liczby zachorowań zarówno wśród nieszczepionych jakoteż wśród szczepionych jest bardzo duży, gdyż wynosi od 72 do 92.

5) $\%$ zgonów wśród szczepionych wogóle jest wyższy, aniżeli wśród nieszczepionych, gdyż wynosi dla pierwszych 81, dla drugich zaś 79;

6) $\%$ zgonów po jednokrotnem szczepieniu jest znacznie wyższy od takiego wśród nieszczepionych (92—79) i od $\%$ zgonów wśród dwukrotnie szczepionych (92—72).

7) $\%$ zgonów wśród 2-krotnie szczepionych jest niższy od takiegoż wśród nieszczepionych (72—79).

Dziwnem się wydaje to zjawisko, że $\%$ śmiertelności wśród wogóle uprzednio szczepionych, a szczególnie jednokrotnie, jest wyższym aniżeli $\%$ śmiertelności wśród nieszczepionych. Można to jedynie objaśnić zbyt małą ilością zachorowań wśród uprzednio uodpornionych w przeciwieństwie do ogromnej masy zachorowań wśród nieszczepionych, gdyż spośród pierwszych zachorowało 1069 osób, zaś spośród drugich 32,122 osób. Byłby to zatem błąd matematyczny, a nie objaw biologiczny. Gdyby bowiem większy $\%$ śmiertelności wśród chorych uodpornionych zależał od większej zawartości bakteryobójczych sił w krwi wskutek szczepienia, które to ciała, rozpuszczając większą ilość laseczników ch., tem samem zwiększałyby szanse niepomysłnego zejścia, to w takim razie $\%$ zgonów po 2-krotnem szczepieniu powinienby być większym, aniżeli po 1-krotnem, a tembardziej większym, aniżeli wśród nieszczepionych.

Tymczasem rzecz się ma odwrotnie. A więc niewątpliwie 2-krotne szczepienia obniżają $\%$ śmiertelności.

8) Najważniejszym dowodem skuteczności ochronnych szczepień byłoby zmniejszenie współczynnika zaraźliwości wśród szczepionych, a nieustannie stykających się z chorymi. W pracach Hawkina i Złatogorowa są podane nie-

które (wprawdzie skąpe) wiadomości o ilości zachorowań w zakażonych mieszkaniach, w których współmieszkańcom dokonano szczepień już po zjawieniu się cholery w domu. Żałować wypada, że liczba podanych spostrzeżeń nie jest zbyt wielka, wskutek czego wnioski wyprowadzone z małych cyfr nie mogą mieć należytej siły przekonywującej. Lecz jeśli się zważy, że rzecz się dzieje w Indyach i w Persyi wśród ludności niekulturalnej, wśród domowników chorego żyjących w jaknajgorszych warunkach sanitarnych, to należy przyjść do przekonania, że i te niewielkie cyfry mają dużo wartości.

Gdybyśmy, naturalnie, odosobnili domowników zaraz po pierwszym przypadku, a chorych usunęli do szpitala, to nie moglibyśmy wydawać sądu o wartości ochronnych szczepień wśród współmieszkańców. Lecz jeżeli ci ostatni pozostają w mieszkaniu i nieustannie się kręcą koło chorego, nie przestrzegając żadnych ostrożności, to, naturalnie, że są oni więcej narażeni na zarażenie się, aniżeli pozadomowi.

Jeżeli więc wśród współmieszkańców chorego po dokonaniem szczepienia zmniejsza się widocznie współczynnik zaraźliwości, to jedynie ochronnemu szczepieniu siłą logiki należy przypisać ten zbawienny wpływ.

Otóż w 13 mieszkaniach, w których pojawiły się przypadki cholery było:

ludności wogóle 109 osób; z tego:	
nieszczepionych 64	"
szczepionych 45	"

Z pośród pierwszych:

zachorowało 20, co stanowi 31 $\%$ lud.
zmarło 14, " " 22 $\%$ lud.

Z pośród drugich:

zachorował 1, co stanowi 2,2 $\%$ lud.
zmarło 0, " " 0 $\%$ lud.

Czyli współczynnik zaraźliwości wśród nieszczepionych wynosił 31, zaś wśród szczepionych 2,2. A więc szczepieni 19 razy mniej mają szans zachorowania, aniżeli nieszczepieni.

To stanowczo przemawia na korzyść szczepienia.

Z sumarycznego obliczenia wypada że:

1) wśród ludności nieszczepionej (863,482) zarówno liczba zachorowań, jakoteż liczba zgonów była 3 razy większą, aniżeli wśród szczepionych wogóle (89,139).

2) Wśród nieszczepionych liczba zachorowań była 1,8 razy większą, aniżeli wśród 1-krotnie szczepionych, a liczba zgonów 1,5 razy większą.

3) Dwukrotne szczepienia zmniejszają liczbę zachorowań 8 razy, a zgonów 9,5 razy w porównaniu z nieszczepionymi.

4) Dwukrotne szczepienia zmniejszają liczbę zachorowań 4,9 razy, a liczbę zgonów 6,5 razy w porównaniu z 1-krotnymi szczepieniami.

A zatem szczepienia ochronne wywierają ogromny wpływ na zmniejszenie się liczby zachorowań i zgonów. Niezbędnym jest dwukrotne szczepienie.

Sprawę przezemnie popieraną spotkać może zarzut, że szczepienia nie chronią zupełnie od zachorowań i śmiertelnego zejścia. Lecz na to odpowiem spostrzeżeniami ze szczepienia ospy. Wszak i po tem ostatniem spotykamy niekiedy przypadki naturalnej ospy wśród dzieci szczepionych na kilka dni przed zachorowaniem. Widocznie dokonano szczepienia już w okresie wylegania, wskutek czego akt uodpornienia nie mógł powstrzymać wybuchu rozwijającej się choroby. W dodatku przebieg choroby u ospowatych po niedawno dokonaniem szczepieniu może być również ciężki i śmiertelny, jak i u nieszczepionych, co dowodzi, że szczepienie nie wpłynęło na złagodzenie przebiegu choroby.

W cholerye dzieje się to samo. Osobiście nie mogłem nabrać przekonania z przytoczonych cyfr, ażeby ochronne szczepienia złagodziły przebieg, skoro $\frac{0}{n}$ śmiertelności wśród szczepionych jest bardzo wysoki. *Lecz za to nabrałem niezachwianego przekonania, że ochronne szczepienia przeciwko cholerye, podobnie jak przeciwko ospie, byleby były dokonane dość wcześnie, bezwarunkowo i najpewniej chronią od zachorowań.*

Przeto gorąco nawołuję do masowego szczepienia ochronnego.

Jeżeliby Sz. Sz. P. P. po dyskusji przyszli do tego samego wniosku, to należałoby podać do władz następujący wniosek:

Towarzystwo Lekarskie Radomskie po dokładnem i wszechstronnem rozważeniu wartości ochronnych szczepień przeciwko cholerye przyszło do przekonania, że szczepienia ochronne:

1) są zupełnie nieszkodliwe.

2) zmniejszają wielokrotnie szanse zachorowania i śmierci;

3) przeprowadzone masowo wśród ludności mogą mieć zbawienny wpływ na powstrzymanie rozwoju epidemii, szczególnie u nas, gdzie stosowanie publicznej profilaktyki natrafia na liczne przeszkody.

Wobec powyższego Towarzystwo Lekarskie Radomskie poleca gorąco stoso-

wanie bezpłatnego masowego ochronnego szczepienia wśród całej ludności Królestwa Polskiego.

Do ludności należy wydać również przekonywającą odezwę, o czem powiem na zakończenie mej pracy.

A teraz przechodzę do drugiej części mej pracy, t. j. do właściwego leczenia cholery.

Na pierwszym naturalnie miejscu stać winno leczenie swoiste na wzór błonicy.

Znakomite wyniki ze stosowania surowicy przeciwbłonicy naprowadziły na myśl otrzymania na tej samej drodze surowicy przeciwocholerycznej. Rozpoczęto doświadczalne prace nad uodpornieniem zwierząt przeciwko cholerye przez wstrzykiwanie surowicy czynnie uodpornionych zwierząt (Pfeiffer, Vinzenzi, Pawłowski, Buchstab, Fiedorow i inni).

W istocie okazało się, że surowica uodpornionych kóz posiada tak wysoką wartość, że 0,0001 cc. tejże surowicy wystarcza, ażeby uchronić morską świnkę od śmierci po wewnątrz-otrzewnowem zastrzyknięciu najmniejszej śmiertelnej dawki l. ch. Z doświadczeń Pfeiffera wynikało, że uodporniająca wartość surowicy zależy od zawartości w niej swoitych bakteryobójczych ciał, lecz że jednocześnie taż surowica nie posiada żadnych antytoksycznych własności przeciwko cholerycznym endotoksynom.

Wobec powyższego omawiana surowica nie posiada własności leczniczych przeciwko zatruciu cholerycznemu.

Przeciwocholeryczna surowica Beringa i Ransoma, ogłoszona w 1895 roku, nie wywierała żadnego wpływu na zwierzęta zatrute endotoksynami cholerycznymi.

Wspomniana surowica zawierała bardzo niewiele bakteryobójczych ciał w porównaniu z innymi znanymi bakteryobójczymi surowicami, oraz bardzo niewiele aglutynin. Również w 1895 r. Miecznikow, Roux, Taurelli-Salimbeni ogłosili, że otrzymali jad choleryczny, różny od endotoksynu, który uważają jako wytwór wydzielniczy przecinkowców i który przechodzi do przesączu. Powyższym jadem udało się uodpornić tak zwierzęta, że ich krew posiadała własności anticholeryczne.

Ta anticholeryczna surowica miała nie tylko chronić od zatrucia przesączem z hodowli przecinkowców, lecz nawet leczyć doświadczalne zwierzęta po we-

wnątrz-otrzewnowem wstrzyknięciu l. ch. Jednak to odkrycie nie zostało do ostatniej chwili potwierdzone przez innych badaczy, przeto niema praktycznego znaczenia.

Doświadczenia Pfeiffera wykazały, że nawet wysoko-wartościowe anticholeryczne surowice, które w najmniejszych dawkach chronią doświadczalne zwierzęta od śmierci przy jednoczesnem lub nieco późniejszym zakażeniu przez przecinkowce, nie są w stanie uchronić zwierzęta od śmierci już po wystąpieniu wyraźnych objawów zatrucia cholerycznego.

Jeżeli morskiej śwince wstrzyknąć do otrzewnej 1 uszko (2 mgm.) hodowli przecinkowców, a w $\frac{1}{2}$ godziny potem wysoko-wartościową surowicę, to udaje się jeszcze rozpuścić szybko i zupełnie przecinkowce i zwierzę może zwalczyć poczynające się objawy zatrucia. Jeżeli wstrzyknemy nawet wielką dawkę surowicy po upływie $1\frac{1}{2}$ -ej godz. po zakażeniu, to już nie można uratować zwierzęcia. Wprawdzie po upływie 50 minut przecinkowce ulegają bakteryolizie, lecz za to one zdążyły tak się już rozmnożyć w przeciągu $1\frac{1}{2}$ -ej godziny, że ilość jadu zawartego w pierwocinie laseczników, ulegających rozpadowi, zupełnie wystarcza do otrucia zwierzęcia. Jeżeli surowicę wstrzyknemy po upływie $2\frac{1}{2}$ godz. po zakażeniu, to nawet 10-krotna dawka surowicy nie wywiera żadnego bakteryobójczego działania, co dowodzi, że została zniszczoną zdolność ustroju do wyzyskania bakteryobójczej własności surowicy. Ustrój wtedy jest już tak chory, że ciała ochronne nie są w stanie ujawnić swego wplywu ze względu na to, że sam ustrój nie może spożytkować ich własności przez brak zniszczonych komplementów.

Przecinkowce ch. znajdują w jelitach tak podatny grunt do szybkiego i gwałtownego rozwoju, że niepodobna przypuścić, ażeby surowice lecznicze mogły je tam osiągnąć.

A priori można powiedzieć, że widoki leczenia surowicą są bardzo słabe wobec gwałtownego przebiegu cholery. I rzeczywiście, lecznicze surowice odmówiły swego działania we wszystkich już rozrzuconych przypadkach cholery. Można nawet powiedzieć, że w podobnych przypadkach surowica działa raczej szkodliwie, albowiem przez gwałtowne i szybkie rozpuszczenie masy przecinkowców ustrój jeszcze bardziej zostaje przesycony jadem cholerycznym, co naturalnie przyspiesza śmiertelne zejście.

Do pewnego stopnia możnaby liczyć

na pomyślny wpływ przeciwocholerycznej surowicy u ludzi, którzy wprawdzie już są zakażeni, lecz u których albo jeszcze niema objawów, albo też objawy są bardzo słabe. Tutaj możnaby powstrzymać dalszy rozwój przecinkowców przez rozpuszczenie tej niewielkiej ilości, jaka się przedostała do ustroju, i uchronić ustrój od ciężkich objawów. Lecz i to teoretyczne przypuszczenie nie jest dowiedzionem.

Dokonywano również badań nad działaniem surowicy ozdrowieńców po cholery. Freymuth w 1893 r. wstrzykiwał 3-m cholerycznym po 20 — 50,0 surowicy ozdrowieńców. Jeden z leczonych zmarł pomimo wielokrotnych wstrzykiwań, 2 zaś inni jakoby się poprawili. Ponieważ, jak wiemy, surowica ozdrowieńców posiada jedynie własności bakteryobójcze, zaś b. słabe antitoksyczne, przeto i powyższe doświadczenie nie jest przekonującym tem bardziej, że nie zostało potwierdzone przez innych badaczy. A więc do tej pory nie posiadamy sposobów swoistego leczenia cholery. Wypada przeto zwrócić się w innym kierunku, a mianowicie, uczynić zadość następującym wskazaniem:

A. Wskazania przyczynowe:

1) zniszczyć lub wydalic l. ch. z przewodu pokarmowego, zanim zdołają wywołać zakażenie;

2) unieszkodliwić toksyny w przewodzie pokarmowym przez odkażenie przewodu pokarmowego, lub wytworzenie w nim związków nierozpuszczalnych, a tem samem nieszkodliwych. Wydalic toksyny z ustroju przez podniesienie czynności narządów wydzielniczych i gruczołów potowych, nerek i temu podobnych.

B. Wskazania choroby:

1) doprowadzić przewod pokarmowy do stanu prawidłowego;

2) przeciwdziałać zgęszczeniu krwi, które wprawdzie nie ma głównego znaczenia, nadawanego mu przez wielu autorów, lecz które współdziałała toksynom w okresie zamartwiczym.

C. Wskazania objawowe:

1) podnieść ciepłotę ciała,
2) podnieść upadającą czynność serca.

A. Wskazania przyczynowe.

Ad 1)

a) Gdybyśmy mogli uchwycić tę chwilę, w której lasecznik przedostaje się do żołądka, to należałoby podać środek wymiotny, aby przeszkodzić przewodro-

waniu laseczników do jelit. Środkom wymiotnym przypisywano ongi swoiste działanie przeciwko cholery. Chałubiński na zasadzie spostrzeżeń przyszedł do przekonania, że wszystkie przypadki cholery, w których wymioty żółciowe występują same przez się, kończą się zawsze pomyślnie. Na zasadzie powyższego zalecał zawsze w początku napadu środek wymiotny (emetyk z wymiotnicą) i jeżeli występowały wymioty żółciowe, to chory, według jego zdania, mógł być uważany za uratowanego. Należało jednak się spieszyć ze stosowaniem środka wymiotnego, gdyż w napadzie już rozwiniętym wszelkie próby w celu wywołania żółciowych wymiotów są nadaremne. Środki wymiotne polecali również Boeckl, Lalsy, Escalier i inni. „Od środków wymiotnych rozpoczynać należy leczenie napadu cholerycznego“, głoszą instrukcje Rady Lekarskiej Warszawskiej z roku 1847 i 65.

Jakkolwiek spostrzegane fakty były prawdziwe, to jednak tłumaczenie ich było błędem. Ponieważ dawno zauważono, że w rozwiniętym napadzie cholery wstrzymuje się wydzielanie żółci, przeto poczęto wnioskować, że zawartość jelit jest pozbawiona z tego powodu odkażającego działania żółci, co ze swej strony sprzyja rozwojowi pasorzytów.

Fakt, że przypadki cholery, w których stolce chorego zawierają żółć, przebiegają zwykle pomyślnie, zdawał się potwierdzać powyższe rozumowanie. To też na działaniu żółciopędnem opierali dawniejsi lekarze podawanie czyszczących środków wymiotnych. Lecz najnowsze poszukiwania dowiodły, że odkażające działanie żółci jest stosunkowo nieznaczne i że przeto tej wydzielinie nie można w większym stopniu przypisywać bakteryjicznych własności. Z drugiej zaś strony okazało się, że powstrzymanie wydzielania się żółci zależy od samego zakażenia, nie zaś odwrotnie, t. j. że powstrzymanie to powoduje większe natężenie objawów. Im więcej toksyn dostaje się do ustroju, tem większemu zaburzeniu ulega czynność wątroby. Jeżeli więc w cięższych przypadkach wymiociny i stolce zawierają domieszkę żółci, to łagodny przebieg ich nie zależy od obecności tej wydzieliny, lecz na odwrót — obecność żółci jest właśnie następstwem cięższego przebiegu cholery. Wobec powyższego stosowanie żółciopędnych środków chybia celu.

Możnaby jedynie na początku napadu dążyć do wywołania wymiotów w ce-

lu usunięcia z żołądka zawartości wraz z lasecznikami ch. Lecz do tego wystarczy lechtanie tylnej ściany gardzieli piórką suchą, albo też zwilżoną w olejku rącznikowym, lub też przeprowadzenie zgłębnika żołądkowego do przeliku dla podrażnienia. Najwłaściwszym zaś byłoby przepłukanie żołądka wodą zakwaszoną kw. solnym. Rozumie się, że już w rozwiniętym napadzie ch-ym, gdy odruchy są osłabione, te mechaniczne środki nie zdołają wywołać wymiotów, lecz wtedy wymioty byłyby zbyt skuteczne.

B). Gdy już wystąpią objawy ze strony jelit, t. j. gdy l. ch. już się usadowią w jelitach, wtedy zdawałoby się celowym stosowanie środków czyszczących. W myśl powyższego stosowano też w cholery wszelkie możliwe środki czyszczące od najsłabszych do najsilniejszych: olejek rącznikowy, magnezję, nalewkę rabarbarową, sól Glaubera i inne. Pomijając ich użycie w samym początku cholery, metoda ta została zdyskredytowana praktycznie i teoretycznie, gdyż: 1) wszystkie środki czyszczące zwiększają przesięk surowicy, drażnią nabłonek jelit i czynią go mniej odpornym na wtargnięcie lasecznika ch-go, który, przedstawiając się do ścianek jelit, nieda się ztamtąd wywabić żadnymi czyszczącymi środkami; 2) wyrobiło się mniemanie, że wyniki po stosowaniu czyszczących środków były gorsze, aniżeli po stosowaniu przetworów makowca.

Poronnym środkiem w cholery byłby taki środek czyszczący, któryby włącznie działał na przyspieszenie ruchów robaczkowych, mówi Jaworski.

Jednak i do ostatnich czasów zatrzymał swą sławę kalomel, o którym wspominają nawet najnowsze prace o cholery. Dobry wpływ tego, środka, podawanego zwykle w początku w większych dawkach po 0,60, chwalał Ruehle, Chałubiński, Zacharjin i inni; kalomel podawano w różnych dawkach po 0,06 — 1,2 (na dawkę), zależnie od poglądów na jego działanie. Przypuszczano, że kalomel, rozkładając się w jelitach na sublimat, ma wpływ odkażający na zawartość jelit. Podawano go przeto w małych, lecz częstych dawkach. Pomówię jeszcze o tej sprawie poniżej w rozdziale odkażaniu jelit.

W początkach biegunki ch-iej przy dobrym ogólnym stanie należy stosować kalomel w 2 dużych dawkach po 0,3 — 0,6, poczem podać olej rącznikowy w celu opróżnienia jelit, a tem samym usunięcia l. ch., które jeszcze nie zdążyły się usa-

dowić w ściankach jelit, oraz w celu usunięcia podłoża (kału), na którym l. ch. mogłyby się rozwijać. W 1894 roku podczas epidemii cholery osobście stosowałem kalmel w biegunkach ch-yeh i w początkach napadu ch-go po 0,3 (2 dawki, potem ol. r.) z dobrym skutkiem.

Ad. 2)

A. Na fakcie, że laseczники ch. giną w kwaśnym środowisku, opierano podawanie do wewnątrz kwasu solnego lub mlecznego, zachwalanego przez Dujardin-Beaumetz'a. U nas podczas epidemii poprzednich lekarze praktyczni stosowali często sok z kiszonych ogórków i niejednokrotnie opisywali pomyślnie skutki powyższego leczenia. Z równym prawem można podawać kwas z kapusty, czysty barszcz, które, jak kw. z ogórków, są rozcyznami kw. mlecznego fermentacyjnego.

Podawano również kw. solny w celu zapobiegawczym. Otóż l. ch. giną w kwasocie $5,0 = 0,184\frac{0}{00}$ wolnego kwasu solnego. W przypadkach nadmiernego wydzielania kwasu solnego (hypersecretio) wprowadzenie kw. sol. byłoby zbyt szkodliwym, a nawet szkodliwym. Zaś w przypadkach niedomogi wydzielniczej kwas solny wprowadzony do żołądka zostaje w krótkim czasie utajonym, przez co odkażająca własność słabnie, jakkolwiek nie zupełnie zostaje zniszczoną (Hamburger, Kabrehl). Dopiero, gdy kwasota treści żołądkowej dojdzie do 40. poczyna się zjawiać wolny kw. sol., a gdy kwasota osiągnie 45, to kw. sol. jest już w dostatecznej ilości dla zniszczenia l. ch. Przyjmując dzienną ilość treści żołądkowej na 3 litry, należałoby w przypadkach z brakiem kw. solnego (achylia gastrica) wprowadzić do żołądka 27,0 kw. sol. rozcieńczonego dziennie, co jest nie możebnem.

Pożytecznym byłby jedynie kw. sol. w niedomogach wydzielniczych, gdzie go jest bardzo mało w stanie wolnym. Tu wystarcza 2,0 dziennie. Gdyby wypadło użyć większej ilości kw. sol., to lepiej zamiast niego podawać kwasy organiczne: winny lub cytrynowy w ilości 5,0—10, dziennie. W stanach prawidłowych treść żołądkowa na szczyt trawienia zawiera zupełnie wystarczającą ilość kw. sol. dla zniszczenia l. ch. Brak go jednak w żołądku czczym i w początku trawienia. To też możnaby u zdrowych przed jedzeniem, jako też naczecz, stosować kw. sol. jako środek zapobiegawczy. Śniadaniem zapobiegawczem dla osób wychodzących rano może być gorąca herbata

z winem czerwonym i 4—5 kroplami kw. sol. oraz przepieczona bułka.

B. W celu odkażenia jelit, czyli bakteryobójczego działania stosowano rozmaite środki odkażające. Myśl tę podał Bouchard, który twierdził, że za pomocą środków odkażających można wyjałowić zawartość jelit.

Według B. środki odkażające dla jelit winny odpowiadać następującym warunkom:

1) winny być mało rozpuszczalny, aby nie ulegał szybkiemu wessaniu w jelitach, lecz mógł wywrzeć swój wpływ na całej ich długości;

2) winny być drobno sproszkowane, ażeby przy częstem podawaniu w małych dawkach mogły dokładnie zmieszać się z zawartością jelit i dokładnie wypudrować całą ich powierzchnię

Przedewszystkiem przypomnę Sz. P., co następuje:

Długość jelit wynosi $6\frac{1}{2}$ — $8\frac{1}{2}$ metrów. W nich żyje bardzo bogata flora. Sucksdorf zajął się obliczeniem ilości zwykłych codziennych mieszkańców jelit we własnym kale. Na zasadzie swych badań przyszedł do następujących wniosków: że w przeciągu 24 godzin wydziela się w 1 mgm. kału najmniej 25,000 drobnoustrojów, a najwięcej 2,300,000, przeciętnie zaś 381,000, w całej masie kału wydziela się w przeciągu 24 godz. najmniej 1,875 milionów, najwięcej 407,869 mil., przeciętnie zaś 53,124 miliony drobnoustrojów.

Stern dowiódł, że ilość drobnoustrojów podlega bardzo znacznym wahaniom, zależnie od jakości, ilości pożywienia, od zdolności chłonnej żołądka i jelit w danej chwili, oraz długości przebywania kału w jelitach.

Dla informacji przytoczę tutaj nazwy najlepiej znanych i zbadanych gatunków spośród stałych mieszkańców jelit:

a) bacilli.

- b. coli comune Escherich
- „ lactis aërogenes „
- „ subtilis Ehrenberg
- proteus vulgaris Hauseri
- b. putrificiens Bienstock
- „ ilei Frey
- „ ovale ilei Macfadyen, Nenski, Sieber
- Schleier-b. Escherich
- b. butyricus Prażmowski
- „ „ Utpadel
- „ enteritidis Gärtneri
- diarrhoeae viridis Lesage

- b) streptococci.
 s. coli gracilis Escherich
 " " brevis
 " liquefaciens ilei Macfadyen,
 Nencki i Sieber
 s. pyogenes duodenalis Gessner
 " liquefaciens albus Escherich
 " " aureus "
- c) micrococci.
 m. ovalis Escherich
 porzelanococcus "
 tetradacoccus "
- d) sarcinae.
 torula Pasteur
 sarcina lutea
 " capsulata Escherich
 monidia candida Hauser.

Wskutek obecności powyższych pasożytów powstają procesy gnicia i fermentacji, które do pewnego stopnia sprzyjają spożytkowaniu pokarmów. Jednak te same pasożyty w pewnych warunkach stają się szkodliwymi i prowadzą najrozmaitsze cierpienia. Otóż to niebezpieczeństwo naprowadziło na myśl o konieczności odkażania jelit. Lecz już z powyższego przeglądu musimy przysiąc do wniosku, że odkażenie resp. wyjałowienie jelit należy do rzędu b. trudnych zdań.

I w istocie, były czynione w tym kierunku liczne badania przez: Nicati, Rietscha, Van Ermenghema, Rosenbacha, Boucharda, Fürbingera, Sterna, Rienera, Straussa, Müllera, Briegera, Albu, Rosenheima, Eigera, Wysokowicza, Baumanna, Moraxa, Steiffa, Bierackiego, Bartoszewicza, Wasiljewa.

Dla określenia wartości i wpływu środków odkażających używano następujących sposobów:

- 1) obliczano ilość drobnoustrojów w kale przed i po podaniu środka;
- 2) obliczano ilość wytworów gnicia w jelitach, wydzielanych z moczem, jako to: ciał z grupy aromatycznej-phenolowej, phenylowej i indolowej; następnie kwasów etero-siarczanych, ciał diaminowych i ptomainowych, kwasów homogentisinowego i uroleucytowego;
- 3) obliczano ilość lotnych związków siarki w kale.

Co do pierwszego to już Stern dowiódł, że metoda ta nie jest ścisłą.

Co do 2-go, to nie wszystkie wytwory gnicia białka wydzielają się z moczem. Przeto i ta metoda nie jest ścisłą.

Zdaje się, że najdokładniejszą jest ostatnia metoda, przyjęta przez Albu.

Otóż badano wpływ następujących środków: thymol, nat. salicylic., ac. salicyl., boricum, citricum, opium, calcaria chlorata, tanninum, calomel, salol, naphthalinum, *alfa* i *beta*-naftol, camphora, chinisol, actol, bismuthum salicyl, bism. subn., menthol, resorcinum, chloral, benzo-naftol, steriform, argentum-liquidum Credè, jodoformium, chininum, ol. ricini; wody Karlsbad i Maryenbad, betol, dermatol, creolina, phenoleina.

Wyniki byłyby następujące:

1) wszystkie powyższe środki in vitro mają wielką bakteryobójczą siłę; Nicati i Rietsch podają następującą tablicę bakteryobójczego działania środków odkażających i czasu potrzebnego do wywołania powyższego skutku:

thymol	1:400	zabija	po 30 minutach
nat. salie	1:200	" "	5 "
ac. salie	1:500	" "	10 "
ac. boricum	1:300	" "	30 "
ac. citricum	1:100	" "	30 "
opium	1:100	" "	30 "
calcaria chl.	1:50	" "	30 "
tanninum	1:100	przy 37°C	po 1½ godz.

Riegner podaje, że:

a) chinisol, thymol wstrzymują zupełnie fermentację kału w próbówce (określoną przy pomocy ilości tworzących się gazów) w 1% stosunku, zaś opóźniają już takową w 1/16%, st.

b) actol, bismuthum salicyl., bism. *beta*-naftolicum, menthol wstrzymują w 1% st., opóźniają przy 1/4%.

o) resorcinum, chloral, opóźniają szczególnie w 1/2% st., lecz ich siła odkażająca znacznie ustępuje sile środków wyłuszczonej pod lit. a).

To samo powiedzieć można o benzonafolu i steriformie. Wysokowicz badał wpływ kalomelu na b. anthracis, typhi, staphylococci i v. cholerae. Okazało się, że in vitro wyniki były dodatnie. Cantani twierdzi, że 1/2% roztwór garbnika zabija w próbówce przecinkowca ch. — po upływie 6 godz., zaś 1 1/2% po 1 1/2 godzinie. Albu jest tego zdania, że wszystkie odkażające środki in vitro działają wybornie.

2) Według zdania większości badaczy środki odkażające nie mają wpływu na zmniejszenie ilości drobnoustrojów w kale.

Stern badał wpływ kalomelu, salolu, naftaliny, *beta*-naftolu i kamfory.

Albu—garbnika i kreoliny na przecinkowce w kale chorych.

Wysokowicz—kalomelu na l. czarnej krosty, duru, gronkowce i przecinkowce cholery — z wynikiem ujemnym.

Ani ilość drobnoustrojów się nie zmniejsza, ani ich jadowitość i złośliwość, jak w badaniach Albu.

Lecz były też inne wyniki. A mianowicie, rzecznika wartości odkażających środków Boucharda, rzecznika kalomelu Fürbringera, następnie Wasiljewa, Moraksa—co do jodoformu, Sucksdorffa,—co do naftaliny. Powyżsi badacze obliczali ilość drobnoustrojów w kale i stwierdzali zmniejszenie się takowej po podaniu środków odkażających. Lecz można im zrobić ten zarzut, że ilość drobnoustrojów w kale jest zmienną i podlega znacznym wahaniom w normalnych warunkach, przeto ich obliczenia nie stanowią dowodu przekonującego.

3) Na wydzielanie się produktów gnicia białka (kw. etero-siarczanych) odkażające środki mają pewien wpływ według większości badaczy. Stwierdzili to Baumann i do pewnego stopnia Eiger dla kalom., Sucksdorff, Eiger, Wieliczkowski dla chiny, Eiger dla *alfa* i *beta*-naftolu. Gdy tymczasem Morax, Sleiff i Biernecki przy stosowaniu kalomelu stwierdzili wyniki ujemne. Bartoszewicz stwierdził tylko zmniejszenie się do pewnego stopnia ilości produktów gnicia po oleju rącznikowym. To samo stwierdził Rovighi po wodach karlsbadzkich i maryenbadzkich.

Zaznaczyć tu trzeba, że ilość kw. etero-siarczanych bezpośrednio zależy od długości pobytu kału w jelitach. I w istocie dodatni wpływ odkażających środków zależał od szybkiego opróżnienia jelit (jak u Baumann). W dodatku kw. etero-siarczane nie są jedynym produktem rozkładu białka, przeto same przez się nie mogą być wskaźnikiem odkażającego działania.

4. Badanie wpływu odkażającego środka na wytwory gnicia w jelitach w postaci lotnych związków siarki stwierdziło, że nawet długie stosowanie środków odkażających wpływa b. nieznacznie na sprawy gnicia.

Badania powyższe przeprowadził b. sumiennie Albu nad działaniem phenoleiny, naftaliny i benzonaftolu i przyszedł do następujących wniosków, że:

1) nigdy nie można było zupełnie powstrzymać gnicia w jelitach;

2) podawanie przez długi czas środków odkażających ma bardzo nieznaczny wpływ na sprawy gnicia w jelitach;

3) względnie pomyślny skutek zależał za każdym razem od jednoczesnego podawania środka czyszczącego.

Doświadczenie wskazuje, mówi Albu, że zatrzymanie się kału w jelitach warunkuje szybki rozwój drobnoustrojów i że przez opróżnienie jelit usuwa się wytwarzane toksyny. Wskutek tego podawanie czyszczących środków jest najracjonalniejszym sposobem leczenia we wszystkich zakaźnych chorobach jelit, o ile w tych ostatnich nie wytworzyły się owrzodzenia. Opróżnienie jelit jest pierwszym warunkiem ich odkażenia, albowiem od częstości wypróżnień zależy działanie wszystkich odkażających środków.

Muszę tu jeszcze bardziej szczegółowo omówić wpływ 3-ch środków, stosowanych w cholera na szeroką tkalę: kalomelu, salolu i garbnika w enteroklizach.

Odkażające działanie kalomelu ma polegać na tem, że część jego rozszczepia się w jelitach i przechodzi w sublimat. Fürbringer w 1887 r. polecał podawanie kalomelu i naftaliny przy durze. Bakteryologiczne badanie 30 stołców po naftalinie nie wykazało znacznego zmniejszenia się ilości drobnoustrojów. Tymczasem 46 hodowli ze stołców od 11 chorych przed i po podaniu kalomelu wykazało, że przed podaniem kalomelu było w 1 mgm. 800 tysięcy drobnoustrojów, a po—130,000. Z tego, mówi F., można wnosić, że odszczepiający się sublimat wpływa zabójczo na dość znaczną ilość drobnoustrojów. Przemijający spadek ciepłoty w durze po podaniu dużych dawek kalomelu nie może zależeć jedynie od czyszczącego działania, gdyż podobnego spadku nie zauważono po innych czyszczących środkach.

Lecz nie dowiedzioną jeszcze jest rzeczą, ażeby kalomel przechodził w sublimat. Z drugiej zaś strony, gdyby nawet tak było, to w obec wielkiej zawartości w kale białkowych ciał, sublimat straciłby wkrótce swe własności działające, przechodząc w białkany rtęci. Przeto odkażające działanie kalomelu może polegać jedynie na jego wpływie opróżniającym.

Dużo pokładano nadziei w salolu, polecany przez Sahlego przeciwko cholera. Salol rozszczepia się na kw. salicyl, i phenol. Rozkład ten następuje już w górnych odcinkach cienkich jelit, a składowe jego części zostają szybko wessane. Brak przeto powyższemu środkowi najważniejszego warunku, jaki posiadać winien każdy odkażający środek dla jelit, t. j. zdolności przewędrowania przez

cały przewód jelitowy. Oprócz tego, według Boucharda, salol działa słabiej, aniżeli npr. naftol.

W 1892 r. Lewenthal stosował salol na szeroką skalę podczas epidemii cholery w Paryżu i polecił go jako środek swoisty. L. podawał salol w tak wielkich dawkach, że prawie nieuniknionem było zatrucie karbolem.

Naturalnie, poczęto salol stosować w dalszym ciągu w cholery i oto, do jakich wniosków przyszli lekarze:

Podczas epidemii w Hamburgu Hueppe stosował salol w początkach epidemii. Okazało się, że jest on bezużytecznym w każdym przypadku cholery, nawet na samym początku. Jaworski pisze, że stosowano salol w Indyach Wschodnich (wprawdzie w kilkunastu przypadkach) i nie spostrzegano, aby zdołał obniżyć % śmiertelności prawdopodobnie dlatego, że szybko zostaje usunięty z ustroju przez wymioty i biegunkę.

Pechkranc pisze: jeżeli nie spostrzegaliśmy szkody po podawaniu salolu, to również z drugiej strony nie widzieliśmy i wyraźnego pożytku. W kilku lekkich przypadkach, jak biegunka ch-na, lub słabiorozwinięta choleryna, gdy więc jeszcze nie wystąpiły objawy ogólnego zatrucia, stosowanie s. nie uchroniło chorego od popadnięcia w najcięższą postać cholery. Tyleż, co salol, okazał się bezskutecznym i bismut.

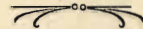
Rumpf podaje, że salol i kreolina nie wywierały najmniejszego skutku, nawet wtedy, gdy nie były zwracane.

Lubelscy koledzy (Janiszewski i inni) wyrażali się niezbyt pochlebnie o salolu. Petersen z Petersburga pisze, że salol więcej obiecywał, aniżeli ziszczył.

Jedynym rzecznikiem salolu w polskiej literaturze z epidemii cholery 1894 r. był kol. Wołkowiec, który podawał salol w biegunkach cholerycznych. Kol. W. przychodzi do wniosków następujących: że, jeżeli zestawić wyniki, jakie miał po stosowaniu salolu z tem, co można znaleźć w literaturze o owych biegunkach, to się okaże, że stosunkowo bardzo szybkie polepszenie otrzymano właśnie przy tem leczeniu, podczas gdy biegunki te w najlepszym razie, jeśli nie mają za następstwo ciężkich objawów cholery, trwają zwykle 8—14 dni.

A więc salol, co najwyżej, mógłby mieć wpływ na biegunki ch-ne. Wreszcie, nie chroni bynajmniej od rozwinięcia się istotnego napadu ch-go. I ja stosowałem salol w cholery 1894 r., lecz nie mogę się pochwalić dobrymi wynikami.

Gdy się wreszcie zważy, że s. nie jest w stanie odkazić całego przewodu jelitowego, gdyż się rozkłada zbyt wcześnie, że działanie jego jest słabsze, niż innych odkażających środków, że wreszcie klinika nie stwierdziła jego dodatniego wpływu w cholery, to i nad salolem można przejść do porządku dziennego. (d. n.)



Trzeci rok zakładu dla umysłowo i nerwowo-chorych w Kochanówce.

Napisali: J. Mazurkiewicz, W. Sochacki, W. Łuniewski i S. Borowiecki.

(ciąg dalszy).

Cyfry.

I. W d. 1 stycznia 1905 r. pozostało w zakładzie z roku poprzedniego zgodnie z liczbami, podanymi w sprawozdaniu zeszłorocznym — 64 mężczyzn i 53 kobiety, razem 117 chorych. Ponieważ w r. 1905 przybyło 81 mężczyzn i 57 kobiet, czyli 138 chorych, zatem ogółem w roku sprawozdawczym przebywało w zakładzie 145 mężczyzn i 110 kobiet, czyli 255 chorych. Na dzień 1 stycznia 1906 roku przepisanych zostało 148 chorych, mianowicie 88 mężczyzn i 60 kobiet. W porównaniu z rokiem 1904 liczba chorych przebywających w zakładzie w ciągu roku, wzrosła o 37, zaś z rokiem 1903 — o 57 chorych.

Szpitalny, a nie przytułkowy charakter zakładu w Kochanówce wyraża się najjaskrawiej w cyfrze pozostałości chorych na dzień 1 stycznia 1905 r. (117 chorych) w zestawieniu z cyfrą ich przyrostu w roku ubiegłym (138 chorych), gdyż przyrost ten stanowi 118% pozostałości.

II. Z ogólnej ilości 255 chorych Łódź dostarczyła nam 211, Warszawa 9, gub. Warszawska 4, Kaliska 3, Piotrkowska 26, Płocka 1 i Wileńska 1.

III. Koszta na pobyt chorych w szpitalu w roku sprawozdawczym ponosiły następujące osoby, instytucje i przedsiębiorstwa:

1. Rodziny opłacały za	84 chorych
2. Fabryki	58
3. Miasto Łódź	52
4. Łódz. Chrz. Tow. Dobr.	44
5. Kochanówka bezpłatnie	10
	utrzymywała 10

6. Dozór Bóźniczy płacił za 5 chorych
7. Miasto Pabjanice 2 „

Ciekawem jest zestawienie tego wykazu z odpowiednimi cyframi lat poprzednich

Z ogólnej liczby chorych pozostawało w szpitalu.	Chorych.			W odsetkach, w stosunku do ogólnej liczby chorych.		
	w r. 1903.	w r. 1904.	w r. 1905.	w r. 1903.	1904.	1905
				%	%	%
1. na koszcie rodzin	97	76	84	48,7	34,8	32,9 ⁰ / ₀
2. „ „ Łódzk. Chr. Tow. Dobroczytności	54	51	44	27,4	23,3	17,25
3. na koszcie fabryk	22	32	58	11,3	14,6	22,7
4. „ „ miasta Łodzi.	18	32	52	9,1	14,6	20,4
5. „ „ gmin	3	4	—	1,5	1,9	—
6. „ „ Dozoru Bóźniczego	3	12	5	1,5		1,965
7. „ „ Tow. Dobr. w Ozorkowie, miasta Pabjanic, kolei fabr. Łódzkiej i t. d.	1	11	2	0,5	12,3	0,8
8. całkiem bezpłatnie	—	—	10	—	—	3,935
	198	218	255			

Wykaz ten świadczy wymownie, że liczba chorych przebywających w szpitalu na koszt rodzin i Towarzystwa Dobroczytności staje się zmniejsza przy równoczesnym wzroście ogólnej ilości chorych w zakładzie, wzrasta natomiast ilość chorych, za których pobyt ponoszą koszta fabryki i miasto — czyli ciała, do których w istocie należy obowiązek materialnej opieki nad umysłowo chorymi, a które dotąd wszakże, dzięki wysoce nienormalnym ustosunkowaniom ogólnym w naszym kraju i przemyśle, ciężar tej opieki zwały na filantropię i rodzinę.

Wzrost ilości chorych miejskich, wyrażający się w r. 1904 w cyfrze 5,5⁰/₀ przyrostu, zaś w r. 1905 w cyfrze 5,8⁰/₀ przyrostu, jest wzrostem stopniowym. Wyrażay natomiast skok w roku ubiegłym wykazuje wzrost ilości chorych fabrycznych, który wyraził się w r. 1904 w przyroście 3,3⁰/₀, zaś w r. 1905 w przyroście aż 8,1⁰/₀. Skok ten, tembardziej rażący, jeśli sobie uprzytomnimy, że dochody fabryk w roku ubiegłym były znacznie mniejsze, niż lat innych, można wytłomaczyć tylko jego związkami przyczynowym z krwawymi wypadkami tego roku i naciskiem, wywołanym zmienionem ustosunkowaniem sił wśród społeczeństwa.

IV. Według rodzaju zajęć chorzy nasi mogą być podzieleni w sposób następujący:

1. przy rodzinie (bez stałego zajęcia lub za-

jęcia domowe)	75 (29,4 ⁰ / ₀)
2. rzemieślników (wliczając w to i tkaczy fabr.)	63
3. robotników i robotnic fabrycznych	55
4. urzędników	11
5. kupców	11
6. uczniów szkół wyższych i średnich	9
7. służących	6
8. inżynierów i techników	3
9. obywateli ziemskich i rolników	3
10. nauczycieli i nauczycielek	2
11. uczonych (talmudystów)	2
12. właścicieli fabryk	2
13. aptekarzy	2
14. wojskowych	2
15. żebraczka (z dwoma powrotami)	2
16. ksiądz	1
17. strażnik policyjny	1
18. prostytutka	1
19. bezdomny	1
20. niewiadomo	3

255

V. W stanie małżeńskim z ogólnej liczby chorych pozostawało osób 114 (dzieci 268); w stanie bezżennym — 116; we wdowieństwie osób 17 (35 dzieci) w rozwodzie 2 (3 dzieci), niewiadomo zaś o 6 chorych.

Liczba dzieci naszych chorych ogółem wynosi 306.

VI. Wyznaniowo rozpadają się chorzy nasi na grupy następujące:

1. katolicy	147
2. ewangelicy	67
3. wyzn. mojżesz.	34
4. prawosławni	3
5. niewiedomego wyzn.	4
<hr/> 255	

VII. Wiek chorych określa wykaz następujący:

Tablicę patrz niżej.

VIII. Czas trwania choroby przed wstąpieniem do tego lub innego zakładu specjalnego u naszych chorych wyraża się w sposób następujący:

1. mniej niż 3 dni	4 chor.
2. od 3 do 1 miesiąca	68 "
3. " 1 do 3 miesięcy	43 "
4. " 3 " 6 "	23 "
5. " 6 do 12 "	13 "
6. od 1 do 5 lat	50 "
7. " 5 — 10 "	16 "
8. " 10 — 20 "	13 "
9. " 20 — 30 "	4 "
10. " 30 — 40 "	3 "
11. niewiedomo	18 "
<hr/> 255 chor.	

Cyfry te wykazują, że chorzy, znajdujący miejsce lub posiadający środki na to by zapisać się do szpitala przed upływem 3-ch miesięcy trwania choroby, stanowią w roku sprawozdawczym 45,1⁰/₀ ogólnej liczby chorych.

Ta sama kategoria chorych w roku 1904 stanowiła znaczenie mniej—bo 31⁰/₀, w roku zaś 1903 wynosiła zaledwie 18⁰/₀ ogółu chorych.

Przybytek ten jest pożądanym, gdyż ożywia szpital świeżym materiałem patologicznym z jednej strony — z drugiej znowu musi być oceniony jako plus w rozwoju dzieła opieki nad umysłowo-chorymi w społeczeństwie.

IX. W ogromnej większości, — bo u 216 chorych naszych, choroba umysłowa zdarza się po raz pierwszy; po raz drugi chorowało—16; więcej niż po raz drugi (dokładnie jednak niewiedomo) chorował 1; po raz trzeci — 4, po raz czwarty—7; po raz dziewiąty 1; u jednej też chorej zdarza się choroba umysłowa po raz dziesiąty; niewiedomo wreszcie o 9 chorych.

Wiek.	Liczba chorych.			Procentowo.			
	mężczyzn	kobiet	ogółem	mężczyzn	kobiet		
od 5—10 lat	1	1	2	$\frac{20}{29} \frac{0}{0}$	$\frac{10}{11} \frac{0}{0}$		
— 10—15 "	1	1	2	$\frac{20}{29} \frac{0}{0}$	$\frac{10}{11} \frac{0}{0}$		
— 15—20 "	12	6	18	$8 \frac{8}{29} \frac{0}{0}$	$5 \frac{5}{11} \frac{0}{0}$		
— 20—30 "	34	37	71	$23 \frac{13}{29} \frac{0}{0}$	$33 \frac{7}{11} \frac{0}{0}$		
— 30—40 "	51	39	90	$35 \frac{5}{29} \frac{0}{0}$	$35 \frac{5}{11} \frac{0}{0}$		
— 40—50 "	33	18	51	$22 \frac{22}{29} \frac{0}{0}$	$16 \frac{4}{11} \frac{0}{0}$		
— 50—60 "	9	5	14	$6 \frac{6}{9} \frac{0}{0}$	$4 \frac{6}{11} \frac{0}{0}$		
— 60—70 "	4	2	6	$2 \frac{22}{29} \frac{0}{0}$	$\frac{19}{11} \frac{0}{0}$		
— 70—80 "	—	1	1	—	$\frac{10}{11} \frac{0}{0}$		
			<hr/>	<hr/>	<hr/>		
			145	110	225	100 ⁰ / ₀	100 ⁰ / ₀

Ostatnia ta kategoria przeważnie rekrutuje się z tych chorych, którzy przed umieszczeniem ich w szpitalu odbyli peregrynacje po cyrkułach policyjnych w roli dodatków do urzędowej korespondencji. *).

X. Czas pobytu w szpitalu określa wykaz następujący:

1. mniej niż 1 miesiąc bawiło	31 chor.
2. od 1—3 miesięcy	41 "
3. od 3—6 "	41 "
<hr/> 113 chor.	

Z przeniesienia	113 chor.
4. od 6—12 "	45 "
5. od roku do 2-ch lat	39 "
6. od 2—6-ciu lat	34 "
7. od 6-ciu do 10-ciu lat	24 "
<hr/> 225.	

XI. O przyczynach choroby umysłowej wywiady informują nas zaledwie w 185 przypadkach.

Tablicę patrz na str. 116.

Z wykazu powyższego widać, że największy kontyngens chorych bo $41 \frac{2}{30} \frac{0}{0}$ należy do obarczonych dziedzicznie. Uderzające też są cyfry dotyczące alkoholu. Sumując przypadki, w których choroba umysłowa *wymował* alkoholizm, bądź rodziców (35) bądź dziadków (3) bądź samych chorych (27) i dodając do tego przy-

*) Chorzy, o jakich mowa, bywają nam dostarczani pod opieką wózników lub policjantów, zaopatrzonych w koperty z charakterystyczną adnotacją: „pri siom bolnoja...” (następuje nazwisko chorego.)

padki gdzie alkoholizm rodziców (18) dziadków (1) i chorych (13) obok innych czynników szkodliwych *przyczynił się* do powstania zaburzeń umysłowych—otrzymujemy liczbę 97, która przełożona na odsetki wyniesie 52,5% ogólnej ilości zbadanych etyologicznie chorych.

O ile wynik ten nie jest przypadkowym i dałby się sprawdzić na obszerniejszym materiale statystycznym, powinien by on stać się bodźcem dla akcji anti-alkoholicznej w społeczeństwie i postawić ją na naczelnym miejscu w radykalnym zapobieganiu chorobom umysłowym.

Przyczyna choroby.	prawdopodobnie			obok innych czynników głównych.
	napewno			
1. alkoholizm rodziców	35 chor.	—	18 chor.	
2. nerwowość rodziców	1 "	—	3 "	
3. padaczka	3 "	—	1 "	
4. choroby umysłowe rodziców zdeklarowane	20 "	4 chor.	2 "	
5. choroby umysłowe dalszych krewnych	11 "	—	7 "	
6. pijaństwo dziadków	3 "	—	1 "	
Ogółem różnego rodzaju dziedziczności.				77 chor.
7. przymiot nabyty	16 chor.	11 chor.	10 chor.	27 "
8. alkoholizm chorego.	26 "	1 "	13 "	27 "
9. uraz fizyczny	5 "	—	13 "	5 "
10. uraz psychiczny (w tej liczbie i przypadki rewolucyjne)	12 "	1 "	15 "	13 "
11. starość	6 "	—	—	6 "
12. dur brzuszny i inne choroby zakaźne ostre	5 "	2 "	—	7 "
13. gruźlica	1 "	—	—	1 "
14. wyczerpanie, spowodowane pracą nadmierną	1 "	—	2 "	1 "
15. brak pożywienia dostatecznego	1 "	—	3 "	1 "
16. laktacya	11 "	—	6 "	11 "
17. choroby kości czaszki (guz, próchnica)	1 "	1 "	—	2 "
18. ciężki poród	1 "	1 "	5 "	2 "
19. uraz psychiczny matki w czasie ciąży	—	—	—	1 "
20. przekwitanie płciowe (climax)	2 "	—	—	2 "
21. zatrucie mocznicowe	1 "	—	—	1 "
22. choroby org. mózgu charakteru niespecyficznego	1 "	—	1 "	1 "
23. pasorzyty kiszkowe	—	1 "	1 "	1 "
i wreszcie więzienie polityczne.	—	—	1 "	—

XII. Podług rozpoznania choroby umysłowej chorzy nasi dzielą się w sposób następujący:

1. Psychozy melanchlijno-manjakkalne	10
2. Amentia, halucinosia ac. i paranoia acuta	40
3. Stupor	2
4. Psychozy neurasteniczne	5
5. " histeryczne	5
6. " epileptyczne	16
7. " okresowe i okrzęzne	4
8. Hebephrenia	7

Do przeniesienia 89

Z przeniesienia	89
9. Dementia praecox (incl. katoniatonia)	29
10. Paranoia chronica	13
11. Otepienie wtórne	20
12. Psychozy laktacyjne	9
13. Psychozy infekcyjne	6
14. Intoksykacje alkoholiczne	17
15. Paralysis progressiva	35
16. Arteriosclerosis cerebri et demencia senilis	8
17. Braki umysłowe wrodzone	15
18. Lues cerebri	3

Do przeniesienia 244

Z przeniesienia	244
19. Meningitis convexitatis	2
20. Hypochondria	2
21. Folie á deux	2
22. Abscessus cerebri	1
23. Tumor baseos cranii	1
24. Psychosis degenerationis	1
25. Commotio cerebri	1
26. Delirium acutum	1
	255

XIII. Z ogólnej liczby 255 chorych
 ubyło w ciągu roku sprawozdawczego
 107 osób, z tej liczby:

1) Z pogorszeniem zostało wy- pisanych	7 chor.
2. bez zmiany wstanie zdrowia	28 "
3. z polepszeniem	16 "
4. ze znacznym polepszeniem	8 "
5. jako zdrowi	31 "
6. zmarło	17 "

Zabrano przedwcześnie.

FIG. I.

8. W stanie znacznej poprawy.	
16. W stanie polepszenia.	
28. W stanie zdrowia bez zmiany.	
7. W gorszym stanie zdrowia.	
31. Wyzdrowiało.	
17. Zmarło	

Z wykazem tego, a jeszcze widocznej z rysunku na fig. I, unaoczniającego te stosunki graficznie, wypływa, że większość opuszczających zakład (55¹/₇⁰/₁₀) opusza go przedwcześnie. Obok faktów uległości rodzin względem próśb chorych, a często i niezrozumienia przez rodziny wyraź-

nych już zaburzeń umysłowych, wpływają na to i ograniczenia czasu dla chorych przez niektóre przedsiębiorstwa, nie liczące się wcale z istotnymi potrzebami zdrowia, o ile tylko przepis prawny wyraźnie ich potem nie zmusza.

FIG II.

Tablica poglądowa ruchu chorych w r. 1905.

Pozostaje na kuracji na rok 1906-ty: 148 chorych.
Wypisało się, we właściwym czasie, zdrowych 31 pacyentów.
Wypisanych z polepszeniem, ale jeszcze nie zupełnie zdrowych: 16 chor.
Ze znacznym polepszeniem: 8 chorych.
Wypisanych bez zmiany w stanie zdrowia: 28 chorych.
Wypisanych z pogorszeniem: 7 chorych
Zmarło: 17 chorych.

Odsetka śmiertelności wyraża się w r. sprawozdawczym cyfrą bardzo niską (6.66%) w porównaniu z rokiem poprzednim (w 1904 zmarło 12,84% ogółu chorych), niższa ta jest zapewne przypadkową, gdyż w roku sprawozdawczym nie poczyniono żadnych melioracji, zmierzających do uzdrowotnienia warunków życia szpitalnego.

XIV. Przyczyny 17 przypadków zejść śmiertelnych określa wykaz następujący:

1. bezwład postępujący w 7 przypad.
2. stwardnienie tętnie mózgu i uwiąd starczy 3 „
3. gruźlica płuc 1 „
4. dur brzuszny 1 „
5. zapalenie opon mózgowych 1 „
6. zapalenie mięśnia sercowego 1 „
7. wstrząśnienie mózgu 1 „
8. róża twarzy i tułowia 1 „
9. obłęd ostry (delirium acutum) 1 „

Ten ostatni przypadek jest dziełem dzikiej brutalności, z jaką broniono „starego porządku“ i będzie jeszcze wzmiankowany nieco obszerniej.

Choroby gorączkowe stały się przyczyną zejść śmiertelnych w 5 przypadkach z ogólnej liczby 17 przypadków

śmierci — a więc w 29,5% zejść śmiertelnych. W roku 1904 cyfra ta wynosiła zaledwie 21,50%, w roku zaś 1903 nawet 18%.

(d. c. n.)



Sprawozdanie z 1-szego roku istnienia kąpeli łańich imienia

B. Prusa w Nałęczowie.

Podał dr. A. Puławski. *)

Opis budowy i kosztorys tych kąpeli podano w № 9 „Zdrowia“ roku z. (wrzesień **). Model kąpeli, wykonany przez miejscowych rzemieślników, znajduje się w muzeum Częstochowskiem.

Kąpiele puszczone w ruch dnia 21 października 1904 r.

Rok sprawozdawczy obejmuje czas od otwarcia kąpeli do 1 października 1905. Kąpiele wydawane są za biletami, wydanki szczegółowo kontrolowane; przeto dane, które podaję, są ścisłe.

Ruch kąpiących się uwydatnia następująca tablica:

Miesiąc	Ilość dni kąpielowych.	Mężczyzn	Kobiet	Dzieci	Razem.	Średnio.	Maximum i minimum.
Październik	4	104	104	35	329	82	106—31
Listopad	8	216	90	126	432	54	93—18
Grudzień	11	251	142	137	530	48	88—4
Styczeń	7	141	60	43	244	35	76—13
Luty	8	153	92	69	314	39	67—17
Marzec	9	98	98	53	249	27	41—14
Kwiecień	10	240	103	172	515	51	106—21
Maj	8	130	81	94	305	38	57—21
Czerwiec	8	48	75	45	168	21	32—9
Lipiec	9	65	82	13	160	17	28—13
Sierpień	8	33	88	8	129	16	31—6
Wrzesień	8	68	45	16	129	16	31—6
Razem.	98	1633	1060	811	3504	35	106—4

Początkowa nadmierna frekwencja kąpeli tłumaczy się ciekawością mieszkańców, którzy chcieli spróbować „czegoś nowego“ (już w roku bieżącym w październiku wydano tylko 161 kąpeli). Znaczna frekwencja w grudniu i kwietniu pochodzi ztąd, że w te miesiące przypadają święta Bożego Narodzenia i Wielkiejnocy (to samo było i w grudniu r. z., wydano bowiem 483 kąpeli w ciągu 3 dni

przed świętami). W lecie ilość kąpeli spada, gdyż wtedy ludność korzysta z ką-

*) Czytano na posiedzeniu sekcji ludowej lubelskiego Tow. Hyg. d. 9 lutego 1906. roku.

**) Kąpiele zbudowano kosztem 2500 rubli, zebranych z ofiar i dochodów z zabaw. Budynek z cegły i kamienia składa się z poczekalni, rozbieralni, pokoju kąpielowego (2 wanny, natrysk) i łaźni; para otrzymuje się z kamieni. Kąpiele te ofiarowano lubelskiemu oddziałowi Tow. Hygien.

pieli rzecznych. Niepogoda, mróz, błoto wpływają naturalnie ujemnie na frekwencyę i tem się tłumaczą podane w tablicy *minima*.

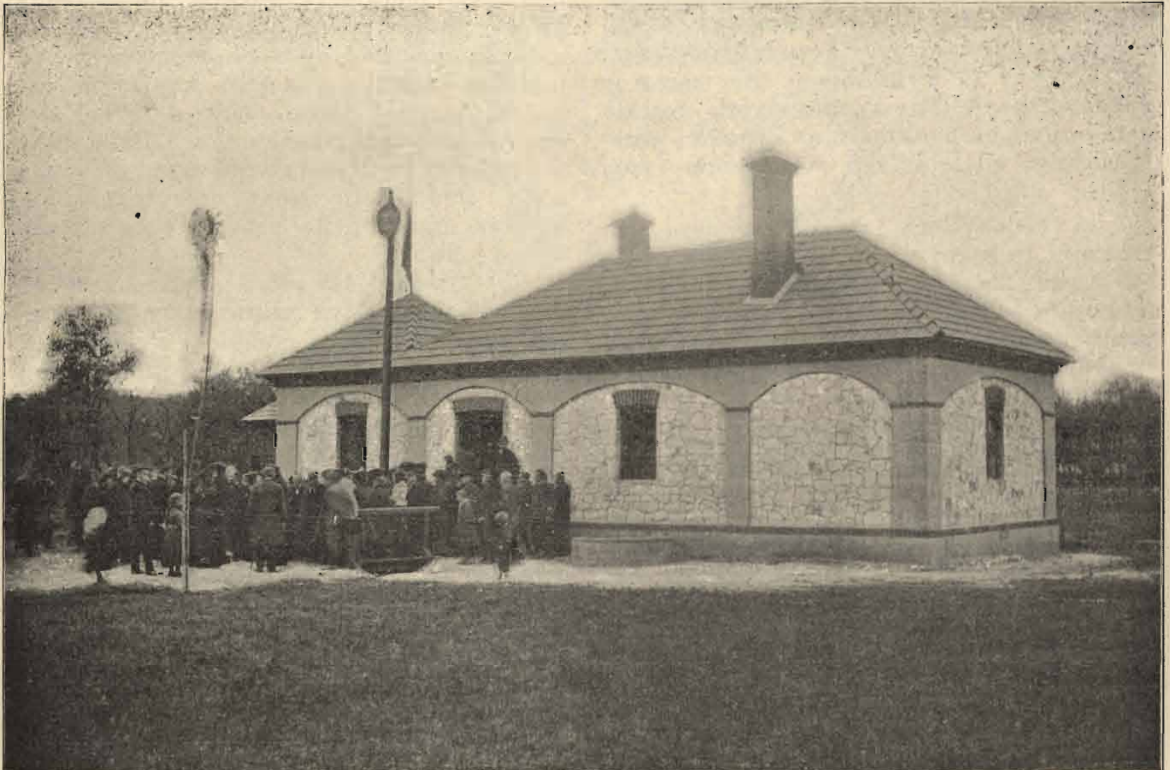
Ogółem sprzedano na miejscu 2808 biletów (2290 dla dorosłych i 518 dla dzieci). Są to niewątpliwie kąpiący się *z własnego popędu*, bo za własne pieniądze.

Prócz tego sprzedano 1107 biletów (780 dla dorosłych i 327 dla dzieci) właścicielom okolicznych folwarków i różnym osobom, które miały zamiar rozdać je służbie i biednym. Z biletów tych skorzystało 696 osób, pozostałe 411 dotychczas nie zużyto.

Trudno było skontrolować, jak często ludzie się kąpią, można tylko w przy-

bliżeniu twierdzić, że wśród mężczyzn dużo jest takich, którzy chodzą co tydzień do łaźni, kobiety i dzieci kąpią się zwykle co miesiąc. *).

Częściej chodzą do kąpeli włościanie niż rzemieślnicy (*sic!*). Oprócz najbliższych wiosek i folwarków do kąpeli przychodzą mieszkańcy dalszych okolic (nieraz odległych o 6 i więcej wiorst). Mężczyźni prawie wszyscy korzystają z łaźni i natrysku, rzadziej—z kąpeli (chorzy na reumatyzm), kobiety wyłącznie używają wanień, to samo i dzieci. Te ostatnie dają się jednak prędzej namówić na ciepły natrysk, chociaż mają sobie zanic. Dowodziło by to, że ani *sama* łaźnia, ani *same* wanny nie wystarczają w kąpielach ludowych. Za to, wbrew wszelkim



teoretycznym twierdzeniom, śmiało można się obejść bez natrysku.

U nas okazała się potrzeba trzeciej wanny, co też niebawem da się uskutecznić.

Na podstawie dotychczasowego doświadczenia ośmielam się zrobić następujące uwagi:

1-o) co do *budowy* kąpeli:

a) przed obraniem miejsca na kąpiele należy pomyśleć o *studni*, która po-

winna dostarczać wody w obfitości (mam tu na myśli kąpiele wiejskie). Licząc na to, że wystarczy nam woda zaskórna, wykopaliśmy studnię niezbyt głęboką.

*) Cztery najbliższe wsie (Nałęczów, Bohotnica, Charz i Chruszczów) mają razem domów 208. Licząc na jeden dom 6 osób, ilość mieszkańców wyniesie 1248 osób, dodawszy do tego nieco dalsze wsie (Antopol, Czerłowice i Strzelce) otrzymamy okrągłą cyfrę 2000 ludności, korzystającej z kąpeli.

Na samym początku okazał się brak wody. Na szczęście, przy pogłębieniu studni natrafiliśmy na obfite źródło wody czystej i mamy jej teraz pod dostatkiem. Inaczej kąpiele byłyby zgubione.

Woda obfitująca w żelazo psuje rury i kocioł (rozwiła się pasorzyt, *cladotrix*); już to podobno miało miejsce w kąpielach w Pszczelinie. Studnia musi być wycembrowana (u nas murowana i cementowana) i przykryta;

b) nieodzowną jest *pożyczalnia*, zwłaszcza w zimie. Trudno jest czekać na swoją kolej na dworze. Musi to być dość obszerna izba, oświetlana i ogrzewana. Pożądane są gazety dla skrócenia czekania (prenumerujemy „Zorzę“ i „Gazetę świąteczną“). Dobrze jest na ścianach umieścić obrazki lub tablice. U nas włościanie sami przynieśli obrazek Matki Boskiej. Nie zapomnieć o *dragu na kożuchy*, gdyż zwyczajne wieszadła nie wytrzymują ich ciężaru. Popelniliśmy niektóre błędy tu wymienione, ale zaraz je naprawiliśmy. Mieszkanie stróża zostało zamienione na pożyczalnię, a stróża przenieśliśmy gdzieindziej, urządzono *drag* i t. d.;

c) najczystsza i najłatwiejsza do schludnego utrzymania jest podłoga terakotowa, ale prócz drogocności posiada jedną wadę — jest zimna i dla nóg nieprzyjemna, co się daje uczuć zwłaszcza w rozbieralni, gdyż w samych kąpielach można ją zlewać wodą gorącą. Wszelkie chodniki, maty i t. d. niszczą się prędko i mogą być siedliskiem zarazków. Zmuszony byłem w rozbieralni położyć *linoleum*, jako chodnik najtrwalszy i dający się łatwo wytrzeć (2 metry za 3 rb. 60 kop.) Trepki drewniane psują podłogę i robią zawiele hałasu.

Najpraktyczniej byłoby w rozbieralni dawać podłogę drewnianą, a w izbie kąpielowej — beton lub asfalt;

d) jeżeli parę otrzymuje się z kamieni, (a taka jest najprzyjemniejsza) doskonale usługi oddaje polewanie tychże wewnątrz pieca za pomocą dziurkowanej rurki w formie kółka, połączonego z kranem wody gorącej. Bezpośrednie lanie wody na kamienie wiadrem może być powodem oparzeń;

e) do kąpiele może prowadzić jaki *chodnik* lub ubita dróżka, gdyż błotnista droga zraża do kąpiele, które funkcjonują przecie wieczorem po skończeniu robot dziennych i w zimie;

f) podany przezemnie *kosztorys* (2500 rubli) możnaby znacznie zmniejszyć przez usunięcie terakoty (120 rub.), natrysku

(82 rub.), połączenie łaźni razem z wannami. Prócz tego kąpiele nasze były budowane nad rzeką, na gruncie mokrym, trzeba więc było dać głębsze fundamenty, pale dębowe i izolację od wilgoci (papa). Sądzę, że to wszystko podniosło koszt naszych kąpiele o jakie 600—800 rubli. Zbyt jednak *lichych* kąpiele budować nie warto, gdyż byle jakie urządzenie ludność do kąpiele zrazi, zamiast do nich zachęcić.

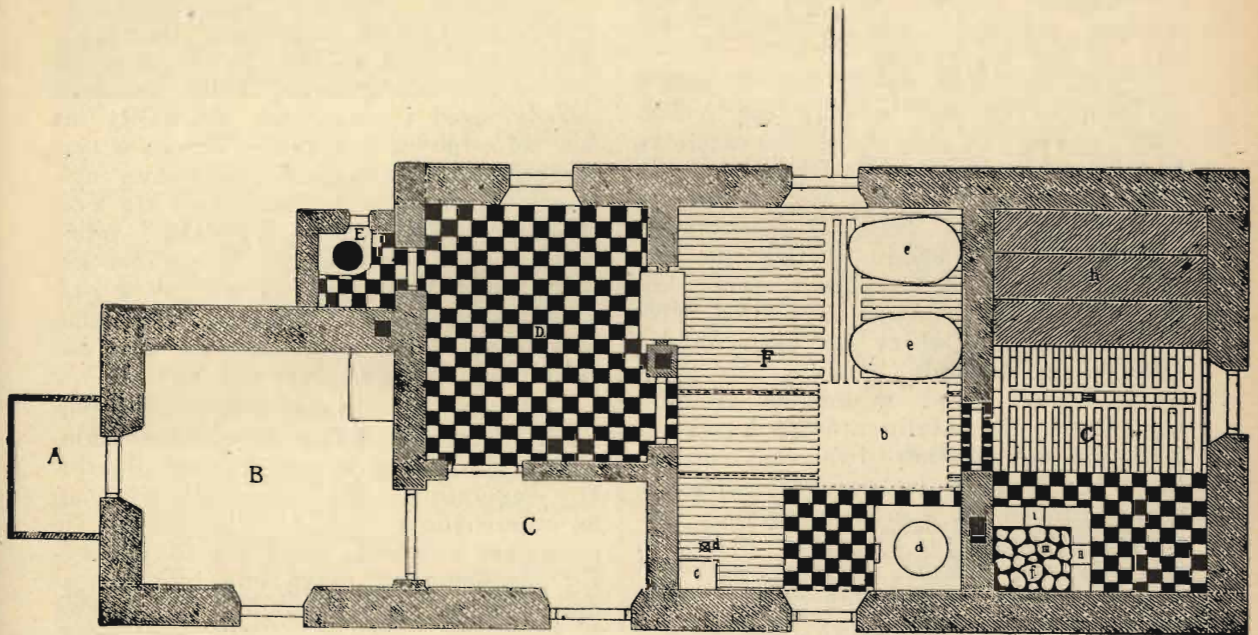
2-o) Co się tyczy urządzenia i funkcjonowania kąpiele:

a) potrzebny jest nad kąpielami *nadzór*, dla tego nieodzownym jest stróż, lepiej *łaziebnik*, któryby pilnował pieca (mogą się zdarzać zaccadzenia, nieraz groźne), kranów z wodą gorącą (poparzenia). Musi on nietylko utrzymywać w czystości kąpiele, szorować ławki, miednicę, podłogi (najlepiej mieć długą kışkę dopasowaną do kranu z wodą gorącą), ale powinien obowiązkowo być podczas kąpiele, pomagać kąpiącym się, nie dopuszczać pijaków i t. d. W Nałęczowie obowiązek *łaziebnika* spełnia jeden z zapasowych kąpielowych wraz ze swoją żoną. Podnosi to koszt utrzymania, ale wpływa dodatnio na prowadzenie i frekwencję kąpiele.

b) Trudno jest sobie poradzić z *oświetleniem* łaźni, gdyż szkła od lamp w parze pękają i światło gaśnie. Próbowaliśmy oświetlać łaźnię lampą benzynową (bez szkła), obecnie urządzona jest latarnia w oknie podwójnym z kominkiem zewnętrznym dla dostępu powietrza;

c) raz postanowiwszy dzień i godzinę dla kąpiele, nie zmieniać tychże, liczyć się przytem z miejscowemi zwyczajami np. u nas kobiety woła się kąpać w piątek, mężczyźni — w sobotę; przed ważnemi świętami kąpiele powinny być czynne 3 dni. Jeżeli gdzie jest szkoła, dzieci posyłać do kąpiele w oddzielne dni, ażeby nie przeszkadzać starszym. W dni i godziny oznaczone kąpiele powinny być otwarte bez względu na ilość kąpiących się; pożądaniem jest informowanie narodowości o już istniejących kąpielach. W końcu trzeba, o ile tylko można, uwzględnić wszelkie składane żądania i reklamy publiczne. Tylko w ten sposób można ugruntować zamiłowanie do kąpiele i zniewolić ludność do korzystania z dobrodziejstw mydła i wody.

Koszty utrzymania naszych kąpiele za rok ubiegły przedstawiają się w sposób następujący:



B.—poczekalnia. C i D.—rozbieralnie. E.—ustęp. F.—pokój kąpielowy. b.—wodozbiór (przy suficie). c.—natrysk. d.—kocioł. e.e.—wanny. h.—łaźnia. U góry rysunku—kanał, prowadzący do rzeczki; u dołu—studnia.

Węgla zużyto pudów 518, drzewa $2\frac{16}{32}$ sążnia (w tem się znajduje opał dla kąpielowego, któremu się dostarcza oddzielnie), co kosztowało 129 rb. 8 kop.; nafty — 236 f. — 8 rb. 44 kop., benzyny 6 f. — 54 kop., świece 3 f. — 79 kop., mydła 148 f. — 16 rb. 73 kop. (prócz tego otrzymano w darze 40 f.).

Utrzymanie kąpielowego i jego żony wynosiło 106 rb. 37 kop., (26 rb. mieszkanie, 44 rb. 67 kop. pensya i po jednej kop. od każdej kąpeli — 35 rb. 04 kop.). Drobne wydatki (szczotki, szkła do lampy, reperacye i t. d.) wynosiły 16 rb. 16 kop. Razem wszystkie wydatki wynosiły 278 rb. 11 kop., czyli każdy dzień kąpielny kosztował przeciętnie 2 rb. 83 kop. a każda kąpiel kosztowała prawie 8 kop., a że za kąpiącego się pobiera tylko 6 kop. od dorosłych, a 3 kop. od dzieci (co wyniosło ze sprzedaży biletów 185 rb. 91 kop.), przeto otrzymaliśmy deficyt 92 rb. 20 kop., do czego należy jeszcze dodać 16 rb. na wydrukowanie broszury popularnej, zawierającej opis kąpeli (odbitka z „Zorzy“).

Na szczęście, kąpiele nasze mogą ten deficyt pokryć z ofiar, składanych przez zwiedzających kąpiele, z dochodów z zabaw, oraz z zasiłku, jaki nam przyniosło miejscowe Towarzystwo drobnego kredytu. Dzięki tym środkom dochodu kąpiel, po pokryciu wydatków, posiadają na rok następujący fundusz wynoszący 189 rb. na dalsze prowadzenie oraz na pewne ulepszenia.

Z tego funduszu zrobiono np. porządny chodnik na drodze do kąpeli (kosztem 41 rubli) oraz będzie sprawiona trzecia wanna. Ludność do kąpeli tanich o tyle się już przyzwyczaiła, że na jednym z kółek rolniczych w naszej okolicy uchwalono pewien fundusz na kupienie wanny na wypożyczanie tym, którzy z powodu choroby nie mogą korzystać z kąpeli Nałęczowskich.

Sprawa kąpeli tanich jest jedną z tych krzyczących spraw higieny publicznej, które domagają się jeżeli nie prędkiego załatwienia, to przynajmniej szybszego, niż dotąd, posunięcia naprzód.

Kąpiele ludowe na wsi dadzą się, niestety, policzyć u nas na palcach... bo-daj czy nie jednej ręki! *).

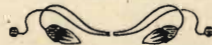
Mało co lepiej dzieje się w mniejszych miastach; nie mówiąc już o osadach, w których jedyną przedstawicielką kąpieli publicznych jest mykwa. **).

A przecież lud nasz nie ma wstępu do kąpieli, nie ma jakiegos specjalnego umiłowania do brudu, tylko nie jest w stanie kąpać się u siebie w domu, kupować wanien, wydawać na paliwo, które jest drogie. Dobrze jest uprzytomnić sobie, ile to zachodu sprawia przygotowanie kąpieli nawet w domach średnio-zamożnych, ilu inteligentów wskutek tego kąpie się raz lub dwa razy do roku ***). Kąpiele muszą być *publiczne*, jeżeli ludność ma z nich korzystać tak, jak tego wymaga higiena. Wszelkie nawoływania, pisanie, odczyty nie wystarczą. Trzeba koniecznie *czyni*, trzeba *przykładu*. Mogę się tu przyznać, że dopiero, gdy zobaczyłem łaźnię w Pszczelinie, nabrałem energii do urządzenia kąpieli w Nałęczowie.

Przez całe dwa lata wahałem się już to dla braku funduszków, już to nie mogąc się zdecydować na plan i typ kąpieli. Sądzę, że w tem samym położeniu jest niejeden z przyszłych inicjatorów kąpieli.

Zapewne, byłyby najracjonalniej, gdyby inicjatywa budowania tanich kąpieli wychodziła ze sfer interesowanych, gdyby zebrania gminne, kółka rolnicze, urzędy osad i miasteczek uchwały na ten cel odpowiednie sumy. Trzeba w tym kierunku przeprowadzać nieustanną agitację. Zanim jednak doczekamy się z tej strony owoców, należy wyszukać, gdzie tylko można, okazać do budowania kąpieli. Gdzie tylko jest na wsi lub w osadzie jakie ognisko inteligencji, zakład leczniczy, cukrownia, fabryka czy coś podobnego należy inicjować kąpiele.

Właściciele folwarków mogliby wspólnymi siłami dla kilku folwarków budować łaźnie, dając w nich kąpiele dla służby bezpłatnie a dla sąsiednich włościan za odpowiednią opłatą. Nie należy się przerażać kosztami, gdyż, jak to już wyżej powiedziałem, mogą one być znacznie mniejsze niż te, jakie były poniesione w Nałęczowie. Łaźnia może być mniejsza, prostsza, można uniknąć wielu błędów, niepotrzebnych wydatków, korzystając z doświadczenia poprzedników. W tym ostatnim celu pożytecznym byłoby dzielenie się wiadomościami o powstawaniu i funkcjonowaniu naszych kąpieli w towarzystwach higienicznych lub w prasie.



Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Częstochowskie Towarzystwo Lekarskie.

Pocieszenie z d. 11/XII 1904 r. w Sosnowcu.

Przewodniczący kol. Cz a j k o w s k i.

Obecnych 20 członków.

I. Kol. M a r c z e w s k i demonstrował chorego ze *zrostem* okrężnym tylnym *tęczówki* z torebką soczewkową w obu oczach (synechia posterior circularis).

*) Znane mi są kąpiele na wsi: w *Józowie* („Zdrowie“ 1900 str. 60), w *Cieleśnicy* („Przegląd hyg.“ 1902 Nr. 3), w *Pszczelinie* („Zdrowie 1903”) i w *Wieńcu* („Zdrowie 1904 str. 352).

**) Na 114 miast i 353 osady łaźnie lub wanny mają tylko 23 miasta. (Chęłchowski. „Zdrowie 1900 str. 623).

***) W Warszawie jedna kąpiel na jedną osobę wypada na 2½ lat. (Barbkiewicz. „Zdrowie“ 1900 str. 130).

Napięcie wewnątrzgałkowe podniesione w obu oczach; dno prawego oka wykazuje *excavationem glaucomatosam*, dno lewego nierozpoznawalne; w obu oczach wykonano iridectomiam w celu usunięcia następczej jaskry; siła wzroku prawego oka po operacyi podniosła się z 6/60 na 5/35.

II. Kol. B i e g a ń s k i odczytał rzech: „*Celowość w zjawiskach patologicznych*“.

W dyskusyi brali udział kol. Królikowski, Wołkowiec, Weinzier i Paderewski.

Kol. Biegański w odpowiedzi zwraca uwagę na dwojakie pojmowanie celowości: metafizyczne i metodologiczne; metafizyczne zostało dawno obalone; metodologiczne ma rację tam, gdzie istnieje suma zjawisk, organicznie z sobą powiązanych; jest ona stosunkiem wie-

łości do jedności; w biologii jedność to organizm, wielość — funkcje organizmu; celowymi zatem należy nazwać funkcje, które są związane z bytem organizmu jako jedności.

III. Kol. Puterman odczytał rzecz: „Przyczynek do kazuistyki zakażeń pneumokokkowych przerzutowych“; jest to opis przypadku obserwowanego przez prelegenta wspólnie z kol. Wołkowiczem (druk. w „Czasop. Lek.“ w roku 1905).

Posiedzenie z d. 18/XII 1904 r. w Częstochowie. Obecnych 10 członków.

Przewodniczy kol. Biegański.

I. Kol. Rozenfeld wypowiedział odczyt: „O wpływie wyobraźni na czynność gruczołów trawiennych.“

Prace Pawłowa i jego szkoły oparte na zastosowaniu do badań najnowszych zdobyczy chirurgii oraz na znakomicie udoskonalonej technice doświadczeń, wzbogaciły fizjologię sporym zasobem faktów, przelewających nowe światło na funkcję wydzielniczą gruczołów i mechanizm trawienia. Na zasadzie badań w wytkniętym przez Pawłowa kierunku praca gruczołów trawiennych jest wynikiem oddziaływania trojakiiego rodzaju czynników: 1) bezpośrednich—humoralnych, 2) pośrednich—odruchowych i 3) psychicznych. Mechanizm humoralny polega na wydzielaniu soku wskutek bezpośredniego działania pokarmów na komórki gruczołu; przy działaniu odruchowym mamy do czynienia z działaniem pewnych ośrodków znajdujących się w dolnych zwojach nerwu sympatycznego, w trzeciej kategorii faktów mamy do czynienia z oddziaływaniem czynników duchowych; punkt wyjścia reakcji wydzielniczej stanowią wówczas wrażenia smakowe lub węchowe nie tylko otrzymywane bezpośrednio przez zwierzę, ale nawet odtworzone w jego wyobraźni; zauważyć się daje np. ścisła odpowiedniość pomiędzy jakością ślin i wyobrażeniem pewnego pokarmu; percepcje wzrokowe, budząc skojarzone z nią wrażenia smakowe, pociągają za sobą wydzielanie się śliny pewnego określonego charakteru; szereg doświadczeń wykazał wybitny wpływ wyobrażeń i stanów uczuciowych na funkcję gruczołów i badania te stwierdziły, że sok żółdkowy wydziela się najobficiej pod wpływem tych pokarmów, które najwięcej smakuja. Zaznaczyć należy, że

wszystkie powyższe badania wykonano na zwierzętach.

W dyskusji kol. Pisarzewski przypomina o teorii, przypisującej żółdkowi znaczenie wyłącznie mechaniczne.

Kol. Biegański zwraca uwagę, że Pawłow ma wielu przeciwników, jak np. Popielskiego, który odrzuca np. działanie sekretyny.

W dyskusji brali jeszcze udział kol. Wasilewski, Batawia, Łokczewski i Rozenfeld.

II. Kol. Biegański odczytał pracę „O chorobach zakaźnych w Częstochowie“.

Posiedzenie z d. 22/I 1905 r

Obecnych 19 członków.

Kol. Wasilewski przeczytał pracę „O stosowaniu surowicy swoistej Palmirskiego przy leczeniu płonicy“.

Prelegent, skreśliwszy sposób otrzymania surowicy przez kol. Palmirskiego, przedstawia szczegółowo historię chorób 15 przypadków, w których stosował daną surowicę; 3 przypadki skończyły się niepomyślnie; 12 pomyślnie bez powikłań; kol. Wasilewski odniósł wrażenie, że należy przyznać surowicy wpływ dodatni na przebieg płonicy, wyrażający się łagodzeniem objawów, przyspieszeniem okresu zdrowienia i zabezpieczeniem od powikłań, szczególnie od zapalenia nerek; stosować ją należy możliwie wcześniej.

Zdaniem prelegenta surowica Palmirskiego działa prawdopodobnie tylko na pewną część toksyn, krążących we krwi, a z pozostałą częścią walczy sam organizm; prelegent uważa surowicę przeciwploniczą za potężny środek leczniczy i radzi ją stosować nawet w lekich przypadkach.

W dyskusji zabierali głos kol. Kohn, Rozenfeld, Nowak i Puterman, którzy na zasadzie osobistego doświadczenia nie zapatrują się tak optymistycznie na działanie surowicy Palmirskiego, jak kol. Wasilewski.

Kol. Biegański zwraca uwagę, że sprawa stosowania surowicy nie jest jeszcze zdecydowana, gdyż działania surowicy nie można opierać na zejściu; obniżenie zaś ciepłoty w surowicy Palmirskiego nie jest dowodem jej swoistego działania, lecz skutkiem działania każdej surowicy, nawet nieswoistej.

II. Kol. Rozenfeld wypowiedział pierwszą część odczytu „O najnow-

szych poglądach na budowę systemu nerwowego.

Posiedzenie z d. 26/II 1905 r.
Obecnych 15 członków.

I. Kol. Wrześniowski demonstrował preparat łożyska bliźniaczego wraz z bliźniętami; do szpitala miejscowego zgłosiła się izraelitka z Działoszyna, skarżąc się na szybkie powiększanie się brzucha; regularności nie było od kilku miesięcy; kol. W., rozpoznając torbiel jajnika, wykonał cięcie brzuszne i przebił ścianę guza, wypuszczając kilku litrów ciemnego płynu; przekonawszy się następnie, że dany guz przedstawia macicę ciężarną wraz z hydramniou, wykonał cięcie cesarskie i wydobyl dwa płody bliźniacze w IV mies. ciąży, z których jeden był znacznie lepiej rozwinięty, poczem zaszył macicę i jamę brzuszną. Kol. Wrześniowski podnosi trudności rozpoznawcze w podobnych przypadkach hydramn. i łatwość przyjęcia macicy ciężarnej za szybko wzrastający guz.

W dyskusji kol. Nowak zaznacza, że preparat przedstawiony przez kol. W. jest bardzo ciekawy i charakterystyczny; w danym przypadku istnieje ciąża bliźniacza jednojajowa; otóż w takich przypadkach pierwszy Schatz opisał bardzo szczegółowo rozgałęzienia naczyń w łożysku, wykazawszy, że w tego rodzaju łożyskach istnieją trzy krwiobiegi, dwa odrębne dla każdego płodu i trzeci wspólny dla obu płodów, polegający bądź na bezpośrednim połączeniu naczyń łożyskowych obu płodów, bądź na pośrednim połączeniu za pomocą stosunków, jeżeli ów trzeci krwiobieg jest silnie rozwinięty i przytem w ten sposób, że jeden z płodów otrzymuje więcej krwi od drugiego, niż odwrotnie, wówczas jeden z płodów otrzymuje przewagę nad drugim, rozwija się znacznie lepiej, następuje w nim przerost serca, nerek, wątroby etc., pępowina jego jest grubsza, ilość wód płodowych kolosalna (polyhydramnion); drugi natomiast jest słabiej rozwinięty, część łożyska doń należąca bardzo skąpa, pępowina cienka, ilość wód płodowych mała (oligohydramnion); drugi płód bywa często compressus, papyraceus, zjawiają się w nim potworności, acardia etc. W danym przypadku istnieje wybitna różnica w obu płodach, pępowinach i częściach łożyska, należących do obu płodów. Co się tyczy rozpoznania i leczenia podobnych przypadków, to rozpoznanie w przypadkach hydramnion acutum bywa w istocie trudne niejednokrotnie, co zaś do leczenia to stanowi wskazanie do przerwania ciąży;

w danym przypadku, wobec łatwej do zrozumienia omyłki rozpoznawczej, cięcie cesarskie było zupełnie wskazane.

Kol. Pisarzewski zaznacza, że niekiedy kiła łożyska wywołuje hydramnion; co się tyczy leczenia to sądzi, że w danym przypadku należało wykonać operację Porro.

W dyskusji zabierali jeszcze głos kol. Wasserthal, Wasilewski, Łokczewski i Wrześniowski.

II. Kol. Biegański demonstrował chorego, u którego przed 8 laty rozwinęło się porażenie n. peronei z zanikiem mięśni i z charakterystycznym chodem; urazu nie było; po pewnym czasie zjawyły się objawy uszne, zawroty i szum w uszach; następnie kol. Biegański zauważył obecność guza wielkości grochu na prawem przedramieniu, bardzo bolesnego przy ucisku; prelegent rozpoznaje neuroangioma cavernosum i na tej zasadzie przypuszcza, że w danym przypadku muszą istnieć w organizmie neuropomata multiplica, że porażenie n. peronei, i objawy uszne wywołane być mogą przez znajdujące się w odpowiednich miejscach nerwiaki.

W dyskusji zabierali głos kol. Wasilewski, Wasserthal i Biegański.

III. kol. Pisarzewski demonstrował: a) podwójną szpilkę, jaką usunął młodej dziewczynie z pęcherza moczowego, rozszerzywszy cewkę rozszerzaczami Hegara, b) mięśniak podśluzowy, który powodował silne krwotoki, c) macicę użytą po operacji spos. Porro wskutek pęknięcia macicy w czasie porodu przy zaniechaniu poprzecznym położeniu; d) macicę dotkniętą rakiem, usuniętą drogą pochwową spos. Doyena. Następnie prelegent omawia najnowsze sposoby radykalnego operowania raka macicy, zaznaczając w zakończeniu, że jedynie racjonalną drogą jest droga wskazana przez Wintera: zaznajmianie z cierpieniami rakowemi akuszerki i natychmiastowe kierowanie wszystkich wzbudających choć najmniejsze podejrzenie przypadków do odpowiednich zakładów.

W dyskusji brali udział kol. Wasilewski i kol. Biegański.

IV. Kol. Nowak demonstrował łożysko podwójne (placenta duplex); w danym przypadku istniało przodujące łożysko, przy istnieniu którego często spotykają się najrozmaitsze nieprawidłowości łożyska; jeżeli jajo usadowi się w dolnym odcinku macicy przy przejściu

przedniej ściany w tylną, wówczas łatwo następuje zanik kosmków w tem miejscu; część kosmków rozwija się na przedniej ścianie, częściej na tylnej, powstają jakby dwa łożyska z jedną pepowiną; naczynia przechodzą przez błony z jednej połowy na drugą; według Ahlfelda podobne łożysko u ludzi spotyka się w 1:3000 przypadków; jest ono zjawiskiem zwykłym u niższych małp.

Posiedzenie z d. 18/III 1995 r.

Obecnych 16 członków.

I. Kol. Biegański wypowiedział odczyt: *W sprawie grożącej epidemii cholery*.

II. Kol. Rosenfeld wypowiedział drugą część odczytu: „*Budowa i funkcje układu nerwowego w świetle najnowszych badań*“.

W rozwoju nauki o budowie układu nerwowego wyodrębnić można następujące okresy. W pierwszym panowała teoria Gerlacha (1871 r.), według której wypustki protoplazmatyczne komórek zwojowych splatają się wzajemnie ze sobą wraz z zakończeniami wyrostków osiowych, tworząc zawiłą i nieprzerwaną siatkę. Teorię tę zachwiały badania Golgiego (1875—1880 r.) i Ramon y Cajala (1891 r.), którzy zauważyli, że wypustki protoplazmatyczne komórek zwojowych oraz zakończenia wyrostków osiowych nie łączą się z sobą bezpośrednio, lecz kończą się swobodnie i niezależnie. Dzięki Waldeyrowi (1891 r.) powstało pojęcie neuronu, jako samodzielnej jednostki anatomicznej, składającej się z komórki, wypustków protoplazmatycznych i wyrostka osiowego wraz z jego rozgałęzieniami. Jądem tej teorii było przypuszczenie, że włókno osiowe nerwów obwodowych jest tylko wydłużeniem odpowiedniego wyrostka i integralną częścią komórki zwojowej, konsekwentnie neuron stał się jednostką samodzielną nie tylko pod względem anatomicznym, ale i czynnościowym. W ostatnim jednak dziesięcioleciu ukazały się liczne prace, które budowę układu nerwowego w odmiennem nieco przedstawiły światło. Apathy i Bette stwierdzili we włóknie osiowym obecność drobniotkich niteczek, które w całym układzie nerwowym tworzą nieprzerwaną siatkę, łączącą pomiędzy sobą rozmaite pierwiastki nerwowe. Inni zauważyli sploty wypustków protoplazmatycznych z rozmaitych komórek, które wobec tego nie mogą tworzyć oddzielnych, niezależnych

jednostek. Nadto prace embryologiczne Dorna, Hertwiga, Apathyego i innych wykazały, że włókno nerwowe nie jest wydłużeniem komórki ośrodkowej, lecz całością, złożoną z pojedynczych komórek swoistych, t. zw. neuroblastów, złączonych z komórką zwojową wtórnie w dalszym rozwoju embryologicznym. W myśl tego wydłużenie komórki zwojowej i włókno osiowe, będące pozornie jej dalszym ciągiem, są właściwie dwoma pierwiastkami zupełnie różnymi. Każdy odcinek włókna nerwowego jest zmodyfikowaną komórką, której protoplazma w części środkowej zróżnicowała się na drobniotkie niteczki, podczas gdy obwódka tworzy myelinę.

Włókno, pierwotnie złożone z łańcucha pojedynczych neuroblastów, staje się ciągiem dzięki stapianiu się niteczek dwóch sąsiednich komórek. Całość, składająca się z komórki ośrodkowej, włókna i zakończeń obwodowych, nie jest jednostką komórkową w znaczeniu neuronu, lecz całokształtem anatomicznym wielokomórkowym, dla którego Durante proponuje nazwę neurulu, jako niezależnej jednostki czynnościowej. W drugiej części swego odczytu prelegent rozważył funkcje poszczególnych pierwiastków układu nerwowego.

W dyskusji kol. Bańkowski zaznacza, że badania Apathyego dotyczyły się jedynie istot bezkręgowych i przypomina, że między myeliną i cylindrem osiowym w pewnych odstępach, znajdowano jądra, znaczenia których przez długi czas nie umiano wytłomaczyć, otóż fakt ten możnaby wytłomaczyć w ten sposób, że neuron jest jednostką czynnościową, składającą się z oddzielnych jednostek anatomicznych.

Posiedzenie z d. 15/IV 1905 r.

Obecnych 22 członków.

I. Kol. Rosenfeld demonstrował roczne dziecko, które w 7 miesiącu przechodziło *koklusz*; dziecko rachityczne; od kilku dni na ciele dziecka zjawily się sinica i wylewy krwawe podskórne; z nosa, uszu i oczu wydzielala się krew; stolce są ciemne, wymioty krwawe, na podniebieniu sina plama; t^o 36,8, prelegent rozpoznaje *morbus maculosus Werlhofii*.

W dyskusji kol. Biegański zaznacza, że m. Werlhofii jest to pojęcie symptomatyczne; tego rodzaju sprawy zjawiają się w różnych chorobach zakaźnych; w danym przypadku jest to prawdopodobnie zakażenie krwotoczne po ko-

kluszu; co się tyczy leczenia, to radzi spróbować calcium chloratum jako związek wzmacniający krzepliwość krwi.

W dyskusyi brali jeszcze udział: kol. Wasilewski, Denel, Nowak, Wasserthal, Łokczewski i Rozenfeld.

II. Kol. Biegański wypowiedział odczyt „*O zapaleniu nagminnem opon mózgowych*“.

Prelegent przytoczył daty epidemiologiczne, podniósł szczególną wrażliwość na daną chorobę wieku dziecięcego, wskazał na szerzenie się choroby w pewnych miejscowościach, i na przyczynę cierpienia, t. zw. meningococcus intracellularis, znajduwany często w śluzie nosa; w zakończeniu powiedział kilka słów o profilaktyce, zaznaczając, że w czasie epidemii należy zwracać szczególną uwagę na pensjonaty, szkoły, kościoły etc.

W dyskusyi kol. Denel zaznacza, że sporadyczne przypadki zapalenia opon mózgowych mogą być skutkiem różnych zakażeń, jak np. pneumokokkami, streptokokkami.

Kol. Biegański przyznaje słuszność kol. Denelowi i wspomina następnie o cytologicznych badaniach Lewkowicza, który twierdzi, że, jeżeli po przekłuciu Quinckego w jasnym płynie znajdują się wielojądrazaste limfocyty, to jest to dowodem, że wysięk przejdzie w ropny.

W dyskusyi brali jeszcze udział kol. Arnold, Wasserthal i Wasilewski.

Posiedzenie z d. 6/V 1905 r.

Obecnych 35 członków.

I. Kol. Wasserthal przedstawił chorego z *nowotworem śródpiersia*. Chory, lat około 25, uskarża się od miesiąca na duszność; przy badaniu stłumienie na mostku, gruczoły szyjowe powiększone, bardzo wyraźny pulsus paradoxus. Rozpoznanie brzmi lymphosarcoma.

II. Kol. Pisarzewski demonstrował preparat trąbki wyciętej z powodu obecności tamże ciąży zamacicznej; ciąża 2 mies., znaczny krwotok do jamy brzusznej; zapaść, brak tętna; z powodu pogarszania się stanu chorej wykonano cięcie brzuszne; duża ilość krwi w jamie brzusznej, prawa trąbka pęknięta. Przebieg pooperacyjny—bez powikłań.

III. Kol. Serkowski (z Łodzi) wygłosił odczyt „*Epidemiologia i profilaktyka cholery*“. Po odczycie prelegent de-

monstrował zebrany szereg szczepionki przeciwcholerycznej i hodowle bakteryi cholerycznych.

Posiedzenie z d. 27/V 1905 r. w Sosnowcu.
Obecnych 22 członków.

Przewodniczący kol. Czajkowski.

I. Kol. Neufeld przedstawił chorego z rozszanymi guzami sieci; rozpoznanie: *adenitis sarcomatosa*.

II. Kol. Czajkowski demonstrował płód i trąbkę z ciąży zamacicznej w V mies. ciąży; wykonano cięcie brzuszne na zasadzie przypuszczalnej dyagnozy fibromyoma uteri subserosum lub cysta ovarii. Chora ma się dobrze.

III. Kol. Czajkowski odczytał historię trzech przypadków *nagminnego zapalenia opon mózgodzeniowych* i przedstawił preparaty mikroskopowe meningokokków.

W dyskusyi brali udział kol. Podczaski, Puterman, Denel, Królikowski i Kosiński.

Posiedzenie z d. 14/X 1905 r. w Częstochowie.
Obecnych 11 członków.

Przewodniczący kol. Biegański.

I. Sekretarz kol. Nowak odczytał sprawozdanie za rok 1904-1905.

Towarzystwo liczy 68 rzeczywistych członków, 6 korespondentów i 1 ofiarodawcę razem 75; w tej liczbie 66 lekarzy, 6 aptekarzy, 2 lekarzy-weterynarzy i 1 dentystę.

Posiedzeń było 12 (w tej liczbie 3 w Sosnowcu); odczytów było 13, demonstracji — 13, razem 26, drukiem głoszone 6 prac.

II. Bibliotekarz kol. Łokczewski odczytał sprawozdanie z czynności biblioteki za rok ubiegły.

Biblioteka posiada dzieł 294 w 426 tomach, roczników czasopism 229.

III. Skarbnik kol. Rejman odczytał sprawozdanie kasowe za rok ubiegły.

Posiedzenie z d. 4/II 1905 r.
Obecnych 18 członków.

I. Kol. Pisarzewski w imieniu członków Tow. uczcił w dłuższej przemowie kol. Biegańskiego z powodu 25-lecia Jego pracy lekarskiej.

II. Kol. Puterman odczytał pracę „*o bakteriemii*“ (nie nadaje się do streżenia).

III. Kol. Biegański odczytał pracę „*Projekt organizacji pomocy lekarskiej*“

ziemskiej w gub. Piotrkowskiej". (Druk w „Czas. Lek.” 1906. Z. II.)

W dyskusji brali udział: Kol. Marczewski, Puterman, Pietrasiewicz, Pisarzewski, Rejman, Okusko i Biegański.

IV Wybory na członków zarządu i Komisji rewizyjnej:

Na prezesa wybrany Kol. Biegański, na wiceprezesa kol. Czajkowski, na sekretarza kol. Nowak, na wice-sekretarza kol. Weinzieher, na skarbnika kol. Reiman, na wice-skarbnika kol. Kołodzki, na bibliotekarza kol. E. Kohn, na wice-bibliotekarza kol. Puterman, na członków zarządu: kol. Pisarzewski i kol. Wrześniowski, na członków komisji rewizyjnej: kol. Marczewski, kol. Pietrasiewicz i kol. Wasilewski.

Sekretarz: Stanisław Nowak.

Tow. Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dn. 17 stycznia 1906 r.

I. Kol. Groszlik przedstawił chłopca 4-letniego z rodziny zdrowej, dotkniętego grudkami syfilitycznymi ad anum oraz angina erythematosa.

O nabytym charakterze syfilisu świadczą blizna twarda in sulco retroglan., scleradenitis inguin. duplex indolens. Na miejscu blizny prelegent widział jeszcze przed 2 tygodniami owrzodzenie, obecnie zabliznione pod wpływem leczenia swojego.

Kol. Groszlik przedstawił 18 letnią niańkę poprzedniego chłopca z całą plejadą objawów syfilitycznych (papulae exulceratae amygdalarum, uvulae, papulae ad linguam, papulae humid. hypertroph. ad genitalia et anum). Niańka od 9 miesięcy opiekuje się chłopcem i sypia z nim. Była ona niewątpliwie źródłem zarażenia chłopca i, jak się świadczy objaw pierwotny na prąciu, najprawdopodobniej na drodze stuprum.

Kol. Groszlik zaznacza społeczno-profilaktyczne znaczenie podobnego rodzaju spostrzeżeń i dodaje, że ma obecnie w obserwacji również dwie bony z dość świeżym syfilisem.

Kol. Groszlik przedstawił 24-letniego młodzieńca z obojętnymi dla obecnego cierpienia wywiadami. Przeszło 3 lata temu, po 8 godzinnym śnie w wilgotnym miejscu, chory spostrzegł w górnych kończynach jakieś guziki, zupełnie niebolesne, które dotychczas tylko cokolwiek się powiększyły. *St. praes:* 1) Na

obu przedramionach widać po kilkanaście guzków wielkości najrozmaitszej: od małego grochu do orzecha laskowego i nieco większe. Leżą one tuż pod skórą właściwą, która zachowała wygląd i zabarwienie zwykłe; guziki wystają nad powierzchnię i są ruchome; są to utwory bardziej soczewkowate, niż kuliste; o konsystencji raczej twardej, niż miękkiej, o powierzchni niezupełnie gładkiej. Umieszczone są przeważnie na stronie dłoniowej, ale też na grzbietowej oraz na granicy obu powierzchni. Poniekąd godną jest uwagi pewna systematyczność w rozmieszczeniu guzków wzdłuż przedramion w 3 szeregach. 2) Na ramionach znajdują się podobne guziki, ale w znacznie mniejszej ilości, o tych samych, co powyższe, własnościach. Nadto nad każdym epicondylus intern. wyczuwa się w głębi guz, o którym trudno orzec, czy jestto gruczoł powiększony, czy też utwór podobny do powyższych; 3) na brzuchu — 3 guziki; 4) nad pośladkami symetrycznie po 1 guziku, oprócz tego po 2 na każdym pośladku; 5) na udach — kilka na stronie wyprostnej. Guziki są wogóle niebolesne, z wyjątkiem 2 na ramionach i 1 nad pośladkiem lewym. Czućcie dobre, odruchy zachowane. Rozpoznanie wahać się może między tłuszczakami a neurofibromatami. Pierwsze jednak są miększe, mają zraziki, kształt bardziej kulisty lub półkulisty, oraz ruchomość znaczną, i występują wogóle nielicznie. Wobec tego Groszlik rozpoznaje *neurofibromata cutis*, zwłaszcza ze względu na rozmieszczenie guzów wzdłuż nerwów skórnych oraz bolesność niektórych guzów, chociaż bolesność nie jest koniecznym warunkiem dla neurofibromatów.

II Kol. Golec przedstawia wypadek *Syphilis papulo-serpiginosa* u 19-toletniej zameżnej rebotnicy M. K. z tego względu ciekawy, że wykwity na pierwszy rzut oka przypominają łuszczycę; różnią się jednak od ostatniej tem, że przy łuszczycy niema nigdy tak silnych nacieczeń na brzegach wykwitów, jak w danym wypadku, następnie, że wykwity łuszczycy, jeśli się goją — nie pozostawiają po sobie na skórze żadnych śladów, jak w tym wypadku, gdzie na lewym ramieniu na szyi i na plecach pomiędzy świeżymi wykwitami powstałymi w ostatnich 2 miesiącach znajdują się miejsca wygojone, na których skóra nie jest zupełnie normalna, lecz brunatno-czerwonego koloru, i że po zdjęciu łusek, które z trudnością dają się oddzielić, następuje krwa-

wienie nie z drobniutkich punkcików, jak przy łuszczycy, ale jakby w jednej większej rozdrapanej krosty. Chora znajduje się pod obserwacją od 22/IV 1905 r.; przysłała do ambulatoryum z świeżą wysypką, roseola et papulae, ulcus induratum ad labium majus z charakterystycznym nabrzmieniem gruczołów; leczyła się dość systematycznie: w przeciągu 2 miesięcy, dostała 18 iniekcji Hg. salicyl 0,1. We wrześniu 1906 r. dostała recydywy w postaci kilku większych wykwitów, tak zwanych syphilis orbicularis na szyi, które zaczęły się rozszerzać na plecy, na ramiona; chora nie leczyła się regularnie i nadużywała napoi alkoholowych. Obecnie od 3 tygodni pod wpływem systematycznego leczenia wykwity zaczynają się goić i nie pomnażają się.

III. Kol. Pieniążek przedstawił robotnika A. D. lat 26, który przed 6 miesiącami chorował na zęby. Nad lewym kłębem utworzył się wrzód na dziąśle, który pękł sam i pacjentowi od tego czasu ból nie dokuczał. Ząb nie został usunięty. Od 2 miesięcy zauważył nieznaczne wygórowanie lewego policzka, które powiększało się dosyć szybko, obecnie dosięgło takich rozmiarów, że zmusiło chorego do szukania pomocy lekarskiej. Bólów żadnych nie odczuwa, ani wysięku z nosa nie zauważył. Przy oględzinach znajdujemy znaczną asymetrię twarzy, spowodowaną wydęciem lewej okolicy podoczołowej. Po uniesieniu górnej wargi daje się zauważyć na przedniej ściance górnej szczęki powyżej wyrostka zębodołowego wypuklenie, wypełniające całą jamkę kłową (fossa canina). Wypuklenie to jest przy ucisku niebolesne i dające jasne chęłbotanie. Błona śluzowa na powierzchni nie zmieniona.

Od strony nosa takie wypuklenie zauważyć się daje również w lewym dolnym przepuszczeniu nosowym; pod zgłębnikiem ścianka wypuklenia przedstawia się miękką. W nosie żadnej chorobliwej wydzieliny nie znajdujemy.

Od strony jamy ustnej znajdujemy na podniebieniu twardem podłużne wypuklenie, idące od przodu ku tyłowi, przytem sam szczyt wypuklenia łatwo poddaje się uciskowi palca.

Prześwietlenie zatok górnoszczękowych daje jednakowo jasny obraz po obu stronach. Fróbne nakłócie miękkiej ścianki od strony fossa canina wykazuje zawartość żółtawą, półprzezroczystą, z mnóstwem pływających świecących blaszek. Badanie chemiczne i drobnowidzowe, wykonane łaskawie przez kol. Serko-

rkiego w jego laboratorium, wykazuje w płynie i kryształkach cholestearynę.

Wobec danych badania i wywiadów rozpoznajemy w danym wypadku torbiel górnej szczęki, której początkiem był ropień podokostnowy wyrostka zęba dolowego. Torbiel owa zasługuje na uwagę przez swoje znaczne rozmiary i przez zmiany, jakie wywołała w masie górnej szczęki, powodując częściowy zanik kości.

Leczenie polega na możliwie szerokim otwarciu jamy przez wycięcie przedniej ścianki od strony fossa canina i systematycznej tamponadzie przy jednoczesnym pędzlowaniu jodem ścianek torbieli.

VI. Prezes podał do wiadomości list komitetu polskiego zjazdu międzynarodowego w Lizbonie.

V. Kol. Jasiński, jako bibliotekarz, odczytał sprawozdanie biblioteczne.

VI. Kol. Kaufman, jako sekretarz, odczytał sprawozdanie z czynności naukowych towarzystwa w r. 1905-ym.

Posiedzeń zwyczajnych było w roku 1905 - 18 i dwa nadzwyczajne.

Na posiedzeniach tych wygłoszono 18 odczytów a mianowicie.

1) kol. T. Heryng z Warszawy: „O nowych metodach i aparatach leczniczych“.

2) kol. Brudziński: „Kilka słów o postępiach szpitalnictwa dziecięcego.“

3) kol. Rundo: „O wodach leczniczych systemu Jaworskiego“.

4) kol. Sterling: „O reformie pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych“.

5) kol. Mogilnicki: „Błonica w przebiegu płonicy“.

6) kol. Maybaum: „O rozpoznawaniu i leczeniu raka żołądka“.

7) kol. J. Wisłocki: „Kilka słów o podtrzymywaniu kroczu“.

8) kol. Serkowski: „Epidemiologia i profilaktyka cholery.“

9) kol. Sterling: „Ogólny plan przygotowywania sanitarnych w Łodzi wobec grożącej cholery“.

10) kol. Groszlik: „Do nauki o reinfekcji syfilisu“.

11) kol. Wasserman: „O tworzeniu się gazów w żywych tkankach“.

12) kol. Goldman: „Cierpienia urazowe w 1-szem półroczu 1905 r. na podstawie materiału szpitala żydowskiego w Łodzi.“

13) kol. Sachs: „Przypadek oderwania się sklepienia pochwowego po raz drugi.“

14) kol. Saks: Przypadek cięcia cesarskiego przy wskazaniu bezwzględnie.

15) kol. Wacław Jasiński: „Zakażenia septyczne stawów u noworodków“.

16) kol. Krusche „O ranach postrzałowych na zasadzie statystyki szpitala św. Aleksandra“.

17) kol. M. Cohn: „Zkazuistyki szpitalnej“.

18) kol. L. Przedborski: „Kilka słów o rhinoscleroma“.

Demonstracyi chorych, było 40, z czego lwia część (24) przypada na chorych chirurgicznych.

Demonstracyi preparatów było 18: 13 chirurgicznych i 5 ginekologicznych. Oprócz tego 1 demonstracya przyrządów i 1 demonstracya zdjęcia rentgenowskiego.

Na posiedzeniach bywało przeciętnie 30 członków.

Warunki działalności Towarzystwa Lekarskiego w roku zeszłym były bardzo niepomyślne. W pierwszej połowie roku powołano znaczną liczbę kolegów do armii mandzurskiej i pomimo zakończenia wojny kilku dopiero do Łodzi powróciło.

Wypadki polityczne rozgrywane się wdały i zbliska, utrzymując wciąż nerwy w naprężeniu, nie pozwalały na wymagające spokoju zajęcia naukowe. Raz nawet, jak zaznaczono w protokołach Towarzystwa, posiedzenie nie odbyło się z powodu wezwania przez Zarząd Pogotowia członków Towarzystwa do udziału w niesieniu pomocy rannym na ulicy Piotrkowskiej. Działo się to 21 czerwca podczas napadu wojska na uczestników demonstracyi politycznej.

Gdy cholera zaczęła zagrażać Królestwu, Towarzystwo lekarskie łódzkie urządziło na wiosnę, a mianowicie 26 kwietnia, specjalne posiedzenie z udziałem delegatów Towarzystw lekarskich: kaliskiego, lubelskiego, radomskiego i warszawskiego oraz tow. higienicznego warszawskiego — w celu opracowania projektu walki z cholera. Po wyczerpującej dyskusji ustalono punkty zasadnicze tego projektu. Pozostał on jednak nabożnym życzeniem, ponieważ władze uznały za stosowne prowadzić rzecz po swojemu, zgodnie z tradycją biurokratyczną, t. j. w ten sposób, by z wyznaczonych funduszy jaknajwięcej pieniędzy roztrwoić na potrzeby kancelaryjne i inne mistyczne wydatki, a jaknajmniej na istotne potrzeby sanitarne.

Towarzystwo Lekarskie dwukrotnie jeszcze wracało do spraw cholery, a mia-

nowicie na posiedzeniu z dnia 20 września, na którym rozbierano zachowanie się władz względem programu Towarzystwa w sprawie cholery i 24 września na posiedzeniu specjalnem z udziałem wszystkich kolegów w Łodzi zamieszkałych, na którym, wskutek prośby komisji sanitarnej, obradowano nad organizacją pomocy lekarskiej wobec pojawienia się już cholery w mieście.

Sprawa zreformowania pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych podniesioną została na posiedzeniu Towarzystwa z dnia 22 lutego i dyskutowaną potem jeszcze na specjalnem posiedzeniu nadzwyczajnem z udziałem nieczłonków Towarzystwa dnia 1 marca r. z. Dalsze opracowanie projektu powierzono komisji z 5 członków, która zaczęła czynności swoje od przeprowadzenia ankiety w celu poznania warunków pomocy lekarskich w różnych gałęziach przemysłu i w różnych stronach kraju.

Zaznaczyć jeszcze należy udział Towarzystwa Lekarskiego w zbiorowych wystąpieniach instytucji społecznych łódzkich w sprawach: komitetu obywatelskiego do walki z cholera, samorządu miejskiego, reprezentacyi w Dumie etc.

Zarząd odbył w roku ubiegłym 2 posiedzenia, na których pomiędzy innemi rozpatrywano sprawę posiłkowania się nazwiskami lekarzy przez reklamujące się firmy, sprawę skatalogowania bibliotek, stałego drukowania sprawozdań w „Czasopiśmie Lekarskiem“ etc.

VI. Kol. Littauer odczytał sprawozdanie kasowe.

Poczem przystąpiono do wyborów prezydium Tow. i nowych kandydatów na członków.

Na przewodniczącego wyborów powołano przez aklamację kol. Pinkusa, który ze swej strony zaprosił na asesorów kol. Kruschego i Maybauma, na sekretarza kol. Brudzińskiego.

Kol. Pinkus pożegnał w serdecznych i wzniosłych słowach ustępującego Prezesa kol. Jonschera, podniósł Jego zasługi jako Prezesa Towarz. i działacza społeczno-lekarskiego, którego inicjatywie zawdzięczają swe powstanie dwie tak piękne instytucje, jak zakład dla umysłowo i nerwowo-chorych w Kochanówce i nowy Szpital Anny-Maryi dla dzieci.

W imieniu Tow. kol. Pinkus ofiarował kol. Jonschero wi godność członka honorowego Towarz.

Poprzedzając akeyę wyborem kol. Pinkus zaproponował wybór dodatkowy

pomocnika sekretarza i pomocnika bibliotekarza; propozycję Tow. przyjęło.

Podniesiono również sprawy kolejności kadencji członków zarządu.

Kol. Tomaszewski poruszył sprawę utworzenia posady stałego płatnego urzędnika kancelaryjnego dla ułatwienia spraw czysto kancelaryjnych, nie mających nic wspólnego z działalnością naukową Tow. Wniosek ten poparli kol. Kaufman i kol. Brudziński; rzecz w zasadzie rozstrzygnięto przychylnie. Szczegóły pozostawiono do dalszej decyzji.

Wybór członków komitetu rewizyjnego pozostawiono zarządowi, przeciwko

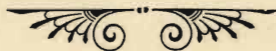
czemu założył protest z prośbą zapisania do protokołu kol. Likiernika.

Do Zarządu na r. 1906-ty wybrani: Na Prezesa: kol. Ks. Jasińskiego; na Wice-Prezesa: kol. S. Sterlinga; na Sekretarza: kol. J. Brudzińskiego; na pomocnika Sekretarza: kol. E. Sonnenberga *); na Bibliotekarza: kol. L. Fankanowskiego; na pomocnika Bibliotekarza kol. Z. Prechnera; na Skarbnika kol. W. Littauera.

Do komisji bibliotecznej powołano kolegów: M. Cohna, J. Saksa i S. Sterlinga.

Sekretarz: J. Brudziński.

*) Zrzekł się. Wybrano kol. S. Skalskiego



P R O J E K T

Statutu Izb Lekarskich dla Król. Polskiego. *).

Przepisy ogólne.

§ 1. Izby lekarskie zakładają się w celu reprezentacji stanu lekarskiego i jego interesów moralnych i materialnych przed władzami i społeczeństwem. Izby są więc najwyższą instancją w rozsądzaniu spraw, dotyczących stanu lekarskiego.

§ 2. Izby lekarskie mają prawo i obowiązek:

- a) utrzymywać listy członków;
- b) utrzymywać biuro pośrednictwa pracy dla lekarzy;
- c) biblioteki i czytelnie dla członków;
- d) pracownie naukowe;
- e) wydawać pisma lekarskie oraz wydawnictwa naukowe;
- f) określać wysokość należnych honoraryów lekarskich, zarówno od osób prywatnych, jak i za czynności sądowo-lekarskie;
- g) regulować wynagrodzenie lekarzy na kolejach, w fabrykach, instytucjach i t. p.
- h) podejmować się w charakterze związku odpowiedzialnego (artel) obsa-

dzania posad odnośnych w szpitalach, na kolejach, fabrykach;

i) zakładać w charakterze spółek spółdzielczych lecznice, domy zdrowia, różne rodzaje zakładów leczniczych w obrębie Królestwa Polskiego;

j) rozstrzygać w ostatecznej instancji wszelkie spory między lekarzami;

k) rozstrzygać w charakterze sądu polubownego spory między lekarzami oraz publicznością;

l) wyjednywać u władz odnośnych odpowiednie prawa, niezbędne dla utrzymania stanu lekarskiego na odpowiednim poziomie materialnym i moralnym;

m) urządzać peryodyczne zjazdy lekarzy-członków oraz delegatów izb poszczególnych w celu omawiania spraw zawodowych;

n) urządzić kasę emerytalną dla lekarzy i zjednoczyć dotąd istniejące kasy zawodowe;

o) uczestniczyć obowiązkowo w osobie delegatów w radzie zdrowia centralnej dla Królestwa i poszczególnych obwodów;

p) wysyłać posłów na sejm krajowy i państwowy dla obrony interesów stanu lekarskiego.

§ 3. W tym celu do izb lekarskich należą wszyscy lekarze, zajmujący się praktyką lekarską z wyjątkiem lekarzy wojskowych, niezajmujących się praktyką lekarską.

*) Projekt drukowany w № 24. 1905. „Kroniki Lekarskiej”. Autor, kol. J. Zawadzki, zaprasza do dyskusji nad projektem. Z naszej strony polecamy tę dyskusję Towarzystwom lekarskim prowincjonalnym.

Uwaga 1. Lekarz obowiązany jest zapisać się do izby lekarskiej najpóźniej w 3 miesiące po osiedleniu się w danej miejscowości.

Uwaga 2. Przy zmianie miejsca zamieszkania lekarz obowiązany jest zawiadomić jedynie tę izbę, w której obrębie zamieszkał.

Uwaga 3. Do izb lekarskich należą lekarze, posiadający prawo praktyki w obrębie państwa, a więc i kobiety lekarze.

§ 4. Członkowie izb lekarskich opłacają składkę roczną w kwocie niemniej rb. 5, w jednej lub kilku ratach, stosownie do uchwał walnego zebrania.

§ 5. Członkami Izb lekarskich nie mogą być:

a) lekarze wojskowi, niezajmujący się praktyką lekarską;

b) lekarze przez sądy pozbawieni praw;

c) lekarze wykluczeni raz na zawsze wyrokiem sądu honorowego przy izbach lekarskich.

§ 6. Członkowie izb otrzymują karty legitymacyjne z podpisem prezesa i sekretarza odnośnych izb lekarskich; karty te służą jako legitymacya przed władzami.

§ 7. Izb lekarskich w gub. Król. Polskiego jest 5, mianowicie: w Warszawie dla guberni warszawskiej i płockiej, w Łomży dla guberni łomżyńskiej i suwalskiej, w Lublinie dla guberni lubelskiej i siedleckiej, w Radomiu dla guberni radomskiej i kieleckiej, w Łodzi dla guberni piotrkowskiej i kaliskiej.

Zarząd.

§ 8. Zarząd spoczywa w rękach: a) walnego zgromadzenia delegatów wszystkich izb, które zbiera się co rok w Warszawie lub kolejno w każdym z miast, posiadających izby lekarskie; b) Zarządu głównego, czyli izby lekarskiej centralnej z miejscem urzędowania w Warszawie, składającego się z wybranych w tymże celu przez delegatów na lat 3: prezesa, wiceprezesa, skarbnika, sekretarza oraz 2 członków.

§ 9. Każda izba składa się z 10 członków, wybieranych przez walne zgromadzenie wszystkich członków raz na 3 lata. Izba z pośród siebie wybiera prezesa, wiceprezesa, sekretarza i skarbnika oraz 2 delegatów do izby centralnej lekarskiej, prócz tego w każdym powiecie izba posiada delegata, wybranego przez członków izby. Delegaci powiatowi są organami wykonawczymi izby.

Prócz tego izba każda ma swój sąd honorowy, złożony z przewodniczącego i 5 członków, którzy w komplecie 3 sądzą, przewidziane ustawą, spory. Do sądu honorowego nie mogą być powoływani delegaci, ani członkowie zarządu izby i muszą być wybrani bezpośrednio przez walne zabrańia członków izb.

Z delegatów sądów honorowych drogą losowania wybierają się na lat 3 członkowie sądu apelacyjnego, zasiadające w Warszawie; do składu sądu tego nie należą sędziowie, którzy rozpatrywali sprawę 1-szej instancyi.

Zarząd centralny posyła 1 delegata bo centralnej Izby lekarskiej w Państwie, o ile ta zostanie utworzoną.

§ 10. Pierwsze wybory zarządzają prezesi istniejących już Towarzystw lekarskich i oddziałów Warszawskiego Tow. higienicznego. Następne wybory zarządzane są przez prezesów izb poszczególnych.

§ 11. Zaraz po rozpisaniu wyborów do Sejmu Krajowego i Państwowego prezes Zarządu izb rozpisuje wybory na posła na sejm i zwołuje zebranie wyborcze w Warszawie lub w jednym z miast gdzie stę izby znajdują, dla wyboru określonej przez Sejm, liczby posłów. Posłowie zdają sprawę ze swych czynności przed wyborcami przynajmniej raz na rok na zebraniach ogólnych izb.

§ 12. Regulaminy co do czynności oddzielnych funkcyonaryuszów izb układa prezydentum każdej izby poszczególniej, regulaminy ogólne zjazd delegatów, poczem muszą być zatwierdzone przez zebranie ogólne wszystkich izb i wtedy stają się prawomocnymi.

Fundusze.

§ 13. Fundusze Izb lekarskich składają się:

a) ze składek członków;

b) z wpływów za odczyty, wydawnictwa i t. p.;

c) z przedsięwzięciw, prowadzonych przez Izby;

d) z zapisów, legatów, ofiar.

§ 14. Składki członków, wpływające do kas izb, stanowią własność danej izby z wyjątkiem kwoty oznaczonej na potrzeby ogólne wszystkich izb przez zjazdy delegatów.

§ 15. Funduszami zarządza skarbnik izby; kasa główna znajduje się w Warszawie pod zarządem skarbnika izby centralnej krajowej.

§ 16. Fundusze izb mogą być wydatkowane tylko na mocy budżetu, za-

twierdzonego przez zebranie ogólne i na cele objęte statutem niniejszym, przedewszystkiem zaś na utrzymanie lokalu, czytelnicy i biur.

17. Na zapomogi dla członków, fundusz emerytalny, fundusz dla wdów, przeznaczają się wpływy z pozycyi b, c i d § 13, oraz fundusze kas specjalnych, o ile te zechcą poddać się zarządowi izby.

Uwaga: Opracowaniem kasy emerytalnej dla lekarzy, wdów i sierot zajmie się i wyjedna zatwierdzenie w

Sejmie pierwszy zjazd delegatów izb w Warszawie.

§ 18. Działając w charakterze spółek spółdzielczych, izba lekarska przyjmuje na siebie wszelkie zobowiązania prawne ze spółki płynące i żąda od członków swoich odpowiednich gwarancji materialnych, eksploatacyja zatem przedsiębiorstw nastąpić może tylko za zgodą wszystkich członków izby. Straty nie mogą być pokrywane z funduszy izby (a, b, c i d § 13), część zaś zysków może być przelewana na fundusz emerytalny lekarzy.



KRONIKA.

(№ 31) — Do szpitala Św. Jana Bożego w Lublinie przybyły Szarytki ze zgromadzenia ś-go Wincentego a Paulo.

(№ 32) — W lubelskim laboratorium higienicznym w r. 1905 dokonano 326 analiz. Na 66 rozbiórów produktów spożywczych w 51 wykryto zafałszowanie.

(№ 33) — W Lublinie pod przewodnictwem miejscowego gubernatora Mienkina zawiązał się Komitet (do którego składu wchodzi: prezydent miasta Zaremba, radny miasta Piotrowski, budowniczy Sieniński, ks. Kłopotowski, naczelnik lekarz szpitala ś-go Wincentego dr. Dobrucki i dr. Piętkowski) celem zbudowania na Swidniku pod Lublinem sanatoriumu dla suchotników. Majątek Swidnik, 9 wiorst odległy od Lublina, leży przy stacji tejże nazwy, posiada 30 włók lasu przeważnie sosnowego i należy do szpitala ś-go Wincentego w Lublinie. Komitet ma zamiar na początek zbudować piętrowy pawilon z leżalniami na 30-u suchotników, prócz tego założyć tam fermę na użytek zakładu, w której wyrabiać się będzie kumys, kefir. Jeśli nie stanie na przeszkodzie, sanatorium będzie gotowe w 1907 r. Założyciele mają nadzieję, że w ten sposób uwolnią szpitale od balastu suchotniczego, a biednym suchotnikom dadzą możność korzystania z racjonalnej kuracji.

Na tyle zdobył się Lublin. A tymczasem w Warszawie zarząd szpitalami chociaż ma także w zawiadywaniu duże majątki, należące do szpitali, zdaje się nie wiedzieć, iż w każdym z nich setki suchotników dogorywa i roznosi zarazę między sąsiadami, — lecz zato tenże zarząd coraz to nowe rozpisuje konkursy na ordynatora nadetatowego (świeżo do szpitala ś-wo Łazarza — na zarządzającego, naturalnie za darmo, pracownią anatomopatologiczną i bakteryologiczną). (Gaz. Lek. № 7).

(№ 34) Kol. Konrad Zalewski z Tomaszowa Lebelkiego został zesłany do północnych gubernii Cesarstwa. („Nowa Gaz.“ № 30.)

(№ 35) W Warszawie skazany został na miesiąc więzienia kol. Z. B y c h o w s k i.

(№ 36) W Bilgoraju został aresztowany kol. J. Grzywiński i odwieziony w towarzystwie dwóch strażników do więzienia do Janowa za wygłoszenie mowy w czasie manifestacji na cmentarzu kościelnym, po zniesieniu pierwszego stanu wojennego.

Niezależnie od pociągnięcia go do odpowiedzialności sądowej z art. 129 ust. karnej i osadzenia w więzieniu, obecnie, gdy obrońca uzyskał zgodę tutejszej izby sądowej na wypuszczenie go na wolność za poręczeniem 500 rubli, został kol. Grzywiński skazany administracyjnie na 3 miesiące więzienia. („Kur. War.“ № 64.)

(Na cały ludny i obszerny powiat Bilgorajski, wraz z m. Bilgorajem, jest jeden lekarz, kol. J. Leble, w Tarnogrodzie.)

(№ 37) Po 33-letnim urzędowaniu ustąpił ze stanowiska inspektora szpitali krajowych Dr. Jan Stella-Sawicki, którego nazwisko związane jest z pierwszym okresem autonomicznym szpitalnictwa galicyjskiego. Urodzony w r. 1831, w Szawłach na Żmudzi z ojca lekarza, kształcił się w gimnazjum w Szawłach i Krożach i w szkole kadeckiej w Petersburgu. Odbывszy już jako oficer kampanię węgierską w r. 1848, wyjechał po ukończeniu akademii wojennej w Petersburgu w r. 1854 w randze kapitana na studia zagranicę, z których powróciwszy posuwał się szybko w karierze wojskowej, służąc kolejno w Kownie, Kursku (przeniesiony tam za udział w uczeniu poety Syromkii) i w Petersburgu, ogłaszając szereg prac wojskowych i dobijając się w 28 r. ż. stopnia pułkownika. W r. 1863, wystąpiwszy z wojska i wyjechałszy do Galicji, walczył naprzód w oddziale powstańczym Wysockiego, a potem działał samodzielnie pod nazwiskiem Strusia. Po upadku powstania dzieli tułaczę losy emigracyi, przebywając kolejno w Szwajcaryi, w Augsburgu i w Strassburgu, utrzymując się to z lekcyi, to jako robotnik w zakładzie galwanoplastycznym, to z pracy piórem; wreszcie zebrawszy nieco grosza, kończy medycynę w r. 1870 w Strassburgu i tam pełni służbę lekarską w czasie oblężenia. Następnie praktykuje

w Genewie, a po nostryfikacji dyplomu w Krakowie i praktyce w szpitalu lwowskim, zostaje w r. 1873 inspektorem szpitali krajowych (drugim z kolei). Oprócz licznych prac belletrystycznych i pamiętnikarskich z okresu powstania, wydaje cały szereg popularnych podręczników („Rady dla mężatek“ 6 wydań, „Poradnik lekarski dla ludu“ 2 wydania, „Higiena życia powszedniego“, „Pielęgnowanie zdrowia“, „Podręcznik dla pielęgnowania chorych“) i 9 roczników Kalendarza lekarskiego.

Zważywszy, że wydatki na szpitalnictwo galicyjskie wzrosły w czasie urzędowania Dr. Sawickiego dziesięciokrotnie i że w tymże stosunku wzrosła liczba szpitali w kraju, że w okresie tym, zwłaszcza zaś w ostatnich jego latach, przekształcać się poczęły nasze szpitale prowincjonalne na modłę nowożytną a organizacja krajowej służby lekarskiej uległa reformie, nietrudno ocenić rozmiary podejmowanej przez Dra Sawickiego pracy, w której uznać należy wytrwałość i dobrą wolę. („Przegl. Lek.“ № 8.)

(№ 38) Krakowski „Przegląd Lekarski“ o *tódkiem* „Czasopiśmie Lekarskiem“ pisze w № 8-ym:

„Czasopismo“ może się słuszenie pochłubić, że od swego założenia konsekwentnie i systematycznie już przez lat siedem poświęcało zagadnieniom medycyny państwowej i higieny społecznej miejscy równie ważne, jak medycynie praktycznej, tem właśnie wszystkie inne pisma lekarskie polskie przewyższając i że tego kierunku nie porzucało, oczekując chwili, w której te zagadnienia nabędą w Królestwie praktycznego znaczenia, a która to chwila teraz już nadeszła“.

(№ 39) Na pożywienie chorych w szpitalach warszawskich przeznaczona jest suma 20 kopiejek dziennie. Że ona jest niedostateczną w ogóle i naraża interesowanych na skargi, o tem aż nadto dobrze wiedzą lekarze szpitalni, którzy z tego powodu — nie mając innego sposobu — muszą pobłażliwym okiem patrzeć na to, iż osoby odwiedzające chorych w szpitalach, przynoszą im nie tylko artykuły zbytku, jak: ciastka, pomarańcze, owoce i t. d., lecz nadto i artykuły pierwszej potrzeby (mleko, mięso i t. d.). Za szczęśliwych uważają się chorzy na takich salach, w których dużo leży chorych z cierpieniami ostremi, gorączkowymi, będących na t. zw. „ścislej dyecie“, wówczas bowiem z oszczędności na ich dyecie zrobionej, korzystają inni, dotknięci cierpieniami przewlekłymi, wyniszczającymi, wymagającymi intensywnej ich żywienia. Lecz nie często, a na wielu salach nawet rzadko, zdarza się sposobność cieszyć się, czy korzystać z nieszczęścia sąsiadów! Obecnie wskutek drożyzny, panującej w Warszawie, za te same 20 kop. chorzy mogą dostawać jeszcze skromniejsze ilościowo pożywienie. Dla zapobieżenia złym następstwom głodu pod względem fizycznym i moralnym (bo głód jest złym doradcą), lekarze szpitala Dzieciątka Jezus wyrazili na ręce naczelnego lekarza szpitala życzenie, aby postarał się, by Rada Miejska Dobroczyńności Publicznej nie narażała chorych szpitalnych na głód, lecz zwiększyła — choćby na czas trwania drożyzny — sumę, potrzebną na wyżywienie dzienne chorego w szpitalu, przynajmniej do 25-u kopiejek. (Gaz. Lek. № 10.)

(№ 40) — Wydział wschodnio-galicyjski Izby lekarskiej z inicjatywy d-ra Mikołajskiego postanowił utworzyć biuro informacyjne o wakujących posadach lekarskich w Galicyi. U nas myśl podobną, niezmiernie pożyteczną i potrzebną, niezawodnie w czyn zamieni „Stowarzyszenie lekarzy polskich“ po zupełnem zorganizowaniu się. Biuro

takie oddałoby ogromne usługi zwłaszcza obecnie, gdy mnóstwo wracających z wojny kolegów stara się o posady stałe. (Gaz. Lek. № 10.)

(№ 41) — Stosunki zdrowotne Lwowa zamierzają, według sprawozdania dr. Piska, przedłożonego na zasadzie sprawozdania fizykatu lwowskiej radzie miejskiej, a ogłoszonego w „Głosie lek.“ № 5, statecznie ku lepszemu. Świadczy o tem najwyraźniej zmniejszenie się śmiertelności ogólnej (w r. 1905 24.4‰⁰/₁₀₀ mieszkanców); z innych miast galicyjskich mniejszą śmiertelność ma mieć tylko Tarnopol. (Należy jednak madmienić, że kilka miast galicyjskich zaproteowało w dziennikach przeciw twierdzeniu dr. Piska, jakoby miało większą od Lwowa śmiertelność, powołując się na statystykę lat ostatnich). Natomiast ciągle wzrasta we Lwowie śmiertelność z gruźlicy (w roku 1895 — 22.4 prc. zmarłych, w r. 1905 — 26.3 prc.; w Krakowie tylko 24.6 prc. w Wiedniu 22.4 prc.). By ją zwalczyć, radzi dr. Pisek podjąć szeroką działalność celem poprawy mieszkań, obniżenia cen żywności, a przez to polepszenia żywienia się ludności, dalej urządzać ambulatorya przeciwgruźlicze i szerzyć zasady higieny, przede wszystkim za pomocą szkół. Stosunki zdrowotne w szkołach lwowskich nie są jeszcze uregulowane (11,296 uczniów pomieszczonych było w dobrych 238 salach, a 4,100 w 76 nieodpowiednich salach; nowsze budynki są doskonałe, ale w niektórych starszych są rażąco braki). Nauczycielstwo lwowskie zasłużyło się bardzo, zbadawszy w roku 1905-ym warunki życia dziatwy szkolnej. Funkcye lekarzy szkolnych pełnili lekarze miejscy z wynikiem pomimo nadmiaru pracy bardzo dobrym. Natomiast policya targowa, z wyjątkiem wzorowo wykonywanej kontroli mięsa, wymaga wielu ulepszeń. Lwów ciągle jeszcze co do fałszowania przetworów spożywczych dorównywa prawdę miastom wielkim; zaradzić złemu może tylko stworzenie centralnych hal targowych, gdzie nadzór jest łatwiejszy i dokładniejszy. Zapobieganie i zwalczanie chorób nagminnych jest wzorowe (śmiertelność 4.5 prc. wszystkich zmarłych wobec 7.3—7.8 prc. przed laty pięciu). Fizykat lwowski działa tu energicznie i umiejętnie (kształcenie służby dezynfekcyjnej), a miasto uchwaliło świeżo wykonywać odkażanie zawsze bezpłatnie. Brak jednak dotąd osobnego szpitala dla chorób zakaźnych; nadto aresztu miejskie są tak złe, że często stają się źródłem zarazy. Brak dobrych mieszkań dla ludności uboższej, brak planu regulacyjnego i przez to szkodliwe zabudowywanie przestrzeni wolnych, czego nie zrównoważą parki na obwodzie miasta; brak nowoczesnej kanalizacji całego miasta, zapylenie miasta przez brak twardych bruków, oto sprawy, czekające we Lwowie załatwienia. (Przeg. Lek. № 10.)

(№ 42). *Pożar w szpitalu więziennym w Moskowie.* W skrzydle szpitalnem więzienia Butyrki wybuchł pożar, który przy panujących tam obecnie stosunkach musiał pociągnąć za sobą skutki fatalne.

W baraku chirurgicznym, gdzie pożar powstał skutkiem wybuchu lampy, znajdowało się 28-iu ciężko chorych przestępców politycznych, z których wielu zakutych było w kajdany.

Ogień objął w jednej chwili jedyne wejście do sali i rozszerzał się szybkością błyskawiczną po całym lokalu, ponieważ zaś okna szpitalne zaopatrzone są w mocne kraty żelazne, przeto chorzy nie mieli żadnego sposobu ratunku. W końcu jednak straż ogniowa dotarła do płonącego lokalu i zaczęła wnosić z sali więźniów strasznie popa-

rzonych i przeważnie omdlałych. Czterech więźniów zmarło skutkiem poparzeń.

(№ 43) — Do szeregu pism prowincjonalnych kierowanych przez lekarzy przybył wydawany w Lublinie „Kurjer“, który w charakterze redaktora i wydawcy podpisuje kol. Mieczysław Bieńczycki.

(№ 44) — Rada Lekarska na posiedzeniu odbytem 16 Stycznia uznała, że dalsze istnienie domów publicznych z punktu widzenia sanitarnego i państwowego jest niedopuszczalne.

(№ 45) — W sierpniu odbędzie się w Gienewie zjazd higieniczny w sprawie mieszkań robotniczych.

Nasi lekarze fabryczni mieliby tam sposobność do scharakteryzowania warunków mieszkaniowych w centrach fabrycznych Królestwa.

(№ 46). W sprawie oddawania chorym leków, przysyłanych przez fabryki lekarzom dla celów doświadczalnych, pisze „Przegl. Lek.“: „Niema teraz napewno ani tygodnia, żeby lekarz praktykujący w krajach cywilizowanych nie dostał z jakiej fabryki przesyłki, zawierającej jakiś lek, z prośbą, by zechciał go w odpowiednim przypadku użyć. Tymczasem zdarzało się, że sądy skazywały (szczególnie w Niemczech) lekarzy za oddawanie chorym (nawet bezpłatnie) przysyłanych im przez fabryki leków, gdyż ustawy orzekają, że winnym staje się przekroczenia, kto bez zezwolenia władzy truzicznej lub leki, o ile handel nimi nie jest wyraźnie dozwolony, przyrządza, ma u siebie na składzie, sprzedaje, lub w jakikolwiek sposób innym oddaje. Wprawdzie nie może ulegać najmniejszej wątpliwości, że celem owych przepisów ustawy jest ochrona publiczności przed szkodą i niebezpieczeństwem, jakiego by wynikały, gdy lekami i truciznami kupezyli niepowołani i nieodpowiedzialni, jednak wyroki sądowe z ostatnich lat rozciągały ów przepis karny także i na lekarzy, którzy jednorazowo i bezpłatnie oddawali swoim chorym leki, przysyłane celem doświadczeń przez nieproszone o to fabryki“.

Tyle „Przegląd“.

Nam się zdaje, że w zwyczaju przesyłania lekarzom leków dla celów doświadczalnych tkwi źródło bardzo poważnego nadużycia, jakim jest „doświadczenie“ tych leków na chorych nie-szpitalnych.

„Jednorazowo“ oddać choremu lek „celem doświadczeń“ — niezgadza się ani z wymaganiami nauki, ani z przepisami etyki.

Nauka wymaga szeregu doświadczeń w warunkach pozwalających na kontrolę nieszkodliwości — przedewszystkiem! — a później i pożytku nowego leku. Etyka potępia bawzłgłędnie oddawanie choremu leku na zasadzie polecenia go przez fabrykanta.

Jeżeli zaś lek jest już wypróbowany przez innych, to zgoła zbytecznym jest to „jednorazowo i bezpłatnie“ oddawanie go chorym „celem doświadczeń“.

(№ 47) — Strajk lekarzy dolno-austriackich (p. № 26). Jak dotąd rząd jest głuchy na przedstawienia deputacji lekarzy. Wydział krajowy dolno-austriacki nie ustępuje ani na krok, chociaż słuszność jest bezwarunkowo po stronie lekarzy. A już podleganiem do namiętnych starć można nazwać artykuły licznych pism codziennych, które i w prasie galicyjskiej obudziły beżmyślne echa.

Największa zaś wina spada na tego, który głównie wzniecił te antagonizmy, na członka Wydziału krajowego, posła i prałata ks. Scheichera. W dniu 31 stycznia wygłosił on w wieżańskiej Izbie posłów mowę, w której znowu popuścił wodze swej nienawiści do lekarzy. Przytoczymy według stenogramów urzędowych ten ustęp popisu ks. Scheichera:

„Moi panowie — wołał ks. Scheicher — widzimy to na każdym kroku, kto ucieka się do „ultima ratio“, czy to nazwiemy „oporem biernym“, czy „strejkami“, czy „awanturą“, czy „napaścią“, czy „pobicie“, czy jakąkolwiek inną nazwą. Wszystkie stany sięgają dziś po swe rzekome prawo. Wiecie panowie z pewnością z gazet, że obecnie nawet nasi lekarze zaczęli strejkować. Ciekawym tylko, czy grabarze będą mieli więcej lub mniej do czynienia, gdy lekarze strejkują“.

(W sali słychać śmiechy).

Na tę zaczepkę odpowiedzieli na posiedzeniu z dnia 31 stycznia br. dr. Opydo i dr. Kindermann.

Dr. Opydo przemówił w te słowa: „Pozwólcie sobie rzeczowo sprostować uwagi wielebnego prałata ks. Scheichera o tem, że pewna część lekarzy w Austrii dolnej zamierza strejkować. Myślą oni o strejku nie jako lekarze, lecz jako gminni i krajowi funkcyonaryusze sanitarni, i mogą każdego zapewnić, że każdy ubogi chory, potrzebujący pomocy i zwracający się po nią do lekarza, otrzymuje taką samą opiekę, pełną miłości, jak gdyby płacił za poradę.“

„Lekarze strejkują nie tyle z pobudek materialnych, jak raczej z powodów moralnych i społecznych, a najlepszym tego dowodem jest wczoraj przez posła Scheichera przytoczony przykład, w którym lekarzy zestawił z grabarzami. Taki przykład jest niesmacznym. (Potakiwania). Mówca mógł przecież wziąć do porównania inne stany, które ze śmierci człowieka więcej zysku mają, niż lekarze. (Potakiwania). Muszę więc, jako lekarz, zastrzedz się przeciw takiemu traktowaniu stanu lekarskiego“.

Dr. Kindermann dał prałatowi księdzu Scheicherowi daleko ostrzejszą odprawę. Wyraziwszy zdziwienie, że płaski dowiec prałata pobudził Izbę do wesołości, tak dalej mówił:

„Stwierdzam wobec tego, że nie dowodzi to szlachetnych uczuć, gdy pan, siedzący na tak bogatych prebendach, w tak urągliwy sposób wyraża się o usiłowaniu biednych lekarzy prowincjonalnych, zmierzających do poprawy ich stanowiska. (Potakiwania)“

„A właśnie ten sam mówca nie jednokrotnie w tej wysokiej izbie zabierał głos w sprawie polepszenia bytu swoich towarzyszy zawodowych.“

„Jeżeli ma poczucie słuszności, musi przyznać, że to samo, co jego stanowi może być przyznane, także i innym stanom przyznane być musi. A dowodem, że towarzysze z jego stanu krzątają się o poprawę swego stanowiska, jest właśnie na porządku dziennym będąca sprawa kongruy, którą towarzysze zawodowi tego mówcy tak gorąco popierają. (Żywe potakiwania).“

„Sprostuję rzeczowo niektóre jeszcze szczegóły. Ci lekarze prowincjonalni oznajmili publicznie, że w walce, do której ich zmuszono, nie przestaną wysoko dźierać zaprzysiężoną humanitarności. Cały zaś stan lekarski przez takie, pozbawione wszelkiego współczucia, wysłowienie pana Scheichera nie da się odwieść od organizowania się. Lekarze będą umieli określić jasno swe stanowisko i wobec takiego pana, który nabierając bogate dochody z tłustych prebend, nie wie, jak dokucza głód, i który nie ma do wyżywienia re-

dziny, a w tak pogardliwy sposób o dążeniach lekarzy się wyraża. (Pociakiwania).

„Nie jestem na tyle złośliwym, aby tu niejedno przytoczyć, ale mogę panom odpowiedzieć o znanych mi faktach, że nawet duchowna osoba, pomimo kilkukrotnych nalegań, nie wyszła na ementarz, by pokropić zwłoki biednych ludzi, zmarłych w szpitalu, a to dlatego, że jej nie za to nie zapłacono. (Żywe potakiwania.)

„Dziś jeszcze tak daleko się nie posunę, bo spodziewam się, że ks. Scheicher zapewne wskutek naszego protestu przeciw jego postępowaniu względem lekarzy Austrii dolnej nabierze innych przekonań. Jeśli to nie nastąpi, będziemy tu wiedzieli, jak sobie postąpić.“ (Okłaski.)

W kołach lekarskich strejkujący lekarze znaleźli powszechną sympatię, którą wyraziły w uchwałach różne Izby lekarskie i liczne Towarzystwa lekarskie. Płyną też obficie składki na fundusz strejkowych („Głos lekarzy“ №5)

(№ 48) Związek Lipski (Leipz. Verband), (p. № 25) zajął się urządzeniem wykładów, mających na celu zapoznanie studentów medycyny oraz młodych lekarzy z wielkim już dzisiaj działem ubezpieczenia robotniczego i z ważną dla całego stanu lekarskiego sprawą zawodowej organizacji. Miejsceowa grupa berlińska urządziła d. 17 listopada r. z. dwa pierwsze wykłady. Pierwszy przemawiał Dr. Kähler na temat: „Lekarz i publiczność“, podając z własnego doświadczenia obraz wzajemnych stosunków między lekarzem a publicznością, a zwłaszcza zwracając uwagę na liczne niebezpieczeństwa, grożące ze wszystkich stron młodemu początkującemu lekarzowi. Omawiał stosunek lekarza do leczących się kobiet, mówił, jak lekarz powinien odnosić się do chorego i jego otoczenia w sprawie rozpoznania i rokowania, omawiał formę ordynacji, jak powinien zachować się lekarz wobec publiczności życzliwej, a jak wobec wrogiej naszej nauce, o koniecznej liczbie i czasie lekarskich odwiedzin, o poźnieniu towarzyskiem lekarza z pacjentami, potem o tajemnicy lekarskiej, o sprawie przerywania ciąży, o stosunku lekarza do kolegów przy naradach lekarskich, o honorarium lekarskiem, o „wdzięczności“ pacjentów i t. d. Wykład swój zakończył następującymi słowami: „Otóż widzicie panowie, jak wiele kamieni spotykamy na naszej codziennej drodze, o które tak łatwo się potknąć, a które przecież musimy starannie omijać, tak, że nie dziwnego, jeśli czasem doświadczenie i siły jednego człowieka na te ciężkie trudy nie wystarczą. I dlatego łącznie się panowie w stowarzyszenia i tam się uczyć obyczajów lekarskich, a przedewszystkiem nauce się rozumieć święty obowiązek solidarności zawodowej. Na każdym jednak kroku pamiętajcie Panowie o pięknych słowach Nothmaga: „Tylko dobry człowiek może być dobrym lekarzem“, które bodaj trafiły na żywną glebę i dały bujny owoc.

Drugi mówił Dr. Peyser: „O organizacji zawodu lekarskiego“. Przedstawił pokrótce historię rozwoju organizacji lekarskiej w Niemczech a następnie nakreślił obraz obecnych stosunków: 1) co do organizacji państwowej (Izby lek., sądy honorowe), 2) co do organizacji koleżeńskej (Towarzystwa lekarskie) i 3) co do organizacji zawodowej (Związek lipski) i omówił korzyści, jakie wywalczyła lekarzom organizacja.

Dalszy wykład z zapowiedzianego cyklu wykładów p. t.: „Zur Einführung der Medizinstudierenden und Medicinalpraktikanten in das Gebiet der Arbeiterversicherung und ärztlichen Standesorganisation“ odbył się w Berlinie 24 listopada r. z. i to na temat „Lekarz i kasy chorych“. Dr. Lennhoff mówił w tym wykładzie o obowiązkach lekarza

kasowego względem chorych i kas, a mianowicie o obowiązku jaknajszerszego leczenia chorych członków kasy, obok jaknajwiększego oszczędzania środków, jakimi rozporządzają kasy, przyczem jednak chorzy, n. p. przez skąpienie leków, ucierpieć nie powinni. Mówił także o stosunku, jaki zachodzi między ustawą o kasach chorych, a ubezpieczeniem od wypadku, na stałą niezdolność do pracy i na starość. W drugiej części wykładu zajął się prelegent sprawą stosunku lekarza do kasy chorych: „Członkowie kas chorych rekrutują się przeważnie z ludzi, którzy dawniej lekarza albo zupełnie nie mogli zapłacić, albo bardzo niedostatecznie płacili; to jest przyczyną, dlaczego kasy płacą lekarzom bardzo małe wynagrodzenie. Ponieważ w czasie powstania kas lekarze starsi zarabiali stosunkowo dość, by się utrzymać, więc odstępowali praktykę kasową młodym początkującym lekarzom i w ten sposób rozwinął się system stałych lekarzy kasowych, ze wszystkimi wadami, które się z biegiem czasu ujawniły, wadami, które odczuwa zarówno ogół członków, kasowych, jak i cały stan lekarski“. Dobrze dobranymi przykładami objaśnił prelegent, jak w życiu wygląda poniżające godność zawodową ubieganie się lekarzy o posady w kasach chorych. I dlatego przemawiał gorąco za wolnym zorganizowanym wyborem lekarzy i przedstawiał korzyści, płynące stąd zarówno dla kas, jak i dla lekarzy. Naprzeciw organizacji kas chorych powinna stanąć organizacja lekarzy i to nie miejscowa, ale centralna, obejmująca całe państwo. Co pod tym względem zdziałał dotąd Związek lipski w kilku latach swego istnienia i jak ułatwił młodym lekarzom, zaczynającym praktykę, stawianie pierwszych kroków, przedstawił prelegent w zakończeniu swojego ciekawego wykładu.

W dniu 1 grudnia r. z. mówił Dr. Joachim „O pośrednictwie pracy lekarskiej“ i wykazywał, jak zarówno lekarzom, tak i publiczności zależeć powinno na odpowiednim rozdzielaniu lekarskiej pomocy, jak rzecz ta jest ważna szczególnie dla lekarza, chcącego zabezpieczyć sobie byt, i jak takie urządzenie jest konieczne dla kontroli lekarskiej statystyki i dla wyrównania podaży i popytu na pracę lekarską.

Tego samego dnia wykladał Dr. Davidsohn „O nędzy lekarskiej i o samopomocy“. Przyczyną nędzy jest nie tylko zmiana stanowiska społecznego lekarzy, wywołana nowymi ustawami i spełnieniem w zawodzie, ale niejednokrotnie choroba, a przez nią niezdolność do pracy, niestety nieradko także alkoholizm i morfinizm. Samopomoc do pewnego stopnia pomyślała i o pomocy dla takich, którzy sami są winni swojemu nieszczęściu.

Wykłady w dniu 8 grudnia dotyczyły sprawy ubezpieczenia lekarzy Dr. Bentsch uzasadniał konieczną potrzebę ubezpieczenia lekarzy na przypadek choroby, niezdolności do pracy, od nieszczęśliwych wypadków i na życie. Na podstawie liczb, uzyskanych z kasy ubezpieczenia lekarzy niemieckich (Versicherungskasse für die Aertzte Deutschlands) udowodnił, że lekarze powinni się ubezpieczać w kasach lekarskich zawodowych, które im dają większe korzyści, niż wszystkie inne kapitalistyczne towarzystwa ubezpieczeń.

Przy końcu wykładu swego zwrócił się prelegent z gorącą odezwą do słuchaczy: „Pamiętaj o tem, że ubezpieczyć się musisz tylko sam i nie oglądaj się ani na państwo, ani na swoje przedstawicielstwo zawodowe, ani nie czekaj na ubezpieczenie przymusowe. Jeszcze do tego bardzo daleko, a jeśli do tego dojdzie, to takie ubezpieczenie ogólne wypadnie drożej, bo objąć będzie musiało zarówno starych, jak młodych, zarówno chorych, jak zdrowych. Pomnij, że w żadnym innym zawodzie nie

można zarabiać i w dzień i w nocy, w dzień powszedni i w święto najuroczystsze, ale zrozum, że przez ten sposób zarobku przeceniasz swoje społeczne stanowisko. Rozważ, że te nadliczbowe godziny twej pracy w zawodzie, to rabunek twego zdrowia i dlatego zarobek ten powinieneś uważać niejako za pożyczkę i nie powinieneś go zużywać. Nie ubezpieczaj się na życie wcześniej, zanim się nie ubezpieczysz dostatecznie na przypadek choroby i stałą niezdolność do pracy, gdyż w przeciwnym razie łatwo mogłoby ci braknąć pieniędzy na dalsze opłaty na ubezpieczenie na życie, a wtedy stracisz, coś już zapłacił. Nie zapominaj o humanitarności, której od ciebie wymaga zawód twój w stosunku do każdego chorego, przedewszystkiem w stosunku do członków twej rodziny, żony i dzieci i nie powinieneś dlatego poprzestać na ubezpieczeniu siebie samego na przypadek choroby, niezdolności stałej do pracy i na starość, ale zabezpieczysz swoich najbliższych na przypadek twej przedwczesnej śmierci“.

Zebrań zakończył Dr. Hesselbarth rozprawką o prawie i o ochronie prawnej lekarza niemieckiego. Mówił głównie o sprawie wynagradzania lekarzy i o środkach prawnych, przysługujących lekarzom, by się uchronić przed szkodami tak moralnymi, jak i materialnymi.

Wykłady tego rodzaju okazały się bardzo potrzebnymi i korzystnymi i należy się spodziewać, że za Berlinem pójda i inne miasta, nie tylko niemieckie. („Przegl. Lek. № 7.)

(№ 49) — W dniu 1 marca r. b. otwarty został uroczysto w Berlinie gmach, zbudowany z ofiar zmarłej cesarowej Fryderykowej i prywatnych składek, przeznaczony dla dalszego kształcenia się lekarzy, nazwany „domem cesarowej Fryderykowej“. W gmachu 3-piętrowym na 1-em piętrze mieści się amfiteatr na 240 miejsc i zbiór wszystkich zdobyczy leczniczo-technicznych, a więc: wystawa narzędzi lekarskich, elektrycznych, optycznych, farmaceutycznych, balneologicznych i t. d.; na 2-em piętrze zbiór preparatów anatomicznych, anatomo-patologicznych, mikroskopowych i odlewy a na 3-em piętrze pracownice: chemiczna, mikroskopowa, bakteriologiczna, terapii doświadczalnej, rentgenograficzna, fotografii lekarskiej. (Gaz. Lek. № 10.)

(№ 50) — *Opodatkowanie recept w Austrii.* W marcu 1902 roku wniósł zarząd polskiego Tow. samopomocy lekarzy petycję do Rady państwa i do Rządu z wypracowanym w najdrobniejszych szczegółach projektem opodatkowania recept, celem wprowadzenia drogą ustawy przymusowego zabezpieczenia na starość lekarzy w Austrii, jak niemniej pensji wdowich i sierocych.

Dzięki energii i osobistym staraniom prezesa Towarzystwa, profesora Jordana, głównego twórcy projektu, powiodło się zyskać dla petycji tej życzliwe przyjęcie w parlamencie, oraz u ówczesnego prezydenta ministrów, D-ra Koerbera, a tak szefowie sekcji, jak i wybitni posłowie przyrzekli sprawie chętnie poparcie. Czy to jednak skutkiem swadomego wszystkim zastoju parlamentarnego, czy też dla braku dalszej agitacji ze strony austriackich Izb lekarskich, z których wprawdzie niektóre poparcie sprawy przyrzekły, ale też i do obietnicy tylko się ograniczyły, — ubiegło lat cztery, a o dalszych losach petycji, przekazanej wówczas parlamentarnej komisji socjalno-politycznej i złożonej w aktach ministerstwa spraw

wewnętrznych, dotąd nic nie słychać. Co więcej, nawet lekarze, poza obrębem Galicji mieszkający, widocznie „zapomnieć musieli, że rzecz ta w tej formie przez Towarzystwo krakowskie zainicjowaną została“, jeżeli obecnie wypłynęły w Wiedniu na raz dwa jakoby „nowe“ projekta, oparte na tej samej zasadzie, którą rozwinęto szeroko w naszej petycji,

Na grudniowym posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego wiedeńskiego wniósł dr. L. Stricker, członek Izby lek., projekt opodatkowania recept na rzecz funduszu emerytalnego, a zgromadzenie z niemałym zdziwieniem dowiedziało się podczas dyskusji z ust obecnego na posiedzeniu polaka, d-ra Ebla, że lekarze galicyjscy rzecz tę już po części wykonują praktycznie, zaprowadziwszy dobrowolne stemplowanie recept znaczkami, wydawanymi przez Tow. Samopomocy.

W numerze 23 czasopisma „Oestereichische Aerzte-Zeitung“ z 5 grudnia 1902 roku pojawił się obszerny artykuł zatytułowany: „Zur Einführung einer Rezept-Stempelsteuer“, w którym autor, podpisany pseudonimem „Justus“, wzywa „Związek lekarzy austriackich“ i Izby lekarskie, aby zajęły się energicznie przeprowadzeniem ustawy o podatku receptowym. Projekt swój uzasadnia szeroko w podobny sposób, jak uczyniliśmy to przed 4 laty w naszej petycji, żąda zaprowadzenia znaczków receptowych 1-halerzowych, wykazuje obfitę, stąd płynącą mogącą dochody, obala wszelkie nasuwające się wątpliwości i dowodzi wreszcie, że tam, gdzie idzie o zabezpieczenie bytu przedstawicielom zawodu tak dla społeczeństwa pożytecznego, jak lekarski, nieznaczna ta ofiara ze strony ogółu na opór napotkać nie powinna.

Oba te głosy są dla sprawy wielce pomyslnie gdyż dowodzą, że w dalszej akcji zabiegi nasze lekarzy mogą na pomoc ze strony szerokiej kół lekarzy, już nie tylko galicyjskich, oraz, że myśl, przez nas pierwszych poruszona, mimo niechęci, jakiej jej niektórzy koledy nie szczędzą, musi być dobrą, a nawet jedyną w danym przypadku, jeżeli zrodziła się też i gdzieindziej zupełnie niezależnie i bez świadomości tego, co my zrobiliśmy.

Wydział Samopomocy, wprowadziwszy w Galicji od 1½ roku dobrowolne stemplowanie recept, rozporządza już doświadczeniem, jak rzecz ta wygląda w praktyce, co oczywiście bardzo ułatwić może dalsze zabiegi. Chodzi więc tylko o to, aby „zastrzegłszy sobie pierwszeństwo“ tak pomysłu, jak i częściowego wprowadzenia go w życie, wejść obecnie w porozumienie z kolegami wiedeńskimi, a oddawszy kierownictwo Izbie krakowskiej jako Izbie zarządzającej, nadać całej akcji jednolity kierunek i „wspólnymi siłami wszystkich Izb“ austriackich przywieść do skutku szeroko zakreślony projekt.

Wiedząc, że artykuł wyżej wzmiankowany zainteresował obecnego prezydenta zachodnio-galicyskiej Izby, który nawet oświadczył gotowość zajęcia się tą sprawą, sądzą, że na razie wypadałoby przedewszystkiem obmyśleć jaknajchlebniej na wspólnym posiedzeniu Wydziału Izby i Wydziału Samopomocy plan dalszego działania, mającego na celu wciągnięcie do akcji wszystkich Izb austriackich, aby już na najbliższym ich Wieceu, który odbędzie się bieżącego roku w Krakowie, wystąpić z konkretnymi wnioskami. (Przegl. Lek. № 2).

Komitet redakcyjny:

J. Brudziński, L. Fankanowski, A. Goidman, J. Handelman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Marbaum, J. Michalski, J. Perlis, A. Rząd, S. Serkowski, S. Skalski, E. Sonnenberg, H. Trenkner.

Nadesłano do Redakcyi:

J. Comby. Podręcznik chorób dzieci. Tom. I. Przekład Dr. J. Zawadzkiego. Biblioteka lekarska. Tom XI.

M. Eiger. Ueber die praktische Verwendbarkeit der Pavyschen Titrationsmethode. Odb. z „Deut. Med. Woch.“ 1906. № 7.

S. Jessner. Krótki podręcznik chorób skóry. Przekład W. Dobrowolskiego i W. Luniewskiego, pod redakcją J. Wojciechowskiego. Biblioteka lekarska T. XII.

W. Ottuszewski. O mowie i jej zбочeniach, oraz hygiena mowy. Biblioteka Lekarska Tom X.



A p t e k a

M. Lipiec i J. Zundelewicz

dawniej **M. Spokorny**

ŁÓDŹ, ul. Piotrkowska № 25.

Wody mineralne naturalne i sztuczne. Wina lecznicze. Przetłuszczone mydła lecznicze prof. Eichhof'a. Podskórne iniekcye oryg. „Mercka“.

Skład Materyałów Aptecznych i Perfumerya

M. Lipiec i J. Zundelewicz

ul. Konstantynowska Nr. 15.

Telefonu Nr. 190.

Telefonu Nr. 190.

Tran lekarski świeży

wprost z BERGEN otrzymał skład apteczny

A. Rosenblata w Łodzi

ulica Zielona № 3. Telefon 556.

ROBORAT.

Środek odżywczy, wzmacniający, dla chorych, rekonwalescentów, starców i dzieci. Otrzymywany z wybranych ziarn zbożowych, łatwo rozpuszczalny, lekko strawny bez smaku i zapachu, roborat zawiera w sobie 96–97% białka! 2% lecytyny.

Roborat jest wyborynym środkiem dla chorych na cukrzycę. Żądać we wszystkich aptekach i składach aptecznych w opakowaniu polskim, i z opisem polskim.

Świadectwo D-ra H. Dobrzyckiego.

Roborat stosuję z wybitnym wynikiem od lat kilku, tak w praktyce prywatnej, jak na większą skalę w Stacji klimatycznej w Sławucie, polecając go osobom anemicznym, rekonwalescentom po wycieńczających chorobach, chorującym na kamice nerkową i t. p., a zwłaszcza osobom chorym na piersi—jako środek odżywczy i wzmacniający.

Ze względu na bogactwo białka i zawartość lecytyny, a przytem niezmiernie łatwą przyswajalność, roborat jako środek odżywczy, moż—ezdaniem—mojem zastąpić z wszelkiem powodzeniem wiele innych tego rodzaju nadmiernie reklamowanych przetworów.

Świadectwo ordynatora szpit. D-ka Jezus D-ra M. JAKOWSKIEGO.

Dostarczony do mojego Oddziału Roborat miałem okazję wpróbować u osób chorych i osłabionych oraz u rekonwalescentów po chorobach infekcyjnych. Okazał się on bardzo dobrym środkiem odżywczym, z mlekiem lub płynnym pokarmem był bardzo dobrze przez chorych znoszony. Szczególnie dobry skutek uwydatnił się w przypadkach anemii suchot (płuca i kiszki).

Skład Materyałów Aptecznych

Wł. Zielezińskiego

dawniej SEWERYNA WIDERSZAŁA

w ŁODZI, Południowa, róg Wschodniej.

Poleca: Tran lekarski. Ekstrakt słodowy Ryski. Materyały apteczne. Specyfiki krajowe i zagraniczne. Wina lecznicze z aptek warszawskich, *Karpińskiego i Gessnera*. *Wody mineralne, naturalne i sztuczne*. Kosmetyki i perfumeryę, jak również artykuły do użytku domowego i technicznego.

W PRZEWLEKŁYCH ZAPALENIACH OSKRZELI LUB Z OSTRYM PRZEBIEGIEM, ŚLIZOTOKU, ROZSZERZENIU OSKRZELI, BRONCHO-PNEUMONII

KAPSUŁKI COGNET

z czystym EUCALYPTOLEM JODOFORMO-KREOZOTOWYM
zmniejszają wydzielanie i sprowadzają szybkie wyleczenie

W GRUŻLICY

Kapsułki powyższe powstrzymują rozwój choroby, wzmacniają odżywianie, leczą gorączkę i mogą spowodować zagojenie uszkodzeń wewnętrznych.

PARYŻ. Rue de Saintonge, 43 i we wszystkich aptekach.