

GAZETA LEKARSKA

I. O częściowem wycinaniu powrózka nasiennego w operacji doszczętnej przepukliny pachwinowej.

Podał

Z. Sławiński.

Uszkodzenie głównej tętnicy powrózka nasiennego (*art. spermat. int.*) zwykliśmy uważać dotychczas za wypadek, prowadzący niechybnie do zgorzeli lub przynajmniej do stopniowego zaniku jądra. Nowsze spostrzeżenia [pewne sposoby operowania *varicocele* i *cryptorchismus*] osłabiają znacznie powyższe zapatrywanie, a spostrzeżenia moje na przepuklinach przysparzają dalszych w tym kierunku dowodów.

W № 9-ym *Centrbl. f. Chir.* z roku 1905 PÓLYA podaje modyfikację sposobu BASSINI'ego leczenia doszczętnego przepukliny pachwinowej. Wychodzi on z założenia, że obserwacja nawrotów przepukliny, operowanej według BASSINI'ego, wykazuje dwa stałe punkty, w których powstają prawie wszystkie wznowy, a mianowicie zewnętrzny lub też wewnętrzny otwór kanału pachwinowego. Jeżeli pominiemy błędy techniczne lub powikłania pooperacyjne, przyczyna owego umiejscowienia wznów zależy, według PÓLYA'ego od warunków anatomicznych. W dolnym kącie kanału pachwinowego, tam gdzie m. poprzeczny brzucha oraz skośny wewnętrzny przechodzą w rozścięgu m. prostego, bywa nieraz trudno przymocować dostatecznie szwami brzeg owych mięśni do więzów pachwinowych, odległość bowiem wewnętrznej kolumny mięśniowej od więzów przewyższa nieraz trzy centymetry. Trudność ta zachodzi nie tylko w wielkich, lecz i w nieznacznych co do wielkości przepuklinach i daje się, według PÓLYA'ego usunąć w sposób następujący: w przedniej ścianie pochwy m. prostego robi się nacięcie skośne długości 4-5-6 ctm. i obnażony przez to nacięcie mięsień, przszyty zostaje do więzów pachwinowych. Tą drogą otrzymuje się wzmocnienie zewnętrznego wylotu kanału pachwinowego. Dla zapobieżenia wznowom w górnym otworze kanału pachwinowego, w miejscu wyj-

ścia powrózka nasiennego, PÓLYA zaleca zmniejszenie objętości oraz przesunięcie powrózka. W celu zmniejszenia objętości: „z masy powrózka zostają usunięte, oprócz m. dźwigacza jądra (*m. cremaster*), te żyły jądra, które nie dążą po powrózku do wewnętrznego wylotu kanału pachwinowego, lecz oddzielają się odeń przy zewnętrznym wylocie i biegną bardziej po powięzi poprzecznej (*fascia transversa*); usunięta również zostaje warstwa luźnej tkanki łącznej, tworząca wyrostek pochwy powięzi poprzecznej (*processus vaginalis fasciae transversae*)⁴. Następnie powrózek nasienny przesunięty zostaje ku górze i ku zewnątrz, dalej załamany na dół na brzegu umyślnie wykrajanego płata z rościęгна m. skośnego zewnętrznego i wreszcie schowany w ciasny kanał, utworzony z tegoż rościęгна. [PÓLYA wzmiankuje, że HALSTED pozostawia nasieniowód z 1—2 żyłami; w dostępnej mi literaturze nie zdołałem odszukać opisu postępowania HALSTED'a].

W przytoczonym opisie postępowania uderzył mię jeden szczegół, a mianowicie idea zmniejszania objętości powrózka nasiennego. Co do innych, proponowanych przez PÓLYA'ę zmian, nie zamierzam ich tutaj oceniać, nawiasowo dodam tylko, że przy dokładnem odseparowaniu tylnej powierzchni m. poprzecznego i skośnego wewn., brzeg ich czyli dośrodkowa [medialna] kolumna daje się z łatwością przysunąć do więzów pachwinowych; zresztą, można również ujmować szwami i brzeg mięśnia prostego brzucha bez otwierania jego pochwy, jak to radzi BASSINI, skoro chodzi o szczelne zamknięcie zewnętrznego wylotu kanału pachwinowego. Natomiast zmniejszenie objętości powrózka nasiennego stanowi w wielu razach niewątpliwe i znaczne udogodnienie techniczne. W przepuklinach znacznych rozmiarów naprzykład wypada nieraz wykonać trzebienie, żeby sobie z olbrzymim workiem i powrózkiem poradzić, a w przepuklinach wrodzonych odszukanie i zebranie w jedną całość części składowych rozsypanego powrózka stanowi częstokroć najmżozolniejszą część zabiegu. BERGER¹⁾ spostrzegał zanik jądra w następstwie kilku operacji według BASSINI'ego; powikłanie to BERGER przypisuje tej okoliczności, że naczynia nasienne musiały uleść uciśnięciu przez zwężony szwami pierścień pachwinowy wewnętrzny. W pracy CLUSS'a²⁾ znajduje się wzmianka, że widział on dwa razy zgorzel jądra po operacji doszczętej. KRASKE³⁾ wobec trudności, jakie nasuwa odosobnienie worka w przepuklinach wrodzonych, zaproponował usuwanie jądra dla pewniejszego zabezpieczenia wyniku operacji doszczętej.

Wobec tego odważyłem się pójść dalej aniżeli PÓLYA w dążeniu do zmniejszenia objętości powrózka nasiennego — zacząłem mianowicie pozostawiać z niego na pewnej przestrzeni sam tylko nasieniowód.

Zabieg taki, wprawdzie nieco mniej rozległy, stosowany bywa przecież

¹⁾ Traité de Chirurgie. DUPLAY et RECLUS. 1898. T. VI, str. 230.

²⁾ CLUSS. Die Bruchoperationen und deren Dauerresultate von 1896—1903. BRUNS' Beiträge. T. 44, 1904.

³⁾ DUPLAY et RECLUS. Str. 260.

w operacji *varicocele* lub *cryptorchismus* przez niektórych chirurgów, a dane anatomiczne wyjaśniają, jaką drogą odbywa się wtedy odżywianie jądra.

Powróżek nasienny zawiera trzy tętnice: *art. spermatica int.* [z aorty], *art. spermatica externa* albo *funicularis* (z *epigastrica inf.*) i *art. deferentialis* (z *vesicalis inf.* lub *media*, czyli z *art. hypogastrica*). Poza połączeniami tych tętnic z ościennymi (np., *art. funicularis* z *art. scrotales post.* z *pubenda int.*) zaznaczyć należy istnienie stałych zespołów wzajemnych wyliczonych tętnic powróżka; z nich największą ma w danej sprawie wagę stosunek zachodzący pomiędzy *art. deferentialis* a *spermatica int.*¹⁾ Na tylnym biegunie jądra *art. spermatica int.* dzieli się na dwie gałązki, odżywiające jądro. Nadto daje ona nieco powyżej najądrza dwie gałązki dla najądrza; jedna z nich (*art. epididym. post.*) zespala się zwykle szeroko („à plein canal”) z zakończeniem *art. deferentialis*. Ta na poziomie najądrza zawraca wzdłuż nasieniowodu i w kształcie łuku łączy się z *art. epididym. post.*; z tego łuku dopiero wychodzą gałązki, przeznaczone dla najądrza i zarazem dla tylnego bieguna jądra. „Nie obnażając zbyt blisko nasieniowodu, można być pewnym, że *art. deferentialis* nie zostanie uszkodzoną, a zachowanie tej tętnicy samej jednej zapewnia odżywianie jądra“.

Już na mocy tych danych anatomicznych zacząłem stosować wycięcie częściowe powróżka nasiennego w sposób następujący. Po wyosobnieniu szyi worka, odprowadzeniu zawartości przepukliny oraz po zaszyciu [lub podwiązaniu] szyi, odszukiwałem wśród tkanek nasieniowód i obnażałem go na przestrzeni od wewnętrznego wylotu kanału pachwinowego do poziomu zewnętrznego ujścia tegoż kanału, poczem pozostałe tkanki [sam worek z otoczkami, powróżek nasienny] wycinałem tuż przy wrotach. Dalsze typowe odbudowanie kanału według Bassiniego z przemieszczeniem nasieniowodu odbywa się, jak zwykle; powięź łączy się wtedy bez wszelkiego napięcia. Za zaletę tego postępowania uważać należy znaczne skrócenie i uproszczenie całego zabiegu, gdyż oprócz powróżka wycinać można zarazem i wszystkie pozostałe tkanki przepukliny [otoczki worka]. Dodać tu muszę, że nie stosowałem przytem stale typowego sposobu Bassiniego. Po dokładnem wyosobnieniu i podwiązaniu lub przszyciu szyi worka niekiedy przeprowadzałem nieodcięte nitki w igłach popod mięśniową ścianą brzusznią do góry i na zewnątrz i po przebiciu igiel przez ścianę wiązałem nitki nad powięzią [sposób BARKER'a], przez co i kikut szyi worka ulegał przeniesieniu w oznaczonym kierunku.

Osobiście miałem możność zastosowania dotychczas opisanego zabiegu w 7-u przypadkach przepuklin [2 obustronne] na oddziale dra KRAJEWSKIEGO. W przebiegu pooperacyjnym jądro bywa niekiedy obrzmiałe przez dni kilka, lecz nieznacznie i obrzęknięcie to wyrównywa się szybko. Z operowanych przypadków [wszystkie zagoiły się bez powikłań] zdołałem dotąd skontrolować tylko dwa. Pierwszy, dotyczący 40-letniego chorego, operowanego obu-

¹⁾ Według TESTUT et JACOB. *Traité d'anatomie topographique*. 1905. T. II, str. 571.

stronnie we wrześniu 1905 r., nie przedstawia żadnych zmian widocznych lub namacalnych w jądrach co do ich wielkości; osobnik ten nie zauważył również osłabienia sprawności płciowej. W drugim przypadku dane są tem ciekawsze, że przepuklina prawostronna znacznych rozmiarów operowana była w październiku r. z. z wycięciem powrózka, na lewej zaś przepuklinie małej objętości wykonany został we wrześniu tegoż roku typowy BASSINI. Otóż oba jądra niczem się od siebie obecnie [w październiku r. b.] nie różnią.

Przytoczone przypadki przekonywają, że podana przeze mnie modyfikacja, polegająca na usunięciu wszystkich części składowych powrózka oprócz nasieniowodu (z *art. deferentialis*), nie naraża na szwank ani odżywiania, ani fizyologicznej sprawności jądra, skraca atoli czas trwania operacji oraz ułatwia jej technikę.

Oprócz danych anatomicznych mamy nadto szereg spostrzeżeń klinicznych, dotyczących innych cierpień; spostrzeżenia te dostarczają cennych dowodów na poparcie i wyjaśnienie nieszkodliwości proponowanego przeze mnie zabiegu. W ten sam sposób postępują niektórzy chirurdzy w leczeniu operacyjnem *varicocele* i *cryptorchismus*. BENNET ¹⁾ zaleca wycięcie rozszerzonych żył żyłaka powrózka nasiennego i twierdzi, że nawet uszkodzenie *art. spermat. int.* przy tym zabiegu nie prowadzi do zgorzeli lub zaniku jąder, czego się obawiano na podstawie danych doświadczalnych [MIFFLET, VOLKMANN i in.]. Przytaczani już powyżej TESTUT i JACOB zaznaczają, że *art. spermatica int.* w powrózku nasiennym otoczona jest przez grupę żył przednich, które maskują ją do tego stopnia, że nie podobna częstokroć podczas operacji rozpoznać jej, ani wyczuć tętna; z tego też powodu podczas wycinania żył w żyłaku powrózka nasiennego nigdy się niema pewności, że tętnica owa nie została uszkodzona, chyba wycinając tylko odcinki żył poszczególnych starannie i stopniowo obnażane. Zranienie tętnicy nie stanowi zdarzenia wielkiej wagi co do odżywiania jądra z tym wszakże warunkiem, że *art. deferentialis* pozostaje nietknięta. Nie mogąc w jednym przypadku *varicocele* odszukać *art. spermat. int.* wśród rozszerzonych i posplatanych żył, wyciąłem na pewnej przestrzeni cały powrózek nasienny oprócz nasieniowodu; w 1½ roku po operacji sprawdziłem, że jądro po stronie operowanej [przed operacją wyraźnie zmniejszone] nie różniło się co do wielkości od przeciwległego, a chory zaznaczał, że upośledzona przedtem sprawność płciowa znacznie się wzmogła.

Ciekawym przyczynkiem w danej sprawie jest również pewien sposób operowania wnętrza (*cryptorchismus*). Według niektórych badaczy trudność ściągnięcia jądra do moszny polega najczęściej, po usunięciu innych przeszkód, na krótkości naczyń krwionośnych powrózka nasiennego. Naczynia krwionośne mają tam przebieg prosty, gdy nasieniowód przebiega w kształcie łuku na przestrzeni od wewnętrzznego otworu kanału pachwinowego do dna pęcherza moczowego; tętnica, towarzysząca nasieniowodowi, rów-

¹⁾ Według BRAMANN'a w *Handbuch der praktischen Chirurgie*, wydanie drugie. T. III, str. 1242.

nież określa luk. Na tej podstawie oraz wychodząc z założenia, że tylko nasieniowód stanowi istotnie ważną część składową powrózka nasiennego, BEVAN ¹⁾ poświęca naczynia krwionośne powrózka ilekroć stanowią one przeszkodę do dostatecznego uruchomienia jądra. Opierając się na doświadczeniu klinicznym ze 100-u operacji *varicocele*, w których usuwał z powrózka nasiennego wszystkie części składowe, oprócz nasieniowodu oraz jego naczyń, i nie spostrzegając przytem zgorzeli ani widocznych zaburzeń w odżywianiu jądra, BEVAN przyszedł do przeświadczenia, że bez namysłu i obawy poświęcać można naczynia nasienne w tych przypadkach, kiedy dla odpowiedniego obniżenia jądra okaże się to koniecznym. MIGNON ²⁾ w r. 1902 przedstawił w Towarzystwie Chirurgicznym paryskim 3 przypadki *varicocele*, w których przeciął w powrózku wszystko, oprócz nasieniowodu i *art. deferentialis*. SOULIGOUX dodaje, że dość ostre zarzuty, skierowane wówczas przeciwko temu zabiegowi, są bezpodstawne, skoro nie zostało dowiedzionem, że *art. deferentialis* jest tętnicą t. zw. końcową. Wszystkie podręczniki anatomiczne zaznaczają istnienie zespołań pomiędzy *art. spermat. int.* i *deferentialis*. COLLES (*Thèse de Lille*, 1902, według SOULIGOUX'a) wykazał, że w 9-u na 10 przypadków istnieje szeroki kanał zespalaający pomiędzy tętnicami powrózka nasiennego i że owo zespolenie zabezpiecza odżywianie jądra w razie uszkodzenia *art. spermat. int.* SOULIGOUX ze swej strony jest zdania, że w wielu przypadkach *varicocele*, operowanych przez wycięcie żył, tętnica nasienna zostaje przecięta, co nie prowadzi do zaniku jądra. WALTHER [według SOULIGOUX'a] również przedstawiał w Towarzystwie Chirurgicznym paryskim kilku chorych z przeciętymi naczyniami nasinnymi bez zaburzeń w odżywianiu jąder.

Z takimi dowodami rzeczowymi, mamy, jak mierniam, prawo do stosowania wycinania częściowego powrózka nasiennego w operacji doszczętnej przepuklin pachwinowych według metody BASSINI'ego. Być może, że obfitsza i dłuższa obserwacja kliniczna wykryje zle strony tego zabiegu; jednak już na mocy rocznej obserwacji uważałem za stosowne polecić go do szerszego wypróbowania i należytej oceny: w pewnych przypadkach zastąpi on niewątpliwie trzebień, jako zabieg pomocniczy w doszczętnej operacji przepuklin. Zaznaczyć muszę raz jeszcze, że nie uważam przedstawionego sposobu za stałą metodę postępowania dla wszystkich przypadków, lecz że jestem przeświadczony, iż upraszcza on i skraca zabieg operacyjny w przepuklinach wielkich rozmiarów, kiedy i powrózek nasienny osiąga znacznej grubości, oraz w przepuklinach wrodzonych, gdzie zebranie powrózka w jedną całość przyczynia najczęściej wiele zachodu.

¹⁾ ARTHUR DEAN BEVAN [z Chicago]. Ein weiterer Beitrag zur chirurgischen Behandlung des nicht herabgestiegenen Hodens. Arch. f. klin. Chir. T. 72, r. 1904.

²⁾ Według SOULIGOUX'a. Ectopie testiculaire et ses complications w wydawnictwie 19-go Kongresu chirurgów francuskich: Informations et documents divers.

II. W sprawie chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej.

Skreślił

Dr Franciszek Kijewski,

ordynator szpitala Wolskiego w Warszawie.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 46].

DUNIN¹⁾ był zdania, że chroniczne zapalenie surowicze pęcherzyka żółciowego względnie jeszcze najwięcej nadaje się do operacji, ale i w tym wypadku dużo chorych ma się dosyć dobrze bez operacji. Jeżeli w Niemczech dotąd wykonano czterysta kilkadziesiąt laparotomii przy kamicy żółciowej, z pewnością czterysta niepotrzebnie, a skoro się uwzględni, że z operowanych pewien procent umiera po operacji, należy się wystrzegać szablonowego operowania.

KORCZYŃSKI aczkolwiek utrzymywał, że kamica żółciowa przytrafia się często, jednak przypadki operacji na drogach żółciowych w Krakowie są rzadkie. Przypisać to należy mniejszej pochoptności do wykonywania tych operacji, a także niechęci chorych do poddawania się im. Należy ściśle indywidualizować, a jako wskazania do operacji uważać trwałe zatkanie przewodu żółciowego wspólnego z grożącą cholemią lub też z objawami infekcji dróg żółciowych, rozpoczynającą się marskość wątroby, wreszcie wydęcie nadmierne pęcherzyka żółciowego, grożące pęknięciem jego. Sama obecność kamieni nie przedstawia wskazania do operacji: kamica żółciowa tylko wśród ściśle określonych wskazań stanowić może przedmiot zabiegu chirurgicznego.

GLUZIŃSKI w każdym przypadku, gdy widzi tego potrzebę, zwraca się do chirurga, w szczególności jednak w sprawie kamicy żółciowej nader rzadko, bo przypadki takie chorobne leczą się bardzo dobrze środkami wewnętrznymi; operacja mogłaby działać zapobiegawczo, gdyby można przewidzieć, które przypadki ulegną powikłaniu, to jednak jest niemożliwe. Do operacji są dwa wskazania: ciężkie napady bólów i infekcja pęcherzyka żółciowego. Jeżeli jest infekcja ogólna, mocz od początku zawiera znaczną ilość białka, to operacja niewiele pomoże.

Jak widzimy z tego niezbyt długiego sprawozdania najdzielniejsi nasi interniści przed 6-u laty widzieli rzadką nader potrzebę operowania w kami-

¹⁾ Dziennik IX-go Zjazdu przyrodników i lekarzy polskich 1900, Nr. 5.

cy żółciowej, a nawet zwracania się do chirurga, upatrywali mniejszą pochopność chirurgów naszych do wykonywania tych operacji, oraz niechęć do poddawania się im, samych zaś chirurgów przestrzegali przed szablonowym stosowaniem operacji na drogach żółciowych. Z przemówień ich wieje jednostronność poglądów, brak zaufania do chirurgów naszych i niezbyt wielkie uwzględnianie zdobyczy obcych w sprawie leczenia kamicy żółciowej.

Jeżeli luminarze naszych internistów wygłaszali bez zastrzeżeń takie jednostronne zdania, to cóż mieli mówić terapeuci, którzy nie chcieli czy też nie mogli śledzić postępów danej gałęzi nauki? Wierzyli ślepo *in verba magistri*, czego wyraźny ślad pozostał.—

W r. 1903 spotykamy pracę MINTZ'a¹⁾ — „O leczeniu kamicy żółciowej“, w której autor rozpatruje metody leczenia wewnętrznego i chirurgicznego, oraz wskazania do nich. MINTZ widzi wskazania do zabiegów chirurgicznych w przypadkach uporczywych, w których przetwory farmaceutyczne i wody mineralne nie dają pomyślnych wyników.

MINTZ, podobnie jak REJCHMAN, wskazania dzieli na bezwzględne i względne.

Bezwzględne — tam, gdzie leczenie wewnętrzne z góry żadnej nie rokuje nadziei. Tu należą ciężkie powikłania kamicy, przedziurawienia do otrzewnej, ropień wątroby, podprzeponowy, zrosty.

Względne wskazania, gdzie leczenie wewnętrzne daje jeszcze mniejsze lub większe szanse: „*hydrops, empyema vesicae felleae, cholangitis suppurativa et infectiosa*, przewlekłe zamknięcie przewodu wspólnego żółciowego, przewlekłe, lecz często powtarzające się zapalenie pęcherzyka“.

Wskazania, podane przez MINTZ'a, w wielu razach nie odpowiadają tym wymaganiom, jakie w r. 1903 stawiali chirurdzy. W tych nawet przypadkach, w których REJCHMAN uważał za bezwzględne zastosowanie operacji (*empyema*), MINTZ ma jeszcze nadzieję osiągnięcia pewnego powodzenia przy leczeniu wewnętrznym.

Sprawa chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej raz jeszcze, jak to już wspomniałem powyżej, była wprowadzona na porządek dzienny na XIII Zjeździe chirurgów polskich w 1903 r. Obok KADERA w tej sprawie zabierał głos PRUSZYŃSKI i w odczycie „Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych oraz wskazania do zabiegów chirurgicznych“²⁾ pierwszy z pośród naszych internistów zaznaczył, że chirurgia dróg żółciowych w ostatnich czasach zrobiła ogromne postępy, technika uległa znakomitemu ulepszeniu, wskazania zaś do zabiegów krwawych znacznie zostały rozszerzone.

Pomijam tu bardzo szczegółowo opracowane poglądy PRUSZYŃSKIEGO na

¹⁾ MINTZ. O leczeniu kamicy żółciowej. *Medycyna* 1903 Nr. 13, 14, 15, 16 i 17.

²⁾ PRUSZYŃSKI. Powstawanie i przebieg spraw zapalnych dróg żółciowych i t. d. *Gazeta Lekarska* 1903.

powstawanie i przebieg omawianych spraw, a przechodzę do jego wskazań do zabiegów chirurgicznych przy kamicy.

1) Operacja jest absolutnie wskazana w przypadkach zapalenia otrzewnej w następstwie chorób dróg żółciowych, czy wystąpiło ono bez obrażenia ścian pęcherzyka, *resp.* przewodów żółciowych, czy też po ich przedziurawieniu do jamy otrzewnej.

2) Operacja również winna być wykonana bez zwłoki w przypadkach zakażenia dróg żółciowych z objawami żółtaczk i gorączki przepuszczającej z obfitemi potami bez względu na siedlisko kamienia. Rozumie się, że mowa jest tutaj o t. zw. *fièvre hépatique*, która kolce nie towarzyszy. Gdy poprzednia gorączka przepuszczająca przyjmie cechy stałej, a w moczu wystąpi *urobilina* w większej ilości, operacja stanowi *ultimum refugium*, bo stan zakażenia jest ciężki, a zjawienie się obok zwykłej żółtaczk t. zw. *ictère hémaphéique* świadczy o ciężkim obrażeniu komórek wątrobowych, w których prawidłowy barwnik wytwarzać się nie może.

3) Operować należy w przypadkach stałej niedrożności przewodu żółciowego wspólnego nawet wtedy, gdy niema objawów zakażenia dróg żółciowych, ze względu na upośledzenie odżywiania i na możliwość zakażenia, jako też bardziej poważnych zaburzeń czynności wątroby (*cirrhosis biliaris* DIEU-LAFOY).

4) Operować należy w razie zrostów, wywołujących stałe bóle lub niedrożność ze strony narządów otaczających, żołądka, dwunastnicy lub poprzeczniicy.

5) Z operacją długo nie należy zwlekać w razie otoku surowiczego lub ropnego pęcherzyka żółciowego, nawet wtedy gdy sprawa chorobowa na razie ma przebieg łagodny, nigdy bowiem nie możemy przewidzieć następstw otorbienia cieczy zapalnej, jako też możliwości przedziurawienia lub nagłego wybuchu sprawy septycznej. Liczyć się tutaj trzeba z tem, że przy przewlekłym zapaleniu pęcherzyka, może dojść do rozległych i silnych zrostów. Lepiej operować na pęcherzyku wolnym, lub względnie wolnym, aniżeli na skurczonym i zaklinowanym. Oddzielenie takiego pęcherzyka, *resp. cystectomy* bez poważnego uszkodzenia wątroby, lub kiszki obyć się nie może; z jednej strony grozi choremu krwotok, z drugiej łatwość zakażenia rany operacyjnej.

6) W razie raka pęcherzyka, rozumie się operacja stanowi jedyny zabieg, dający względną nadzieję uratowania chorego.

7) Jeżeli napady kolki powtarzają się często, a leczenie wewnętrzne pozostaje bez skutku, to również uciec się trzeba do operacji nie tylko ze względu na dolegliwości, zatruwające życie choremu, ale i na to, że sprawa zapalna jest silnego natężenia i nie ma skłonności do złagodzenia; tutaj najczęściej mamy do czynienia z zakażeniem miejscowem ciężkiem.

Można czekać z operacją:

1) przy napadach, które powtarzają się w długich odstępach czasu, nawet wtedy, gdy występuje żółtaczk zapalna i gorączka przemijająca krótkotrwała;

2) przy ostrem zatkanii przewodu żółciowego, które może być czasowe jużto z powodu przejścia kamienia, już też rozszerzenia przewodu, w którego uchyłku może istnieć kamień bez wywołania jakichkolwiek zaburzeń.

Pozwoliłem tu sobie na przytoczenie w całości wywodów PRUSZYŃSKIEGO ze względu, że głos jego jako internisty w piśmiennictwie naszym jest odosobniony. W ciągu szeregu lat internisci nasi utrzymywali, że kamica żółciowa rzadko nader wymaga pomocy chirurgicznej, że wielu chorych nawet z wielkimi pęcherzykami przy otoku surowiczym bez operacyi ma się dosyć dobrze, że niemcy często operują niepotrzebnie, stąd też ograniczali wskazania do zabiegów chirurgicznych do *minimum*. PRUSZYŃSKI zaś pierwszy wypowiedział na zasadzie swoich poszukiwań i doświadczenia innych zdanie, wielce różniące się od dotąd ogólnie u nas głoszonych przez internistów. Wskazania, postawione przez PRUSZYŃSKIEGO, posuwają o wiele naprzód sprawę chirurgicznego leczenia kamicy żółciowej.

Od czasu rozpoczęcia sporów u nas co do stosowania zabiegów chirurgicznych w kamicy upłynęło lat wiele, wiele poglądów się zmieniło, wiele spraw dotyczących kamicy się wyjaśniło, sądzę też, że obecnie u internistów nastąpił pewien zwrot w ich zapatrywaniach. Potrzeba było jednak aż kilkunastu lat na to. Zawdzięczając też konserwatyzmowi internistów, chirurdzy polscy nie mogą pochwalić się ani obfitą kazuistyką, ani zbyt świetnymi wynikami. Naprawdę chwalić się niema czem, mówi HERMAN. Przypadki to bowiem ciężkiego zakażenia dróg żółciowych w przebiegu kamicy należą do tych, dla których stół chirurga był tylko ostatnim etapem przed stołem prosektora. Wśród tych warunków operacya staje się tym łagodnym nawet podmuchem, który gasi zaledwie tlejący jeszcze płomień życia. I te właśnie przypadki wprawdzie rzadkie, lecz niestety prawie wyłączne, wyrobiły u lekarzy i publiczności zupełnie nieusprawiedliwioną i jak najgorszą reputacyę leczenia chirurgicznemu kamicy żółciowej¹⁾.

Zaprawdę, nie mamy czem się chwalić, ale jeżeli nie będziemy głośno mówili o naszych niepowodzeniach, nie będziemy wskazywali wyraźnie na przyczyny tych niepowodzeń, to nigdy nie zdołamy przekonać o szkodliwości konserwatyzmu i jednostronności w leczeniu kamicy żółciowej. Jeżeli jednak można stawiać zarzuty naszym internistom za ich zachowawczość pod tym względem, za brak zaufania do chirurgów polskich, to ci ostatni nie są wolni od winy skutkiem swojej wstrzeźliwości w ogłaszaniu wyników operacyjnych w kamicy, gdyż spostrzeżeń ogłoszonych dotąd jest niewiele, a znaczna liczba przypadków operowanych nie jest ujawniona.

[C. d. n.].

¹⁾ HERMAN. Nowe poglądy na istotę kamicy żółciowej i jej leczenie. Przegląd Lekarski 1902. r.

III. Kazuistyka powikłań spraw ropnych narządu słuchowego.

Podał

Dr med. Stefan Rontaler,

lekarz ambulatoryum w szpitalu Ewangelickim.

[Ciąg dalszy. — Patrz Nr. 46].

Celem uzasadnienia rozpoznania w obydwu przypadkach muszę rozważyć objawy następujące: przedewszystkiem bezbolesne rozpoczęcie się ropienia w uszach jest charakterystyczne dla spraw gruźliczych w uchu średnim; ból bywa tylko przy oczyszczaniu ucha ¹⁾; następnie zniszczenie błony bębenkowej na bardzo znacznej przestrzeni zdarza się jeszcze tylko w szkarlatynie, w której zwykle brak tak gwałtownego pogorszenia słuchu, z wyjątkiem rzadkiej *panotitis scarlatinosa*. Na charakterystyczne zniszczenie błony bębenkowej zwraca uwagę JANSSEN ²⁾, zaznaczając ogromne zniszczenie w jamie bębenkowej, pieczarze i wyrostku sutkowym, wyrządzone przez próchnienie. Ropienie cuchnące zdarza się i w szkarlatynie i w gruźlicy usznej, ale przy pierwszej łatwo ustaje, a przy gruźlicy ucha zależy od próchnienia kości i skutkiem tego jest bardzo uporczywe. W literaturze polskiej pisał GURANOWSKI [Medycyna. 1894 r. № 38 i 40] o zmianach w powyższej chorobie. Chociaż w moich przypadkach nie poszukiwano w wycieku usznym laseczników gruźliczych, to jednak powyżej opisane objawy: zniszczenie całkowite bębena, raptowne przytępienie słuchu w 2-im przypadku [u dziecka słuch nie mógł być badany], próchnienie kości pomimo operacji wciąż postępujące i wymagające dodatkowych operacji, obecność ziarniny w wielkiej ilości, prócz zmian w gruczołach chłonnych w pierwszym przypadku i w płucach u drugiego chorego, wystarczają aby rozpoznać gruźlicę w uszach. Środkiem pomocniczym do rozpoznania gruźlicy ucha średniego była też próba, opisana przez FERRERÍ'ego ³⁾, polegająca na założeniu gazy sterylizowanej, nasyconej 10%-owym roztworem dermatol-gliceryny i pozostawionej w uchu na 24 godziny, poczem wraze gruźlicy dośrodkowy koniec gazy czerwienieje, co też w drugim przypadku skonstatowałem. W tym ostatnim przypadku sprawa gruźlicza przeszła prawdopodobnie z dróg oddechowych przez trąbkę EUSTACHIUSZA do ucha

¹⁾ Hagedorn, Ursachen und Folgen der Erkrankungen des Warzentheils und ihre Behandlung. BRÉSGEN'a odczyty kliniczne. 1900. T. III. Z. XII, str. 53.

²⁾ Deutsche klinik am Eingang des 20 Jahrhunderts VIII, str. 215, 265. 1901.

³⁾ Arch. italian. di Otologia X. 2. 1900.

średniego; fakt ten znajduje potwierdzenie w obustronności cierpienia usznego; jest to podług HABERMANN'a ¹⁾ i SCHWABACH'a ²⁾ najczęstsza droga zakażenia. W pierwszym przypadku zakażenie gruźlicze w uchu przeszło zapewne przez naczynia chłonne z gruczołów żołądkowych; o tego rodzaju drodze przejścia zakażenia wspominają BARNIK ³⁾ i HAGEDORN ⁴⁾. Obadwa przypadki zaliczyć należy do zapaleń gruźliczych przewlekłych, jak się z przebiegu okazało. KRETSCHMANN ⁵⁾ nazywa tę postać przewlekłą: *otitis media tuberculosa chronica fibrinoides*, z dobrem rokowaniem, dla odróżnienia od rzadkich, ciężkich ostrych postaci, zdarzających się w ostatnim okresie gruźlicy płucnej z rokowaniem beznadziejnym [KOERNER ⁶⁾]. Powstała w dalszym ciągu choroby bolesność w wyrostkach sutkowych dorosłego chorego objaśnić należy zakażeniem mieszanym (*infectio mixta*) podług obserwacji BARNIK'a ⁷⁾, SCHWABACH'a ⁸⁾, HAGEDORN'a ⁹⁾ i KOERNER'a ¹⁰⁾. KOERNER ¹¹⁾ nazywa na innym miejscu tę bolesną postać gruźlicy: *otitis media tuberculosa atypica*.

Kwestyę operacji zwyczajnej podług SCHWARTZE'go, czy też doszczętniej podług ZAUFAL'a decydować należy, biorąc na uwagę ogólny stan zdrowia i sił chorego. Wówczas w r. 1895, kiedy robiłem operacyę u dziecka z gruźlicą uszną, w przypadkach gruźliczych w wyrostku sutkowym u dzieci nie operowano doszczętnie; dopiero w następnych latach nastąpił zwrot i podawano wskazania do operacji doszczętniej i u dzieci, jeżeli stan ogólny był dobry, na co zwrócili uwagę przedewszystkiem JANSEN ¹²⁾, KRETSCHMANN ¹³⁾, HAGEDORN ¹⁴⁾, BARNIK ¹⁵⁾. HEGETSCHWEILER ¹⁶⁾, zaś wykonywa wpierv operacyę podług SCHWARTZE'go, wrazie zaś jeżeli zabieg ten nie wystarcza, operuje po

1) Ueber die tuberculöse Infection des Mittelohrs, Prager Zeitschrift f. Heilkunde. 1885. 6 tom. Neue Beiträge zur pathologischen Anatomie der Tuberculose des Gehörorgans. Prager Zeitschr. f. Heilk. 1888. 9 tom.

2) Ueber Tuberculose des Mittelohrs. Berl. Klinik. Z. 114. 1897.

3) a) Klinische und pathologisch-anatomische Beiträge zur Tuberculose des mittleren und inneren Ohres. Arch. f. Ohrenh. T. 40. 1896, str. 81; b) Die tuberculösen Erkrankungen des Gehörorgans. Odczyty kliniczne. HAUG'a t. III. Z. IV, str. 113.

4) l. c. (13) str. 50.

5) Die Tuberculose des Mittelohres. Odczyty BRESGEN'a, t. 4, N. 4, str. 110.

6) Die eitrigen Erkrankungen des Schläfenbeins. 1899, Wiesbaden. BERGMANN, str. 133—135.

7) l. c. str. 129.

8) l. c.

9) l. c. str. 57.

10) Monatschrift f. Ohrenheilkunde. 1894. N. 9.

11) l. c. str. 137.

12) l. c.,

13) l. c. str. 115.

14) l. c. str. 56.

15) l. c. str. 137.

16) Die Tuberculose des Ohres mit Ausgang in Heilung. Zeitschrift f. Ohrenh. XLIII, str. 2, 3, 5, 6.

raz drugi doszczętnie. KRETSCHMANN ¹⁾ radzi nie dopuszczać przez dłuższy czas do zamknięcia rany zewnętrznej, celem kontrolowania kości, mającej skłonność do próchnienia. Z tej też racji plastyki nie wykonałem, bo płat plastyczny przeszkadzałby kontrolowaniu.

III) Erna L., córka fabrykanta, 13 lat licząca, radziła się mnie skutkiem zatkania nosa, długotrwałego, rzadko przerywanego kataru nosa; narzekała też na bóle głowy, oraz szum w prawym uchu od 24-ch godzin. 19-go czerwca 1899 r. skonstatowałem u niej wyrosła adenoidalne i katar trąbek EUSTACHIUSZA w lekkim stopniu przy normalnym słuchu. Następnego dnia wykonałem operację wyrosła adenoidalnych u chorej i jednocześnie u jej młodszej siostry, lat 10 liczącej. W przeciągu tygodnia rany pooperacyjne zagoiły się u obydwóch sióstr. 4-go lipca wezwano mnie do chorej Erny, która skarżyła się na silny ból w prawym uchu od dnia wczorajszego. Badanie prawego ucha wykazało silne zaczerwienienie błony bębenkowej, przyczem młotka wcale nie było widać. Wyczuwałem palcem pod wyrostkiem sutkowym powiększony gruczoł. Rozpoznanie: *otitis media acuta dextra*. Zaordynowałem karbol z gliceryną [4%] i okłady pod ceratką. Ciepłota 37,6°; następnego dnia zaczęło ciec z prawego ucha; bóle w uchu ustały; widoczne było tętnienie. 11-go lipca wyciek ropy z ucha ustał; ciepłota 39°; po przecięciu błony pokazała się mała ilość ropy; jednocześnie powstał silny ból w prawym wyrostku sutkowym przy dotknięciu; przystawiono 3 pijawki za uchem; następnego dnia powtórnie wykonać musiałem przecięcie błony bębenkowej z powodu zamknięcia otworu z dnia poprzedniego; ciepłota 39,2°; zastosowałem aparat LEITER'a za uchem. 13-go lipca stan chorej bez zmiany, ciepłota 39,1° wieczorem. 14-go lipca była dokonana operacja; asystował kol. LIKIERNIK i ja. Przy operacji okazało się próchnienie wyrostka sutkowego; ziarnina w niewielkiej ilości, którą wyskrobano; przy rozszerzaniu rany zewnętrznej uszkodzoną została zatoka poprzeczna; nastąpiło silne krwawienie, zalewające całe pole widzenia, wskutek czego musiano operację zakończyć zatamponowaniem zatoki i rany w wyrostku sutkowym. 19-go lipca nastąpiła pierwsza zmiana opatrunku; po wyjęciu tamponu z uszkodzonej zatoki nastąpiło znowu silne krwawienie, zatamowane powtórnie zatamponowaniem gazą jodofermową. Do d. 21-go lipca ciepłota była normalna. Tego dnia przed drugą zmianą opatrunku ciepłota raptem podniosła się do 39,2°. Następnego dnia o 3-iej po poł. ciepłota znowu podniosła się do 38,4°; po 3-iej zmianie opatrunku c. zeszła do normy. 24-go lipca o 4-iej pp. c. znowu podniosła się do 38°; po zmianie opatrunku zeszła do normy. 26-go lipca o 5-iej pp. c. 37,5°; zmiana opatrunku. Potem aż do końca sierpnia ciepłota ani razu się nie podniosła, pozostając w granicach normy. Opatrunki zmieniano co 2—3 dni; chora zupełnie wyzdrowiała d. 1-go września. Rozpoznanie: *otitis media purulenta acuta dextra*. *Osteitis tuberculosa processus mastoidei dextri*. *Ruptura traumatica sinus transversi*.

¹⁾ l. c. (20) str. 116.

Przypadek powyższy, przeze mnie do czasu wyzdrowienia obserwowany, z wielu względów był bardzo ciekawy. Jak się podczas operacyi okazało, zmiany w wyrostku sutkowym były stare. Być może, że operacya wyrosła adenoidalnych grała rolę urazu, który spowodował wybuch uspionej choroby w wyrostku sutkowym, jak to bywa np. przy urazach kolanowych, wywołujących t. zw. *tumor albus* w takich naturalnie przypadkach, w których już przed urazem była skryta sprawa gruźlicza w kolanie. Możliwym jest także objaśnienie powstania ostrych objawów w wyrostku sutkowym przez samo zapalenie ucha średniego, które może się już szykowało bez wpływu operacyi wyrosła adenoidalnych [szum w prawem uchu na dwa dni przed pierwszą operacyą]. Obraz choroby był tak klasyczny, że nie było dwóch zdań co do rozpoznania choroby. Otóż był to przypadek pierwotnego zapalenia gruźliczego kości wyrostka sutkowego, które między innymi opisał KÜESTER ¹⁾; stawia on je na równi z pierwotnymi ogniskami gruźliczemi w innych kościach. Wszystko przemawiało za tem rozpoznaniem: skryta, stara sprawa, połączona z próchnieniem kości wyrostka sutkowego; przebieg bezbolesny w wyrostku sutkowym pod wpływem zapalenia ucha średniego i zakażenia mieszanego przeszedł w okres podostry, połączony z silnym bólem w wyrostku sutkowym. Dowodem pierwotnego zapalenia gruźliczego wyrostka sutkowego w moim przypadku jest powstanie choroby w wyrostku sutkowym przed zapaleniem ucha średniego ²⁾. Gruczoł poniżej prawego wyrostka sutkowego był powiększony. HAUG ³⁾ zwrócił uwagę na powiększenie tego gruczołu, które się zdarza przy sprawach gruźliczych pierwotnych wyrostka sutkowego i już w okresie bezobjawowym wzbudza podejrzenie umiejscowionej gruźlicy; badając tkankę tego gruczołu pod mikroskopem, znajdujemy w niej zmiany gruźlicze. W moim przypadku badania mikroskopowego nie wykonano.

Rokowanie w tej postaci gruźlicy jest dobre ze względu na umiejscowienie choroby. Zwłaszcza wobec opisanych, dobrych wyników pooperacyjnych nawet w ciężkich postaciach pierwotnego zapalenia gruźliczego wyrostka sutkowego przez KNAPP'a ⁴⁾, BARTH'a ⁵⁾ i BRIEGER'a ⁶⁾ można było w danym przypadku tembardziej być pewnym dobrego wyniku operacyi. Operacya metodą SCHWARTZE'go była dostateczna i usunęła wszystkie ogniska podejrzone.

Niestety, przypadkowe uszkodzenie zatoki poprzecznej podczas operacyi stanęło na przeszkodzie normalnemu przebiegowi po operacyi. Uszkodzenie zatoki poprzecznej w każdym razie należy zaliczyć do urazów niebezpiecz-

¹⁾ Deutsche med. Woch. 1889. N. 13, str. 255.

²⁾ BARNIK. l. c., str. 134.

³⁾ Primäre centrale Tuberkulose des Warzenfortsatzes, im Anfange eine Neuralgie vortäuschend. Arch. f. Ohrenh. t. 33, str. 164.

⁴⁾ Ein Fall primärer Tuberkulose des Warzenfortsatzes. Zeitschrift f. Ohrenh. t. 26, str. 152.

⁵⁾ Zeit. f. Ohrenh. t. 38, str. 330.

⁶⁾ Verhandl. der deutschen otolog. Gesell. X, str. 142. 1901.

nych ¹⁾, powodujących możliwość zakażenia rany zatoki ²⁾, nawet przy najściślejszem zachowaniu przepisów aseptyki; zaburzenia obiegu krwi, powstające wskutek zatamponowania i podrażnienia rany zatoki ³⁾, mogą wywołać w tych warunkach zator ścienny ⁴⁾, lub nawet ropnicę ogólną. PIFFL ⁵⁾ opisał 4 przypadki uszkodzenia zatoki poprzecznej bez żadnych złych następstw. STURM i SUCKSDORF ⁶⁾ spostrzegali w klinice KOERNER'a przypadek uszkodzenia zatoki poprzecznej, w którym w 17 dni po operacyi wystąpiły dreszcze i gorączka ropnicowa; po podwiązaniu żyły szyjnej i otwarciu zatoki z zatorem ściennym, chory wyzdrowiał. GRUNERT i ZERONI ⁷⁾ również opisali taki przypadek; po podwiązaniu żyły szyjnej 9-letni chory wyzdrowiał po miesiącu. Szkoła SCHWARTZE'go ostatnich lat [LEUTERT, HESSLER, GRUNERT, ZERONI] jest ogromnie pochopna do podwiązywania żyły szyjnej; podwiązują oni żyłę szyjną nawet zapobiegawczo przy zatorach zatoki poprzecznej, gdy JANSEN, BRIEGER czynią to przy pewnych, ścisłych wskazaniach, uznając niebezpieczeństwo podwiązania żyły szyjnej wobec zatorów ściennych z powodu powstać mogącego zastojowi krwi w kierunku domózgowym (*oedema cerebri*) ⁸⁾. Z tych ostatnich względów dobrze się też stało, że w opisanym przeze mnie przypadku żyły szyjnej nie podwiązano. Przypadek opisany objaśnić się da w następujący sposób: po uszkodzeniu zatoki poprzecznej musiało wyniknąć lekkie zakażenie zatoki z wydzieliną rany wyrostka sutkowego, pomimo zachowania wszelkich ostrożności pod względem aseptyki; skutkiem ucisku tamponu musiał powstać zator ścienny w zatoce poprzecznej. T. HEIMAN [Medycyna. № 35—39. 1897 r.] opisał podobny przypadek [№ 7] z wyzdrowieniem.

[C. d. n.].

¹⁾ HEINE. Operationen am Ohr. Berlin. 1904. Karger, str. 134.

²⁾ ibidem, str. 131.

³⁾ ibidem, str. 133.

⁴⁾ WITTE i STURM. Zeit. f. Ohrenh. t. 39, str. 75.

⁵⁾ Arch. f. Ohrenh. t. 51, str. 154.

⁶⁾ Zeit. f. Ohrenh. t. 41, str. 116.

⁷⁾ Arch. f. Ohrenh. t. 49, str. 119.

⁸⁾ ROHRBACH. Beiträge zur klin. Chir. t. 17 i LINSER ibidem t. 28.

ODCINEK.

Z powodu reorganizacji szkoły felczerskiej.

Sprawa felczerska od lat kilkudziesięciu oczekuje napróżno należytego rozwiązania. Instytucja felczersów, istniejąca niegdyś w całej Europie, została od dawna już wszędzie zniesiona. Gdy zniknęły okoliczności, które w wiekach zamierzchłych zrodziły ją, musiała ona upaść, nie bez walki zresztą ze strony felczersów. Główną przyczyną powstania instytucji felczersów był powszechny brak lekarzy wykwalifikowanych. W wiekach średnich przy niezmiernie częstem występowaniu chorób epidemicznych, zarazy, wszędzie było wielkie zapotrzebowanie pomocy lekarskiej. Stąd wytworzyły się różne rodzaje specjalistów, oddających się leczeniu.

U nas, podobnie jak w Europie Zachodniej, praktyką lekarską zajmowali się łąziebnicy, balwierze, kowale, różnego rodzaju *znawcy*, *znachorzy*, *namawiacze*, *nadciągacze*, *baby* i t. d. i t. d. Do tejże kategorii empiryków należeli felczery - chirurdzy, zajmujący się początkowo złamaniami i zwichnieniami. Instytucja ta trwała długie wieki pomimo walk przeciw niej podejmowanych: związki, cechy, jakie tworzyli felczery, opierały długo wszelkie przeciw nim zwracane ciosy. Wreszcie jednak, pod wpływem nowych potrzeb czasu instytucja ta została w Europie Zachodniej zniesiona, a na jej miejsce utworzono klasę infirmierzy i infirmierek, odpowiednio przygotowanych do pielęgnowania chorych pod kierunkiem lekarza.

W Królestwie Polskiem, dzielącym losy państwa rosyjskiego, i sprawa felczersów została uzależnioną od stanu rzeczy w Cesarstwie. Wielkie przestrzenie Cesarstwa przy małym zaludnieniu i wysoce niedostatecznej liczbie lekarzy sprawiają, że tam potrzeba felczersów być może trwa w dalszym ciągu. Zwłaszcza gdy ziemstwa rosyjskie zaczęły organizować pomoc lekarską dla ludności wiejskiej, zarówno ogólny brak lekarzy, jako też i względy natury materialnej zmusiły do wprowadzenia niższego, niedostatecznie wykwalifikowanego personelu lekarskiego. Posterunki, t. zw. punkty lekarskie, musiały obsadzać przez felczersów. Z konieczności tylko i jedynie z braku lekarzy powierzano felczersom obowiązki, do których, zdaniem władz administracyjnych i ziemstw, nie byli przygotowani. Co więcej, wielki brak personelu lekarskiego musiał być to pociągać za sobą, że chcąc zwiększyć zastępy felczersów, obniżano poziom naukowy szkół felczerskich. Zresztą zależnie od potrzeby i zależnie od większej lub mniejszej frekwencji mieszkańców danej dzielnicy, do szkoły felczerskiej przystosowywano odpowiednie programy. Wychodząc z założenia, że wstępującym do szkół felczerskich nie należy stawiać zbyt wysokich wymagań, co byłoby równoznaczne z niedopuszczeniem do szkoły dzieci włościan ¹⁾, od kandydatów do szkoły felczerskiej ziemskiej—według normalnej ustawy z dnia 19.X. 1872—wymagana jest jedynie umiejętność czytania i pisanja po rosyjsku oraz znajomość ważniejszych modlitw (§ 7). Tak przygoto-

¹⁾ Wypiska iz Żurnała Med. Sowieta. 18-go marca. 1897. N. 146.

wani młodzieńcy słuchają następnie w ciągu lat trzech wykładów specjalnych z zakresu anatomii, fizjologii, chirurgii, terapii obok przedmiotów ogólnie kształcących. Zgodnie z postanowieniem Min. Spr. Wewn. z dnia 18.III.1897 program szkół felczerskich, pozostających pod kierunkiem Min. Spraw Wewn., został rozszerzony. Kandydaci winni ukończyć szkółkę ludową z kursem trzy-letnim albo też mieć odpowiednie wykształcenie domowe. Ci już w szkole przechodzą obszerny kurs nauk lekarskich: anatomia, fizjologia, patologia, terapia, farmakognozja, farmacja, farmakologia, desmurgia, mechanurgia, chirurgia, higiena, a oprócz tego szereg przedmiotów ogólnych. Zresztą najrozmaitsze szkoły felczerskie mają oddzielne programy, jak np. saratowska, tobołska, mohylowska, omska i t. d. i t. d.

Wprawdzie w Królestwie Polskiem obowiązują odrębne przepisy o felczerach, szczegóły z państwa rosyjskiego przytoczyłem jednak z tego powodu, że stan sprawy felczerskiej i ustawodawstwo odnośnie w Rosyi niewątpliwie wywiera zasadniczy wpływ na nasze stosunki. Lecz i w ziemstwach rosyjskich rozpoczął się od kilkunastu lat poważny ruch przeciwko felczeryzmowi. Pierwotnie ziemstwa, z braku lekarzy i ze względów oszczędności, złożyły znaczną część pracy na barki felczerów. Wkrótce jednak doświadczenie wykazało, że felczerzy nie odpowiadają zadaniu. Wówczas postanowiono, iż złemu zaradzić można przez podniesienie poziomu wykształcenia felczerów. Zaczęto zakładać szkoły felczerskie, zbliżające się nawet do kursów uniwersyteckich [szkoła przy Roźdiestwienskoj bolnicy w Petersburgu]. Lecz i ta próba oczekiwanych rezultatów nie wydała. Wobec tego rozpoczął się w ziemstwach ruch poważny w kierunku zastąpienia felczerów przez lekarzy. Zwłaszcza ziemstwo moskiewskie energicznie w tym kierunku akcyę ujawniło.

U nas cech felczerski istniał już w XVI-ym wieku. Wobec niewielkiej liczby lekarzy w większych miastach, a zupełnego ich braku po wsiach i miasteczkach, jedynie felczerzy pełnili praktykę lekarską, dzieląc ją z łąziebnikami, znachorami i t. d. Po raz pierwszy założono u nas szkołę felczerów w 1736 r. Następnie z biegiem czasu przy wzroście liczby lekarzy zakres praw i obowiązków felczerów zmniejszał się, jakkolwiek tylko formalnie, a nie w rzeczywistości. W instrukcyi dla felczerów szpitalnych z d. 5.VI. 1835 r. bardzo wyraźnie zaznaczono, iż mogą oni spełniać jedynie zlecenia lekarzy i nie mają prawa do jakichkolwiek czynności samodzielnych. Instrukcyja ta była zgodna zresztą ze stopniem wykształcenia, jaki dawała felczerom szkoła felczerska, według ustawy zatwierdzonej 5.IV. 1837 r. W § 1-ym ustawy oznaczony jest cel i przeznaczenie felczerów. „Szkoła felczerów jest zakładem naukowym dla kształcenia indywidualów do dozorowania i opatrywania chorych“. Kandydat do szkoły powinien [§ 16] umieć dobrze czytać i pisać po polsku, nadto ma znać 4 działania arytmetyczne. Cały program nauk [dwuletni] wskazuje, że prawodawca miał na myśli wytworzenie niższych funkcyonaryuszów lekarskich, którzy mają być wykonawcami zleceń lekarza przy pielęgnowaniu chorych.

Ten sam charakter felczerów utrzymuje instrukcyja 1838 r., dotychczas obowiązująca ¹⁾. „Felczerzy przy wykonywaniu dozwolonej im praktyki pozostają pod nadzorem lekarzy [§ 2]. Felczer ma prawo [§ 3]: wykonywać niektóre drobne rękoćzyny chirurgiczne [puszczanie krwi, stawianie baniek; otwierać powierzchowne ropnie, nastawiać zwichnienia, leczyć zwykłe złamania, wrywać zęby], opatrywać wrzody, nie mieszając się do leczenia ich jakikolwiek bądź sposobem; zakładać opatrunki i t. p. Wszystkie powyższe

¹⁾ Swod uzakonienij po wraczebnoj czasti w Imperji. (Wyd. dep. lek.). S-Pet. 1896. Dział II, str. 248.

porady w miejscach, gdzie jest lekarz lub gdzie lekarz łatwo może być wezwany, felczer ma prawo udzielać nie inaczej, jak tylko z wiedzą lub z rozkazu lekarza. Przepisywanie recept wzbrania się felczerom [§ 3]. Wrazie braku lekarza felczer ma udzielać pomocy w przypadkach otrucia lub pozornej śmierci [§ 4]. Zresztą felczer obowiązany jest ściśle wykonywać zlecenia lekarza [§ 5]. Dla należytego spełnienia obowiązków felczer powinien posiadać przyrządy chirurgiczne [§ 6]. W miastach, gdzie niema lekarzy etatowych, felczerzy obowiązani są: szczepić ospę, w razie chorób epidemicznych wykonywać zlecenia, jakie im będą dawane; na żądanie władzy mają oglądać chorych podejrzanych o chorobę zakaźną [syfilis, ospa, świerzba i t. d.] i zawiadamiac lekarza obwodowego i władze policyjne; wszelkie rozporządzenia lekarza obwodowego winni wykonywać dokładnie; wreszcie felczerzy etatowi [powiatowi] mają na żądanie lekarza wolnopraktykującego pielęgnować chorych ubogich albo też niezamożnych urzędników, przyczem winien spełniać zawsze zlecenia lekarza [§ 7]. Takie są obowiązki felczerów według prawa.

Zobaczmy teraz, co się dzieje w rzeczywistości i jakie felczer otrzymuje wykształcenie.

Według przepisów prawa felczer przed wstąpieniem do szkoły i przed uzyskaniem stopnia felczerskiego powinien przedstawić dowód odbycia praktyki w szpitalu. Niegdyś, kiedy na oddziałach szpitalnych pracował jeden tylko ordynator, z konieczności musiał posługiwać się pomocą felczera, który w ten sposób zdobywał pewną praktykę, bo wówczas felczer był jedynym pomocnikiem ordynatora. Obecnie na wszystkich oddziałach szpitalnych znajdują się liczni asystenci, którzy spełniają przy chorych wszystkie czynności, spełniane dawniej przez felczerów. Felczer na oddziale układa relewę, prowadzi dziennik chorych, układa sprawozdania miesięczne, spełnia czynności administracyjne. Do czynności zaś, które mają wzbogacać jego wiedzę lekarską, należy jedynie stawianie baniek, niekiedy dawanie lawatyw i niestety, co jest zgoła niewłaściwe—niekiedy wpisuje do receptaryusza recepty. Ta ostatnia czynność wiedzy jego lekarskiej nie zwiększa, natomiast daje mu broń, z którą może już przystąpić do praktyki prywatnej. Na oddziałach chirurgicznych, gdzie felczerzy niegdyś głównie mieli czynności, rola ich znacznie ograniczoną została: nawet znaczną część czynności przygotowawczych do operacji, sterylizację bielizny i opatrunków i t. d., obecnie ordynatorzy powierzają nie felczerom, lecz bardziej inteligentnym posługaczom. To, co się zwykle nazywa praktyką szpitalną dla felczera, polega głównie na czynnościach kancelaryjnych: dyżury w kancelaryi szpitalnej, zapisywanie świeżo przybywających chorych, oraz czynności kancelaryjne na oddziałach. Zresztą wobec bardzo lichej pensyi, jaką pobierają felczerzy, nie można się dziwić zbytnio, iż poświęcają oni bardzo mało czasu szpitalowi. Nie mogą też spełniać i nie spełniają czynności przy pielęgowaniu chorych, do czego by się najwięcej może nadawali i co jest istotnie pilną potrzebą naszych szpitali. Cała więc tak zwana praktyka felczerów w szpitalu jest fikcją, utrzymywaną jedynie dlatego, że tego wymaga ustawa szkoły felczerskiej. Ze chodzi tu tylko o spełnienie litery prawa, świadczy fakt, iż szkoła nie żąda żadnych informacji co do praktyki ucznia felczerskiego od ordynatora, który jedynie wszakże mógłby o tem istotnych wiadomości udzielić. I niestety, wszyscy ordynatorzy i lekarze szpitalni wogóle mogą zgodnie stwierdzić, że pobyt paroletni w szpitalu nie daje felczerowi pod względem lekarskim żadnej wiedzy, dając mu jedynie umiejętność nauceńia się nazw chorób i pisania recept.

Tak przygotowanym, a raczej nieprzygotowanym uczniom daje szkoła garść teoretycznych wiadomości z zakresu nauk lekarskich. Wiadomości te są

albo nieużyteczne, albo zgoła niezrozumiałe dla praktykantów felczerskich i nie mogą też być przez nich należycie i odpowiednio sobie przyswojone.

Jednakże po odbyciu odpowiednich egzaminów uczeń otrzymuje świadectwo i zyskuje przez nie prawo do praktyki.

I gdzie następnie felczer taki ma pracować? W szpitalu, jak mówiliśmy, jest on zgoła bezużyteczny i niepotrzebny. Część obowiązków, włożonych na felczera przez ustawę szpitalną, mogą spełniać lekarze, część zaś — odpowiednio do tego uzdolnieni pielęgniarze. Sprawa pielęgnowania chorych w szpitalach jest istotnie jedną z bolączek naszych. Instytucje samorządne w sprawę tę będą musiały wejrzeć i uregulować ją, jako jedną z pierwszych. Lecz w tym względzie obecni felczery zużytkować się nie dadzą. Instytucja felczarów w tym kierunku przekształcić się nie da: instytucja to zbyt dawna, zbyt zakorzeniona w życiu społecznym, by dzisiejszych felczarów, zajmujących pewne stanowisko społeczne, odgrywających rolę surogatu lekarzy, dało się prowadzić do roli wyłącznie pielęgniarzy.

Poza szpitalem pozostaje dla felczera przy obecnych warunkach ogromne pole do działalności w prywatnej samodzielnej praktyce. Pod względem prawnym samodzielna praktyka jest felczerowi wzbroniona; za samoistne leczenie i wydawanie recept felczer może być pociągnięty do odpowiedzialności karnej. Zresztą odpowiedzialność nie jest zbyt surową. § 104 ustawy sądów pokoju głosi: kto dla zysku osobistego, nie mając prawa do praktyki lekarskiej, przyczyni uszczerbek na zdrowiu, podległym będzie aresztowi do trzech miesięcy lub też karze do 300 rb. Aby jednakże lekowanie, jako karygodne uważane zostało, potrzeba dowieść obwinionemu, że używał środków trujących lub gwałtownie działających [ust. lek. art. 87⁴]. U w a g a: artykuł ten nie odnosi się do osób, które ze względów filantropijnych bezinteresownie porady udzielają. Zresztą — jak widzimy — groźne nie są: felczer łatwo może usprawiedliwić się, że nie używał środków gwałtownych lub że działał przez filantropię. Zarówno łagodność w tym względzie prawa, jako też zakorzenione zwyczaje pod wpływem najrozmaitszych czynników społecznych sprawiają, że praktykę lekarską felczery wykonywają na wielką skalę. Ile stąd krzywdy, ile złego dzieje się ludności zwłaszcza ubogiej, wiedzą wszyscy, którzy stykają się z życiem. Literatura nie tylko lekarska, lecz i ogólna od wielu lat zaznacza smutne fakty fuszerki felczerskiej. Felczer zupełnie nieprzygotowany do samodzielnego leczenia, pozostawiony samemu sobie na wsi lub w małym miasteczku, ileż złego wyrządzić może. Tu on, nadużywając swego stanowiska, podaje się fałszywie za lekarza, tu leczy bezprawnie zupełnie samodzielnie, sporządza i rozdaje lekarstwa, wreszcie niesumienne lub nieumiejętnie spełnia zlecenia, wydawane przez lekarzy.

Zresztą często smutne warunki pchają wprost felczarów do nadużyć. Trzeba pamiętać, że życie utrudniło obecnie felczerom środki legalnego zarobkowania. Pod wpływem naturalnego rozwoju społecznego znaczna część dawniejszych zajęć felczarów odpadła od nich, a przeszła w ręce lekarzy [zwłaszcza cała chirurgia]. I owo ograniczanie ich zajęć naturalnym biegiem wypadków musi wciąż wzrastać. Do pielęgnowania chorych felczery nie nadają się. Stąd też felczery obecnie coraz bardziej szukają środków utrzymania w stałych posadach, albo też byt swój opierają na zajęciach pobocznych [golenie, fryzjerstwo]. W takich warunkach wprost walka o byt musi nieraz posuwać felczarów do nadużyć, do matactwa. Wobec tego byt wielkiej masy felczarów¹⁾ wywołuje wśród nich dążność do jakichś reform. Intelligentniejsi

¹⁾ Według obliczeń Komitetu Warsz. Tow. Lek. w 1884 r. liczba felczarów w Królestwie przekraczała 4000.

ich przedstawiciele widzą ratunek sprawy w podniesieniu poziomu ich wykształcenia. Niestety, i ze stanowiska ich interesów jest to złudzenie. Martwej z istoty i skazanej na zagładę instytucji nie można ożywić tak sztucznymi środkami.

I pomimo to wszystko, pomimo licznych nawoływań prasy, pomimo głosów społeczeństwa, ludność pozostaje wciąż w rękach felczerów - fuszerów. A jednak u nas nie można powoływać się na takie warunki, jakie panują w Cesarstwie: u nas niema ani takich przestrzeni niezaludnionych, jak tam, u nas niema takiego braku lekarzy. W każdym niemal miasteczku i osadzie znajduje się już lekarz. I niewątpliwie napływ lekarzy, skupionych obecnie po większych miastach, byłby znacznie większy do wsi i osad, gdyby zwiększyły się szanse utrzymania dla lekarza, utrudnione ze względu na liczną rzeszę felczerów, osiadłych po miasteczkach. Wszakże w najmniejszych nawet osadach obecnie praktykuje po paru lub więcej felczerów. Konkurencja z nimi jest nieraz dla lekarza niemożliwa.

Załatwienie sprawy felcerskiej dla nas jest jedno: instytucja felczerów musi być zniesiona całkowicie. I w tym względzie przez lekarzy przemawia nie interes osobisty, lecz obiektywny pogląd na zjawiska społeczne. W przyszłości niewątpliwie nie będzie miejsca dla takiego pośredniego stanu niedoczonych, niewykwalifikowanych empiryków-lekarzy. W przyszłości i u nas — jak to już dzieje się za granicą — będą tylko dwa jasno określone typy pracowników lekarskich: lekarze wykwalifikowani i pielęgniarze. Przekształcenia takiego życia domaga się u nas pilnie, bo gwałtownie już odczuwaną jest potrzeba dobrych, odpowiednio uzdolnionych pielęgniarzy i pielęgniarek.

Jak już wzmiankowaliśmy, instytucja felczerów na pielęgniarzy przekształcić się nie da. Za jedyne przeto rozwiązanie sprawy poczytujemy: 1) zniesienie szkół felcerskich, 2) pozwolenie istniejącym felczerom pełnić dotychczasowe obowiązki do śmierci, 3) w Warszawie i w miastach gubernialnych utworzenie szkół kształcenia dozorców i dozorczyń chorych, pielęgniarzy i pielęgniarek, na wzór niemieckich *Krankenwärter* i francuskich *Infirmiers*.

Pozostaje jeszcze do omówienia jedna dziedzina działalności felczerów — mianowicie felczerzy fabryczni i kolejowi. Pod tym względem są nawet lekarze, którzy uznają niezbędność istnienia felczerów. W pojmowaniu takim tkwi wyraźne nieporozumienie. Lekarze kolejowi, a zwłaszcza fabryczni, pobierając niskie pensje i nie mogąc z tego powodu całkowicie oddać się przyjętem u siebie obowiązkowi, z konieczności muszą w znacznej mierze wyręczać się felczerami. Gdyby im odjęto pomoc felczerów przy zachowaniu płacy, jaką pobierają, nie mogliby podołać obowiązkowi, ponieważ w istniejących warunkach muszą poza obowiązkami w fabryce lub na kolei, zarobkować prywatnie. Zresztą często obowiązki te są tak rozległe, iż lekarz sam nie jest w stanie ich spełniać. Gdyby jednak odpowiednio powiększono im płacę, albo też gdyby na miejsce dotychczasowych felczerów wprowadzono lekarzy, sprawa rozwiązałaby się bardzo łatwo. Nie ulega wątpliwości, że na miejsce obecnych felczerów znaleźliby się lekarze, którzyby podjęli się tej pracy. Zresztą pogląd taki i logicznie nie wytrzymuje krytyki. Względ natury praktycznej, — potrzeba ulżenia ciężaru lekarzom kolejowym i fabrycznym nie może obalić skądinąd słusznej zasady, że ludności nie należy dawać surogatu szkodliwego pomocy lekarskiej, gdy istnieją w dostatecznej liczbie lekarze wykwalifikowani. Z warunków istniejących na kolejach nie można wysnuwać wniosku na rzecz utrzymania instytucji felczerów, lecz jedyny stąd wniosek, że konieczną rzeczą jest przekształcenie pomocy lekarskiej w fabrykach i na kolejach, chociażby to miało nawet podnieść kosztą pomocy lekarskiej dla tych fabryk

i kolei. Dotychczas w tych instytucjach istnieje zwyczaj, iż najczęściej pierwszą wizytę u chorego załatwia felczer, który decyduje, czy jest potrzebna następna wizyta lekarza. Zwyczaj ten jest pod każdym względem niewłaściwy. Pierwszą wizytę bezwarunkowo powinien zawsze odbywać lekarz i on powinien decydować, czy są w dalszym ciągu potrzebne wizyty lekarza, czy też wystarczy bytność dozorczy, pielęgniarsza i t. p.

Takie jest zasadnicze stanowisko w sprawie felczerskiej. Sprawa ta dziś ponownie została poruszona z powodu zamierzonej przez władze reorganizacji szkoły felczerskiej. Czy dziś ta sprawa będzie załatwiona w myśl żądań społeczeństwa, przesądzać nie chcemy. Musimy jednak przypomnieć, że to, z czem dziś występujemy, społeczeństwo za pośrednictwem instytucji, towarzystw naukowych, czasopism i t. p. niejednokrotnie wypowiadało. W różnych czasach powtarzano identyczne argumenty i wyprowadzono jednaki wnioski. Najbardziej może imponujący dokument posiadamy w tym względzie z 1864 r. Wówczas z polecenia prezydującego Komisji rządowej oświecenia publicznego, hr. WIEŁOPOLSKIEGO członkowie Szkoły Głównej w projekcie ustawy Uniwersytetu Warszawskiego złożyli memoriał w sprawie felczerów. Do słów tego memoriału nieomal nic więcej dziś dodać nie potrzeba. „Zdaje się, iż uwagi te—czytamy w memoriale—powinny uzasadnić konieczność radykalnej reformy w tej części służby zdrowia publicznego. Nieda się ona zaś inaczej przeprowadzić, jak zapomocą zupełnego zniesienia instytucji felczerów. Wszystkie państwa już to pojęły, i felczerów, ten ostatni odłamek średnio-wiecznych chirurgów, zupełnie skasowały. Jest jednakowoż potrzeba ludzi, obznajmionych ze sposobami chodzenia około chorych i niesienia im właściwej niższej posługi. Takich ludzi nie podobna już utworzyć z dzisiejszych felczerów. Ci więc, co są, niech sobie pozostaną do śmierci na swych prawach lub przekształcą się na fryzjerów. Na ich miejsce potrzebna jest inna instytucja ludzi ze skromniejszym przeznaczeniem, ale nierównie odpowiedzialniejszym potrzebom społeczeństwa. Głównym ich zadaniem ma być posługa około chorych pod okiem samych rodzin lub lekarzy, bez możności najmniejszej inicjatywy w sprawie leczenia. Takiego powołania ludzie od dawna są we Francji, w Anglii, w Niemczech. Noszą oni nazwę *Infirmiers*, *Krankkürwörter*, *Gardes-Malades*...”

W r. 1875 analogiczne żądania wystawiło Towarzystwo Lekarskie Lubelskie.

Później w r. 1884, kiedy władze poruszyły sprawę reorganizacji szkoły felczerskiej, Warszawskie Towarzystwo Lekarskie utworzyło do rozpatrzenia sprawy specjalny Komitet [w którego skład wchodził: DOBRZYCKI, FABIAN, FLORKIEWICZ, JASIŃSKI, ZYGM. KRAMSZTYK, STANISŁ. MARKIEWICZ i, WILCZKOWSKI]. Komitet ten bardzo sumiennie wziął się do zbadania sprawy, zwrócił się o informacje szczegółowe do inspektorów gubernialnych i ich pomocników, do lekarzy powiatowych, szpitalnych, kolejowych, fabrycznych oraz wszystkich w kraju lekarzy wolnopraktykujących. Na podstawie takiej ankiety i materiałów przygotowanych przez ów Komitet Towarzystwo Lekarskie przyjęło następujące wnioski:

1) Tow. Lekarskie wnosi, aby władza, idąc za przykładem innych państw, zniosła szkołę felczerów i uchyliła prawo wydawania dyplomów felczerskich komukolwiek to prawo przysługuje, aby z biegiem czasu sama instytucja felczerów istnieć przestała.

2) W zamiar instytucji felczerów Tow. Lek. proponuje: a) ustanowić w Warszawie i w każdym mieście gubernialnym szkoły dla kształcenia dozorców i dozorechnych chorych, aby dostarczyć ludności dostateczną liczbę osób należycie uzdolnionych do pielęgnowania chorych i spełnienia zaleceń lekarza; b) w celu zapewnienia odpowiedniej pomocy lekarskiej ludności wiejskiej

przeprowadzić odpowiednią organizację służby zdrowia, polegającą na urządzeniu dostatecznej liczby szpitali gminnych.

3) Tow. Lek. uznaje za będące na czasie przejrzanie ustaw karnych, odnoszących się do bezprawnego leczenia z powodu, iż obecne ustawy do ograniczenia nadużyć się nie przyczyniają.

W 1892 r. znów władze poruszyły sprawę reformy Warszawskiej szkoły felczerskiej. Wówczas Kronika Lekarska ogłosiła kwestyonaryusz w sprawie felcerów. Wyniki badania sprawy opracował dr HEWELKE w postaci wniosków, zupełnie zgodnych z powyższymi.

Wreszcie w odpowiedzi na kwestyonaryusz szpitalny prokuratora TURAU'a lekarze warszawscy w 1900 r. wystąpili z motywowanym wnioskiem zniesienia instytucji felcerów. Takie losy przechodziła sprawa projektów w sprawie felczerskiej.

Dziś znów poruszona jest sprawa reorganizacji szkoły felczerskiej. Dziś znów lekarze powołani są do narad w tej sprawie. Czy rady ich spotka los dawniejszych debatów, przyszłość okaże. W każdym bądź razie autorzy memoriału z 1864 r. zapewne nie przypuszczali, by potomkowie ich w XX-ym w. musieli używać tychże argumentów dla przekonania kogo należy w tej jasnej już wówczas sprawie.

W. Męczkowski.

List otwarty do Redakcyi Gazety Lekarskiej.

SZANOWNNY PANIE REDAKTORZE!

Krótką notatką moja o stanie obecnym szpitala S-go Stanisława wywołała replikę ze strony dra SZWAJCERA, który w ciągu dłuższego czasu sprawował tamże obowiązki Naczelnego lekarza i w rozwoju tegoż szpitala położył niezaprzeczenie duże zasługi. Wprawdzie szanowny mój oponent mówi przeważnie o stanie przeszłym szpitala, gdy ja poruszam jego braki obecne, niemniej przeto uważam za swój obowiązek dorzucić parę wyjaśnień. Co jest winą bezczynności kamery dezynfekcyjnej, wadliwa budowa, czy brak umiejętnej obsługi, przesądzać nie chcę; dość, że ta kamera nie funkcjonuje zupełnie. Mogę tylko zaznaczyć, że i w innych szpitalach warszawskich obsługa kamer jest bardzo licha, a przecież kamery te są czynne. Tymczasem właśnie w szpitalu dla chorób zakaźnych, gdzie cała procedura dezynfekcyjna winna być wzorowa, sprowadza się ona do okadzania formaliną rzeczy nowoprzybyłych chorych. Co się tyczy pralni, to oglądałem ją parokrotnie i zasięgałem informacji u osób, bezpośrednio mających z nią styczność. Wierzę zupełnie, iż utworzono ją z paru lub może nawet kilku pokoików, wyrzuciwszy ściany; obecnie przedstawia ona jednakże jedną długą, niewygodną, brudną izbę, w której odbywa się cała procedura prania. Oddzielnie pomieszczono tylko szwalnię i suszarnię; tę odrazu obliczono za skąpo, a przytem do ogrzewania jej, jak to sam dr SZWAJCER zaznacza, zastosowano parę z kotła, przeznaczonego dla kamery dezynfekcyjnej, która od dawna nie funkcjonuje. W tych warunkach siostry z konieczności muszą się uciekać do innych sposobów suszenia bielizny. Te dwa braki, t. j. brak kamery dezynfekcyjnej i brak porządnej pralni, uważam za rzeczy pier-

wszorzędnej wagi, za braki niemożliwe do tolerowania, w zakładzie chorób infekcyjnych, choćby on miał tylko 100 łóżek [obecnie ma on stałych łóżek 120, a często liczba chorych przekracza i tę normę, dosięgając 160].

Dr SZWAJCER uważa, iż niesłusznie, mówiąc o pawilonach, wyraziłem się, że dezynfekcyja tam nie odpowiada nawet skromnym wymaganiom. Zarzut mój jest niesłuszny, ponieważ ściany w pawilonach są olejno malowane, podłogi terrakotowe, łatwo zmywalne. Otóż przedewszystkiem takich ścian i podłóg nie ma barak ospowy, a następnie dezynfekcyja winna polegać nie tylko na zmywaniu ścian i podłóg, lecz i na odkażaniu ubrania, pościeli oraz wszelkich przedmiotów, wchodzących w zetknięcie z chorymi, czego się w szpitalu Ś-go Stanisława nie robi. Także nie trudno mi odeprzeć zarzut dra SZWAJCERA co do niedostatecznej wentylacyi. W szpitalu dla chorych zakaźnych winna ona być wzorową, a za taką uważamy wentylacyę, polegającą na wyciąganiu zużytego powietrza i włączaniu świeżego, zimą ogrzanego. To też z tego stanowiska sądzona, najlepsza wentylacya wodna nie odpowiada celowi, a wentylowanie zapomocą drzwi i okien przeciwnych zupełnie wystarcza latem, lecz jest nieodpowiednie w zimną porę roku.

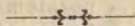
Zupełnie zgodzić się nie mogę z szanownym moim oponentem co do znaczenia gabinetu lekarskiego w pawilonie. W oddziałach nawet nieinfekcyjnych muszą być trzy oddzielne pokoje: jeden dla przebiegania się lekarzy i załatwiania papierów, drugi dla podręcznych badań dyagnostycznych i trzeci dla siostry. Zamiast tego każdy pawilon w szpitalu Ś-go Stanisława ma jeden maleńki pokój, w którym mieści się szafa z bielizną, apteczka, pracownia, utensylia lekarzy i siostry miłosierdzia. Przecież tego nie mogą nazwać odpowiedniemi, by tuż obok siebie znajdowały się: bielizna chorych, ubrania lekarzy, fartuchy, używane na sali, wydzielniny chorych i t. p. Do tego trzeba dodać jeszcze brak zlewu i umywalki z wodą bieżącą w tymże pokoju. Czy można powiedzieć, że takie urządzenie jest wystarczające, że szpital dba o to, by lekarz i sam się nie zakażał i nie wyniósł zarazków ze sobą poza ściany szpitala?

W końcu, co się tyczy domu administracyjnego, a specjalnie pokoju do przyjmowania chorych, dr SZWAJCER daje wyjaśnienie, że pierwotnie wszystko było inaczej planowane, lecz że to uległo przeistoczeniu. W zupełności wierzę, lecz cóż mi z tego, gdy dziś zastaję felczerów, jedzących obiad w pokoju, który jednocześnie jest poczekalnią dla chorych, kancelaryą i sypialnią dla felczera. Tak samo niewielka korzyść stąd, że był kiedyś wychodek, jeżeli go zniesiono i na jego miejscu urządzono telefon.

A teraz jeszcze jedna uwaga. Gdy pisałem swą notatkę, spowodowaną zatwierdzeniem budowy nowego prosektoryum oraz instytutu bakteryologicznego przy szpitalu Ś-go Stanisława, ani mi przez myśl nie przeszło, by o braku w tymże szpitalu wniść jednego z najbardziej zasłużonych dla naszego szpitalnictwa lekarzy naczelnych. Kiedyś przyszedł dziejopis szpitala Ś-go Stanisława szczegółowo przedstawić całą tę historję dzierżawy i kupna posesyi oraz budowy tegoż szpitala. Dziś tyle możemy powiedzieć, że, gdyby nie zapobiegliwość, wytrwałość i znajomość rzeczy dra SZWAJCERA, nie mielibyśmy nawet tego, co dziś krytykujemy. Ile trzeba było przewyciężyć na każdym kroku trudności, tylko bliżej stykający się z tą sprawą wiedzą. To też w zupełności wierzymy, że inaczejby ten szpital wyglądał, gdyby się było drowi SZWAJCEROWI udało swe zamiary w czyn wprowadzić.

B. Sawicki.

Wiadomości bieżące.



— Niejednokrotnie się zdarzało, że osoby nieco zamożniejsze, leczące się w szpitalach, składały na ręce ordynatorów ofiary w naturze lub pieniądzech na korzyść oddziałów szpitalnych. Zwłaszcza na oddziałach chirurgicznych ofiary takie bywały nieraz znaczniejsze i dzięki im można było nie jedno ulepszenie wprowadzić. Przed paroma laty sami ordynatorowie zaproponowali Radzie Miejskiej, by zaprowadzić jakąś kontrolę tych ofiar. Wówczas wprowadzono w szpitalach skarbonki, które miały być co pewien czas opróżniane. Obecnie okazało się, że skarbonki nie są praktyczne, ponieważ niepowołani wywłaszczyciele kilkakrotnie próbowali opróżnić je na swój użytek. Wobec tego jeden ze szpitali wystąpił do Rady Miejskiej z propozycją, by skarbonki służyły tylko do ofiar drobnych, by ofiary zaś większe składane były ordynatorom i zapisywane do ksiąg. Otóż przed kilkoma dniami pisma codzienne doniosły, że Rada Miejska na ten projekt się nie zgodziła, „bo to mogłoby zachwiać wiarę publiczności, że ofiary dochodzą do właściwych rąk.“ [Kuryer Warsz. 24-go list, wydanie poranne]. Choć Rada Miejska nie przyzwyczaiła lekarzy do zbytnej kurtuazyi, nie możemy jednakże uwierzyć, by mogła ona tego rodzaju opinię wypowiedzieć, to też spodziewamy się, że odpowiednie sprostowanie pomieszczone zostanie. Fakty z przeszłości w każdym razie dowodzą, że publiczność nasza, wbrew mniemaniu Rady Miejskiej, zupełnem zaufaniem obdarzała lekarzy, składając właśnie na ich ręce większe ofiary. Dziwimy się zaiste mocno, że Radzie Miejskiej tak obcą jest psychologia publiczności naszej, która niewątpliwie więcej ufa współobywatelom, niż biurokratycznej formalistycie.

— W lipcu r. b. zatwierdzona została Warszawska Szkoła Położnicza przy miejskich przytułkach położniczych w celu praktycznego i teoretycznego przygotowania akuszerki II-go rzędu. W ustawie zaznaczono, że do szkoły tej „pierwszeństwo mają osoby wyznań chrześcijańskich, mieszkanki wsi i miasteczek Królestwa Polskiego”. W ten sposób, zdaje się, chciano przedewszystkiem rozwiązać palącą sprawę kształcenia kobiet wiejskich na akuszerki ku pożytkowi wsi naszych, dla czego więc w ustawie nie zastrzeżono jasno i wyraźnie, że w szkole wykłady prowadzone będą w języku polskim, jako jedynie dla kobiet wiejskich zrozumiałym?

Przyznać trzeba, że w warunkach obecnych lepszego niż przytułki wyboru na uczelnie przyszłych akuszerki nie można było zrobić. W przytułkach położniczych będą one mogły nauczyć się swego fachu praktycznie, tem bardziej, że nauka trwać ma rok cały i w ciągu tego czasu uczennica ma przyjąć samodzielnie 12 porodów. Zapytujemy tylko, czy ze względu na ciasnotę lokalów i dość skąpy materiał naukowy przytułków, nie należałoby zmniejszyć w przytułku rocznej liczby uczennic, których ustawa dopuszcza aż 24 [2 przyjęcia po 12 w odstępie półrocznym].

W ustawie nie ustrzeżono się też, niestety, i pewnych przeżytków biurokratycznych. Tak np. § 4 głosi, że „przyjęcie uczennic do szkoły ma miejsce na zasadzie podań, za zezwoleniem Naczelnika zakładów dobroczynnych, opartem na wnioskach Inspektora lekarskiego szpitali”. Naco, pytamy, ta zawiła procedura? Co p. Naczelnik zakładów dobroczynnych lub p. Inspektor szpitali może wiedzieć o kwalifikacjach uczennicy do szkoły położniczej? Czy nie byłoby właściwiej i prościej, gdyby do szkoły przyjmował uczennice nauczyciel, ewent. lekarz zarządzający przytułkiem, i następnie o przyjętych zawiadamiał władzę?

W § 10-ym powiedziano, że od kandydatek do szkoły, oprócz innych dokumentów, wymagane jest „świadcstwo policyi o sprawowaniu“. Naco ta formalistyka w świeżo obecnie ułożonej ustawie? Naco to poniżenie godności ludzkiej? Albo żądanie od uczennicy złożenia przy zapisie dwu fotografii. To także nic innego, tylko utrudnianie wstępu do szkoły, czeza formalistyka, przysparzająca jeno uczennicy kłopotu i zbytecznego wydatku, a pozatem żadnego literalnie pożytku nikomu [prócz fotografowi] nie gwarantująca. Powinniśmy wystrzegać się w naszych instytucjach naukowych tego rodzaju reminiscencyi z czasów apuchtinowskich.

Uważamy też opłatę 100-u rubli rocznie za szkołę dla uczennic, rekrutować się mających przeważnie z kobiet wiejskich lub mieszkanek małych miasteczek, za wygórowaną. Sądzimy, że 60 rubli rocznie za naukę byłoby aż nadto dosyć, a to tem bardziej, że wydatki uczennicy na tem się nie kończą: prócz opłaty za szkołę będzie musiała zaopatrzyć się w fundusz na mieszkanie i utrzymanie się przez rok cały w Warszawie. O tem zapominać nie należało.

Bardziej liberalnie, bo w duchu decentralizacyi, brzmi § 18 ustawy, mianowicie: „Warszawskiej Radzie Miejskiej dobroczynności przysługuje prawo dopełnienia niniejszej ustawy nowemi przepisami i prawidłami“. Szkoda jednak, że przywileju tego udzielono Radzie, a nie nauczycielom szkoły. Przecież tylko oni mogą być naprawdę kompetentni w sprawie potrzeb i porządków w szkole.

Pomoc akuszeryjna po wsiach naszych i miasteczkach znajduje się w tak okropnem zaniedbaniu, że dążenie do poprawy tego oplakanego stanu powitać trzeba z prawdziwą radością. Otwarcie szkoły akuszerki na użytek naszej prowincyi z szerszym niż dotychczas programem naukowym i pod zarządem lekarzy przytułków położniczych pozwala mieć nadzieję, że niezadługo i po wsiach i miasteczkach naszych warunki zdrowotności położnicze ulegną wreszcie poprawie. Dlatego też nowootworzonej szkole życzymy jak największego powodzenia. Z.

— W Warszawie z inicjatywy kol. WIZŁA zawiązało się Towarzystwo opieki nad nerwowo i umysłowo chorymi żydami.

— VI Zjazd chirurgów rosyjskich — o ile będzie dozwolony przez władze — odbędzie się w Moskwie 28-go — 30-go grudnia r. b. st. stylu. Na porządku dziennym postawiono tematy: 1) leczenie złamań niepowikłanych kości kończyn [referent prof. TURNER z Petersburga]; 2) o wycinaniu krtani przy jej nowotworach [ref. MIŁTZ z Moskwy]; 3) leczenie przepuklin uwięzionych [ref. SĄROZEW z Moskwy].

— Z m a r l i: w Petersburgu L. POPOW, b. prof. kliniki terapeutycznej w Warszawie; w Berlinie ZABŁUDOWSKI, tytułarny prof. masażu, współpracownik naszej Gazety.

— W Instytucie higieny dziecięcej im. LANVAL'a wakuje posada zarządzającego Instytutem z pensją roczną rb. 450. Kandydaci raczą zgłaszać się do wiceprezesa komitetu Instytutu, d-ra A. SOKOŁOWSKIEGO [Mazowiecka 6] do d. 15-go grudnia r. b.

SPROSTOWANIE: W № 46-ym, str. 1202, wiersz 17 od góry, zamiast „wyrządza“ powinno być: „wyradza“.