

MEDYCYNA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 8.

Warszawa d. 8 (21) Lutego 1903 r.

T. XXXI.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rb. 6, półrocznie rb. 3. Z przesyłką pocztową rocznie rb. 7, półrocznie rb. 3 kop. 50. Cena numeru pojedynczego kop. 15. Cena ogłoszeń: Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny“. W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora: Krakowskie Przedmieście Nr. 7

TREŚĆ. PRACE ORYGINALNE. Rzeżączka u mężczyzny a pozwolenie żenienia się. Podał d-r E. Borzęcki. — O wodzie Krościńskiej. Opracował d-r J. Frączkiewicz. (Ciąg dalszy). — STRESZCZENIA I WYCIĄGI 26. O zbieraniu się płynu w jamie opłucny w chorobach serca. 27. O przewagach uspienia eterowego. — Z TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 20 stycznia r. b. — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO. Posiedzenie z dnia 3 stycznia r. b. — ODCINEK. W sprawie lekarzy szpitali warszawskich. — List otwarty do Redakcyi „Medycyny“. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — WIADOMOŚCI BIEŻĄCE. — OGŁOSZENIA.

„MEDYCYNA“
GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r E. Borzęcki — La gonorrhée et le mariage. 2) D-r J. Frączkiewicz — Sur l'eau minérale de Krościenko.

Redaction Dr M. Sadowski. Varsovie — Rue Krakowskie Przedmieście 7.

„MEDYCYNA“
MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen. 1) D-r E. Borzęcki — Der Tripper und die Erlaubniss zu heirathen. 2) D-r J. Frączkiewicz — Ueber das Krościenko'sche Mineralwasser.

Redaction: Dr. M. Sadowski Warschau — Krakowskie Przedmieście 7.

PRACE ORYGINALNE.

RZEŻĄCZKA u MĘŻCZYZNY a pozwolenie żenienia się*).

Podał

D-r Eugeniusz Borzęcki

Prymaryusz oddziału chorób skórnych i wenerycznych
w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie.

Zadanie lekarza wobec każdego przypadku choroby wenerycznej rozpada się na dwie czę-

ści: jedną jest leczenie chorego, drugą stanowi zarządzenie wszystkiego, co należy, by choroba nie przeniosła się od jednego osobnika na inne. Sprawa zapobiegania szerzeniu się chorób wenerycznych przedstawia się zasadniczo odmiennie odnośnie do plei — i przez to wyniki są i pozostaną zawsze połowiczne. Kiedy bowiem kobiety, o ile, jako prostytutki jawne, stanowiące notoryczne źródło szerzenia chorób wenerycznych, podlegają niemal wszędzie nadzorowi lekarsko-policyjnemu, tajne w znacznej odsetce, to mężczyźni cieszą się zupełną swobodą, a je-

*) Praca, wygłoszona na posiedzeniu Towarzystwa dermatologicznego Krakowskiego d 24 października 1902.

dynym hamulcem, jeżeli nim nie będzie w wyjątkowych przypadkach ból fizyczny przy zamierzonym *coitus*, może być tylko poczucie prostej uczciwości. W chwili jednak, kiedy mężczyzna powźmie zamiar ożenienia się, przychodzi do lekarza, oskarża sam siebie, i, o ile to dotyczy naszego tematu, stawia pytanie: czy wobec przebytej rzeżączki jednej lub kilku, które, według jego zdania, może niezupełnie zostały usunięte, może się żenić? Pytanie częste i jasne, odpowiedź czasem trudna, a zawsze obciążająca tak dużą odpowiedzialnością lekarza — bo bez przesady twierdzić można, że następstwa przeniesionej rzeżączki na kobietę są często groźniejsze od następstw przymiotu, tak że uważałem za usprawiedliwione poruszenie tej sprawy tem więcej, że, o ile wiem, w piśmiennictwie lekarskim polskim, jako osobny temat, rozbierana nie była.

Pomijam szczegółowe omówienie tych różnych kategorii przypadków, w których pacjent na krótki czas przed zawarciem związków małżeńskich nabawia się rzeżączki lub na kilka dni przed naznaczonym, a nie dającym się odroczyć terminem ślubu zasięga naszego zdania i porady co do swej rzeżączki. Tu tylko „mise en scene“ inne, rzecz ta sama, a odpowiedź nasza oprze się na ogólnych zasadach, które w rozstrzygnięciu tej sprawy winniśmy się kierować. Z punktu widzenia tych różnych odcieni, zależnie od tego, czy rzeżączka została nabyta przed, czy po zaręczynach, tuż przed ślubem i t. d., opracował ten temat JULLIEN w osobnej monografii „Blennorrhagie et mariage“¹⁾.

Dopóki nie znano właściwego drobno-ustroju rzeżączki, odpowiedź na powyższe pytanie opierano tylko na badaniu klinicznym, i przypuszczać należy, że o pomyłkę w rokowaniu wtedy było nie trudno. Dziś sprawa ta przedstawia

się odmiennie. Odpowiedź nasza musi się zawsze, bezwzględnie opierać jedynie na wynikach badania bakteriologicznego przystępnego do zbadania materiału.

Odpowiedź nasza nie może być nie jasna i nie stanowcza, taka bowiem ani celu mieć nie będzie, ani pacyenta nie zadowolą.

Za punkt wyjścia przy rozpatrzeniu tej sprawy sądzę, że należy obrać ten pewnik, że rzeżączka mężczyzny jest zupełnie uleczalna, a więc ta okoliczność, że ktoś przebył jedną, czy więcej rzeżączek, zasadniczo *a priori* nie jest przeszkodą do zawarcia związku małżeńskiego. Jako drugi ważny szczegół, o którym zawsze pamiętać nam wypadnie, jest ten, że w niejednym przypadku uda nam się usunąć rzeżączkę, jako chorobę zakaźną, czyli zniszczyć gonokoki²⁾, jakie znajdowały się w błonie śluzowej cewki, a pozostanie stan nieżytywy tejże błony (*wrethritis catarrhalis postgonorrhoeica*), który chyba tyle ma wspólnego z rzeżączką, że ona dała doń powód.

Rzeżączka pacyenta, który zapytuje lekarza, czy wolno mu się żenić, może być: ostra, przewlekła lub według zdania pacyenta wyleczona, i w stosunku głównie do tej ostatniej kategorii przypadków dłużni jesteśmy odpowiedź. Kiedy bowiem jedno- lub dwukrotne zbadanie wydzielin, jak to jest w rzeżączce ostrej lub podostrej, wykaże obecność ge, to odpowiedź prosta: trzeba leczyć. Po pewnym czasie przy stosownie obranem leczeniu usunęliśmy rzeżączkę, pacyenta poddaliśmy obserwacji, i od dnia, kiedy zaprzestano leczenia miejscowego, mija przeciąg czasu 3—4 tygodni, pacjent nas odwiedza, a równie jego własna, jak i nasza obserwacja nie budzi podejrzenia dalej trwającej rzeżączki, t. j. z cewki zrana przed oddaniem moczu

¹⁾ JULLIEN. „Blennorrhagie et mariage.“

²⁾ Dla skrócenia w dalszym ciągu pracy zamiast gonokokki = ge.

żadnej wydzieliny, w moczu żadnych części morfotycznych (nitek, strzępków) nie ma. Dodajmy, że świadomie, wychodząc ze słusznego założenia, powiedzieliśmy pacjentowi, by w okresie powyższej obserwacji żył jaknajswobodniej, nie pomijając „*excessus in venere et Baccho*“, i że po tem odwiedza nas bez jakiegokolwiek podejrzanych objawów istniejącej jeszcze rzeżączki (żadnej wydzieliny z cewki, mocz bez nitek i t.d.). Czy możemy w takim przypadku, polegając na badaniu klinicznym, powiedzieć choremu, bez zastrzeżenia, że rzeżączka jego jest usunięta, że się żenić może? Czyli inaczej: czy wynik badania klinicznego jest zupełnie równoległy do wyniku badania bakteriologicznego? Sądzę, że bez pewnego zastrzeżenia odpowiedzi stanowczej dać nie możemy. Jakkolwiek mocz — w stosunku do rzeżączki — jest niejako zwierciadłem, w którym doświadczony lekarz dużo dostrzedz potrafi, to jednak w pewnych przypadkach mocz bezwzględnie wolny od dostrzegalnych golem okiem części morfotycznych nie pozwala na wniosek, że i błona śluzowa cewki jest zupełnie prawidłowa, a względnie, że w jej ścianach nie ma gdzieś ogniska z *ge*. Mam tu na myśli zajęcie rzeżączkowe gruczolu krokowego. Zwykły akt oddawania moczu nie wystarcza i nie zabierze z sobą skąpej wydzieliny, czy to ropnej, czy śluzoworopnej, nagromadzonej w świetle gruczolów cewkowych gruczolu krokowego, byśmy w przypadku, gdzie sprawa rzeżączkowa zajęła tenże gruczoł, mogli polegać na ujemnym wyniku, otrzymanym z badania moczu.

Trzeba zbadać wydzielinę gruczolu krokowego, otrzymaną w odpowiedni sposób (względnie resztę moczu z tą wydzieliną, tak zwany „*Expressionsharn*“), a jeżeli i teraz wynik badania w kierunku *ge* będzie ujemny, to sądzę, że mamy wszelkie podstawy i prawo uważać rzeżączkę za wyleczoną, a choremu z czystym sumieniem pozwolić się żenić. W takim przypadku, gdzie ani z ujścia z cewki, ani z moczu, ani z gruczolu krokowego nie otrzymaliśmy materya-

łu do zbadania mikroskopowego, pozostawałoby jeszcze, jako ostatni sposób badania, przeprowadzenie tego z osadem po zcentryfugowaniu moczu. Zdaje mi się jednak, że ten ostatni sposób w przypadkach — o jakich mowa — jest zbyt techniczny.

Trudniej o wiele przedstawia się odpowiedź w tych przypadkach, które słusnie, czy niesłusnie noszą nazwę rzeżączki przewlekłej, gdzie więc okres ostry dawno minął, a badaniem przedmiotowem stwierdzamy mniej lub więcej liczne nitki, strzępki i t. d. w moczu. Pomijam na tem miejscu potrzebę uwzględnienia przy badaniu tych przypadków zmian głębszych w błonie śluzowej, podśluzowej, gruczole krokowym i t. d., by nie zbieżyć od obranego tematu. W tych przypadkach, jeżeli się rozechodzi o pacjenta, który ma się żenić, skierować należy w pierwszym rzędzie naszą uwagę w kierunku stwierdzenia, czy w danym przypadku mamy przed sobą jeszcze rzeżączkę *stricto sensu*, czy tylko stan niezytu przewlekłego po rzeżączce, na drugim dopiero planie postawić samo leczenie. Kto w każdym z podobnych przypadków bada mikroskopowo te skąpe nieliczne nitki i strzępki — nie większe od wielkości przecinka — ten wie, że z badania klinicznego żadnych wniosków robić nie można. Tu wyniki badania klinicznego, makroskopowego a bakteriologicznego mogą być bardzo różne i nieraz jakby odwrotnie proporcjonalne. Nie też dziwnego, że z małymi tylko wyjątkami klinicyści, którzy tę sprawę poruszali, z całym naciskiem zaznaczają, że tylko na podstawie ścisłych badań bakteriologicznych w tych przypadkach zdanie swoje wypowiedzieć możemy.

(D. n.).

Z oddziału chorób wewnętrznych pofr. d-ra St. Paręńskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O WODZIE KROŚCIEŃSKIEJ.

Opracował

D-r JAN FRĄCZKIEWICZ.

(Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 7).

Przystępując do opisu wpływu wody mineralnej Krościeńskiej na przewód pokarmowy, nadmienić muszę, że, chcąc uniknąć rozwlekłości, nie będę szczegółowo opisywał bardzo licznych przypadków i spostrzeżeń, podam tylko mniej więcej ogólny wynik i naukowe wytłomaczenie poszczególnych objawów. W badaniach i doświadczeniach posługiwałem się metodami i sposobami, podanymi w „Podręczniku chorób żołądka“ prof. d-ra JAWORSKIEGO.

Rozpocznę od przypadków najczęstszych może, a w leczeniu wodą Krościeńską dających najlepsze wyniki, t. j. od nerwie żołądka wydzielniczych, cechujących się nadmierną kwasotą, i ruchowych, jak czkawka i wymioty nerwowe i często połączonej z nimi gastralgi.

Skuteczność musimy odnieść do trzech najważniejszych składników wody Krościeńskiej, t. j. do dwuwęglanu sodu, chlorku sodu i wolnego bezwodnika kwasu węglowego. Trzy te składniki wzajemnie swoje działanie uzupełniają i potęgują.

W żołądku woda Krościeńska z powodu swych alkalicznych własności rozpuszcza masy znajdującego się w nim śluzu i oczyszcza błonę śluzową, czyniąc ją przez to sposobniejszą do spełniania swych czynności fizyologicznych. Jeżeli w żołądku znajdują się wolne kwasy, to zobojętnia je, zamienia na odpowiednie sole, przyczem wywiązujący się wolny bezwodnik kwasu węglowego działa pobudzająco na następcze wydzielanie się soku żołądkowego i podnieca żołądek do energiczniejszych ruchów i szybszego wydalania treści z żołądka do jelit. Bardzo rzadko

jednak następuje zupełne zobojętnienie treści żołądkowej, gdyż przypadkowo tylko może znajdować się w żołądku równoważna ilość kwasów i zasad wprowadzonej wody. Nawet wówczas, kiedy w żołądku znajdująca się treść oddziaływa obojętnie lub alkalicznie, jak to bywa przy dłuższem zatrzymywaniu jej w żołądku, działa woda Krościeńska leczniczo, albowiem pobudza do wydzielania soku żołądkowego. Wspólnie bowiem w tym kierunku działają wszystkie składniki główne wody mineralnej.

Ponieważ w obojętnej, względnie w alkalicznej treści trawienie żołądkowe się nie odbywa, przeto jasną jest rzeczą, że picie większej ilości wody w czasie i zaraz po jedzeniu może niekorzystnie oddziaływać, szczególnie przy atonii i rozszerzeniu żołądka. Tutaj może zobojętnienie miazgi pokarmowej to samo sprawić, co obserwujemy w ogrzewalniku, jeśli zobojętnioną miazgę pokarmową wraz z ciałami białkowatymi w nim trzymamy. Występuje wkrótce gnicie.

Z drugiej strony są przypadki, i o tych chcę mówić, gdzie podawanie miernych ilości wody w czasie jedzenia lub po jedzeniu działa bardzo korzystnie; dzieje się to, mianowicie, wtedy, gdy w żołądku znajduje się nadmiar kwasów. Wiadomem bowiem jest, że istnieje pewien ściśle oznaczony procent dla każdego kwasu, przy którym trawienie najłatwiej się odbywa. Jeśli w miazdze pokarmowej znajduje się za dużo kwasów, to następuje opóźnienie i zwolnienie, a nawet zawieszenie sprawy trawienia. Częściowe zobojętnienie miazgi pokarmowej ma także i tę zaletę, że rozpoczęte w jamie ustnej trawienie ciał skrobiowatych i przemiana ich w dekstrynę może się dalej w żołądku odbywać, wedle bowiem licznych doświadczeń mierna kwasota miazgi pokarmowej w żołądku nie znosi działania fermentu, zawartego w wydzielinie gruczołów ślinowych.

Z tych uwag wyprowadzić możemy lecznicze wskazania dla wody Krościeńskiej, a badania moje kilkomiesięczne w tym kierunku wydały jaknajlepsze wyniki.

Wszystkie przypadłości, połączone z nerwicami wydzielniczymi, ustępują w krótkim stosunkowo czasie przy racjonalnem leczeniu wodą Krościeńską. Bardzo dobre wyniki dają nerwice ruchowe: wymioty (*vomitus nervosus*) i czkawka (*singultus*); często jedno lub dwukrotne przepłukanie żołądka ciepłą wodą Krościeńską usuwa przykre cierpienie, daje lekarzowi zadowolenie wewnętrzne i zyskuje dlań wdzięczność pacyenta. Zwolna, ale stale zmniejsza się nasilenie, w końcu ustępuje całkiem jedna z najprzykreszszych nerwic, t. j. gastralgia.

Nie gorsze wyniki przedstawia leczenie wodą Krościeńską cierpienie żołądka, opartych na zmianach anatomicznych.

W niezycie śluzowym żołądka, który zwykle sprawia nudności i wymioty ranne (*vomitus matulinus*), rozpuszcza nadmierną ilość śluzu. Miałem sposobność obserwować wielokrotnie to cierpienie przy przewlekłym alkoholizmie. Jedna lub dwie szklanki wody Krościeńskiej, rano na czczo wypitej, działa w tych przypadkach bardzo dobrze.

W niedomodze wydzielniczej błony śluzowej żołądka skuteczność wody Krościeńskiej przypisać musimy skombinowanemu działaniu jej składników, a w szczególności mechanicznej niejako podniecie, jaką wywiera wolny CO_2 , i specyficznemu wprost działaniu soli kuchennej, która stanowi znów chemiczną podniecie. Wiemy nadto, że źródłem kwasu solnego HCl w soku żołądkowym jest właśnie chlorek sodu, zawarty w pokarmach, a jeśli ta ilość nie wystarcza, to najracjonalniejszym sposobem wprowadzenia do ustroju odpowiedniej ilości tegoż będzie używanie wody Krościeńskiej, zawierającej znaczną ilość NaCl . W końcu chlorek sodu sprzyja peptonizacji i przyspiesza wessanie peptonów, o czem już dawniej przekonano się na podstawie doświadczeń na psach z przetokami żołądkowymi.

Dziesiątki obserwowanych przeze mnie przypadków z ostrym niezyciem i t. zw. sta-

nami dyspepsy li tylko stosownemu i w porę rozpoczętemu leczeniu wodą Krościeńską zadowolają pomyślny i prędki swój przebieg.

W niezycie kwaśnym żołądka może woda Krościeńska oddać znakomite usługi, łagodzi bowiem i zupełnie usuwa objawy, jak kwaśny smak w ustach, kwaśne odbijania, zgaęgę i wymioty kwaśne, uczucie gniecienia i ból po jedzeniu. W tych przypadkach podawałem wodę szklankami w ciągu dnia, a szczególnie w porze występowania napadów. Rozumie się samo przez się, że we wszystkich tych cierpieniach tylko wówczas spodziewać się możemy trwałego i dobrego skutku, jeśli równocześnie ściśle trzymać się będziemy prawideł dyetytyki.

W jelitach przyczynia się woda Krościeńska do łatwiejszego trawienia jelitowego przez prędsze alkalizowanie treści, działając przytem, podobnie jak i w żołądku, pobudzająco na ruchy robaczkowe i posuwanie się treści w jelitach. Rozpuszczając śluz na dużej przestrzeni błony śluzowej jelita, ułatwia w ten sposób wchłanianie miazgi pokarmowej do krwiobiegu. Ztąd też wybitnie korzystne działanie spotykamy w chorobach jelit, w niezyciach ostrych i przewlekłych, szczególnie górnego odcinka jelita cienkiego i dwunastnicy, gdzie cierpienie to połączone jest zazwyczaj z żółtaczką (*icterus catarrhalis*). Reguluje nadto stolec, usuwa wzdęcie i cuchnące mocno stolce, wreszcie, jak już wspomniałem wyżej, może zapobiegać ostrym zakaźnym chorobom jelit, jak czerwonca, durowi brzuszemu, ostremu niezyciu i niestrawności na jakimkolwiek tle.

Dodać w końcu należy, co bez wyjątku wszyscy chorzy, którym podawałem wodę Krościeńską z jakiegokolwiek bądź wskazań zaznaczyli, że woda Krościeńska pobudza znakomicie apetyt. Chorzy, którzy przedtem narzekali na brak apetytu, potem ucieszeni dopominali się powiększenia diety, co szczególnie korzystnym okazało się w błednicy. Młode pacjentki w wysokim stopniu małokrwiste,

a które, jak to zwykle bywa, grymaszą w jedzeniu lub dopominają się potraw niepożywnych, ostrych, po kilku dniach picia wody Krościeńskiej same bez szczególnych w tym względzie pytań podawały, jako najważniejszy skutek używania wody Krościeńskiej, znakomitą poprawę apetytu, a co za tem idzie, szybką poprawę ogólną. Wytlómaczyć sobie to możemy z jednej strony przedstawionem powyżej działaniem wody Krościeńskiej na przewód pokarmowy wogóle, z drugiej strony na przyspieszenie przemiany materii.

U blisko 60% wszystkich przeze mnie obserwowanych chorych, którym z rozmaitych wskazań podawałem wodę Krościeńską, stwierdzić można było dodatni jej wpływ na ogólny stan przewodu pokarmowego. Były to przeważnie chore w podeszłym wieku z wiotkimi powłokami brzuszniemi, opadnięciem trzew brzusznych i ogólną gnuśnością przewodu pokarmowego. Nie rzadko zdarzało się, że chore przy pełnej dyecie po kilka dni stołca nie miewały i skarżyły się na różne z tego powodu przypadłości. Chorym tym zalecałem picie wody mineralnej na czezo i miałem badzo pomyślne wyniki w kierunku działania wody na przewód pokarmowy, na szybsze krążenie i wydalanie treści jelit. Po kilku dniach chorzy sami oświadczały, że przedtem albo bardzo rzadko, albo tylko po środkach przeczyszczających miewali stołce, a teraz wypróżnienia bywają codziennie.

Jakkolwiek studia i badania farmakologiczne nie wyjaśniły dotąd wpływu wód alkaliczno-słonych na narząd oddechowy, to jednak, opierając się na licznych doświadczeniach, pomijając brak wytlómaczenia teoretycznego, zaprzeczycie niepodobna, że wody te, a przedewszystkiem woda Krościeńska, wywierają bardzo korzystny wprost znakomity wpływ na nieżyty oskrzeli. Przypuścić należy, że picie wody alkali-

czno-słonej podnosi parcie ościeinne, a przez to także powiększa wydzielinę błon śluzowych, śluz staje się mniej gęstym, nie przylegającym tak mocno do błon śluzowych i daje się łatwo przy kaszlu wydalić. W górnych częściach dróg oddechowych działa miejscowo, rozpuszczając śluz na błonie śluzowej gardła i znosi pobudzenie do kaszlu.

Tłómaczą to także liczne spostrzeżenia moje, które pozwalają zaliczyć wodę Krościeńską do ważnych środków pomocniczych, działających korzystnie w leczeniu cierpień narządu oddechowego.

Wogóle woda Krościeńska działa niejako oszczędzająco na płuca, gdyż ułatwia wykrztuszenie.

W ostrych i przewlekłych nieżytach krtani, tchawicy i grubszych oskrzeli polecałem z bardzo dobrym i prędkim skutkiem wodę Krościeńską, także jako płyn do wzięwania.

Równie pomyślne rezultaty obserwowałem przy krwiopłuciu bardzo ostrożnie wykonywanemi wzięwaniami, co znów łatwo da się wytlómaczyć tem, że rozpuszczając śluz w ustach, na łukach podniebiennych i w gardle, usuwa przyczynę, pobudzającą do kaszlu.

Zbytecznem nawet, zdaje mi się, jest dodawać, że w chorobach ostrych zakaźnych, połączonych z nieżytem dróg oddechowych, jak to bywa w influenzy, wskazane jest podawanie wody Krościeńskiej. Zapalenie nieżytowe i włóknikowe płuca szczególnie w okresie rezolucyi przebiegają łagodniej i prędszej przy używaniu wody Krościeńskiej, niż przy jakichkolwiek innych środkach. Kilka przemennie obserwowanych przypadków przemawia za tem najdowodniej.

STRESZCZENIA I WYCIĄGI.

26. JOS. ESSER. O zbieraniu się płynu w jamie opłucny w chorobach serca.

D. GERHARDT, opierając się na 7 własnych przypadkach, zwrócił w r. 1901 uwagę na pewien objaw, spotykany często u chorych sercowych, a mianowicie na obecność płynu w opłucnie, zwykle prawej, trudno poddającą się leczeniu.

Etiologia tego ciekawego objawu dotychczas jest nieznaną.

Podług GERHARDT'a mamy tu do czynienia z przesiękiem zastoinowym, powstałym wskutek osłabienia serca; przeciwko temu przemawia zupełny brak lub nadzwyczaj powolne zbieranie się wysięku w innych częściach ciała a także uporeczywy przebieg i stały wzrost płynu pomimo dobrej diurezy. Ciężar gatunkowy płynu zajmuje pośrednie miejsce pomiędzy wysiękiem i przesiękiem.

Autor podaje trzy przypadki cierpienia serca, które oświetlają trochę etiologię tego objawu.

W pierwszym przypadku znaleziono przy oględzinach pośmiertnych oprócz zwykłych zmian, napotykanych przy wadach serca, gruczolę limfatyczną w *hilus* prawego płuca wyraźnie powiększoną (wielkości orzecha leśnego), zewnątrz twarde i ciemno zabarwioną; po lewej stronie niektóre tylko gruczolę były wielkości bobu, niezbyt twarde.

W drugim przypadku również znaleziono prawostronne gruczolę w *hilus* zwiększoną, stwardniałą i czarną, z lewej natomiast strony te same zmiany w daleko mniejszym stopniu.

W trzecim przypadku zmiany w gruczolach prawego *hilus* i koło prawego oskrzela były o wiele więcej widoczne, niż w poprzednich dwóch przypadkach. Gruczolę wielkości jaja, czarne, stwardniałe; na przecięciu widoczne były żółte miękkie i zwapniałe ogniska; gruczolę nawet koło drobnych rozgałęzień oskrzeli były także stwardniałe i powiększone; tak samo przedstawiały się gruczolę śródpiersia.

We wszystkich zatem trzech przypadkach autor obok zmian w mięśniu sercowym znalazł prawostronny przesięk w opłucnie z wybitnymi zmianami w gruczolach limfatycznych prawej połowy klatki piersiowej.

Autor na zasadzie powyższych spostrzeżeń w następujący sposób objaśnia obecność płynu z prawej strony klatki piersiowej w chorobach serca.

Przestrzeń pomiędzy dwiema powierzchniami opłucny uważać powinniśmy jako dużą przestrzeń limfatyczną, napełnioną pewną ilością płynu, który oddziela błonę płucną od takiejże żebrowej. Podług HENLE'go prąd limfy idzie w kierunku od opłucny płuc ku opłucnie żebrowej, stąd i z gruczolów oskrzelowych z prawej strony kieruje się do *truncus bronchomediastinalis*, z lewej zaś do *ductus thoracicus*.

Jeżeli gruczolę i naczynia limfatyczne są zatkane wskutek stanu zapalnego, natenczas powstaje obrzęk w opłucnie tylko wtedy, gdy czynność serca jest osłabiona, w przeciwnym bowiem razie liczne anastomozy zapobiegają temu.

Przy osłabieniu serca zwiększone ciśnienie w żyłach przeszkadza bezpośredniemu przejściu limfy do krwi i wywołuje przesięk. Tem się też tłumaczy uporeczywość tych przesięków.

Co się zaś tyczy zmian gruczolów oskrzelowych, to powstają one wskutek przewlekłego zapalenia oskrzeli, tak częstego w wadach serca, a szczególnie, jak doświadczenie pokazało, z prawej strony.

(*Münch. med. Woch.* 1902. Nr. 44).

Z. Steinkalk.

27. J. PFANNENSTIEL. O przewagach uspienia eterowego.

KROEMER. Technika uspienia eterowego w klinice chorób kobiecych w Gießen.

Z pośród używanych do uspienia leków od dawna walczą o palmę pierwszeństwa chloroform i eter. Każde uspienie za pomocą wdychania gazów jest krótkotrwałym zatruciem danego

osobnika. Zawsze należy wybierać do usypiania środek mniej szkodliwy. Otóż jest ogólnie znany fakt, że eter w porównaniu z chloroformem jest o wiele słabszą trucizną, że nigdy nie działa ujemnie na serce, nigdy nie powoduje naglej śmierci, jak to bywa podczas chloroformowania. Ujemną stroną eteru jest niemożliwość stosowania go przy oświetleniu sztucznym z powodu obawy wybuchu.

Z zarzutów, jakie stawiają eteryzowaniu chorych, należy podnieść: 1) zużycie zbyt długiego czasu na dostatecznie głębokie uśpienie, 2) powstawanie po uśpieniu eterowem zapalenia płuc (*Aetherpneumonie*).

„Na każde uśpienie potrzeba czasu“, słusznie powiada KOBLANK, a na uśpienie eterowe przy odpowiedniej wprawie wystarcza kilkanaście minut. W przypadkach, gdzie usypianie eterem trwa dłużej, należałoby, zdaniem autora, zużyć więcej czasu i przy stosowaniu chloroformu. Zresztą w porównaniu z mniejszym niebezpieczeństwem użycia eteru czas nie może odgrywać żadnej roli. Głębokość uśpienia jest zupełnie dostateczna do wykonania nawet tak poważnego zabiegu, jak długotrwała laparotomia.

O wiele poważniejszym zarzutem przeciw eterowi jest powstawanie po eteryzowaniu zapalenia płuc (*Aetherpneumonie*). Lecz zarzut to niesłuszny. Zapalenie płuc powstaje nie tylko po eteryzowaniu, lecz i po chloroformowaniu, zwłaszcza po operacjach na wątrobie, żołądku i kiszki. Nie jest to jednak „*Aetherpneumonie*“, lecz „*Aspirationspneumonie*“. Zapalenie płuc, które powstaje po uśpieniu, nie zależy od użytego leku, chloroformu czy eteru, lecz od wciągnięcia wgląb do dróg oddechowych bakterii, znajdujących się w jamie ustnej i gardzieli. Od czasu gdy autor przed usypianiem zaczął stosować przemywanie i płukanie jamy ustnej i gardzieli płynami odkażającymi, nie widział ani razu przypadku zapalenia płuc. Zwracać należy baczność uwagę na to, żeby chory nie podlegał zaziębieniu ani podczas operacji, ani podczas przenoszenia go do pokoju, ani też po operacji w pokoju sypialnym. Z pośród przeszło 2000 chorych, uśpionych eterem, autor ani razu nie stracił chorego z powodu chorób dróg oddechowych, wywołanych eteryzowaniem.

Dużo zależy też od umiejętności usypiania. Chory powinien być ułożony tak, żeby tchawica

nie ulegała zgięciu, i przygotowany, jak do chloroformowania (środek przeczyszczający, odkażenie jamy ustnej i gardzieli, wstrzykiwanie się od pokarmów i 0,01 morfiny na 10 minut przed operacją). Wdychany eter, chemicznie czysty, nie powinien być zgęszczony. Eter *per se* działa na tkanki prawie, jak środek żrący, dla tego też należy unikać takiego podawania eteru, w którym możliwe jest wchłanianie oddzielnych kropeł wgląb do dróg oddechowych.

Zarzucić należy maski SCHIMMELBUSCH'a, a zwłaszcza maskę JULLARD'a, szelnie pokrywającą twarz chorego, przez co zmuszamy go do wdychania silnie zgęszczonego eteru i prócz tego wywołujemy asfiksję wskutek nadmiaru kwasu węglanego, powstałego z wydychania. Dobra jest maska WAUSCHER'a, składająca się z nasady kauczukowej, pokrywającej nos i usta, i z dużego worka gumowego, do którego nalewamy eter. Eteru nigdy nie należy wlewać więcej, niż 100 grm. na raz, i pozwolić choremu samemu przytrzymać maskę i z wolna głęboko oddychać. Po kilku minutach chory przyzwyczaja się do odychania niezgęszczonym eterem, i następuje szybko okres pobudzenia. Wtedy należy szelnie przybliżyć maskę do twarzy, przez co wywołujemy lekkie zatrucie kwasem węglanym, lecz jednocześnie uspakajamy pobudzone ośrodki nerwowe, a niewielkie ilości eteru zupełnie wystarczają do głębokiego i trwałego uśpienia. 100 grm. eteru wystarczało autorowi na 50—60 minutową operację. Poruszać workiem gumowym i tym sposobem wpędzać eter do dróg oddechowych nigdy nie należy. Przeciwwskazań do uśpienia eterowego właściwie niema. Ostre zapalenie oskrzeli i płuc jest zdaniem autora przeciwwskazaniem do wszelkiego uśpienia za pomocą wdychania gazu, choroby dróg oddechowych przewlekłe nie są przeszkodą do eteryzowania.

Przesądem jest też twierdzenie, jakoby eter pozostawiał po sobie następstwa o wiele szkodliwsze, niż chloroform. Eter ulatnia się przy 35° C., chloroform przy 60° C., z tego powodu eter o wiele szybciej wydalą się z organizmu, niż chloroform. Należy pomagać obfitej transpiracji przez ciepłe ogrzewanie i nie wstrzymywać zbyt długo od picia.

Podczas uśpienia źrenice powinny być stale zmniejszone. Uduszenie objawia się przez rozszerzenie źrenic i sinicę twarzy. Tętno pozostaje

zupelnie dobrem nawet po zaprzestaniu oddychania. Odrzucenie maski, zarządzenie sztucznego oddychania, a nawet tylko dostęp świeżego powietrza bardzo szybko doprowadza chorego do stanu normalnego. Nie można wcale porównywać tych zresztą nader rzadko spotykanych wypadków z groźną, a nawet, niestety, często śmiertelną zapaścią podczas chloroformowania.

Zupelne bezpieczenstwo eteryzowania, latwość techniki i możność obywatnia się w praktyce prowincjonalnej bez pomocy lekarza powinny zachęcić do jaknajszerszego stosowania eteru w celach uspiania.

(*Centralbl. für Gyn. N. 1.*)

I. Mucha.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dn. 20 stycznia r. b.

TRZĘŚĆ: 1) LEBENSBAUM — przedstawienie rozszerzacz systemu BOSSI'ego i FROMMER'a. 2) KOPYTOWSKI — przedstawienie chorego z owrzodzeniem syfilitycznym pierwotnym na wardze. 3) GABSZEWICZ — przedstawienie chorego z porażeniem nerwu pachowego. 4) NEUGEBAUER — „Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o obojnactwie?“

Kol. LEBENSBAUM przedstawił rozszerzacz systemu FROMMER'a i zmodyfikowany nieco rozszerzacz systemu BOSSI'ego, wykazując zalety i wady obydwóch systemów.

2) Kol. KOPYTOWSKI przedstawił chłopca z owrzodzeniem na dolnej wardze wielkości grochu, w części zabliznionem. Owrzodzenie to słabo ropieje, ma dno płaskie, lekko stwardniałe. Gruczoły chłonne okoliczne mocno obrzmiałe. Chłopiec na 6 tygodni przed ukazaniem się tego owrzodzenia bawił się jakąś harmonijką, której matka przypisuje powstanie choroby. K. najpierw leczył miejscowo rtęcią w dużej ilości. Sądzi, że zapobiegł wystąpieniu innych objawów

przymiotu, choć obecnie leczenie ogólne jest warunkowo wskazane.

3) Kol. GABSZEWICZ przedstawił 17-letniego chłopca, który wskutek uderzenia prawego barku o słup stracił możność czynnego podnoszenia prawej ręki ku górze. Inne ruchy wykonywa dobrze. G. stwierdził porażenie nerwu pachowego (*n. axillaris*) z porażeniem wyłącznym mięśnia naramiennego. Mięsień ten na prąd elektryczny zupełnie nie oddziaływa i znajduje się w stanie zaniku.

4) Kol. F. NEUGEBAUER wygłosił odczyt p. t. „Co lekarz praktyk powinien wiedzieć o obojnactwie?“

Autor oparł się na kazuistyce 872 przypadków wrzekomego obojnactwa, z piśmiennictwa zebranych, oraz na 33 własnych spostrzeżeniach. Mówca przedstawił liczne fotografie, rysunki, modele z plastycyny, przez niego według natury wykonane, oraz szereg preparatów anatomicznych.

St. Kopczyński.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Wydział higieny ludowej.

Na posiedzeniu dnia 3 stycznia d-r CHEŁCHOWSKI mówił o chatach murowanych z wapniaka w okolicach Nałęczowa. Wobec znacznego rozpowszechnienia wapniaka w Królestwie (gub. lubelska, okolice Pińczowa, Ilży, Inowłódza, Podlasie), chaty takie, znacznie tańsze i bez porównania trwalsze od drewnianych, oddawna już mogły być zastąpić drewniane we wspomnianych okolicach. Lud jednak wiejski patrzył obojętnie na materiał budowlany, pod bokiem leżący, pomimo że od wieków znał użytek tego materiału i widział liczne przykłady budowania z niego. Przecież jeszcze w 14 wieku cały Kazimierz nad Wisłą zabudował się z tego właśnie materiału, i bardzo wiele budowli od tego czasu do dziś przetrwało. To samo było przed 200 blisko laty w Nałęczowie. Nie brakowało też i przykładów świeższych w gub. Lubelskiej: Janowiec, Wąwolnica, budowle pp. Kleniewskich, wille w Nałęczowie.

W ostatnich dopiero latach jesteśmy świadkami ciekawego zjawiska, jak w okolicach Nałęczowa lud naraz zmienił swe zapatrywania i rzucił się do murowania z wapniaka przeważnej większości nowych chat. I w innych okolicach w lubelskiem pojedyncze przykłady stawiania chat z wapniaka zdarzały się w ostatnim czasie w całym szeregu wsi. Główny powód tego zapewne stanowi coraz większa drożyzna drzewa, a coraz niższa wartość jego budowlana. Koszt chaty z wapniaka na ogół wynosi o jakieś 20% mniej, niż drewnianej.

Chaty z wapniaka wyglądają daleko lepiej od drewnianych: wyższe i obszerniejsze, wyżej podmurowane, mają więcej okien i to daleko większych, często i podłogę i dach inny, a nie strzechę. Zdawałoby się, że przy stawianiu chat drewnianych wieśniak ulega potężnemu wpływowi odwiecznej rutyny, dającej na wszystko

gotowe przepisy i nie zostawiającej miejsca dla woli i upodobań jednostki. Skoro zaś raz zerwie z tą rutyną, wybierając inny materiał budowlany, wtedy łatwiej mu już dać folgę swoim poglądom i upodobaniom. I rzeczywiście, nie tylko chaty z wapniaka szybciej od drewnianych przystosowują się do koniecznych wymagań postępu. To samo możnaby powiedzieć i o chatach piaskowo-wapiennych.

Pod względem higienicznym trudno byłoby coś zarzucić chatom z wapniaka. Jeden tylko błąd włościan zasługuje na potępienie: oto niekiedy, murując z wapniaka, spajają kamienie gliną, a nie wapnem.

W różnych kamieniołomach wapniaka, (którego pokłady w niektórych okolicach dosięgają 200 metrów grubości) ceny jego wahają się od 1½ rubla do 3¾ rubla za pręt czyli sążeń sześcienny.

Nie każdy wapniak nadaje się do budowy. Odróżniają dwie główne jego odmiany: siwak i opokę. Siwak (starsza formacja geologiczna, nie zawierająca skamieniałości mięczaków) ciemniejszej barwy nie nadaje się do budowli, chyba na fundamenty lub do wyrobu wapna i cementu. Opoka, zwana też dla swej barwy opoką białą, bielakiem lub dzwonem z powodu szczególnego dźwięku, wydawanego przy uderzeniu w nią, jest formacją geologiczną młodszą, bogatą w skamieniałości, powstała zapewne z siwaka, którego twardsze jądra łatwo odnaleźć w pokładach opoki. Dobra opoka jest śnieżno biała i z łatwością daje się przecinać piłą, obrabiać heblem i dłutem, co jej nadaje nieocenione zalety w budownictwie, pozwalając obrabiać z niej sztuki dowolnej wielkości i kształtu z zaoszczędzeniem wapna potrzebnego w szpary między kamieniami. Największą sławą cieszy się opoka Kazimierska.

Na temże posiedzeniu mówiono o tem, że dla wielu pytań higienicznych byłoby bardzo

ważnem przekonać się ściśle termometrem, czy w izbach wiejskich podczas mrozów jest ciepło, czy zimno?

Odczytano dane o oświetleniu izb wiejskich, zebrane z jednej wioski w ciechanowskim przez p. J. MILEWSKĄ. Łuczywa już się tam nie widuje; wszędzie używają nafty, ale niezmiernie oszczędnie. Zdawałoby się, że raczej chodzi o to, aby nie wydać jakichś 2 groszy więcej na naftę, niż żeby rodzina spędziła wieczór produktywnie: przy czytaniu, przy robocie, wymagającej natężenia wzroku i t. p. Zdawałoby się, że każda rodzina powinna mieć lampę stojącą z kloszem, nie kopecą. Tymczasem na 16 rodzin tylko 3 posiadają lampę z kloszem, a i te posługują się nią głównie przy gościach. Zazwyczaj pali się w izbie mały kinkiet wiszący albo nawet mała lampka, przypominająca kałamarz, w którego szyjce osadzono kncok, bez żadnego szkła na płomień. To zawzięte oszczędzanie na nafeie ujawnia się i tem, że od

1 maja do 1 października izby nie oświetlają wcale. W ciągu pozostałych 7 miesięcy spala się nafty przeciętnie po pół kwarty na tydzień; jeżeli zaś w domu są drobne dzieci, to i więcej, do 1 kwarty tygodniowo. Rodzina więc włościańska spala rocznie 15 do 30 kwart nafty. Płaci za swoją naftę drogo, bo po 4½ kop. za pół kwarty czyli 36 kop za garniec. Roczny wydatek na naftę wynosi 1 rb. 35 do 2 rb. 70 kop.

Dla porównania oto cyfry z instytucji rządowych. Lampa służbowa zużywa w ciągu godziny 2—2¼ lutów nafty. Lampa, paląca się całą noc z wydatkiem na szkła i knoty kosztuje 14 rb. rocznie. Lampa, paląca się do 10 godz. wieczorem i od 6 rano (co najbardziej odpowiadałoby stosunkom włościańskim), zużywa nafty rocznie 107 funt. czyli 53½ kwarty. Za tę ilość nafty włościanie płaciliby 4 rb. 81½ kop. Chodzi tu więc o oszczędzenie jakichś 2—3 rubli rocznie na nafcie kosztem bardzo lichego oświetlenia i obfitego kopecia.

ODCINEK.

W sprawie lekarzy szpitali warszawskich.

Ostatnimi czasy z łona Rady miejskiej Dob. Pub. wyznaczona została komisya do opracowania kwestyi mianowania lekarzy w szpitalach warszawskich. Sprawa ta obchodzi nie tylko ogół lekarski, lecz ma bardzo doniosłe znaczenie dla szpitalnictwa warszawskiego, a przez to i dla społeczeństwa: 1) pod względem pomocy lekarskiej, 2) gospodarki w oddziałach szpitalnych, 3) stosunku lekarzy do chorych, obowiązkiem przeto prasy lekarskiej i ogólnej jest zabranie głosu i wyjaśnienie wielu punktów. Komisya i Rada miejska będą zapewne wdzięczne za możliwie wszechstronne omówienie sprawy, gdyż przez to mogą uniknąć wielu błędów w jej opracowaniu.

Na wstępie zaznaczyć należy, iż przed 32 laty (§ 4 Ukazu do Senatu w r. 1870) zostały

zniesione tylko Rady szczegółowe szpitali i Rada główna, pod każdym innym względem obowiązuje w szpitalach Najwyżej zatwierdzona ustawa z 1842 roku. Ustawa ta, w kilku punktach mniejszej wagi już przestarzała, w zasadniczych jednak jest tak doskonała, tak wzorowo i szczegółowo opracowana, że nie w wielu miejscach mogą się równie dobrą ustawą szpitalną pochwalić.

Zamiast Rady głównej i szczegółowych utworzono dla Królestwa Polskiego Rady dobroczynności publicznej, w Warszawie zaś Radę miejską Warsz. Dobr. Publ. Ustawy szpitalnej, obowiązującej w Królestwie, ani w roku 1870, ani później nie zniesiono i nie zamieniono żadną inną. Zresztą tej ustawy szpitalnej niema i w Cesarstwie, tak, iż rozmaite szpitale rządzą się według rozmaitych ustaw. Są tylko przepisy ogólne w sprawach policyjno-lekarskich, a i te są

zmiennie dla rozmaitych okręgów administracyjnych. Probowano wprawdzie w 1893 r. stworzyć jedną ustawę, ale ziemstwa w Rosyi nie zgodziły się na to, i sprawa upadła.

W XIII tomie praw są §§ dotyczące zarządów szpitali w Królestwie Polskiem i nominacji lekarzy, lecz tylko w zarysach ogólnych. Praw i szczegółowych obowiązków lekarzy szpitalnych, urzędników administracji szpitalnej oraz służby lekarskiej nie wskazano tam zupełnie, wszystko to bowiem znajduje się w ustawie szpitalnej z 1842 r.

Dla lepszego oświetlenia omawianej sprawy jest rzeczą konieczną przytoczyć niektóre wyjątki z tych zasadniczych §§ ustawy 1842 r., które nas w tej chwili obchodzą, a więc punkty, dotyczące podziału lekarzy, ich stosunku względem siebie i chorych. Ustawa dzieli lekarzy na naczelnych, ordynujących i miejscowych. Według § 106 „udzielanie pomocy lekarskiej chorym w szpitalach powierza się lekarzom, których liczba zastosowaną będzie do liczby chorych i do rodzaju chorób. W szpitalach większych jeden z lekarzy mieć będzie tytuł naczelnego, inni ordynujących. Liczba lekarzy w takich szpitalach zastosowana będzie do liczby chorych, licząc w przecięciu na 100 chorych jednego lekarza“. W § 107 „każdy z lekarzy, nie wyłączając nawet lekarza naczelnego, będzie miał własny oddział“. § 110 mówi że „w większych szpitalach ustanowionym będzie lekarz miejscowy dla ciągłego nadzoru nad wykonywaniem przepisów policyi lekarskiej i szpitalnej“. „Lekarze (§ 108), których pieczy poruczeni są chorzy w szpitalach, zajmować się mają nimi troskliwie, jak to nakazują obowiązki powołania i wykonana przysięga“.

Do obowiązków naczelnego lekarza między innymi należy (§ 554) „rozdzielenie zajęć między osoby należące do służby lekarskiej. Przeznaczając oddziały dla lekarzy ordynujących, zważać ma na specjalne ich usposobienie, starając się dogadzać ich własnym życzeniom i zamiłowaniu w szczególnych gałęziach nauki. Bez ważnej przyczyny oddziały między lekarzami zamieniać nie mogą, wyjąwszy gdyby to zgadzało się z wspólnem życzeniem właściwych lekarzy ordynujących“.

O b o w i ą z k i naczelnego lekarza (§ 574) w oddziale, w którym sam ordy-

nuje, pod względem zajmowania się chorymi i dopilnowania porządku są też same, co i lekarzy ordynujących w innych oddziałach. Do obowiązków lekarza ordynującego należy (§ 576) „zajmowanie się leczeniem powierzonych mu chorych i wskazaniem tego wszystkiego, co dla nich jest potrzebne, i co w powierzonym mu oddziale szpitalnym odnosi się do policyi szpitalnej, tudzież do pilnowania, aby wszystkie jego przepisy i polecenia były wypełnione“. Co do leczenia, postępowanie lekarza ordynującego (§ 583) nie zostaje ograniczone pod względem zastosowania do szczególnych wypadków powszechnie zaleconych lub w szpitalu przyjętych metod leczenia, gdyby jednak chciał wypróbować jaką nową metodę leczenia lub nowe jakie środki, powinien poprzednio przedłożyć to naczelnemu lekarzowi“. Ustawa więc z roku 1842 nie zna lekarzy asystentów i ordynatorów nadetatowych. Posady te zostały utworzone później, i, o ile dla lekarzy asystentów próbowano stworzyć jakie takie przepisy (1873 r.), o tyle dla lekarzy t. zw. ordynatorów nadetatowych nie stworzono. Dla charakterystyki przytoczymy kilka §§ regulaminu dla lekarzy asystentów, zatwierdzonego przez Radę miejską D. P. w roku 1875. Według § 1) posady lekarzy asystentów są bezpłatne, 2) lekarze asystenci są wybierani w celu dania im możności praktycznego udoskonalania się w rozmaitych gałęziach wiedzy lekarskiej pod kierunkiem ordynatorów szpitalnych, i ażeby obecność młodszego kolegi chroniła ordynatora od rutyny i pobudzała do staranniejszego badania chorych i naukowego kierunku pomocy lekarskiej, 3) lekarze asystenci, mianowani w szpitalach ze względu na korzyść własną, pełnią obowiązki swoje bezpłatnie i nie korzystają z praw służby państwowej. Za normę przyjęto (§ 5, uwaga) jednego asystenta przy ordynatorze, a przy ordynatorach specjalistach np. chirurgach, lekarzach chorób ocznych i wenerycznych po 2-ch. Termin zajmowania posady nie może być dłuższy nad dwa lata (§ 7). „Lekarze asystenci obowiązani są uczęszczać na oddział 2 razy dziennie, a mianowicie: rano, kiedy jest ordynator, i wieczorem sami, mając przy sobie felezera (§ 11). Obowiązani są badać chorych szczegółowo, robić autopsję i stosować przy badaniu wskazane przez naukę fizyczne i chemiczne me-

tody dyagnostyki (§ 13). Obowiązani są na żądanie ordynatorów w ciekawszych przypadkach prowadzić szczegółowo historię choroby niezależnie od karty szpitalnej, którą i nadal ordynator obowiązany jest sam prowadzić (§ 14). Lekarze asystenci (§ 15) komunikują ordynatorowi swoje spostrzeżenia, szczególnie robione w czasie nieobecności ordynatora, lecz nie inaczej, jak na pytanie ordynatora i nie mają prawa żądać zadośćuczynienia ich życzeniom lub zapatrywaniami.

Lekarzom asystentom, tak na salach szpitalnych, jako też w ambulatoriach nie pozostawia się żadnej samodzielności w leczeniu chorych bez pozwolenia ordynatora, który jest odpowiedzialny za każdą czynność swego asystenta, dotyczącą się chorych. Z drugiej strony ordynator może dać pozwolenie asystentowi na samodzielność tylko w tym razie, jeżeli otrzyma na to za każdym razem piśmienną zgodę lekarza naczelnego. Asystenci mogą, jeśli ordynator uzna za możliwe (§ 17), wykonywać niektóre operacje, lecz tylko w obecności ordynatora i na jego odpowiedzialność i także tylko za każdorazowym pozwoleniem lekarza naczelnego. Również opatrunki mogą być robione przez asystentów, o ile to nie przewyższa obowiązków felezera, i to z tym warunkiem, żeby ordynator codziennie opatrzał taką samą liczbę chorych, jak i jego asystent. Lekarze asystenci na żądanie ordynatora robią z pomocą felezera sekeye zmarłych w swoich oddziałach i spisują protokół sekeyi. Rezultat sekeyi winien być wpisany do karty szpitalnej własnoręcznie przez ordynatora.

§ 21 mówi: „W razie nieobecności ordynatora, zgodnie z § 596 ustawy szpitalnej z r. 1842, oddział jego zostaje powierzony drugiemu etatowemu ordynatorowi szpitala. Lekarz naczelnny może pozwolić, jeśli uzna za możliwe, na powierzenie prowadzenia całego lub części oddziału asystentowi tegoż oddziału, zaopatrując go w dowód piśmienny, odpowiedzialność pada wtedy na lekarza naczelnego“.

Dla t. zw. ordynatorów nadetatowych nie znamy żadnych przepisów, dla tego też cały szereg mianowanych w ciągu ostatnich lat kilku ordynatorów nadetatowych pełnił i pełni obowiązki swoje, stosując się do przepisów ustawy szpitalnej 1842 roku, która zna jeden tylko rodzaj ordynatora, czyli według dosłownego

brzmienia „lekarza ordynującego“ (co odpowiada rosyjskiemu zawiedujuszeczyj oddzieleniem). Według ustawy 1842 r. do posad w szpitalach warszawskich, zajmowanych przez lekarzy, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, należą lekarz naczelnny, lekarz ordynujący i lekarz miejscowy. Według zaprowadzonego zwyczaju przez Radę miejską: t. zw. ordynator nadetatowy i lekarz asystent.

O niektórych obowiązkach i prawach lekarza naczelnego mówiliśmy wyżej, cytując odpowiednie §§ ustawy. Do roku 1870 lekarz naczelnny zasiadał w Radzie szczegółowej i brał z tego tytułu żywy udział w zarządzie szpitali i pod względem administracyjnym.

Po zniesieniu Rad szczegółowych instrukcya odnośna mówi, że lekarz naczelnny, choć nie wtrąca się do rozporządzeń administracyjnych w szpitalu (§ 406 tom XIII praw), powinien, zauważywszy jakies nieporządki, przynoszące szkodę chorym, zwrócić uwagę intendenta, a nawet zakomunikować Radzie miejskiej.

Lekarz naczelnny nie zasiada w Radzie miejskiej, lecz przedstawicielem szpitala jest t. zw. kurator z bardzo nieokreślonymi atrybucjami. Wprawdzie lekarze naczelnni na równi z intendentami, a nawet osobami postronnymi mogą być wzywani z głosem doradczym na posiedzenia Rady miejskiej przez prezesa, lecz zdarza się to rzadko, i sprawy szpitalne lekarskie decydowane bywają tylko przy udziale inspektora szpitali.

Widzieliśmy wyżej, że ustawa z roku 1842 wkłada na lekarzy naczelnnych obowiązek posiadania własnego oddziału, należy się więc zastanowić, czy jest to anachronizmem, i czy wypływają ztąd dla szpitala szkody, czy korzyści?

Odpowiedź krótka. Lekarz naczelnny, który ma własny oddział, daleko żywiej i lepiej odczuwa potrzeby szpitalne, niż lekarz-urzędnik, którego tylko obchodzi, aby wszystko było w porządku na papierze, i który pozostanie głuchym na najslusniejsze żądania lekarzy ordynujących. Sprawa ta była już kilkakrotnie omawiana w Tow. Hig. i w prasie polskiej i obcej i zawsze przy tem za bardzo sluszny uznawano § ustawy szpitalnej, nakazującej lekarzowi naczelnemu mieć własny oddział. Gdyby zaś odpowiedniego § nie było, należałoby go wprowadzić. Za granicą wiedzą o tem, iż tylko lekarz, który sam zajmuje się chorymi w szpitalu, zdolny jest odczuć jego potrzeby, i dla tego dyrektorami szpitali są tam le-

karze ordynatorzy. W Niemczech np. jest po 2-eh dyrektorów - ordynatorów szpitala, chirurg i terapeuta. W szpitalach warszawskich lekarz naczelny jest jeden.

Inna rzecz z ordynatorami, czyli, jak mówi ustawa „lekarzami ordynującymi“. Tych, według § 106 ustawy, powinno być po jednym na każdy ch stu chorych. Naturalnie, że wobec tego, iż w ostatnich czasach w Warszawie mianuje się ordynatorów na 10 lub nawet 6 łózek szpitalnych, liczba 100 może się wydać ogromną. Jeżeli jednak wziąć pod uwagę, że w Niemczech, oddziały mają po 200—300 i więcej łózek, w Austrii 90—120, we Francji i Anglii coś koło tego, liczba 100 nie wyda się wielką. W ustawie RUDNICKIEGO z r. 1830 proponowano po 150 chorych na jeden oddział. Naturalnie, że jeden lekarz z taką liczbą chorych poradzić sobie nie może, dlatego też w szpitalach zagranicznych każdy lekarz ordynujący ma wystarczającą liczbę asystentów. Ordynator np. oddziału ginekologicznego, czy chirurgicznego, bez względu na to, czy oddział składa się ze 100, czy 10 łózek, musi mieć asystentów przy operacjach. Również i w oddziałach wewnętrznych w obecnym stanie wiedzy i techniki lekarskiej ordynator musi mieć pomocników-asystentów, jeżeli ma być oddział dobrze prowadzony, a chorzy zapewnioną należytą pomoc lekarską.

Obowiązkiem lekarza ordynującego jest nie tylko leczyć chorych i dbać o należytą opiekę nad nimi, lecz, jak to nawet widać z instrukcyi dla lekarzy asystentów, iść z postępem nauki i chronić się od wszelkiej rutyny (§ 2 instrukcyi dla asystentów), a zarazem dać asystentom możliwość praktycznego doskonalenia się w rozmaitych gałęziach wiedzy lekarskiej. Jest to zaś możliwe tylko w oddziałach dużych, gdzie materiał kliniczny jest obfity, i gdzie różnorodność chorób zmusza i zachęca ordynatora i asystentów do pracy. Oddziały szpitalne nie mogą wybierać materiału czysto naukowego, jak to w wielu miejscach robić mogą kliniki uniwersyteckie, i dla tego więcej interesujący przypadek zdarzyć się może jeden na kilkanaście nie ciekawych zupełnie chroników, dotkniętych uwiędłym starcem i t. p. Daleko więc korzystniej dla 6 czy 10 lekarzy asystentów pracować w dużym oddziale, gdzie mają możliwość wyrabiania się na dzielnych lekarzy, widząc znaczną liczbę najroz-

maitszych chorych, niż gdyby tych 6 lub 10 asystentów było rozproszone na kilku małych oddziałach, gdzie w ciągu długiego pobytu mogą nie widzieć i nie poznać chorób bardzo ważnych nie tylko pod względem naukowym, lecz i praktycznym. Naturalnie, że i kierownik oddziału, mając większy i ciekawszy materiał kliniczny, pracować będzie z większym zapalem i wyrobi się na lepszego specjalistę, co dla społeczeństwa jest względem bardzo ważnym. Rozumieją to i zagranicą i w Rosyi, nie rozdrabniają oddziałów po nad zwykłą normę. Zupełnie inaczej rzecz się ma w Warszawie. Doszło do tego (jak to wyżej zaznaczyliśmy), że zatwierdzano ordynatorów na kilku zaledwie łózkach, nie dla tego, żeby to było z korzyścią dla szpitalnictwa, lecz dla tego, że znaleźli się kandydaci, dla których uznano za stosowne otworzyć te mikroskopijne oddziały. Już to przez podział istniejących, już to przez zmianę oddziału jednej specjalności na inną. Nie można się dziwić, że lekarze dążą do zostania ordynatorami, gdyż leży to w naturze ludzkiej, iż każdy chciałby być samodzielnym i od nikogo niezależnym, nie może jednak tracić na tem szpitalnictwo całe. Urządzenie oddziałów szpitalnych pod względem pomocy naukowej i niezbędnych przyrządów do tej pory pozostawia bardzo wiele do życzenia, a łatwiej bez wątpienia jest urządzić dobrze jeden oddział większy, niż zaopatrzyć kilka mniejszych w najniezbędniejsze przyrządy. Obecnie np. w wielu oddziałach nawet takie rzeczy, jak mikroskopy, lekarze przynoszą własne, bo Rada miejska niema funduszków na zaopatrzenie w nie oddziałów szpitalnych, a pomimo to rozdrabnia się ciągle już obecnie małe oddziały.

Najgorzej jednak takie rozdrabnianie oddziałów odbija się na leczeniu szpitalnem w tych razach, kiedy dla dania jakiemuś nowokreowanemu ordynatorowi paru łózek dzieli się nawet jedną salę na dwa oddziały. Całą niewłaściwość i szkodę takiego postępowania łatwo oceni każdy, kto zna choć cokolwiek życie szpitalne. Na jednej sali np. wewnętrznej, podzielonej między dwóch ordynatorów, leży 2 chorych, każdy w innym oddziale. Chory jednego ordynatora cierpi na zwykle zapalenie oskrzeli, chory drugiego ma gruźlicę płuc. Obaj kaszlą, i ten kaszel jest dla nich najważniejszą oznaką cierpienia. Jeden wyleczy się w krótkim czasie, drugi leży miesiące

Wynik jasny: ordynator tuberkulika będzie uważany wśród chorych na sali za gorszego lekarza i może być narażony na to, że chorzy z jego łóżek zechcą się przenieść na łóżka drugiego ordynatora. Na sali chirurgicznej w warunkach, wyżej wspomnianych, zdarzyć się mogą chorzy np. z zapaleniem stawu kolanowego: jeden ma reumatyzm, drugi gruźlicę. W oczach chorych ordynator chorego na gruźlicę uchodzić będzie za gorszego lekarza. Wywołują takie rzeczy zniechęcenie do pracy wśród lekarzy, co niekorzystnie odbija się na chorych. Mówiąc już o krzywdzie, jaka się dzieje lekarzom skutkiem rozdrabniania oddziałów, nie można pominąć kwestyi kaleczenia oddziałów chirurgicznych przez tworzenie oddziałów dla jednej płci chorych, jak to zrobiono u Dz. Jezus, gdzie w każdym powilonie chirurgicznym na 60 łóżek utworzono po dwa oddziały, jeden męski, a drugi kobiecy. Dla oddziałów wewnętrznych jest rzeczą mniejszej wagi (choć też nie bez znaczenia), czy składa się on z kobiet tylko lub mężczyzn. Dla oddziałów chirurgicznych jednak taki podział jest wielkim błędem, jakiego nigdzie po za Warszawą nie spotykamy.

Szpitala od chwili swego powstania miały czynić zadość nie tylko miłosierdziu publicznemu, podniesionemu później do obowiązku obywatelskiego i państwowego, i zabezpieczać życie i zdrowie ludzkie, które ekonomia polityczna uważać zaczęła za jedno z największych bogactw narodowych, lecz miały i mają za zadanie być przybytkiem nauki i ćwiczenia się w umiejętnościach lekarskich. W tym celu założył w 1714 r. pierwszą klinikę BOERHAVE w Lugdunie, w tym celu utworzono całe setki klinik uniwersyteckich dla rozmaitych specjalności nauki lekarskiej. Ponieważ jednak w klinikach lekarskich adepci medycyny uczą się właściwie badać i tylko bardzo nieznaczna liczba chorych mają możliwość obserwować szczegółowiej wprost dla braku czasu, po skończeniu uniwersytetu muszą wstępować do szpitali, jako asystenci, czy wolontariusze, ażeby dopełnić i przetrwać nabyte w uniwersytecie wiadomości i praktycznie pod kierunkiem starszych kolegów wcielić swoje teoretyczne wiadomości w czyn. Znaczna część wstępuje, jako asystenci, do klinik uniwersyteckich, że jednak nie wszyscy mogą się tam dostać, bo przez znaczne nagromadzenie wytworzył-

by się chaos, reszta zmuszona jest rozsypać się po oddziałach szpitalnych, gdzie często o głodzie i chłodzie pracują nie tylko dla siebie, ale i dla społeczeństwa, bo dają pracę, bez której żaden szpital obyć się nie może, jeżeli ma odpowiadać zadaniu. Należy czuć tylko wdzięczność dla tych sił młodych i oddawać sprawiedliwość ich uczciwości i poczuciu obywatelskiemu, że nie korzystają zaraz po skończeniu uniwersytetu ze stanowiska, jakie dyplom lekarski zapewnia, lecz chcą się przygotować należycie do tak odpowiedzialnego i pełnego rozmaitych trudności zawodu, jakim jest zawód lekarza-praktyka. Każdy zatem musi przyznać, że szpitale takiego miasta, jak Warszawa, siłą faktu muszą być szkołami stosowania medycyny praktycznej dla całej masy młodzieży, kończącej wydział lekarski, tak samo, jak szpitale innych miast. Jasnym jest więc, że takie po macoszemu traktowanie asystentów szpitalnych jest w zasadzie niesłuszne, a w praktyce szkodliwe. Nawet instrukcja z r. 1875 (§ 2) wyraźnie zaznacza, że asystenci są dopuszczani do szpitali, ażeby się kształcili praktycznie w rozmaitych gałęziach wiedzy lekarskiej; praktyka wszystkich szpitali na kuli ziemskiej przekonuje, że asystenci są niezbędni w szpitalach. I z tego względu rzecz biorąc, oddziały szpitalne nie powinny być tak rozdrabniane, jak to się od paru lat praktykuje.

Lekarze szpitala Dz. Jezus odpowiedzieli wprawdzie sami, iż oddział może mieć tylko 30 łóżek, w Żydowskim zgodzili się na 25, zrobili to jednak dlatego, że wtedy już było więcej ordynatorów, niż oddziałów, a w Żydowskim szpitalu niektórzy mieli po 6 łóżek tylko.

Dla ordynatora na 6 łóżkach otrzymanie 25 jest ideałem, lecz w sprawie tak doniosłej, jak szpitalnictwo, ambicje prywatne nie powinny wchodzić w rachubę.

O ordynatorach t. zw. nadetatowych mówić jeszcze będziemy, tutaj zaznaczyć tylko należy dziwny i niezrozumiały sposób naznaczania ich w niektórych razach. Istnieje np. oddział X, którym zarządza ordynator nadetatowy Y. Po szeregu lat, w czasie których pracował bez żadnego wynagrodzenia, decyduje się Rada miejska dać mu pensję w sumie 300 rb. rocznie i przedstawia go dlatego do przemianowania na ordynatora etatowego. W tym samym jednak czasie stawia nowego kandydata na ordynatora

nadetatowego, i pomimo, że liczba oddziałów pozostała ta sama, jest już o jednego ordynatora więcej, niż oddziałów szpitalnych. A przecież liczba ordynatorów odpowiadać powinna ściśle liczbie oddziałów, i zatwierdzenie nowego kandydata powinno nastąpić wtedy tylko, gdy oddział rzeczywiście wakuje. Tak też dawniej bywało.

Przed paru jeszcze laty nie śniloby się żadnemu lekarzowi starać się o posadę ordynatora wtedy, kiedy nie było wakującego oddziału. Obecnie przez zachęcenie paru udanymi przykładami podziału 24 lub 30 łóżkowych zaledwie oddziałów na parę mniejszych wyzyskuje się każdą zmianę w stanowisku jakiegoś ordynatora lub nawet wytwarza się pogłoski czy to o wyjeździe, czy o ustąpieniu, ażeby zdobyć nazwę ordynatora i przyczynić się do coraz większego dzielenia już i tak małych w porównaniu z innymi miastami oddziałów szpitalnych. Chociaż można się łatwiej wyrobić na dzielnego lekarza, będąc asystentem w dużym oddziale, mając pod własną opieką 15 chorych i korzystając z materiału całego oddziału, niż posiadając własny oddział z 10 lub 15 łóżek.

Obowiązki i zakres czynności lekarzy miejscowych są określone w ustawie i po za tem, że powinno ich być więcej i lepiej płatnych, w kwestyi tej nie wiele da się powiedzieć. Jedno tylko należy dodać, że lekarze miejscowi winni być wybierani z liczby asystentów rozmaitych oddziałów przez głosowanie ordynatorów.

Przechodzimy obecnie do lekarzy szpitalnych, o których ustawa z 1842 r. nie mówi, t. j. ordynatorów nadetatowych i asystentów. Ordynator nadetatowy tem się różni od etatowego, że nie pobiera nawet skromnej pensyi w kwocie 300 rubli rocznie. Poza tem w braku jakichkolwiek instrukcyi, u nas obowiązujących, ma te same prawa i obowiązki, co każdy ordynator etatowy, a więc w myśl § 107 ustawy ma mieć własny oddział. Zupełnie więc błędne jest mniemanie, że ordynator nadetatowy winien być tylko pomocnikiem ordynatora etatowego i od niego zależeć. Ustawa z roku 1842 (§ 583) nie zna zależności ordynatorów, a ci, co chcą tę zależność widzieć lub wytworzyć, nie opierają się na żadnych obowiązujących u nas przepisach. Patrząc więc na ordynatorów nieetatowych należy jako na samodzielnie ordynujących lekarzy, któ-

rzy nie biorą pensyi z powodu braku funduszków w Radzie miejskiej. Mówiąc o lekarzach asystentach, musimy zaznaczyć, że, jakkolwiek w ustawie z 1842 roku niema o nich wzmianki, jednakże w projekcie organizacyi szpitali cywilnych w Królestwie Polskiem, opracowanym w 1830 r. przez d-ra medycyny i chirurgii Adama RUDNICKIEGO, jest instrukcyja dla asystentów, którzy, prócz mieszkania i stołu w naturze, pobierać mieli po 2000 złp. (Lekarze pojedynczych oddziałów (ordynatorzy) po 3000 złp.). Instrukcyja dla asystentów z 1875 r., jak to widać z przytoczonych powyżej §§, nie tylko że odmawia asystentom najmniejszego choćby wynagrodzenia, lecz ogranicza pobyt w oddziałach do dwóch lat. Tak więc wtedy, kiedy asystent w oddziale chirurgicznym może być prawdziwie pożyteczny, każą mu opuszczać stanowisko. Pozwolone ma wprawdzie asystent robić sekey i protokuly sekeyi, lecz nie ma prawa zapisać wyniku do karty szpitalnej. To ostatnie winien robić tylko ordynator, jak gdyby to było rzeczą ważniejszą, niż czynność samej sekeyi. Cała owa instrukcyja traktuje lekarza asystenta, jak z łaski, i nie chce widzieć, że asystent w szpitalu jest niezbędny nie tylko dlatego, by ordynator nie wpadł w rutynę, lecz także dla tego, żeby mu pomagał, robił opatrunki i prowadził pod kontrolą ordynatora karty szpitalne i t. p.

Wypada teraz w paru słowach omówić sprawę mianowania lekarzy szpitalnych.

Przy obsadzaniu posad lekarzy naczelnych, oprócz przepisów obowiązujących, należy się kierować uzdolnieniem administracyjnem i sprawiedliwością w wyborze z tym warunkiem, ażeby § 107 ustawy był przestrzegany. Co do lekarzy ordynujących, to ci, jak naczelnicy, są mianowani na zasadzie tomu XIII § 62 ustawy lekarskiej, która mówi wyraźnie, że Minister spraw Wewnętrznych mianuje lekarzy z prawami służby państwowej w tych wszystkich miejscach, gdzie będzie wykazana rzeczywista potrzeba. W uwadze 2 dodatku do § 333 ustawy lekarskiej w punkcie 81 z roku 1895 powiedziano, że tworenie posad zależy również od Ministra spraw Wewnętrznych.

Ponieważ zgodnie z § 107 ustawy wszyscy lekarze ordynujący mają mieć własne oddziały, należy w myśl wyżej przytoczonego prawa przed przedstawieniem do nominacyi na ordynatora

nadetatowego wpierv wyjednać w ministeryum pozwolenie na utworzenie oddziału.

Potrzebę utworzenia nowego oddziału może przedstawić do zatwierdzenia tylko prezes Rady Dobr., uzasadnić tę potrzebę powinni ordynatorzy szpitalni przez lekarza naczelnego. Co zaś do przedstawienia kandydatów, to wszystkie ordynatury powinny być obsadzane w jednaki sposób. Nie właściwe jest ogłaszanie na mniej ważną ordynaturę konkursu, a na inne, stokroć ważniejsze, naznaczanie ordynatora w inny sposób. Jeżeli zasada konkursów, jako najsluszniejsza, utrzyma się, to projekt regulaminu konkursów winien być zakomunikowany lekarzom szpitalnym dla wypowiedzenia swoich uwag, co może sprawę lepiej wyświecić.

Streszczając w krótkości wszystko, co wyżej powiedziano, należy zwrócić uwagę na następujące postulaty.

1) Wielkość oddziałów szpitalnych nie powinna różnić się znacznie od normy, wskazanej w § 106 ustawy szpitalnej. Licząc się jednak z faktami już istniejącymi, obecnie istniejące oddziały zmniejszane być nie mogą, te zaś najmniejsze, składające się z kilku lub kilkunastu łóżek, winny być przy rozszerzaniu szpitali powiększane.

2) Potrzebę utworzenia nowego oddziału *resp.* posady ordynatora uzasadnić winni lekarze właściwego szpitala.

3) Ponieważ z powodu przemianowania ordynatora nadetatowego na etatowego liczba oddziałów się nie powiększa, nie może być w takim wypadku mianowany nowy ordynator nadetatowy.

4) Powinna być przyjęta jedna zasada dla obsadzania wszystkich ordynatur. Za najsprawiedliwszą uważamy konkurs.

5) Na każdą wakującą posadę ordynatora oddziału winien być ogłoszony nowy konkurs.

6) Oddziały winny być tworzone tak, aby w każdym, a szczególnie w chirurgicznych, byli chorzy i mężczyźni i kobiety.

7) Lekarze miejscowi winni być wybierani przez głosowanie ordynatorów z pośród asystentów rozmaitych oddziałów szpitala.

8) Liczba lekarzy miejscowych winna być powiększona, stosownie do liczby oddziałów szpitalnych, i winni oni pobierać znacznie wyższą płacę, niż obecnie.

9) Lekarze asystenci powinni być dla unięczenia rozmaitych kolizyi wybierani przez głosowanie wszystkich lekarzy szpitalnych na przedstawienie odnośnego ordynatora.

10) Lekarze asystenci powinni być stosownie wynagradzani za swoją pracę.

11) Termin pełnienia obowiązków asystenta w oddziałach chirurgicznych i ginekologicznych powinien być przedłużony co najmniej do lat 6-ii.

12) Powinna być opracowana przez ordynatorów szpitalnych szczegółowa instrukcja dla lekarzy asystentów zgodna z dzisiejszym stanem pracy szpitalnej.

13) Liczba lekarzy asystentów przy oddziałach szpitalnych powinna być powiększona stosownie do potrzeb oddziałów (wewnętrznych, chirurgicznych i innych).

14) Winni być dopuszczani do ucześnieania na oddziały lekarze wolontaryusze z wiedzą lekarza naczelnego i zgodą odnośnego ordynatora.

List otwarty do Redakcyi „Medycyny“.

Szanowny Redaktorze!

Widocznie Kronikarz „Medycyny“ nie wie, czym jest Pogotowie Ratunkowe i jakie ma zadania, jeżeli wypowiedział uwagi w Nr. 6 Pańskiego pisma, które dowodzą, że, choć Pogotowie 5½ lat istnieje w Warszawie i bynajmniej nie odgradza się chińskim murem od zwiedzających, nie zbadał dotąd kwestyi i instytucyi oraz jej cele zna tylko z bardzo dalekich opowiadań.

Rzecz to Kronikarza, d-r SREBRNY lepiejby jednak zrobił, aby przed napisaniem swych uwag zapoznał się z celem instytucyi, uwolniłoby to nas od składania wyjaśnień, a „Medycynę“ od niepotrzebnej polemiki.

Celem Pogotowia Ratunkowego jest udzielenie doraźnej pomocy lekarskiej na ulicach, placach, w teatrach i wogóle miejscach publicznych osobom uległym wypadkowi, a uwaga do tego zasadniczego paragrafu wyraźnie zaznacza, że w mieszkaniach prywatnych Pogotowie nie udziela pomocy. Z uwagi jednak na to, że w razie wypadku nieszczęśliwego w mieszkaniu prywatnem chory w istocie nieraz znajduje się bez opieki, Pogotowie robi wyjątki i nie odmawia pomocy, szczególnie, jeśli żądanie pochodzi od lekarza. Niezależnie od tego Pogotowie dla dogodności chorych, nie uległych wypadkowi, od początku istnienia ma karetkę płatną do przewozów, a od roku 1899 bezpłatną dla chorych niezamożnych. Czynność udzielania pomocy lekarskiej jest główna, czynność przewożenia chorych dodatkowa, nieobowiązująca i dokonywana o tyle, o ile są wolne konie i ludzie do obsługi.

To chyba rozumie każdy. Przy przewożeniu chorych, nie uległych wypadkowi, do domu Zarząd wymaga tylko jednej formalności, zaświadczenia, że chory nie cierpi na żadną z chorób zakaźnych, oraz, jeśli chce uzyskać przewóz

bezpłatny — zaświadczenia lekarza, że chory jest niezamożny, i że przewiezienie go w pozycyi leżącej jest potrzebne ze względu na stan jego zdrowia. Jeżeli natomiast chory chce być przewiezionym do szpitala, wymaga się zawsze zaświadczenie lekarza miejscowego szpitala, że miejsce jest dla niego zachowane, wymagają bowiem tego ciągle przepelnienie szpitali oraz względy ludzkości, aby chory bezpotrzebnie nie był przewożony od szpitala do szpitala. Tak się ma sprawa z przewozami. Żądanie, aby decydował o przewozie bezpłatnym członek Zarządu, jest słuszne choćby z tego względu, że, niestety, niejednokrotnie pewna grupa lekarzy zbyt lekko-myślnie wydawała zaświadczenia co do ubóstwa chorego, co niepotrzebnie naraża Towarzystwo na straty.

Po tych wyjaśnieniach powróćmy do zarzutu, jakoby Pogotowie wzywać trzeba było przez policję. Gdyby d-r S. zadał sobie trud przed napisaniem artykułu zapoznać się choć pobieżnie ze sprawozdaniem Towarzystwa, byłby przekonany, że wezwania policyi stanowią zaledwie 23% ogółu wezwań, reszta zaś wezwań pochodzi od osób prywatnych, instytucyi, fabryk etc., już same cyfry nauczyłyby go, że został w błąd wprowadzony i uwierzył w legendę, nawet śród publiczności nie znajdującą wiary.

Toż samo dotyczy i dalszych jego uwag, gdyby zażądano przyjazdu Pogotowia dla udzielenia pomocy, dowiedziałby się również ze sprawozdań, że Pogotowie nader rzadko, nawet w prywatnych mieszkaniach, a szczególnie na żądanie lekarza, odmawia pomocy, i chory otrzymałby ją po upływie kilkunastu minut, ale pomocy tej nie żądano tylko przewozu bezpłatnego, który nie jest bezpośrednim obowiązkiem Pogotowia ratunkowego i musi, jak widzieliśmy, ze względu na szpitale i znane wszystkim rozporządzenia rady miejskiej dobroczyn-

ności publicznej, przejść pewne formalności. Zawiniło więc w danym razie nie Pogotowie ratunkowe, ale lekarz, który, dbając o chorą, mógł obyć się bez pośrednictwa osób postronnych i osobiście porozumieć się przez telefon ze stacją, wyjaśniając sytuację, powinien był żądać pomocy, a nie przewozu; dla udzielenia pomocy lekarskiej Pogotowie pospieszyłoby zaraz, do przewozu nie ma potrzeby się spieszyć, tembardziej, że z kartki lekarza można było wnosić, że pomoc lekarza została już udzielona. Niech d-r S. zapyta się lekarzy, którzy niemal codziennie zwracają się o pomoc, czy doznali kiedy odmowy, niech zapyta publiczności, czy były wypadki, kiedy Pogotowie odmówiłoby wyjazdu do ciężko chorego, a niech nie rzuca bezpodstawnych zarzutów i niech nie ma wątpliwości tam, gdzie trochę trudu mogłoby go z błędu wprowadzić.

Nie piszemy tych słów kilku dla usprawienia naszej instytucji, cyfra bowiem 40,600 wypadków, w których przez lat pięć i pół Pogotowie udzieliło pomocy, i cała działalność nasza jest najlepszą odpowiedzią na bezpodstawne zarzuty. Instytucja nasza, działając w imię zasad miłości, stara się, aby na całym obszarze Warszawy nikt nie czekał napróżno pomocy lekarskiej, ale ma granice działalności ściśle określone i nie może i nie chce zastępować lekarzy-praktyków, którzy słusznie narzekać mogliby, gdyby bez zastanowienia i bez potrzeby wkraczała w ich działalność, zajmując się chorymi nie uległymi wypadkowi w lokalach prywatnych.

Te słów kilka racz zamieścić Szanowny Redaktorze w najbliższym numerze Swego pisma i przyjąć wyrazy poważania.

Prezes Zarządu Towarzystwa Doraźnej Pomocy Lekarskiej w Warszawie *G. Przędziński*

Członek Zarządu-Sekretarz *D-r Józef Zawadzki.*

16. II. 1903.

Odpowiedź na list powyższy.

Na pozór wyjaśnienie Zarządu Pogotowia ratunkowego zbija w zupełności zarzut mój, zrobiony tej instytucji, albowiem: 1) zasadniczo Pogotowie w mieszkaniach prywatnych nie udziela pomocy, 2) lekarz powinien był osobiście

porozumieć się ze stacją przez telefon, 3) w wypadku, przeze mnie opisanym, żądano nie pomocy, lecz bezpłatnego przewozu chorej do szpitala, 4) z kartki lekarza można było wnosić, że pomoc została już udzielona, 5) ze względu na możliwy brak miejsca w szpitalu oraz przytrafiające się zbyt lekkomyślne wydawanie zaświadczeń co do ubóstwa chorego formalności Zarządu Pogotowia w udzielaniu karetki bezpłatnej są uzasadnione.

Tak wygląda sprawa dla nie wtajemniczonego, w istocie jednak przedstawia się w nieco innym świetle.

ad 1) Nie udzielając zasadniczo pomocy w mieszkaniach prywatnych, Pogotowie robi jednak wyjątki od tej zasady tak często, że nie było jeszcze wypadku, aby odmówiło wyjazdu do ciężko chorego. Wypadek, opisany przeze mnie, jest zatem pierwszym tego rodzaju, a wina odmowy spaść powinna na lekarza, nie zaś na Pogotowie. Albowiem przedewszystkiem lekarz dał się w błąd wprowadzić, wierząc opowiadaniu rodziny chorej, że Pogotowie do mieszkania prywatnego przybędzie tylko na wezwanie policyi. Właściwie nie uważam, aby informacja ta była fałszywa wobec przytoczonej w liście Zarządu uwagi, że w mieszkaniach prywatnych Pogotowie pomocy nie udziela i że robi tylko wyjątki, przypuszczałyby więc można, że robi je na żądanie policyi. Ale mniejsza o to — to na sprawę nie wpływa: Pogotowie robi wyjątki, miała więc do nich prawo i chora w danym wypadku.

ad 2) Lekarz powinien był osobiście porozumieć się ze stacją przez telefon. Trudno mi jest pojąć, dlaczego takie porozumienie miało być lepsze, niż porozumienie piśmienne mniej więcej tej treści: krwotok po tonsillotomii — chora musi być przewieziona do szpitala w pozycji poziomej — dorożką przewieźć nie można z powodu ciągłego omdlewania chorej w pozycji pionowej — potrzebna karetka Pogotowia — ludzie bardzo ubodzy. Następuje adres chorej i podpis lekarza. Ale mniejsza i o to, lekarz chorej możeby nie tylko osobiście telefonował, ale nawet sam pojechał na stację Pogotowia, gdyby to tylko było możliwe. Bo proszę sobie wyobrazić takie położenie: rzecz dzieje się w dzielnicy miasta ubogiej, gdzie telefon można by znaleźć chyba tylko w cyrku lub w aptece,

Stan chorej wymaga ciągłej obecności lekarza, który uciskiem rany tamuje krwotok. Poleca tedy otoczeniu wezwać do mieszkania policyanta, któremu tłumaczy konieczność wezwania Pogotowia. Przekonany słowami lekarza policyant wychodzi z mieszkania w towarzystwie krewnego chorej, który niebawem wraca z wiadomością, że rewirowy zabronił swemu podwładnemu telefonowania po Pogotowie. Lekarz powinienby osobiście powagą swoją wpłynąć na rewirowego, ale nie może opuścić chorej, rewirowy zaś nie chce wejść do mieszkania chorej. Pozostaje drugi lokal, zaopatrzone w telefon — najbliższa apteka, do której lekarz posyła kogoś z otoczenia chorej z kartką treści powyższej. I tu odmówiono prośbie biedaka. A więc lekarz powinienby sam udać się do apteki, ale.... nie może opuścić chorej; posyła tedy kogoś z taką kartką na stację Pogotowia, posyła, bo sam jechać nie może.

ad 3) W wypadku inkryminowanym żądano nie pomocy, lecz bezpłatnego przewiezienia chorej do szpitala, co nie jest bezpośrednim obowiązkiem Pogotowia ratunkowego. Ależ w przypadku krwotoku, wymagającym podwiązania naczynia (czego w mieszkaniu chorej zrobić nie było można), przewiezienie do szpitala jest właśnie pomocą. Pomoc lekarską dorywczą chora miała, potrzebowała zaś pomocy radykalnej, którą dać mogła tylko karetka Pogotowia. Przecież pomoc taką Pogotowie daje bardzo często, jak o tem przekonać się można codziennie, przeglądając rubrykę wypadków w „Kuryerze“.

ad 4) Z kartki lekarza można było wnosić tylko tyle, że pomoc możliwa w danych warunkach została udzielona. Żądanie karetki w celu przewiezienia chorej do szpitala dowodziło przeciwnie, że chora potrzebuje natychmiastowej pomocy radykalnej.

ad 5) Zarząd Pogotowia musi mieć pewność, że w jednym ze szpitalów jest miejsce dla chorego, jakoteż słusznie pozostawia decyzję co do wysłania karetki jednemu ze swych członków, który (dodaję to od siebie) nie zawsze jest obecny na stacyi.

Gdybyśmy w sprawach życiowych nie uwzględniali sytuacji wyjątkowych, dochodzilibyśmy nieraz do takich absurdów, jak owe wyroki amerykańskie, skazujące oskarżonych na śmierć, a potem na dożywotnie więzienie. Gdybyśmy mieli szukać miejsca w szpitalu i czekać decyzji Zarządu Pogotowia dla chorego, któremu upływ krwi grozi śmiercią, to moglibyśmy znaleźć miejsce i otrzymać karetkę dla.... trupa. To też Rada Miejska Dobroczynności Publicznej już dawno wydała rozporządzenie, nakazujące szpitalom bezwzględne przyjmowanie ciężko chorych lub zagrożonych śmiercią, a Zarząd Pogotowia w imię zasad miłosierdzia, o jakich pisze, mógłby pozbyć się czezej formalistyki tam, gdzie tylko miłość bliźniego rozstrzygać powinna.

Zygmunt Srebrny.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= HILDRETH bardzo zachwala *apocinum cannabinum* w obrzękach pochodzenia sercowego. Środek ten zwalnia i wzmacnia czynność serca, przedłużając rozkurcz i podnosząc ciśnienie krwi; również działa tonicznie na naczynia włosowate i zapobiega przesiąkaniu surowicy krwi. Środek ten dobrze działa w obrzękach,

połączonych z żylakowatym rozszerzeniem żył na nogach, i w osłabieniu serca u starców, w obrzękach, zależnych od osłabienia działalności serca po chorobach zakaźnych. W wadach serca w okresie upośledzenia równowagi środek ten nie ustępuje naparstnicy, a ma tę przewagę, że nie działa kumulacyjnie. Autor daje w nalewce

po 2 — 3 krople co 3 — 4 godziny. Dużych dawek unikać należy. (Med. News. 11/10. 1902).

== Busch zwrócił uwagę na mało znaną własność ananasa, którego sok zawiera bardzo silnie działający zaczyn, zwany bromeliną, a mający własność przetrawiania w ciągu kilku godzin ilości białka, przewyższającej 1000 razy jego wagę. Włóknik ulega strawieniu zupełnemu; białko kurze mniej się przetrawia, lecz białko mięsne zmienia się w masę galaretowatą i znika doszczętnie. Gorąco niszczy zaczyn. Różni się on od pepsyny tem, że zachowuje

działanie w płynach kwaśnych, zasadowych i obojętnych. (Wien. med. Pr. 24. 1902).

== Lürhje zauważył kilkakrotnie po zajęciu przetworów salicylowych białkomocz. U 33 bardzo dokładnie badanych chorych, znalazł w moczu prawie zawsze znaczną liczbę komórek nabłonkowych ze wszystkich odcinków dróg moczowych, często krążki krwi, stale wałeczki rozmaitego rodzaju. Zjawianie się tych składników moczu następowało stale po dawkach tego lub innego przetworu; powrót do zdrowia w 2—3 tygodnie później. (D. Arch. f. kl. M. T. 74).

P.

Wiadomości bieżące.

— W Krakowie rozpoczęto druk oryginalnej zbiorowej pracy pod tytułem: „Treściwy podręcznik do nauki medycyny wewnętrznej“. W napisaniu dzieła biorą udział następujący autorowie: d-r BIEGAŃSKI Władysław, prymaryusz szpitala w Częstochowie; d-r DOMAŃSKI Stanisław, prof. w Krakowie; d-r GLUZIŃSKI Antoni, prof. we Lwowie; d-r JAWORSKI Walery, prof. w Krakowie; d-r KORCZYŃSKI Edward, prof. radea dworu w Krakowie; d-r KORCZYŃSKI Ludomił, docent uniwersytetu w Krakowie; d-r MARISCHLER Julian, doc. uniwersytetu we Lwowie; d-r PIENIAŻEK Przemysław prof. w Krakowie; d-r PISEK Wilhelm, prymaryusz we Lwowie; d-r PRUS Jan, prof. we Lwowie; d-r RENCKI Roman, doc. uniwersytetu we Lwowie; d-r WICZKOWSKI Józef, docent i prymaryusz szpitala we Lwowie; d-r WILCZYŃSKI Ludwik w Krakowie. Warunki przedpłaty na powyższe dzieło wkrótce zostaną ogłoszone.

— Komitet gospodarzy XIV Zjazdu międzynarodowego lekarskiego, mającego się odbyć w roku bieżącym od 23 do 30 kwietnia w Madry-

cie, zawiadamia, że koleje żelazne hiszpańskie francuskie, włoskie, norweskie, rumuńskie i serbskie wydawać będą bilety kolejowe dla członków Zjazdu za pół ceny. Ażeby zabezpieczyć sobie odpowiednie mieszkanie w Madrycie, należy zawczasu zwracać się do Pana ULRICHO-FREI w Madrycie, zajmującego się sprawą mieszkań na XIV międzynarodowy Zjazd lekarzy w Madrycie.

— Pomiędzy 15 a 21 kwietnia r. b., a zatem przed Zjazdem tegorocznym w Madrycie, odbędzie się 3 Zjazd międzynarodowy w sprawach „Talassoterapii“ w Biaritz. Pomiędzy tematami do omówienia podczas Zjazdu są następujące: 1) Wpływ morskiego klimatu na odżywianie (Referenci: A. ROBIN i M. BINET.). 2) Wpływ klimatu morskiego na gruźlicę (ref. LALFSGE z Areachon). 3) Wpływ klimatu morskiego na układ naczyniowy (HUCHARD i FIES-SINGER).

— W Bremie pomiędzy 14 i 19 kwietnia r. b. odbędzie się IX Zjazd międzynarodowy w sprawie walki z alkoholizmem.

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów dodatek o „przyrządach i opłatkach Gral“.

ZAMIAST ŻELAZA!

ZAMIAST TRANU!

HEMATOGEN D^{-ra} HOMMELA

Oczyszczona skoncentrowana Hemoglobina (Niem. pat. pań. 81391) 70,0; chemicznie czysta gliceryna 20,0; dodatki aromatyczne i dla smaku 10,0; (alkohol 2%).

Własnościami swemi krwiotwórczymi, zawartością organicznych związków żelaza i jako dyetetyczny odżywczy i wzmacniający środek dla dzieci i dorosłych w przypadkach ogólnego osłabienia przewyższa wszystkie podobne preparaty.

Szczególniej nie da się niczem zastąpić w praktyce dziecinniej.

Hematogen Hommela zawiera prócz absolutnie czystej hemoglobiny sterylizowanej t. j. wolnej od krążących we krwi bakterii, wszystkie sole świeżej krwi, szczególnie nadzwyczaj ważne sole fosforanów (sodu i potasu) jakoteż i nie mniej niezbędne ciała białkowe surowicy krwi w stanie skoncentrowanym, oczyszczonym i nierozłożonym (tj.—nieprzetworzone!) Sztuczne trawienie, bądź zapomocą kwasu i pepsyny, bądź przy wysokich ciepłotach, znacznie się różni od naturalnego trawienia. Peptony, albumozy i peptonizowane preparaty—jak tego dowiedli: Voit w Monachium, Neumeister w Jenie, Cahn w Strasburgu—wogóle nie bywają wessane bezpośrednio; liczni autorzy dowiedli działania przeczyszczającego. Przy sztucznym trawieniu bezsprzecznie rozkłada się wiele ciał, bardzo ważnych przy tworzeniu się nowych komórek w ustroju. Niewątpliwie potwierdzają to doskonale wyniki otrzymywane przy stosowaniu Hematogenu Hommela w tych przypadkach krzywicy, zółzów, wrodzonej atrofii u dzieci i t. p. w których dotąd stosowano zupełnie bez skutku peptonizowane preparaty, jako to: tran, jodek żelaza i t. p.

Hematogen Hommela może być ciągle przyjmowany, przez całe lata, jako środek dyetetyczny i dopełniający codzienne pożywienie. Ponieważ jestto naturalny produkt organiczny, przeto nie występują po nim szkodliwe następstwa, szczególnie zaś nie bywa przy nim nigdy organizmu, występującego zawsze przy dłuższym używaniu sztucznych preparatów żelaza.

Wystrzegać się zafałszowań!

Ostrzegamy przed licznymi zafałszowaniami naszego preparatu, szczególnie prosimy wystrzegać się takowych z przymieszką eteru. Wszystkie są to poprostu najzwyczajniejsze mieszanki. Hemoglobina znajduje się w nich nie w postaci czystej, lecz z przymieszką produktów wydzielniczych (kwas hipurowy, mocznik, lotne kwasy tłuszczowe, gazy i t. d.) a zatem w postaci nieoczyszczonej. Upraszamy zatem panów lekarzy przepisywać i żądać za każdym razem specjalnie naszego preparatu—prawdziwego Hematogenu Hommela.

KILKA NOWSZYCH OPINII LEKARSKICH.

Stosowałem Hematogen D-ra Hommela w leczeniu czystej postaci anemii u 6 osób. Spostrzeżenia moje nad działaniem Hematogenu są dla tego tak zajmującymi, że w roku zeszłym u tych samych 6 osób stosowałem różne preparaty żelaza z bardzo niewielkim rezultatem; po zastosowaniu Hematogenu Hommela otrzymałem wyniki bardzo dobre, które nawet po upływie 1½ miesiąca od zaprzestania używania Hematogenu się utrzymują a nawet się potęgują. Jednem z najbardziej znamienitych działań Hematogenu jest szybkie poprawienie łaknienia (Starszy lekarz Władykaukaskiego Korpusu Kadetów Dr med. Szule. Władykaukaz).

Hematogen D-ra Hommela stosowałem u dwóch chorych z uporczywą przewlekłą neurastenją: przy braku apetytu, ogólnym upadku odżywiania w przynębnionem stanie ducha. Doskonale i stały wynik wystąpił wkrótce: u obu chorych bardzo szybko zjawiał się apetyt, humor się poprawił, i widoczna wystąpiła poprawa ogólnego odżywiania. Tymczasem w ciągu trzech miesięcy z wielkim niezadowoleniem zmuszony byłem zmieniać jeden środek na drugi, bez żadnego pożądanego wyniku. (Dr med. Rzezywisty Rad. Stanu Mojż. Mik. Popow S. Petersburg).

Hematogen Hommela rzeczywiście działał skutecznie przy anemii, objawiającej się osłabieniem, zawrotami głowy, złym apetytem przy niepramidłowem i bolesnem miesiaczkowaniu, i po czterotygodniowym używaniu tego środka chora zupełnie wyzdrowiała.

(Lekarz Korpusowy Dr med. Tajny Radea Wiliamowskij. Wilno. Im częściej wypada mi leczyć małych dzieci swych pacyentów

Hematogenu D-ra Hommela, tem bardziej się przekonywam że Hematogen w wielu przypadkach nie da się niczem zastąpić. Przedewszystkiem okazał się skutecznym przy upadku sił i odżywiania, przy anemii, krzywicy zółzach, w okresie zdrowienia po chorobach wyniszczających przy rozwolnieniu i t. p. Wygląd chorego szybko się poprawia, prędko następuje zwiększenie wagi ciała, kolor skóry przybiera normalny odcień, siły wracają, objawy krzywicy i zółzów przyświecają, jednym słowem Hematogen Hommela bardzo często musi, być uważany w praktyce dziecinniej jako potężny i niedający się niczem zastąpić środek leczniczy.

Lekarz ambulatoryjny Warszawskiego żydowskiego szpitala dla dzieci Dr. Kraushar. Warszawa.

Hematogen D-ra Hommela wypróbowałem w przypadku uporczywej anemii u 37 letniego mężczyzny i w przypadku silnej anemii u 14 letniego chłopca w okresie zdrowienia po resekcji żebra przy ropnem pleuritis przyczem działanie Hematogenu było bardzo skuteczne głównie w pierwszym przypadku, w którym poprzednio długotrwałe podawanie innych preparatów żelaza i arsenu nie wywierało żadnego wpływu.

Ordynator szpitala na Pradze D-r K. Zieliński Warszawa.

Hematogen Hommela stosowałem kilka razy w przypadkach wybitnej anemii po silnych krwotokach porodowych i poronieniach i jestem z wyników zupełnie zadowolony, widząc zawsze poprawę ogólnego stanu i subiektywną u chorych przyjmujących Hematogen Hommela. Ordynator Kijowsko-Kirylowski szpitala Dr Jarowoj Kijów.

Próby: darmo i franko do usług panów lekarzy, życzących sobie własnem doświadczeniem stwierdzić własność naszego preparatu i opinie o nim. Zapotrzebowania upraszamy przysyłać do naszego składu ekspedycji: APTEKA NA BOLSZOJ OCHTIE w S. PETERBURG. Dawki na jedną dobę: Dla Ssawców—2 łyżeczki od herbaty z mlekiem (temperatura zwykłego napoju). Dla dzieci—1—2 łyżek deserowych (bez dodatków). Dla dorosłych—1—2 łyżek stołowych codziennie przed obiadem, wobec specjalnie pobudzającego działania preparatu na apetyt.

Sprzedż we wszystkich aptekach. Cena butelki (8¼, uncy) r. 1 k. 60