

GAZETA LEKARSKA

I. POWIKŁANIA PRZY OPERACJI WYROŚLI ADENOIDALNYCH.

[Rzecz, odczytana na posiedzeniu laryngologiczno-otyatrycznym dnia 31-go grudnia 1902 r. w Warszawskim Towarzystwie Lekarskiem].

Podał

Dr Maurycy Hertz.

—+—+—

Klasyczna monografia MEYER'a o wyrosłach adenooidalnych, ogłoszona w r. 1873, była kamieniem węgielnym, na którym zbudowano piękny gmach nauki o wyrosłach adenooidalnych. Po ukazaniu się pracy MEYER'a wzięto się we wszystkich krajach do badań nad wyrosłami adenooidalnymi i dzisiaj literatura tego przedmiotu należy do najbogatszych. Przekonano się o częstotści tego cierpienia, o stosunku wyrosłach adenooidalnych do całego ustroju, o zaburzeniach w ustroju, wywoływanych przez obecność wyrosłach adenooidalnych, o potrzebie możliwie wczesnego rozpoznania ich i leczenia, a przede wszystkim starano się udoskonalić metody operacyjne. Wraz z udoskonaleniem narzędzi, z rozwojem techniki operacyjnej wzrastała liczba wykonywanych operacji wyrosłach adenooidalnych. Znakomite wyniki, jakie spostrzegano po operacji wyrosłach adenooidalnych, skłoniły do jak najszerszego jej stosowania i dzisiaj należy do najczęstszych zabiegów chirurgicznych.

Operacja ta najczęściej przebiega pomyślnie, powikłania spotykamy względnie rzadko, wobec jednak istnienia powikłach należy o nich pamiętać i mieć je zawsze na względzie.

Przystępując do opisanie powikłach przy operacji wyrosłach adenooidalnych, miałem jedynie na celu zwrócenie uwagi operujących na możliwość powikłach, na konieczność jak największej ostrożności podczas i po operacji, na odpowiedni wybór metody operacyjnej, aby uczynić jak najmniej niebezpieczną tak zabienną dla ludzkości operację.

Pośród powikłach przy operacji wyrosłach adenooidalnych na pierwszym miejscu postawić należy—krwawienie. Wprawdzie nie należy ono do zbyt częstych, a przynajmniej o wiele rzadziej zdarza się niż przy tonsillotomii, w kazuistyce jednak znajdujemy bardzo groźne, a nawet śmiertelne krwotoki po operacji

wyrośli adenoidalnych. Krwawienie może nastąpić podczas operacji, bezpośrednio po operacji, w kilka godzin, a nawet w kilka dni po operacji. Najgorsze są krwotoki następcze, gdyż zjawiają się wtedy, kiedy choryżnie znajduje się już pod opieką lekarza, występują bardzo często w nocy i długi czas upłynąć może, nim zjawi się odpowiednia pomoc. Bywały przypadki, gdzie krwawienie zjawiało się nawet w tydzień po operacji.

HELMOOSTEL ¹⁾ opisuje dwa obfite krwawienia po operacji wyrośli— w jednym przypadku u 9-letniej dziewczynki krwotok w nocy z 5-go na 6-ty dzień po operacji; w drugim zaś u 6-letniej dziewczynki 6-go dnia po operacji.

MARTIN ²⁾ miał trzy przypadki krwawienia; w jednym w 1½ godziny po operacji, w drugim — we dwa dni; w trzecim — 6-go dnia po operacji. We wszystkich trzech przypadkach operacja wykonana była bez narkozy.

BRIGGS ³⁾ opisuje przypadek ciężkiego krwotoku po operacji u 22-letniej chorej. Krwawienie nastąpiło we dwie godziny po operacji i trwało około 3-ch godzin; ustało po zatamponowaniu nosa i jamy noso-gardzielowej. Przez pewien czas jeszcze po zatamponowaniu krwawiło; krew pokazała się w oczach przez otwory kanałów noso-łzowych.

ZANDER ⁴⁾ widział bardzo ciężkie krwawienie po usunięciu wyrośli u 29-letniego mężczyzny; zaszła potrzeba zatamponowania BELLOCQ'em jamy noso-gardzielowej.

CONRADI ⁵⁾ spostrzegł ciężki krwotok po operacy kleszczami u 17-letniej dziewczynki; również zaszła potrzeba zatamponowania jamy noso-gardzielowej. Po krwotoku nastąpiło porażenie obydwóch nóg, które trwało przez długi czas.

CARTAZ ⁶⁾ miał bardzo silny krwotok po wycięciu wyrośli u 17-letniej dziewczynki; okazało się, że operacja wykonana była na dwa dni przed menstruacją. CARTAZ operował już poprzednio tę chorą bez większego krwawienia.

KLEINE ⁷⁾ w Londyńskim Tow. laryngologicznem referował spostrzegany przez siebie przypadek obfitego następczego krwawienia po operacji wyrośli, które, jego zdaniem, było w ścisłym związku z współistniejącym u chorej katarrem żołądka. Operacja wykonana była kiuretą GOTTSTEIN'a bez narkozy. Krwawienie podczas operacji nieznaczne. We dwie godziny po operacji wezwano KLEINE'go do chorej z powodu obfitego krwawienia. Chorą znalazł w stanie najwyższej anemii z ledwo wyczuwalnem tętnem. Po zastosowaniu odpowiednich środków udało się jednak chorą uratować. Chora nigdy zbytnio nie krwawiła, hemofilii w rodzinie niema. Chora z powodu kataru żołądka często wymiotowała i również po operacji; prawdopodobnie podczas wymiotów

1) HELMOOSTEL. La Belgique med. 1896. Nr. 16.

2) MARTIN. Annals of Otology. Centralblatt für Laryngologie. 1900.

3) BRIGGS. Occidental Med. Times. Centralblatt. 1894.

4) ZANDER. Dissertation. Würzburg. 1898.

5) CONRADI. Bollet. delle mal. dell'orecchio. 1894.

6) CARTAZ. Revue hebdomadaire de laryngologie. 1890.

7) KLEINE. Centralblatt für Laryngologie. 1900.

wypadł skrzep z przeciętego podczas operacji naczyńia, co wywołało następcze krwawienie. Krwawienie następcze po operacji wyrosli adenoidalnych opisali również: KNIGHT, HELME, WRIGHT, RUAULT, BRYSON, DELAVAU, SCHOTT, PIAGET, WOAKES i inni. W literaturze opisane są przypadki krwawienia po operacji wyrosli z zejściem śmiertelnem.

SCHMIEGELOW ¹⁾ opisuje przypadek śmiertelnego krwotoku. Operacja robiona była u 12-letniego chłopca bez narkozy kiuretą GOTTSTEIN'a. W chwili gdy operator [jeden z kolegów SCHMIEGELOW'a] przeszedł kiuretą wzdłuż tylnej ściany jamy nosogardzielowej, trysnął z gardła strumień krwi, której nie można było zatamować i śmierć nastąpiła w przeciągu kilku minut. Na sekcji okazało się, że śmierć nastąpiła z powodu pęknięcia *arteriae carotidis internae* w miejscu wstąpienia jej w *canalis caroticus*. Zranioną została kiuretą tylna ściana gardzieli z prawej strony, ale nie w miejscu, ściśle odpowiadającym miejscu pęknięcia *arteriae carotidis*.

NEWCOMBE ²⁾ operował małe dziecko w wieku lat 3 i 9 miesięcy, bardzo wątłe, anemiczne z objawami skrofulozy. Operacja wykonana była pod eterem, z początku kleszczami, później kiuretą GOTTSTEIN'a. Podczas operacji było obfite krwawienie, które jednak po 2-ch minutach ustało. W 6 godzin po operacji zaczęło krwawić z nosa, po kilku minutach krwawienie znowu ustało. Dziecko spało spokojnie, słychać było tylko jakieś przelewanie w gardle, na które otoczenie nie zwróciło uwagi. NEWCOMBE wezwany był dopiero w 16 godzin po operacji, gdy rodzice spostrzegli śmiertelną bladłość dziecka. Dziecko było już bez tętna i pomimo zastosowania najenergiczniejszych środków wszelka pomoc okazała się spóźnioną — dziecko zmarło.

STUCKY ³⁾ opisuje przypadek, gdzie u dziecka we dwie godziny po operacji, która odbyła się bez wszelkich powikłań, nastąpiło obfite krwawienie, które udało się jednak zatrzymać; w 7½ godzin po operacji dziecko zmarło — prawdopodobnie wskutek *shock'u*.

Krwawienie po operacji wyrosli adenoidalnych zależeć może od następujących przyczyn:

1) Na pierwszym miejscu postawić należy hemofilię, która we wszystkich przypadkach daje ciężkie krwawienia. W dwóch przypadkach zakończonych śmiercią po operacji, skonstatowano hemofilię. Dlatego też należy w każdym przypadku zwrócić na to uwagę; niezbędne jest dokładne zebranie anamnezy, czy osobnik, podlegający operacji, nie ma skłonności do krwawień; o ile poddawał się już operacji, czy ta nie połączona była z obfitem krwawieniem, czy następnie w rodzinie niema hemofilii. Hemofilia jest absolutnem przeciwwskazaniem do operacji; w razie konieczności można uciec się ostatecznie do galwanokaustyki.

2) Krwawienie wywołać mogą resztki wyrosli adenoidalnych, które pozostały w jamie noso-gardzielowej po operacji. Z powodu zastoju następuje

¹⁾ SCHMIEGELOW. Monatschrift für Ohrenheilkunde. 1897. Nr. 3.

²⁾ NEWCOMBE. Ref. Revue hebdomadaire de laryngologie. 1894.

³⁾ STUCKY. Ref. Centralblatt. 1900.

w nich nadmierne rozszerzenie naczyń włosowatych i stąd krwawienie. W razie następczego krwotoku należy na to zwrócić uwagę i dokładnie obejrzeć gardziel i o ile się da—jamę noso-gardzielową, czy nie wiszą gdzie strzępy wyrosły, które często bardzo zwieszają się z pod języczka; należy je wtedy usunąć i w ten sposób udaje się często zatrzymać krwotok. Nie należy ich wrywać, gdyż możemy w ten sposób oderwać błonę śluzową jamy noso-gardzielowej na dużej przestrzeni i tem powiększyć jeszcze krwawienie. Strzępy wiszące należy odciąć.

3) Choroby serca, szczególniej przerost lewej komory.

4) Budowa histologiczna wyrosły adenoidalnych. Składają się one nieraz z tkanki twardej, włóknistej, tak, że naczynia krwionośne po przecięciu nie kurczą się, otaczająca je tkanka rozciąga światło naczyń, uniemożliwiając tworzenie się skrzepów w naczyniach; naturalnie w tych warunkach powstać może obfite i długotrwałe krwawienie. Bywa to najczęściej u dzieci starszych i u dorosłych, które przebyły kilkakrotnie zapalenie migdałka gardzielowego. Należy więc zawsze liczyć się z możliwością krwawienia następczego po operacji, o ile przy badaniu palcem zauważymy twarde wyrosłe.

5) Operowanie kobiet na krótko przed lub podczas menstruacji; lepiej w takich razach operować już podczas menstruacji, aniżeli przed nią.

6) Zranienie tylnego końca muszel, lemiesza lub języczka; to ostatnie zdarzało się dawniej częściej przy operowaniu kleszczami; dziś wobec udoskonalenia narzędzi zdarza się bardzo rzadko.

7) Operowanie po świeżo przebytem zapaleniu gardła.

8) Anomalie w przebiegu *carotidis internae*. W wyjątkowych tylko, bardzo rzadkich przypadkach może ona być wepchnięta przez gruczoły do jamy noso-gardzielowej [jak to miało miejsce w przypadku, opisanym przez SCHMIEGELOW'a]. Są to jednak rzeczy niesłychanie rzadkie, gdyż wogóle większych naczyń w tej okolicy niema. Wprawdzie wyrosłe adenoidalne są bardzo obficie unaczynione, ale są to tylko naczynia włosowate, nieraz bardzo szerokie.

9) Według niektórych autorów [CORDES] krwawienie następcze po operacji wyrosły otrzymujemy, jeśli do znieczulania używamy kokainy, która wywołuje następcze rozszerzenie naczyń. Ze zdaniem tem zgodzić się jednak nie można: na dużą liczbę operacji, robionych przeze mnie w Szpitalu Ewangelickim pod kokainą, ani razu nie widziałem następczego krwawienia po operacji. Dr WRÓBLEWSKI stosuje kokainę przy operacji od kilku lat i również nie spostrzegął większego krwawienia.

Momentów, usposabiających do krwawień po operacji wyrosły adenoidalnych, jak widzimy, jest dosyć dużo; przy pewnej jednak ostrożności jesteśmy w stanie do pewnego stopnia ustrzedz się tej przykrej komplikacji. Zdarzyć się jednak może krwotok pomimo zachowania wszystkich ostrożności i zawsze samemu trzeba się liczyć z tą ewentualnością i zwracać na to uwagę otoczenia chorego. Chory po operacji nie powinien być pozostawiony bez opieki; przez pewien czas po operacji chory znajduje się pod obserwacją operatora, który jedynie po zupełnem ustaniu krwawienia może polecić go opiece otoczenia. Należy zwrócić uwagę otoczenia na możliwość krwawienia następczego i na konieczność natych-

miastowego zawiadomienia lekarza w razie krwawienia. GRADENIGO ¹⁾ nie radzi kłaść dzieci spać zaraz po operacji, ewent. kłaść je od czasu do czasu twarzą na poduszkę, aby zapobiedz w ten sposób splywaniu krwi do żołądka, które może ujść uwagi otoczenia, jakto miało miejsce w przypadku NEWCOMBE'a.
[C. d. n.]

II. O prawdziwej wartości leczniczej adrenaliny w chorobach uszu i nosa.

Podał

Alfred Helman.

Jeśli przejrzeć literaturę, dotyczącą adrenaliny, która od 1½ roku pojawiła się na rynku aptekarskim, zdawałoby się mogło zaiste, iż w środku tym odnaleziono specyfik, jeśli nie od wszystkich, to w każdym razie od wielu dolegliwości. Pierwsi oto rynolodzy zaczęli stosować adrenalinę w swojej praktyce, i sądząc z ich opisów, przypuszczają należałoby, iż wyniki, przez nich osiągnięte, są wprost zdumiewające. „Dziś”, pisali oni prawie wszyscy, „dzięki środkowi temu, wszelkie rękoczynny operacyjne wykonywać można bez utraty kropli krwi; wszelkie zwężenia, jak np. w nosie, w trąbce Eustachiusza i t. d. ustępują momentalnie; w roztworze z kokainą adrenalina powiększa jej działanie znieczulające; działania ubocznego adrenaliny nigdy nie zauważono i t. p.⁴. Nie dziw więc, że środek ten nowy zaczął się cieszyć ogromnem powodzeniem między oto-rynologami. Za nimi poszli oftalmolodzy, ginekolodzy, terapeuci, chirurdzy, jednym słowem cały świat lekarski, który co raz to inne zalety w środku tym odnajdował. Co prawda, niema prawie środka nowego, którego by bez zapalu nie przyjęto, zrozumiałym też wyda się i zapal do stosowania adrenaliny. Dopiero po pewnym czasie, gdy ekstaza mija, daje się odróżnić *vera et falsa* i stosownie do swej wartości, środki nowe zdobywają prawo obywatelstwa.

Czy i adrenalina w przyszłości na popularność liczyć może, trudno przesądzać, lecz już i dzisiaj pojawiło się wiele głosów poważnych, które w prawdziwym świetle przedstawiają wartość tego środka nowego. Cały szereg autorów wykazuje, że działanie adrenaliny nie jest zupełnie obojętne dla ustroju, opisywane są bowiem przypadki otrucia adrenaliną, wyrażające się pod postacią ciężkich zaburzeń ze strony systematów: nerwowego, krwionośnego i dróg oddechowych; dowiedziono dalej, że środek ten wywołuje glykosuryę, a przy cukrzycy, powiększa w znacznym stopniu ilość cukru; przekonano się także, że adrenalina

¹⁾ GRADENIGO. Die Hypertrophie der Rachentonsille. 1901.

znieczulenia nie daje żadnego; stwierdzono naocznie, że jako środek hemostyczny chybia celu, a nawet w tych razach używanie jej uznano za zupełnie bezpieczne, szczególnie przy przedostaniu się jej do światła żyły; po zabiegach operacyjnych spostrzegano prawie zawsze bardzo silne krwotoki wtórne, jednym słowem—odkryto cały szereg wad. Jedną tylko zaletę jej przyznano, a mianowicie: wywoływanie anemii błon śluzowych. Ale jeśli zważyć, że tak samo działa kokaina [w mniejszym tylko stopniu], jeśli przekonać się, że adrenalina, w roztworze nawet, jest bardzo nietrwała; przy kilkakrotnem bowiem użyciu tegoż samego roztworu zmniejsza się jej działanie, a nawet zupełnie ginie i jeśli przytem środek ten jest ogromnie drogi, bodaj czy nie najdroższy ze wszystkich dotychczasowych, już z tego punktu widzenia trudno przypuszczać, aby mógł liczyć na popularność.

Gdy pojawiły się pierwsze wiadomości o działaniu adrenaliny i podawano oniem jak najświetniejsze wyniki ¹⁾, i ja także począłem ją stosować w chorobach uszu i nosa, w chęci przekonania się o jej wartości leczniczej. Ponieważ pisało wiele o wywoływaniu przez adrenalinę anemii i znieczulenia do pewnego stopnia, przypuszczałem, że stosując ją przy ostrych zapaleniach błony i jamy bębnekowej, w ten sposób będzie można wpłynąć na samą sprawę zapalną. Lecz niestety, przekonałem się, że adrenalina nawet w roztworze 1 : 1000 anemii na błonie bębnekowej nie wywołuje i nie tylko nie daje znieczulenia, ale i owszem—wywołuje gwałtowne bóle ucha z uczuciem najsilniejszego palenia, połączone z bólem i zawrotami głowy. Po tak niefortunnym eksperymencie w 5-iu przypadkach, dalszych prób, rozumie się, zaniechać zmuszony byłem.

Opisywano dalej, że adrenalina, zmniejszając obrzmienie błony śluzowej, z dobrym wynikiem może być stosowana przy zwężeniach trąbki Eustachiusza. I w tego rodzaju przypadkach przeprowadziłem badania. Wiedząc jednak już z doświadczenia, że adrenalina wywołuje ból i uczucie palenia w uchu, rozpocząłem próby ze słabymi roztworami, [1 : 5000], przepuszczając do trąbki 3—5 kropel płynu przez kateter [zapomocą przedmuchiwanie]. W tych razach adrenalina wywoływała tylko uczucie lekkiego palenia i zasychania, na zwężenie zaś trąbki, pomimo moich kilkakrotnych prób u jednych i tych samych chorych, wpływu żadnego nie wywierała. Zacząłem natenczas stosować roztwór mocniejszy [1 : 3000], lecz i tutaj prób dalszych zaniechałem. Po wpuszczeniu bowiem do trąbki kilku kropel płynu, chorzy w kilka minut po tym rękoczynie zaczęli doznawać szalonego bólu w uchu z uczuciem gwałtownego palenia, które trwały do paru godzin. Światło trąbki pomimo to nie rozszerzyło się ani w jednym przypadku. Dodać jeszcze muszę, że w 2-ch przypadkach dzięki tym eksperymetom wywołałem ostre zapalenie ucha środkowego, które minęło szczęśliwie w parę dni bez powikłań.

W chorobach nosa miałem też niejednokrotnie sposobność przekonania się, iż adrenalina działa tylko w ostrych nieżytach i jedynie na tyle, że w początkach choroby na jakie 2—4 godzin przynosi pewną ulgę, a później pozostaje bez wpływu. W nieżytach zaś przewlekłych jako środek leczniczy nie daje żad-

¹⁾ Patrz streszczenie moje pracy prof. ROSENBERG'a. Kronika Lekarska. 1902, str. 926.

nych wyników. Stwierdziłem, co prawda, że adrenalina na błonie śluzowej nosa wywołuje dużą anemię, lecz i tutaj dodać należy, iż nie zawsze w jednym stopniu, bo, na przykład, roztwór 1 : 5000 pozostaje prawie bez działania, a dopiero roztwory silniejsze dają pożądaną wynik. Ale i w tych razach udało mi się sprawdzić, że po parokrotnem użyciu jednego i tego samego roztworu, choćby 1 : 1000, działanie jego po pewnym czasie osłabiało się. Oprócz tego zanotować należy, że zawsze powstawało w nosie uczucie silnego palenia, tak samo, jak i w uchu.

Z tego, com tu przedstawił, jasno wynika, że, według mego zdania, adrenalina nie spełnia nadziei w niej pokładanych, w każdym razie nie w takim stopniu, jakby się zdawać na początku mogło. Co prawda, dzisiaj jeszcze pojawiają się na szpaltach pism lekarskich zagranicznych artykuły, wychwalające adrenalinę, jako środek leczniczy, lecz słusznie jesteśmy nauczeni odnosić się do nich sceptycznie, nie przeprowadziwszy badań osobiście. I w naszej literaturze pojawił się niedawno artykuł¹⁾, pierwszy dopiero u nas, jeśli się nie mylę, omawiający wartość leczniczą adrenaliny, pióra dra KOENIGSTEINA, który zdaje się być zwolennikiem stosowania tego środka w chorobach uszu, nosa i gardła. Tak, przypuszczać należałoby, jeśli przeczytać opisy przypadków, w których dr K. z powodzeniem stosował adrenalinę. Nieco zachwiałyby mogły naszą wiarę w ten środek niektóre z 7-iu wniosków, przez dra K. wyciągniętych, z których trzy przytaczam: 1) przy stosowaniu adrenaliny musimy być przygotowani na krwotok wtórny; 2) w krtani i gardzieli adrenalina działa słabiej, niż w nosie; 3) przy pewnych warunkach wywołać może sprawy zgorzelinowe. Jak na materiał, składający się z 12-tu przypadków [w tem aż jeden z dziedziny chorób uszu], są to wyniki bardzo charakterystyczne. Lecz nie o to mi chodzi. Dr K. między innymi, na zasadzie przedstawionego przykładu, wyciąga tego rodzaju wniosek (6): „adrenalinę można nieraz z pożytkiem stosować w niektórych cierpieniach ucha środkowego”. Jest to, według mnie, twierdzenie błędne, gdyż, jak poprzednio przedstawiłem, w chorobach ucha adrenalina żadnej wartości leczniczej nie ma i przynosi tylko, jak nauczyło mnie doświadczenie, szkodę, a nie pożytek. W skutek tego jak najgoręcej odradzać muszę wszystkim otyatom stosowanie tego środka bądź to w sprawach ostrych ucha środkowego, bądź przewlekłych. W innym jeszcze wniosku (2) dr K. powiada, że „adrenalina wzmacnia działanie znieczulające kokainy”, co zresztą opisane było i przez innych autorów. Ja przynajmniej nie jestem w stanie objaśnić sobie tego orzeczenia. Wiem jedno tylko, że adrenalina sama przez się znieczulenia nie daje żadnego, wiem dalej, że w roztworze kokainy z adrenaliną nie wytwarza się jakiś specjalny związek chemiczny, którymby można było objaśnić sobie to działanie, z drugiej strony od wielu lat jest rzeczą znaną, że kokaina prawie zawsze wywołuje znieczulenie zupełne, a więc na czem opierają swoje zdanie ci autorzy, zaiste trudno jest dociec.

Jednem słowem, według mnie, adrenalina w chorobach uszu jest środkiem bez wartości, w chorobach zaś nosa daje wyniki bardzo nikłe. Zważywszy

¹⁾ Gazeta Lekarska, 1903. Nr. 16 i 17.

przytem wielką drożyzną środka tego, co sprzeciwia się fundamentalnej zasadzie, aby środek lekarski był w pierwszej linii tani, po drugie—przekonawszy się o niestałości roztworu adrenaliny, przez co powiększa się jeszcze więcej cena środka tego, nie mówiąc już o zaburzeniach, przez adrenalinę wywoływanych, przyjsć trzeba do przekonania, iż środek ten wkrótce wogóle pokryje się mgłą zapomnienia.

ODCINEK.



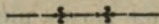
Ruch ludności miasta Warszawy w ciągu okresu 20-letniego (1882—1901), porównawczo z innymi miastami.

Napisał

Witold Załęski,

naczelnik sekcji statystycznej magistratu m. Warszawy.

[Odczyt, miany w Towarzystwie Hygienicznym w sekcji biologicznej 11-go grudnia 1902 r.]



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 19].

Suchoty płucne.

Największą klęską ludności miejskiej są suchoty, liczba jednak osób, zmarłych w Warszawie na suchoty płucne, zmniejszyła się w czasach ostatnich. Na 10000 mieszk. Warszawy było wypadków śmierci od suchot płucnych średnio rocznie podczas okresu:

1882—1891 . . .	32,63
1892—1901 . . .	24,65
w ostatnim 1901 r. . .	22,60

Podług obliczeń biura statystycznego w Amsterdamie ¹⁾ zmarło w r. 1901 od suchot płucnych na 10000 mieszk.:

¹⁾ Tableau de statistique démographique d'Amsterdam. str. 31.

w Londynie	17,02	w Glasgowie	18,55
w Nowym-Yorku	23,00	w Budapeszcie	34,10
w Paryżu	40,04	w Warszawie	22,13 [dokład-
w Berlinie	21,88	w Brukselli	16,00 niej 22,60]
w Wiedniu	35,32	w Neapolu	20,94
w Chicago	14,69	w Madrycie	24,26
w Petersburgu	31,98	w Amsterdamie	15,16
w Moskwie	27,92	w Odesie	23,94
w Buenos-Ayres	20,06	i t. d.	

W 58-iu miastach austriackich¹⁾ zmarło od suchot wogóle na 10000 mieszk. podczas okresu:

1886—1890	55,9
1891—1895	50,4
1896—1900	46,9
w r. 1901	46,2,

kiedy w Warszawie wszystkich wypadków śmierci od gruźlicy w r. 1901 było 33,55 [22,60+7,23+3,72] na 10000 mieszk. Widzimy zatem zmniejszenie śmiertelności od gruźlicy w miastach austriackich. Najbardziej widoczne jest to zmniejszenie w Wiedniu, gdzie w r. 1901 było wypadków śmierci 4,51 na 10000 mieszk.

Największa śmiertelność od gruźlicy w r. 1901 była w miastach następujących:

w Cieszynie [Teschen]	80,7	na 10000 mieszk.
w Pradze czeskiej	68,1	" "
w Laibach	66,3	" "
w Lwowie	66,2	" "
w Lincu	64,6	" "
w Krakowie	61,5	" "
w Zará	60,7	" "

Najkorzystniej przedstawiają się miasta:

Asch	14,9
Königliche Weinberge [Przed-	
mieście Pragi]	20,0
Ołomuniec	22,2
Stanisławów	22,9
Brody	24,2
Czerniejowice	27,5

W 286-iu miastach niemieckich zmarło od suchot płucnych na 10000 mieszk.:

w r. 1897	23,0	osób
" 1898	22,0	"
" 1899	23,0	"
" 1900	22,0	"
" 1901	21,0	"

i w tych miastach zmniejszyła się liczba wypadków śmierci od suchot płucnych.

Suchoty płucne są także straszną klęską dla mieszkańców Petersburga²⁾. Zmarło w tem mieście na 10000 mieszk., średnio rocznie podczas okresu 1888—1897: 4096 osób, czyli 39,9 na 10000 mieszk.; w r. 1899 zmarło 3752 osoby, t. j. 30,8 na 10000 mieszk.

¹⁾ Stat. Monatsschr. str. 108.

²⁾ Statist. jeżegod. S.-Peterb. Str. 31.

W Odesie zmarło w r. 1900 od suchot płucnych 1112 osób, od gruźlicy innych narządów 219 osób; najwięcej zmarło w styczniu, najmniej w sierpniu. Najwięcej od suchot płucnych było zmarłych osób w wieku od 41 do 60 lat; od innych form gruźliczych w wieku od 1 do 5 lat.

W Paryżu zmarło w r. 1899 od wszelkich rodzajów chorób gruźliczych 1260 osób, czyli 51,05 na 10000 mieszk.

Leczenie suchot płucnych.

O możliwości leczenia suchot płucnych możemy nabrać pojęcia ze sprawozdania Urzędu ubezpieczeń Cesarstwa Niemieckiego, dotyczącego rezultatów leczenia systematycznego przez Towarzystwa ubezpieczeń robotników w ciągu okresu 5-letniego od 1897 do 1901 r. ¹⁾ Towarzystwa ubezpieczeń, stosownie do wymagań prawa z d. 13-go lipca 1899 r. o ubezpieczeniu inwalidów pracy, zajęły się leczeniem w ciągu 5-iu lat 104.498 osób, kosztem 22.960.394,35 m., niezależnie od wydatków, zrobionych przez kasy dla chorych i różne stowarzyszenia. Kasy dla chorych wydały w r. 1900 na koszt leczenia 172.700.000 m., różne związki zawodowe i stowarzyszenia 6.919.962,45 m.

Z liczby leczonych kosztem towarzystw ubezpieczeń w r. 1901—32.710 osób było chorych na suchoty płucne mężczyzn 10312

kobiet 3844

chorych na inne choroby mężczyzn 9176

kobiet 6009

Chorzy na suchoty płucne przebyli w celach leczenia systematycznego w szpitalach, sanatoryjach, miejscach kąpielowych i nawet we własnych mieszkaniach, w r. 1901 przeciętnie 75 dni, chorzy na inne choroby 51 dni. Koszta leczenia wynosiły przeciętnie dla chorych na suchoty 343,53 m. dla chorych na inne choroby 183,33 m.

Koszta leczenia chorego na suchoty były zatem prawie dwa razy większe od kosztów leczenia od innych chorób. Pochodziło to stąd, że koszt utrzymania dziennego chorego na suchoty był o jedną markę wyższy od utrzymania dziennego chorego na inne choroby i czas leczenia na suchoty był o 22 do 29 dni dłuższy.

Otrzymało się rezultaty następujące: na 100 osób, leczonych systematycznie na suchoty w r. 1901, ukończyło pomyślnie kurację 77 osób, z leczonych na inne choroby 74 osoby. Powtórzenie kuracji okazało się potrzebne w niewielu bardzo wypadkach. Tak np. na 100 osób wyleczonych w r. 1897 potrzebowo powtórzenia kuracji z liczby chorych:

	na suchoty	na inne choroby
w r. 1898	8	8 osób
" 1899	14	11 "
" 1900	16	11 "
" 1901	18	12 "

Otrzymane rezultaty pomyślne leczenia okazały się trwalszymi u kobiet niż u mężczyzn.

Gruźlica mózgowa i kiszek.

Do wypadków śmierci od suchot zaliczyć także należy wypadki śmierci od gruźlicy mózgowej (*meningitis tuberculosa*) i od gruźlicy kiszek (*phthisis intestinalis et mesenterica*).

¹⁾ Veröffentlichungen des Kais. Gesundheitsamtes. 1902. Nr. 46, str. 1149 i n.

Zapalenia płuc.

Pokrewnymi z wypadkami śmierci od suchot płucnych są wypadki śmierci od zapalenia płuc, które w Warszawie były liczniejsze od pierwszych. Na 10000 mieszkańców zmarło średnio rocznie w Warszawie od zapalenia płuc podczas okresu:

1882—1891	. 38,89 osób
1892—1901	. 31,82 „

w ostatnim 1901 r. było 2134 wypadki, czyli 29,97 na 10000 mieszk. Widzimy zatem zmniejszenie śmiertelności od zapalenia płuc.

W miastach austriackich¹⁾ zmarło na 10000 mieszk. od zapalenia płuc podczas okresu:

1886—1890	. . 39,1 osób
1891—1895	. . 38,3 „
1896—1900	. . 24,4 „
w r. 1901	. . 21,7 „

widzimy zatem znaczne zmniejszenie.

Miasta galicyjskie odznaczają się niehygienicznymi stosunkami i wielką liczbą zmarłych na zapalenie płuc, ale zato mało u nich wypadków śmierci od suchot. Największa śmiertelność od zapalenia płuc w r. 1901 była:

w Samborzu 48,9 osoby na 10000 mieszk.
w Tarnopolu 43,9 „ „ „
w Zara 43,3 „ „ „
w Ostrawie morawskiej 43,0 „ „ „
w Krakowie 42,0 „ „ „
w Jarosławiu 39,9 „ „ „
we Lwowie było 33,6 „ „ „
kiedy w Wiedniu tylko 19,5 „ „ „

W 286-iu miastach niemieckich²⁾ zmarło na 10000 mieszk. od chorób narządów oddechowych:

w roku 1897	. . 23,0 osób
„ 1898	. . 24,0 „
„ 1899	. . 26,0 „
„ 1900	. . 27,0 „
„ 1901	. . 24,0 „

Urząd zdrowia Cesarstwa Niemieckiego³⁾ zwrócił uwagę na ścisły stosunek, zachodzący pomiędzy wypadkami śmierci od suchot płucnych a wypadkami śmierci od chorób zapalnych narządów oddechowych. Ma to pochodzić stąd, że często pod określeniami: chroniczne zapalenie płuc i chroniczne choroby płuc, kryją się wypadki gruźlicy. Żeby zatem być w stanie oznaczyć dokładnie ilościowo pojawianie się wypadków śmierci od suchot, należy obok liczby zmarłych od suchot płucnych przyjąć do rachunku także liczbę osób, zmarłych od innych chorób płucnych.

W Petersburgu⁴⁾ połączono do jednej kategorii wszelkie choroby zapalne narządów oddechowych; zmarło z tych chorób średnio rocznie podczas okresu 1888—1897: 3212 osób, czyli 31,3 na 10000 mieszk., w r. 1899 zmarło 3250 osób, czyli 26,7 na 10000 mieszk.

W Paryżu w r. 1899 zmarło na zapalenie płuc 2391 osób, czyli 9,52 na 10000 mieszk.

1) Stat. Monatsschr. 1902, str. 109.

2) Veröffentlich. d. Kais. Gesundh. Nr. 42, str. 1061.

3) Ergebnisse der Todesursachenstatistik während des Jahres 1896. Berlin, 1899, str. 34.

4) Stat. jeżegod. S.-Peterb., str. 31.

Zapalenie krupowe płuc.

W r. 1889 oddzielono w Warszawie wypadki śmierci od krupowego zapalenia płuc od wypadków śmierci od zapalenia kataralnego i zaliczono je do rzędu chorób zakaźnych. Na 10000 mieszk. zmarło w Warszawie na krupowe zapalenie płuc średnio rocznie podczas okresu 3-letniego [1889—1891] 3,17 osób, podczas okresu 10-letniego [1892—1901 r.] 3,06; nakoniec w r. 1901 zmarło 219 osób, czyli 3,08 na 10000 mieszk.

Podobnie, jak w Warszawie postąpiono i w Petersburgu ¹⁾. Od zapalenia krupowego płuc umierało w tem mieście średnio rocznie podczas okresu 1888—1897: 1157 osób, czyli 11,3 na 10000 mieszk. W r. 1899 zmarło 1014 osób, t. j. 8,3 na 10000 mieszk.

Zapalenia oskrzeii.

Do chorób narządów oddechowych należą wypadki zapalenia oskrzeii. Od r. 1889 oddzielono w wykazach warszawskich wypadki ostrego zapalenia oskrzeii od wypadków przewlekłego ich zapalenia. Podczas okresu 1892—1901 r. zmarło w Warszawie na 10000 mieszk.:

od zapalenia ostrego oskrzeii	4,74 osób
„ „ przewlekłego	4,67 „
w r. 1901 zmarło od zapalenia ostrego oskrzeii:	201 osoba, czyli 2,82 na 10000 mieszk.
przewlekłego	254 „ „ 3,57 „ „

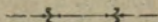
W Paryżu ²⁾ w r. 1899 zmarło od ostrego zapalenia oskrzeii 690 osób, czyli 2,75 na 10000 mieszk. od przewlekłego 1229 osób, czyli 4,87 i nakoniec od broncho-pneumonia zmarło 2238 osób, czyli 8,85 na 10000 mieszk. [D. n.].

STRESZCZENIA ZBIOROWE.

Fizjologia i patologia ciśnienia tętniczego.

Podał

Kazimierz Rzętkowski.



[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 19].

Nie podobna mi się tu wdawać w bardziej wyczerpującą krytykę przyrzędu RIVA-ROCCI. Powiem krótko, że znalazł on ogólne uznanie w nauce, czego wyrazem mogą być najpochlebniejsze zdania o nim tych wszystkich, którzy nim pracowali, jak np. HENSEN, RECKLINGHAUSEN, MASSING, i in. GUMPRECHT

¹⁾ Statist. Jeżegod. S.-Peterburga za 1899 g. str. 31.

²⁾ Annuaire statistique de la ville de Paris, str. 144 i n.

streszcza swój pogląd na aparat w zdaniu: „przyrząd sam przez się pracuje bez zarzutu“. Pogląd ten mogę w zupełności potwierdzić na zasadzie własnego doświadczenia, ponieważ na oddziale dra DUNINA używamy przyrządu RIVA-ROCCI od dwu lat z najzupełniejszym, jak dotychczas, zadowoleniem.

Przyrząd GAERTNER'a (1899) — tonometr — jest zbyt znany ogólnie, iżbym miał o nim zbyt długo mówić. W głównych zarysach składa się z pierścienia metalowego z gumową wewnętrzną ścianką, który nakładamy na palec u ręki, pozbawiony przednio krwi przez nalożenie uciskającego obrączkowanego odcinka rurki gumowej. Przestrzeń w pierścieniu połączona jest z manometrem i z woreczkiem gumowym, który uciskamy przy pomocy dosyć praktycznego uciskacza. Do pierścienia nadymamy powietrze, podnosząc ciśnienie w przyrządzie powyżej oczekiwanego, poczem zdejmujemy odcinek rurki z palca i zmniejszamy przy pomocy powolnego odchylenia dwóch deseczek uciskacza ciśnienie w przyrządzie dopóty, dopóki błądy koniec palca nie zaczerwieni się nagle. Ten moment następuje pod ciśnieniem istotnem w tętnicach palcowych, którego wysokość wskazuje nam manometr na 0,5 ctm. skali. Manometr bywa tu rtęciowy lub aneroidowy — oczywiście pierwszy jest lepszy, niż drugi. Zgodnie z panującymi w nauce poglądami na tonometr GAERTNER'a, przyrząd ten przy pewnej wprawie eksperymentatora, zwłaszcza na jednym i tym samym osobniku, może dać dosyć ściśle dane, które w danym razie porównawczo dają nam cenne kliniczne wskazówki. Ustępując przyrządowi R-ROCCI, tonometr stoi naturalnie znacznie wyżej od omówionych przez nas sfigmomanometrów BASCH'a i POTAIN'a [Dokładny opis w s z y s t k i e h, używanych po dzień przyrządów do mierzenia ciśnienia tętniczego, ich rysunki, krytyczny przegląd działania i t. p. znajduje czytelnik w *Archiv génér. de Med.* 1902, *Novembre, Octobre, Septembre* w pracy N. VASCHIDE i J. LAHY p. t.: „*La technique de la mesure de la pression sang. chez l'homme.*”

II.

Jak wiadomo, podczas każdego skurczu serca ciśnienie w tętnicach dobiega swego *maximum*; podczas każdego rozkurczu — obniża się do *minimum*. Wszystkie przyrządy, o których powyżej była mowa, mierzą ciśnienie tętnicze na wysokości jego *maximum* skurczowego. Jest jednak rzeczą bardzo interesującą określanie nie tylko *maximum* systolicznego, ale i *minimum* diastolicznego ciśnienia w tętnicach — ponieważ to pozwoli nam ustanowić wysokość średniego ciśnienia tętniczego oraz amplitudę jego wahań podczas skurczu i rozkurczu serca. W tym tylko kierunku bowiem potrafimy z czasem wynaleźć sposób oryentowania się w wielu zawiłych objawach dyskompensacji sercowej; w tym kierunku też musimy szukać sposobu rozwikłania tej złożonej całości, jaką jest tak zwane dziś przez nas ogólnie „ciśnienie tętnicze“. Na powyższą okoliczność zwrócono uwagę już dawno, ale dopiero w ostatnich czasach starano się postawić tę sprawę na klinicznym, bardziej do badań dostępnym gruncie. ALBERT, który mierzył ciśnienie tętnicze u człowieka wprost przy pomocy manometru, wstawionego do tętnicy goleniowej przedniej przy amputacji, znalazł, że amplituda ciśnienia tętniczego [t. j. wysokości jego od *minimum* diastolicznego do *maximum* systolicznego] waha się w granicach 20 mm Hg. W ostatnich czasach podano dwa proste sposoby oznaczania amplitudy wahań w ciśnieniu, o których uważam tu za stosowne wspomnieć w kilku słowach. Są to sposoby HENSEN'a i MASSING'a. Obaj ci autorowie pracowali z przyrządem RIVA-ROCCI — jedynym, jaki, dzięki swej budowie i ściśłości pomiarów, nadaje się w tym celu.

Nieco dawniej POTAIN przy pomocy swego przyrządu starał się zdążyć ku temu samemu celowi, oznaczając na osobnikach z tętnem dwubitnem chwilę, kiedy tętno pojawia się i chwilę, kiedy tętno zaczyna stawać się dykrotycznym, a następnie przy pomocy dosyć złożonego rachunku wyliczając średnie ciśnienie tętnicze. W ten sposób badacz ten doszedł do wniosku, że ciśnienie średnie wynosi około $\frac{2}{3}$ ciśnienia, wykazanego przy pomocy manometru. Sposób POTAIN'a, oparty na dosyć złożonym rachunku i wynikający z niezbyt wiarogodnych danych jego aparatu, nie ma wielkiej przyszłości przed sobą. To też nie zastanawiając się dłużej nad nim, przejdziemy do sposobów HENSEN'a i MASSING'a. Krzywa sfigmograficzna jest w istocie niczem innym, jak krzywą ciśnienia krwi w tętnicach, krzywą, dla której znamy oś jedną [absycysę], ale dla której oś druga—ordynata—jest nieznaną. Idzie więc tylko o to, aby ustanowić stosunek pomiędzy wysokością słupa Hg. w manometrze a wysokością podniesienia systolicznego krzywej sfigmograficznej podczas skurczu serca; idzie zatem o wyznaczenie ordynaty dla krzywej sfigmograficznej. HENSEN robi to w bardzo prosty sposób. Nakłada na jedną kończynę sfigmograf, na drugą zaś sfigmomanometr. Oznacza ciśnienie [maksymalne], rysując jednocześnie krzywą sfigmograficzną. Następnie uciska tętnicę brzuszną poniżej wyjścia tętnic nerkowych, aż do chwili, w której tętno na tętnicach biodrowych zniknie; skutkiem czego cała krzywa sfigmograficzna unosi się w górę *in toto* tak, że jej najniższe części stają teraz mniej więcej na poziomie dawniejszych [przed uciskiem] najwyższych. Oznacza w tej chwili znowu ciśnienie sfigmomanometryczne — naturalnie wyższe, niż przed uciskiem. W ten sposób mierząc w milimetrach podwyższenie krzywej, t. j. jej istotną ordynatę, otrzymuje z jednej strony wysokość systolicznego podniesienia krzywej—z drugiej zaś ma możność tę wysokość porównać z podniesieniem ciśnienia, wyrażonego w podwyższeniu słupa Hg w manometrze. To pozwala mu oznaczyć drogą najprostszego rachunku wysokość ciśnienia tętniczego w jego *minimum* diastolicznem i w *maximum* systolicznem, a zatem — oznaczyć średnicę tego ciśnienia i amplitudę jego wahań. W ten sposób wylicza HENSEN amplitudę tych wahań w granicach od 5 do 20 mm Hg—cyfry, jak widzimy, blizkie wahań, skonstatowanych bezpośrednio przez ALBERT'a, co daje nam świadectwo o wartości metody HENSEN'a. Sposób HENSEN'a ma jednak, praktycznie biorąc, jedną wadę. Tę oto, że jeśli chcemy mierzyć amplitudę wahań ciśnienia u osoby, nie znajdującej się w absolutnym spokoju, to nie możemy tego uczynić, ponieważ trudno jest w tych warunkach uciskać tętnicę brzuszną.

Ten brak rzuca się w oczy, zwłaszcza w tych razach, kiedy chcemy oznaczyć amplitudę wahań w ciśnieniu tętniczem u osoby, wykonywającej jakąś pracę fizyczną. MASSING przy pomocy swej metody stara się wynagrodzić ten brak. Postępuje on więc w następujący sposób. U osoby leżącej [która może jednocześnie nogami wykonywać jakąś pracę np. podnosić i opuszczać ciężar na bloku] nakładamy na tę samą kończynę górną sfigmomanometr RIVA-Rocci i sfigmograf. Nadymając powietrze do przyrządu, oznaczamy sobie wysokość Hg, przy której wzniesienia sfigmograficzne znikają. Następnie wypuszczamy zwolna powietrze z przyrządu, skutkiem czego wzniesienia sfigmograficzne coraz to powiększają się — ucisk bowiem na tętnicę ramieniową staje się coraz mniejszy. Wówczas na krzywej sfigmograficznej przy pomocy energicznego potrącenia suwaka piszącego, oznaczamy moment, w którym manometr wskazuje o 20 mm mniejszą wysokość, znajdując w ten sposób stosunek pomiędzy wysokością słupa Hg w manometrze a wzniesieniem ordynaty krzywej sfigmograficznej. Inaczej mówiąc, obniżając ciśnienie w przyrządzie od chwili jego ściślego *maximum*, t. j. od chwili zupełnego zamknięcia światła tętnicy [wzniesienie krzywej sfigmograficznej=0] aż do chwili, kiedy ciśnienie w przyrządzie dojdzie do 0 [wzniesienie krzywej sfigmograficznej=*maximum*], możemy na każ-

dej wysokości podniesienia krzywej wyznaczyć odpowiadające tej wysokości ciśnienie. W ten sposób zdajemy sobie sprawę z wysokości *maximum* systolicznego i *minimum* diastolicznego ciśnienia w tętnicach, poznajemy więc jego *medium* i amplitudę wahań. Na zasadzie swych badań przy pomocy opisanej tu metody MASSING dochodzi do wniosku, że wahania w średniej ciśnienia tętniczego są zazwyczaj równoznaczne z wahaniami w jego *maximum*, że więc cyfry, jakie wykazuje przyrząd RIVA-ROCCI—maksymalne systoliczne ciśnienie—pouczają w zupełności i co do wahań średniego ciśnienia w tętnicach.

Dalsze badania w wytkniętym przez HENSEN'a i MASSING'a kierunku—dziś jeszcze nie ogłaszane—rzucą niewątpliwie dużo światła na wahania w ciśnieniu tętniczym, zwłaszcza w tych stanach, kiedy możemy przypuszczać zmniejszenie elastyczności ścianek tętnic, mianowicie też przy arteriosklerozie lub w stanach odwrotnych, przy zupełnem rozluźnieniu ścianek tętnic — np. w chorobach zakaźnych.

III.

Cyfry, jakie autorowie przyjmują za normalne dla ciśnienia w tętnicach obwodowych u zdrowych ludzi, nie są bardzo zgodne. Tak np. POTAIN przy pomocy swego przyrządu znalazł, że u młodych, zdrowych ludzi średnia ciśnienia jest 17 ctm. (14—20, najczęściej 18 —18,5), przyczem częstość tętna zazwyczaj nie znajduje się w żadnym stałym stosunku z wysokością ciśnienia. U kobiet POTAIN znajdował średnio 16, u dzieci [od 5 do 20 lat] 8 — 18, najczęściej 12. U starców POTAIN [80—89 lat] za *minimum* oznacza 15,5, za *maximum* 30 [średnio 22]; cyfra, spotykana najczęściej,—24. Podwyższenie ciśnienia u starców zależy zapewne od wzmożonej rezystencji ścianek tętnicznych i od spowodowanego przez to przerostu serca.

BASCH za średnicę dla normalnego ciśnienia podaje 110 — 160 mm, ZADEK [przyrząd BASCH'a] — 100—130 mm., FRIEDMANN 133—140 mm; HENSEN, który pracował z przyrządem RIVA-ROCCI, znajdował normalnie 104—158 mm—średnio 137 mm—dla zdrowych mężczyzn i 105 — 160, średnio 132 mm, dla kobiet zdrowych w tym samym wieku [17—30 lat]. Dla starców HENSEN średnio oznacza ciśnienie na 140—150. Co się tyczy wahań, jakim podlega ciśnienie normalne, to te zachodzą w granicach dosyć znacznych, bo od 10 do 60 mm, skutkiem tego niewielkim wahaniom nie należy przypisywać znaczenia i tylko metodyczne i kilkakrotne mierzenie ciśnienia w tych samych warunkach danego osobnika może nam dać prawdziwe pojęcie co do istotnej wysokości jego ciśnienia. GUMPRECHT [przyrząd RIVA-ROCCI] za średnią normalnego ciśnienia uważa 140 mm, MASSING [przyrząd RIVA-ROCCI]—135—140. Co się tyczy tonometru GAERTNER'a, to średnia z pomiarów samego G. i rozmaitych badaczy wynosi dla normalnego ciśnienia 12—15 ctm. Z powyższego zestawienia cyfr widzimy, że dane POTAIN'a [170 mm.] są znacznie wyższe od danych innych autorów, którzy pracowali przy pomocy innych przyrządów; być może, że zależy to od wadliwości jego przyrządu, na co powyżej zwróciliśmy już uwagę. To też dane POTAIN'a będą dla nas miały raczej porównawcze (ze sobą) niż absolutne znaczenie.

Cięśnienie tętnicze już normalnie podlega bardzo łatwo wahanom. Nie możemy naturalnie wchodzić tu w obfite szczegóły tej kwestyi, którą zawiera odnośna literatura. Zaznaczymy tylko ważniejsze z nich. Tak np. ciśnienie, brane z obu stron, czasem bywa nierówne [POTAIN], co występuje czasem stale u niektórych osób. Zależy to prawdopodobnie od rozmaitych właściwości ścianek tętnicznych z obu stron, od rozmaitego ich kalibru, rozmaitych wahań w kurczliwości naczyń i t. p. Różnica w tych razach może wynosić od 0,5 do 2 ctm. Co się tyczy położenia członka, ewentualnie kończyny, na której zdej-

mujemy ciśnienie, to wszyscy autorowie jednoznacznie twierdzą, że należy robić pomiary zawsze na wysokości serca, tu bowiem leży t. zw. „*hydrostatische Indifferenzpunkt*“ [BLUMBERG, WAGNER]. To też HENSEN [przyrząd R.-R.] znajdował zazwyczaj ciśnienie mniejsze przy podniesionem ramieniu, większe przy opuszczenem. To samo konstatował i POTAIN. Ucisk na aortę brzuszną — jak to już powyżej zaznaczyliśmy — wzmaga ciśnienie w tętnicy promieniowej [POTAIN] i ramieniowej [HENSEN, HOCHHAUS]. Przy powolnym oddechu, prawidłowym i głębokim ciśnienie w tętnicy promieniowej podnosi się podczas końca wdechu i opada ku końcowi wydechu [POTAIN]. Energetyczny, szybki wydech niezwłocznie podnosi ciśnienie, takż wdech — znacznie obniża. Jeżeli w drogach oddechowych istnieje jakaś przeszkoda, to ciśnienie zachowuje się przy ruchach oddechowych odwrotnie, niż normalnie: *maximum* przypada na koniec wydechu, *minimum* — na koniec wdechu. Wieczorem u tej samej osoby ciśnienie zazwyczaj bywa wyższe, niż rano [o 5—15 mm. HENSEN]; czasem bywa tu jednak *typus inversus*. Po przyjęciu posiłku często występuje podwyższenie ciśnienia [HENSEN] — ale nie stale. POTAIN znajdował w tych warunkach nawet obniżenie ciśnienia po spożyciu posiłku i podczas okresu trawienia. W niektórych razach można było zauważyć wpływ jakości pokarmów na wysokość ciśnienia. Tak np. [POTAIN] po wyłącznie mlecznej dyecie na 4-y—5-y dzień ciśnienie spadło o 2 ctm.; u chorego zaś na nerki, u którego po 27 dniach ścisłej mlecznej diety ciśnienie spadło z 23 ctm. na 15, dodatek szklanki bulionu podniósł niezwłocznie ciśnienie do 20 ctm. Czy w tych razach nie wywierają działania takie wpływy psychiczne, jak np. idiosynkrazia lub czułość pewna na niektóre pokarmy, to trudno rozstrzygnąć. Wszak wszyscy autorowie jednoznacznie twierdzą, że czynniki psychiczne wywierają bardzo duży wpływ na wysokość ciśnienia w tętnicach. Leżenie w łóżku i zupełny spoczynek nie mają wielkiego wpływu na ciśnienie. HENSEN np. przytacza jako przykład chorego 16-letniego z rozległą *dystrophia musculorum*, który nie mógł się wcale poruszać, u którego jednak ciśnienie wynosiło 140 mm. Mimo to praca fizyczna, ewentualnie wysiłki mięśniowe nie pozostają bez wpływu na ciśnienie. [C. d. n.]

Zjazd higienistów w Warszawie.

Do niezmiernie ważnych zjawisk na tle naszego życia społecznego zaliczyć należy narady, jakie odbyły się w Warszawie 27-go, 28-go, 29-go i 30-go kwietnia r. b. w łonie Towarzystwa Higienicznego w sprawie uzdrowotnienia małych miast i wsi Królestwa. Pierwszy to raz z różnych zakątków kraju zjechali się ludzie dobrej woli, ludzie najrozmaitszych fachów i stanowisk społecznych, aby wspólnie naradzić się nad poprawą warunków higienicznych naszej prowincyi. Ktokolwiek zna życie naszej wsi, a zwłaszcza tak licznych miasteczek, ten musi przyznać, jak straszne tam panują stosunki, dające smutne świadectwo naszej kultury. I być może ten właśnie ogrom potrzeb i zadań przestraszał ludzi, odbierał im energię i chęć do pracy i zmuszał do narzekañ i utyskiwañ przy zupełnej bezczynności. Lecz pesymizm jest zawsze najgorszym doradcą: nie tworzy, nie buduje, a zmusza do opuszczania rąk i biernego przyglądania się różnym bledom społecznym.

To też, przyznajemy, gdy Rada Tow. Hygien. zapoczątkowała obrady w sprawie higieny prowincyi, obawialiśmy się, że ta nuta pesymistyczna, ta beznadziejność położenia zabarwiać będzie rozprawę.

Stało się jednak inaczej. Przedewszystkiem na wezwanie Towarzystwa pośpieszyła znaczna liczba ludzi, a sam udział w naradach świadczy poniekąd, że uczestnik uważa drogę czynu za jedyne możliwą do wyjścia z fatalnego stanu i że pracę w tym kierunku gotów jest podjąć. Większym jeszcze dowodem jest fakt, że wśród stu blisko uczestników byli nie tylko lekarze, jako naturalni propagatorzy higieny, lecz i przedstawiciele innych zawodów, jak inżynierowie, budowniczowie, ziemianie, prezydenci i burmistrzowie miast, aptekarze, weterynarze. Licznie też były reprezentowane kobiety.

Co jednak szczególnie zaimponowało nam, członkom miejscowym z Warszawy, to fakt, że uczestnicy przywieźli szereg wprost doskonałych prac, wypowiedzieli wiele myśli i uwag praktycznych, świadczących o ich zapale do pracy i o wykonalności różnych środków zaradczych.

Obrady zostały zagajone przez odczyt dra K. CHEŁCHOWSKIEGO a następnie odczyt dra O. HEWELKEGO. Dr K. CHEŁCHOWSKI podał w treściwym odczycie pod tytułem: „O zadaniach Towarzystwa Hygienicznego w zakresie higieny ludu” bilans dotychczasowych prac Towarzystwa Hygienicznego. Prace te dzieli autor na trzy grupy: a) higiena młodego pokolenia [działalność wydziału higieny wychowawczej, ogrody dziecięce im. RAJA i instytut higieniczny LENOVAŁA]; b) działalność na polu higieny, podejmowana przeważnie przez lekarzy, w wydziałach biologicznym, szpitali i przytułków oraz przeciwwzględniczym a także instytucyi, powstałych pod wpływem tych wydziałów: uzdrowisko dla suchotników, Towarzystwo Opieki nad nerwowymi i umysłowymi chorymi, spółka budowy domów higienicznych w Ciechocinku, kolonia dla słabowitych dzieci w Brzegach; c) higiena ludowa. Pod tym względem jako najdonioślejszy fakt należy uważać dojscie do skutku obrad obecnych nad higieną prowincyi, a zapowiedz lepszej przyszłości widzieć można w otwarciu czterech oddziałów prowincjonalnych Tow. Hygien., oraz w utworzeniu wydziałów higienicznych przy Towarzystwie Lekarskiem Plockiem i Radomskiem.

Następnie dr K. CH. przedstawił przegląd krytyczny dotychczasowych prac Towarzystwa Hygienicznego nad potrzebami zdrowotnymi ludu, kładąc nacisk na to zwłaszcza, w czem błakaliśmy się lub co zaniedbaliśmy. Przedewszystkiem podnosi fakt, że Tow. Hygien. zajmowało się więcej ludem wiejskim, niż miejskim, choć z tym ostatnim mamy sposobność bliżej się stykać. Przyczyny tego zjawiska stanowią: bardziej proste i jednostajne warunki bytu ludu wiejskiego, pewna tradycja w tym kierunku od czasów Towarzystwa Przyjaciół Nauk, żywy udział ziemiaństwa w pracach Tow. Hygienicznego. Mniej Tow. Hygien. zajmowało się rzemiosłami, a jeszcze mniej higieną robotników fabrycznych. Z prac, dotyczących rzemiosł, wymienić należy: sprawa ustanowienia lekarzy cechowych, szkodliwości i środki zapobiegawcze w poszczególnych rzemiosłach, przepisy higieniczne dla pracujących w warsztatach; podkreślić należy udział światlejszych jednostek ze sfer rzemieślniczych. Trudniejsze i mniej owocne zadanie miało Towarzystwo odnośnie do przemysłu fabrycznego. Poruszano tu wiele spraw: o organizacyi pomocy lekarskiej w fabrykach, o kasach dla chorych, o jadalniach przy fabrykach, o domach dla robotników, kąpielach fabrycznych, ściekach fabrycznych, wentylacyi. Konkretnych wyników tych prac niewiele dałoby się przytoczyć, a przyczyna tego kryje się może w obojętności sfer fabrycznych. Jako wytyczną dla pracy w tym kierunku autor stawia: jak najwięcej opisów i spostrzeżeń, jak najmniej niepotrzebnego hałasu, unikanie potępień, wielka oględność we wnioskach i żądaniach, stawianie ich po wszechstronnem rozważeniu danej kwestyi i to przy udziale strony interesowanej.

Odnośnie do higieny miasteczek i osad zadaniem Towarzystwa winno być udzielanie rad i wskazówek, jak poprawić stan sanitarny tych miasteczek. Może to być zadanie niezmiernie wdzięczne i jeśli Towarzystwo, nie szczczędając pracy i kosztów, podejmie tę rolę energicznie, niewątpliwie zbierać stąd będzie obfite owoce. Początek w tym kierunku jest już zrobiony.

Dotykano nieraz także higieny ludności żydowskiej [o możliwości zakażenia przy dzisiejszem obrzezaniu, stan czystości w mykwach, obrządki przedpogrzebowe, warunki higieniczne chederów]. Lecz to jest za mało. Prelegent sądzi, że Towarzystwo nasze nadawałoby się za teren, na którym żydzi inteligentni mogliby pracować dla uzdrowotnienia warunków bytu mas żydowskich i stopniowego oczyszczenia przepisów religijnych ze szkodliwych przesądów.

Po takim ogólnym rzucie prelegent rozpatrywał bardziej szczegółowo prace z zakresu higieny ludu wiejskiego.

Na pierwszym miejscu postawić należy sprawę czystości ludu, kąpiele. W tym kierunku dużo pracy podjęto: podawano spostrzeżenia, badano na miejscu warunki życia ludu, a były i czyny, bo w kilku okolicach kraju założono łaźnie. Doświadczenie jednak wykazało, że lud mało dotąd korzysta z kąpiele. Stąd wniosek, że dla całych mas ludu kąpiele są jeszcze przedwczesnym zbytkiem. Bliższem przeto zadaniem winno być przyzwyczajanie ludu do codziennego mycia się na miednicy i czesania się. Kąpiele zakładać tymczasem należy we wsiach ludniejszych, zamożniejszych, posiadających kościół, fabrykę szkołę. Przyzwyczajając należy przedewszystkiem do kąpiele pokolenie młode ze szkół, ochron, szwalni. Wypożyczanie wanny za opłatą przez kogoś z włościan zasługuje jeszcze na wypróbowanie.

Wszecstronnie badano sprawę chaty wiejskiej, bo poznano ją pod względem historycznym, etnograficznym, zebrano dużo materiału faktycznego z różnych okolic kraju. Powołano do współpracy delegację budowlaną, robiono próby co do różnych materiałów budowlanych z uwzględnieniem warunków higienicznych i kosztów budowy. Potrzebne dalej są jeszcze badania chat, lepionych z gliny, stawianych z opoki, piaskowca, piaskowo-wapiennych. W tym względzie pożądanym jest udział w pracy Towarzystw rolniczych, które winnyby nadto zająć się sprawą mieszkań dla służby folwarcznej. Za mało dotąd uwzględnialiśmy podwórza gospodarskie, dachy ogniotrwałe na chatach, piece, temperaturę w izbach.

Gruntownie zajmowano się sprawą żywienia się ludu wiejskiego. Badano wartość spożywczą pokarmów, a nadto czyniono pewne próby na drodze praktycznej: p. ŚMISKOWA wydała rodzaj przepisów kucharskich dla włościan, p. PRÓSZYŃSKI podjął sprawę grochu, jako pokarmu posilniejszego od wielu innych. Zachęcanie ludu do lepszego odżywiania się stanowi bardzo ważne zadanie.

Obrady nad odzieżą ludu niedawno zostały rozpoczęte. Z dotychczasowych wniosków wymienić można jeden: należy bronić zagrożonych ubiorów ludowych, jako tańszych, trwalszych, zdrowszych i lepiej przystosowanych do warunków życia włościan.

Mało dotąd zajmowaliśmy się higieną wieku dziecięcego u ludu. Wydano i rozrzucono kilkadziesiąt tysięcy egzemplarzy „Rad dla matek“, obradowano nad sztucznym karmieniem, nad biegunkami letniemi u dzieci, nad szkołami wiejskimi. Za mało zajmowano się tak ważnymi sprawami, jak żłobki, szwalnie, ochrony, domy sierot, sale i domy zajęć.

Obszernie zastanawialiśmy się nad sprawami lekarskimi wiejskimi [pomoc lekarska dla służby folwarcznej, praktyka lekarska wśród ludu, szczepienie ospy, pomoc akuszeryjna, sprawa nieszczęśliwych wypadków przy maszynach rolniczych]. Zaniedbaliśmy natomiast sprawę pijaństwa, niewątpliwie bardzo rozpowszechnioną chorobę wśród ludu, na którą najpoważniejszym środ-

kiem leczniczym byłoby założenie Towarzystwa wstrzeмиęźliwości. Do zaniebanych kwestyi zaliczyć należy sprawę wychodztwa, higienę najemników, przybywających zdala na zarobki, zaniechanie odczytów z zakresu higieny, dość pomyślnie zrazu rozpoczętych, mały udział w naszych pracach inteligentniejszych włościan i nauczycieli ludowych, a zwłaszcza tak niezbędną i konieczną udział duchowieństwa wiejskiego.

Z innych spraw, któremi więcej pobieżnie zajmowaliśmy się, wymienić należy: studnie na wsi, częsty brak dobrej wody, potrzeba domów przedpogrzebowych, potrzeba statystyki śmiertelności, ratowane w nagłych wypadkach, rozrywki świąteczne, pielgrzymki ludu, pranie na wsi, oświetlenie izb wiejskich, niehygieniczny zwyczaj godzenia służby folwarcznej na Nowy Rok, świerzba wśród wychodźców do Prus.

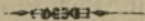
W końcu prelegent zaznaczył, że Towarzystwo nasze oskarżają o osłabienie energii. W zarzucie tym tkwi dużo prawdy, a przyczynę tego upatrywać należy w nas samych, w naszej niecierpliwości, braku wytrwałości, powierzchowności, niezgodzie, nieumiejętności zbiorowego działania, a zwłaszcza w braku wiary w samych siebie.

Poważna liczba członków Towarzystwa, wyzyskując należycie choćby działalność przekonywającą, przez rozpowszechnianie wiadomości z zakresu higieny, przez pouczanie wszędzie, gdzie się da, zasad higieny, przez odczyty i t. d., wreszcie przez potężny wpływ naszego własnego przykładu — już przez takie czynniki tylko może sprowadzić poważne wyniki. Zresztą do pracy w tym kierunku winnyby stanąć wszelkie inne stowarzyszenia, istniejące w kraju, a przedewszystkiem Towarzystwa Dobroczynności.

[C. d n.]

W. M.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.



SZANOWNY PANIE REDAKTORZE.

Jeszcze w sprawie ordynatur szpitalnych.

Gdy przed paroma miesiącami wielce paląca kwestya ordynatur w szpitalach warszawskich weszła na porządek dzienny w Radzie Miejskiej Dobroczynności Publicznej, prasa lekarska zabrała głos w tej sprawie, streszczając życzenia, jeżeli nie ogółu, to przynajmniej znacznej większości stykających się z tą sprawą lekarzy. Wypowiedziane wówczas przez Gazetę Lekarską i Medycynę poglądy i pragnienia nie podobały się pewnemu gronu przeważnie młodszych kolegów, którzy starali się podać do wiadomości swe odmienne opinie bądźto w prasie ogólnej (Głos), bądź też w prasie lekarskiej [Kronika Lekarska Nr. 7]. Ponieważ zarzuty jednego z oponentów, wypowiedziane w Głosie, zostały już w temże piśmie odparte, pozostaje mi przeto rozejrzeć się tylko w dowodzeniach i wnioskach bezimiennego autora z Kroniki Lekarskiej. Autor ten żąda: 1) podziału szpitali na ordynatury małe, złożone z 10 do 15 łózek; 2) zniesienia dotychczasowej postaci konkursu i oceniania kandydatów na podstawie ich poprzedniej działalności praktycznej i naukowej.

Ażeby usprawiedliwić swe żądanie tak małych oddziałów, autor posiłkuje się garścią sofizmatów, nie uciekając się nawet do przykładu zagranicy i Cesarstwa, jak to [co prawda, niedość fortunnie] czyni przy omawianiu konkursów. A szkoda, przecież to samo już musi każdego uderzyć, że wszędzie, gdziekolwiek się zwrócimy, spotykamy oddziały nie mniejsze, lecz większe od naszych. Większe szpitale niemieckie [Berlin, Hamburg, Kolonia] posiadają oddziały, liczące po 200 i 300 łózek; w mniejszych szpitalach [Berlin, Hanower, Magdeburg, Poznań i inne] oddziały posiadają po 100 łózek i więcej. W Austrii zwyczajną normę oddziału szpitalnego stanowi sto kilkadziesiąt łózek. Nieco mniejsze oddziały spotykamy we Francji i w Anglii, lecz i tu liczba łózek w oddziale wynosi 60 do 80 i więcej. Taką normą jest zachowana w Petersburgu, oraz, o ile mi wiadomo, w innych większych miastach w Cesarstwie. Powyższe dane liczbowe niejednokrotnie już przytaczała prasa lekarska; nie mogąc im zaprzeczyć, bezimienny autor z Kroniki Lekarskiej stara się je zbagatelizować, twierdząc, że za granicą kierownik takiego dużego oddziału odpowiada nie tyle naszemu ordynatorowi szpitalnemu, ile lekarzowi naczelnemu. Otóż wcale nie: zarówno w Niemczech i Austrii, jako też i we Francji oraz Anglii kierownik oddziału ma wprawdzie znaczny udział w administracji szpitalnej, posiada mniejszą lub większą liczbę asystentów, lecz poza tem obowiązany jest cały oddział sam prowadzić i za wszystko sam odpowiada. Zresztą i nie może być inaczej. W niemieckich szpitalach miejskich [nie klinikach], jako też i w bardzo licznych szpitalach, utrzymywanych przez rozmaite stowarzyszenia, asystenci ze względu, o których mowa będzie dalej, zmieniają się zazwyczaj co lat parę; wobec tego dyrektor oddziału niezawsze posiada nawet takich pomocników, na których mógłby zupełnie polegać. Skargi na taki stan rzeczy słyszałem nawet w tak wzorowo urządzonym szpitalu, jak w Eppendorfie, a co mówić dopiero o mniejszych miastach. W Poznaniu DROBNIK na przeszło sto łózek miał jednego asystenta [chloroformował dyakonisa] i musiał dać sobie radę. Co się tyczy Francji, to tam ordynator oddziału nie posiada nawet asystentów lekarzy, a tylko t. zw. internów, t. j. studentów, którzy nie mają prawa absolutnie nie robić samodzielnie. A przecież nikt, obznajmiony z tamtejszymi porządkami, nie powie, by szpitale francuzkie były źle prowadzone.

Gdyby rada autora była tak zbawienna, toć przecież te wielkie oddziały jużby dawno podzielono na 10- lub 15-łózkowe oddzialiki, boć przecież ludzi wykwalifikowanych i żądnych stanowisk jest tam chyba bez porównania więcej niż u nas. Tymczasem nawet w Niemczech, gdzie t. zw. dyrektor oddziału w niektórych szpitalach jest stanowczo przeciążony pracą, uważają za korzystniejsze dla szpitalnictwa zachowanie takiej koncentracji, niż rozdrabnianie szpitala małe oddzialiki.

Każdy oddział szpitalny, jeżeli ma być rzeczywiście lecznicą, a nie przytulkiem dla chorych, musi być zaopatrzony w odpowiednią obsługę i w odpowiednie urządzenia. Przy tak małych oddziałach, jak chce autor, możnaby to osiągnąć tylko, bądźto tworząc wspólne urządzenia dla kilku oddziałów, bądź też dając zupełnie odrębne urządzenia dla każdego oddziału.

Każdy rodzaj wspólności może doprowadzić jedynie do niesnasek, nieładu i zamieszania. Wiele przykładów tego jużśmy mieli a nawet mamy dotąd, dalsze więc doświadczenia w tym kierunku są zbyteczne. Zresztą ten system został już przesadzony tam nawet, gdzie instynkty społeczne o wiele wyżej stoją, niż u nas. W Anglii przed laty oddziały chirurgiczne miały wspólne urządzenia, a ordynatorowie byli obowiązani nawet sobie przy operacjach pomagać. Dziś stanowi to już przeżytek a oddziały szpitalne wyemancypowały się na zupełnie odrębne jednostki: w Paryżu, pomimo, że niektóre szpitale posiadają po kilka oddziałów wewnętrznych i chirurgicznych, każdy oddział ma zupełnie odrębne urządzenia i pod żadnym względem nie zależy od innego. To też,

ażeby zadośćuczynić żądaniu autora, pozostawałoby tylko z każdego 10- lub 15-lóżkowego oddziałiku stworzyć odrębną jednostkę, posiadającą zupełnie odrębną obsługę, pracownię, urządzenia sterylizacyjne, dwie sale operacyjne, pokój opatrunkowy, cały komplet narzędzi, pokój kąpielowy z urządzeniami wodoleczniczymi i t. d. i t. d. Otóż każdy chyba zgodzi się na to, że zaprowadzenie tych kosztownych a niemniej przeto dziś niezbędnych urządzeń jest możliwe tylko w oddziałach dużych, nigdy na 10- lub 15-lóżkowych. Sam autor zdaje się to rozumieć, lecz broni się przeciw temu logicznemu wnioskowi rzekomem dobrem chorego. „Żadne względy ekonomiczne lub administracyjne [powiada on] nie powetują chorym tej krzywdy, jaką im wyrządza niedostateczna lub często szablonowa pomoc lekarska na dużych oddziałach“. Ale bo też zdaniem autora, dobrze leczyć chorych może tylko ordynator na 10-u lub 15-u łózkach, gdzie będzie on mógł własnoręcznie na wszystkich chorych codzień wykonywać wszystkie rękocezy dyagnostyczne i terapeutyczne. Obecnie, jak to wypływa z dowodzeń autora, nawet na naszych względnie małych oddziałach dzieje się nieraz krzywda chorym, gdy ordynator część zajęć porucza do spełnienia asystentom; jest to jednakże bagatelą w porównaniu z tem, co będzie, gdy asystentom sprzykrzy się kiedyś praca szpitalna, urządzi strejk i pozostawia na oddziale samego ordynatora z felcerem. Otóż w przewidywaniu tej chwili, by ordynatora nie narazić na bezsilność wobec 30-u—50-u chorych, a tychże chorych na brak pomocy lekarskiej, radzi autor nawet te małe oddziały jeszcze do *minimum* rozdrobnić. A nie można z tem nawet zwlekać, gdyż „teraz ci asystenci już stygną nieco w swym zapale, nie pchają się już tak tłumnie na wszystkie oddziały; jeśli pociąga ich jeszcze urok tego lub owego głośniejszego nazwiska, to z wielu oddziałów wieją już nieprzyjemne pustki“. Otóż, wygłaszając tego rodzaju poglądy, autor krzywdzi asystentów szpitalnych, a jednocześnie wykazuje zupełną niezajomość stosunków i potrzeb lekarskich. Jak nie głośnie nazwiska ordynatorów wywołały instytucję asystentów szpitalnych, tak też nie one ją dziś podtrzymują. Niemożność dostatecznego przygotowania się w szkole do zawodu praktycznego, coraz większa konkurencya wskutek wzrastających liczebnie lekarzy, podniesienie się poziomu umysłowego ordynatorów szpitalnych—oto są czynniki, które od lat dwudziestu kilku ściągają młodych lekarzy do oddziałów szpitalnych. Kto od czasu dłuższego śledzi stosunki tutejsze, ten wie dobrze, iż liczba asystentów w oddziałach nie maleje, lecz wzrasta. Do oddziałów pociąga ich nie głośnie nazwisko, lecz chęć uczenia się; idą tam chętniej, gdzie uczą się więcej. Z drugiej strony należy przyznać, że o ile szpitale są potrzebne dla asystentów, o tyle i ci ostatni stali się niezbędnymi dla oddziałów szpitalnych. Bo czyż autor artykułu z Kroniki przypuszcza, że chirurg na oddziale 10- lub 15-lóżkowym obędzie się bez pomocy przy operacjach, że sam będzie od razu chloroformował, operował i pomagał sobie? Na asystentów nie można już dziś, na wzór autora, zapatrywać się, jako na rzecz przypadku, ponieważ stali się oni koniecznością. A skoro jest tak, nie można znowu żądać od nich, by się zadowalali wyłącznie korzyściami umysłowemi, lecz trzeba ich na pewien czas zabezpieczać materyalnie. To też, zamiast powiększać rozechody szpitalne przez nieprodukcyjne drobienie oddziałów, lepiej chyba zaprowadzić instytucję płatnych asystentów na większych oddziałach szpitalnych. Za granicą od dawna już to wprowadzono w życie, pomimo że tam na medycynę idzie przeważnie młodzież zamożna. Tembardziej jest to potrzebne u nas, gdzie studjum lekarskim poświęcają się prawie bez wyjątku ludzie biedni. Zresztą konieczność zaprowadzenia asystentów płatnych w oddziałach szpitalnych uznaje sama Rada Miejska Dobroczyńności Publicznej, która nawet już coś w tym rodzaju zapoczątkowała w szpitalu Dzieciątka Jezus. Tak więc miejmy nadzieję, że obawy autora odnośnie bezrobocia asystentów będą płonne.

Przejdźmy z kolei do innego zarzutu, którym autor stara się zwalczyć egzystencję oddziałów nawet 30—50-lóżkowych. Na takim oddziale, zdaniem autora, ordynator nie jest w stanie osobiście wykonywać wszelkich rękoczynów przy chorych, a wskutek tego wybiera sobie tylko przypadki ciekawsze i tymi się zajmuje, reszcie zaś chorych wyrządza tym sposobem krzywdę. Pomijam tu niesmaczne i na ogół pozbawione podstawy wycieczki autora przeciwko internistom, których praca szpitalna ma przedstawiać tylko uganianie się za kruczkami dyagnostycznymi i efektami krasomówczymi. Przechodzę natomiast do chirurgów. „Chirurga [powiada autor] w tych warunkach nęca tylko wielkie, ciekawsze operacje: laparotomie, trepanacje i t. p. — o operacjach tych gawędzi się potem w kuluarach szpitalnych, analizuje poszczególne fazy zabiegu, możliwe zejście, zręczność lub ryzykowność operatora i t. d. A takim chorem zwykłym dzieje się nieraz krzywda: zdarza się, że na usunięcie jakiegoś sekwestru lub nowotworu powierzchownego, zoperowanie przetoki—wyczekują chorzy swej kolejki długo, a cierpienie ich wżera się w ustrój coraz dalej“. No, no, to już nie jest niewinna deklamacja, to traci już insynuacyą. We Francyi taki zarzut pociągnąłby za sobą dochodzenie dyscyplinarne. Szkoda, że autor, skoro zna takie fakty karygodne, nie stara się ujawnić ich szczegółowo i otwarcie, a rzuca z za płotu cieni na ogół naszych chirurgów. Jestem lekarzem lat już bez mała dwadzieścia, stosunki szpitalne, tuszę sobie, są mi znane nienajgorzej, a jednakże fakty, przez autora ujawniane, są dla mnie nowością. Zamiast uwierzyć w ich rzeczywistość, wolę przypuścić, że autor musi być jeszcze bardzo młody; że ze szpitalami naszymi musiał mieć do czynienia niewiele. Inaczej nie wygłaszałby tak gołosłownie sądów, uwłaczających dobremu imieniu i zasługom naszych ordynatorów szpitalnych; pozatem wiedziałby on także, iż na oddziałach wszędzie znajduje się znaczna liczba chorych, nie wymagających codziennego szczegółowego badania. Przecież chory ze złamaną nogą będzie w gipsie leżał kilka tygodni, wymagając co najwyżej od czasu do czasu ławatywy; chory po operacji w wyjątkowych tylko razach wymaga opatrunku codziennego. Toż samo dotyczy i oddziałów wewnętrznych. Przecież zrobić wizytę na oddziale, to nie znaczy zbadać codziennie 30 lub 50 świeżych chorych. Poza tem trudno przecież przypuścić, by na oddziale znajdowali się wyłącznie tylko tak niewyrobieni asystenci, którym nie możnaby było poruczyć zbadania moczu, płwociny, soku żołądkowego lub wykonania mniej złożonego opatrunku. Gdyby nawet tego im zabronić, to cóżby oni wreszcie na oddziale robili; chyba by studyowali medycynę z kosza, jak ów przysłowiowy uceź kowalski.

Ze wszystkich zarzutów, jakie autor czyni oddziałom większym ponad 10—15 łózek w ogólności, a u nas w szczególności, jest dla mnie widoczne, że tenże autor nie zdaje sobie dostatecznie sprawy ze znaczenia oddziałów szpitalnych dla poziomu wiedzy lekarskiej, względnie dla chorych wogóle. Myśl swą wytłumaczę na przykładzie. Do rzędu szpitali o największych oddziałach należy szpital w Eppendorfie pod Hamburgiem. Praca ordynatorów, czyli t. zw. dyrektorów oddziałowych, jest tam o tyle bardziej skomplikowana, że asystenci zmieniają się tam często. Wskutek tego pomoc lekarska, jak to sam widziałem, dość często przejawia braki. W odległości 2-u godzin drogi do Hamburga istnieje portowe miasto Cuxhaven, które posiada mały szpitalik, prowadzony przez bardzo pracowitego oraz inteligentnego chirurga. Nie rozporządzając większym materiałem [ma 10 łózek], nie może drukować prac wyczerpujących, niemniej przeto od czasu do czasu ogłasza nader interesujące przyczynki z dziedziny chirurgii. Tak na prz. przed paroma laty ogłosił rozpoznane i z dobrym wynikiem operowane u noworodka wrodzone wężenie odźwiernika. Otóż zdawałoby się, że taki ordynator w zupełności winien zadowolić autora z Kroniki Lekarskiej. No, autora tak, lecz nie chorych. Pomimo, że sam on z konieczności musi spełniać wszelkie czynności na oddziale, nieraz pomaga nawet prze-

nosić chorych, czy sami chorzy wolą jechać do Hamburga i tam się leczyć na dużych oddziałach KREMPEL'a lub SICK'a, niż się dać operować na miejscu. I nie można do nich mieć pretensji o to. Sądzę, że nawet sam autor artykułu, gdyby tak przypadkiem [czego mu nie życzę] zachorował na przeluzowanie wyrostka robaczkowego, kamienie żółciowe lub coś podobnego, to, w kąk rzucając wszelkie teorie, z pewnością zwróciłby się do takiego ordynatora, który tego rodzaju przypadki widuje i operuje dziesiątkami rocznie, a nie do takiego, który je widzi raz na parę lat lub nawet zna tylko z literatury. Oto jest przyczyna, dla której nawet biedny, byle mniej więcej inteligentny chory woli iść na oddział duży, gdzie znajdzie wyrobionego ordynatora, choćby ten ordynator nie oglądał go szczegółowo codziennie, jeżeli nie zachodzi szczególna potrzeba po temu.

Powyższe wywody dadzą się w zupełności zastosować i do kształcenia asystentów szpitalnych. Przecież to chyba jasne, że ten ordynator więcej nauczy, który sam więcej umie, który ma większe wyrobienie kliniczne. Dlaczego asystent może się uczyć tylko na oddziale 10—15-lóżkowym, tam zaś, gdzie jest 30—50 łóżek, będzie się tylko błąkał, tego twierdzenia autora już zupełnie zrozumieć nie mogę. Przecież tu wszystko zależy tylko od organizacji pracy. Wielu z nas jeździ za granicę douczać się, uzupełniać swe braki, a nikt przecież nie narzeka na to, że oddziały tam są przeladowane materiałem. Owszem, w znacznym stopniu dla tego właśnie obfitego materiału, możliwego tylko na wielkich oddziałach, jeździmy tam. Nie przeczę, iż nawet na małym oddziale asystent może się nauczyć głównych metod badania; jednakże nie ulega to chyba kwestji, że tylko na dużym oddziale, rozporządzającym większym i różnorodniejszym materiałem, można się uczyć szybko. Dziś ordynator chirurg, rozporządzający 30—50-oma łóżkami, może coś niecoś z materiału operacyjnego udzielić pod swym kierunkiem i asystentom. Z chwilą, gdy tenże ordynator posiadzie tylko 10 łóżek, asystenci będą chyba tylko paznogie obcinali. Chyba, że tenże ordynator zacznie na wszelkie sposoby per fas i nefas wyzbywać się chorych nieoperacyjnych lub wymagających dłuższego leczenia, a zajmować łóżka tylko tymi ciekawymi przypadkami, na które tak się oburza autor. Że dążenie w tym kierunku ze szkodą dla chorych wrędcie rozwinęłoby się, to jest z góry do przewidzenia i nawet zbyt się dziwić temu trudno.

Złe lub dobre prowadzenie oddziału zarówno pod względem korzyści chorych, jako też i asystentów zależy w znacznym stopniu od kierownika oddziału. Choćbyśmy podzielili oddziały nie na 10, lecz nawet na 5-lóżkowe oddzialiki, to ordynator próżniak lub nieuk będzie zawsze przynosił szpitalowi korzyść miui-malną. To też sposób obsadzania ordynatur przedstawia sprawę wielkiej wagi.

Autor artykułu w Kronice Lekarskiej i tu nie godzi się na wnioski Gazety Lekarskiej i Medycyny, które uważały za najlepsze pozostawić obecnie stosowany konkurs, rozszerzając tylko jego zakres i zmieniając pod niektórymi względami postać. Otóż te wnioski nie podobały się autorowi i tu stara się on przede wszystkim objaśnić lekarzy, co to jest konkurs. Konkurs za granicą lub w Cesarstwie [powiada on] i konkurs w Warszawie, to pojęcia — wielce różne. No, niezupełnie, widocznie autor niewiele słyszał o konkursach we Francji lub Włoszech, a przecież nasze konkursy oparto dość ściśle na wzorze francuskim. Zresztą mniejsza o to. Autor pragnie, by ocena kandydatów na ordynatury szpitalne opierała się nie na podstawie egzaminu klinicznego, lecz na takich danych, jak *curriculum vitae*, zaświadczenie instytucji, w której kandydat pracował, wreszcie na jego pracach naukowych. Wybór ma być dokonany i umotywowany przez komisję, złożoną z powag lekarskich. Ten sposób obsadzania ordynatur rzeczywiście jest praktykowany w Niemczech i Austrii; co się tyczy Cesarstwa, to tam, o ile mi wiadomo, w taki sposób bywają obsadzone prawie wyłącznie tylko profesury. Ażeby sobie wyrobić sąd w tej sprawie, należy się

przyrzyć, jak się ta kwestya ukształtowała tam, skąd wzory przeważnie czerpiemy. A więc przedewszystkiem we Francyi konkursy zatrzymano dotąd w całej ich rozciągłości. Zanim lekarz otrzyma ordynaturę szpitalną, musi przejść następujące stopnie, zdobywane egzaminami: ekstern, intern, prosektor [na chirurga], szef kliniki [przeważnie, choć nie bezwarunkowo], wreszcie lekarz biura centralnego. Ten ostatni stopień odpowiada pojęciu ordynatora zastępczego, który, na wypadek urlopu lub choroby któregoś z ordynatorów szpitalnych, spełnia obowiązki tegoż, a w razie wakującej posady już bez konkursu bywa na nią mianowany. Otóż konkurs na takiego lekarza biura centralnego polega tak samo, jak u nas, na publicznem zbadaniu dwóch chorych i na wypowiedzeniu odczytu na temat z patologii ogólnej. Sąd ocenia wiedzę kandydata stopniami do 20, a ogólna suma stopni decyduje o losie tegoż kandydata. Ze względu na konieczność kolejnego odbycia kilku konkursów, do tego ostatecznego egzaminu przystępują zwykle już ludzie starsi; musi też być i dla nich taki egzamin studencki procedurą nader przykrą, a nawet poniżającą, jak mówi autor, a jednakże pomimo to procedury takiej dotąd liberalne państwo nie zniósło, uważając ją widocznie za względnie najlepszą. Jak wszystko na świecie, musi mieć i taki konkurs swe strony ujemne i niezawsze decyduje bezwzględnie sprawiedliwie. Przytaczają na przykład, że zawsze na konkursach JACCOURT'a i CHARCOT'a, który ostatecznie z trudnością dobił się ordynatury w oddziale nieuleczalnych, gdzie dopiero swą genialność wykazał. Niemniej przeto francuzi dotąd bardziej dowierzają publicznie odbywającemu się egzaminowi, niż ocenie gabinetowej choćby najuczestniejszych komisji.

We Włoszech nawet posady lekarzy ambulatoryjnych często bywają obsadzone na mocy egzaminu konkursowego. Przed laty paroma zapoznałem się w klinice prof. GUYON'a z młodym lekarzem, wysłanym przez uniwersytet Turynski specjalnie dla studyowania urologii. Siedział on już w szpitalu NECKER'a przeszło rok czasu, pracował sumiennie, gdy go zawiadomiono, że właśnie miasto postanowiło stworzyć ambulatoryjum urologiczne i że ogłoszono konkurs. Pomimo, że równoważnych z nimi kandydatów nie było, musiał stawać do konkursu.

Mniej więcej taki rodzaj procedury obsadzania ordynatur szpitalnych, jakiego dla nas żąda autor, stosowany jest w Niemczech i w Austrii. Nie ulega kwestyi, że obadwa te państwa posiadają znaczną liczbę bardzo dzielnych ordynatorów szpitalnych, nie podobna jednakże tego faktu stawić w bezpośredniej zależności od sposobu mianowania lekarzy na posady szpitalne. Ba, spotykałem się nawet dość często wprost z utyskiwaniami na panujący tam dziś system obsadzania ordynatur. Obecnie prawie wszystkie lepsze miejsca w szpitalach są obsadzone przez asystentów i protegowanych kilku wybitniejszych profesorów. Bez protekcji takiego profesora nie można nawet marzyć o zdobyciu stanowiska niezależnego w szpitalu. To też asystent w oddziale szpitalnym, choćby niewiem jak był zdolny i pracowity, nie może liczyć na to, by kiedyś dostał ordynaturę. Wskutek tego asystenci szpitalni, nie mając żadnych widoków na przyszłość, już po paroletnim pobycie na oddziale opuszczają tenże, bądźto przenosząc się na klinikę, o ile im środki i protekcya to umożliwi, bądź też rzucając się na wolną praktykę. Wskutek takiego porządku rzeczy na oddziałach szpitalnych asystenci wciąż się zmieniają, a dyrektorowie oddziałów nie znajdują w nich takiej pomocy, jaką dać może wywiczony kilkoletnią pracą na oddziale asystent. Ręczę, że zapytani o zdanie asystenci szpitalni, przechyliby się na stronę konkursu publicznego. Co się tyczy samych szpitali, to dla nich praktykowany dziś system protekcyjny [gdyż takim jest on koniec końcem] dotąd wyraźnie złych następstw nie wykazał. BERGMANN, MIKULICZ i inni ze względu na miłość własną niedołęgów na posady nie zarekomendują. Lecz tu musimy zaznaczyć, że przy tego rodzaju systemie i ci uczeni nie zawsze głos mieć mogą. Przed

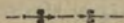
laty kilku DROBNIK otrzymał ordynaturę w poznańskim szpitalu miejskim, li tylko zawdzięczając to wielkiemu poparciu BERGMANN'a, który widział w nim jedynego kandydata z pomiędzy starających się. Dziś jużby mu chyba i BERGMANN nie pomógł. Zresztą jak się tam w Niemczech stosunki ułożą, gdy się więcej Schweningerów znajdzie na katedrach, orzec trudno.

Co się tyczy Austrii, to i tu system, zachwalony przez autora, przekształcił się w zwyczajny protekcyjnalizm. Pamiętam jeszcze, jak przed kilkoma laty prof. RYDYGIER wzdychał do tego, by szpitale prowincjonalne w Galicyi dawały na konkursach pierwszeństwo ludziom, którzy odbyli dobrą praktykę szpitalną. Zawsze, jak było to było, a większą gwarancją sprawiedliwej oceny daje publiczne wykazanie umiejętności fachowej kandydata, niż ocenianie go gabinetowe na mocy przeszłych zasług, które można wykrecać, jak się komu podobą. Nie idzie zatem, by obok, jak chce autor, egzaminu studenckiego, nie brać na uwagę i przeszłej działalności kandydatów, o ile ta rzeczywiście wyróżnia się znacząco. Wyłączne atoli opieranie sądu na tej działalności odda całą sprawę w ręce protekcyjnalizmowi. Egzamin konkursowy zasługiwałby na pierwszeństwo choćby już z tej jednej przyczyny, że usuwa od współubiegania się takich kandydatów, którzy nigdyby nie ośmielili się stanąć do takiego konkursu, by nie wykazać swego nieuctwa.

Streszczając to, cośmy wyżej powiedzieli, twierdzimy stanowczo, że nie dzielenia oddziałów na karłowate oddzialiki nam potrzeba, lecz tylko lepszego uorganizowania tychże oddziałów pod względem obsługi i urządzenia, następnie, że obsadzanie ordynatur winno się odbywać na podstawie dziś praktykowanego konkursu, który należy tylko w szczegółach zmienić i uzupełnić pod względem formy.

B. Sawicki.

WIADOMOŚCI DROBNE.



— Dotychczas jeszcze trwa powątpiewanie, czy możliwą jest pierwotna ciąża brzuszna. Zdaje się, że przypadek WITTHAUER'a sprawę tę twierdząco rozstrzyga. U kobiety 23-letniej, poraz 3-ci od niedawna w ciąży będącej, musiano wykonać laparotomię z powodu silnego krwotoku wewnętrznego, który pozwalał się domyślać poronienia jajowodowego. Oprócz torbieli jajnika prawego, którą wraz z jajowodem wycięto, znaleziono po prawej stronie miednicy na strzępie sieci guz krwawy (*haematoma*) grubości palca. Guz ten podwiązano i usunięto. Na mikrofotograficznych zdjęciach ze skrawków guza rozpoznać było łatwo kosmówkę po kosmkach charakterystycznych. A więc była to pierwotna ciąża brzuszna ze szczególnem i nie spostrzeganem dotychczas u człowieka usadowieniem się jajka zapłodnionego na strzępie sieci [u kotów i królików usadowienie takie spotykano]. Prawy jajowód był zdrowy, przepuszczalny i absolutnie nie można było w nim wykryć jakichkolwiek śladów ciąży. Ponieważ prawy jajnik był torbielowato zwyrodniały, więc nie mógł wydzielać dojrzałych jajek. W tym więc przypadku trzeba przyjąć za prawdopodobne przewędrowane jajka z lewego jajnika na prawą stronę brzucha. Chora wyzdrowiała i wkrótce zaszła ponownie w ciążę.

(*Centralblatt f. Gyn.* 1903. Nr. 5).

Z.

Wiadomości bieżące.

— Przed kilku tygodniami omawialiśmy na tem miejscu sprawę obsadzenia ordynatur szpitalnych. Wyraziliśmy wówczas zdanie, że najwłaściwszą drogą może być konkurs, publiczne współubieganie się kandydatów. Ponieważ w dniu 2. V. 03. odbył się konkurs na ordynaturę chorób nerwowych w Szpitalu Starozakonnym, pożytecznem przeto będzie na fakcie rzeczywistym skontrolować nasze poglądy.

Przedewszystkiem należy zaznaczyć, że konkurs ten odbył się w warunkach niewątpliwie korzystniejszych niż dawniejsze. Zato należy wyrazić uznanie p. Inspektorowi szpitali cywilnych, drowi Troickiemu, który pilnie przestrzegał, by wszystko odbywało się zgodnie z przepisami prawnymi. Do rysów, korzystnie wyróżniających ostatni konkurs względnie do poprzednich, zaliczyć należy fakt, że sędziowie otrzymali odnośne wezwanie wieczorem w wilię konkursu, skutkiem czego skład sędziów nie mógł być powszechnie znany. Następnie sędziowie byli balotowani z liczby ordynatorów różnych szpitali, a los, rzecz prosta, daje największą gwarancję bezstronności ich. Oprócz tego każdy kandydat otrzymał oddzielnego, losem wskazanego chorego, skutkiem czego nie dopuszczono tym razem do nadmiernego męczenia chorych, a i chorzy nie byli wybierani z liczby bardziej ciężkich. Wreszcie każdy kandydat badał oddzielnie swego chorego, gdy na poprzednich konkursach dwóch kandydatów jednocześnie badało chorych, skutkiem czego wzajem sobie przeszkadzali, a i sędziowie nie mogli byli dostatecznie śledzić za badaniem chorych. Tak więc co do formy, co do strony technicznej samego konkursu nie możemy nic nadmienić; sądzimy, że zarządzone zostały wszelkie warunki, aby w granicach możliwości ustanowić sąd sprawiedliwy i bezstronny. A jednak pomimo ścisłego zachowania przepisów prawnych i form zewnętrznych, wystąpiły pewne niewłaściwości w czasie samego konkursu, o jakich powszechnie mówią w sferach lekarskich. Jakkolwiek w danym razie nie możemy oprzeć swych wniosków na dokumentach, których z natury rzeczy nie może być wogóle wobec tajnego głosowania sędziów, jednak uważamy za właściwe omówić tę sprawę, choćby na podstawie tej „powszechnie znanej tajemnicy”, z tego względu, że budzi ona w różnych kołach lekarskich niezadowolenie i niesmak.

Sprawa dotyczy mianowicie wyroków sędziowskich, wyrażonych w postaci stopni. Wprawdzie stopnie te stawiają sędziowie według sumienia; z tego względu, zdawałoby się, nie podlegają one jakiegokolwiek dyskusji. Gdy jednak różnice między stopniami, danymi jednemu kandydatowi, są bardzo znaczne, wówczas powstaje wątpliwość, czy oprócz sumienia nie działały tu i inne czynniki. W takim zaś razie szacunek, jaki zawsze żywimy dla wyroków sędziowskich, nie tylko pozwala, lecz nawet nakazuje poddać sprawę rozstrząsaniu publicznemu. Jak wiadomo, sędziowie ocenę kwalifikacji współubiegających się wyrażają stopniami od 1 do 10. Prawodawca, dając tak szerokie stopniowanie, liczył niewątpliwie na subtelność sędziów, którzy zdołają zachować odpowiednią gradację, zgodnie ze sprawiedliwością i własnym sumieniem. 10 przy tym systemie oznacza najwyższy stopień uznania dla kwalifikacji kandydata, jedność zaś lub dwójka winnaby świadczyć, że kandydat na egzaminie ujawnił tyle błędów, taką nieumiejętność, iż należałoby wprost zakwestyonować słuszność jego dyplomu lekarskiego. Przyjrzyjmy się teraz, jak sędziowie wyzyskali prawa, nadane im przez prawodawcę.

Jeden ze współubiegających się, jak mówią, otrzymał od sześciu sędziów 10, t. j. najwyższy stopień, od siódmego zaś—dwójkę; czyli przez 6-iu sędziów został zakwalifikowany jako najzdolniejszy, najbardziej wykształcony i najgodniejszy kandydat, siódmy zaś sędzia przedstawił go jako zupełnego nieuka. Inaczej tego rozumieć niepodobna. Wszakże ów siódmy sędzia, gdyby się nawet różnił w zdaniu od swych

współkolegów sędziów, to miałby do rozporządzenia stopnie niższe: 9, 8, wreszcie 7 czy 6. Jak wytłómaczyć tak rażącą niezgodność w zdaniach sędziów? Sądźmy, że dwie tu mogą być ewentualności. Albo ów siódmy sędzia działał zupełnie zgodnie z własnym sumieniem i szczerem przekonaniem, a wówczas możnaby zakwestyonować jego kwalifikacje naukowe na sędziego i zapytać, czy jest on należycie wyspecjalizowany w danej gałęzi medycyny. Albo też—druga ewentualność—sędzia ów działał nie według swego sumienia i szczerego przekonania, lecz kierował się jakimś innym, ubocznym czynnikiem. Lecz tę drugą ewentualność winnibyśmy odepchnąć, jako niedopuszczalną i kompromitującą wysokie powołanie sędziego. A jednak tak przykre przypuszczenie z konieczności nasuwa się naszemu umysłowi, jeśli uwzględnić, że wszyscy kandydaci, oprócz jednego, otrzymali, jakby jakie żaki szkolne, po jednym niskim stopniu: jedność—dwójka lub trójka. Jedność np. postawiono dwóm kandydatom, ubiegającym się o najwyższe dla lekarza stanowisko naukowe i społeczne. Co to ma znaczyć? Czy to żart, czy też szykana, wynikająca z chęci zdyskredytowania zasady konkursu?

Zdziwienie nasze, pełne wątpliwości, rozproszyc może okoliczność, że był jednak jeden szczęśliwy kandydat, który nie otrzymał ani jednego tak nieprzyzwoicie niskiego stopnia. Ta okoliczność daje dużo do myślenia i nakazuje przyjąć przypuszczenie, że jeden z kandydatów miał swego protektora, który postanowił obniżyć szanse zwycięstwa innych konkurentów przez stawianie im jedności, swemu zaś protegowanemu dał zapewne dziesięć.

Tylko to przypuszczenie tłómaczyć może takie rażące różnice.

Czy takie gnębienie innych konkurentów dla wywyższenia jednego protegowanego, zgodne jest z pojęciem sprawiedliwego sądu? Chyba dwóch zdań pod tym względem być nie może. Dzięki tylko takiej metodzie zaszedł przykry fakt, że człowiek, który od kilkunastu lat znany jest na polu naukowym i jest poważany jako klinicysta, mógł być uledz w walce konkursowej.

Na szczęście innych sześciu sędziów nie poszło tą drogą gry na zniżkę. Należy się im za to wyraz uznania.

A jednak tych ujemnych stron konkursu łatwo byłoby uniknąć, gdyby odbywał się on w warunkach, przez nas podanych. Pisząc przed kilku tygodniami o tej sprawie, kładliśmy nacisk, że stawianie stopni przez sędziów winno odbywać się głośno, jawnie. W takim razie sędzia nie miałby zapewne odwagi stawiać jedności lub dwójek, albo też musiałby zdanie swoje umotywować. Podnosząc poprzednio powyższy warunek, mieliśmy właśnie na względzie taką okoliczność. Nie jest to bowiem pierwszy przykład stosowania w ten sposób systemu protekcyjnego. Wszyscy pamiętamy podobny epizod i wrazenie, jakie fakt taki uczynił u ogółu lekarzy. Było to przed kilkunastu laty. Wówczas także jeden z sędziów pragnął zgnębić jednego kandydata na korzyść innego.

Powyższych słów kilka podajemy ze względu na ważność sprawy, bo należyty wybór ordynatorów zapewnia szpitalom odpowiednich pracowników a młodym lekarzom daje nadzieję uzyskania samodzielnego stanowiska, a może i impuls do pracy.

Jak zaznaczyliśmy wyżej, całe nasze rozumowanie musieliśmy być oprzeć na wiadomościach, krążących wśród całego ogółu lekarzy. Jeśli wiadomości te są mylne, jeśli zostaniemy przekonani o ich bezzasadności, ze szczerem zadowoleniem damy wyraz prawdzie.

— Zmarły we Lwowie dr WŁADYSŁAW JASIŃSKI zapisał ćwierć miliona koron Towarzystwu lekarzy galicyjskich, opiekującemu się losem podupadłych lekarzy, oraz wdów i sierot po lekarzach.

— W Niedzielę 17-go maja nastąpi otwarcie pierwszego schroniska dla umysłowo chorych w Drewnicy, dzięki staraniom Towarzystwa opieki nad nerwowymi i umysłowo chorymi.

— W Warszawie w kościele Po-Pijarskim odsłonięto 14-go b. m. popiersie ś. p. JÓZEFA MIANOWSKIEGO, b. rektora b. szkoły Głównej Warszawskiej.

— XV międzynarodowy Kongres lekarski odbędzie się w Lizbonie 1906 r.

— XIII Zjazd chirurgów polskich w Krakowie odbędzie się tego roku 13-go i 14-go, a w razie licznie zgłoszonych wykładów i 15-go lipca b. r. w klinice chirurgicznej w Krakowie.

Zapraszamy—jak zwykle—wszystkich kolegów, którym powodzenie i postęp chirurgii wogóle, a chirurgii polskiej szczególnie leży na sercu.

Jako tematy do ogólnej dyskusji stawiamy według uchwały ostatniego Zjazdu:

1) Leczenie chirurgiczne chorób dróg żółciowych; referenci; kol. KADER [Kraków] i PRUSZYŃSKI [Warszawa].

2) Leczenie doszczętne przepuklin; ref. starszy lekarz sztabowy dr HORDYŃSKI.

Wobec powyżej wymienionych tematów spodziewamy się, że i licznie kole d z y i n t e r n i ś c i zechcą wziąć udział w naszych obradach, do czego serdecznie ich zapraszamy. Życzyć należy, żeby operacje na drogach żółciowych, które u innych narodów tak często bywają wykonywane, nareszcie i u nas zyskały należyte zaufanie, a cieszylibyśmy się, żeby do tego przyczyniły się właśnie nasze zjazdy, podobnie, jak to się stało z *appendicitis*.

Posiedzenia odbywać się będą od 9—1 godz. przed południem, i od 2—4 godz. po południu.

Pierwszego dnia Zjazdu odbędzie się od 8—9 godz. zwiedzenie kliniki chirurgicznej, drugiego dnia w tymże czasie oddziału chirurgicznego w szpitalu św. Łazarza.

Chorych, przeznaczonych do demonstracyi, jako też przyrządy i preparaty przyjmuje klinika chirurgiczna w Krakowie.

Równocześnie ze Zjazdem odbędzie się wystawa narzędzi i przyrządów chirurgicznych, proszę więc o nadsyłanie nadających się okazów do kliniki chirurgicznej.

L. Rydygier,

prezes Zjazdów chirurgów polskich.

— Program kursów wakacyjnych dla lekarzy, które odbędą się od 8-go do 29-go lipca 1903 r. w Krakowie.

Zgłoszenia się i opłatę czesnego przyjmuje kwostura Uniw. Jag.

1) Prof. dr KOSTANECKI: Anatomia narządu moczopłciowego od 6-go do 11-go lipca codziennie. Czesne 20 koron.

2) Doc. dr BOCHENEK: Anatomia topograficzna klatki piersiowej i jamy brzusznej. Czesne 20 koron.

3) Prof. dr. BUJWID: a) Praktyczne metody badania wody, powietrza i ważniejszych artykułów spożywczych. Ogółem 10 godzin. Czesne 20 koron.

b) Rozpoznawanie najważniejszych bakteryi i pasożytów. Ogółem 4 godziny. Czesne 8 koron.

c) Szczepionki zapobiegawcze, ich badanie, oraz przyrządzanie. Ogółem 5 godzin. Czesne 10 koron.

4) Prof. dr CIECHANOWSKI: Dyagnostyka anatomo-patologiczna z ćwiczeniami w sekcyach; 6 godzin tygodniowo, codziennie, prócz niedziel, od godziny 8-jej do 9-jej zrana. Czesne 20 koron.

5) Prof. dr KORCZYŃSKI: Praktyczny kurs dyagnostyki chorób wewnętrznych ze szczególnem uwzględnieniem klinicznych sposobów badania krwi, wydzielin i wydaliny; przy współudziale asystentów: dra ŁATKOWSKIEGO [badanie moczu], dra FLISA [badanie płwocin, zawartości żołądkowej i kału], dra MIŁSOWICZA [badanie krwi i płynów wypocinowych]; 3 razy tygodniowo po 2 godziny, t. j. we wtorki, czwartki i soboty od godziny 8-jej do 10-jej zrana. Czesne 24 koron.

6) Prof. dr KADER: a) Specjalna chirurgia i *practicum* ortopedyczne; 3 razy tygodniowo od godziny 11-ej do 1-ej. Czesne 40 koron.

b) Kurs praktyczny operacji na zwłokach i zwierzętach ze szczególnem uwzględnieniem chirurgii jamy brzusznej; 3 razy tygodniowo od godziny 11-ej do 1. Czesne 90 koron.

7) Prof. dr TRZEBIŃSKI: Ćwiczenia w operacjach chirurgicznych w zakresie, potrzebnym dla lekarzy praktycznych; codziennie od godziny 7 $\frac{1}{2}$ do 10 zrana w oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza. Czesne 40 koron.

8) Doc. dr CHŁUMSKY: a) Praktyczny kurs mięsienia [masażu]; codziennie od godziny 11-ej do 12-ej. Czesne 60 koron; liczba uczestników ograniczona.

b) Rozwój ortopedyi chirurgicznej w ostatnich latach; w soboty od godziny 3-ej do 5-ej po południu. Czesne 5 koron. Godziny wykładowe mogą być według umowy zmienione.

Prof. dr WICHERKIEWICZ: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu najważniejszych chorób ocznych, ćwiczenia w wziernikowaniu, demonstracye operacji ocznych; trzy razy tygodniowo od godziny 8-ej do 10-ej zrana. Czesne 24 koron.

10) Prof. dr JORDAN: a) Ćwiczenia w badaniu, rozpoznawaniu i leczeniu chorób ginekologicznych; 5 razy tygodniowo od godziny 10-ej do 12-ej. Czesne 40 koron. Najwyżej dla 20 tu uczestników; zamiejscowi mają pierwszeństwo.

b) Z pomocą asystentów klinicznych: Ćwiczenia w badaniu ciężarnych, rodzących i położnic; 5 razy tygodniowo od godziny 9-ej do 10-ej zrana i—o ile będzie materyał—po południu o godzinie 4-ej; dyżury. Czesne 40 koron. Najmniej 12, a najwyżej 20 uczestników; zamiejscowi mają pierwszeństwo.

11) Prof. dr JAKUBOWSKI: Pogląd na nowoczesne sposoby badania, rozpoznawania i leczenia chorób dzieci, wraz z demonstracyami na chorych w klinice i ambulatorium pedyatrycznym; trzy godziny tygodniowo od godziny 9-ej do 10 zrana [w poniedziałki, wtorki, środy]. Czesne wraz z następnym kursem.

12) Prof. dr RACZYŃSKI: a) Nowsze metody leczenia chorób zakaźnych z szczególnem uwzględnieniem seroterapii i intubacji. Od godziny 9-ej do 10-ej zrana we czwartki, piątki i soboty. Czesne za oba te kursa, t. j. 11) i 12) razem 30 koron.

b) Choroby przewodu pokarmowego i dyetyka żywienia osesków; w niedziele od godziny 10-ej do 12-ej. Czesne 20 koron.

13) Doc. dr KRZYSZTAŁOWICZ: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób skórnych i wenerycznych; 5 godzin tygodniowo, od godziny 9-ej do 10-ej zrana, na materyale kliniki dermatologicznej. Czesne 20 koron.

14) Prof. dr DOMAŃSKI: O badaniu i rozpoznawaniu chorób układu nerwowego; trzy godziny tygodniowo, od godziny 8-ej do 9-ej zrana. Po porozumieniu się może nastąpić zmiana godzin. Czesne 12 koron.

15) Prof. dr BRŹWICZ: Kurs otyatrii; 5 godzin tygodniowo od godziny 12-ej do 1-ej w południe. Czesne 20 koron.

16) Prof. dr PIENIAŻEK: Kurs praktyczny o chorobach górnych dróg oddechowych z szczególnem uwzględnieniem ich zwężeń; przy współudziale asystenta dra Nowotnego; 5 godzin tygodniowo od godziny 10-ej do 11-ej zrana. Czesne 20 koron.

SANATOGEN

Środek wzmacniający

Zupełnie nie drażni.

Działanie tonizujące.

Panom lekarzom wysyła próby i broszury bezpłatnie główny reprezentant **S. KARCZEWSKI**, Warszawa, Senatorska Nr. 4.

Fabrykanci: Bauer i S-ka, Berlin S. W. 48.

BAD KISSINGEN

Kapiele od 15 Kwietnia do 1 Listopada.

Znane w świecie solanki (Rakoczy, Pandus, Maxbrunnen, Bockleter Stahlwasser) z obfitą zawartością kwasu węglowego, używane do wewnątrz i do kąpiei. Wskazania szczególne: cierpienia żołądka i kiszek; choroby serca, wątroby, nerek. Biednica, otyłość, cukrowka moczowa, choroby kobiet.

Objaśnień na żądanie udziela bezpłatnie
Związek kąpielowy w **Bad Kissingen**.

Przesyłkę wszystkich wód mineralnych uskutecznia Zarząd wód mineralnych **KISSINGEN** i **BOCKLET**.

Cieplice BADEN (Szwajcarya)

(Wysokość ponad poziomem morza 387 metrów).

(Sezon letni i zimowy).

Oddawna znane, źródła cieplicowe zawierające slarkę, wydające dziennie więcej niż milion litrów wody zdrojowej o cieplocie 48°C. Wskazania lecznicze: pomyslnie wyniki przy chronicznym gościeu stawów, mięśni i błon surowicznych, przy nerwobólach (zwlaszcza rwie kulszowej) jakoteż przy zaburzeniach czynnościowych w następstwie złamań kości i innych obrażeń, przy katarach chronicznych, przy zaburzeniach w narządach miednicy, cierpieniach kobiecych i t. d. Doświadczeni lekarze zdrojowi.

12 hoteli w rozmaitych cenach. Urządzenia współczesne. 650 basenów kąpielowych w samych hotelach. Kąpiele całkowite, parówki, kąpiele elektryczne, borowinowe i zawierające kwas węglowy. Wcierania, tusze, masaż, użycie wody mineralnej do wewnątrz.

Kasyno w pięknym parku. Orkiestra wyborowa. Teatr etc.

Prospekta gratis i franco otrzymać można za pośrednictwem biura Towarzystwa. Kasyno w Badenie.

Warszawa Aleja Szucha 9.

Szpital D-ra SOLMANA

Chirurgja, Choroby kobiet.

Stałe pomieszczenie od 1.50 do 5 rb. Ambulatoryum codziennie od 12 do 1.

Dr. KAROL ZALESKI,

Ordynator kliniki dyagnostycznej praktykuje podczas lata w
DRUSKIENIKACH.

LECYTHYNA CLIN'A

Fosfor w stanie naturalnych organicznych związków.

- Lecythyna naturalna, wydobyta z żółtka jajka, zawiera fosfor w tym
- stanie związków organicznych o szczególnie energicznem działaniu, któ-
- rem się odznaczają wszystkie lekarstwa wytwarzane przez istoty żyjące.»

PIGUŁKI CLIN'A zawierające Lecythyne naturalną, chemicznie czystą, otoczone cienką warstwą białka roślinnego.

Ilość: 0 gr. 05 cent. Lecythyny w każdej pigułce. — Doza: 2 do 6 pigułek dziennie.

GRANULE CLIN'A zawierające Lecythyne naturalną, chemicznie czystą

Łatwy do zażywania, głównie się zaleca u dzieci.

Ilość: 0 gr. 10 cent. Lecythyny na łyżeczkę od kawy. — Doza: 1 do 3 łyżeczek od kawy dziennie.

ROZTWÓR CLIN'A do Wstrzykiwań podskórnych zawierający Lecythyne naturalną, chemicznie czystą.

Roztwór w steryllizowanej oliwie zawierający dokładnie 0 gr. 05 cent. Lecythyny w jednym centymetrze sześciennym. Jedno wstrzyknięcie dziennie.

WSKAZÓWKI
TERAPEUTYCZNE

NEURASTENIA, OGÓLNE OSŁABIEŃ, ZMĘCZENIE,
RACHITYZM, CUKROWA CHOROBA i t. d.

Dozy dla dzieci: o połowę mniejsze od wyżej wskazanych.

CLIN & COMAR, rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS.

891

MAGISTRA A. BUKOWSKIEGO

Apteka i Pracownia Chemiczna

Marszałkowska Nr. 54. Telefonu 1319.

poleca

Ferratol vel Sirupus Ferratini compositus

zupełnie pozbawiony smaku żelaza, — zawiera w łyżeczce od kawy ilość żelaza, odpowiadającą 0,45 Ferratyny.

Sirupus jodo-tannius phosphoricus

stosowany zamiast tranu w pediatrii w ilościach od kilkunastu kropel do łyżeczki kawowej. Zawiera 0,2% jodu chemicznie zmieszanego z garbnikami, 0,04% fosforu i 0,4 tlenku wapnia.

INUM JODO-TANNICUM PHOSPHATUM — dla dorosłych, używa się łyżkami.

Każda fiaska zaopatrzona marką ochronną zatwierdzoną przez Ministerium Finansów za № 16230

Gorące suche

Kąpiele Piaskowe

w Bad Köstritz w Turynii.

(D. Ż. Lipsk-Probstzella).

z nowem maszynowem ogrzewaniem piasku, odpowiadające wszelkim wymaganiom higieny. Znakomite wyniki lecznicze przy gościecu, podagrze, nerwobólach (rwie kulszowej), cierpieniach nerek, nieżytych. Nadto kąpiele borowinowe, iglicowe, kwasowogłowe, masaż. Sezon od 1 maja do 30-go Września. Prospekta wysyła Dyrekeya.



QUINIUM LABARRAQUE

Wino toniczne. Środek przeciw febrze i ułatwiający trawienie.

Ścisłe dawkowane. Zawiera wszystkie własności lecznicze chininy 3 gr. pierwiastków tonicznych i 1,5 gr. alkaloidów w litrze

DAWKA: kieliszek od likiern przed lub po jedzeniu.

We wszystkich aptekach Dom handlowy L. Frère (A. Champigny et C-ie) 19 rue Jacob w Paryżu.

Na składzie posiadają: Warszawskie Towarzystwo handlu towarami aptecznymi (Ludwik Spiess i Syn) Plac Teatralny. L. Mrozowski skład materiałów aptecznych, ul. Miodowa Nr. 8. Towarzystwo przetworów chemicznych i aptecznych (Henryk Welt) Przejazd Nr. 5. Apteka K. Wendy, ul. Krak. Przedm. Nr. 45. Wacław Różycki, skład materiałów aptecznych, ul. Krak. Przedm. Nr. 17. Emil Skomorowski, skład materiałów aptecznych, ul. Długa Nr. 27.

PEPTONATE DE FER ROBIN

Prawdziwa Sól żelaza, łatwo przyswajalna, przygotowana przez M. ROBIN'A.

ŻELAZO ROBIN'A skutecznie działa przeciwko anemii, blednicy i wszelkim osłabieniom. Pobudza odżywianie i nie wywołuje nigdy zaparcia. Środek ten pozbawiony jest wszelkiego smaku; przyjmuje się go 2 razy dziennie po 10 do 30 kropeł podczas jedzenia w małej ilości wody lub wina. Każdy flakon starczy na 3 tygodnie do miesiąca.

Sprzedaż w Aptekach.

Próbne flakony wysyła pp. lekarzom na życzenia reprezentant

Władysław Hoffman.

12-2

Warszawa, Królewska 20 Telefonu Nr. 2114.

GLYCÉROPHOSPHATE GRANULÉ ROBIN

glicerofosforan wapnia i sodu

Używany w szpitalach paryskich.

Bardzo przyjemny w smaku; używa się rozpuszczony w wodzie lub mleku. Dla diabetyków przygotowany bywa w formie pastylek prasowanych.