

O badaniu zapasowej energii serca za pomocą ucisku na tętnice biodrowe (sposób Katzensteina), oraz o spostrzeganym przy tem zmianach w krzywej tętna.

Podał Władysław Janowski,

docent Akademii i ordynator szpitala Dzieciątka Jezus w Warszawie.

Jest faktem powszechnie wiadomym, że u pewnej grupy osobników, u których serce działa w zwykłych warunkach życiowych normalnie, sprawność jego okazuje się niedostateczną w okolicznościach, wymagających zwiększonej energii jego pracy. Do warunków tego rodzaju należy przedewszystkiem przebywanie przez takich osobników chorób zakaźnych i chloroformowanie z powodu operacji. W rzeczonych okolicznościach serce ma okazywać wykazania, czy jest w stanie zdobyć się na zwiększenie swej normalnej sprawności, t. j. czy i jaki mianowicie posiada w sobie zapas energii zapasowej, dzięki której potrafi przystosować się do nowej spadłej na nie pracy. Przy dotychczasowych sposobach badania serca za pomocą opukiwania go i wysłuchiwania, niepodobna powziąć *à priori* wniosku, czy i w jakim stopniu serce odnośnego osobnika taką zapasową energię posiada. O braku jej dowiadujemy się, niestety, zazwyczaj zapóźno dopiero *ex post*, t. j. z niepomyślnego przebiegu choroby zakaźnej lub z zapaści serca w ciągu 1—5 dni po poddaniu chorego operacji pod chloroformem. Wskutek tego jednym z najpilniejszych, najżywoźniejszych zadań tak zwanej funkcyjnalnej dyagnostyki serca, t. j. szeregu klinicznych metod badania, mających na celu określenie sprawności serca w stanach normalnych i chorobowych, jest wyszukanie metody, która pozwalałaby na określenie, czy serce danego osobnika, przedstawiające się w normalnych warunkach życiowych jako zupełnie zdrowe, posiada jeszcze jakąś energię zapasową, z której mogłoby zrobić użytek w warunkach niezwykłego wyężenia jego pracy, i jaką mianowicie jest wielkość tego zapasu, czyli, inaczej mówiąc, jaki jest stopień tej zapasowej energii serca.

Sposoby badania tej zapasowej energii serca, proponowane dotychczas przez Romberg'a (1), Christ'a, Graeupner'a (2) i innych, miały tę niedogodność, że badały zachowanie się tętnic i ciśnienia krwi przy pracy mięśniowej, wymagającej zmiany położenia ciała. Obydwa powyższe warunki razem, a nawet każdy z nich oddzielnie (Donnel, Winternitz, (3) Cybulski (4)) wpływają na rytm tętna i na powiększenie głębokości ruchów oddechowych; te ostatnie zaś wpływają, jak wiadomo, samoistnie na obniżenie (głęboki wdech) lub podniesienie (głęboki wydech) ciśnienia krwi. Wynika stąd, że otrzymane na drodze powyższych badań wahania w ciśnieniu krwi zależą od sumy warunków, które raz wpływają na ciśnienie krwi w jednym kierunku, innym zaś razem — w odwrotnym, i nie nadają się do ścisłych wniosków w celu określenia zapasowej energii serca w odnośnym przypadku. Proponowane w tym samym celu badanie serca za pomocą ergostatu, którego wyższość polega na tem, że wykonywana przytem praca daje się dokładnie obliczyć na kilogramometri i jest dla wszystkich badanych osobników jednakową co do rodzaju, również kwestyi nie rozwiązuje, gdyż 1) wchodzi tu również w grę wahania w ciśnieniu krwi, zależne od pogłębienia ruchów wdechowych; 2) osobniki, nieprzywykłe do pracy mięśniowej, męczą się przy badaniach z ergostatem daleko szybciej od tych, które zwykle fizycznie dużo pracują; 3) sam rodzaj pracy u pierwszych osobników przy tego rodzaju doświadczeniach jest innym, niż u osobników drugiej kategorii. Przybywa do tego nadto czwarta niezmiernie ważna okoliczność, że tego rodzaju doświadczenia nie są bynajmniej obojętne, a czasem nawet bardzo niebezpieczne dla serc słabych, na których określeniu ew. energii zapasowej najbardziej nam w klinice zależy. Znane są bowiem zejścia śmiertelne po tego rodzaju badaniach.

Wskutek tego na szczególne zainteresowanie świata klinicznego zasługuje ogłoszona w 1904 r. przez Katzenstein'a (5, 6, 7) metoda badania zapasowej energii serca, w której niepotrzebne są ani zmiany położenia ciała badanego osobnika, ani narażanie go na niebezpieczeństwo, ani zmiana rytmu oddechowego.

Teoretyczną podstawą tego sposobu badania zapasowej energii serca jest wielokrotnie, empirycznie przez Katzenstein'a na zwierzętach ustalony fakt, że u zwierząt zdrowych, mających serce zupełnie sprawne, następuje, po podwiązaniu większych tętnic, podniesienie ciśnienia krwi bez przyśpieszenia tętna, trwające przez szereg tygodni, i wyrównywane się stopniowo (w ciągu 2—2½ miesięcy), w miarę unormowania się obocznego obiegu krwi. U zwierząt słabych podwiązanie dużych naczyń nie tylko nie powoduje podniesienia ciśnienia krwi, lecz spowoduje jego opadanie, lub conajmniej pozostanie w mierze, przy czem tętno staje się częstszym. Ostatniego rodzaju zwierzęta operacji podwiązania wielkich naczyń nie znosiły, lecz zdychały. Stąd Katzenstein wyprowadza wniosek, że o ile serce operowanego zwierzęcia nie jest zdolne do zwiększenia swej pracy, niezbędnego dla podniesienia ciśnienia krwi w naczyniach, w celu wyrównania ogólnego jej krążenia, to zwierzę takie musi paść.

Katzenstein twierdzi, że powodem zwiększenia się ciśnienia krwi u omówionych zdrowych zwierząt jest zwiększona siła pojedynczych skurczów ich serca. Zdanie to opiera na tem, że u zwierząt, zabitych w 2—2½ miesięcy po podwiązaniu aorty, znajdował przerost lewej komory serca, co uważa za dowód, że musiało ono pracować usilniej. Zdanie Marey'a i Weber'a, podług których podniesienie ciśnienia krwi, po podwiązaniu dużych naczyń, zależy od zwiększenia ilości płynu w pozostałym układzie krążenia krwi, Katzenstein uważa za mylne na tej zasadzie, że, przy słuszności zdania wymienionych autorów, ciśnienie krwi musiało by wyrównywać się w ciągu minut lub godzin, podczas gdy Katzenstein spostrzegł to wyrównanie się dopiero po 2—2½ miesiącach.

Przenicłszy swoją metodę badania na ludzi, Katzenstein wykonywa swoją „próbę sprawności serca“ w ten sposób, że, określiwszy przedtem ciśnienie krwi tonometrem Gaertner'a i zliczywszy tętno, uciska następnie obydwoma rękami obie tętnice udowe badanego osobnika, przyciskając je na wysokość więzu Poupart'a do kości w ciągu 2—2½, a najwyżej 5 minut, po których upływie, nie przerywając ucisku, bada ponownie ciśnienie krwi. Przed doświadczeniem (do którego, naturalnie, niezbędny jest pomocnik) chory musi przez

czas pewien leżeć spokojnie. Podczas niego powinien on oddychać spokojnie, równomiernie. Ucisk na naczynia musi być *równomierny* i nie powinien wywoływać bólu.

Zbadawszy w ten sposób 128 osobników, na których wykonał około 300 pomiarów ciśnienia, Katzenstein doszedł do następujących wniosków:

1) U osobników zdrowych (zbałał 63-ch) ciśnienie krwi podnosi się o 5" — 15" rtęci tonometru Gaertner'a, a tętno pozostaje bez zmiany lub staje się nieco rzadszem. Jeżeli tylko tętno staje się częstszym, to znaczy, że żądane od niego przy tem doświadczeniu zwiększenie pracy serca wykonywa nie przez powiększenie siły pojedynczych kureczów, lecz przez zwiększenie ich liczby, a więc że nie jest ono zupełnie sprawnem. U 7-iu osobników, pozornie zupełnie zdrowych, ciśnienie przy tem badaniu opadło poniżej normy; dokładne wywiady wykazały jednak, że byli to opilcy, u których przecieź zwykle badanie kliniczne serca dowodów jego osłabienia nie wykryło.

2) U chorych z przerostem lewej komory serca (było ich 13) przy ucisku na tętnice udowe, ciśnienie podnosiło się o 15"—40". Jeżeli u osobników z przerostem lewej komory serca otrzymuje się liczby mniejsze od 15", to znaczy, że jest ono już niesprawnem („insufficient“). Zazwyczaj tętno staje się przy tem częstszym.

3) Przy nieznacznej niedostateczności serca ucisk na tętnice udowe nie powoduje wcale podniesienia ciśnienia krwi. Im częstszym staje się przytem tętno, tem stopień niedostateczności serca jest większy.

4) Przy wyższych stopniach niedostateczności serca ucisk tętnic udowych wywołuje spadek ciśnienia krwi, tem większy, im stopień niedostateczności jest wyższy. Tętno staje się przytem zawsze częstszym. Podobne zachowanie się serca spotykał Katzenstein przy zapaleniu mięśnia sercowego (4 przypadki), przy otłuszczeniu serca (2 przypadki), wadach serca, u rekonwalescentów (7 przyp.) po ciężkich chorobach ogólnych, a przede wszystkim u nałogowych opilców.

Katzenstein jest, na zasadzie powyższych danych, zdania, że żadnemu choremu po cięższej chorobie zakaźnej, nie wolno wstać, dopóki omówione badanie wykrywa spadek ciśnienia krwi i przyśpieszenie tętna. Przy podobnym wyniku badania serca i potrzebie wykonania cięższej operacji (nprz. przy kamicy żół-

ciowej) radzi rozłożenie jej na części. w obawie, iż podobne serce dłuższego chloroformowania nie znieśie.

Wreszcie w ostatniej swojej pracy Katzenstein twierdzi, że aczkolwiek w klinice badanie jego trzeba prowadzić z jednoczesnym liczeniem tętna i mierzeniem ciśnienia krwi, to jednak dla celów czysto praktycznych wystarczy już samo tylko liczenie tętna przy ucisku tętnic biodrowych; że, mianowicie, jeżeli liczenie tętna w tych warunkach wykazuje jego znaczniejsze przyspieszenie, to już to samo wystarczy do twierdzenia, że serce nie posiada w sobie dostatecznej energii zapasowej, czyli, że jest fizjologicznie niedostatecznym („insufficient“).

Tę pod względem praktycznym tak niazmiernie ważną pracę Katzenstein'a sprawdził dotąd tylko F. Lewy (8).

Znalazł on u 5-u zdrowych osobników podniesienie ciśnienia o 14^{mm}; 7^{mm}; 2^{mm}—6^{mm}; 22^{mm}—18^{mm} i 8^{mm}, przyczem tętno stawało się w 4-ch przypadkach rzadsze o 2—8 uderzeń na minutę, w jednym zaś przyspieszyło się o 8 uderzeń. Przy przeroście lewej komory serca, dostatecznie sprawnego, ciśnienie krwi podnosiło się w jednym przypadku o 22^{mm}—26^{mm}, a w jednym 20^{mm}—30^{mm}, podczas gdy w 4 innych przypadkach przerostu lewej komory serca, niedostatecznie sprawnego, ciśnienie przy ucisku na tętnice udowe, podnosiło się w jednym (pleur. exsud.) o 4^{mm}—6^{mm}, przy tętnie +8, w drugim (przed rozwinięciem się pericarditidis) o 8^{mm}—16^{mm}, przy tętnie +4, w trzecim (na 2 dni przed śmiercią) o 0^{mm}—5^{mm}, przy tętnie +14, a w czwartym (uraemia) o 4^{mm}—10^{mm}, przy tętnie +16. U wszystkich innych (ogółem 10) chorych z sercem niedostatecznym Lewy znalazł spadek ciśnienia krwi przy przyspieszeniu tętna. — Zwłaszcza ciekawe były dwa przypadki urażenia serca. W jednym z nich, powstałym przez przyciśnięcie chorego do słupa dorozką, zwykle badanie serca oraz jego prześwietlanie nie wykrywało w niem nic nienormalnego, podczas gdy badanie jego sprawności sposobem Katzenstein'a wykazywało w różnych dniach spadek ciśnienia krwi o 7^{mm}—23^{mm}, obok przyspieszenia tętna o 2—10 uderzeń na minutę. W drugim analogicznym przypadku badanie wykryło brak podniesienia ciśnienia. Postawiono złe rokowanie kliniczne. Istotnie po 7-iu miesiącach chory powrócił do kliniki z objawami niesprawności mięśnia sercowego. Wreszcie w 2 przypadkach ostrych chorób zakaźnych Lewy również potwierdził zdanie

Katzenstein'a. Mianowicie, w przypadku tyfusu brzuszego 10 badań, przeprowadzonych w ciągu 52 dni, wykazało, że ciśnienie krwi od spadku podczas doświadczenia o 10^{mm}—13^{mm}, przy przyspieszeniu tętna o 8 na minutę, doszło stopniowo do podniesienia się podczas doświadczenia o 7^{mm}—14^{mm}, przy zmniejszeniu się częstości tętna o 4—8 uderzeń na minutę. W przypadku zaś gościa stawowego, powikłanego zapaleniem osierdzia i opłucnej, odnośne liczby ze spadku ciśnienia podczas ucisku o 20^{mm} przy +18 w tętnie, doszły stopniowo w ciągu 2-ch tygodni do ciśnienia bez zmiany, a po nowych 6 tygodniach do przyrostu ciśnienia o 10^{mm}, i spadku tętna o 2 uderzenia na minutę. Inne 3 przypadki chorób zakaźnych były pod tym względem mniej efektowne.

Na zasadzie powyższych liczb Lewy radzi badać serce sposobem Katzenstein'a przy wszelkich cierpieniach serca, przy ostrych sprawach zakaźnych, przy nieszczęśliwych przypadkach urazowego pochodzenia, przy ubezpieczeniach i przed operacjami.

Zaraz po przeczytaniu pracy Lewy'ego zebrałem się (w sierpniu 1906 r.) do sprawdzenia wartości badania zapasowej energii serca za pomocą sposobu Katzenstein'a. Spostrzeżenia swoje przeprowadziłem na 49 osobnikach, na których wykonałem ogółem 88 doświadczeń z uciskiem tętnicy udowej. Chorych badałem zawsze w godzinach pomiędzy 10 a 12 rano, a więc przed obiadem. Wszyscy chorzy na czas dłuższy przed badaniem leżeli spokojnie w łóżku; przy badaniu wszyscy leżeli na 3 poduszkach, a ręce mieli ułożone (na podłożonych szlafrokach) na wysokości serca. U pierwszych 20-tu chorych ucisk stosowałem tak, jak to robi sam Katzenstein, t. j. obie tętnice udowe przyciskałem mocno do kości udowej palcami 3-im i 4-ym, kontrolując drugim palcem zupełne znikanie tętna poniżej miejsca ucisku. Już po kilku takich doświadczeniach można dojść do wprawy w wykonywaniu omawianego ucisku bez sprawiania chorym bólu. Jednakże podobny ucisk, zwłaszcza o ile jest wykonywany na osobnikach z podniesionym ciśnieniem krwi, bardzo męczy tego, kto go wykonywa; wskutek czego ucisk można z trudnością wykonywać dłużej ponad cztery minuty. Nadto, przy niżej omówionych warunkach moich doświadczeń, wymagały one aż trzech pomocników. Wskutek tego, idąc za radą kolegi M. E i g r a, któ-

ry się tą sprawą interesował, zacząłem stosować ucisk obu tętnic udowych przez nałożenie na obydwa uda, możliwie najwyżej, dwóch mocnych (przepasek gumowych Essmarch'a. Przepaski te należy mocno zacisnąć, unikając, przez osłonięcie bielizną organów płciowych, wciągnięcia w gumę włosów, aby nie wywoływać bólu, który, jak wiadomo, wpływa sam na podniesienie ciśnienia krwi. Podobny ucisk wszyscy chorzy znoszą bez żadnej skargi na ból. Przed nałożeniem gum trzymałem obie nogi około $\frac{1}{2}$ —1 minuty wzniesionymi możliwie wysoko, wykonując jednocześnie masaż żył z góry ku dołowi. Dopinałem w ten sposób tego, że, tamując dopływ krwi do kończyn dolnych, zaciskałem je w stanie możliwego opróżnienia ich układu żylnego. Przez przeprowadzenie na 3-ch osobnikach doświadczenia raz z uciskiem za pomocą palców, a po kilku minutach—z uciskiem za pomocą gumy, przekonałem się, że przy obydwóch metodach postępowania otrzymywane wyniki są jednakowe. Pracowałem więc nadal stale tylko przy wykonywaniu ucisku przepaską Essmarch'a. Udogodnienie to bowiem stanowi bardzo wiele o tak ważnym spokoju chorego podczas doświadczenia. Nadto, o ile bym wykonywał tylko te badania, które prowadzili Katz i Le vy, to jest liczył tętno chorych i badał ich ciśnienie krwi tylko za pomocą tonometru Gaertner'a, mógłbym przy tem udogodnieniu obejść się zupełnie bez pomocnika. Osobiście jednak potrzebowałem ich i tak dwóch, gdyż zakres swoich badań rozszerzyłem*). Mianowicie, doświadczenie całkowite prowadziłem w ten sposób, że stale na prawe przedramię nakładałem sphygmochronograf Jaquet'a w modyfikacji Sahli'ego, na prawe ramię tonometr Riva-Rocci, a na 3-ci palec lewej ręki tonometr Gaertner'a. Zdjąwszy krzywą tętna, określałem w ten sposób *jednocześnie* na lewej ręce ciśnienie krwi za pomocą Gaertner'a, na prawej zaś określałem tonometrem Riva-Rocci ciśnienie krwi maksymalne oraz minimalne. To samo powtarzałem podczas trwania ucisku tętnic, a mianowicie, w 3 i w 6 minut od jego rozpoczęcia, oraz po przerwaniu ucisku naczyń, a mianowicie w 3, 6, 10, 15, a czasem i w 20 minut aż do dojścia uderzeń tętna oraz ciśnie-

*) Korzystam z tej okazji, aby złożyć na tem miejscu podziękowanie wszystkim kolegom, pracującym na moim oddziale, bez których ciągłej, życzliwej i wprawnej pomocy przeprowadzenie powyższych doświadczeń byłoby niemożliwe.

nia krwi zarówno określonego na lewej ręce sposobem Gaertner'a, jak i na prawej—sposobem Riva-Rocci do normy. Dłużej nad 20 minut po zdjęciu gum spozstrzeżeń nie robiłem. Potrzeba tego zachodziła jednak wyjątkowo rzadko, gdyż zwykle tętno i ciśnienie powracały do „normy“, t. j. do stanu, w jakim były przed rozpoczęciem doświadczenia, już po 5—10 minutach.

Prowadząc każde doświadczenie w ten sposób, osiągałem kilka celów naraz:

1) Sprawdzałem badania Katzeinsteina i Levy'ego, spozstrzegając zmiany w ciśnieniu tonometrem Gaertner'a. Miało to miejsce w 37 przypadkach, w których wykonałem ogółem 72 doświadczenia.

2) Sprawdzałem w tych samych przypadkach, czy słusznem jest przypuszczenie Katzeinsteina, że doświadczenia te, prowadzone przy pomocy tonometru Riva-Rocci, upoważniają do tych samych wniosków, co i doświadczenia z mierzeniem ciśnienia za pomocą przyrządu Gaertner'a. Nadto w 12 przypadkach, z powodu chwilowego zepsucia się przyrządu Gaertner'a, przeprowadziłem 16 doświadczeń z użyciem samego tylko przyrządu Riva-Rocci.

3) Przez dokładne spozstrzeganie krzywej tętna podczas trwania ucisku i po jego przerwaniu badałem zmiany nie tylko częstości tętna, ale i zaburzeń w jego rytmie, w wielkości poszczególnych fal, charakterze ich i napięciu.

4) Ponieważ dzisiejszy stan dyagnostyki funkcjonalnej serca nie zadawalnia się określeniem ciśnienia tonometrem Gaertner'a, ani t. zw. największem (maksymalnym) ciśnieniem, otrzymywanem za pomocą przyrządu Riva-Rocci, określałem więc przy pomocy tego ostatniego ciśnienie maksymalne i minimalne, a nadto obliczałem różnicę pomiędzy nimi, zwaną ciśnieniem tętna (PD), z niemieckiego Pulsdruck, iloczyn z ciśnienia tętna, mnożonego przez tętno (PD×P), mający, według najnowszych badań Fellner'a (9), dawać wskazówki o szybkości krążenia krwi,

wreszcie, dzieląc $\frac{PD}{Mx}$, wyliczałem tak zw. wykładnik oporu Strassburger'a (10, 11) Q. Orzymane tą drogą dane zużytkuje jednak dopiero w innej pracy.

Zebrany dla każdego przypadku materiał układałem w tablicę, której wzór tu przytaczam: (Patrz tablica I).

W otrzymanym w ten sposób szeregu tablic, zgromadziłem cały materiał,

Tablica I.

Dzień	NAZWISKO		Wiek		ROZPOZNANIE		T W A G I				Tonometr GÄRTNERA				Tonometr R I V A - R O C C I				Cisnienie tętna (PD)				PD × P				PD : Mx = Q			
	Przed doświadczaniem	Podczas doświadczenia	Po doświadczaniu	Różnica podczas doświadczenia	Przed doświadczaniem	Podczas doświadczenia	Po doświadczaniu	Różnica podczas doświadczenia	Przed doświadczaniem	Podczas doświadczenia	Po doświadczaniu	Różnica podczas doświadczenia	Przed doświadczaniem	Podczas doświadczenia	Po doświadczaniu	Różnica podczas doświadczenia	Przed doświadczaniem	Podczas doświadczenia	Po doświadczaniu	Różnica podczas doświadczenia	Przed doświadczaniem	Podczas doświadczenia	Po doświadczaniu	Różnica podczas doświadczenia						
19/12.	P. Stanisław.		Zdrów		Uciśk ręką. Zupełnienie zdrów				Uciśk gumą. Zupełnienie zdrów.																					
	72	72	72	0	110	125	105	+15	115	137	136	+22	84	92	98	+8	31	45	38	+14	2232	3240	2736	+1008	0,27	0,33	0,28	+0,06		
						3'	8'	3'		3'	6'			3'	6'	3'		3'	6'	3'		3'	6'		3'	6'	3'			
						8'	10'	8'		8'	10'			8'	10'	8'		8'	10'	8'		8'	10'		8'	10'	8'			
						125	115	110		137	130			92	97	83		45	38	33		3240	2736		1008	0,33	0,25	0,28		
						115	115	110		137	127			92	87	83		45	40	33		3240	2880		1008	0,33	0,31	0,28		
						125	115	110		137	116			92	83	33		45	33	33		3240	2376		1008	0,33	0,28	0,28		
						125	115	110		137	120			92	95	83		45	25	26		3240	1600		1008	0,33	0,20	0,20		
						125	115	110		137	116			92	90	83		45	26	33		3240	1716		1008	0,33	0,22	0,22		
						125	115	110		137	116			92	83	83		45	33	33		3240	2376		1008	0,33	0,28	0,28		

obejmujący z górą 4000 liczb, na których podstawie podaję poniższe wnioski.

Dla krótkości pisać będę, zamiast „podniesienie ciśnienia przy badaniu przyrządem G a e r t n e r'a“ lub zmniejszenie jego, nadal tylko PG+, resp. PG-, o ciśnieniu zaś, zdjętem przyrządem R i v a - R o c c i, pisać będę PRr+, resp. PRr-. Analogicznie o przyspieszeniu tętna będę pisał p+, o rzadszem zaś tętnie pisać będę p-.

Już przy rozpatrzeniu materiału, zebranego na 7-iu osobnikach w wieku od lat 18 do 29, których miałem podstawę uważać za zdrowych na zasadzie zwykłego badania i wywiadów, ujawniła się niezupełna harmonia z szematem K a t z e n s t e i n'a. A mianowicie, u dwóch z nich otrzymałem p 0, przy PG+12''' i +15''' oraz PRr+15''' i +22'''; u innych dwóch znajdowałem analogiczne podniesienie PG i PRr przy p-4 i -8, ale u piątego stwierdziłem p-10, przy PG=0''' i PRr+8''', u jeszcze zaś innych dwóch osobników stwierdziłem p-6, PG

-8''', PR-5''' oraz p=0, PG-5''' i PRr-13'''.

Rzecz jasna, że na zasadzie tak skąpego co do osobników zdrowych materiału (Katzenstein zbadał ich podobno dotąd setki) nie mógłbym swego sądu wypowiadać, zwłaszcza, że aczkolwiek ostatnie 2 przypadki nie dały liczb, jakichby na zasadzie twierdzeń K a t z e n s t e i n'a spodziewać się można, to jednak zarówno w tych dwóch przypadkach, jak i u pierwszych dwóch, nie widziałem przynajmniej sprzeczności pomiędzy PG i PRr, pomimo nieodzownych różnic w odnośnych liczbach.

Jednakże dalsze badania nad osobnikami chorymi doprowadziły mnie do wniosku, że metoda Katzenstein'a nie daje podstawy do należytej oceny sprawności mięśnia sercowego, ew. co do posiadanej lub nie posiadanej przez niego energii zapasowej.

Zebrany przezemnie materiał przedstawia się w streszczeniu grupami w sposób następujący:

1) Choroby zakaźne

zaczynam od:

a) Pneumonii krupowej.

Tablica II.

Nazwisko i zajęcie.	U W A G I	Tętno.	PG.	PRr.
1. S. Michał ślusarz	22.8. Tp. 39. Rdzawa plwocina.	+ 4	+ 5'''	+ 5'''
	30.8 5 dni po spadku T°. Stan ogólny doskonały.	- 6	+ 14'''	+ 22'''
2. K. Wiktor	14.9. Stan wyjątkowo ciężki. Badany ogółem 8 razy, przy czem dopiero 4.11	- 2	0'''	+ 8'''

Nazwisko i zajęcie.	U W A G I	Puls.	PG.	PRr.
3. J. Józef	Arteriosclerosis praecox. Stan ogólny ciężki.			
	1.12. T ^o . 39 ^o 5	0	- 5'''	+ 15'''
	6.12. 3 dni po kryzie.	0	- 3'''	+ 4'''
	17.12. 14 dni nie gorączkuje. Bardzo błady.	0	- 10'''	+ 5'''

Z powyższej tablicy wynika, że u pierwszych dwóch chorych na zapalenie płuc badanie zapasowej energii serca dało przy zastosowaniu przyrządu G a e r t n e r'a, oraz R i v a-R o c c i, wyniki mniej więcej, ale nie zupełnie, zgodne z twierdzeniem K a t z e n s t e i n'a. W trzecim przypadku otrzymaliśmy przy ciągle złym stanie chorego brak zmiany w częstości tętna, pomimo wykonywania ucisku na tętnice biodrowe, a nadto uwidoczniła się już zasadnicza sprzeczność pomiędzy PG i PRr, której nie można było wytłomaczyć ani przy porównaniu PG z maksymalnym PRr, ani przez pilne porównanie PG z PRr minimalnym lub ze średnią, otrzymaną z PR Mx i PRr mm, t. j. tak zw. ciśnieniem przeciętnym, „Mittel-druck“. Ten jeden przypadek dowodzi więc już, że, pomimo złego stanu chorego, tętno może pozostawać przy badaniu sposobem K a t z e n s t e i n'a bez zmiany, a nadto, że autor ten niesłusznie przesądzał, iż PG i PRr powinny wypadać w poszczególnych przypadkach zgodnie.

b) Przy tyfusie brzusznym, w którego 3-ch przypadkach (pomijam jeden niedokończony) wykonałem w 1-ym 5 doświadczeń w ciągu 40 dni, w 2-im zaś i 3-im po 3 doświadczenia w ciągu 18, resp. 20 dni, otrzymałem również wyniki niezgodne z szematem K a t z e n s t e i n'a. Chociaż bowiem w jednym przypadku rekonwalescent po tyfusie (wypisany w

stanie dobrym) miał p-12, PG+5''' i PRr +4''', jednakże ten sam osobnik wykazywał na 18 dni przedtem, będąc w stanie bardzo ciężkim, p 0, PG-10''', a PRr +6'''. A więc tętno zachowywało się dobrze, co stało w sprzeczności z jego stanem ogólnym, a badanie PG i PRr wykazało, znówu wbrew przypuszczeniom K a t z e n s t e i n'a, sprzeczności.

W drugim przypadku badanie wykazało na początku p+10, pomimo PG +20''' i PRr+22'''; po 9-iu dniach liczby te wypadły przy złym stanie chorego p-8, PG+5''', PRr-12''', a po następnych dniach, przy zupełnie dobrym jego stanie, otrzymaliśmy p+6, PG-20''', ale PRr+22'''. Słowem, różnice zarówno w zachowaniu się tętna, jak i ciśnienia, zupełnie podkopujące całą wartość metody.

W przypadku 3-cim otrzymywałem wprawdzie stale (5 razy w ciągu 40dni) przy ciężkim stanie chorego p+2do +26, przy PG-5''' do-15''', ale za to w PRr. nie było już żadnej prawidłowości: +3''', -3''', +3'''-11''' i +7'''.
c) Przy goścu w wtórnem cierpieniem osierdzia (5 przypadków, 10 doświadczeń) otrzymywałem również różnego rodzaju sprzeczności. Znajdywałem np., w jednym przypadku p-6, przy PG-5''' i PRr-1''', w drugim p-8, przy PG-5''' i PRr-1''', podczas gdy zły stan chorych kazał się spodziewać, że przy

spadku PG i PRR otrzymamy przyspieszenie tętna podczas doświadczenia, a nie jego zwolnienie. W 3-cim przypadku stwierdziłem p+4, pomimo PG+20", resp. +30", i PRR+6", resp. +20". W 4-yim zaś p+6, pomimo PG+5" i przy PRR-5". W 5-yim przypadku znajdowałem p+12 PG=0", PRR-6", a potem p+5, PG-2,0", PRR-1", czyli, że wprawdzie w tym przypadku PG i p zachowywały się względnie zgodnie z szematem K a t z e n s t e i n'a dla złych stanów serca, ale za to PRR wykazywało zbyt wielką różnicę w stosunku do PG.

d) Przy badaniu chorych, cierpiących na różne wady serca, na niedomogę serca oraz na daleko posunięte stwardnienie tętnic (ogółem 14-u chorych) zachodziły również różne sprzeczności w otrzymanych wynikach. Mianowicie w 4-ch przypadkach stwierdziłem p+4, +4, +6, +14, przy PG+5", +12", +10" i +5" oraz przy PRR+6", +2", +2", +19", czyli przyspieszenie tętna, pomimo podnoszenia ciśnienia krwi.

Z innych trzech przypadków stwierdziłem przy p=0, raz PG-15", a PRR-1", drugi raz w tych samych warunkach znalazłem PG+2" i PRR+2", w trzecim zaś przypadku PG wykazało +5", a PRR-4". Z innych czterech przypadków znajdowałem 2 razy, przy p+2 i +4, PG-15" i 0", ale za to PRR+10" i +6"; dwa razy zaś odwrotnie przy p+6 i +12 PG wynosiło +8" i +10", a PRR-1" i -7". Tylko w 2-ch przypadkach otrzymałem przy spadku tętna podniesienie się ciśnienia, mianowicie u jednego przy p-12, PG+5" i PRR+15", u drugiego zaś p-20, PG+10", PRR+2". Ale i w tym ostatnim przypadku zaszła w dalszym przebiegu choroby pewna sprzeczność z szematem K a t z e n s t e i n'a. Gdy bowiem chory ten bardzo się poprawił, otrzymaliśmy wprawdzie zmiany z PG+10" na PG+17", a z PRR+2" na PRR+20", ale za to tętno, zamiast poprzednich p-20, wypadło nam tylko p-8.

e) Nie mniejsze też były sprzeczności przy badaniu chorych z zapaleniem nerek, z których dwóch było młodych, a czterech cierpiało jednocześnie na daleko posunięte stwardnienie naczyń. Tylko u dwóch stwierdziłem, zgodnie z szematem K a t z e n s t e i n'a, spadek ciśnienia obok przyspieszenia tętna, mianowicie p+4, PG-5", PRR-8" oraz p+3, PG-5", PRR-12". U pozostałych sprzeczności były różne. U trzech spotykałem nprz. podniesienie się ciśnienia obok przyspieszenia tętna, a mianowicie u jednego

p+6, PG+5", PRR+8". u drugiego p+7, PG+7", PRR+8", u trzeciego zaś p+14, PG+2", PRR+15"; u innego spadek ciśnienia (-5") obok zwolnienia tętna (-4). U jeszcze zaś innego, wydzielającego bardzo znaczną ilość białka, stwierdzałem z początku p+18, PG+5", PRR 0"; przy poprawie znalazłem p+14, PG 0" - PRR-12", a przy znacznym nowem pogorszeniu otrzymałem p+14, PG+19" i PRR+13". Wszystko więc wypadło tu wprost odwrotnie, niżby tego wymagał szemat K a t z e n s t e i n'a.

f) Z przypadków chronicznego zatrucia organizmu jedynie w 2-ch przypadkach przewlekłego opilstwa otrzymałem wyniki zgodne z szematem K a t z e n s t e i n'a dla złego stanu serca, mianowicie u jednego chorego p+14, PG-7", PRR-14", u drugiego zaś p+10, PG-25", PRR-15". U innych chorych zachodziły w tym względzie różne sprzeczności. Spostrzegłem, nprz., przy zatruciu łożem spadek PG przy tętnie bez zmiany, co już się z szematem K a t z e n s t e i n'a nie zgadza, a nadto jednocześnie PRR+4. Z dwóch chorych żółtaczkowych otrzymałem u jednego przyspieszenie tętna przy PG bez zmiany, a nawet PRR+13", u drugiego zaś tętno bez zmiany przy PG-5", co już stanowi sprzeczność, którą powiększa jednocześnie stwierdzone PRR+6".

Nadzwyczajnie sprzeczne z szematem K a t z e n s t e i n'a wyniki otrzymałem też w pewnym przypadku moczówki cukrowej. Stwierdziłem, mianowicie, przy 7,5% cukru w moczu p-5, PG+8", PRR+13", czyli niby dobrą sprawność serca. Po spadku ilości cukru w moczu do 2,5%, przy jednoczesnej obecności w nim acetonu, liczby te wyniosły p+5, PG+13", PRR-6", czyli PG niby dowodziło poprawy, podczas gdy p i PRR wskazywały na pogorszenie. Po zniknięciu zaś acetonu z moczu i ilości cukru w nim =4,5% przy dobrym stanie chorego badanie tętna (p-20) przemawiało niby za przyjęciem poprawy sprawności serca, podczas gdy badanie ciśnienia kategorycznie temu przeczyło, otrzymałem bowiem PG-19" i PRR-10".

Wobec przytoczonych powyżej licznych sprzeczności w otrzymanych wynikach, nie będę już streszczał wyników, otrzymanych na szeregu innych chorych, oraz nie będę już rozpatrywał licznie nagromadzonych szczegółów co do zachowania się p, PG i PRR po przerwaniu ucisku tętnic biodrowych. Zaznaczę, że i w tym względzie żadnej prawidłowo-

ści w nagromadzonym materiale dopatrzeć się nie mogłem. Zmuszony więc jestem wypowiedzieć wnioski, że metoda Katzenstein'a, której wartość kliniczna byłaby wprost nieoceniona, gdyby można się było opierać na otrzymanych przy jej stosowaniu danych, nie może być zupełnie do użytku w klinice zalecana, jako sposób badania sprawności serca wogóle, a zapasowej jego energii w szczególności. Nie można, mianowicie, uważać serca za dobrze sprawne, gdy otrzymane wyniki są zgodne z szematem Katzenstein'a, ani też nie można uważać go za niedostatecznie sprawne, gdy otrzymane wyniki badania są z szematem Katzenstein'a w sprzeczności. Niewątpliwie Katzenstein zwrócił uwagę na fakt kliniczny bardzo ważny, którego podprowadzenie pod jednakie prawa nie jest, jednak przy dzisiejszym stanie klinicznej techniki badania, możliwym. Podczas wykonywania tych doświadczeń zachodzi, mianowicie, żywa gra nerwów naczynioruchowych, której wpływ na ostateczny wynik badania jest, zarówno co do tętna, jak i co do ciśnienia krwi, nieobliczalny.

W końcu pragnę zwrócić uwagę na zmiany w krzywej tętna, spostrzegane przy prowadzeniu powyższych badań. Niema o nich wcale wzmianki w literaturze, a tymczasem zdarzają się one u znacznej większości chorych, poddanych opisywanemu doświadczeniu i przedstawiają, zdaniem mojem, poważny interes teoretyczny.

Zmiany te są bardzo rozmaite i dotyczą zarówno rytmu, jak i wielkości, stopnia napięcia poszczególnych fal oraz ich szybkości i wolności (*celeritas et tarditas*). Wytłómaczyć ich bliżej niepodobna. Ponieważ jednak zachodzą one przy tem samym nałożeniu tętnopisu, przy jednakowem ustawieniu igły i ekscentru przyrządu, a nadto przy możliwie jednakowem trzymaniu ręki podczas trwania całego doświadczenia, należy je, zdaniem mojem, związać z zachodzącymi podczas tego doświadczenia szybkimi zmianami w ciśnieniu krwi. Związku pomiędzy stopniem i kierunkiem wahań w ciśnieniu podczas doświadczenia, a stopniem lub rodzajem stwierdzonej na krzywej tętna zmian w wyglądzie dopatrzeć się nie można. Niewiadomo np., dlaczego przy tych zmianach w ciśnieniu, powodowanych biegiem doświadczenia z uciskiem tętnic biodrowych, u jednego chorego zachodzą tylko zmiany w napięciu tali, u drugiego tylko w jej wielko-

ści lub w zaokrągleniu szczytu, u innych tylko w rytmie, a u jeszcze innych w kilku wykazanych kierunkach jednocześnie. Wynika stąd tylko to, że nie umiemy, przy dzisiejszej technice badania, w żadnym sposób dopatrzeć się związku pomiędzy ciśnieniem krwi a zmianami w wyglądzie krzywej tętna, zdjętej w zupełnie analogicznych warunkach zewnętrzno-mechanicznych. Jednakże nie chcąc na tej zasadzie przyznać, że żywa gra nerwów naczynioruchowych, spostrzegana w toku omawianych doświadczeń, sama jedna wywiera niewątpliwie wpływ bezpośredni na wygląd ciągle obserwowanej krzywej tętna, byłoby to starać się zaprzeczyć faktowi, bezsprzecznie istniejącemu, jedynie dlatego, że powstawania jego nie rozumiemy. Nie wdając się więc nawet w żadne próby wytłómaczenia poniższych faktów, gdyż to nie jest jeszcze, przy dzisiejszym stanie naszej techniki badania, możliwym, podaję tylko rzeczowo, to, co niewątpliwie spostrzegałem.

Co do rytmu tętna, to, oprócz różnych zmian w jego częstości, o których wielokrotnie w toku niniejszej pracy mówiłem, spostrzegałem względnie często, że tętno zupełnie miarowe stawało się, zaraz po nałożeniu na biodra gum uciskających, niemiarowem, przy czem niemiarowość w jednych przypadkach już pod koniec trwania ucisku zniknęła (np. u pewnego pneumonika), czasami zaś trwała nie tylko przez cały ciąg ucisku, ale nawet w 10 do 15 minut po jego przerwaniu, jak to spostrzegałem u pewnego chorego z zapaleniem nerek na tle stwardnienia naczyń. W innym przypadku (odma piersiowa) tętno miarowe, ale z widocznymi tylko ruchami wdechowymi i wydechowymi, stało się podczas trwania ucisku zupełnie niemiarowem. Po przerwaniu ucisku tętno stało się po 2' zupełnie miarowem, ale naddwubitnem, zamiast poprzedniej poddwubitności. W innym przypadku bliźniaczość tętna przemijająca stała się podczas trwania ucisku stałą, a po przerwaniu ucisku znowu stała się przemijającą. U jednego z chorych tętno, które przedtem uderzało 68 razy na minutę, zaczęło zaraz na początku doświadczenia uderzać 110 razy na minutę i pozostało już takim przez cały czas trwania doświadczenia i nawet w godzinę po przerwaniu ucisku.

Co do zmian w napięciu tętna, to spostrzegałem kilka razy przejście tętna o napięciu zwykłym w dwubitne podczas trwania ucisku, przyczem po jego usta-

niu czasem tętno wracało do normy w parę minut, a czasem pozostawało dwubitnem po za czas trwania doświadczenia.

W kilku innych przypadkach tętno nieco tylko miękkie stało się podczas ucisku tętnic biodrowych wyraźnie dwubitnem. W innym przypadku (endocarditis subacuta) tętno dwubitne stało się na cały czas trwania ucisku wybitnie napiętem.

W gorączkowym okresie przebiegu pneumonii krupowej spostrzegałem raz, że tętno stało się podczas trwania ucisku bardzo napiętem (mówiąc po dawnemu, „twardem“) ze zwykłego. Dwa razy widziałem też zmianę tę napięcia w odwrotnym kierunku. Mianowicie, w jednym przypadku zapalenia nerek tętno z mocno napiętego stało się podczas ucisku naczyń biodrowych bardzo wyraźnie dwubitnem, i dopiero po zdjęciu gum wróciło w ciągu 15 minut ponownie do swego pierwotnego, bardzo silnego napięcia. W innym, zupełnie analogicznym przypadku, tętno, bardzo mocno napięte, stawszy się podczas stosowania ucisku tętnic biodrowych dwubitnem, nie odzyskało już swego pierwotnego napięcia przez dalszy okres trwania doświadczenia, lecz przybrało wygląd zupełnie normalnego pod względem napięcia i innych swych właściwości. W trzecim przypadku zapalenia nerek, spostrzegałem, że tętno miarowe, bardzo napięte („twarde“) stało się podczas trwania ucisku zupełnie niemiarowem, z falami o różnym napięciu, a po zdjęciu uciskających gum przybrało charakter rytmicznego, dwubitnego, z którego dopiero po 10 minutach przeszło w początkowo spostrzegane bardzo mocno napięte.

Słowem, w ciągu doświadczeń K a t z e n s t e i n'a miałem wielokrotnie możliwość stwierdzenia różnych zmian w napięciu tętna zachodzących w ciągu kilku do kilkunastu minut. Kierunek tych zmian w napięciu tętna, jak zaznaczyłem, bynajmniej nie zawsze odpowiadał kierunkowi spotrzeganych podczas tych doświadczeń wahań w ciśnieniu krwi. W jednych przypadkach tętno stawało się bardziej napiętem przy spadku ciśnienia, w innych—częściej—tętno stawało się mniej napiętem, resp. dwubitnem, właśnie wtedy, gdy ciśnienie krwi w tętnicach, jednocześnie mierzone i zapisywane, wzrastało się o 15^{mm} do 20^{mm} i więcej. Dysharmonia ta pomiędzy zmianami w napięciu tętna, a notowanemi wahaniami w ciśnie-

niu krwi dotyczy zarówno danych, otrzymanych za pomocą przyrządu G a e r t n e r'a, jak i R i v a - R o c c i.

W kilku przypadkach w samym początku trwania ucisku tętnic biodrowych wielkość fali na papierze powiększała się bardzo wyraźnie, ale przemijająco.

Wreszcie co do zmian o charakterze tętna (celeritas et tarditas, szybkość i wolność), to zauważyłem w wielu przypadkach (choć nie we wszystkich), że już samo doprowadzenie ciśnienia krwi w tętnicy ramieniowej do normy, przy określaniu ciśnienia minimalnego za pomocą przyrządu R i v a - R o c c i, wpływa na to, że fale, poprzedzające powrót ich wyglądu do normy, są, w stosunku do tej ostatniej, wyraźnie „wolniejsze“, t. j. mają wierzchołek daleko wyraźniej zaokrąglony. Uderzyło mnie to szczególnie w dwóch przypadkach niedostateczności zastawek aorty. Właściwie niema to więc nic wspólnego ze zmianami w wyglądzie wierzchołka tętna podczas wykonywania próby K a t z e n s t e i n'a. W jednym jednak przypadku (diabetes mellitus) podczas wykonywania jednego z doświadczeń K a t z e n s t e i n'a na tym chorym zauważyłem, że tętno, które było przed uciskiem zupełnie normalne, stało się tak wolnem, t. j. dostało na wierzchołku tak wielką płaszczyznę, jakiej u nikogo dotąd nie spostrzegałem. Zmierzyłem za pomocą zegara stygmografu J a q u e t'a na falach, puszczonech w szybkim tempie, że wierzchołek tętna trzymał się na jednej wysokości 0,48^{mm}. Analogiczna płaszczyzna powstawała też na spostrzeganych jednocześnie bardzo wyraźnych falach zwrotnych tego samego tętna. Cały ten fenomen, którego objaśnić sobie nie potrafię, trwał z górą 6 minut i stopniowo znikł. Notuję dla ścisłości, że miało to miejsce przy jednoczesnym podniesieniu się ciśnienia krwi (PG + 5^{mm} i PRR + 15^{mm}) i że tętno wróciło do pierwotnego swego wyglądu dopiero po spadku ciśnienia poniżej pierwotnej normy po zdjęciu z bioder gum (PD - 10^{mm}, PRR - 15^{mm}).

Czasami zmiany w wyglądzie krzywej tętna uwidoczniają się dopiero po zdjęciu gum, zaciskających tętnice biodrowe. I tu zmiany mogą odbywać się w różnym kierunku, chociaż dotyczą prawie wyłącznie zmian w samym napięciu. Spostrzegałem np. przy tem przejście tętna zwykłego w poddwubitne (u 3-chorych) lub naddwubitne — u pewnego chorego na zapalenie płuc w 5 dni po kryzisie. U innego chorego tętno stało się naddwubitnem ze zwyczajnie „miękkiego“.

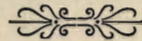
W innym wreszcie przypadku zapalenia nerek tętno, które było przed uciskiem tętnic biodrowych i podczas tego ucisku bardzo mocno napiętem („rogate“), stało się nagle po przerwaniu tego ucisku miękkim, przechodząc stopniowo w normalne w ciągu 3-ch minut i odzyskując swój pierwotny wygląd bardzo napiętego, „rogatego“ dopiero po 10 minutach. — Choć zaznaczałem już poprzednio, że kierunek zmiany w napięciu tętnicy, resp. tętna, w biegu moich doświadczeń, nie stał w żadnym związku z kierunkiem lub stopniem zmian w ciśnieniu krwi, dodaję jednak dla ścisłości, że ostatnio opisane zachowanie się napięcia tętna przypadkiem miało miejsce przy nagłym znacznym spadku ciśnienia krwi natychmiast po zdjęciu gum, zaciskających tętnice biodrowe, a mianowicie z PG 183^{mm} do PG 139^{mm}, czyli—44^{mm}, i z PRR 193^{mm} do PRR 166^{mm}, czyli—27^{mm}. Swój wygląd poprzedni bardzo mocno napiętego tętno to przybrało (przy ciągle jednakowej liczbie uderzeń) już po podniesieniu PG o 24^{mm} i PRR o 8^{mm}, przez co pierwsze zrównało się z tem, jakie miało miejsce przed rozpoczęciem ucisku, a drugie nie doszło jeszcze do swej poprzedniej normy o 6^{mm}.

Podobnie, jak prawie wszystkie zjawiska w tętnie i w ciśnieniu krwi podczas doświadczeń metodą Katzenstein'a, nie dają się należycie objaśnić przy obecnym stanie naszej techniki klinicznej, stosowanej przy badaniu czynności serca, tak samo nie jest dla mnie zupełnie zrozumiałem, dlaczego u jednych chorych zmiany w wyglądzie tętna zachodzą podczas trwania ucisku, u innych zaś mają miejsce dopiero po przerwaniu omawianego ucisku. Początkowo sądziłem, że da się tu wykazać jakiś stosunek do stanu sprawności serca. Po bliższym jednak rozpatrzeniu zebranego materiału przekonałem się, że związku pomiędzy temi faktami również ustalić nie można.

Piśmiennictwo:

1. Romberg. Podług № 5 i 8.
2. Graepner. Podług № 5 i 8.
3. Winternitz. Verhandl. des k. ver. f. inn. med. 1886.
4. Cybulski. St. Petersb. med. Woch. 1878, oraz „Przeg. L.“ 1886, № 22—26.
5. Katzenstein. Deut. med. Woch. 1903. № 22 i 23, str. 807 i 845.
6. Katzenstein. Deut. Zeitschrift f. Chir. Bd. 77.
7. Katzenstein. Medicinische Klinik. 1906. № 40, p. 1035—1037.
8. Levy Fritz. Zeitschrift f. kl. med. 1906. Bd. 60, p. 74—86.
9. Fellner B. Deut. Arch. f. kl. med. 1906. Bd. 88, p. 1—35.

10. Strassburger J. Zeitschrift f. kl. med. 1904. Bd. 54. H. 5—6, p. 373—407.
11. Strassburger J. Deut. Arch. f. kl. med. 1905. Bd. 82, H. 5—6, p. 459—494.
12. Senator. Deut. med. Woch. 1903. № 4
13. Krehl. Deut. med. Woch. 1905. № 47.



Gruźlica a ciąża.

(Z oddziału położniczego szpit. im. małżonk. Poznańskich).

Podał Dr. Józef Saks.

W źródłowej pracy, umieszczonej w zeszycie pierwszym „Czasop. Lek.“ za rok bieżący, zapoznał kol. Sterling czytelników z współczesnymi poglądami najwybitniejszych uczonych na wpływ ciąży i porodu na przebieg gruźlicy płuc i krtani. Aczkolwiek panuje niejednolitość poglądów co do pożyteczności przerywania ciąży w tym lub innym jej okresie u osoby, gruźlicą płuc dotkniętej, powszechna panuje zgoda, że ciąża, a szczególnie okres połogowy na cierpienie gruźlicze płuc i krtani niezwykle ujemnie oddziałują. A jeżeli tak sprawa się ma, pierwszym zadaniem naszym, jako lekarzy, jest zapobieganie ciąży u osób gruźlicą dotkniętych lub tem cierpieniem zagrożonych, a w małżeństwie żyjących.

Kwestya środków ciąży zapobiegających, a stanowiących ogromny artykuł handlu i wyzysku, i bardzo powszechnie używanych, w piśmiennictwie naukowym bardzo mało bywa omawiana, ze względu na pewne antyspołeczne według współczesnych pojęć wyzyskiwanie tych środków; konieczność jednak zastosowania środków zapobiegawczych u osób, dotkniętych rozmaitemi cierpieniami, zmusza nas pozostawić na boku niesłuszną w danym przypadku i fałszywą pruderyę.

Najradykałniejszym środkiem do naszego celu byłaby bezwzględna wstrzeźliwość płciowa kobiety, gruźlicą dotkniętej—środek uzasadniony, jako czasowy, w praktyce na długą metę zastosowania znaleźć nie może; odosobnienie bowiem fizyczne wywołałoby wśród najidealniejszego nawet małżeństwa po czasie jakimś odosobnienie moralne, a co z tego wypływa, zniszczyłoby podstawy współżycia małżeńskiego. Jeżeli zgodzić się nawet z poglądem, wypowiedzianym przez wielu lekarzy, że bezwzględna wstrzeźliwość płciowa nie odbije się

ujemnie na zdrowiu, co według mego zdania, o tyle tylko jest słuszne, że choroby nie wywołuje, spowodować jednak może dużo zbroczeń w psychice, a nawet w kształtach osób bezwzględnej wstrzeźliwości płciowej hołdujących, że wspomnę tu tylko o starych pannach — przymusowe pozbycie się tego „nałogu“ dla większości osób, zmuszonych do tego ze względu na żonę, bynajmniej łatwe nie będzie. Wobec cierpienia nas interesującego należy się jeszcze zastanowić, czy przy omawianem cierpieniu pobudliwość płciowa nie bywa wzmożona. U mężczyzn, gruźlicą dotkniętych, stwierdzić się daje wzmożoną libido sexualis; powszechnie wiadomą jest rzeczą, że zbytni hołd Wenerze u osobników z dość daleko posuniętem cierpieniem gruźliczem płuc bynajmniej nie jest sprawą rzadką; u kobiet, będących naogół mniej pożądanymi, wzmożonej pobudliwości płciowej przy cierpieniach płuc zauważyć się nie udaje.

Jeżeli zatem bezwzględnej wstrzeźliwości płciowej à la longue ze względów najrozmaitszych zalecić nie możemy, wypada nam uciec się do innych środków. Najpewniejszym środkiem jest sterylizacja kobiety za pomocą zabiegu operacyjnego, który rzadkie zastosowanie zresztą znaleźć może, chyba jako dodatkowy podczas innej dla zdrowia pacjentki niezbędnej operacji w jamie brzusnej lub na narządach rodzajnych. Operacja nas interesująca polegała początkowo na podwiązaniu dwustronnem obu trąbek Fallopiusza, praktyka jednak przekonała, że chore zachodziły niekiedy po tym zabiegu; otóż okazało się, że podwiązane trąbki po czasie jakimś stawały się drożne. Chwycono się wówczas zabiegu radykalniejszego; po podwiązaniu trąbek w dwu miejscach na pewnej odległości jedno od drugiego, część trąbki pomiędzy nawiązkami wycinano — lecz natura i tutaj zwalczała sztukę — chore w ciążę zachodziły; w ostatnich przeto czasach wycinają maciczną część trąbki i ranę zaszewają, jak dotychczas z rezultatem pożądanym. Niektórzy autorowie zalecali dla naszych celów wywołanie niedrożności przewodu macicznego za pomocą energicznego przyżegania jamy macicy parą, gorącym powietrzem (vaporisatio według Pinkusa) lub środkami chemicznymi np. zinco chlorato; metoda ta jest 1) niepewna, a 2) może wywołać bardzo przykre i groźne skutki w postaci częściowego haema-

metra na przypadek niezupełnego zarosnięcia jamy macicznej.

Zabiegi zatem operacyjne niezwykle wyjątkowe zastosowanie znaleźć mogą; zwykle uciekamy się do innych środków, które omówić właśnie zamierzam. Bardzo często zalecany bywa coitus interruptus, który z łatwo zrozumiałych przyczyn często zawieść może; ta postać spółkowania prócz tego często odbija się bardzo przykro na obu stronach. Wielu mężczyzn skarży się na mnóstwo dolegliwości nerwowych przy tej postaci spółkowania; u kobiety ta forma spółkowania również często wiele objawów przykrych, a nawet cierpień ginekologicznych wywołać może, a to ze względów następujących: kongestia narządów płciowych kobiety, wywołana podczas stosunku płciowego, zwolna po normalnym stosunku ustępuje; cofnięcie się zaś mężczyzny na wysokości i najsilniejszego podrażnienia płciowego pozostawia przykre, a niekiedy wprost bolesne uczucie pełności, zależne od przedłużającego się przekrwienia, które łatwo wywołuje najrozmaitsze cierpienia w postaci zapaleń jajników, przewlekłych nieżytych macicy, a może i innych cierpień. W tem miejscu małeńka uwaga — coitum interruptum właściwie aktem onanistycznym nazywać by należało; biblijny bowiem Onan nie samogwałt stosował, lecz coitum interruptum z bratową swą uprawiał.

Spółkowanie przez kondony za względnie najpewniejszy sposób zapobiegania ciąży uważać należy, ale pod jednym warunkiem nieprzyjemnym, iż przed spółkowaniem kondon na jego nieprzepuszczalność wypróbowany być winien: każdy bowiem lekarz ma sporo przypadków, w których kobiety zachodziły po spółkowaniu per kondom, co tłumaczy się niewidzialnym dla oka, dostępnym jednak dla nitek nasiennych drobnutkiem uszkodzeniem kondonu. Przy tej formie spółkowania kobiety czują się naogół dobrze, b. wielu zaś mężczyzn absolutnie takich stosunków znieść nie może — nie zadawalniają one ich chuci i osłabiają popęd płciowy

Obszerne zastosowanie znajdują w praktyce t. zw. pessaria oclusiva, które przy umiejętnem założeniu i odpowiedniej wielkości i irygacji pochwowej wodą przegotowaną lub wodą z octem zaraz po stosunku lub rano dnia następnego dają bardzo dobre wyniki w sensie zapobiegania ciąży. Wianek taki może naogół przez kilka tygodni w pochwie leżeć bez usuwania go (przed każdym pe-

ryodem usuwany bywa, po peryodzie znów zakładany); u wielu jednak kobiet obecność stała wianka wywołuje podrażnienie pochwy w postaci gryzącego wycieku; u kobiet zaś, dotkniętych nieżytem macicy, wklęsłość wianka wypełnia się szybko wyciekiem, który, nie mając odpływu, kolkę brzuszną spowodować może. W handlu znajduje się dużo postaci wianków wewnątrzmacicznych — bezwzględnie szkodliwosc wszystkich takich przyrządów, sprzedawanych pod najrozmaitszymi pięknymi nazwami, stwierdzić tutaj winienem (rezultat zresztą nie jest bezwzględnie pewny) — łatwo bowiem zapalenia najrozmaitsze, a nawet przedziurawienie macicy wywołać one mogą.

Śród publiczności bardzo są rozpowszechnione i cieszą się zaufaniem rozmaite środki zapobiegawcze w postaci gąbek, silnie reklamowanych proszków, pigułek lub czopków, zawierających przeważnie środki odkażające, w rodzaju sublimatu, chinosolu, formaliny i t. d., zabijających w retorcie nitki nasienne, zbyt często zaś zawodzących w zastosowaniu praktycznym.

Tyle o najrozmaitszych środkach, ciąży zapobiegających, teraz wypadnie nam zająć się kwestyą postępowania lekarskiego na wypadek ciąży u kobiety, gruźlicą dotkniętej.

Jeszcze w połowie ubiegłego stulecia poglądy na wpływ ciąży na gruźlicę płuc były zgoła odmienne od terażniejszych — małżeństwo było uważane niejako nawet za środek leczniczy dla dotkniętych gruźlicą dziewcząt. Zdanie to opierało się na powadze wielu wybitnych uczonych; późniejszym dopiero badaczom szeregiem ścisłych a smutnych obserwacji udało się obalić ową legendę. Kol. Sterling w swej pracy zapoznał czytelników z rezultatami terapeutycznymi, otrzymanymi przez rozmaitych autorów przy wywoływaniu poronień u kobiet gruźlicą dotkniętych, ja zaś ograniczę się do podzielenia się z czytelnikami obserwacjami przezemnie poczynionymi. W ostatnich latach ubiegłego stulecia obserwowałem kilka przypadków ciężarnych, dotkniętych gruźlicą płuc lub krtani; we wszystkich przypadkach sprawa chorobowa w okresie połogowym bardzo się pogarszała; w dwu przypadkach gruźlicy krtani stan chorej podczas porodu był tak groźny, że zamierzaliśmy już dokonać tracheotomii (w jednym z tych przypadków zabieg ten okazał się koniecznym w okresie połogowym); wszystkie przypadki gruźlicy krtani, których

obserwowałem w owym czasie cztery, zakończyły się śmiercią w okresie połogowym.

Od roku 1903 racjonalność wywoływania poronienia na początku ciąży u osób, gruźlicą dotkniętych, była już niejako przez większość lekarzy za słuszną uznana, od tego też czasu częściej do tego zabiegu się uciekałem. W tem miejscu winienem stwierdzić, że przerywanie ciąży było przez nas stosowane tylko w pierwszych jej miesiącach; wywoływanie zaś porodu przedwczesnego uważam za bezcelowe — przebieg bowiem porodu w późniejszych miesiącach ciąży jest bardzo zbliżony do przebiegu porodu u kresu ciąży; wszystkie zatem momenty etyologiczne, wywołujące pogorszenie cierpienia płuc w okresie połogowym, przy sztucznie wywołanym porodzie przedwczesnym tę samą rolę odegrać mogą; w przypadkach przeto daleko posuniętej ciąży, u osób gruźlicą płuc dotkniętych, zalecam leczenie objawowe, dzięki czemu udało się nam otrzymać przynajmniej dziecko żywe. Bardzo wielu lekarzy wypowiada coprawda pogląd, że z życiem dziecka zgoła rachować się nie należy, i że z punktu widzenia społecznego jest rzeczą nawet pożyteczną ustrzeżenie społeczeństwa przed przyszłą jednostką gruźliczą. Ten motyw nie wytrzymuje jednak krytyki; zgoła bowiem nie jest sprawą dowiedziona, że z matek gruźliczych potomstwo chore na gruźlicę *zawsze* zrodzone zostaje — posiadamy mnóstwo obserwacji, wprost temu przeczących, choć nie ulega najmniejszej wątpliwości, że obciążenie dziedziczne przy gruźlicy niepoślednią rolę odgrywa. Punkt widzenia korzyści społecznej również z poważnymi zarzutami spotkać się może: w konsekwencji bowiem należałoby przerywać ciążę u osób, dotkniętych cierpieniami umysłowymi, przymiotem, epilepsyą i t. d. lub które zaszły od osób, powyższymi cierpieniami dotkniętych, a każdy przyzna, że te motywy dalekoby nas zaprowadzić mogły.

Od roku 1904 do czasu ostatniego w pięciu przypadkach przerywałem ciążę sztucznie; w innych przypadkach w tym czasie obserwowanych, stosowałem leczenie objawowe, czy to ze względu na daleko posuniętą ciążę lub daleko posuniętą sprawę chorobową w płucach; wszyscy bowiem się zgadzają, że w przypadkach cierpienia płuc daleko posuniętego przerywania ciąży jest bezcelowe a może i nawet szkodliwe. Przypadki moje sztucznego przerywania ciąży, bardzo pouczająco

jące pod wielu względami, są następujące:

Przypadek I.

(Tuberculosis laryngis et pulmonum. Abortus artificialis).

W sierpniu 1904 r. skierowaną została do mego oddziału położniczego przez kol. Przedborskiego 27-letnia Katarzyna K., która rodziła już 6 razy i raz 1 roniła, z dzieci żyją tylko dwoje; ostatni poród miał miejsce przed 1½ rokiem. Chora, według jej słów, zawsze zdrową była; przy więcej szczegółowych jednak wywiadach okazało się, że przed dwoma laty ukazywało się trochę krwi w płwocinie. Chora oblicza, że jest w 11 tygodniu ciąży; przed 7 tygodniami wystąpiła chrypka. Kol. Przedborski stwierdził u chorej gruźlicę krtani, kol. zaś Sterling nacieczenie gruźlicze w wierzchołkach płuc. Wygląd chorej dobry p—84; ciepłota ciała rano zwykle normalna, wieczorami przekracza 38°C, niekiedy dochodzi do 38,5. E consilio z kol. Przedborskim i Sterlingiem uradziliśmy wywołać abortum articulaem, co też uskuteczniłem. Sprawa chorobowa po poronieniu zgoła nie osłabła, i jak się prywatnie dowiedziałem, chora w kilka miesięcy później zmarła wskutek coraz silniej rozwijającej się gruźlicy płuc i krtani.

Przypadek II.

W listopadzie r. 1904 skierowaną została do mego oddziału przez kol. Sterlinga Małka F., 37 lat licząca, która rodziła już 6 razy; 5 dzieci zupełnie zdrowo żyje; maż chorej od 7 lat kaszle i parę razy pluł krwią. Choroba pacjentki datuje od 2 lat; kilka razy ukazywała się krew w płwocinie, niekiedy obficie. Chora od 8 tygodni nie ma peryodu, który zwykle prawidłowo się zjawiał; przed tygodniem wystąpił u chorej obfity krwotok płucny. Chora blada, prawidłowo odżywiona, p—40, status afibrilis. Kol. Sterling stwierdził u chorej nacieczenie gruźlicze w obu wierzchołkach płuc z krepitacjami i rozlany nieżyt oskrzeli. Przy badaniu ginekologicznem stwierdziłem ciążę, odpowiadającą mniej więcej 8 tygodniom. Ze względu na bezgorączkowy stan chorej, niezbyt daleko posuniętą sprawą chorobową w płucach, postanowiliśmy dokonać u chorej poronienia sztucznego, co też zostało uskutecznione; przebieg poronienia i okresu po poronieniu był najzupełniej

normalny. Po tygodniu chora została przepisana na oddział kol. Sterlinga, gdzie poprawiła się względnie; w danym wypadku sprawa chorobowa została niejako powstrzymana.

Przypadek III.

W maju r. 1905 zgłosiła się do szpitala Jachet M., 36 lat licząca, w ciąży będąca po raz dziewiąty; 5 dzieci zdrowych żyje; bracia, siostry i rodzice chorej są zdrowi. Przed półtora rokiem podczas ostatniej ciąży, chora zaczęła kaszleć; po porodzie kaszel ustał i chora czuła się naogół zdrową. Od 6 tygodni chora czuje się osłabioną, silnie kaszle i zjawiała się chrypka; od 14 tygodni chora nie ma peryodu, przypuszcza przeto, że jest w połowie 4-go miesiąca ciąży; w płwocinie dużo laseczników gruźliczych (kol. Serkowski); st. afibrilis, p—120. Chora dobrze odżywiona, o dobrym wyglądzie; w płucach przy opukiwaniu nie udaje się stwierdzić zmian (kol. Sterling), przy wysłuchiowaniu stwierdza się zaostroszony oddech w wierzchołkach płuc. E consilio z kol. Sterlingiem uradziliśmy przerwać ciążę u chorej ze względu na niedaleko posuniętą sprawę chorobową w płucach, co też zostało uskutecznione. Przebieg poronienia i okresu pooperacyjnego najzupełniej normalny. Po poronieniu kaszel cokolwiek złagodniał i chora wypisała się ze szpitala po 2 tygodniach w stanie zdrowia względnie pomyślnym.

Przypadek IV.

W końcu grudnia r. 1905 skierowaną została na oddział mój przez kol. M. Cohn'a 25-letnia Ryfka W., która raz jeden rodziła na czasie, a następnie roniła 3 razy w 8 tygodniu ciąży; teraz chora oblicza, że jest w 4 miesiącu ciąży. Chora naogół była jakoby zdrowa; przed 6 tygodniami chora dostała krwotoku płucnego, po którym kaszel zaczął ją męczyć. Chora prawidłowej budowy, niezłe odżywiona, p—138, r—45 przez minutę; chora bardzo osłabiona; ciepłota ciała w przeciągu dni kilku przedstawia się w sposób następujący:

38,0	wieczór	1	39,2	1	39,3	i t. d.
37,2	rano		38,1		38,2	

Chora sypia bardzo mało z powodu dręczącego ją kaszlu. Zmian wybitnych w płucach nie udaje się stwierdzić: w dolnej części prawego płuca przytłumie-

nie odgłosu opukowego, w wierzchołkach płuc oddech cokolwiek zaostrzony. Przez kilka dni zastanawialiśmy się z kol. Sterlingiem, czy dokonać poronienia sztucznego u chorej, tak silnie gorączkującej. Szybki rozwój sprawy chorobowej podczas ciąży, względnie nieznaczne zmiany w płucach kazały nam przypuszczać, że po przerwaniu ciąży sprawa chorobowa może się wstrzymać. Przebieg poronienia był bardzo powolny; dopiero w tygodniu po rozdarciu pęcherza odszedł płód; przez czas ten chora wciąż gorączkowała, kaszel bardzo męczył chorą, chudła ona z dniem każdym. Łóżysko wypadło usunąć ręcznie ze względu na krwawienie po odejściu płodu. Nadzieje nasze na powstrzymanie się sprawy chorobowej najzupełniej nas zawiodły i gorączka wciąż była bardzo wysoka, upadek sił coraz wyraźniejszy, zmiany w płucach wybitniejsze i chora w 10 dni po poronieniu zmarła.

Przypadek V.

W marcu r. 1906 skierowaną została do szpitala przez kol. Kaufmana 39-letnia Fajga C., która rodziła 4 razy; ostatni poród miał miejsce przed 2 laty. Według słów chorej jest ona w końcu 4-go miesiąca ciąży. Chora była naogół jakoby zawsze zdrową; dopiero od 6 tygodni zaczęła kaszleć i chudnąć; szczególnie silny kaszel datuje od 8 dni. Chora drobnej budowy, marnie odżywiona, kolor twarzy ceglasty, p—126 na minutę, T⁰ 38,9, bezsenność z powodu kaszlu męczącego; wielkość macicy odpowiada 4-mu miesiącowi ciąży. W prawym wierzchołku wybitne przytłumienie odgłosu opukowego i słychać mnóstwo rzeżeń; ze względu na wysoką ciepłotę ciała przy dość znacznych zmianach w płucach, byliśmy niezdecydowani, czy przerwać ciążę u chorej (ciepłota wieczorami prawie zawsze przekraczała 39° C). Pomyślny stan zdrowia chorej przed ciążą i niezwykle szybki postęp choroby podczas ciąży skłonił nas w tym przypadku ciężkim do zabiegu, w przypuszczeniu, że z przerwaniem ciąży, czynnika w danym przypadku bardzo ujemnie oddziaływającego na sprawę chorobową w płucach, sprawa ta może powstrzymaną zostanie. Poronienie nastąpiło w 4 dni po rozszerzeniu macicy i rozdarciu pęcherza. Nadzieje nasze były jednak złudne; ciepłota ciała wciąż była wysoka, stan w płucach wciąż się pogarszał. Chora przepisana została

na oddział wewnętrzny, gdzie wkrótce do tała bardzo silnego krwotoku płucnego i w dwa tygodnie od daty przepisania na oddział wewnętrzny wskutek szybko postępującej sprawy chorobowej w płucach zmarła.

Parę słów o technice wywoływania poronienia sztucznego: niektórzy autorzy zalecają w pierwszych tygodniach ciąży, po rozszerzeniu macicy, opróżnić ją za pomocą łyżeczek na jednym posiadzeniu. Zabieg ten jest połączonej z obfitą utratą krwi, co odbija się na chorych bardzo ujemnie; uważam przeto ten sposób przerywania ciąży przy gruźlicy za niewłaściwy i zalecałbym rozszerzanie macicy za pomocą rozszerzadeł Hegara i wytamponowanie macicy, nie zaś tylko szyi macicznej, za pomocą gazy jodoformowej, którą usuwam dnia następnego. Właściwe też jest rozszerzanie macicy za pomocą laminarii, zakładanej do szyi macicznej na przeciąg 24 godzin. Skurcze maciczne, skuteczne w sensie pozbycia się macicy jej zawartości, występują niekiedy dopiero po 5—6 dniach, utrata krwi w tych razach bywa bardzo nieznaczna. Gdyby poronienie w 3—4 dni po wytamponowaniu macicy nie wystąpiło, można ten zabieg powtórzyć, spieszyć się jednak zbytnio nie należy—przedej bowiem lub cokolwiek później poronienie następuje. Wobec ciąży cokolwiek posuniętej (w 3—4 miesiącu) postępuję w sposób następujący: rozszerzani szyję maciczną dilatorami Hegara do numeru mniej więcej 12-go (u wielorodek daje się to bez wielkiego bólu uskutecznić, u będących w ciąży po raz pierwszy zadowolnić się można ze względu na bolesność rękoczynu mniejszymi numerami); korncangiem rozdieram pęcherz płodowy i wypełniam macicę gazą jodoformową, którą usuwam dnia następnego. Naogół należy stwierdzić, że macica szybko na ten rękoczyn nie reaguje i dopiero po dniach kilku zawartości swej się pozbywa; na wypadek krwawienia lub zjawienia się ciepłoty podwyższonej należy usunąć jajo płodowe dużymi skrobaczkami lub co właściwsze, bezpieczniejsze i pewniejsze ręcznie w uspieniu chloroformowem. Tyle o technice zabiegu. Powracając do rezultatów, osiągniętych przez nas, należy stwierdzić, że nie są one zbyt zachęcające. W dwóch przypadkach z przebiegiem bezgorączkowym cierpienia rezultat był pomyślny w sensie niepostępowania choroby; w przypadku gruźlicy krtani i w dwóch ostatnich

przypadkach rezultat był fatalny. Co się tyczy ostatnich przypadków, nie mogę pozbyć się myśli, że wywołanie poronienia nie tylko nie powstrzymało sprawy chorobowej, ale przyczyniło się do zejścia śmiertelnego; narzuca się też przypuszczenie, czy w tych przypadkach w okresie po poronieniu nie odgrywały roli szkodliwej te same, bliżej nam nieznanne momenty etyologiczne, które wywołują zwykle pogorszenie wybitne w okresie połogowym po porodzie czasowym.

Bądź co bądź należy stwierdzić fakt, że przerwanie ciąży sztuczne, i to w pierwszych jej miesiącach, wskazane być może li tylko w przypadkach gruźlicy płuc początkowej i bezgorączkowej; zastanowić się zaś bardzo należy nad tym zabiegiem w cokolwiek późniejszym okresie ciąży; wprost zaś należy uważać przerwanie ciąży sztuczne za szkodliwe i nawet niebezpieczne przy postaciach gruźlicy płuc, przebiegającej ze stałym podniesieniem ciepłoty ciała.



Jeszcze o medycynie wiejskiej.

Podał Dr. N. Czarnocki
(Filipowicze, gub. mińska).

Gdzie jeszcze istnieje naród, tam nie pojmuje on państwa i nienawidzi go, jako złego spojżenia i grzechu w obyczajach i prawach.

Tenci znak dają ja wam: każdy naród mówi swoim językiem dobra i zła; nie rozumie sąsiad mowy tej. Własną mowę wynalazł sobie naród każdy w prawach i obyczajach.

Państwo wszakże ize we wszystkich językach dobra i zła; cokolwiek rzeknie, skłamię— a cokolwiek posiada, skradzionem to jest.

„O nowym bożku“.

Nietzsche.

Stan obecny medycyny publicznej w Królestwie i projekty zreformowania jej w przyszłym samorządzie znam ze zbiorowej pracy lekarzy warszawskich i artykułów „Czasopisma Lekarskiego“. Osobiście doświadczenie w omawianej kwestyi czerpię z dwunastoletniej praktyki wiejskiej w gub. białorusko-litewskich, krótkiej praktyki w zamożnem ziemstwie gub. besarabskiej, a teraz w pseudo-ziemstwie gub. mińskiej, wprowadzonem przed paru laty.

Nie znam w całości projektu Bierackiego. Ze zbiorowego wydawnictwa dowiaduje się, że głosuje on za oddaniem wyboru lekarza w ręce samej gminy, co i autor tego wydawnictwa popiera. Najzupełniej podzielam trafność krytycznej oceny rosyjskiego ziemstwa i bezgranicznie bezpłatnej pomocy ambulatoryjnej w artykule Biegańskiego.

Różnica warunków obecnych u nas a w Królestwie nie wydaje mi się zbyt wielką. Królestwo ma wyższy poziom kulturalny ogółu ludności i jeszcze niższy stan medycyny publicznej niż my.

Królestwo żyje nadzieją autonomii i u nas bez niej nie może być mowy o gruntownem podniesieniu medycyny publicznej. I tu i tam instynkty i zdolności do samorządu muszą być na razie bliskie zaniku wskutek nieużywania. Ten przyszły kulawy i ślepowy samorząd nie łatwo pozbędzie się remanentów i nałogów biurokratycznych, a roboty będzie miał ogrom. Niech przynajmniej niewprawnymi rękami nie obejmuje zbyt wiele dziedzin życia naraz. W krytyce instytucji ziemskich nie znajduję jeszcze jednego ważnego punktu. Ten sam zarząd ziemski gubernialny, czy powiatowy dźwiga rolnictwo i przemysł, naprawia drogi, organizuje szkolnictwo i medycynę ludową, przy tem, jak słusznie mówi Biegański „chce koniecznie odegrywać rolę władzy, nieraz bezwzględnej“. Trudno uwierzyć w ludzi zdatnych jednocześnie do wszystkiego, choćby to byli ludzie z wyboru. Stanowczo głosuję za tem, żeby te wszystkie mniej więcej odległe od gminy zarządy zupełnie uwolniły medycynę ludową z pod swojej opieki i tem ulżyły sobie i jej. Prywatne umowy najrozmaitszego typu między gminami, czy dobrowolnymi związkami gmin, a lekarzami wydają mi się najtrwalszą podstawą przyszłego rozwoju lecznictwa ludowego i najlepszą szkołą prawdziwego kooperatywu i samorządu w innych, jeszcze ważniejszych dziedzinach życia. Niech ani państwo, ani dalej stojące od gminy organy samorządu, nie od gminy nie biorą i nie jej nie dają. Ostatecznie cóż one dać mogą? Mogą tylko zwrócić część tego, co wezmą od tychże gmin w postaci ogólnych lub specjalnych podatków. A dodać mogą tylko pewien przymus i zwłokę w wydatkowaniu tych środków i szablonów opracowanych przez ludzi do wszystkiego, a nie zawsze odpowiadających najlokalniejszym warunkom. Nie należy tu tworzyć żadnego nowego ogólnego systemu. Należy oczekiwać

wszystkiego jedynie od naturalnego wzrostu z dołu w górę istniejących zarodków samopomocy społecznej. Nawet taka wszechświatowo centralistyczna instytucja, jak kościół katolicki, tym najprostszym decentralistycznym sposobem mnożył u nas swoje przybytki dawniej i mnoży teraz ze zdumiewającą szybkością, jak tylko pozbył się krępującej opieki. W mojej okolicy z ludnością bardzo mieszaną pod względem wyznaniowym i narodowościowym odczucie potrzeby zdołu i energia paru księży to sprawiły, że w promieniu paromilowym budują się trzy nowe kościoły, oczywiście bez żadnej pomocy rządu lub samorządu, nawet bez pomocy gminy, gdyż ona nigdzie u nas nie jest wyznaniowo jednolita.

Czyż my, lekarze, biorąc w swoje ręce inicjatywę budowy instytucji lekarskich i organizacji bratniej pomocy dla niezamożnej ludności, znajdziemy się w warunkach znacznie gorszych, niż księża w budowie kościołów? Sądzę, że nie. Nam żadna różnolitość ludności na przeszkodzie nie stanie. Nie żyjemy w wiekach średnich. Troska o to, żeby umrzeć dobrze, po katolicku, nie jest dziś więcej rozpowszechniona, niż troska o to, żeby być zdrowym i nie umrzeć przed czasem. W miarę naprawy ogólnych warunków zewnętrznych wartość ludzkiego życia i u nas wzrastać będzie. Niech dziś zostaną sparaliżowane wszelkie instytucje, opiekujące się medycyną, staniemy oko w oko z przedstawicielami gmin i, po za przemijającym okresem nieuniknionej nieorganizacji, nie widzę w tem nic groźnego, ani dla ludności, ani dla nas. Jesteśmy wzajemnie sobie potrzebni i ułożymy swoje stosunki w każdym poszczególnym wypadku zależnie od wzajemnych potrzeb, sił, kwalifikacji osobistych i nawet upodobań.

Oto jak mi się przedstawia wprowadzenie w życie tej zasady.

Po przejściu wszystkich szpitali do rozporządzenia gmin, w których się znajdują, krótkie wyciągi ksiąg szpitalnych za lata ostatnie wskażą, jaki teren, jakie gminy sąsiednie były i będą nadal na razie obsługiwane przez dany szpital. Tworzy się komitet z lekarzy pracujących w danym szpitalu, czy szpitalach, jeżeli chodzi o większe miasto, i pełnomocników gmin zainteresowanych dalszą ich egzystencją, specjalnie ad hoc wybranych. Komitet układa projekt reform i budżet szpitali. Jego delegaci bronią tego projektu wobec instytucji samorządnej, ukła-

dającej ogólny budżet gminy i dopasowują do niego budżet szpitalny.

Zajmę się szczegółowiej projektem organizacji medycyny wiejskiej, jak mi się on przedstawia na tle stosunków istniejących u nas.

Mamy od paru lat biurokratyczną kopię ziemstwa rosyjskiego, która naturalnie łączy w sobie wady ziemstwa rosyjskiego z wadami biurokracji.

Oto parę rysów tej niezdolnej do życia istoty. Władzę stanowi urząd powiatowy do spraw gospodarstwa ziemskiego, nad nim stoi gubernialny; budżet zatwierdza minister. Ruch papierów niezmiernie ożywiony, ruch pieniędzy znaczny, ale bardzo wolny i nieprodukcyjny, poza tem zastój rozpaczliwy. Jeżeli rzecz najpilniejsza i najłatwiejsza utknie, to urząd powiatowy ma dogodność złożenia odpowiedzialności na gubernialny i wzajemnie. Ale ostatecznie wydaje się na medycynę znacznie więcej, niż w Królestwie, jeżeli uznać tu i tam powiat za jedno. W każdym powiatowym mieście mamy szpital na 20—30 łóżek, prócz tego 2—3 szpitale w powiecie po 2—15 łóżek. Każdy szpital ma obsługiwać 5—6 włości (gmin włościańskich) — około 40 tysięcy ludności, w promieniu 3—5 mil. Jestem lekarzem takiego nowoutworzonego rewiru na pograniczu Polesia. Są na szpital dość obszerne budowle po rozparcelowanym majątku z pięknym parkiem; przeróbka zdecydowana i lekarz umówiony przed dwoma laty, ale faktycznie jest tylko ambulatoryum, trochę mebli, sztyld szpitalny, lekarz, i akuszerka, 3 ziemskich felczerów na punktach; gdzie ich niema gmina najmuje od siebie rocznego felczera. W ciągu pierwszych 8 miesięcy po otwarciu liczba porad ambulatoryjnych doszła do 7000. W czas roboczy, a zarazem epidemiczny, w dnie powszednie bywało do 40 chorych, w niedziele dochodziło do 100. Mniej więcej to samo, co w ziemstwach rosyjskich. Mnie uderza przede wszystkim kontrast między dziwnie łatwym i spokojnym stosunkiem do lekarza takiej rzeszy szarej ludności tam, gdzie nigdy dotychczas lekarz nie mieszkał, a szeregiem bezowocnych targañców, jakie dochodzą z góry. Na 7 tysięcy pacjentów jeden pijany w ambulatoryum, ani jednej sprzeczkki. Według przyjętego na innych punktach zwyczaju oznaczyłem czas przyjęć bezpłatnych od 10-ej do 2-ej. W dzień wyjątkowo ludny zdarzało się posiedzieć i do 6-ej, ale naogół już po upływie paru miesięcy próby przekraczania 2 godziny stają się rzadkością.

Parę dzieci z dyfterytem, parę porodów, to cała nocna turbacya w ciągu 8 miesięcy. Ale bez żadnego porozumienia z lekarzami urząd opiekuńczy świadczy ludności i lekarzom nowe dobrodziejstwo: wywiesza we włościach ogłoszenie, że we wszystkich ambulatoriach bezpłatne przyjęcie ma być od 11 do 6 godziny, a w niedzielę niema być wcale. I jedno źle i drugie niedobrze. Nie stosuję się i dziwię, że niema zatargów z ludnością, chociaż grunt gotowy.

Do charakterystyki psychicznej bezpłatnej publiczności wiejskiej jeszcze jeden szczegół, o którym wspomina Biegański, mówiąc, że absolutna bezpłatność osłabia często czynnik sugestyjny pomocy lekarskiej. Często, pomimo napisu na drzwiach i ścisłego przestrzegania obowiązującej zasady, włościanin, zatwórzony poważniejszą chorobą, usiłuje wpakować parę złotych albo i rubla i wyraźnie jest rozczarowany odmową, za którą czuje się obowiązany pocałować w rękę. Słyszy się nieraz od pacyenta, który ma pod bokiem lekarza z dość zasobną apteką, że za pół rubla dostał od felczera proszki, które lepiej pomagają.

W podobnych warunkach, tylko jeszcze jako wolnopraktykujący o dwie mile od bezpłatnego ambulatorium, sam próbowałem system porady z lekarstwem za stałą cenę (pół rubla) niezależnie od rodzaju porady, zabiegu i lekarstwa. Mogę ten system zalecić kolegom, którzy by chcieli bez wielkiego ryzyka niezależnej wiejskiej praktyki spróbować, poznać otoczenie i dać się poznać, zanim się obie strony zdecydują związać jakąś stałą umowę. Próbę uważam pod każdym względem za pomyślną. Już w pierwszym miesiącu, przy zupełnej swobodzie, od dziesiątka chorych dziennie, przeważnie chłopów, miałem to samo, co ziemstwo daje na stałe za 40 z dodatkiem bezowocnej korespondencji, zależności i t. p. Nie miałem przytem przykrości odmawiania tym, którzy pół rubla przy sobie nie mają, dawałem na kredyt, straty stąd były bardzo nieznaczne.

Wracam do systemu stałych umów z gminą, który proponuję, a który kielkuje z dołu.

Bardzo pospolity jest fakt wydawania zbiorowej zapomogi (od majątku, miasteczka i t. p.) tam gdzie lekarz nie ryzykował osiadać samodzielnie. W przedostatnich czasach było to u nas jedynym objawem dobrowolnego współdziałania rozatomizowanych stanów i narodowości. W nowogródzkim powiecie są dwie

gminy czysto włościńskie, gdzie od czasu zniesienia przez Chreptowicza pańszczyzny w końcu XVIII wieku zachował się zwyczaj zawierania trzechletniej umowy z lekarzem, co prawda na zasadach niedość racjonalnych. Lekarz otrzymywał od gmin mieszkanie i lokal na ambulatorium, kilka dziesięcin ziemi, opał i 1700 rubli rocznie. Za to obowiązany był dawać członkom gmin bezpłatnie wszelką pomoc lekarską i lekarstwa przy pomocy dwóch felczerów, których sam opłacał. Do bezpłatnego rządowego lekarza przy szpitalu miały te gminy tylko 8 wiorst. Pomimo to ze swojej instytucji używali ile wlaźło: ambulatorium dochodziło do 100 dziennie, wyjazdy w promieniu milowym do kilkunastu chorych. Odrabiali to felczerzy z lekarzem na równi. Właściwie przerodziło się to w machinę felczerską pod firmą lekarza. Włościanie innej ubogiej gminy, skąd wyjechałem powodu zbyt szczupłego zarobku, bardzo nalegali, żebym zawarł z nimi stałą umowę, proponując po rublu z chaty za bezpłatne leczenie bez lekarstw. Felczerowi dotychczas płacili po pół rubla z jego lekarstwami. A najbardziej rozpowszechnione są u nas dobrowolne umowy gmin z felczerami. Gmina, w której felczer ziemski nie mieszka, a czasami pomimo to, zema ziemskiego felczera, na miejscu, samodzielnie umawia rocznie felczera, któremu płaci pieniędzmi i zbożem do 400 rubli, daje mieszkanie z opałem, światłem i ogród. Sama też wypisuje do jego rozporządzenia za paręset rubli lekarstw. Że ci felczerzy są nominalnie zależni od lekarza i naczelnika ziemskiego, to stanowi bezpłatny dar władzy, który do niczego nie prowadzi, prócz podawania przez felczera lekarzowi miesięcznych raportów o liczbie chorych.

Jeżeliby dokonano się, pożądane według mnie, zupełne oddzielenie lecznictwa ludowego nie tylko od państwa ale i od średnich i od wyższych instytucji samorządu krajowego, to budowa albo restauracya szpitala dla paru gmin dokonać się musi z inicjatywy lekarza i grona ludzi rozumiejących potrzebę, a ci się znajdują wśród wszystkich stanów, z takich źródeł, z jakich powstawały dawniej szpitale i powstają teraz kościoły, t. j. z dobrowolnych ofiar pieniędzmi i budulcem i z samoopodatkowania gmin zainteresowanych.

Przybliżone koszty utrzymania szpitala na 20 łóżek takbym określił:

Żywienie chorych 25 k. \times 20 \times 365 = 1825 r.	
Pensya lekarza	600 r.
Reszta służby z utrzymaniem:	
Farmaceuta	720
Akuszerka	420
Kucharka, 2 służące, stróż 120 \times 4	480
Dwie pielęgniarki	300
Opał	200
Światło	100
Lekarstwa	355
	Razem 5000 r.

Jeżeli 3 gminy rozłożą ten ciężar pomiędzy siebie, to wypadnie mniej więcej po rublu z chaty. W gminie wszechstanowej przy udziale dworów i miasteczka wypadnie jeszcze mniej. Gminy mają za to bez innych dopłat: leczenie w szpitalu, pomoc akuszerijną w osobie lekarza i akuszerki i organizację walki z epidemią. Z pomocy akuszerycznej, nawet tam, gdzie ją ma blisko i bezpłatnie, lud stanowczo dotychczas za mało korzysta, więc opłata od wypadku jest niepożądana. Jeżeliby otworzono teraz u nas przytułki położnicze na wsi, to jeszcze do czasu stałyby one pustkami. Na początek wystarczy pokój oddzielny dla rodzących przy szpitalu, w razie zwiększonego popytu można i drugi na ten cel przeznaczyć, a z czasem wyrośnie z tego i przytułek położniczy. Tu jesteśmy jeszcze w okresie propagandy. Propaganda budowania sanatoryów ludowych, o ile nie powstaną prędko wszędzie kasy chorych, które sprawę popchną odrazu na szerokie tory, będzie musiała uciec się do podobnej powolnej metody pogładowej.

Lud nie wiele myli się, uważając suchoty za nieuleczalne w jego warunkach. Niech lekarz przejęty ideą uleczałości i, będąc twórcą i gospodarzem nowego szpitala, przeznaczy na ten cel pokój z wierandą, gdzie miejscowość jest choć trochę odpowiednia, i na paru odpowiednio dobranych okazach słuszności tej idei dowiedzie, a będzie mógł przez pełnomocników gmin przeprowadzić projekt budowy małego sanatorium ludowego.

Ambulatoryum przy szpitalu, jak zatem głosują też i inni projektodawcy, ma być tanie, ale nie bezpłatne.

Z ziemskiej praktyki, gdzie lekarz nie jest krępowany w wypisywaniu lekarstw, ale obchodzi się bez nowych drogich środków wątpliwej wartości, wiadomo, że koszta lekarstwa na jedną wizytę ambulatoryjną wynoszą około 10 kop. Za

minimalną opłatę dla należących do umowy można uznać 2 złote. Z tego 15 kop. niech bierze lekarz, 10 lekarstwo, a 5 kop. farmaceuta. Niezamożni i niższa służba mogą płacić odpowiednimi kwitami, które będą wydawać i peryodycznie opłacać pełnomocnicy gminni po wsiach i miasteczkach, a w majątkach i zakładach pracobiorey. Dla uniknięcia monopolu lekarskiego względem służby, kwity takie mogą przyjmować i inni lekarze w okolicy, którzy się na to zgodzą. Jeżeli dzięki opłacie cyfra porad ambulatoryjnych z przeciętnej dla ziemstwa 10—12 tysięcy spadnie do 6, to usunie się przeciążenie ambulatorym błahostkami, a lekarz otrzyma z tego źródła 900 rubli dodatku do pensyi szpitalnej, co wyniesie razem z nią 1500 r. To doprowadzi też prawdopodobnie do zaniku zwyczaj całowania lekarza w rękę, dość jeszcze u nas uparty. Od nienależących do umowy można pobierać wyższą opłatę, np. 50 kop. z lekarstwem. Przy tej taksie i własnej apteczce lekarz bezpiecznie może przetrwać przeciągające się zbyt znacznie wahania i targi o stałą umowę, a także przerwy w niej, jeżeli czuje, że ma w danej okolicy grunt pod nogami. Oczywiście w razie potrzeby każdego może od opłaty uwolnić i od każdego przyjąć wyższe dobrowolnie dawane honorarium.

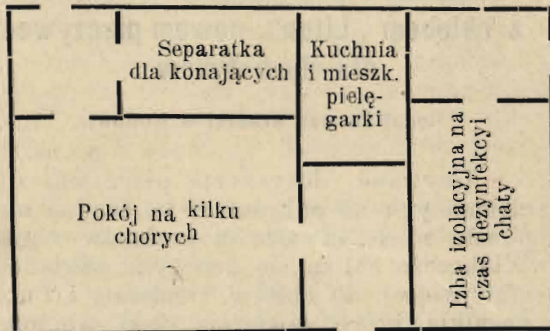
Dziś w ambulatoryum ziemskim, wobec obowiązującej zasady bezpłatności, pozycja lekarza jest taka, że wszelką zapłatę choćby od najzamożniejszego pacjenta, zabląkanego tam przypadkowo w godzinach bezpłatnych przyjęć, musi odrzucić jako łapówkę. Im sumienniej będzie tu pracował, tem pewniej, że na stałe ograniczy swój dochód wyłącznie prawie do pensyi, w dodatku tem bardziej przyczyni się do wystraszenia z okolicy wolnopraktykujących lekarzy i aptek, co i dla ludności pożądanem być nie może. Ta sama zasada odbiera mu głos przy zwalczaniu nadmiernego popędu do używania porady i leków, gdyż pacjent prędzej dopatrzy się w tem niedbalstwa urzędnika, niż rzetelnego zdania lekarza, i nieraz będzie miał w tem słuszność.

Farmaceuta ambulatoryjno-szpitalny otrzymałby z tych drobnych opłat 300 rubli dodatku do pensyi, a ponieważ pracuje przeważnie w ciągu paru godzin ambulatoryjnych i niema obowiązujących wyjazdów, najwłaściwiej mu powierzyć gospodarstwo szpitalne. Pomimo to nie będzie więcej skrupelowany i przepracowany, niż w miejskiej aptece.

Szpital powiatowy odpowiednio do większych potrzeb miasta i gmin przyległych musi być większy i lepiej wyposażony. Musi mieć minimum 2 lekarzy, między nimi 1 chirurga conajmniej średniej miary. Statystyka dotychczasowa da pewne dane, o ile służy on miastu i gminom najbliższym, o ile reszcie powiatu. Odpowiednio do tego, na dorocznym posiedzeniu budżetowym, w obecności pełnomocników wszystkich gmin, po 1 od każdej obliczają się ich kwoty w utrzymaniu szpitala powiatowego. Według tej samej zasady określa się udział materialny powiatu w utrzymaniu szpitala gubernialnego, który w osobie ordynatorów, czy konsultantów, ma przedstawicieli wszystkich ważniejszych specjalności. Tak samo z gubernialną lecznicą psychiatryczną, sanatorium dla suchotników, jeżeli ma być jedno na gubernię i t. p.

Poza tem rada gubernialna, czy komitet nie ma żadnej władzy zwierzchniej nad powiatową, powiatowa nad gminną.

Na walkę z epidemiami, prócz uprzywilejowanej egzotycznej cholery, nżywano u nas dotychczas na prowincyi tylko papieru i koni pocztowych. Teraz przekonano się o małej skuteczności tych środków, więc prócz szczepienia ospy i dorywczego leczenia ciężko chorych, nie robi się nic. Niewielki oddział dla zakaźnych w niewielkim szpitalu na kilka gmin, w czasie silnej epidemii, której podlega w jego obwodzie setka ludzi jednocześnie (z dyzenterją bywa tak u nas prawie co roku) będzie kroplą w morzu. Sądzę, że warto i zdałoby się zapropagować budowę w każdej większej wsi najprostszego stałego baraku na przypadek epidemii, mniej więcej według przytoczonego planu, i oswojenie z głównymi zasadami pielęgniarstwa przy najbliższym szpitalu choć jednej roztropnej piśmiennej kobiety z tejże wsi.



W terażniejszych warunkach nie rozumiem, jakie wykonalne środki, prócz niepicia wody surowej przy tyfusie brzusz-

nym i dysenterji, można byłoby uznać za środek walki z epidemią, a nie demonstracyi przeciwko niej. Nawet wtedy, gdy natrafiamy na pierwszy wypadek groźnej choroby zakaźnej w danej okolicy, czekamy bezradnie dalszego rozwoju epidemii, gdyż nie mając pod ręką wolnej izby, do której możnaby przynieść zarażoną rodzinę na czas dezynfekcyi, przeprowadzić jej mniej więcej skutecznie niepodobna. W proponowanym baraku mielibyśmy na ten cel izbę z osobnem wejściem. Reszta lokalu służyłaby do możliwie prędkiej izolacyi ze wsi wszystkich chorych epidemicznych. W jednym miejscu pod okiem dozorczyńni możliwą już jest dezynfekcyja wypróżnień i bielizny. Wojna z epidemią i leczenie po chatach w czas roboczy, kiedy choremu niema kto wody podać, bo wszyscy są w polu, zawsze będzie pracą Danaid. Odwiedzenie choćby kilku baraków parę razy na tydzień przez najbliższego lekarza i zostawienie wskazówek i lekarstw dozorczyńni już jest rzeczą wykonalną i celową.

Prócz budowy baraków zawczasu i w jaknajwiększej ilości dużych wsi, co one powinny zrobić we własnym interesie pod wpływem propagandy lekarza, w razie wybuchu epidemii, niewielkie środki na sowitą opłatę dozorczyńni, jako odszkodowanie za zniszczone rzeczy, na racjonalniejsze żywienie chorych, niż te, jakiego rodzina dostarczyć może, musi o i dostać bez zwłoki z kasy krajowej z rozporządzenia lekarza higienisty, o którym niżej. Lokal zarobkowy — warsztat, piekarnię, sklepik, który może stać się obfitem źródłem zarazy, ma on prawo czasowo zamknąć natychmiast, ale musi przy udziale biegłych określić i zapewnić prędką wypłatę odszkodowania za stracony zarobek.

Co do odrębnej organizacyi higieniczno-statystycznej z krajową komisją zdrowia publicznego, podzielałam w ogólnych zarysach zasady projektu warszawskiego wydawnictwa zbiorowego. Komisya ta musi być głową sprężystego scentralizowanego organizmu, obejmującego kraj cały. Przez swego przewodniczącego musi zależeć wprost od sejmu krajowego i występować tu z inicjatywą w sprawie prawodawstwa sanitarnego i własnego budżetu, czerpanego wprost z kasy krajowej. Będzie ona miała olbrzymie zadanie. Zamiast samowoli policyjnej, grzebiącej się na śmietniku przestarzanych, sprzecznych z sobą i z życiem praw i cyrkularzy, musi stworzyć wyko-

nalne i skuteczne prawodawstwo sanitarne i stróży jego, lekarzy higienistów, na początek choćby po jednym na powiat i na miasto gubernialne.

Szpitalnictwo i wogóle leczenie publiczne rość musi z dołu, z wolnego współdziałania gmin z lekarzami szpitalnymi i wiejskimi. Komisya zdrowia publicznego niewiele im w tej robocie dopomóż może, niech lepiej nie kępuje, a tylko zgóry nadół światło rzuca i najcięższe grzechy przeciwko zdrowiu publicznemu wyplenia. A lekarza higienistę jeszcze stworzyć musi. Nie znaleźmy go prawie dotychczas, gdyż nie mógł owocnie pracować, mógł tylko mówić, jako profesor higieny, a w ostatnich czasach, jako członek Towarzystwa Hygienicznego. Nie wiele przesadzam. W najlepiej uposażonym uniwersytecie moskiewskim mieliśmy na katedrze higieny profesora Ery sm a n a, powagą naukową, bardzo cenionego wśród działaczy ziemskich w Rosyi za zorganizowanie tam badań sanitarno-statystycznych na większą skalę. A jednak, przed 12 laty, z ludnego kursu tylko 2 słuchaczy uczęszczało systematycznie na wykłady higieny, interesowało się gruntownie jej formułami i przyrządami do badania warunków sanitarnych. Ci zostali profesorami higieny. Ogół przy nadmiarze kursów i klinik, z których czerpał wiedzę do zastosowania, myślał o wielkiej higienie: „na co mnie to wszystko, będę pracował wśród warunków higienicznych, których potworność będę stwierdzał bezsilnie przy pomocy moich gołych pięciu zmysłów“. Wątpię, żeby w innych uniwersytetach państwa, tembardziej w warszawskim było znacznie lepiej. Komisya zdrowia publicznego będzie musiała dla lekarzy higienistów urządzać specjalne egzamina i wyrobić dla nich pensye znacznie wyższe, niż gminy dadzą terapeutom.

Lekarz higienista musi być bezpośrednio tylko od tej komisji zależnym, musi być instruktorem, nieraz nawet dla lekarzy praktyków, a dla swego powiatu, czy miasta i jego grubych ryb rozważnym, ale gdzie trzeba bezlitośnym bocianem-czyszcicielem. Lekarze i instytucje lecznicze nie powinny stanowić wyjątku. Od zbytnej oszczędności, zaniedbania, sceptycyzmu, zmętniałej wiedzy do karygodnego niechlujstwa jeden krok tylko.

Do higienisty też musi przejść statystyka sanitarna powiatu, wyciąganie z niej wniosków praktycznych, podawanie ich do wiadomości ogółu, inicyatywa w dziedzinie lokalnych rozporządzeń sa-

nitarnych, uchwalonych przez miejscowe władze samorządne.

Jeszcze parę słów o „Medycynie w Samorządzie“. W rozdziale VIII (str. 142) czytamy: „... cały personel lekarski i administracyjny musi być pochodzenia miejscowego“. Po co ta krzyżująca pieczęć nacjonalizmu na planie pięknej budowy przyszłego odrodzonego szpitalnictwa? Rozumiem u autora uczucie ostrej reakcyi przeciwko oplakanemu terazniejszemu stanowi, do jakiego doprowadził system przemocnego protegowania obcej narodowości. Ale trzebaż pamiętać, że nadmierna reakcyja wywołuje nową reakcyę. Nie należałoby się dziwić, jeżeliby po ścisłem zastosowaniu proponowanej przez autora zasady, drzwi wszystkich szpitali na kuli ziemskiej po za granicami Królestwa zamknęły się szczelnie dla lekarzy polaków. Dotychczas tego nigdzie nie było po za sferą niepodzielnego panowania ludzi „prawdziwie rosyjskich“, ani w Rosyi ani w Niemczech. Między kwalifikacyami lekarzy i służby ważną jest znajomość języka i zwyczajów miejscowych. W ogromnej większości wypadków idzie to w parze z „miejscowem pochodzeniem“, ale nam, pomimo to że tyle wycierpieliśmy z powodu tego pochodzenia, nie wolno opierać na niem żadnych monopolów.

Co do felczeryzmu, bardzo u nas w medycynie ludowej rozpowszechnionego, nie widzę potrzeby wyjednywania u państwa czy samorządu zakazów i nakazów. Zwalczymy go z czasem tak, jak pług żelazny zwalczył sochę drewnianą, tem, że lepiej orze, a kosztując nie nad możność chłopca, lepiej mu się opłaca.



Badania i doświadczenia kliniczne z chlebem „Liton“, nowem pieczywem dla dyabetyków.

Podał Dr. Jan Brodzki w Kudowie.

Używane dotychczas pieczywa dla cierpiących na cukromocz są bardzo niepewne co do zawartości wodorów węgla. Większość zbliża się pod tym względem mniejwięcej do chleba Grahama i Pumpernika, które zawierają jak wiadomo do 48% wodorów węgla. Dlatego staraliśmy się znaleźć nowy chleb dla dyabetyków. Przytem mieliśmy na oku nie tylko małą zawartość tych wodorów węg-

la, ale, co niemniej ważne, i naturalny smak chleba, który jest koniecznym warunkiem dla zgłodniałych na chleb dyabetyków. Z tego powodu autor razem z docentem Bergellem powrócili do zasady, ażeby przy pieczeniu chleba, mało wodań węgla zawierającego, używać tylko takie części składowe, które zawarte są w ziarnach zbożowych. Na tej głównie zasadzie opiera się wyrób chleba „Liton“. Składa on się z glutenu pszenicznego, to jest „glidiny D-ra Klopfera“ i substancji dobytej z izolowanych zarodków żytnych, które się za pomocą namoku słodowego pozbawia większej części wodań węgla. Białko glutenowe ułatwia pieczenie i daje czysty, właściwy smak chleba. Ale „glidina“ samą piec

nie można, trzeba do tego środka fermentującego (ksiśniejącego) w miejsce brakującego krochmalu, a tym środkiem jest właśnie pewna substancja, którą się dobywa z izolowanych zarodków rżanych. Chleb „Liton“ fabrykuje się z stałą zawartością 3% i 10% wodań węgla; główną jego zaletą jest naturalny smak chleba.

Badania kliniczne wykazały w 18-u przypadkach, że pacycenci chleb ten chętnie jedzą i że głód chlebowy zostaje zaspokojony. Nawet dawki do 200 gr. dziennie bez i z dodatkiem pewnej ilości innych wodań węgla nie wpływały niekorzystnie na ilość wydzielonego w moczu cukru.



Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Tow. Lekarskie Łódzkie.

Protokół posiedzenia Tow. Lek. z d. 16 stycznia r. b.

Po odczytaniu protokołu z posiedzenia w dn. 2 stycznia odbytego nastąpiły demonstracje:

1. Kol. Wisłocki demonstrował dziecko 3-miesięczne z brakiem wrodzonym chrząstek 3-go, 4-go i 5-go żeber z prawej strony.

2. Kol. Goldman — demonstrował chorobę po strumectomie partialis i guz usunięty przez tę operację.

3. Kol. Bełżyński — demonstracja chorej z zupełnym zarośnięciem pochwy i przetoką pęcherzowo-pochwową.

4. Kol. Maybaum — przypadek rozszerzenia wrzecionowatego przelyku z powodu kurczu wpustu (roentgenogram). Następnie kol. Staweno odczytał sprawozdanie kasowe Tow. Lek. z r. 1906.

Kol. Waserman miał odczyt: „Kilka słów o powstawaniu i leczeniu zakrzepu zatoki jamistej“.

W dyskusji kol. Helman zapytuje, czy nie może być otwarta zatoka jamista od strony zatoki klinowej? Kol. Waserman uważa tę drogę za niedobłą, gdyż przy operacji trudno byłoby zbadać zawartość i stan zatoki jamistej wzrokiem.

* Kol. Schoeneich wygłosił odczyt p. t. „Przypadek odmy podskórnej w przebiegu odry powikłanej płonicą“.

Kol. Silberstrom zapytuje, na jakiej zasadzie postawiono rozpoznanie powikłania płonicą. Kol. Schoeneich: lekarz, który przysłał chorego do szpitala, widział typową wysypkę, w szpitalu chory miał typową anginę, ropotok z ucha; wysypka odrowa zjawiała się w szpitalu.

Kol. Jasiński miał wypadek odmy podskórnej przy ospie, bez kaszlu, jako skutek wymiotów. Kol. Silberstrom pyta, czy było łuszczenie. — Schoeneich — było 11-go dnia.

Kol. Szokalski: „Kilka własnych spostrzeżeń nad działaniem B sulfopiryny przy jodyzmie“. Odczyt wywołał ożywioną dyskusję.

Kol. Fankanowski zawiadomił, że wypożyczanie czasopism i książek z biblioteki Tow. lekarskiego odbywać się będzie we wtorki od 7-ej do 9-ej.

Protokół z posiedzenia Tow. Lek. z d. 6 lutego r. b.

Po odczytaniu protokołu z poprzedniego posiedzenia (16. I) nastąpiły demonstracje:

1. Kol. Goldman demonstrował chorobę po ranach postrzałowych kiszek.

W aserman demonstrował chorą z guzem sutki, stawiając przypuszczalne rozpoznanie raka. Kol. Goldm ani kol. Perlis, którzy mieli chorą w kuracyi dawniej, przypuszczają, że przebieg cierpienia wskazuje raczej na mięsak. Badanie anatomo-patologiczne nie było dokonane.

Następnie odczytano budżet na rok bieżący:

W y d a t k i

Wydatki stałe	350 rb.
Asekuracja ruchomości	15, 82
Wydatki kancelaryjne:	
a) sekretarz	75
b) woźny	3
c) inkasent	45, 18
Razem	487 rb.

D o c h o d y

Składki od 95 czł.	11, 40
Wpisowe	40
% od funduszków Tow.	22
Razem	1202 r.

Pozostaje: $1202 - 487 = 715$ rb., z tego $\frac{3}{4}$ na fundusz biblioteczny = 536 rb. 25 k.

Przewodniczący podał do wiadomości, że zarząd Tow. Lek. na skutek listownego zwrócenia się do niego 5 człon-

ków Tow. Lek. zapoczątkował w Łodzi utworzenie komitetu obywatelskiego w celu niesienia pomocy materyjalnej rodzinom robotników, którzy pozbawieni zostali pracy wskutek lokautu.

Odczyt kol. Margulies a: „Stanowisko arytmetyki w szkole jakie zajmuje, a jakie zajmować powinna“ — wywołał żywą dyskusję, w której udział przyjmowali kol. Silberstrom, Schoeneich, Fankanowski, Hartman i inni.

Protokół z posiedzenia Tow. Lekarskiego z dnia 2 lutego r. b. Po przeczytaniu i przyjęciu protokołu z poprzedniego posiedzenia nastąpiły demonstracje: kol. Goldman przedstawił 5-dniowe dziecko z guzem pod szczęką dolną. Guz wypukła dno jamy ustnej. Rozpoznanie — chłoniak (lymphangioma).

Kol. Brudziński odczytał sprawozdanie z działalności szpitala Anny-Maryi w Łodzi (będzie drukowane). Kol. Skalski — „Pomoc akuszeryjna w fabrykach“ (drukowane w zeszycie II-im „Czasopisma Lekarskiego“).

Powstające w Łodzi Stowarzyszenie akuserek przysłało zaproszenie do Tow. Lek. o wzięcie udziału w uroczystości otwarcia tego stowarzyszenia. Kol. Skalski i kol. Saksa na uczynioną im propozycję zgodzili się wziąć udział i wygłosić odczyty.



KRONIKA.

(№ 33) — Z artykułu drukowanego w „Kuryerze Łódzkim“ p. t. „Z powodu budżetu m. Łodzi na rok 1097“ przytaczamy wyjątek, tyczący się wydatków ponoszonych przez miasto na pomoc lekarską i szpitalną. Wyniosły one ogółem 48,349 rb., czyli niespełna 14 kop. na głowę ludności. Wydatki te dzielą się na następujące pozycje:

1) Utrzymanie służby lekarskiej miejskiej	3475 rb.
2) Utrzymanie izby odkażającej miejskiej	6000 rb.
3) Zapomoga dla „Pogotowia ratunkowego“	1800 rb.

4) Na kupno krowianki do szczepień bezpłatnych	1200 rb.
5) Utrzymanie przytułku położniczego	300 rb.
6) Utrzymanie (!) szpitali	2321 rb. 25 kop.
7) Utrzymanie zakładu dla obłąkanych w Koczanówce	5000 rb.
8) Wynagrodzenie lekarzy miejskich za oględziny zmarłych	3000 rb.
9) Zapomoga dla ambulatoryumu przy szpitalu Czerwonego Krzyża	4000 rb.

- 10) Zapomoga dla ambulatorium Towarzystwa dobroczynności dla chrześcijańskich 4000 rb.
- 11) Zapomoga dla szpitala Czerwonego Krzyża 12500 rb.
- 12) Dodatkowe roboty przy budowie baraku dezynfekcyjnego 180 rb. 05 kop.
- 13) Na wzniesienie budynków gospodarczych przy baraku odkażającym 4572 rb. 70 kop.
- Razem 48,349 rb.

Autor artykułu, p. St. Opocki, opatrzył tę jego część następującą uwagą: „W wykazie tym jedynie ten, kto nie zechce, nie dostrzeże wydatków nieprodukcyjnych. Każdego też musi uderzyć rzecz wprost potworna. Miasto liczące przeszło 350 tysięcy ludności oddanej pracy przemysłowo - fabrycznej nie ma własnego szpitala, nie myśli o budowie szpitala, posiłkuje się natomiast nieodpowiednimi szpitalami, którym przychodzi z pomocą w kwocie 20121 rb. 25 kop. W ten sposób Łódź rozstrzyga doniosłą dla każdego miasta sprawę dostarczenia ludności odpowiedniej liczby łóżek szpitalnych.

Budżet na rok 1907 przekonywa, że magistrat nic sobie nie robi ani ze wskazówek specjalistów (odeczyt kol. Sterlinga w Tow. Hygienicznym), ani z potrzeb ludności, lecz idzie utartą swą drogą, nie bacząc na wielką odsetkę zgonów, drogą udzielania zapomóg w dużych rozmiarach (16,500 rb., czyli przeszło $\frac{1}{3}$ całej sumy przeznaczanej na lecznictwo) osławionemu szpitalowi Czerwonego Krzyża, gdy natomiast takie instytucje jak „Szpital Anny Maryi dla dzieci“ zostały zupełnie pominięte, a taki przytułek położniczy, instytucja coppersa niezmiernie skromna, musi się zadowolić 300 rublami zapomogi“.

(№ 34) — W Łodzi uwięziono i przewieziono do Warszawy kol. Antoniego Tomaszewskiego. Obecnie kol. Tomaszewskiemu kazano wyjechać za granicę na czas trwania stanu wojennego.

(№ 35) — Uwolniono z więzienia w Łodzi kol. Ludwika Pinkusa pod warunkiem natychmiastowego wyjazdu za granicę na czas trwania stanu wojennego i stanu wzmocnionej ochrony.

(№ 36) — W dniu 22 Stycz. odbył się I zjazd felczerów w Królestwie Polskiem. W zjeździe uczestniczyło około 150 felczerów. Pomiedzy innymi uchwalono następujące wnioski:

- 1) starać się w drodze prawodawczej o zniesienie nazwy felczera;
- 2) wpłynąć, aby działalność felczerów ujęta była w ramy więcej odpowiednie do ducha nauki i dążeń społecznych;
- 3) dążyć, aby felczerzy, którzy, dzięki praktyce, wylegitymować się będą mogli średnim wykształceniem medycznym, mogli praktykować jako lekarze-praktycy;
- 4) założyć dla felczerów szkołę lekarzy praktyków; dotychczasowym felczerom po złożeniu stosownego egzaminu nadać dyplom lekarzy-praktyków;
- 5) tak wykwalifikowanych felczerów umieszczać na posterunkach, opuszczonych przez lekarzy z wykształceniem uniwersyteckiem.

(№ 37) — Dostawcy szpitali warszawskich odmówili dalszych dostaw, póki nie będą im zapłacone zaległe należności. Wobec tego magistrat m. Warszawy postanowił pożyczyć szpitalom 175,000 rb. z funduszów miejskich, spodziewając się, że szpitale i tak wkrótce przejdą pod zarządek miasta.

(№ 38) — Wśród kandydatów na posłów do Dumy z Królestwa Polskiego, postawionych przez centralny Komitet wyborczy, był i został wybrany na posła tylko jeden lekarz, dr. Jan Harusewicz. — Do parlamentu niemieckiego wszedł Dr. Dzierbowski.

(№ 39) — Oplakany stan oświaty i zdrowotności na wsi najwięcej zawsze poruszał serca kobiet naszych. Nawet w chwilach największego ucisku wiele z pomiędzy nich uczyło i leczyło lud, jak mogło i umiało. Wobec szybkiego rozwoju medycyny, a zwłaszcza chirurgii w ostatnich czasach, rwącym się do pracy w tym kierunku kobietom nie mogła już wystarczać tradycja domowa i poradnik lekarski. Od lat kilku, a nawet kilkunastu, poczęły one z różnych stron kraju napływać do Warszawy, by tu się czegoś nauczyć w ambulatoriach bezpłatnych i szpitalach. Taka nauka była połączona z licznymi trudnościami. często ukradkowa, a prawie zawsze dorywcza, niesystematyczna. Pomimo to panie i panny nie zniechęcały się, przyglądały się, korzystały z udzielanych przygodnie wskazówek, a następnie wracały na wieś, by tam pomoc nieść cierpiącej ludności. Osobiście znamy takie panie, które stały się najlepszymi pomocnicami i dobrodziejkami całej okolicy. Dziś z nastaniem względnie swobodniejszych czasów ten prąd wśród kobiet potężnieje i przybiera więcej określony kierunek. Związujące się obecnie na prowincyi stowarzyszenia pod nazwą Kół Pracy Kobiet, pomiędzy innymi zadaniami, pomieszczają i sprawy sanitarne. Tak np. Koło Sandomierskie zajęło się szpitalem, Koło Miechowsko-Jędrzejowskie zwraca uwagę na brak pomocy akuszeryjnej na wsi i dąży do tego, by co najmniej każda gmina miała odpowiednio wykształconą babkę i t. d. Sądzymy, że ten prąd wśród naszych kobiet należałoby poprzeć i pogłębić. We Francyi oddawna już powstały stowarzyszenia, mające na celu szerzenie wśród niewiast pojęć o higienie oraz zasad pielęgnowania chorych (*Union des femmes de France, Association des dames françaises*). Stowarzyszenia te zainteresowały kobiety sprawami sanitarnymi, zetknęły je ze szpitalami i naogół przyniosły bardzo dużo korzyści. U nas tego zadania mogłoby się podjąć tymczasem Towarzystwo Hygieniczne lub Stowarzyszenie Lekarzy. Jedną z tych instytucji po-

winna się zająć urządzeniem systematycznych wykładów z higieny i pielęgniarstwa z zaznaczeniem najważniejszych braków i potrzeb naszych. Nie wątpimy, że takie wykłady znajdą sporo słuchaczy z prowincyi i że przyniosą wiele korzyści, o ile zwłaszcza będą połączone z odpowiednimi zajęciami praktycznymi. Nie zapominajmy o tem, że niezadługo, być może, wypadnie nam samym zająć się sprawami sanitarnymi, a wówczas kobiety w tej czekającej nas olbrzymiej pracy mogą okazać niemałe usługi. („Gaz. Lek.“ № 6).

(№ 40) — *Wypadki włośnicy* (trychynosis) zdarzają się obecnie w Warszawie, wobec zupełnego braku dozoru nad mięsem.

(№ 41) — *Towarzystwo Biblioteki Publicznej w Warszawie* nadesłało do red. „Czas. Lek.“ następujące zawiadomienie: „Mamy zaszczyt zawiadomić Szanowną Redakcyę, że w dniu 2 lutego Towarzystwo Biblioteki Publicznej w Warszawie zostało ukonstytuowane i komitet Towarzystwa, obrany na zebraniu organizacyjnym w tymże dniu odbytem, rozpoczął swoje czynności.

Prezes: *S. Dickstein.*
Sekretarz: *S. Michalski.*

(№ 42) — Zawiazane zostało w Warszawie Stowarzyszenie Lekarzy Polskich, którego zadania wyjaśnia ustawa.

1) Stowarzyszenie Lekarzy Polskich pośredniczy pomiędzy lekarzami, szukającymi miejsca a potrzebującymi lekarza osobami i instytucjami.

2) W tym celu urzędnik Stowarzyszenia pod nadzorem jednego z członków Zarządu prowadzi: a) poufną księgę lekarzy poszukujących pracy; b) księgę osób, instytucyi i miejscowości poszukujących lekarzy; c) segregator z odnośną korespondencyą; d) kwitaryusz dochodowy, wreszcie e) rachunki niezależne od ogólnych rachunków Stowarzyszenia.

3) Poufna księga lekarzy obejmuje rubryki na nazwisko i adres, datę zgłoszenia, rok ukończenia uniwersytetu, specjalność, odbytą praktykę szpitalną, wiadomość, czy zamieszka z rodziną, warunki stawiane przez lekarza (okolica kraju, rodzaj miasta, wysokość pensyi stałej, szpital, mieszkanie bezpłatne) adresy osób polecających, wreszcie rubrykę na odnotowanie korespondencyi Stowarzyszenia. Księgi tej nie daje się do rąk interesantom; urzędnik Stowarzyszenia wypisuje z niej i wciąga do niej potrzebne wiadomości.

4) Księga zapotrzebowań lekarzy obejmuje: datę zapotrzebowania; dokładny adres i nazwę najbliższej stacyi drogi żelaznej, odległość od najbliższego lekarza, liczbę ludności i lekarzy w danej miejscowości, liczbę recept wydanych w ostatnim roku z miejscowej apteki, adres obecny poprzedniego lekarza, stałe pensye i adresy osób, od których pensye te zależą, wiadomość o mieszkaniu, stołowaniu i t. p., jeżeli lekarz ma je otrzymać bezpłatnie, wreszcie rubrykę na odnotowanie korespondencyi Stowarzyszenia.

Nadto księga zapotrzebowań obejmować będzie ogłoszenia o posadach w Królestwie i sąsiednich prowincjach Cesarstwa wycięte lub przepisane z pism z datą ogłoszenia oraz wiadomości o posadach, komunikowane ustnie urzędnikowi Stowarzyszenia.

5) Stowarzyszenie nie bierze na siebie obowiązku sprawdzania podanych sobie wiadomości, jakkolwiek starać się o to będzie.

6) Poszukujący lekarzy wnoszą zgóry i bez zwrotu 5 rubli na pokrycie kosztów pośredniczenia, a poszukujący miejsc członkowie Stowarzyszenia — rubla, nie członkowie—2 rb.

7) Za wywieszenie ogłoszenia w sali Stowarzyszenia przez miesiąc, bez zapisywania do księgi, pobiera się 50 kop.

8) Stowarzyszenie lekarzy wydaje na żądanie blankiety z odpowiednimi rubrykami do wypełnienia.

(№ 43) — „Gaz. Lek.“ (№ 2) pisze: „W dniu 17 b. m. otwarto w Warszawie lokal Stowarzyszenia Lekarzy Polskich. Aktem tym, w którym uczestniczyło około 200-tu lekarzy zrzeszonych, inaugurowano rozpoczęcie, jeżeli nie działalności w ścisłym tego słowa znaczeniu, to w każdym razie życia tego nowego związku zawodowego. Od daty tej posiadamy zatem w stolicy kraju, w Warszawie, instytucyę, która, mając na celu sprawy zawodowe, ekonomiczne kraju naszego, odegrać może i powinna w stosunkach nietylko naszych, lecz wogóle we wszelkich sprawach społecznych, bądź bezpośrednio, bądź tylko pośrednio z medycyną, jako nauką, a także z wykonawstwem lekarskiem związanych, poważną rolę; od tej chwili mnóstwo oddzielnych kółek, rozstrzelonych po całym mieście, a nawet kraju, posiada możliwość zogniskowania się w jednym miejscu.

Lokal Stowarzyszenia jest także miejscem zebrania towarzyskich, gdzie będziemy mieli możliwość, w chwilach wypoczynku, u siebie, nie na obcym terenie, korzystać z czytelnicy, z odczytów, zabawiać się w gry i t. p. Oprócz tego będzie on miejscem do swobodnych, poufnych rozpraw w najrozmaitszych sprawach zawodowo-lekarskich i lekarsko-społecznych, które z natury rzeczy pod obrady Towarzystwa Lekarskiego wejść nie mogą. Stowarzyszenie liczyć może na dużą liczbę członków, a w istocie liczba ich już dość jest pokazną, ponieważ, oprócz balotowania, inne formalności, co do przyjęcia do zrzeszenia nie istnieją.

Tutaj koledzy młodzi, którzy nie mają sposobności schodzenia się ze starszymi, znajdują możliwość obcowania z nimi. Przez takie zetknięcie i jedni i drudzy tylko korzyść odnieść mogą. Nie chodzi w tym razie o sprawy naukowe, lub do zastosowania wiedzy się odnoszące, lecz o sprawy społeczno-lekarskie, o sprawy dotyczące stanowiska lekarzy wobec publiczności, lekarzy wobec kolegów. Dawniej, a i dziś jeszcze, na niektórych uniwersytetach w rzędzie przedmiotów wykładowych słuchaczom medycyny była propedeutyka lekarska, a jako rozdział jej—metodologia. Otóż w rozdziale tym w niektórych działach odnośnych znajduje się część, zazwyczaj zatytułowana o warunkach osobistych kandydata medycyny i lekarza. Wprawdzie znaleźć tam można bardzo cenne rady i wskazówki, dotyczące naprzykład postępowania względem chorych i otaczających, względem kolegów, lecz przyznać trzeba, że rzeczy tych żaden uniwersytet, a tembardziej nasz, nauczyć nie może. Uczy tego dopiero życie, lecz dużo skorzystać, wiele prężyć można od starszych doświadczonych praktyków. Sposobność po temu nieraz nastęrczyć się może właśnie w klubie, który bezsprzecznie przyczyni się do rozwoju życia koleżeńkiego.

Przy częstem wspólnem obcowaniu wyrównują się sprzeczne zdania i przeciwnie poglądy, normują się na zasadach wyrozumiałości i życzliwości wzajemne stosunki i dochodzi się do porozumienia nawet wtedy, gdy w innych okolicznościach wydałoby się to rzeczywiście wprost nieprawdopodobieństwem.

Lokal Stowarzyszenia będzie tem ogniskiem, w którym zbierać się będą nie tylko lekarze warszawscy, lecz i prowincjonalni w razie przyjazdu do Warszawy, co, bezwątpienia, obu stronom tylko na korzyść wyjść może.

Gończkowska żąda zdobycia sobie przed innymi sławy i mienia oddala nas od siebie i ni rzadko, w tem samym mieszkając mieście, nie mamy sposobności zbliżenia się do siebie, aby poznać się lepiej i odsłonić swe szlachetniejsze dążności i pragnienia, które, zespolone jednym ścisłym węzłem zgody, przełamać mogą naturalne trudności lub sztuczne zawiady.

Wierzmy w to niezłomnie, że Stowarzyszenie Lekarzy Polskich w Warszawie podtrzyma zmysł koleżeństwa i godność zawodową, którą ciężka walka o byt zaćmiewa niejednokrotnie, wnosząc do grona kolegów zarodki niechęci, podejrzliwości i braku ufności.

Wierzmy, iż Stowarzyszenie ze skojarzenia sił zbiorowych, uporządkowanych harmonią myśli i pragnień, a silnych wola, dokona tych ważnych pod względem zawodowym i społecznym zagadnień i przedsięwzięć, jakie sobie w swym głębiej pomyslanym programie nakreśliło.

Świeżo otwarty lokal Stowarzyszenia Lekarzy Polskich składa się z obszernej czytelnicy przeznaczonej jednocześnie na salę posiedzeń i odczytów, sali jadalnej, bilardowej, pokoju zebrań towarzyskich, i kancelaryi. Skromne, lecz gustowne umeblowanie (w stylu wiedeńskim) i oświetlenie elektryczne, czynią arcy miłe wrażenie.

Zgromadzonych w dniu otwarcia d. 17 b. m. kolegów powitał prezes, kol. D u n i n, i oddał lokal do ich rozporządzenia. Na zakończenie uroczystości odbyła się skromna biesiada, podczas której toastowali na cześć Stowarzyszenia i na powodzenie jego celów i zadań koledzy: wiceprezes N u s b a u m, R o t t e r m u n d, J a k i m i a k, B r o n o w s k i, T r z c i ń s k i i N e u g e b a u e r.

Zamknął zebranie kol. N u s b a u m, wnosząc podziękowanie gospodarzowi lokalu, kol. S z u m-

l a ń s k i e m u za jego zabiegi przy urządzeniu własnej siedziby Stowarzyszenia.

(№ 44) Towarzystwo higieniczne warszawskie odczuwa także skutki ogólnego zastoju ekonomicznego. Jeszcze jesienią r. z. był stan Towarzystwa bardzo zły, a zaległości wkładek wynosiły około 2,000 rb. Zasiłek na wydawnictwo „Zdrowia“ musiano zmniejszyć 1000 rb. zamiast dawniejszych 2—3 tysięcy. Oddział częstochowski Towarzystwa zamyśla z powodu braku funduszy zamknąć muzeum higieny ludowej.

(№ 45) — W imieniu komitetu urządzającego tegoroczną wystawę przyrodniczo-lekarską i higieniczną X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich otrzymaliśmy od dyrektora wystawy d-ra K r z y ż a n o w s k i e g o następujący komunikat:

Wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Prace przygotowawcze około urządzania tej wystawy postępują różnym krokiem naprzód, a setki zgłoszeń, jakie ciągle jeszcze wpływają, świadczą o wielkim zainteresowaniu się, jakie wystawa ta powszechnie budzi. To też komitet, nie mogąc pomieścić zgłoszonych przedmiotów w pałacu sztuki, zmuszony jest przybudować do niego całe skrzydło, w którym będą umieszczone całe szeregi wzorowych pokoi ordynacyjnych dla rozmaitych lekarzy specjalistów, cały oddział szpitalny, oddział wodoleczniczy, wzorowe pokoje dziecinne, całe mieszkanie urządzone według najnowszych wy-mogów higieny i t. p.

Jednym z najciekawszych przedmiotów wystawy będzie bezsprzecznie wystawa postępowych urzędzeń higienicznych przy zbieraniu i przeróbce mleka, która będzie urządzoną w osobnym pawilonie wybudować się mającem przy hojnym współdziałaniu właścicieli Przeworskiej Mleczarni Andrzeja Księcia Luborskiego i hr. Mycielskiego za fachowemi wskazówkami Profesora Akademii weterynaryi Dr. G i z e l t a i dyrektora mleczarni przeworskiej p. Oleśnickiego.

(№ 46) — Komitet wystawy przyrodniczo-lekarskiej i higienicznej X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907 przypomina, że termin do wnoszenia zgłoszeń przedmiotów, na wystawę przeznaczonych, upływa z końcem miesiąca lutego b. r. Poupływie tego terminu zgłoszone przedmioty będą mogły być tylko w takim razie na wystawę przyjęte, jeśli komitet rozporządzać będzie jeszcze stosownem miejscem na ich pomieszczenie. Ze względu zaś, że napływ zgłoszeń jest bardzo wielki, a wystawa zapowiada się niezwykle dobrze, leży w interesie samych wystawców, by

z wnoszeniem swych zgłoszeń się pośpieszyli, a to tembardziej, że przedmiotów później zgłoszonych nie będzie można uwidocznnić w katalogu wystawowym.

(№ 47) — Jako odwet za znieważenie wszechnicy lwowskiej przez studentów rusinów (p. Kronika № 29)—wyrzucili studenci polacy z uniwersytetu znajdujących się na wykładach rusinów.

O tym odwiecie tak pisze „Kuryer Lwowski“:

„Gdy po gwałcie akademików ruskich, podlegających wprost kodeksowi karnemu, nie nastąpiła dotychczas żadna sprawiedliwość, ani satysfakcja dla oburzonych uczuć społeczeństwa polskiego, gdy owszem pospolite uszkodzenie cudzej własności i obrażenie cieleśne sekretarza uniwersytetu podniesiono ze strony ruskiej do godności bohaterstwa, biorąc stąd asumpt do wrogich narodowi polskiemu demonstracji na ulicach Lwowa, gdy wreszcie w murach uniwersytetu urządzono owacye dla głównych sprawców napadu — wytworzyć się musiało psychologiczne tło, na którym wykłuta hasło: gwałt niech się gwałtem od-ciska.

Ale gwałt pozostaje gwałtem i byłoby najfatalniejszym objawem zdżiczenia moralnego, jaki on może pojąć, gdybyśmy wytworzyli sobie dwie różne miary etyczne, gdybyśmy potępiali w sporze polsko-ruskim argumenty fizyczne ze strony ruskiej, aprobowali je bez zastrzeżeń, — a zastrzeżeniem może być tylko konieczna samoobrona — ze strony polskiej.

A dalej, ocena faktu politycznego nie polega tylko na uwzględnieniu czynników psychologicznych. Trzeba pamiętać, że sprawa uniwersytecka przeszła już przez kilka faz i dziś jest ona już sprawą wybitnie polityczną. Sami Rusini, oraz ich sojusznicy z Wiednia, przeniesli ją z pola kulturalnego na pole polityki.

Otóż w polityce nie można iść za popędami. Wystąpienie polityczne, którego skutki spadają na naród cały, nie może się tłumaczyć tem, że jest tylko emanacją nastroju duszy lub nerwów, nie zdających nikomu i z niczego rachunku. Jeżeli nie pamiętała o tem młodzież „czyszcząca“ uniwersytet, winni byli pamiętać jej politycznie wyrobieni duchowi przewodnicy, że jest to chwila, w której zabór rosyjski przeżywa uporczywą walkę o podeptane prawa, chwila, w której w demokratycznej opinii świata należy szukać słów zachęty i uznania dla walczących braci w zaborze pruskim. Nie ulega zaś wątpliwości, że sposób „czyszczenia“ uniwersytetu będzie wyzyskany przez prasę nam wrogą. Jest on też wodą na młyn nacjonalistów ruskich, którzy cieszą się z zajść na uniwersytecie. Cechą bowiem wszystkich obozów nacjonalistycznych jest, że patrzą tylko na krótką metę.

(№ 48) — X zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907. Prace organizacyjne sekcji lekarskich przedstawiają się następująco:

XIV. Sekcja chirurgiczna jako zjazd chirurgów polskich. Gospodarz: Radca Dworu prof. dr. M. Ludwik Rydygier (Mickiewicza 8). Sekretarz: Doc. dr. M. W. Herman (Łyczakowska 5).

Posiedzenie wspólne z sekcją medycyny wewnętrznej: „Leczenie kamicy nerkowej“. Ref. kol. Dunin i Krajewski (Warszawa).

B. Posiedzenie wspólne z sekcją medycyny wewnętrznej i ginekologiczno-polożniczej: „O leczeniu zapalenia otrzewnej“. Ref. Prym. Bogdanik (Kraków).

Nadto czyni gospodarz sekcji starania, aby do ogólnej dyskusji w sekcji przygotować referat: „O znieczuleniu lędźwiowem“.

Wykłady zgłoszono dotychczas następujące:

1. Dr. B. Motz (Paryż): O raku nerek. 2. Tenże: O raku pęcherza. 3. Tenże: O raku gruczołu krokowego. 4. Dr. J. Bogdanik (Kraków): Wyniki leczenia przekrwieniem biernem Biera. 5. Prof. dr. G. Ziembicki (Lwów): Wykład z dziedziny chirurgii dróg moczowych. 6. Tenże: O szwie tętnic. 7. Dr. A. Wolf (Lwów): O uwięźnięciu jelit we wrodzonych otworach krezki. 8. Dr. Z. Leńko (Lwów): Doświadczenia z zakresu czysto- i ureteroskopii. 9. Dr. S. Ruft (Lwów): O wynikach ostatecznych po doszczętnych operacjach przepuklin pachwinowych u żołnierzy. 11. R. dw. prof. R. Rydygier (Lwów): O ostatecznych wynikach po częściowem wycięciu gruczołu krokowego własnym sposobem w przeroście tegoż gruczołu. 12. Tenże: O postępowaniu wobec zastarzałych zwieńnięć dużych stawów kończyn. 13. Tenże: O opatrywaniu ran w klinice chirurgicznej lwowskiej. 14. Doc. dr. M. W. Herman, (Lwów): O zagadkowem krwawieniu ze sutków. 15. Tenże: Spostrzeżenia nad praktyczną wartością chromocystoskopii. 16. Tenże: Z kazuistyki nowotworów nerek i pęcherza moczowego. 17. Tenże: Jeszcze słów kilka o następstwach po przecięciu nerki. 18. Dr. A. Rydygier (Lwów): Niektóre uwagi o postępowaniu wobec nowotworów odbytnicy. 19. Tenże: Wpływ rentgenoterapii na twardziel nosa i krtani. 20. Tenże: O nowotworach na kończynach. 21. Tenże: Urethrotomia externa—urethrotomia interna. 22. Dr. M. Jedlicka (Lwów): O rektoromanoskopii z okazaniem przyrządów. 23. Tenże: O przeszczepianiu mięśni sposobem Rydygiera. 24. Tenże: Przypadek mnogich ciał obcych w żołądku i jelitach (z demonstracją). 25. Tenże: Uwagi krytyczne nad niektórymi sposobami leczenia wypadania prostnicy. 26. Tenże: Okazanie urządzenia rentgenoskopijnego w klinice chirurgicznej lwowskiej i demonstracja niektórych rentgenogramów. Dr. T. Buraczyński (Lwów): O chirurgicznym leczeniu choroby Glénarda. 28. Tenże: O przypadkach wewnętrznej niedrożności jelit i kiszki, leczonych w klinice chirurgicznej lwowskiej. 29. Tenże: O wyborze cięcia do apendektomii. 30. Tenże: Wnioski o leczeniu zapalenia wyrostka robaczkowego, wysnute na podstawie przypadków, leczonych w klinice chirurgicznej lwowskiej. 31. Tenże: O gruźlicy tętnicy. 32. Dr. J. Selzer (Lwów): O zapaleniu płuc wikłającym przebiegu pooperacyjny. 33. Tenże: O wynikach ostatecznych po operacjach obwodowych w przypadkach nerwobólów n. trójdzielnego. 34. Tenże: O gruczolakach żółzowych. Wskazania do operacji; wyniki po operacji. 35. Dr. M. Mars (Lwów): O raku języka. 36. Tenże: O wynikach po operacji Talmy w marskość wątroby. 37. Dr. T. Ostrowski (Lwów): Lymphangiomata. 38. Tenże: O guzach sutków. 39. Tenże: Caries sicca. 40. Dr. J. Stroka (Lwów): Kilka rzadkich guzów jelit i kiszki. 41. Tenże: Uwagi nad leczeniem żylaka powrózka nasiennego.

XV. Sekcja otorynolaryngologiczna. Gospodarz dr. Lesław Gluziński (Wałowa 14). Zastępca gospodarza: dr. Teofil Stachiewicz (Sobieskiego 4). Sekretarz: dr. Orest Litwinowicz (Akademicka 5).

Tematy oficjalne: 1. „Powikłania ze strony uszów w chorobach zakaźnych“. 2. „O rozpoznawaniu i leczeniu chorób zatok nosowych“. W sprawie wyznaczenia referatów dla powyższych tematów zwróciła się S. XV do kolegów warszawskich i poznańskich. Ewentualnie obejmie referat ad 1. dr. Stanisław Zabłocki (Lwów), ad 2. dr. Orest Litwinowicz (Lwów).

XVIII. Sekcja o kulisty czna. Gospodarz: prof. dr. Emanuel Machek (Akademicka 11). Sekretarz: doc. dr. Adam Bednarski (Akademicka 5).

Temat oficjalny: „Sprawa ubezpieczenia od wypadków, dotyczących uszkodzenia narządu wzrokowego ze szczególniejszym uwzględnieniem ustawy austriackiej“.

XIX. Sekcja ginekologiczno-położnicza. Gospodarz: prof. dr. Antoni Mars (Kościuszki 14). Sekretarz: dr. Kazimierz Bocheński (Klinika położnicza).

Tematy oficjalne: 1. „O postępowaniu leczniczym przy miednicach ścieśnionych“. 2. O postępowaniu leczniczym w przypadkach spraw zapalnych, przymacicznych, okołomacicznych i przydatków macicy“.

XX. Sekcja medycyny publicznej. (Hygiena, policja lekarska, badanie środków spożywczych). Gospodarz: R. Dw. dr. Józef Merunowicz (Namiestnictwo—Biuro sanit.), prof. dr. Paweł Kucera (Łyczakowska 133). Sekretarz: dr. Napoleon Gąsiorowski (Namiestnictwo—Biuro sanitarne).

(Tematy oficjalne ob. „Przegląd lek.“ № 6. str. 74, szp. 2).

XXVI. Sekcja wychowania fizycznego. Gospodarz: dr. Eugeniusz Piasecki (Trzeciego Maja 2). Sekretarz: dr. Karol Hornung (29 Listopada 16).

I. Posiedzenie wspólne z sekcją higieniczną. Referaty: 1. Stan obecny higieny szkolnej w Polsce. (Trzej sprawozdawcy, po jednym z każdej dzielnicy). 2. Nauka jedno- i dwurazowa. Ref. prof. Błażek (Stryj). 3. Przerwy szkolne i ich znaczenie zdrowotne. 4. Szkoła wobec kwestyi płciowej. Ref. doc. dr. Witwicki (Lwów).

II. Posiedzenie osobne (w razie większego napływu materiału dwa posiedzenia). A. Referaty: 5. Postępy na polu wychowania fizycznego w Polsce od ostatniego Zjazdu (1900 r.). Sprawozdawcy jak pod 1., ref. dla Galicyi: dr. Eugeniusz Piasecki (Lwów). 6. Praca ręczna jako czynnik wychowania fizycznego: a) Pogląd ogólny. Ref. prof. dr. H. Jordan (Kraków), b) Systemy słońdu. Ref. dr. Kozłowski (Warszawa), c) Praca w polu młodzieży szkolnej. Ref. prof. Błażek (Stryj). B. Odezwy zgłoszone: dr. Winogradzki (Sambor): Statystyka wychowania fizycznego w szkołach średnich w Galicyi.

W sekcji społeczno-zawodowej postanowiło grono organizacyjne warszawskie zająć się wyłącznie sprawami zawodowymi, pozostawiając sprawy społeczno-lekarskie sekcji higienicznej. Sprawozdawcą tematu „Położenie materialne i stanowisko społeczne lekarzy oraz projekty reform“ z Królestwa wybrano d-ra Sumlańskiego (sprawozdawcą z Galicyi będzie r. dw. prof. Jordan). Przedstawicielem sekcji zawodowej jest w Warszawie dr. Bronowski, który przyjmuje tam zgłoszenia udziału w sekcji.

III. Sekcja chemiczna i farmaceutyczna ukonstytuowała się, jak następuje: Gospodarz prof. dr. Bronisław Radziszewski (Długosza 6), prof. dr. Stanisław Tołoczko (Długosza 6), mag. farm. Karol Sklepiński (Grodzičkih 2). Sekretarze: Kazimierz Kling, asystent kat. chemii, Stefan Stenzel, mag. farm. stypend. kat. chemii.

VIII. Sekcja filozoficzna. Gospodarz: prof. dr. Kazimierz Twardowski (Gołębia 10). Sekretarz: doc. dr. Jan Łukasiewicz (Łyczakowska 19 A). Sekretarka: Jadwiga Kubalówna (Pełczyńska 1). W Sek. VIII. nie będzie wcale oficjalnych tematów. W zaproszeniu, wysłanem do pracowników na polu filozofii, zaznaczono, że przede wszystkim pożądane są tematy z pogranicza nauk filozoficznych i przyrodniczych, oraz z filozofii na-

uk przyrodniczych, że jednak można zgłaszać także wszelkie inne tematy z zakresu nauk filozoficznych.

XII. Sekcja medycyny wewnętrznej: 1. Dyagnostyka czynnościowa sprawności serca (ref. kol. Janowski i Rzętkowski z Warszawy). 2. Organoterapia w chorobach wewnętrznych (ref. kol. Latkowski i Szurek z Krakowa).

Dla wspólnego posiedzenia z sekcją chirurgiczną wybrano temat: Gruźlica narządu moczowego i rdogeno (ref. kol. A. Gluźniński i L. Rydygier).

Wykłady zgłosili następujący koledzy: Karwacki (Warszawa): Serodyagnostyka gruźlicy. S. Sterling (Łódź): a) O rokowaniu w gruźlicy płuc. b) Rola tuberkuliny w leczeniu gruźlicy płuc. Lidmanowski (Zagorów): O wewnętrznym leczeniu niedrożności kiszki.

Oddział wewn. II szpitala powszechnego we Lwowie (prym. prof. dr. Wiczkowski): 1) Wiczkowski, M. Selzer i Gittelmacher-Wilenko: Próba zastosowania reakcyi biochemicznych dla celów klinicznych. 2) Domański i Gittelmacher-Wilenko: Doświadczenia z surowicą przeciwgruźliczą Marmorka. 3) Selzer i Gittelmacher-Wilenko: O badaniu sprawności mięśnia sercowego. 4) M. Selzer: Przyczynek do nauki o tężcu. 5) Wiczkowski: Wykład z dziedziny haematologii (Przyczynek eksperymentalny).

Klinika chorób wewnętrznych we Lwowie (dyr. prof. dr. A. Gluźniński): 1) Gluźniński: a) Ciężka postać niedokrewności a gruźlica, b) *Nephritis achlorica*. 2) Marischler: Wpływ diety bezchlorowej na czynność nerek. 3) Rencki: a) Policythemia — w ogólności; b) Policythemia rubra myelopathica. 4) Bałabayder: a) O zachowaniu się czynności żołądka po upływie dłuższego czasu od dokonanej gastroenterostomii przy wrzodzie żołądka; b) Stosunek kamicy żółciowej i jej powikłań, na podstawie materiału sekcyjnego i klinicznego z ostatnich lat 10. 5) Czernercki: a) Hemoliza a hemoglobinurya, b) Mięsak przewodu pokarmowego. 6) Franke: a) Doświadczenia nad wpływem i różnicą działania tuberkuliny ludzkiej i bydłowej na narządy krwiotwórcze. b) O zaburzeniach czynności serca wskutek zbroceń w przewodnictwie podniet pomiędzy przedsionkami a komorami serca. 7) Grek i Reichenstein: Zachowanie się ciałek białych krwi w razie obecności tasiemca w przewodzie pokarmowym u człowieka. 8) Lów: O fermentacyi kałowej głównie przy zbroczeniach czynności chemicznej żołądka. 9) Sabatowski: a) Dalsze spostrzeżenia nad rozpoznawaniem znaczeniem lewulozuryi pokarmowej; b) Wyniki badania czynności mięśnia sercowego. 10) W. Ziembicki: a) Unaczynienie wyrostka robaczkowego. b) Kliniczne znaczenie współczynnika rozpuszczalności siarkanu miedziowego w moczu.

XV. Sekcja otorynolaryngologiczna. Gospodarz: dr. Lesław Gluźniński. Sekretarz: Dr. Orest Litwinowicz (Akademicka 5).

Tematy oficjalne:

1) „Rozpoznawanie i leczenie raka krtani“. Ref. Prof. Dr. Pieniążek (Kraków) i Dr. Jan Sędziak i Dr. Ludwik Guranowski (Warszawa).

Prawdopodobnie przyjdzie pod obrady i temat czwarty: „O rozpoznaniu i leczeniu chorób zatok nosowych“, do którego postanowiono uprościć na referenta Dr. Dmochowskiego z Warszawy. Zgłoszone dotychczas wykłady:

1. „Etyologia obrażeń nerwu krtaniowego dolnego czyli wstecznego“ Dr. J. Sędziak z Warszawy. 2. „Przyczynek do patologii i terapii ostrego podśluzowego zapalenia krtani“. (*laryngitis submucosa acuta*). Tenże. 3. „O t. zw. wyrosłach adenoidalnych na podstawie przeszło 1000 dokonanych operacyi“. 4. Tenże: „Zaburzenia nosowo-

gardłowo-krtaniowo-uszne w przebiegu chorób dolnych dróg oddechowych. 5. Tenże: (Związek chorób usznych, nosowych i gardłowych z chorobami wewnętrznymi). D-r. Teofil Stachiewicz ze Lwowa.

XXII. Sekcja dentystryczna. Gospodarz: Doc. Dr. Andrzej Gońka (Kopernika 1).

Gospodarz sekcji dentystrycznej, komitetu warszawskiego Dr. Gruszczyński (Aleje Jerozolimskie 84) zgłosił następujące tematy:

1. Dr. Leonard Ileszczyński (Warszawa). I. Referaty: a) „O leczeniu korzeni“, b) „O plombach amalgamatowych“. II. Tematy do dyskusji: a) „O regulowaniu zębów“, b) „O zapaleniu dziąseł“ (*gingivitis*). 2. Dr. Leopold Brenneisen (Warszawa) „Aluminium w dentystryce ze szczególnym uwzględnieniem zastosowania przy robotach mostkowych“. II. Temat do dyskusji: „Sprawa narkozy w dentystryce“. 3. Dr. Franciszek Mayer. (Warszawa). „O krwawieniach po wyrwaniu zębów“. 4. Dr. Aleksander Gruszczyński (Warszawa) „Leczenie przetok zębowych“. 5. Dr. Tadeusz Sokołowski (Warszawa) „O leczeniu przetok zębowych systemem Biera“.

W sekcji weterynaryjskiej, której gospodarzem jest Prof. Stan Królikowski (Lwów — Kochanowskiego 33) przyjęto za tematy 1) Warunki niezbędne do skutecznego zwalczania w ramach ustawowych chorób zaraźliwych. 2. Środki i sposoby zwalczania gruźlicy u zwierząt. 3) Róża wąglikowa, jej drogi rozpowszechnienia i środki zapobiegawcze. 4. Choroby zakaźne zwierząt domowych, polegające na obecności we krwi pasożytów zwierzęcych (plasmodye i t. d.). 5. Najnowsze kierunki w hodowli i w żywieniu zwierząt domowych. 6) Znaczenie hodowli drobiu i ryb dla gospodarstwa krajowego. 7) Stosunek weterynaryi do mleczarstwa. 8) Utrzymanie stajen i pastwiskowe zwierząt domowych ze względu na ustawę policyi weterynaryjnej. 9) Najnowsze kierunki w hodowli i w żywieniu zwierząt domowych. 10) Wpływ melioracji gruntów na zdrowotność zwierząt (wąglik, róża świń, łomkost, ślepoty miesięczna i t. d.). 11) Stosunki weterynaryjne w ziemiach polskich.

Zgłoszono zaś wykłady następujące

1. W. Biliński (Brody) a) Markowanie trzody chlewnej, b) Własny, oryginalny projekt zaopatrywania zwierząt w pasporty stałe. 2. Królikowski a) O potrzebie zmiany ustawy o chorobach zwrotowych pod względem tak zwanej ślepoty miesięcznej z powodu upowszechnienia się badania oczu u koni za pomocą wziernika; b) Program wykładów z działu nauk weterynaryjnych dla różnych kategorii szkół rolniczych i wykładów popularnych dla włościan i mieszczan. 3. J. Fedeki (Kalisz) Statystyka włośnicy (*trichinosis*) w rzeźniach guberni kaliskiej. 4. S. Fibich, Rzut oka na choroby ryb. 5. J. Szpilman Potrzeba utworzenia przy Akademii weterynaryjnych zakładów do badania chorób zakaźnych zwierzęcych, ze względów naukowych i ekonomicznych. 6. F. Fried a) Nieplodność u bydła, b) Ronienie zakaźne. 7.

Z. Markowski Ujednostajnienie we wszystkich państwach oględzin bydła i produktów spożywczych zwierzęcego pochodzenia. 8. K. Panek O związku pryszczycy (zarazy pyskowo-racicowej) ze schorzeniami osesków karmionych mlekiem zwierząt chorych na tę zarazę. 9. W. Grabski Ubezpieczenie inwentarza żywego od wypadku i chorób.

(№ 49) — Osoby, kończące wydział lekarski mogą, według wyjaśnienia ministerium oświaty, otrzymywać świadectwa nauczyciela domowego z przedmiotów wyliczonych w dyplomie.

(№ 50) — W forcie Aleksandrowskim w Kronsztacie zmarł na dżumę dr. M. Szrajber, powiększając licznę już listę ofiar na ołtarzu nauki. Zmarły zaraził się dżumą 27. II w pracowni fortu, gdzie dokonywano badań nad zarazką dżumy; 1. III już nie żył. Jest to piąty wypadek dżumy laboratoryjnej, której ofiarą padli lekarze: Müller w Wiedniu w 1898 roku, dr. Camara Pestano w Lizbonie w tym samym roku, trzeci wypadek był w Berlinie w 1903 r., gdzie ofiarą nauki padł dr. Saks, czwartym był zarządzający pracownią w Kronsztacie W. Turczynowicz - Wyżnikiewicz, piątym jest dr. Szrajber. Dr. Podlewski, który się opiekował zmarłym kolegą i sam zapadł na dżumę, wyzdrowiał.

(№ 51) — Na zasadzie prawa francuskiego z r. 1906, pozwalającego poszkodowanym przy pracy robotnikom szukać pomocy u każdego lekarza, obecnie powstała w Paryżu lecznica w celu udzielania bezpłatnej pomocy lekarskiej i prawnej robotnikom poszkodowanym przy pracy. Lecznicę założył powszechny związek pracy.

(№ 52) — Długość życia we Francji wzrosła od roku 1876 o 15% i wynosi obecnie przeciętnie 46¹/₃ lat zamiast dawnych 40¹/₆ lat.

Komitet redakcyjny:

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

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Druk A. Karskiego w Łodzi.