

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE DLA LEKARZY-PRAKTYKÓW.

TREŚĆ. Rozprawy. Sławuta Zakład kumysowy i stacya leśna. Sprawozdanie z działalności lekarskiej za r. 1884. Podał Dr. H. Dobrzycki. (Ciąg dalszy). O nowoczesnem leczeniu zbroceń czynnościowych żołądka. Skreślił dr. W. Jaworski.—**Streszczenia i wyciągi.** 24. Pijaństwo i dipsonania.—**Przegląd bibliograficzny.** Elektryczność i Magnetyzm. Przez prof. Silv. P. Tompson'a.—**Odcłuek.** Instrukcyja Dla lekarza-dzierżawcy, zawiadującego Zakładem wód mineralnych w Busku, lekarza zakładowego i w ogóle dla lekarzy praktykujących u tychże wód zatwierdzona przez p. Ministra spraw wewnętrznych dnia 11 Stycznia 1884 r.—**Wiadomości bieżące.—Ogłoszenia.**

SŁAWUTA

Zakład kumysowy i Stacyja Leśna. Sprawozdanie z działalności lekarskiej za rok 1884.

Podał H. Dobrzycki

b. lekarz szpitala i lecznicy dla chorych piersiowych w Mieni.

(Ciąg dalszy. — Zobacz Nr. 11).

Obeznawszy czytelnika w ogólnych zarysach z warunkami zdrowotności Sławuty jako stacyi leczniczej, wypada nam z kolei przedstawić ruch chorych oraz wyniki lecznicze roku zeszłego otrzymane. Sezon zeszłoroczny podobnie jak i poprzednie trwał od połowy Maja do połowy Września. Największy zjazd jak w ogóle we wszystkich uzdrowiskach miał miejsce w miesiącu Lipcu i Sierpniu. Liczba chorych przechodziła 800 conajmniej. Ścisłej cyfry podać nie jestem w możności, gdyż jak nadmienilem pewna i to nie mała część chorych przyjeżdża tu bez pośrednictwa lekarskiego. Cyfra takich wolontariuszów wynosiła osób 200 do 250, o ile od gospodarzów kwater oraz kilkunastu felcerów tutejszych (na równi z lekarzami praktykę wykonywających) dowiedzieć się mogłem. Że zaś liczba osób na kumys w kontrolli zakładowej zapisanych wynosiła osób 598, ztąd cyfra ogólna podanej na wstępie się równa. Chociaż prawie wszyscy chorzy czy to czas krótszy czy dłuższy byli przezemnie obserwowani i leczeni, jednakże przypadków ściśle spostrzeganych i do wyprowadzenia wniosków pewniejszych służyć mogących, mieliśmy wszystkiego 277. Każdy z tych ostatnich przypadków zanotowany jest przezemnie obszerniej a w wielu razach zaopatrzony notatką skreśloną przez lekarza który zakwalifikował chorego do naszej stacyi. Z przeglądów jakości przypadków chorobnych przekonać się można, iż główny kontyngens przyjeżdżających do Sławuty składa się z chorych ulegających przewlekłym cierpieniom płuc, tak iż z tego względu Sławuta prawie na stacyję wyłącznie dla suchotników się zamieniła. W taki też sposób większość lekarzy się na Sławutę zapatruje, chociaż pogląd ten nie jest uzasadnionym, ponieważ i wiele innych przewlekłej natury zaburzeń chorobnych jak np.

przewlekłe nieżyty dróg pokarmowych, zołży we wszelkich postaciach, wszelkiego rodzaju charłactwa, wlokąca się konwalescencyja po wycieńczających chorobach, nieprawidłowości w miesiączkowaniu, że pominiemy inne stany chorobne, nie małej ulgi doznają w Sławucie lub też wyleczonemi być mogą. Z każdego działu tylko co wyliczonych cierpień mieliśmy przynajmniej po kilkanaście takich przypadków, które w Sławucie pomimo tego, że przedtem całe trwały lata, bardzo znacznego doznały polepszenia. A były to przypadki tak typowe, iż niezależnie od zastosowania właściwych środków (metodycznego użycia kumysu, kąpeli rzecznych, elektryzacji, że pominiemy leki w zwykłym znaczeniu) w każdym z nich, trzeba było przyznać, iż w sprawie doznanego polepszenia udział klimatu był stanowczy i niezaprzeczony. Jeżeli warunki klimatyczne danej miejscowości są tego rodzaju, iż one w sposób dotykalny na pomyślny przebieg chorób piersiowych wpływają, to ramy wskazań do użycia onego bardzo się rozszerzają. Wymagania jakie stawiamy klimatowi aby go uznać za sprzyjający pomyślnemu przebiegowi suchót, są liczne; i jeżeli dany klimat z tego punktu widzenia krytykę wytrzyma, śmiało go polecić można przeciwko całej gromadzie stanów chorobnych szczególnie przewlekłej natury. Powiedziałbym więc, że najlepszą miarą, czyli najlepszem kryterium do ocenienia wartości danego klimatu w ogóle, jest stopień korzystnego wpływu jaki on na cierpienia dróg oddechowych wywiera. Jeżeli w tym ostatnim razie ma wyższość nad innymi, zarówno skutecznym on jest i w innych cierpieniach, a nie koniecznie odwrotnie.

W ogólnej liczbie 277 ściślej spostrzeganych przypadków, 194 dotyczyło chorych wyłącznie chorobom piersiowym uległym, reszta zaś, o których poniżej słów kilka powiemy, przedstawiała inne cierpienia.

Z ogólnej liczby 277 osób część zamieszkiwała w samym Zakładzie w charakterze pensionarzy, część zaś na zewnątrz zakładu, lokując się już to w jego bliskości, już też w mieście; wszystkie ci chorzy jednak o tyle leczyli się systematycznie, że ściślejsza obserwacja lekarska była w sposób dostateczny zapewnioną. Stosownie do klasyfikacji użytej w 4-ch ogłoszonych przezemnie sprawozdaniach z działalności lecznicy dla suchotników w Mieni, chorych piersiowych w Sławucie się leczących, pomieściliśmy w czterech grupach.

Grupa 1. Obejmująca wszelkie nieżyty bądź umiejscowione (szczytowe) bądź rozległe z charakterem przewlekłym. Było chorych. 67

Grupa 2. Wszelkie zmiany mięszu płuc stępieniem odgłosu opukowego lub zmianami przysłuchowemi się zdradzające, chorych . 75

Grupa 3. Oprócz zmian powyższym dwóm grupom właściwych cechująca się zniszczeniem mięszu na większej lub mniejszej przestrzeni (*cavernae*) wszelako jeszcze bez wysoko posuniętych zmian w stanie ogólnym t. j. przy względnie niezłym odżywianiu 15

Grupa 4. Obejmuje przypadki które oprócz zmian powyżej wymienionych, przedstawiają wysoko posunięte zaburzenia w całym ustroju i ogólny upadek odżywiania 13

Oprócz tego, z innymi cierpieniami narządu oddechowego było chorych 24 a mianowicie:

z rozedną płuc.	16
ze zjawiskami następczemi po zapaleniu opłucnej.	8
	<hr/>
	Razem 194

83 pozostałych chorych ulegało następnym cierpieniom:

1. Przewlekłemu nieżytowi dróg pokarmowych 17.
2. Ogólnemu osłabieniu po różnych wycieńczających chorobach 14.
3. Wadom serca 10.
4. Niedokrewności 6.
5. Uporczywym nieżytem nosa bądź to zołzowej bądź innej przyrody 6.
6. Przewlekłej chorobie Bright'a 4.
7. Cierpieniom kości 4.
8. Goścowym cierpieniom przewlekłym 3.
9. Innym cierpieniom które w kazuistyce uwzględnimy 19.

Ogólna ilość chorych zatem, będących przedmiotem ścisłej obserwacji jak wyżej, była 277.

Z krótkiego powyższego wykazu przekonać się można, iż bardzo znaczną przewagę w liczbie leczących się w Sławucie stanowili chorzy piersiowi. Tenże sam stosunek stwierdziliśmy i w pozostałej liczbie chorych uzupełniających cyfrę wszystkich na kuracyją przybyłych.

W gromadzie chorób piersiowych górowały liczebnie cierpienia do dwóch pierwszych grup należące, a które cechowały się nieżytami bądź rozlaniami bądź umiejscowionemi przeważnie w szczytach, już też zapalnymi nacieczeniami mięszu płucnego, wszelako bez współczesnego a przynajmniej stwierdzić się dającego zniszczenia tkanki płucnej. Dwie drugie grupy zniszczeniem mięszu płuc się cechujące, znacznie mniejszą ilość przypadków obejmowały; bo gdy liczba przypadków dwiema pierwszymi grupami objętych wynosiła 142, to dwóch drugich tylko 28. Co do wieku osób chorobie piersiowej uległych, to pod tym względem rozdzieliliśmy je na cztery grupy unikając zbytecznego na pięcioletnie okresy rozdrabniania. I tak: do lat 20 mieliśmy chorych m. 16, k. 13 razem 29. Od 21 do 30 roku włącznie m. 36, k. 32 razem 68. Od r. 31 do 40 m. 25, k. 20 razem 45. Powyżej tego wieku m. 18, k. 10 czyli razem mężczyzn 95, kobiet 75, zatem wszystkich razem chorych piersiowych 170.

Ze względu na rodzaj zajęcia i miejsce bytu, to utworzenie odnośnego wykazu wielką przedstawia trudność. Rodzaj zajęć naszych chorych stanowił wielką różnorodność tak, iż pomimo faktu, że istnieją pewne zajęcia w sposób szczególniejszy do suchót usposabiające, nie mogliśmy wśród naszych spostrzeżeń faktu tego stwierdzić. Co do miejsca zamieszkania, to główny kontyngens chorych pochodził z małych miasteczek. Z szeregu zjawisk doniosłego znaczenia, niezależnie od charakterystycznych zmian jakie w płucach za pomocą badania fizycznego wykazać w suchotach można, na szczególniejszą uwagę zasługuje: krwotok płucny i powikłanie ze strony krtani. Pojęcia o krwotoku w suchotach, dotąd w ogóle

nie są ustalone. Śmiało rzecz można, iż kwestyja to jeszcze nie zamknięta; z tego powodu szczególniejszą zwracaliśmy uwagę na ten objaw i staraliśmy się bliżej jego stosunek do całości sprawy chorobnej oznaczyć. Że krwotek może mieć rozmaite znaczenie o tem już dawniej wiedziano. W ostatnich czasach nawet wprost przeciwne o nim wypowiedziano pojęcia. Gdy wedle F. NIEMEYER'A jak wiadomo krwotok, albo ściślej wylew krwi w tkankę płucną, mógł się stać punktem wyjścia dla suchót, to COHNHEIM stanowczo odmawia krwotokowi przyczynowego znaczenia ze względu, iż krew w stosunku do otaczającej tkanki nie jest ciałem haeterologicznem i prędzej czy później wessaniu ulega. Kliniczne spostrzeżenia przekonały: 1) że mogą mieć miejsce nawet olbrzymie, często powtarzające się krwotoki bez żadnych następstw zapalnych, które o tyle tylko szkodę ustrojowi przyczyniają o ile utrata samej krwi jest rzeczą niekorzystną, 2) że innym razem po krwotoku nawet nieznacznym może się rozwinąć choroba piersiowa, czyli że od krwotoku stanowczo datuje się początek choroby, 3) że w przebiegu już istniejącej choroby może się pojawić krwotok, który w jednej postaci suchót może pod względem rokowania mieć bardzo niekorzystne znaczenie gdy w drugiej o wiele mniej jest groźnym objawem, 4) że wreszcie, jest on spodziewanym objawem tam, gdzie zniszczenie tkanki na znacznej toczy się przestrzeni, chociaż z drugiej strony istnieje ogromne mnóstwo takich przypadków w których pomimo olbrzymich jam bądź to pojedynczych, bądź ze sobą współniczących, ani razu do krwotoku nie przychodzi. 5) W ogólnej liczbie krwotoków za zjawisko chorobie piersiowej właściwe uważanych, jest pewna część, która zaburzeniami w krążeniu (*resp.* wadami serca) jest spowodowana. W razach więc współczesnego cierpienia miąższu płuc, wykrycie istotnej przyczyny krwotoku z natury rzeczy, staje się niemożliwym.

Z powyższego zestawienia wypada, iż w każdym pojedynczym przypadku bliższe oznaczenie natury krwotoku nie jest rzeczą ze względu na rokowanie obojętną i że ściśle, rozgatunkowanie krwotoków na podstawie liczniejszego materiału klinicznego nawet dla terapii ma pewne znaczenie. Z powyżej wzmiankowanych 170 przypadków, 59 było takich, którym towarzyszyły krwotoki. Krwotoki zatem stanowiły objaw w przypadkach tych dość częsty gdyż przeszło $\frac{1}{3}$ część ogólnej ich liczby wynosiły. Z 59 przypadków 12 było takich gdzie krwotok raz jeden tylko (o ile podania chorych mogą stanowić wierne źródło wiadomości) miał miejsce; w pozostałych 47 krwotoki były dwa, trzy, cztery i wielokrotne. W jednej trzeciej części tych przypadków krwotok poprzedził na czas bardzo długi wystąpienie fizycznych zmian w płucach, a przynajmniej przez czas dość długi po krwotoku chorzy jeszcze czuli się dobrze; kilka zanotowaliśmy takich przypadków w których chorzy twierdzili, że od pojawienia się krwotoku datuje się stanowcze wystąpienie choroby, której ani oni w sobie przedtem nie podejrzewali ani też lekarze ich domowi nie stwierdzili, zwłaszcza iż były to przypadki w których jak przynajmniej twierdzili, nikt z rodziny suchotom nie uległ. W niemałej licz-

bie przypadków miały miejsce nie tylko częste, lecz bardzo obfite krwotoki. Były to przypadki szybszym krokiem podążające do fatalnego końca, a chociaż wiele z nich uległo polepszeniu jednak rokowanie było w ogóle nie dobrem. Na wzmiankę zasługuje, jako pod względem praktycznym ważne, przytoczenie tego faktu, że w 5-ciu przypadkach (z przytoczonych 59 krwotokowych) należących do kategorii dokładniej obserwowanych i w kilku odnoszących się do pacjentów chwilowo porady szukających, miały miejsce w Sławucie po raz pierwszy krwotoki. Osoby te, które przedtem krwotoków nie miały dostały krwotoków a nawet w kilku przypadkach silniejszych rzutów krwi natychmiast po udaniu się w głąb lasu. Już powyżej starałem się wyjaśnić to zjawisko, któremu jedynie zapobiedz można tylko przez stopniowe przyzwyczajenie się do klimatu leśnego. Pod tym względem zasługuje na uwagę, jeden mianowicie przypadek w którym krwotok razy sześć się powtórzył i za każdym razem powyższą przyczyną był wywołany; dopiero wstrzymanie się od wycieczek do lasu w ciągu całego tygodnia i spacerów na zewnątrz lasu zabezpieczyły chorego od ponownych krwotoków. Chory ten (nauczyciel gimn. z Mikołajewa p. Z.) przybył z przewlekłą sprawą zapalną w miąższu płucnym, która dalszym była ciągiem zapalenia kataralnego w płucu prawem, gorączkował, miał poty i wogóle bardzo był osłabionym i wycieńczonym, a nadto był tak przerażonym krwotokami rzeczonymi których poprzednio nigdy nie miał, że skutkiem tego bardzo silne przygnębienie nastąpiło. Rokowanie w ogół było bardzo nieobiecującym. Z chwilą jednak gdyśmy chorego zdołali przekonać, że krwotoki są często tutaj następstwem zbyt podniecającego powietrza i że pewna część chorych im ulega zanim się do klimatu miejscowego przyzwyczai, nastąpiło polepszenie w ogólnym stanie chorego. Chory ten po upływie dwóch miesięcy opuścił zakład ze znaczną bardzo poprawą, a z objawów ze strony płuc z przyjazdem chorego wybitnych, zaledwie ślady nieznaczne pozostały. Pojemność płuc i waga ciała, znakomicie się zwiększyły. Nad przypadkiem tym dłużej żeśmy się zatrzymali z uwagi, iż jest typowym i że dostatecznie ujawnia związek zachodzący pomiędzy przyczyną a skutkiem.

Podobne sprzeczności jakie w przedmiocie wyjaśnienia stosunku pomiędzy krwotokiem a suchotami panują, również mają miejsce w sprawie wyjaśnienia stosunku zachodzącego pomiędzy cierpieniem gruźliczem krtani a zajęciem miąższu płuc. Gdy jedni twierdzą, że cierpienie krtani dopiero do istniejących zmian swoistych w płucach się przyłącza i nie bywa pierwotnem, to przeciwnie nie zbywa na takich spostrzegaczach, którzy stanowczo się oświadczają za możebnością wystąpienia cierpienia krtani zanim jeszcze zmiany w płucach się wytworzyły. Ze stanowiska teoretycznego żadne z tych twierdzeń nie może być obalonem chociażby dla tego powodu, że niemożność wykazania zmian ze strony płuc bynajmniej zmian tych nie wyklucza, a nadto, że o ile obecność swoistego pasożyta może za faktyczny dowód istnienia sprawy chorobnej posłużyć, o tyle brak onego również jej nie wyklucza. Racja bytu obydwu tych twierdzeń daje się

jeszcze i tem uzasadnić, że jeżeli przenośnikiem zarazy gruźliczej jest pa-sożyt, to zarówno przy jego wejściu do płuc od zewnątrz jak i przy jego wyjściu z płuc wraz z plwociną, krtani jest koniecznym punktem zetknięcia się z nim. Przy odpowiedniem więc miejscowem ze strony krtani usposobieniu, zmiany w płucach zmianami w krtani czyli gruźlicą krtani mogą być poprzedzone, chociaż fakt ten, iż zmiany gruźlicze w krtani nie od powierzchni ku głębszym warstwom lecz odwrotnie postępują, zdawałby się przemawiać za przypuszczeniem, że zarazek tkwi głębiej w tkaninach. Bezpośrednie spostrzeżenia wykazują, że są przypadki w których zmiany w płucach na czas stosunkowo dość długi gruźlicą krtani bywają poprzedzane. Z 27 bowiem przypadków, będących powikłaniem zmian w płucach wykazać się dających, 8 było takich, które daleko wcześniej od zmian w płucach wystąpiły. Chorzy mieli się zupełnie dobrze, nie ze swej tuszy nie tracili, ani też ubytku sił nie doznawali, nie skarżyli się na żadne dolegliwości ze strony płuc; jedna tylko uporeczywa od czasu do czasu to zwiększająca się to zmniejszająca chrypka, zmuszała ich do szukania pomocy lekarskiej. Dreszcze, gorączka, poty, kaszel z odpluwaniem obfitem, kłócia przelatujące w klatce piersiowej oraz krwotoki, pojawiły się dopiero później, tak, iż niewątpliwie choroba rozpoczęła się od cierpienia krtani, zmiany zaś w płucach dopiero po upływie całych miesięcy, a jak w jednym przypadku po upływie lat dwóch, przesyły do skutku. Drugą grupę stanowiło 19 przypadków w których z początku żadnych zmian w krtani nie było i te ostatnie przyłączyły się dopiero w czasie gdy zmiany w płucach większego doszły już rozwoju. Cechą wspólną dla cierpienia gruźliczego krtani we wszystkich bez wyjątku przypadkach był większy lub mniejszy stopień niedokrewności błony śluzowej krtani, nawet wtedy, gdy ogólny wygląd chorego i ukrwienie innych błon śluzowych oku dostępných, przedstawiało wygląd prawidłowy lub mało co od normy odstępujący. W 13 przypadkach miały miejsce owrzodzenia, w innych zaś na infiltracie tkanki podśluzowej sprawa się ograniczyła. Znaczna część przypadków powyższych doznała acz chwilowego jak wiadomo, lecz niewątpliwego polepszenia, przy metodycznem stosowaniu leśnego powietrza, gdyż zaledwie tylko w kilku przypadkach stosowałem insuflacje jodoformowe, zachowując się wobec owego *noli me tangere*, całkiem biernie.

Ze względu na siedlisko sprawy gruźliczej, ogół przypadków można uporządkować w trzy szeregi, 1) szereg pierwszy w którym siedliskiem zmian było płuco prawe; szereg ten wynosił 56 przypadków, 2) drugie miejsce co do częstości stanowiły zmiany umiejscowione w obu płucach, przypadków tych było 35; wreszcie szereg 3) dotyczył zmian których siedliskiem było płuco lewe; przypadków tych było 28. Od bardzo dawna stwierdzonem zostało, że szczególniejszy *locus minoris resistentiae* przedstawia płuco prawe. W naszym wykazie stwierdziło się to w sposób dotykalny gdyż połowa umiejscowień (58 z liczby 119) przypada na płuco prawe, a mniej jak $\frac{1}{2}$ na płuco lewe. Zmiany w obu płucach współcześnie występujące, zajmują miejsce pośrednie. Przyczyna dla której umiej-

scowienie sprawy w szczytach daleko częściej ma miejsce aniżeli w innych odcinkach płuc, w sposób zadawalniający wyjaśnioną już została; dla czego jednak płuco prawe jest mniej więcej dwa razy częstszym siedliskiem sprawy jak lewe? na to odpowiedzieć w tej chwili przynajmniej niepodobna. Teoretycznie powinno by być przeciwnie z uwagi, że ręka prawa więcej czynności mechanicznych spełnia jak lewa, że zatem, na większe rozwinięcie mięśni klatki piersiowej po tej stronie wpłynąć musi. Że zaś, za silniejszym rozwojem mięśni tej strony musi iść dokładniejsza klatki piersiowej rozszerzalność oraz i wyższy stopień sprawności płuca tejże strony i z nią związane konsekwentnie lepsze odżywianie; przeto przypuścić można, iż i odporność tkanki płuca prawego na bodźce chorobne powinna by być większa aniżeli lewego. Jednakże tak nie jest. Zjawisko to bynajmniej nie jest przypadkowym, gdyż tak dobrze w mniejszym jak i w większym szeregu spostrzeżeń stwierdzić się daje; ta stałość właśnie budzi wielki interes i każe szukać przyczyny któraby je w sposób zadawalniający objaśniła.

Na uwagę zasługuje również ciałośkład osób suchotom ulegających. Jakikolwiek pojęcia o pierwotnej przyczynie suchót byśmy mieli, zawsze pewne osobnicze usposobienie do nich przyjąć musimy. Jednym z licznych wyrazów owego usposobienia jest pewna właściwa (niedostateczna) budowa klatki piersiowej, *resp.* pewien niestosunek pomiędzy całością ustroju a pojemnością płuc, a w tym względzie prace BENEKE'GO zawsze na uwagę zasługiwać będą. Jeżeli się mówi o pewnym niestosunku budowy, to nie ma się na uwadze wyłącznie tylko tego co nazywamy *habitus phthisicus*, lecz w ogóle szczupłą klatkę piersiową budowę. Tak zwany *habitus phthisicus* wcale nie należy do często spotykanych.

W wielu razach mianem *h. p.* oznaczają wysoki stopień wychudnięcia ciała, co zupełnie jest nieślusznem. Z liczby 170 przypadków spotkaliśmy tylko 7 przypadków t. z. *hab. phthisicus* którego tu opisywać nie będziemy. Prawidłowe wymiary klatki a w szczególności prawidłowy stosunek jej obwodu do wysokości ciała oraz prawidłową pojemność płuc, stwierdziliśmy w kilkunastu zaledwie przypadkach, reszta zaś chorych przedstawiała mniejszy lub większy stopień niedorozwoju klatki, chociaż typu *habitus phthisicus* nie przedstawiała. Niedorozwój ten polegał, albo na wąskości i w ogóle małości klatki piersiowej (skutkiem czego pojemność płuc spadała prawie do połowy pojemności prawidłowej); albo na pewnym niestosunku średnic klatki. W przeważnej liczbie przypadków wymiar obwodu klatki był prawie normalny, lecz średnica przednio-tylna była znacznie od normy mniejszą, a poprzeczna większą. Był to typ dający klatkę płaską, jakby zgniczoną. Słowem że $\frac{2}{10}$ ogólnej liczby przedstawiała klatkę piersiową stanowiącą od normy zbaczającą, pomijając wysoki stopień wychudnięcia który nieraz bywa za jedno brany z niedostatecznością klatki piersiowej. Przewaga przypadków niedorozwoju klatki piersiowej u osób suchotom uległych jest tak znaczną, że nie podobna nie dopatrzeć pewnego związku pomiędzy budową klatki piersiowej a rozwojem choroby, chociaż związek

ten nie jest bezpośredni. Wprawdzie nie wyklucza to bynajmniej możności rozwinięcia się choroby u osobników z typowo doskonałą budową klatki, wszelako liczba tych ostatnich przypadków stanowi może $\frac{1}{10}$ część ogólnej liczby.

Co się tyczy czasu trwania choroby, to pod tym względem wielkie notowaliśmy różnice. Były przypadki trwające zaledwie kilka miesięcy, były również po lat 8 się wlokące, najwięcej jednak, bo przeszło 150, trwało około lat dwóch. Wreszcie czas trwania samej sprawy chorobnej nie przedstawia w ogóle większego interessu, ponieważ pod względem rokowania *resp.* możności wyleczenia nie gra on decydującej roli. Fakta bowiem wykazały, że zarówno przypadki świeższe jak i dłużej trwające w kategorii wyleczyć się dających znaleźć się mogą, lub też, że bez względu na długość trwania sprawy, choroba w każdym czasie fatalnie skończyć się może.

(d. n.)

O NOWOCZESNEM LECZENIU zboczeń czynnościowych żołądka.

Skreślił dr. W. Jaworski

docent w Uniw. Jagiell., lekarz prakt. w Karlsbadzie.

Od lat 15 t. j. od czasu wprowadzenia zgłębnika żołądkowego w celach klinicznych, przeszła terapia chorób tego narządu ze sposobu empiryczno-obszernego na drogę spekulacyjną. Powód do tego przewrotu dało coraz szczegółowsze zapoznawanie się z czynnością przeważnie chemiczną żołądka, w stanie prawidłowym i patologicznym. Podczas gdy dawniej *amara* i inne *stomachica* obok ścisłej diety były uniwersalnymi środkami wszelkiego postępowania leczniczego w chorobach żołądka, to obecnie stała się terapia, idąc w ślad badań patologicznych, więcej szczegółową, a raczej symptomatyczną w całym słowa tego znaczeniu. Dawniej bowiem miał lekarz na celu poprawienie stanu całego narządu, przy dzisiejszym kierunku wyszukuje on z całości jedno częściowe zboczenie i przeciw temu zwraca swą czynność leczniczą. I tak np. jeżeli rozpozna brak fermentu trawiącego w żołądku, odnosi do tego szczegółu przypady chorobowe i spodziewa się przez wprowadzenie istot trawiących, stan patologiczny usunąć. Tę rodzaju różnicowanie sprawy chorobowej, stanowi niezawodnie postęp w nauce i jest racjonalnem, jednak wyniki tego leczenia, polegającego jeszcze obecnie więcej na wnioskowaniu, niż na klinicznem doświadczeniu, nie są zawsze zadawalające. To jednak zadziwiać, ani też od obranego kierunku odprowadzać nie powinno, gdyż badanie drobnych zmian chorobowych jest jeszcze w kolebce, a wiele z tych zboczeń są nam niejasne, a nawet może wszystkie nieznane. Należy bowiem z wszelką pewnością przypuścić, że zboczenia w czynnościach żołądka tylko rzadko polegają na całkowitem zniesieniu pojedynczych czynności narządu, a w przeważnej części przypadków, tylko na pewnej zmianie w kierunku dodatnim lub też ujemnym: są one więcej zboczeniami ilości-

wemi, niż jakościowemi. Za główną jednak przyczynę niezadowolającego wyniku nowoczesnej terapii żołądka należy uważać mylne tłumaczenie faktów otrzymanych z doświadczeń nad czynnością żołądka, a stąd i błędne wyciągnięte wnioski dla postępowania leczniczego. Łatwo to będzie można zrozumieć, jeżeli przytoczę w krótkości podstawy, na jakich się obecna terapia żołądka oparła.

Kierunek obecnego badania fizyologicznego i patologicznego żołądka jest przeważnie chemiczny. Największa część badających zadawała się wynikami z doświadczeń nad trawieniem ze sokiem żołądkowym sztucznym lub naturalnym w rurkach odczynnikowych lub naczyniach. A z tego badania chemicznego soku żołądkowego pozwolono sobie wyprowadzić nie tylko wnioski co do zachowania się leków i pokarmów w żołądku, lecz i co do stanu chorobowego całego narządu w celach dyagnostycznych. Jeżeli przetwór jakiś przyspiesza lub opóźnia sztuczne trawienie, jeżeli pokarm w sztucznym soku żołądkowym prędzej lub powolniej, więcej lub mniej dokładnie ulega trawieniu, jest to fakt ze względu stanowiska chemicznego niezaprzeczalny, lecz nieuprawnia wcale do wniosku, aby te ciała w samym żołądku, w którym jeszcze wiele innych czynników, jak ciągła akcja zmiennego chemizmu, mechanizmu i wassalności, jakoteż samo oddziaływanie chemiczne i mechaniczne tych ciał na narząd, miały się w podobny sposób zachowywać, jak w rurce odczynnikowej. Mniej jeszcze uprawnia badanie chemiczne soku żołądkowego do wniosków, jak to czyni wielu, a nawet klinicyści LEUBE, co do stanu patologicznego narządu. Pominąwszy trudności otrzymania szczerzego soku żołądkowego, a przynajmniej pewnego znanego rozcienczenia, niemamy obecnie wcale żadnej pewności, w jakim stopniu ma sok żołądkowy trawić, aby mógł być uważany za fizyologiczny. Pod tym względem granica między fizyologicznym, a patologicznym żołądkiem nie jest jeszcze pociągnięta. Przypuściwszy nawet, żeby się okazało, że sok żołądkowy zachowuje się przy badaniu po za ustrojem pod względem trawienia w granicach prawidłowych, nie możemy jednak stąd wnioskować żadną miarą, że zachowanie się jego podczas aktu trawienia jest również prawidłowe t. j. czy go nie jest za mało lub nie za wiele. Tem mniej wolno nam wnioskować z zachowania się soku żołądkowego na inne funkcje narządu. Do czego przeniesienie terenu badania w celach klinicznych z ustroju po za ustrój prowadzi, niech posłuży np. wynik z następujących doświadczeń. Doświadczenia BUCHNERA (*Cent. f. med. Wiss.* 1882. p. 80) wykazały, że piwo i wino znoszą trawienie sztuczne żołądka, pomimo że od wieków dobrze znanem jest, że one w stosownej ilości do żołądka wprowadzone, działają podmiotowo korzystnie na czynność trawienia. Również okazało się podług doświadczeń AL. SCHMIDTA (*Pflügers Archiv* XIII p. 93), że *amara* i sole, jako też alkalia niszczą sztuczne trawienie żołądka, podczas gdy wiadomą jest rzeczą, że stosowanie tych ciał działa korzystnie na przebieg cierpień żołądkowych. Ja też znalazłem, że sole jakoteż wody mineralne wprowadzone do żołądka upośledzają rzeczywiście w pierwszej chwili trawienie, skoro zaś znikną

z żołądka, pozostawiają po sobie pobudzenie narządu do bardzo energicznej czynności chemicznej i mechanicznej. Również wykazaliśmy z kol. GLUZIŃSKIM, że polecony przez LEUBEGO sposób badania soku żołądkowego (*Deutsch. Arch. f. klin. Medicin* B. XXXIII) po za ustrojem, prowadzi do wniosków klinicznych mylnych, gdyż np. w przypadkach gdzie sok żołądkowy słabo trawił, nie było żadnych objawów klinicznych ze strony żołądka, a w tych przypadkach, gdzie energiczne trawienie miało miejsce, występowały bardzo wybitne przypadki gastryczne.

Bardzo rozpowszechnionem jest zdanie, że z doświadczeń uskuteczionych na żołądku zwierząt, a w szczególności na przetokach żołądkowych można wnioski terapeutyczne wyprowadzić. Pominąwszy tę okoliczności, że przetoka ogranicza swobodne ruchy żołądka, że utrzymuje błonę śluzową w podrażnieniu, jest więc stanem patologicznym, nie jesteśmy wcale uprawnieni przenosić zachowanie się ciał w żołądku zwierząt, na ludzi. Na pewne bowiem można twierdzić, że czas i stopień występowania kw. solnego, fermentu trawiącego, jako też ruchów, inaczej się zachowują w żołądku psa, aniżeli u człowieka i nie jeden objaw, który w żołądku psa jest może prawidłowym, w żołądku ludzkim go może braknąć, albo należy do zбочeń nieprawidłowych. Klinicysta przeto nigdy z doświadczeń zwierzęcych wniosków i zastosowań terapeutycznych przy łóżku chorego, z tą samą pewnością robić nie będzie i nie może. Fizyologowie jednak przyjęli wyniki doświadczeń uskuteczonych na zwierzętach za podstawę główną dla nauki o trawieniu u człowieka. Ząd pochodzi, że klinicysta niejednokrotnie daremnie szuka tłumaczenia objawów czynnościowych żołądka na podstawie dotychczasowych twierdzeń fizjologii, która obecnie jest więcej zwierzęcą, niż ludzką.

To też przeważna część klinicystów szuka podstawy do dostępowania leczniczego z wyników doświadczeń na przetokach ludzkich, z których z biegiem czasu kilka wypadków (BEAUMONT, GRÜNEWALDT i SCHRÖDER, KRETSCHY, UFFELMAN, RICHER) bliżej zbadanymi zostały. Przetoki żołądkowe, czy to one są zwierzęce, czy też ludzkie, wprawiają zawsze narząd w stan nieprawidłowy, tak ze względu na zadrażnienie błony śluzowej, jako też ze względu na upośledzenie prawidłowych ruchów. Jest to więc stan wyjątkowo chorobowy żołądka, nieodpowiadający żadnemu patologicznemu, z jakim klinicysta ma zwykle do czynienia. Stan ten jest najwięcej podobny, jak to mieliśmy sposobność wykazać z kol. GLUZIŃSKIM, do stanu zaostrego nieżytego z wydzieliną kwaśną. Zachowanie się ciał w przetokach żołądkowych nie daje więc miary działania tychże, ani na żołądek prawidłowy, ani nawet patologiczny, jaki się klinicyście w praktyce przedstawia. Przeglądając nadto bliżej dotychczasowe doświadczenia z przetokami żołądkowymi okazuje się, że one były z takimi mieszaninami ani ilościowo, ani jakościowo bliżej określonymi, uskutecznione i w tak niedokładny sposób wykonane, że we wszystkich otrzymanych sami autorowie z powodu utrudnienia i zawiłości całego doświadczenia, dobrze zorientować się nie mogli, a otrzymane wyniki nie są ze sobą zgodne. Trze-

ba bowiem jeszcze pamiętać, że zachowanie się ciał w żołądku jest bardzo zależne od indywidualności, stąd doświadczenia na jednym, albo nawet kilku indywiduach, nieuprawniają jeszcze do pewnego uogólnienia wniosku.

W tych kierunkach przedsiębrane badania nad wpływem ciał na czynność żołądka do wyników zgodnych z rzeczywistością doprowadzić nie mogły. Tyle zyskano na podstawie tych doświadczeń, że obalono dawną terapią żołądkową, nie wykazując jednak równocześnie żadnego nowego swoistego środka leczniczego. Nadto postawiono poglądy dla terapii żołądka jednostronne, wysuwając na pierwszy plan chemizm trawienia. Według tego pojmowania ma, znaczna ilość kw. solnego w żołądku, znaczna ilość fermentu, dzielnie trawiący sok żołądkowy wydzielający się obficie, znaczna ilość peptonów w żołądku, znamionować prawidłowe trawienie, a zmniejszenie w jednym z tych kierunków, ma być już uważanem jako stan patologiczny. Jednem słowem zrobiono z żołądka dygestor chemiczny, którego zadaniem ma być wprowadzone istoty chemicznie przetwarzające. Stąd powstały w krótkim czasie najrozmaitsze rady i środki, aby żołądkowi jego czynność chemiczną ułatwić. Wezwano do pomocy kw. solny, fermenty, rozmaitego rodzaju peptony i różne przetrawione pokarmy. Środki podniecające lub ułatwiające czynność chemiczną żołądka nie wydawały jednak w każdym przypadku oczekiwanych skutków, na dowód, że pojmowanie czynności żołądka w powyższy sposób jest jednostronnem.

Już LEUBE zwrócił uwagę na to, że należy jeszcze uwzględnić trwanie trawienia żołądkowego i w tym celu polecił badanie trawienia żołądka zapomocą befstyku, które po 7 godzinach ma być ukończone. Kol. GLUZIŃSKI i ja mogliśmy w naszych poszukiwaniach (Przegląd Lek. 1885. Nr. 3) przekonać się, że chemizm jest tylko podrzędną częścią funkcji żołądka. Ilość kwasu, ilość peptonów, własność trawiąca soku żołądkowego, w czasie prawidłowego aktu trawienia w żołądku są tylko bardzo małe. I kto miał sposobność badania treści lub wymiocin chorych, nieuskarżających się na przypadki gastryczne, musi się zadziwić jak niską jest kwasota treści żołądka, jak mało w niej peptonów, jak małe zmiany przedstawiają pokarmy nawet po upływie kilku godzin po jedzeniu. Podczas gdy chemizm trawienia w żołądku prawidłowym jest tylko słabo rozwinięty, to natomiast mechanizm ma w trawieniu żołądkowym może najważniejsze znaczenie. Jak długo ten jest utrzymany i treść z żołądka w należyтым czasie zostaje wydalona, narząd ten nie wykazuje żadnych przypadków gastrycznych pomimo że nieraz prawie i śladu trawienia (chemizmu) w samym żołądku niema. Nawet i odżywienie przy upadku jedynie chemizmu trawienia żołądkowego niecierpi, co przemawia za tem, że główna akcja trawienia odbywa się w jelitach. Dopiero jeżeli i mechanizm żołądka jest upośledzony, powstają znaczne gastryczne przypadki, jak nudności, mdłości, pełność, gniecenie, odbijanie czcze, niesmak, podchodzenie śluzu do jamy ust, brak łaknienia i t. d. A te objawy tak długo trwają, aż dopóki treść z żołądka, bądź to środkami przeczyszczającymi, lub też wymiotnemi, albo sondą nie zostaną wy-

dalone. Przy utrzymaniu zaś chemizmu upośledzenie wydalania treści żołądkowej pociąga za sobą, [nadmiarowe wydzielanie kw. żołądkowego ze znaczną zawartością kw. solnego i pepsyny, o energicznej sile trawiącej, znaczne nagromadzenie się peptonów w żołądku; a temu towarzyszą bardzo wybitne objawy gastryczne, jak uczucie palenia, gryzienia, gniecienia, zgagi, odbijania i smaku kwaśnego, często w obec utrzymanego łaknienia. I te to przypadki wygórowanego chemizmu trawienia są częstsze, niż upośledzonego. W innych jeszcze przypadkach wygórowany chemizm trawienia okazuje tylko wśród samego aktu trawienia przez nadmiarowe wydzielanie się soku żołądkowego o wysokiej kwasocie i wytworzenie znacznej ilości peptonów, podczas gdy wydalenie odbywa się w czasie prawidłowym. I na te czynniki nieprawidłowe należy sprowadzić przeważną część przypadków uchodzących obecnie pod ogólnikową nazwą *dyspepsia nervosa*.

Okazuje się więc stąd jasno, że dotychczasowe badania po za ustrojem i na przetokach zwierzęcych jakoteż ludzkich, w p r o w a d z i ł y k l i n i c y s t ó w w b ł a d stawiając nieprawidłową czynność żołądka za prawidłową, a konsekwentnie prawidłową za nieprawidłową. Za tem pojowaniem poszedł i kierunek terapeutyczny. Z żołądka, którego przeznaczeniem jest służyć tylko za zbiornik czasowy dla pokarmów, aby je w pewnych odstępach czasu wprowadzić do jelita, a zatem służącego za regulatora trawienia jelitowego, starano się z niego robić peptonizatora chemicznego, jakim on jest w rzeczywistości w stanach patologicznych, jak to ma miejsce szczególnie w rozstrzeni żołądka. Również zrozumiałem staję się, że nie tylko nie można według dotychczasowego kierunku terapeutycznego postępować szablonowo przy zabiegach terapeutycznych w chorobach żołądka, lecz w każdym osobnym przypadku mieć dokładne pojęcie o zбочeniu funkcjonalnem narządu.

Inaczej może np. lekarz sam zapisać kw. solny, pepsynę, peptony, gdzie one są w nadmiarze, stanowiąc nawet przyczynę przypadków gastrycznych. Trzeba bowiem wiedzieć, że zupełnie sprzeczne objawy przedmiotowe, jak np. brak i nadmiar kw. żołądkowego, mogą okazywać te same objawy podmiotowe. Chcąc więc mieć dane wskazówki dla terapii musi lekarz badać trawienie żołądkowe. Nie wystarczy tu jednak samego soku żołądkowego po za ustrojem, jak to ma miejsce z moczem, a nawet badanie LEUBEGO befstyktem może doprowadzić do mylnej dyagnozy. Lekarz musi zbadać żołądek podczas gdy jest czynny t. j. trawi, jak np. bada płuca lub serce podczas wykonywania czynności tym narządem właściwych. W okresach więc trawienia, a nie po ukończeniu staje się zбочenie funkcjonalne wybitnem. Za sposób do tego badania może posłużyć np. metoda z pomocą białka którą ja z kol. GLUZIŃSKIM podaliśmy w *Berl. klin. Woch.* 1884. Nr. 33. Stosowanie więc terapii według przedmiotowych zбочeń czynnościowych żołądka jest obecnie już możliwem, wymaga jednak dość wielkiego zachodu ze strony lekarza praktycznego, a cierpliwości ze strony pacjenta. Jeżeli jednego lub drugiego brakuje, leczenie racjonalne i skuteczne chorób żołądkowych miejsca mieć nie może. (d. n.)

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

55. **Pijaństwo i dipsomania.** Odczyt miany na 6 górnoreńskim zjeździe lekarzy we Freiburgu przez prof. d-ra KIRN (*Deutsch. med. Woch.* 34 — 1884). Peryodyczni pijacy, którzy dotknięci są dipsomanią, piją tylko w pewnych odstępach czasu, mogą zaś tygodnie i miesiące być trzeźwi, ale jak tylko zaczną pić, piją w nadmiarze. Przedstawiają oni wtedy wyraźne zaburzenie umysłowe, które jest podobne do pijaków, ale różnica między zwykłym pijakiem i dipsomanem jest ta, że pijak najprzód pije, a w następstwie doznaje zaburzenia umysłowego, a dipsoman najprzód jest cierpiący umysłowo, a w następstwie staje się pijakiem. Jest przytem i ogólny rozstrój umysłowy, a tylko jeden popęd do pijaństwa szczególnie goręje, i należy do zaburzeń psychicznych peryodycznych. Bliższa analiza objawów wykazuje, że chodzi tu w początkach o stan melancholijczny, który z czasem się zaciera; dipsomania więc, nie jest peryodyczną manią lecz peryodyczną melancholią. Z początku chory doznaje pewnego naprężenia w głowie, bezsensowności, uczucia osłabienia, niezdolności do pracy, ściskania w piersi i dla uwolnienia się od tych cierpień oddaje się pijaństwu, chociaż pije bez zadowolenia. Przy dłuższem trwaniu napadu pijaństwa, mogą wystąpić objawy ostrego lub przewlekłego zatrucia wyskokiem i utrudniają rozpoznanie. Nakoniec drugi okres pobudzenia może się zakończyć snem. Po ukończeniu napadu następuje wyczerpanie często z zaburzeniami żołądkowemi. Przyczyny trzeba szukać nieraz w usposobieniu dziedzicznem do psychoz i nerwie. Tacy chorzy i po za napadem duchowo nie są zdrowi. U innych bywa ogromna drażliwość, lub melancholijczny charakter, lub wreszcie hysterya lub padaczka. Niekiedy choroba kojarzy się z pewnemi okresami rozwoju ciała, jak dojrzewaniem, *climacterium*. W końcu wpływy moralne przygnębiające mogą mieć swoje znaczenie. W jednym opisanym przypadku autor osiągnął stopniowe wyleczenie za pomocą opium, które podawał z samego początku napadu. Rokowanie, jak przy wszystkich peryodycznych zaburzeniach psychicznych mało daje nadziei na wyleczenie. W końcu autor podaje różniczkowe rozpoznanie między pijaństwem i dipsomanią. 1) Dipsomania rozwija się na gruncie przygotowanym dziedzicznie, lub z wystąpieniem okresu dojrzałości lub *climacterium*, kiedy pijaństwo bywa bez tych momentów wskutek stosunków zewnętrznych życia. 2) Dipsomania przebiega w pewnych peryodycznych napadach, kiedy pijacy piją bez żadnego typu, co do czasu, a jeżeli się wstrzymują od picia, to albo z braku lub wskutek choroby. 3) Napadom dipsomanów zwykle towarzyszą przygnębiaenia psychiczne, co daje powód do nadużycia, kiedy pijacy z przyzwyczajenia przystępują do kieliszka bez tego wstępnego usposobienia. 4) Psychiczne zaburzenia wyskokowe występują na wysokości napadu następczo u pijaków, kiedy u dipsomanów mogą wystąpić najprzód na scenę. 5) Dipsoman porzuca swój popęd i całą wolą panuje nad sobą przeciw powrotowi, kiedy osłabiona wola pijaków nie może się wznieść na wyżynę stanowej energii dla zapanowania nad sobą.

J. R-i.

PRZEGLĄD BIBLIOGRAFICZNY.

Elektryczność i Magnetyzm. Przez prof. Silv. P. Thompson'a. Drzeworytów w tekście 170. Przetłomaczył J. J. Boguski str. 517. Warszawa nakładem Paprockiego i sp. 1885.

Gdyby dzieło powyższe nie traktowało nawet o przedmiocie, który ma tak ważne w naukach lekarskich zastosowanie pod względem rozpo-

znawczym i leczniczym, to i tak zasługiwałoby ono ze wszech miar na uwagę każdego przyrodnika a więc i każdego lekarza. W ostatnim kilkunastoleciu elektryczność stała się czynnikiem, który tak oświadczył całym szeregiem zastosowań w technice, przemyśle, mechanice, słowem: we wszystkich gałęziach działalności pod względem fizycznym, że ją można nazwać czynnikiem uniwersalnym. Elektryczność jako motor wyrugowała w niemałej już części parę, to zdaje się dostatecznie wykazuje jaką ma ona przyszłość przed sobą; wreszcie elektryczność to cała fizyka. „Elektryczność i magnetyzm, mówi słusznie tłumacz w przedmowie, przedstawiają dziś podwójne znaczenie: stanowią niezmiernie ważny pod względem naukowym dział przyrodoznawstwa, w którym zbiegają się wszystkie niemal pozostałe gałęzie fizyki, a potwórcie: z dniem każdym zajmują coraz to większe znaczenie w przemyśle”. Prawdziwość słów tych stwierdzić może każdy kogo bliżej interesuje postęp nauki i dobrobyt ogólny. Brak dzieła któreby w sposób nieco obszerniejszy obecny stan nauki o elektryczności i magnetyzmie przedstawiało, nader dotkliwie czuć się dawał. Wszystko to, co w języku polskim o tym przedmiocie pisano stanowiło tylko rozdziały z fizyki bardzo jednostronnie kwestyją się zajmujące. Pełnego obrazu tej zajmującej nauki z jej najciekawszymi jakic tylko być mogą zastosowaniami, nie mieliśmy wcale. Tłumaczowi zatem należy się wszelkie uznanie za to, że (w obec nieustalanej jeszcze terminologii w zakresie nauk fizycznych, co trudności przekładu zwiększa) przyswoił naszemu piśmiennictwu ze wszech miar zajmujące i pouczające dzieło. Całe dzieło rozpada się na 437 paragrafów i dwanaście następujących rozdziałów: 1) Elektryczność przez tarcie. 2) Magnetyzm. 3) Elektryczność w ruchu. 4) Elektrostyka. 5) Elektromagnetyzm. 6) Mierzenie prądów. 7) Prądy wytwarzają ciepło światło i pracę. 8) Termo-elektryczność. 9) Elektroptyka. 10) Prądy indukcyjne. 11) Elektrochemia. 12) Telegrafy i telefony. Z przytoczonego spisu rozdziałów przekonywamy się, że sam przedmiot dostatecznie został wyczerpany i zarówno strona teoretyczna jak i praktyczna uwzględniona. Na szczególniejszą uwagę zasługuje część ostatnia pod nazwą dodatku przez p. Zdziarskiego opracowana, zestawiająca główne twierdzenia o potencyale elektrostycznym i zastosowaniach teorii potencyału do zjawisk prądu elektrycznego. Jestto zarys matematycznej teorii zjawisk elektrycznych, który w sposób bardzo pożądany uzupełnia dzieło. Chociaż książka obecna nie jest pisaną wyłącznie dla lekarzy, jednakże wystudjowanie onej przyniesie lekarzowi nie małą korzyść ze względu na zastosowanie elektryczności w medycynie. W elektroterapiach bowiem część fizyczna kwestyi ponajwiększej części dość niejasno bywa przedstawiana; pod tym więc względem dzieło obecne jest dla lekarzy pożytecznem. Poważne stanowisko jakie Thompson w nauce zajmuje daje nam gwarancją, że wyborowi dzieła do przekładu, nie zarzucić nie można, zwłaszcza że przekład uskuteczniiony został z najnowszego (piątego) wydania angielskiego oryginału. Metoda wykładu wysoce jest interesująca, a jak autor sam powiada czytelnika, celem jego było dostarczenie początkującym jasnej i dokładnej znajomości doświadczeń, na których opiera się nauka o elektryczności. Z doświadczeń wysnuwa autor zasadnicze prawa a nie odwrotnie. Pomimo wielkiej dostępności wykładu, ścisłość bynajmniej nie szwankuje; z całą bowiem systematycznością mamy w dziele przeprowadzoną naukę o zachowaniu energii jak wiadomo przez HELMHOLTZA, THOMPSONA, JOULE'A i MAYER'A zbudowaną, oraz pewien zarys obecnie kształcącej się analogicznej nauki o zachowaniu elektryczności. Tłumaczenie dobre i wydanie staranne w obec mnóstwa (170) drzeworytów, dają prawo dziełu temu do jaknajszerszego przez ogół poparcia.

ODCINEK.

INSTRUKCYA

Dla lekarza-dzierżawcy, zawiadującego Zakładem wód mineralnych w Busku, lekarza zakładowego i wogóle dla lekarzy praktykujących u tychże wód zatwierdzona przez p. Ministra spraw wewnętrznych d. 11 Stycznia 1884 r.

1) Lekarz-dzierżawca obowiązany jest dołożyć wszelkich starań, ażeby Ustawa i przepisy porządkowe, przez J.W. Towarzysza Ministra spraw wewnętrznych, dla Zakładu wód mineralnych w Busku zatwierdzone, przez wszystkich należycie były przestrzegane, ażeby osoby w skład służby zakładowej wchodzące, były z całą uprzejmością dla chorych i gorliwie spełniały swoje obowiązki i żeby służba w przyrządzeniu kąpielei, ściśle stosowała się do przepisów lekarzy-ordynujących.

2) Lekarz-dzierżawca, obowiązany jest nieść pierwszą pomoc chorym, w razie nagłego zasłabnięcia ich w zakładzie kąpielowym i natychmiast wzywać lekarza, który stale leczy chorego, lub lekarza zakładowego. Jego również jest obowiązkiem troszczyć się o zapewnienie chorym bawiącym u wód dostatecznej i odpowiedniej pomocy lekarskiej.

3) Lekarz-dzierżawca obowiązany jest baczyć na to, ażeby zagraniczne wody mineralne, naturalne i sztuczne były świeże, podawane stosownie do przepisów lekarzy i aby sprzedaż ich była możliwie przyzwoicie urządzoną. Wody te mogą być wydawane tylko w gmachu zakładu wód mineralnych, albo też w aptece. Wrazie sprzedawania takowych pokątnie lub jawnie (w szynkowniach lub innych sklepach, jak to teraz ma miejsce) albo nareszcie przez wędrownych handlarzy, Lekarz-dzierżawca zawiadamia o tem policję w celu skonfiskowania i natychmiastowego ich zniszczenia.

4) Obowiązek dozoru nad felecerami, tak zakładowymi, jako też i mieszkającymi w osadzie Busko, jako też i nad izbami felecerskimi, wkłada się na lekarza-dzierżawcę. Powinien on czuwać nad tem, ażeby felecerzy ściśle wykonywali poruczone im przez lekarzy czynności, a w razie zaniedbywania się, jako też za rozgłaszania jakim chorobom podlegają chorzy, za nieprzystoite wydawanie opinii o lekarzach i stosownie do tego rekomendowanie tego lub owego lekarza, pociągać ich do odpowiedzialności sądowej.

5) Lekarz zakładowy, w razie nieobecności lekarza-dzierżawcy, pełni jego obowiązki, a oprócz tego, obowiązany jest w rannych godzinach być obecnym, w czasie picia wód przy źródłach. Żądającym jego rady, udzielać ją i przy źródłach i w gabinecie jego zakładowym od godz. 9—12 przed południem (posiadającym świadectwa ubóstwa bezpłatnie).

6) Lekarze rok rocznie w ciągu całego sezonu w Busku praktykujący, uważani są za lekarzy zdrojowych i tylko oni mają prawo do otrzymywania książek sezonowych lekarskich (ustawa wód mineralnych w Busku § 6) i do wydawania kart porady, na zasadzie których zarząd wód wydaje chorym kąpiele, wodę, muł i t. p. Lekarze zaś przyjeżdżający dla czasowej praktyki, jeśli znani są w kraju jako specjaliści, mogą praktykować w Busku w charakterze specjalistów. Zarząd wód obowiązany jest robić o nich ogłoszenia, jako o konsultantach-specyalistach czasowo przebywających u wód.

7) Lekarze zdrojowi i konsultanci-specjaliści, obowiązani są uczęszczać na posiedzenia doradcze, skoro na takowe będą zaproszeni przez lekarza-dzierżawcę (§ 7 ustawy) i jedynie choroba lub nieobecność lekarza

w Busku, uwalnia go od tego obowiązku. Na posiedzeniach przewodniczy lekarz-dzierżawca, a w razie jego nieobecności lekarz zakładowy, ostatni sporządza protokoły posiedzeń.

8) Aby dać chorym możliwość, korzystania bez szczególnych wydatków, zachodów i formalności z rady dwóch lub trzech lekarzy, ustanawiają się stale godziny dla „porad lekarskich” w gabinecie lekarza zakładowego w gmachu kąpielowym, pomiędzy godziną 8 a 10 z rana, w którym to czasie i chorzy i lekarze zgromadzają się przy zdrojach.

9) Za taką „poradę lekarską” każdy chory opłacać ma 5 rs.

10) Chory żądający „porady lekarskiej” powinien w przeddzień lub rano dnia tego, zawiadomić kancelaryę zarządu wód o swoim żądaniu i podać nazwiska tych lekarzy, których pragnie zaprosić na naradę. Późem chory, jeżeli wniósł opłatę otrzymuje kolejny bilet wejścia z oznaczeniem na nim nazwisk lekarzy, zaproszonych. Zaproszenie rozsyła lekarzom Zarząd wód.

11) Trzecia część dochodu z „porad” przeznaczają się na wynagrodzenie woźnego, na potrzeby kancelaryjne, na przybory konsultacyjne i t. p. Reszta zaś dochodu idzie na rzecz lekarzy i dzieli się pomiędzy nich stosownie do tego, ile razy każdy z nich brał udział w „poradach”, za wyłączeniem lekarza-dzierżawcy.

12) W gabinecie konsultacyjnym, powinna znajdować się książka do zapisywania chorych, rezultatów narad i przeznaczonej kuracji, poświadczona podpisami lekarzy naradzających się. Książka ta ma być przechowywana w gabinecie lekarza zakładowego pod zamknięciem.

13) Lekarze w prywatnych swoich sprawozdaniach, drukowanych w widokach osobistych, mogą zamieszczać uwagi swoje, o niewłaściwościach ustawy i przepisów porządkowych, o różnego rodzaju niedostatkach zakładu i t. p. również krytykować działalność i sposoby leczenia swoich kolegów, lecz tylko w tej formie, z temi objaśnieniami i w takich rozmiarach, w jakich rzeczy te były roztrząsane na posiedzeniach lekarskich doradczych. W razie niezastosowania się do tego przepisu. Lekarzom zebrany na posiedzenie doradcze najbliższego sezonu, służy prawo postawienia wniosku o pozbawienie winnego prawa, do korzystania z § 6 ustawy wydanej dla wód mineralnych w Busku.

14) Felczerzy, utrzymujący w Busku izby felcerskie, nie mają prawa poruczać uczniom swoim pełnienia obowiązków felcerskich.

Podpisał: Dyrektor *Mamonow*.

Za zgodność: Naczelnik wydziału *Chołodkowski*.

Wiadomości bieżące krajowe.

— W dniu 18 b. m. Komitet wyznaczony do oceny prac na konkurs imienia CHAŁUBIŃSKIEGO wraz z przybranymi członkami, jednogłośnie przyznał nagrodę d. rowi KRÓWCZYŃSKIEMU za dzieło p. t. Syfilidologia wydane w roku 1883, które już było przedmiotem poważnych rozbiórów podanych przez nieodżałowanej pamięci KLINKA oraz Teofila BELKE'GO.

— Wystawa spożywczo-gospodarcza mająca się rozpocząć d. 21 b. m. obchodzić się będzie bez higienisty. Ani do *Jury* ani na członka komitetu żaden lekarz zaproszonym nie został. Widocznie panowie urządzający wystawy nie dbają o to izby wystawione okazy były zdrowo przyrządzane i szły na pożytek spożywających.

REDAKTOR i WYDAWCA DR. G. Fritsche.

Дозволено Цензурою. Варшава 7 Марта 1885. Друк Зiemkiewicza Krak.-Przedm. N. 15.