

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Ze Stowarzyszenia lekarzy polskich.

W SPRAWIE KAS I UBEZPIECZEŃ LEKARZY.

Odczyt wygłoszony d. 4 maja 1907 r.

Szanowni Koledzy!

Kiedy przed 10 laty powziąłem myśl założenia Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy, szukałem wzorów szerszych, które pozwoliłyby lekarzowi oprzeć swą przyszłość nie tylko na oszczędności własnej, ale i na wzajemności. Niestety, wszelkie, w tym kierunku podjęte starania rozbiły się o braki w ustawach normalnych, t. j. takich, których zatwierdzenie było podówczas możliwe.

Istniały 2 typy kas: kasy pożyczkowo-oszczędnościowe, mające na celu operacje wyłącznie finansowe, i kasy przezorności. W tych ostatnich, prócz czysto finansowych obrotów, przewidziano składki i dochody na kapitał przezorności B, na który składały się nadzwyczajne dochody kasy z zapisów, przedstawień, darów etc. W kasach przezorności dla urzędników kolejowych i innych przedsiębiorstw na ten kapitał zwykle wkładali $\frac{1}{3}$ pracodawcy. W ten sposób, prócz oszczędności, pracownik otrzymywał po 10 latach $\frac{1}{2}$, po 15— $\frac{2}{3}$, po 20—całość kapitału B, co np. na kolejach dochodziło do kilku tysięcy rubli.

Już z tego pobieżnego rysu Szanowni Koledzy mogą dojść do wniosku, iż ta forma kasy dla lekarzy była niemożliwą, kapitał bowiem przezorności lekarzy nie mógł i nie może mieć wpływów nadzwyczajnych. Ani my nie szukalibyśmy tych źródeł, ani zresztą,

wobec pilnych spraw społecznych innych kategorii, o powiększaniu tego kapitału nie mogłoby być mowy.

To też zarzuciłem myśl o utworzeniu kasy przezorności i założyłem Kasę, opartą tylko na oszczędności.

Że tą drogą dojść można do wyników dodatnich, dowodem Kasa istniejąca, która w ciągu 8-lecia swej działalności rozporządza już kapitałem około 50,000 rb., mimo że w tym czasie, skutkiem wojny, wypłaciła licznym uczestnikom ich wkłady obowiązkowe.

Nie tu miejsce na sprawozdanie z tej instytucji, ale tu właśnie zaznaczyć muszę, że mimo bardzo słabego udziału lekarzy—zaledwo bowiem 160 lekarzy należy do kasy—instytucja ta rozwija się znakomicie i że gdyby udział lekarzy zwiększył się, posiadlibyśmy Kasę bogatą i mogącą odgrywać rolę poważną wśród innych kas tego rodzaju. Kasa daje dywidendę w stosunku $3\frac{1}{2}\%$, odsetki są składane obowiązkowo w kasie, pieniądze odbierane ratami co miesiąc, formalności minimalne—wszystko więc przemawia za tem, aby kasa liczyła jaknajwiększą liczbę uczestników.

Ale kasa ta, oparta jedynie na oszczędności osobistej, nie może zadosyć uczynić wszelkim potrzebom lekarzy, nie może zabezpieczyć na wypadek śmierci wcześniejszej bytu rodzinie, ani na wypadek kalectwa—utrzymania.

Rozejrzeć się należy w innych rodzajach kas i wybrać takie, które odpowiadałyby założeniu.

Na pierwszym miejscu postawić należy kasy emerytalne. Sprawa tych kas wielokrotnie była poruszana; przez czas długi zajmował się nią ś. p. Rogowicz, nie mógł oojść jednak do wyników pozytywnych skutkiem trudności, jakie napotykał przy organizacji.

Zanim zajmiemy się tą sprawą, zaznaczyć musimy, iż lekarz kończy studia przeciętnie w 25—27 roku życia, rozpoczyna zaś praktykę w 2—3 lat później, praca lekarza trwać może przeciętnie 30—35 lat i w tym właśnie okresie czasu musi on zdobyć fundusz na utrzymanie oraz zdobyć emeryturę dla siebie i rodziny. Jeżeli weźmiemy najskromniejsze wymagania życia, lekarz emeryt powinien po 35 latach służby otrzymać 600 rb. emerytury; będzie to odsetka od 12,000 rb.

Chcąc zebrać taki fundusz, lekarz winien w ciągu 25 lat składać corocznie po 225 rb., w ciągu zaś 30 lat—po 206 rb. Gdyby umarł wcześniej, oczywiście, nie osiągnie tej sumy i rodzina po nim musi się zadowolnić mniejszemi odsetkami i mniejszym kapitałem.

Jakwidzimy z tego, przy oszczędności i w warunkach bardzo

sprzyjających lekarz mógłby zapewnić byt swej rodzinie i sobie, ale konieczną jest rzeczą, by żył do 52—60 roku życia, pracował ciągle i odkładał rocznie na 4% składanych 206 rubli rocznie.

Tymczasem zazwyczaj lekarz przeciętny nie może wypełnić tych warunków, o odkładaniu bowiem takiej sumy w pierwszych latach praktyki marzyć nawet nie może i rzadko kiedy zresztą dochodzi do tak poważnego wieku w pełni sił i zdrowia. Sposób ten zatem—nazwijmy go oszczędnościowym—nie rozwiązuje kwestyi.

Zobaczmy, czy rozwiązuje ją emerytura państwowa.

Uważana za wzór Komisya emerytalna Królestwa dla urzędników państwowych oparta jest na zasadach następujących. Urzędnicy wpłacają 10% od swych pensyi i mają prawo po 20 latach do emerytury w stosunku $\frac{1}{5}$ ostatniej pensyi, po 25 latach — $\frac{1}{4}$, po 30 — $\frac{1}{2}$, po 35 — $\frac{3}{4}$ i po 40—całości. Emeryt musi mieć więcej, niż lat 50, przesłużyć przynajmniej rok na ostatniej posadzie, płacić przez cały czas trwania emerytury po 10% od niej, a rodzina po nim, o ile zostały dzieci niepełnoletnie (dziewczęta do 18 lat, chłopcy do 21 r. z.), otrzymuje całą emeryturę, wdowa zaś bezdzietna — $\frac{1}{2}$, ale w razie zamążpójścia emeryturę utracą całkowicie.

Widzimy z tego, jak drakańskimi prawami prawodawca owej emerytury wzorowej ograniczył prawa urzędnika, widzimy, iż urzędnik przed 50 rokiem ani marzyć nie może o emeryturze, choćby utracił zdolność do pracy, że zaledwo po 25 latach otrzymuje $\frac{1}{4}$ część swej pensyi, a wdowa po nim — $\frac{1}{8}$.

Jeżeli wziąć pod uwagę, że przy obecnych pensyach emerytura 600 rb. odpowiadałaby stanowisku urzędnika VII klasy i że w tym celu płacić trzeba 10% przez lat 20 pod przepadkiem, przekonamy się, że i emerytura państwowa w dotychczasowej formie nie odpowiada celowi i że o wiele lepszą jest oszczędność własna, strat bowiem nie powoduje.

Biorąc jako przykład stan służby przeciętnego sędziego, widzimy, iż w ciągu 40-letniej służby składa około 7000 rb., za co po 64 roku otrzyma 1200 rubli, a że ma szansę żyć 10 lat w tym wieku, otrzyma 12,000 rubli, czyli będzie pobierał rentę w stosunku 17%; w ciągu 35-letniej służby złoży 6500 rb., renta zaś jego wyniesie 900 rb., czyli 15% złożonego kapitału; w ciągu 30 lat 6000 rb., czyli renta wyniesie 10%, pod przepadkiem całkowitego złożonego kapitału.

Zwykle Tow. ubezpieczeń, przyjąwszy w tych warunkach sumę à fond perdu, płaci również od 15—20% kapitału. I pod tym więc względem emerytura istotnego dobrodziejstwa nie robi.

A mimo to, mimo tak krzyczące braki, kasa emerytalna dziś już jest na wyczerpaniu i wymaga zapomogi rządowej.

Z powyższego widać, że kasa emerytalna Król. Polskiego nie odpowiada potrzebom i że na niej nie możemy wzorować Kasy emerytalnej dla lekarzy.

Nie możeby tembardziej wzorować jej na emeryturze rosyjskiej, pełnej zastrzeżeń, między innymi zaś dającej prawo generałowi po 30-letniej służbie do emerytury w kwocie 1200 rb., i to z dodatkami specjalnymi ad personam.

Emerytura zatem w dotychczasowem tego słowa znaczeniu nie odpowiada potrzebom naszym, zastrzeżenia jej, możliwe dla urzędników przy spokojnym trybie życia, nie mogą zadowolnić lekarza, który już po 20 latach praktyki częstokroć jest do pracy niezdolnym, a nadto wpłacałby więcej, niż przeciętny urzędnik sądowy. Gdyby bowiem lekarz płacił przez lat 20 10% od swych zarobków, to przy najmniejszym zarobku lekarza na prowincyi 1200 rb. rocznie (moja ankieta), wpłacałby 120 rubli rocznie, czyli całego kapitału wpłaciłby z % składanymi po 4%—3720 rubli i za tę sumę otrzymałby renty $\frac{1}{5}$ część, czyli 240 rubli — 24 rb. = 216 rubli, mniej zatem niż 6%, kapitał zaś byłby bezpowrotnie stracony; wdowa zaś po nim otrzymywałaby 108 rb., czyli niecałe 3%.

Wątpię, czy znalazłby się lekarz, któryby zgodził się na taką kasę emerytalną, wątpię, by znalazła ona członków, tembardziej, że zaprzestanie wpłat przed 20 rokiem pracy z przyczyny śmierci czy innych przyczyn spowodować musi utratę całkowitych wkładów.

Wprawdzie, przy narastaniu lat pracy stosunek zmienia się na lepsze, lekarz jednak wogóle nigdyby nie otrzymał więcej nad 15% złożonego pod przypadkiem kapitału.

Należałoby więc co rychlej pozbyć się marzeń o emeryturze lekarskiej, odpowiadającej emeryturze urzędnika, i przejść do innych form zabezpieczenia.

Nim to uczynimy, musimy zdać sobie sprawę z naszych żądań. Podzielić je można na kilka grup:

- a) zdobycie funduszu minimalnego po 25—30 latach pracy na utrzymanie siebie lub rodziny;
- b) ubezpieczenie na wypadek śmierci wcześniejszej;
- c) ubezpieczenie od wypadków nieszczęśliwych;
- d) ubezpieczenie na wypadek niezdolności czasowej do pracy (choroba);
- e) ubezpieczenie na wypadek niezdolności stałej.

A. Zdobyć funduszu na emeryturę.

Fundusz ten może być zdobyty tylko drogą oszczędności osobistej i, jak wyżej zaznaczyliśmy, powinien wynosić około 12,000 rb. Zdobyć go można, wpłacając przez lat 30 po 206 rubli, przy 4% składanych. Renta wtedy wyniesie 600—720 rb. rocznie.

Innymi słowy, uczestnik kasy pożyczkowo-oszczędnościowej musiałby wpłacać rocznie 206 rb., t. j. po $17\frac{1}{6}$ rubli miesięcznie przez lat 30, by zdobyć sobie fundusz, gwarantujący z odsetek znośne utrzymanie. Oczywiście, mógłby w pierwszych latach wpłacać mniej, później więcej, rzecz to czystych obliczeń matematycznych. W każdym jednak razie, wpłacając 205 rubli rocznie, mógłby zebrać w ciągu 30 lat kapitał 12,000 rubli, który dałby odsetki na bardzo skromne utrzymanie.

Przy lepszych operacjach kasy, gdyby odsetki od wkładów mogły się podnieść do $5-5\frac{1}{2}$, kapitał ten zebrałby w czasie znacznie krótszym, mianowicie w ciągu 27, a nawet 25 lat.

Przez ten czas uczestnik musi pozbawić się dochodu od swego kapitału, ale w myśl ustawy Kasy lekarzy może korzystać z pożyczek, które pozwolą mu w ciężkich chwilach przetrzymać je. Jest jednak jeden warunek: lekarz musi zapomnieć, że posiada cośkolwiek i pod żadnym warunkiem nie może wycofywać wkładów — musi mieć ku temu hart odpowiedni.

Czy jest rzeczą możliwą zalecać wszystkim ten sposób zabezpieczenia starości, a rodzinie pierwszych potrzeb? Mojem zdaniem, tak. Ograniczając swe potrzeby, lekarz nawet przy dochodzie 1500—2000 rb. może odłożyć rocznie 200 rubli, niekiedy coprawda z pewnym wysiłkiem, ale może.

Jak widzieliśmy zresztą—inne sposobu niema.

Gdyby chciał uczynić to w któremkolwiek Tow. ubezpieczeń, suma 12,000 rubli na dożycie i na wypadek śmierci wyniosłaby 2—2,5 razy więcej na rok, znacznie więc taniej wypadnie mu uczestnictwo w Kasie pożyczkowo-oszczędnościowej. Zabezpieczenie renty odnośnej również kosztowałoby znacznie drożej. *Jedyną więc formą zabezpieczenia emerytury i kapitału na starość jest oszczędność i zużytkowanie kasy istniejącej, która prócz oszczędności daje jeszcze tę wygodę, że uczestnik korzystać może z pożyczek, a nadto z ułatwień co do wszelkich operacji finansowych.*

B. Ubezpieczenie na wypadek śmierci.

Fundusz gwarancyjny na starość wymaga, jak widzieliśmy, 30 lat czasu. Oczywiście, nie każdy może dożyć tego wieku, znaczna odsetka lekarzy umiera znacznie wcześniej. Przy płaceniu przez

lat 10 lekarz zbierze za ledwo 2575 rb., przez lat 15 — 4284,80 rb., przez lat 20—6365,40 rb., przez lat 25—8919,8 rb. Przypuściwszy więc, że lekarz zacznie składać w 27 roku życia—w 37 będzie właścicielem kapitału 2575 rb., czyli renty 129 rb. rocznie (5%) w 42—4284,20, w 47—6365, w 52—8919 rb. Jak widać z tego, fundusz ten przed 57 rokiem nie zapewni mu minimum renty—600 rb. rocznie, a co gorsza—nie zapewni tej renty rodzinie. Wobec tego, lekarz musi ubezpieczyć się na życie, jeżeli chce zapewnić rodzinie choćby minimalną rentę roczną.

Rodzi się pytanie, jaką sumę uważać za dostateczną dla rodziny przeciętnego lekarza. Biorąc pod uwagę stopę życia lekarza i stopę procentową dzisiejszą, za taką sumę uważam 5000 rb., które prócz zebranych oszczędności dać może renty rocznej 300—350 rb., ewentualnie stać się może pomocą przy założeniu jakiegokolwiek interesu przemysłowego.

Oplata jednak od takiej sumy w istniejących Tow. ubezpieczeń jest wysoka; wynosi, zależnie od wieku, 100—280 rb. i wyżej, to też niewielu lekarzy zdobyć się może na to.

Przed 2-ma laty opracowałem ustawę kasy pogrzebowej, która mogła zastąpić ubezpieczenie wzajemne, przy 1000 bowiem członków i składce 5 rb. za każdy wypadek śmierci, rodzina mogła otrzymać 5000 rb. funduszu pogrzebowego. Sprawa ta upadła dla braku chętnych 100 członków, a jeśli mogłem zrozumieć zarzuty, dla tego, że z braku statystyki odnośnej nikt nie wiedział, ile mu płacić wypadnie rocznie i ile rodzina po nim otrzyma.

W ustawie tej przewidziano wypłacanie kapitału i na wypadek zupełnej niezdolności do pracy. Chcąc zapewnić kasie tej trwałość, złączyłem ją z kasą pożyczkowo-oszczędnościową lekarzy, co pozwalałoby na strącanie uczestnikom składek należnych z funduszków, znajdujących się w Kasie.

Czy z tych powodów, czy z innych sprawa na razie upadła dla braku chętnych 100 członków.

Lepszym typem jest Warszawskie Tow. Ubezpieczeń Pomoc Wzajemna, które powstało 2 lata temu i oparte zostało na zasadach wzajemności.

Ubezpieczeni dzielą się na grupy po 500 osób i opłacają stosownie do grupy rb. 7.50 przy ubezpieczeniu na 500 rb., rb. 15 przy ubezpieczeniu na 1000 rb., rb. 30—na 2000, rb. 45—na 3000, rb. 60—na 4000 i wreszcie rb. 75—na 5000 rb.; prócz tego składają przy wstąpieniu w grupie I 4 rb., II—8 rb., III—16 rb., IV—

24 rb., V—32 rb. i VI—40 rb. Opłata pobierana jest za rok, przy spłacie kwartalnej lub półrocznej dolicza się 6%.

Jeżeli grupa nie będzie kompletna, t. j. nie będzie miała 500 uczestników, kapitał pośmiertny wypłaca się w stosunku do liczby uczestników. Dla ilustracyi przytoczymy z ustawy tabelkę dla grupy VI (5000 rb.):

| Liczba uczestników | Wypłata |
|--------------------|---------|
| 50 | 500 |
| 100 | 1000 |
| 200 | 2000 |
| 300 | 3000 |
| 400 | 4000 |
| 500 | 5000 |

czyli, że Kasa T-wa płaci od każdego uczestnika rb. 10.

Skoro kapitał obrotowy dosięgnie 100,000 rb., członkowie, którzy ulegli nieszczęśliwemu wypadkowi, są zwalniani od składek rocznych, a ci, którzy przebyli w T-wie lat 10, otrzymać mogą całkowity kapitał w wyjątkowych wypadkach lub połowiczny, za życia są zwolnieni od składek, a nadto po ich śmierci spadkobiercy otrzymują drugą połowę.

Na tych zasadach ubezpieczać się mogą ludzie zdrowi między 21—45 rokiem życia.

Oczywiście, lekarze, przystępując do T-wa, mogliby utworzyć 1 lub 2 grupy po 500 osób i w ten sposób zyskać kontrolę nad czynnościami T-wa, ponieważ Zarząd wybierany jest przez samych stowarzyszonych.

Jak widzimy, „Pomoc własna“ różni się od projektowanej przezemnie kasy tem jedynie, że składka roczna została unormowana na rb. 15 od tysiąca oraz że w razie wystąpienia członka ma on prawo do zwrotu składek po 3 latach w stosunku 20%, po latach 4 do 22%, 5—24% i t. d., dodając co rok po 2%, aż do 100% bez %, czyli że np. po latach 15 członek wycofać może 44%, t. j. w grupie VI 495 rb., podczas gdy wpłacił 1125 rb., po latach 20—54%, t. j. rb. 810, gdy wpłacił 1500 rb., po latach 30—74%, t. j. rb. 1655 przy wpłaceniu 2250 rb., po latach 43—100%, t. j. rb. 3225.

Na wypadek natomiast, gdyby nastąpiły straty nieprzewidziane, Zebranie Ogólne ma prawo obciążyć członków dodatkowymi opłatami sposobem repartycyi.

Instytucya ta rozwija się dość pomyślnie i rokować jej można rozwój dalszy, jako instytucyi samopomocy. Zgrupowanie w niej lekarzy uważalibyśmy za bardzo pożądane, tembardziej, że przy gro-

madnem przystąpieniu możnaby uzyskać pewien samorząd. Byłbym przeciwny tworzeniu oddzielnego T-wa na wzór Wzajemnej pomocy dla lekarzy, liczba bowiem ubezpieczonych nie może przewyższyc 1000, a wtedy kapitał obrotowy rb. 100,000, przy którym przewidywane są ulgi dla stowarzyszonych, nieprędko mógłby się zebrać.

Świeżo przy kasach oszczędności powstało rządowe ubezpieczenie na życie, w których badanie lekarskie nie jest wymagane, składka zależy od wieku, ale za to ubezpieczony ponosi 5- lub 7-letnie ryzyko, t. j. w ciągu 1-szych 3 lat w razie śmierci Kasa wypłaca tylko zapłacone składki z potrąceniem 5%, po 3 latach wypłaca połowę sumy ubezpieczeniowej, po $4\frac{3}{4}$ i dopiero po 5 latach całość. Zabezpieczony wnosi składki w ciągu całego życia lub też w ciągu 15, 20, 25, 30 i 35 lat; w 80 roku życia wpłacanie składek ustaje.

Wysokość premii jest zależna od wieku ubezpieczonego, lekarz np. 40-letni płaci jednorazowo 434 rb., rocznie 28.90 rb., w ciągu 15 lat 40.50 rb., 20—po 33.70, 25—po 34.60, 30 — po 30.10, 35 — po 29.20 od 1000 rb.

Można również zawierać ubezpieczenie mieszane, gwarantować pensję dla dzieci i t. p.

Premia są wogóle o 3—10 rb. niższe, niż w taryfach towarzystw prywatnych.

Za korzystne pod wielu względami uważam ubezpieczenie w Ros. Tow. Ubezp. 1835 roku według tabl. IIIa.

Ubezpieczony, zależnie od wieku i czasu wnoszenia składek, płaci składkę, za co po latach 15—25 otrzyma cały kapitał; w razie śmierci wcześniejszej rodzina otrzymuje 10% sumy na pogrzeb, 10% renty aż do upłynięcia terminu ubezpieczenia i po upływie terminu cały kapitał.

Ktoś w 40 r. życia ubezpieczył się na lat 25 na sumę 1000 rubli; rocznie płaci 60 rb. 50 kop.; skoro dożyje 65 roku życia, otrzyma 1000 rubli. Jeżeli umrze w 55 roku życia, spadkobiercy otrzymają 100 rb. na pogrzeb, przez lat 10 po 100 rb. i po 10 latach 1000 rb. kapitału.

Forma to kosztowna, ale bardzo dla lekarzy odpowiednia.

Sprawę więc ubezpieczenia lekarza na życie przez zapisanie się do jednej z tych instytucji uważać można za rozstrzygniętą. Chodzi tylko o wybór instytucji. Mojem zdaniem, rządowe dają większą pewność, wzajemne natomiast godne są poparcia ze względów społecznych; przytoczone ubezpieczenie według t. IIIa bardzo korzystne, gdyż zapewnia rodzinie zapomogę na pogrzeb, rentę i kapitał.

C. *Ubezpieczenie na wypadek niezdolności stałej skutkiem nie-szczęśliwych wypadków.*

Aczkolwiek sprawa ta warunkowo została rozstrzygnięta przy ubezpieczeniu na życie, zależy ona jednak od okoliczności postronnych, mianowicie od zebrania się w Tow. kapitału obrotowego 100,000 rb.; wobec tego wynika potrzeba ubezpieczenia dodatkowego w jednym z Towarzystw ubezpieczeń. Sprawa nie jest kosztowna. Ubezpieczenie np. od śmierci z wypadku na 5000 rb. łącznie z ubezpieczeniem kapitału 10,000 rb. na wypadek stałej niezdolności do pracy skutkiem wypadku wynosi 25 rb. rocznie. Jest to więc forma zupełnie dostępna dla każdego, a w chwili powołania na wojnę oraz w dzisiejszych czasach niepokojów nabiera pierwszorzędного dla lekarzy znaczenia. A nawet w życiu normalnem lekarz często skutkiem zawodu swego bywa narażony na utratę bądź ręki (zakażenie), oka etc. Znane są pod tym względem fakty — przytaczać więc ich nie będę. Być może, że przy ubezpieczeniu grupy udałoby się uzyskać jakieś ulgi w opłacie.

D. *Ubezpieczenie na wypadek choroby, t. j. czasowej niezdolności do pracy.*

Pierwovzór tego rodzaju ubezpieczeń mamy w kasach chorych. Lekarz, zarabiający na życie tylko pracą własną, z chwilą gdy choroba powali go na łożę, przestaje zarabiać i sięgać musi, jeśli ma, do zapasów, jeżeli ich nie posiada, zmuszony jest kołatać o pożyczkę. Brak zarobków jest tem cięższy, że choroba wywołuje koszta utrzymania zwiększone. To też oddawna już zwrócono na to uwagę: lekarze domagali się zabezpieczenia pod tym względem.

Brak jakiegokolwiek bądź statystyki stoi na przeszkodzie utworzeniu odpowiedniej instytucji, musi więc ona powstać tytułem próby na lat kilka, nim uda się choćby w przybliżeniu określić jej dalsze istnienie na drodze ustawodawczej.

Nim podam projekt odnośny, zastanowić się trzeba, jaką zapomogę dzienną uznać za wystarczającą dla lekarza. Zdyt nizka kwota byłaby zapomogą iluzoryjną, zbyt wysoka nie mogłaby wytrzymać rachunku. Sądzę, że będę blizkim prawdy, gdy oznaczę tę kwotę dla Warszawy na rb. 5 dziennie, czyli 150 miesięcznie.

Rodzi się następnie pytanie, jak długo trwać ma wydawanie zapomogi. Kasy chorych określają tę normę na 20 tygodni rocznie, t. j. na 4 $\frac{1}{2}$ miesiąca; tym sposobem maximum zapomogi wynosiłoby dla Warszawy 675 rb.

Trzecią kwestyą jest: po jakim czasie lekarz kwalifikuje się do otrzymywania zapomogi. Tu oprzeć się należy już tylko na do-

świadczeniu życiowem. Oczywiście, kilkudniowa choroba nie kwalifikuje się do starań o zapomogę; za normę przyjąłoby należało chorobę trwającą dłużej, niż 2 tygodnie; tym sposobem lekarz miałby prawo do otrzymania zapomogi w razie choroby, trwającej dłużej niż 2 tygodnie i mógłby ją pobierać przez 20 tygodni.

Skorośmy ustalili sobie te trzy główne zasady, możemy przystąpić do określenia przypuszczalnego kosztu wzajemnej pomocy na wypadek choroby.

Zastrzegam się z góry, że w danym razie z braku statystyki opierać się trzeba na przypuszczeniach mniej lub więcej prawdopodobnych.

Przypuśćmy, że stowarzyszyło się 500 członków w wieku od lat 21—45; średnia częstość zachorowań w tych latach wynosić może 10%, czyli że z grupy tej choruje corok maximum 50 osób, średnia długość choroby wynosić może 10 tygodni, czyli 70 dni, innemi słowy—500 stowarzyszonych chorować będzie w ciągu roku 3500 dni, co na gotowiznę wyniesie 17,500 rb. rocznie. W tych warunkach składka członka wyniosłaby $17,500 : 50 = 35$ rb. rocznie. Za tę kwotę miałby prawo po 2-tygodniowej chorobie otrzymywać w razie potrzeby zapomogę w kwocie do 675 rb. rocznie.

Przypuszczalny rachunek powyższy może słusznej uleść krytyce i nie podjąłbym się obronić go dla braku danych statystycznych, dla tego też wolałbym nie oznaczać składki rocznej zgóry, ale uzyskiwać ją drogą repartycji; ponieważ jednak należy mieć zawsze fundusz stały, proponowałbym zdobyć go na drodze opodatkowania dobrowolnego członków.

Sprawę tę można załatwić przy Stowarzyszeniu lekarzy.

Zastanawiając się nad różnemi postaciami opodatkowania, za najpraktyczniejszy, bo postępowy od dochodów uważam opodatkowanie recept i przepisów lekarskich.

Członkowie Stowarzyszenia zobowiązują się pisać recepty oraz przepisy postępowania dla chorych tylko na blankietach, nabywanych w Stowarzyszeniu.

Na blankiecie takim, zaopatrzonym w pieczęć Stowarzyszenia, lekarz ma prawo umieścić adres swój, nazwisko i godziny przyjęć. Blankiety są podwójne: jedne większe dla użytku w ambulatoriach, lecznicach i t. p., drugie mniejsze w formie pugilaresu dla recept, pisanych na mieście. Każdy blankiet kosztuje 2 grosze, czyli setka 1 rb., a tysiąc rb. 10; ponieważ druk blankietu wyniesie 3 rb. 50 k. za tysiąc, na każdym tysiącu blankietów Stowarzyszenie zarabia 6 rb. 50 kop.

Jeżeli teraz przypuścimy, że 500 członków Stowarzyszenia zużywa dziennie po 10 blankietów, dziennie zatem zużyje 5000 blankietów, a rocznie $360 \times 5000 = 1,800,000$ blankietów, dochód czysty z tego źródła wyniósłby 10,000 rb., czyli pokryłby $\frac{3}{4}$ przypuszczalnego wydatku na zapomogi w czasie choroby, przeciętny zaś uczestnik poniósłby wydatek na blankiety około 25 rb. rocznie.

Oczywiście, koledzy z większą praktyką ponosiliby wydatek większy, z mniejszą — mniejszy, maksymalny jednak wydatek przy 30 blankietach dziennie i 10,800 rocznie wyniósłby 108 rb., a odliczywszy koszt druku i papieru—70 rb. rocznie. Za to każdy uczestnik miałby prawo do odszkodowania po rb. 5 dziennie w czasie choroby, a 500 uczestników mogłoby przebyć 2020 dni choroby, t. j. po 4 dni choroby na każdego rocznie.

W razie, gdyby to źródło opodatkowania proporcjonalnego nie wystarczyło, zarząd kasy chorych winien uciec się do repartycji brakującej sumy między uczestnikami. W przewidywaniu takiej repartycji każdy z członków winien złożyć przy zapisie kwotę rb. 5 rocznie, które ulegną zwrotowi w końcu roku, o ile nie zajdzie potrzeba ich zużytkowania, lub też zostaną jako składka na rok następny.

Oczywiście, należałoby pomyśleć o utworzeniu kapitału żelaznego drogą potrąceń 10% z zysków rocznych, co pozwoli w przyszłości na stworzenie kapitału, który pokrywać będzie niedobory w latach wyjątkowo pod względem zachorowań niepomysłnych.

W dalszym swym rozwoju Kasa mogłaby otwierać sanatoria dla lekarzy chorych, zapewnić im bezpłatne utrzymanie w zdrojowiskach i t. p., wreszcie mogłaby zająć się inwalidami stałymi, o ile pozwalałyby na to fundusze.

Opodatkowanie się 2 groszami od blankietu jest bardzo małe i w budżecie naszym nie zaważy. Ma ono i wartość moralną, związuje członków Stowarzyszenia nowym węzłem widowym; o blankiety takie lekarze ubiegać się będą, gdyż należenie do Stowarzyszenia nadaje lekarzowi już pewną oznakę widomą, iż nie chadza samopas, ale należy do korporacji uznanej.

Forma ta opodatkowania ma tę dobrą stronę, że może w miarę potrzeby uleść redukcji lub podwyższeniu; podwyżka ceny blankietu o 50% da przy obliczeniu powyższem już 15,500 rb. kapitału obrotowego, czyli pozwoli na zapłacenie za 3030 dni choroby.

Nie wdając się w szczegóły samego projektu, rzucam szkie tylko, ponieważ szczegóły z łatwością mogą być opracowane po uchwaleniu zasady. Zasada zaś musi być przyjęta przez Zebranie

Ogólne członków naszego Stowarzyszenia jako obowiązująca wszystkich, wtedy bowiem dopiero nabiera aktualnego znaczenia.

Oczywiście, przy opracowywaniu statutu wyłonią się kwestye ograniczeń przy korzystaniu z zapomogi, czasu korzystania z niej, wysokości zapomogi na leczenie w zakładach etc.

Są to jednak szczegóły.

Dziś chodzi mi o zaznaczenie, że ubezpieczenie lekarzy na wypadek czasowej niezdolności do pracy jest możliwe przy zasadzie wzajemności i przy podatku proporcjonalnym od dochodów, że da się ono uskuteczyć w łonie samego Stowarzyszenia z łatwością i dać może członkom korzyści wielkie.

Nie zapominajmy, że nie będzie to filantropia, a samopomoc, że podatek dobrowolny uprawnia każdego lekarza zarówno zamężnego, jak i niezamężnego do korzystania z zapomogi; że nawet konieczną byłoby rzeczą, by korzystali z niej wszyscy dla ustalenia statystyki na przyszłość i unormowania składek na zasadzie 5—10-letniego doświadczenia.

Przyjęcie projektu tego przez Stowarzyszenie lekarzy miałyby znaczenie ogólne, udanie się projektu wytworzyłoby szereg stowarzyszeń samopomocy na wypadek choroby i w innych zawodach również na zasadzie podatku progresywnego od dochodów, a wtedy związek kas takich odegrałby pierwszorzędną rolę w zabezpieczeniu warstw pracujących od groźnego widma utraty zarobków i głodu w czasie przymusowej bezczynności, wywołanej przez chorobę.

Gorąco więc polecam go Szanownym Kolegom, gorąco przy nim obstaję, bo jeśli nawet nie zdoła może rozwiązać kwestyi pałacej, posunie ją znacznie.

Przechodzę do ostatniego punktu.

E. Ubezpieczenie na wypadek niezdolności stałej, nie wywołanej przez wypadek nieszczęśliwy.

Kasa zapomóg w czasie choroby, jak już sama nazwa wskazuje, nie może utrzymywać członka przez czas dłuższy. Wypłacanie zapomogi jednemu członkowi musi być ograniczone w czasie do 20 tygodni czy roku, ale nie może trwać lat całych, gdyż byłoby to z oczywistą krzywdą członków i wymagałoby kapitałów olbrzymich. Kasę tego rodzaju posiadamy zresztą; rozporządza już ona kapitałami, wymaga jednak gruntownej reorganizacji. Mówię o Kasie wsparć przy Tow. lek.

Kasa ta dziś stała się anachronizmem, gdyż oparta na zasadach filantropii, wyciska rumieniec wstytu i upokorzenia u tych,

którzy mają prawo nie prosić o wsparcie, a żądać w imię praw nabytych.

Ze względów zrozumiałych dotąd uczestnicy nie żądali zmiany ustawy. Dziś jednak nadszedł czas, gdy żądać tego musimy, zaczawszy od zmiany nazwy na: „kasę emerytalną dla lekarzy inwalidów“. Z kasy tej korzystać powinni ci lekarze-uczestnicy, których niezdolność do pracy skutkiem wieku lub choroby została stwierdzona, i otrzymywać winni emeryturę w kwocie 500 co najmniej rubli rocznie aż do śmierci.

W tym duchu zmienić należy ustawę, ponieważ jednak na tem miejscu możemy tylko przedyskutować zasadę, zmianę zaś ustawy pozostawić musimy członkom tej kasy, poruszam tę myśl tylko dla pełności obrazu ubezpieczeń lekarzy i wzywam członków Kasy do opracowania odnośnego projektu i przeprowadzenia go na drodze właściwej.

Tu w Stowarzyszeniu mamy prawo zaznaczyć tylko, że Kasa nie odpowiada dzisiejszym wymogom, że stała się anachronizmem i wymaga reform gruntownych.

Przepraszam Sz. Kolegów za ten zbyt długi i nużący referat, chciałem w nim jednak, o ile można, wyczerpać sprawę zabezpieczenia bytu lekarzowi i jego rodzinie.

Streszczając się zaznaczam.

1) Że zdobycie w normalnych stosunkach emerytury lub, co prawdziwsza, kapitału zabezpieczającego starość jest możliwe tylko na drodze oszczędności i uczestnictwa w kasie oszczędnościowej lekarzy. Że dla zdobycia 12,000 rubli kapitału lekarz musi przez lat 25—30 składać rocznie po rb. 200. Że przez ten czas korzysta z pożyczek i innych przewidzianych przez ustawę operacji finansowych.

2) Że utworzenie kasy emerytalnej dla lekarzy drogą samopomocy uważam za utopię, która nie ma w dzisiejszych stosunkach żadnych szans urzeczywistnienia.

3) Że każdy lekarz obowiązany jest nadto ubezpieczyć się na życie na 5000 rb.

4) Że każdy lekarz powinien ubezpieczyć się od wypadku (śmierć i kalectwo) kosztem 25 rb. rocznie.

5) Że każdy lekarz powinien należeć do projektowanej *kasy chorych*, która wymagać będzie przeciętnie rocznej opłaty 25 rb.

6) Że wreszcie należy zreorganizować istniejącą kasę wsparć na kasę emerytalną dla inwalidów.

W ten sposób lekarz, płacąc rocznie rb. 350, może po 25—30 latach zapewnić sobie kapitał 12.000 rubli, na wypadek śmierci zabezpieczy rodzinie, prócz złożonego w czasie życia kapitału, 5000 rb., na wypadek śmierci z wypadku nadto 5000 rb., a na wypadek niezdolności stałej z wypadku 10,000 rb., na wypadek choroby 5-rublową pensję dziennie w ciągu 20 tygodni, wreszcie na wypadek niezdolności stałej emeryturę w kwocie około 500 rb.

Ci z Kolegów, którzy są ubezpieczeni w któremkolwiek z Towarzystw, wiedzą, że za tę sumę znacznie mniejsze otrzymają korzyści, że więc jest to najniższa norma, która może zabezpieczyć lekarza od wszelkich zdarzeń losowych.

Obliczenia moje oparłem, o ile można było, na rzeczywistości, na matematyce.

Oczywiście, wziąłem za normę pewien kapitał, który, zdaniem mojem, odpowiada konieczności. Szanowni Koledzy mogą uznać, że kapitał 12,000 rb. jest normą zbyt wysoką, można więc zmniejszyć go np. do połowy, a wtedy całość zabezpieczenia wypadnie nie 350, a 275 rubli. Rzecz to dyskusji i osobistych zapatrywań, kreśląc jednak normę, starałem się uzyskać dla lekarza emeryturę w kwocie conajmniej 600—720 rubli rocznie, uważam bowiem, że po 30-letniej pracy lekarz ma do takiej sumy prawo.

Szanowni Koledzy! owoc ten rozmyślań nad zajmującą nas wszystkich sprawą oddaję Waszej rozwadze. Jak każde dzieło ludzkie, i moja praca musi posiadać usterki, poddaję ją też Waszej kompetentnej dyskusji, która sprawę posunąć i ulepszyć zdoła.

Jakie przybierze ona rozmiary, przewidzieć nie mogę, sędzę jednak, że sprawa sama dojrzała już dostatecznie.

Zawód nasz ciężki rzadko komu pozwala patrzeć z otuchą w przyszłość; żyjemy z dnia na dzień w nieustannej trosce o los własny, a więcej może o los rodzin naszych. Ze smutkiem nieraz patrzymy na dzieci, których przyszłości zabezpieczyć nie możemy. Niepewność jutra, niepewność przyszłości ciężkiem na nas spada brzemieniem. To też nad sprawą zastanowić się należy poważnie; starać się, o ile można, złagodzić złe strony materialne naszego zawodu; drogą ku temu jest zrzeszenie.

Przy Stowarzyszeniu naszym, jeżeli ma ono odpowiedzieć zadaniu, stworzyć należy kasę chorych według podanego powyżej projektu, wszyscy członkowie Stowarzyszenia zapisać się winni do kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy; za pośrednictwem zresztą

Stowarzyszenia winniśmy wszyscy ubezpieczyć się na życie, choćby na najskromniejszą sumę. Inne sprawy pozostawić możemy na później.

Stowarzyszenie nasze, to nietylko pokarm dla ducha, nietylko potrzeba życia towarzyskiego, ale jednocześnie podwalina do wielu spraw szerszego znaczenia, ale droga do zabezpieczenia sobie znośnego bytu, do usunięcia troski o byt najbliższych.

Dla tego właśnie tak skwapliwie przyjąłem propozycję Zarządu przemówienia tu w tej sprawie. Wierzę mocno, że posuniemy ją naprzód.

Józef Zawadzki.

II. O nowym przetworze odżywczym pod nazwą Albuminoza.

Podala

d-r med. Matylda Biehler.

(Dokończenie).

№ 16. E. G. 2 $\frac{1}{4}$ mies. Odżywianie niedostateczne objawy krzywicy (nieznaczące).

Waga przed okresem doświadczeń 22-I 3450, 8-I 3450, 15-I 3450, 21-I 3400.

Żywienie Albuminozą codziennie od 22-I do 19-II dawa-
no po 2 łyżeczki mączki.

Waga w tym okresie d. 29-I 3400, 5-II 3500, 12-II 3800, 19-II 3750.

Stan zdrowia prawidłowy wypróżnienia normalne, zaburzeń nie stwierdzono.

Przybytek wagi wymagany według teorii dla danego okresu życia 700 gr.

Przybytek przed okresem żywienia Albuminozą—50 gr.

Przybytek w okresie doświadczalnym 350 gr.

№ 17. K. G. II mies. Odżywianie niedostateczne objawy krzywicy.

Waga przed okresem doświadczeń 2-I 7650, 8-I 7650, 15-I 7850, 22-I 7900.

Zywienie Albuminozą od d. 22-I do 19-II dawano codziennie po 4 łyżeczki.

Stan zdrowia prawidłowy, wypróżnienia normalne, zaburzeń nie stwierdzono.

Waga w tym okresie 29-II 7950, 5-II 8050, 12-II 8650, 19-II 8650.

Przybytek wagi wymagany według teorii dla danego okresu życia 300 gr.

Przybytek przed okresem żywienia Albuminozą 250 gr.

Przybytek w okresie doświadczalnym 750 gr.

W tym przypadku żywienie Albuminozą spowodowało zwiększenie wagi o 750 gr.

№ 18. S. C. J. 7. mies. Odżywianie niedostateczne, objawy krzywicy.

Waga przed okresem żywienia Albuminożą 2-I 4800, 8-I 4800, 15-I 4700, 22-I 4800.

Zywienie Albuminożą codziennie od d. 22-I do 19-II dawano po 3 łyżeczki mączki.

Stan zdrowia prawidłowy, wypróżnienia normalne, zaburzeń nie stwierdzono.

Waga w tym okresie 29-I 4900, 5-II 5200, 12-II 5450, 19-II 5500.

Przybytek wagi wymagany wedle teorii dla danego okresu życia 450 gr.

Przybytek przed okresem żywienia Albuminożą 0 gr.

Przybytek w okresie doświadczalnym 700 gr.

W tym przypadku żywienie albuminożą spowodowało zwiększenie wagi o 700 gr.

II. Grupa. (Dzieci żywione mlekiem krowim i mączką).

№ 1. Z. D. Lues. I mies..

Waga przed okresem doświadczeń d. 20-I 3620, gr. 26-I 3520, 5-II 3150.

Żywienie Albuminozą od d. 5-II do 19-II dawano codziennie 6 łyżeczek Albuminozy, 200 gr. mleka i 350 (lub więcej) gr. wody. Porcyj dostawało 8 dziennie po 88 gr. dziecko takie powinnyby dostawać pijąc tylko mléko 350 gr. mleka i 350 gr. wody.)

Waga w tym okresie d. 12-II 3200, 18-II 3200, dziecko zmarło d. 19-II.

Stan zdrowia ogólny: osłabienie. Wypróżnienie normalne, zaburzeń nie stwierdzono,

Przybytek wagi wymagany według teorii dla danego okresu życia 780 gr..

Przybytek przed okresem żywienia Albuminozą—470 gr.

Przybytek w okresie doświadczalnym 50 gr. w ciągu dwóch tygodni.

№ 2. J. S. Lues 3³/₄ tygodnia dziecko bardzo marne.

Waga przed okresem doświadczeń d. 16-XII 2250, d. 5-II 2000.

Żywienie Albuminozą jak wyżej.

Waga w tym okresie 10-II 2100, d. 16-II 2100,

Stan zdrowia niezły b. dobry apetyt wypróżnienia normalne, zaburzeń nie stwierdzono.

Przybytek wagi wymagany według teorii dla danego okresu życia 750 gr.

Przybytek wagi przed okresem żywienia Albuminozą—250 gr.

Przybytek w okresie doświadczalnym 100 gr.

№ 3. J. O. 2¹/₄ mies. Lues.

Waga przed okresem doświadczeń 11-II 3050, 18-I 2950, 29-I 2800, 5-II 2700.

Żywienie Albuminozą od d. 5-II do 20-II dawano codziennie zamiast należnych 500 gr. mleka i 400 gr. wody 200 gr. mleka 12 łyżeczek Albuminozy i 400 gr. wody

Waga w tym okresie 12-II 2700, 29-II 2700.

Stan zdrowia marny, ogólne osłabienie, wypróżnienia normalne, zaburzeń nie stwierdzono.

Przybytek wagi wymagany według teorii dla danego okresu życia 700 gr.

Przybytek przed okresem żywienia Albuminozą, — 350 gr.

Przybytek w okresie doświadczalnym ani przybyło ani ubyło w ciągu 2-ch tygodni. Dz. zmarło d. 20-II.

III Grupa (dzieci karmione wyłącznie Albuminozą.

№ 1. J. O. 2 $\frac{1}{2}$ mies. Lues.

Waga przed okresem doświadczeń 27-I 2680, d. 5-II 2850.

Zywienie Albuminozą od d. 5-II do d. 23-II dawano dziennie po 20 łyżeczek Albuminozy we flaszkiach do ssania) i 4 $\frac{1}{2}$ szklanek wody).

Stan zdrowia prawidłowy, wypróżnienia normalne, zaburzeń nie stwierdzono—nieznaczny nieżyt oskrzeli czyrak.

Przybytek wagi wymagany według teorii dla danego okresu życia 700 gr.

Przybytek wagi przed okresem żywienia mączką 170 gr.

Przybytek wagi w okresie doświadczalnym d. 20-II 2950, d. 17-II 3000, d. 23-II 3000.

W okresie doświadczalnym przybyło 150. — (dziecko w okresie tym chorowało na nieżyt oskrzeli).

№ 2. J. S. 2 mies. Lues b. marne dziecko.

Waga przed okresem doświadczeń d. 2-I 2200. d. 5-II 2000.

Zywienie Albuminozą dawano codziennie od d. 5-II do 23-II 15 łyżeczek mączki i 3 $\frac{1}{2}$ szklanki wody (lub więcej).

Waga w tym okresie bez zmiany 2000 gr.

Stan zdrowia niezły—wypróżnienia normalne—zaburzeń nie zauważono.

Przybytek wagi wymagany według teorii dla danego okresu życia 700 gr.

Przybytek wagi przed okresem żywienia Albuminozą—200 gr.

Przybytek wagi w okresie doświadczalnym ani przybyło, ani ubyło.

№ 3. J. P. II. mies. objawy krzywicy Rhinitis-Inanitia.

Waga przed okresem doświadczeń 24-I 4650, 30-I 4600, 6-II 4450.

Zywienie Albuminozą od d. 6-II do d. 23 (i później) dawano codziennie 3 łyżki stołowe Albuminozy. Dawane w odstępach co 2 godz. $\frac{1}{2}$ łyżki stołowej na raz ugotowanej na szklance wody (lub więcej).

Stan zdrowia zadawalniający, apetyt doskonały, wypróżnienia prawidłowe—zaburzeń nie zauważono.

Waga w tym okresie 12-II 4550, 16-II 4900, 29-II i 23-II 4900.

Przybytek wagi wymagany według teorii w danym okresie życia 250 gr.

Przybytek wagi przed okresem żywienia albuminozą—200 g.

Przybytek w okresie doświadczalnym 450 gr. (w ciągu 2-ch tygodni).

№ 5. J. S. 1 mies. Lues dyspepsia.

Waga przed okresem doświadczeń d. 14-II 2940.

Stan zdrowia niedobry, wypróżnienia zielone—dziecko wymiotuje 1 lub 2 razy dziennie.

Zywienie Albuminozą od d. 14-II do 23-II dostaje 10 łyżeczek Albuminozy dziennie i $3\frac{1}{3}$ szklanki wody.

Waga w tym okresie 16-II 3030, 22-II 3030.

Stan zdrowia—wymiotuje nie codziennie, wypróżnienia zielone wolne.

Przybytek wagi wymagany według teorii dla danego okresu życia 750 gr.

Przybytek przed okresem żywienia mączką. Brak cyfr do porównania.

Przybytek w okresie doświadczalnym 90 gr.

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne.

157. Gierke. **Przerost grasicy w chorobie Basedow'a.** (Münch. med. Woch. N-r 16, 1907).

Osobniki, cierpiące na chorobę Basedow'a, okazują szczególną wrażliwość na zabiegi chirurgiczne; śmiertelność waha się, według poszczególnych statystyk, między 3,5 do 13,9%. Ciężkie przypadki dają 28,5% śmiertelności. Niestety, analogicznego obrachowania dla chorych z cierpieniem Basedow'a przy pozostającej grasicy nie da się uskuteczyć, ponieważ nieznaną jest liczba tych, którzy przeżyją operację. Bo przerost grasicy dotychczas był stwierdzony jedynie na sekcji. Otrzymuje się jednak wrażenie, że z liczby zmarłych wkrótce po operacji daleko większy odsetek ujawnia pozostałość grasicy, niż wśród zmarłych przy morb. Basedowii, lecz nie w związku z operacją. W jakim zaś związku pozostaje wysoki stopień śmiertelności z przerostem grasicy? Być może, patologiczna działalność gruczołu tarczowego i takąż działalność grasicy w pewnym stopniu się kompensują? Jasnej odpowiedzi dać dotychczas na to nie można, jakkolwiek pewne światło na omawianą sprawę rzucają próby organoterapii, wykonywane przez Owen'a, Mikulicza, Reinbach'a: w każdym razie leczenie przetworami grasicy jest o wiele łagodniejsze w swem działaniu na organizm, niż substancya gruczołu tarczowego — tak czy owak, niektórzy z autorów przy stosowaniu w odnośnych przypadkach przetworów pierwszego organu otrzymywali wyniki zadowalniające, choć nie zawsze.

W. Dobr.

158. Freund. **Leczenie choroby Basedow'a promieniami Roentgen'a.** (Münch. med. Woch. N-r 17, 1907).

W pięciu przypadkach tego cierpienia, leczonych promieniami Roentgen'a, autor widział wyraźną poprawę. Na tej też podstawie twierdzi, że:

1) promienie Roentgen'a odpowiadają w chorobie Basedow'a wskazaniu przyczynowemu, ponieważ doprowadzają do zaniku chorobliwie tworzące wydzielinę wole Basedow'a; działają one zawsze dodatnio na wagę ciała i objawy nerwicowe, a zresztą mogą zniknąć i inne objawy: szmery sercowe i wysadzenie oka;

2) miękie, unaczynione, ustępujące pod uciskiem wola dają dobre rokowanie—objawy zanikają tem szybciej, im są świeższe.

W. Dobr.

159. Limbourg. **Eumidryna—nowe mydriaticum.** (Klin. Monatsblätter für Augenheilk. 44, rocznik I, 1906).

Eumidryna jest o połowę mniej trująca, niż atropina. 1% roztynowi atropiny odpowiada 2% eumidryny.

Działa szybciej od atropiny i prędzej swe działanie kończy (około 2 dni). Bardzo korzystnym jest połączenie obu wspomnianych środków.

Klęsk.

160. Mayer. **Izopral.** (Wien. klin. therap. Wochenschrift. N-r 41, 1906).

Izopral działa równie dobrze, jak chloralhydrat, a jest o wiele mniej szkodliwy od tegoż. Podawać można po gramie w mleku nawet dłuższy czas bez obawy.

Klęsk.

161. Mayer. **Helenitol.**

Helenitol działa korzystnie w amoniakalnym rozkładzie moczu. Autor poleca go gorąco zapisywać chorym z przerostem gruczołu krokowego, którym daje się także kateter do użytku.

Klęsk.

162. Haagner. **Leczenie wola jothionem.** (Wiener med. Presse. N-r 46, 1906).

Autor stosował jothion w leczeniu wola follikularnego u młodych osobników z wynikiem bardzo korzystnym.

Jothion ulega bardzo łatwo wessaniu i działa, zewnątrznie użyty, nadzwyczaj dobrze. Używa się go w postaci 50% maści lub 10% (w oliwie) pędzlowań.

Klęsk.

163. Massalongo i Danio. **Miejscowe podskórne wdmuchiwanie tlenu w ischias.** (Il policlinico—wrzesień, 1906).

W szpitalu w Weronie wdmuchiwali autorzy tlen około nerwu w przypadkach uporczywej rwy kulszowej, rzekomo ze skutkiem dobrym. Wdmuchiwanie robi się igłą, połączoną drenem z naczyniem, zawierającym tlen.

Klęsk.

164. Roesen. **Zastój Bier'a w morskiej chorobie.** (Münch. med. Woch. N-r 7, 1907).

Na myśl o zastosowaniu tej metody w chorobie morskiej naprowadziła autora, lekarza okrętowego, obserwacya, że wielu doświadczonych już podróżnych zaraz w początku mdłości owijają sobie głowę gorącymi chustkami, kładąc się przytem możliwie najwięcej poziomo, przez co doznają pewnej ulgi. To też autor zaczął stosować metodę zastoinową (opaska na szyję) na sobie samym i dwu podróżnych—wyniki były bardzo dodatnie. W porze nocnej opaska jest zbyteczną dzięki poziomemu położeniu całego ciała podczas snu.

W. Dobr.

II. Chirurgia.

165. Hovorka. **Uszkodzenie wskutek mięsienia i brak kostry.** (Wien. med. Woch. N-r 15, 1907).

Jak dalece ważnem jest badanie radiologiczne we wszelkich, a przynajmniej w bardzo licznych przypadkach cierpień kostnych, aby upewnić się w rozpoznaniu, dowodzi fakt następujący. Do autora zgłosił się chory, który twierdził, że lekarz przy mięsieniu, zastosowaniem wskutek gośca, złamał mu prawe przedramię w pobliżu stawu napięstkowego. Pomijając wielce zwodnicze wywiady, autor stwierdził w omawianem przedramieniu przy zwykłym badaniu klinicznym nienormalną flexionem ulnarem oraz abductionem i pozorną dislocationem ad axin i ad latus—jednem słowem, manus valga. Tymczasem zaś badanie radiologiczne ujawniło, że tu o żadnem złamaniu nie może być mowy, istnieje bowiem tylko wrodzony brak dolnego końca kości łokciowej, który najzupełniej wyjaśnia nienormalne ustawienie, ruchomość i skrócenie kończyny.

W. Dobr.

166. Wende. **Leczenie palców młotkowatych stopy.** (Münch. med. Wochft. N-r 10, 1907).

Ponieważ autor miał do czynienia z ludnością wiejską prze-

ważnie, gdzie leczenie ortopedyczne nie mogło być stosowane ze względów natury praktycznej, przeto uciekał się do zabiegów krwawych. W uśpieniu chloroformowem obnażano podłużnym cięciem podszwawem staw śródstopnopalcowy (metatarsophalangeus), naciągnano torebkę stawową i odłuszczało ją razem aparatem więzowym i okostną na takiej przestrzeni od kości śródstopia, aby oddłutowanie główki kości śródstopowej, zazwyczaj mniej lub więcej zniekształconej, mogło być wykonane dogodnie. Po usunięciu główki kości śródstopowej udawało się bez trudności sprowadzić odnośny palec przez pociąganie do jego położenia normalnego; nigdy nie zachodziła konieczność przecięcia skurczonego ścięgna mięśnia wyprostnego. Ponieważ autor u swych pacjentów (włoszanie-rolnicy) nie mógł zupełnie pewnie zdezynfekować, pomimo kilkakrotnego obmywania, okolicy palców stopy, przeto zazwyczaj zakładał do jamy stawowej wążki pasek gazy jodoformowej, wychodzący przez dolny koniec rany — pozostała część rany operacyjnej bywała zakrywana szwami węzełkowymi. W ciągu 10—12 dni rana była zupełnie zagojona. Wyniki funkcjonalne po takiej operacji były zupełnie zadowalniające.

W. Dobr.

167. Hajek. **O metodach operacyjnych przy zapaleniach zatoki czołowej.** (Wien. med. Woch. N-r 18, 1907).

Po omówieniu metod operacyjnych, jakie zjawiały się w porządku chronologicznym (prosta trepanacja zatoki czołowej, operacja Kuhnt'a, Czerny'ego, Riedel'a), autor zatrzymuje się dłużej nad operacją Killian'a, którą dla cięższych przypadków zmodyfikował w ten sposób, że zupełnie odłuszcza części miękkie ku oczodołowi od brzegu tegoż, przez co otrzymuje się dostęp do całej dolnej ściany zatoki czołowej na całej jej przestrzeni, a dzięki temu w ciągu kilku sekund można ją łatwo i całkowicie usunąć — naturalnie, przy tym zabiegu odłuszcza się i blok. W rezultacie osiągamy zupełny dostęp do wewnętrznej i górnej ściany oczodołu, ewentualnie możliwość sączkowania do jamy nosowej głównie przez błędnik kości sitowej, co jest o wiele wygodniejsze, niż płaska resekcyja processus nasalis.

Reasumując wyniki swych obserwacji nad rozmaitemi metodami operacyjnymi, autor mniema, że należy je stosować zależnie od wskazań. Co się tyczy prostej trepanacji, to ta zawsze znajduje swe zastosowanie w tych ostrych przypadkach, gdzie leczenie wewnętrznosowe nie może usunąć zastoju.

Dla przypadków przewlekłych ta metoda się nie nadaje.

Przy chronicznym ropniaku należy indywidualizować, zależnie od tego, czy są powikłania, czy też ich niema.

W przypadkach bez powikłań autor zaleca metodę Killian'a w jej czystej postaci, lub też ze swoją modyfikacją.

Przy powikłaniach można uciekać się do rozmaicie skombinowanych metod.

W. Dobr.

168. Müller. **Znaczenie protargolu dla tworzenia się blizny.** (Berl. klin. Woch. N-r 11, 1907).

Jedną z wybitnych własności maści protargolowej jest pewna, „swoista“, a mianowicie pobudzanie nabłonka do rozradzania się. Autor miał możność spostrzegania i leczenia całego szeregu przypadków, w których zdawała się konieczną transplantacja dla osiągnięcia wyleczenia, a które jednak zostały wyleczone tylko pod opatrunkami z maścią protargolową. Należy zaznaczyć przytem, że lapis (azotan srebra), stosowany również w postaci maści, działa dodatnio na sprawę bliznowania, jedynie pobudzając do bujania tkankę łączną, czyli powstawanie ziarniny; zaś protargol wywiera podniecie chemotaktyczną na komórki nabłonkowe.

W zakres terapeutycznego działania protargolowej maści wchodzi w pierwszym rzędzie rany oparzelinowe drugiego stopnia (po uprzednim otwarciu pęcherzy), następnie płaskie otarcia skóry. Przy ulcus cruris wyniki były niestale. Za to przy najrozmaitszych postaciach pryszczycy (Flore't) protargol okazał się, jako środek pierwszorzędny. Wogóle autor używa maści 5% lub 10%. Wielką uwagę należy zwracać na sposób przyrządzania samej maści, od tego bowiem warunku zależy i wynik leczenia: otóż, proszek protargolu, zanim zostanie rozarty z żaróbką tłuszczową, powinien być przedewszystkiem rozpuszczony w niewielkiej ilości *zimnej* wody. Ten stężony roztwór protargolu należy rozrobić z Lanolinum anhydr. i, wreszcie, z odpowiednią ilością żółtej amerykańskiej wazeliny. Formuła:

Rp. Protargoli 3,0 sol. in
Aq. destill. frig. 5,0 misc. c.
Lanol. anhydr. 12,0 adde
Vasel. flavi 10,0
M. f. ung.

W. Dobr.

169. Freund. **Dalsze doświadczenia nad znieczuleniem lędzwiowem.** (Deut. med. Woch. N-r 28, 1906).

Autor omawia znieczulenie lędzwiowe na mocy 209 przypad-

ków operacji kobiecych z kliniki Veil'a w Halli. Obecnie, w miarę udoskonalenia techniki, znieczulenie zawodzi coraz rzadziej.

Wklucie powinno się robić w linii środkowej między 2—3 kręgiem lędźwiowym (wyżej można, lecz niżej nie, bo często zawodzi).

Autor używa położenia z głową w dół, podług Kadera, bo zwiększa ono znacznie znieczulenie, i to zwykle w ten sposób, że robi wstrzyknięcie, pacjentkę układa z głową w dół i przez ten czas myje pole operacyjne, co trwa około 20 minut. Do znieczulenia używa fiolek stowainowo-nadnerczynowych Billon'a. Dawka średnia 0,07, często dochodzi do 0,1. Stosowania znieczulenia Bier'a wspólnie z zamroczeniem skopolaminowo-morfinowem nie radzi, obserwował bowiem przy tem w 10 godzin po operacji zejście śmiertelne, a chora przez cały czas nie odzyskała przytomności.

Raz obserwował też zejście śmiertelne u 73-letniej kobiety astmatycznej na stole operacyjnym wśród ustania oddechu. Radzi też wobec tego wyciągać zaraz mandryn, by igłą nie wejść za głęboko i nie znieczulić ruchowych korzeni rdzenia.

Oddaniu stolca przy operacji zapobiega się podaniem czopka z opium przed zabiegiem.

Znieczulenie lędźwiowe, według autora, zajęło już sobie poważne miejsce w medycynie.

Klęsk.

170. Mühsam. **Typowe uszkodzenia u obsługujących automobile.** (Deut. med. Woch. N-r 28, 1906).

U obsługujących automobile spotykamy obecnie typowe uszkodzenie, a jest niem złamanie kości promieniowej w jej dolnej części.

Powstaje ono w ten sposób, że celem puszczenia w ruch motoru zmuszony jest obsługujący kręcić korba. Często motor za szybko zaczyna działać i korba nagle cofa się w tył, zanim kręcący zdola rękę cofnąć, i w tej chwili następuje złamanie.

Celem uniknięcia tegoż zapobiegawczo powinno się obsługujących automobile o tem pouczać.

Klęsk.

171. Slaimer. **Doświadczenia powzięte z 1200 znieczuleń rdzeniowych tropakokaiaą.** (Wien. med. Presse. N-r 22—23, 1906).

Obecnie, w miarę udoskonalenia swej techniki, ma autor coraz lepsze wyniki (na 1200 — 54 razy zawód). Radzi używać nie za grubych igieł (1 mm grubości, 7—9 cm. długości).

Bóle głowy pochodzą od za szybkiego lub za obfitego wypu-

szczania płynu mózgowo-rdzeniowego. Jeżeli są bardzo uporczywe, trzeba płyn wypuścić po raz drugi i wtedy jest on zwykle mętnawy.

Podniesienie ciepłoty występuje często wskutek odkażania skóry w miejscu wkłucia sublimatem lub alkoholem zanieczyszczonym. Znieczulenie nie chroni od powikłań płucnych. *Kłesk.*

172. Zuckerkandl. **O leczeniu gruźlicy nerek.** (Deutsche med. Wochft. N-r 28, 1906).

Wiemy obecnie, że gruźlica nerek występuje często z początku jednostronnie i jest sprawą miejscową, należeć też powinna do chirurga, by ten zapobiegł rozszerzeniu się jej na moczowód, pęcherz lub nerkę drugą.

Dotyczy ona zwykle osobników młodych, zdrowych. Zakażenie następuje zwykle drogą krwi. Cierpienie przebiega z początku utajone i dopiero kolka, ropomocz, bóle i zajęcie pęcherza dają o niem znać choremu. Przy decyzji zabiegu stan drugiej nerki jest, naturalnie, bardzo ważną rzeczą. Białko, a nawet prątki w moczu nerki zdrowej nie powinny być przeciwwskazaniem do operacji, o ile próby funkcji nerki wypadną dodatnio.

Operacja gruźlicy nerki polega na usunięciu takowej doszczętnie, i to nieraz razem z całym moczowodem aż do pęcherza, albowiem zwykle i w nim są już ogniska chorobowe, i w razie zostawienia go powstają uporczywe przetoki gruźlicze. Wyniki wcale są niezłe. Israel i Krönlein obserwują już chorych takich od 11—14 lat.

Po usunięciu nerki przez pewien czas pozostają przypadłości pęcherzowe, te jednak wobec płukań i zapuszczań rozczyntu gwałtoli-jodoformu ustępują bez śladu. *Kłesk.*

173. Doering. **Leczenie krzywogłowia (caput obstipum).** (Deut. med. Wochft. N-r 27, 1906).

Obecnie leczymy krzywogłowia jedynie operacyjnie. Leczenie niekrwawe nie ma racji bytu, bo wszelkie naciągania wywołują stany zapalne w mięśniu mostkowo-sutkowo-obojęzycznym i w następstwie zwiększają jeszcze skrócenie tegoż.

Najracyonalniejszym i najprostszym jest sposób, zalecany przez Volkman'a—zwykłego otwartego przecięcia mięśnia. Mikujicz zalecał wycinanie całego mięśnia lub znacznej jego części (z obawy przed zranieniem nerwu dodatkowego).

Do przecięcia dołączają niektórzy przedłużenie plastyczne mięśnia lub i skrócenie mięśnia po stronie zdrowej. Gleich, celem

usunięcia asymetrii twarzy, poleca systematyczny ucisk za pomocą rurki metalowych na tętnicę dogłówną zewnętrzną, przez co wywołać chce zanik po zdrowie zdrowej.

Autor, na mocy 35 przypadków, poleca sposób, zalecany przez Volkman'n'a. Wyniki daje on bardzo dobre, przecięć należy jednak prócz mięśnia mostkowo-sutkowo-obożczykowego także m. platysma i część mięśnia kapturowego. Po zgojeniu rany — krawat celluloidynowy.

Z 35 przypadków tylko jeden pacjent trzyma głowę krzywo, ale siłą mięśni może ją prostować.

Najstarsza obserwacja 10¹/₂ lat. Asymetria głowy ustępuje też powoli sama przez się. *Klęsk.*

174. Weischer. **Opatrywanie ran po przeszczepianiu skóry.** (Centrlbt. f. Chir. N-r 25, 1906).

Autor postępuje w następujący sposób przy przeszczepianiu naskórka sposobem Thiersch'a. Po usunięciu powierzchownych warstw ziarniny nożem tamuje krwawienie kompresami zamoczo- nymi w gorącym roztworze soli kuchennej, przyciskając takowe opaską do rany. Potem na ranę kładzie płatki ściętego naskórka (zawsze z tego samego osobnika) i pokrywa je znowu kompresami zamoczonymi w ciepłym roztworze (0,8%) soli kuchennej.

W miarę wysychania przez pierwszy dzień polewa kompresy znowu roztworem soli.

Pierwszy opatrunek (w razie dużej wydzieliny na drugi dzień) po 2 dniach. Kompresy oddziela pod strumieniem roztworu soli.

Po dalszych 2 dniach opatrunek z maści borowej.

³/₄ przeszczepiań, w ten sposób opatrywanych, przyjęło się w zupełności, a ¹/₄ — w znacznej części. *Klęsk.*

175. Zirm. **Szczepienie rogówki.** (Wien. klin. Wochenf. N-r 3, 1907).

Zirm przeszczepił rogówkę z oka, wyjętego jednemu chore- mu, w oko drugiego, gdzie, z powodu oparzenia wapnem, była ślepotą. Przeszczepienie obustronne przyjęło się bardzo dobrze na jednym oku. Przeszczepiać można tylko rogówkę ludzką i to z mło- dego osobnika, z pomocą trepanu Hippl'a. Rogówkę trzymać na- leży po wycięciu między dwoma płatkami gazy, zmoczonymi w fi- zjologicznym roztworze soli kuchennej nad gorącą parą. Płatek umocowuje się za pomocą dwóch nitki, krzyżujących się, zaczepio- nych o spojówkę. *Klęsk.*

BIBLIOGRAFIA.

Prof. A. F. Holleman. **Podręcznik chemii nieorganicznej.** Przekład H. Jabłczyńskiego (z zapomogi kasy im. d-ra J. Mianowskiego). Str. 394 in quarto. Warszawa, 1907. (Cena rb. 1,50).

Wobec braku oryginalnych polskich podręczników chemii, z wyjątkiem tych, które zjawily się niedawno dla potrzeb szkół średnich, należy powitać z uznaniem książkę, która czyni w zupełności zadość wymaganiom nie tylko studenta uniwersytetu, lecz i lekarza, a może nawet i specjalisty chemika. Jako zasada ugrupowania materiału przyjęty jest tu peryodyczny układ pierwiastków, które przechodzi autor kolejno podług grup wartości chemicznej i wagi cząsteczkowej. Przy pierwiastkach poszczególnych formuluje i wyjaśnia prawa chemiczne, na które powołuje się potem przy rozpatrywaniu innych pierwiastków. Jest to więc metoda poglądowa, która zmusza do czytania podręcznika karta za kartą, żeby się oryentować w poszczególnych działach, które są w zależności i w związku z poprzednimi. Ten system, jak w kursie uniwersyteckim, nie stanowi bynajmniej braku książki, tembardziej, że spis szczegółowy rozdziałów daje możność wyszukania szybkiego rzeczy, potrzebnej w danej chwili.

Przy pierwiastkach są omawiane ciała pospolitsze, w których skład wchodzi. Uwzględnione są również nowo wykryte pierwiastki. jako to: argon, helorat — rad promieniotwórczy.

Przekład jest dobry, język poprawny i przystępny.

Słowem, podręcznik można polecić do użytku zarówno dla uczących się chemii, jak i dla tych, którzy muszą zajrzeć do książki, żeby sobie przypomnieć albo uzupełnić wiadomości z danej dziedziny. Z tych względów może on zadowolić wymagania lekarzy.

W. Miklaszewski.

Z KRAKOWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO.

Kraków, dn. 20 marca r. b.

Na dzisiejszem posiedzeniu Towarzystwa prof. Kader przedstawił nader ciekawy przypadek „lymphosarcoma“ jelit. W tym przypadku prof. Kader wyciął 275 cm. jelita pod znieczuleniem lędźwiowem. Chory ma się zupełnie dobrze, skarży się jedynie na głód. Prof. Kader zaznacza, iż po wycięciu nie łączył odcinka z odcinkiem, a zrobił enteroanastomozę z boku na znacznej odległości, odcinki zaś zaszył na ślepo. W poprzedniej swej praktyce prof. Kader usunął już raz 215 cm. jelita ze skutkiem zupełnie

pomyślnym. Wogóle trzeba się spodziewać wyniku pomyślnego przy usunięciu nie więcej jak połowy jelita cienkiego; w literaturze spotykamy wspomnienie o wycięciu 365 cm. jelita, wynik atoli w tym przypadku był ujemny: chora zmarła po 22 godzinach.

Po prof. Kaderze zabrał głos d-r Godlewski w kwestyi „zjawiska fizycznego zmęczenia w świetle współczesnych teoretycznych pojęć oraz spostrzeżeń klinicznych“.

Przedewszystkiem prelegent zaznacza, iż codzienne zjawisko, jakim jest zmęczenie, często wkracza w dziedzinę patologii. Co do swej istoty, to jest ono samozatruciem spowodowanem toksynami, które łatwo otrzymać można z mięśni zwierząt padłych ze zmęczenia. Te „toksyny zmęczenia“ odznaczają się niestałością; małe ich ilości wstrzyknięte wywołują objawy zmęczenia, duże dawki — śmierć.

Przy systematycznym wstrzykiwaniu tych toksyn koniom można otrzymać surowicę antytoksyczną. Antytoksyny są bardzo trwałe i nawet półgodzinne gotowanie im nie szkodzi. Przez utlenianie lub odtlenianie białka możemy wytworzyć toksyny, dające się zobojętnić antytoksynami zmęczenia. Przy zmęczeniu nadmiernie pracuje system krwiobiegu i system oddechowy, a śmierć ze zmęczenia równa się śmierci z uduszenia. W literaturze notowano kilka postaci chorobowych, pod którymi występuje zmęczenie; przedewszystkiem więc *ostra* postać ze zmianami w narządzie krążenia, z tętnem przyspieszonym i ciśnieniem obniżonym; oddech bywa przyspieszony, mięśnie oddechowe pracują usilnie. Dalej opisywano zmęczenie, występujące pod postaciami, przypominającemi dur i gościec. W pierwszym razie ma się obserwować *visus typhosus* biegunki, szmer w sercu, nagły początek i nagły spadek temperatury. Drugi ma się różnić od gościca stawowego tylko brakiem komplikacji, brakiem umiejscowienia ścisłego i bezskutecznością leczenia salicylem. Na te dwie formy prelegent radzi zapatrywać się sceptycznie, cechy bowiem, które mają niby je odróżniać od duru i gościca, nie wytrzymują, oczywiście, krytyki. Najczęściej i niechybnie zdarzającą się postacią zmęczenia jest stan, gdy występuje osłabienie, bóle w członkach i stawach, czasem objawy żołądkowe, anemia; temperatura najczęściej normalna. Jednocześnie żadnych objawów neurastenii czy histeryi wykryć się nie udaje. Krótki względnie odpoczynek w tych razach daje doskonałe rezultaty przy zupełnie obojętnej kuracji. Przypadki podobne często mylnie bywają traktowane jako neurastenia czy histerya, trzeba więc być bardzo ostrożnym z rozpoznaniem w tego rodzaju przypadkach, gdyż leczenie, oczywiście, wskazane jest wprost przeciwne przy zmęczeniu i neurastenii, a błędne zastosowanie leczenia szkodę tylko choremu i w jednym i w drugim razie przyniesie.

W dyskusyi przemawiali: d-r Rydel, d-r Flis i prof. Ciechanowski.

Po zamknięciu dyskusyi prof. Ciechanowski przemawiał w sprawie „szpitalnictwa“, do której to kwestyi wybrano komisję,

złożoną z d-rów: prof. Ciechanowskiego, Godlewskiego, Łazarskiego, Chmurczyńskiego, Ponikły i Piotrowskiego.
Bronisław Wejnert.

Ze szpitali i klinik w Pradze Czeskiej.

Praga, d. 20 kwietnia r. b.

Kliniki czeskie w Pradze, umieszczone w starych i ciasnych gmachach, z tego punktu widzenia wiele pozostawiają do życzenia. Długie, wąskie korytarze, sale niezbyt obszerne, a przepelnione chorymi; wogóle nader prymitywne urządzenie dalekiem jest od dzisiejszych wymagań. W lepszym znacznie stanie są laboratoria i sale wykładowe. Ambulatorya są nader ciasne, np. w klinice chirurgicznej przeznaczono na ambulatoryum 2 ciasne pokoiki, w których robi się codziennie po 80 opatrunków i przyjmuje po 100—120 chorych z miasta. Klinika wewnętrzna w swoim, nie większem, ambulatoryum udziela rocznie około 8 tysięcy porad. Pomimo jednak braków urządzeń przyznać należy, iż cześć robią, co mogą, aby podnieść wartość naukową klinik, i pracują sumiennie, śledząc za najnowszymi prądami w medycynie, (a nadto wprowadzając na swoje conto niektóre ulepszenia, np. oświetlenie w sali operacyjnej i t. p.). Zauważę tu niektóre aparaty, metody leczenia i sposoby wykładu, będące tu w użyciu, a mało lub wcale nie stosowane u nas w Warszawie, jak również w Krakowie, Dorpacie i Wiedniu. Przedewszystkiem po raz pierwszy spotkałem się tu w klinice wewnętrznej z zastosowaniem zdjęć kinematograficznych do wykładów (dla uplastycznienia opisów rzadszych chorób, połączonych z charakterystycznymi ruchami). Pedagogiczne znaczenie tej nowości nie potrzebuje, oczywiście, wyjaśnień. Dalej znajdują tu w klinice wewnętrznej szerokie zastosowanie „*voluminometry*“ Graviz'a w modyfikacji Hinka (czecha). Są to przyrządy do mierzenia we krwi stosunku objętości surowicy oraz ciałek białych i czerwonych. „*Voluminometr*“ taki ułatwia znacznie, a czasem stawia „*ad oculos*“ rozpoznanie w dziale chorób krwi. W klinice chirurgicznej zasługuje na wspomnienie pracownia Roentgen'a, urządzona według najnowszego systemu. Przechodząc do metod leczniczych, zaznaczę, iż we frakturach kombinowanych używaną tu jest z bardzo dobrymi wynikami „*sutura*“ prof. Kukulii za pomocą *protezy z magnezytu*. Również szerokie zastosowanie ma tu metoda Bier'a, dająca doskonale zwłaszcza rezultaty przy „*gonitis gonor.*“; stosowana przy flegmonach, nie dała pomyślnych wyników. *Ischias* leczą tu za pomocą *heiz-luft* aparatu; masaż uważają za dobry i skuteczny, nie stosują go jednak w klinice wewnętrznej z powodu braku masażysty.

Ogółem jest tu 11 klinik czeskich: 2 wewnętrzne (prof. Maixner i prof. Thomayer); chirurgiczna (prof. Kukula); położnicza, ginekologiczna (prof. Pawlik); dalej dziecięca, psychiatryczna, otyatryczna, laryngologiczna, oczna, skórna i ambulatoryum dentystyczne. Nadto są zakłady anatomii opis., anatomii patolog., histolog. i embryolog., fizyologii, chemii lekarskiej, patolog. ogólnej, higieny, farmakologii, medycyny sądowej i policyi weterynaryjnej. Ogółem częściej na czeską medycynę 400—500 słuchaczy (na niemiecką około 100); polaków wśród nich jest zaledwie czterech (podczas, gdy na czeskiej technice około 100). Słuchacze niższych semestrów skarżą się na brak materiału anatomicznego, wskutek czego robią zaledwie po 3 preparaty na semestr; pochodzi to z powodu konieczności dzielenia się materiałem z wydziałem lekarskim niemieckim.

Dzięki uprzejmości d-ra Eiselt'a, asystenta kliniki wewnętrznej, udało mi się zwiedzić najnowszy, a zarazem najlepszy szpital czeski miejski na t. zw. „Vinohradach“. Prymaryusz tego szpitala, d-r Semerad, nader chętnie oprowadził nas po wszystkich pawilonach i udzielał potrzebnych informacji. Szpital, będący w mowie, leży dosyć daleko za miastem i obecnie ma ogółem 160 łóżek; składa się on z dwóch pawilonów wewnętrznych, chirurgicznego, każdego oraz administracyjnego i gospodarczego.

Każdy pawilon ma dwie sale duże, kilka separaetek, pokoiki dla sióstr miłosierdzia, łazienkę, werendę i kuchnię podręczną elektryczną; kuchnia centralna znajduje się w pawilonie gospodarczym, urządzonej jest pod każdym względem wzorowo, a utrzymana nadzwyczajnie czysto. Ogrzewanie posiada szpital centralne najnowszym systemem oraz własną instalację elektryczną, wzorowo urządzonej. Na wzmiankę zasługuje sala operacyjna, urządzonej z nadzwyczajnym komfortem i starannością według najnowszych wymagań nauki.

W szpitalu na „Vinohradach“ stosuje się na wielką skalę surowicę „antystafilkokową“ z bardzo pomyślnym wynikiem. Przy „hemoptoe“ stale stosuje się iniekcje z żelatyny (Merck) z wynikiem bardzo dobrym. W celu dyagnostycznym podaje się *do wewnątrz tuberkulinę w pigułkach*. Nakoniec dodam, iż widziałem w tym szpitalu przypadek gruźlicy płuc, leczony metodą Bier'a z dobrym wynikiem. Chory leży w ten sposób, że najniżej położoną częścią ciała są łopatki; cel ten osiąga się podsuniciem pod nogi wielkiego pulpitu pod kątem 45°. W omawianym przypadku gorączka ustąpiła po 2 dniach i nie zjawia się w ciągu całego szeregu dni, przez które chory stale leży w opisany wyżej sposób.

Bronisław Wejnert.

Kronika bieżąca.

— *Wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.*

Ażeby tem łatwiej osiągnąć wytknięty tej wystawie cel, a mianowicie uprzystępnianie najnowszych zdobyczy nauk przyrodniczo-lekarskich i higieny dla najszerszych warstw naszego społeczeństwa, postanowił komitet wystawy urządzać popularne bezpłatne wykłady z demonstracjami, które mają być niejako żywym przewodnikiem po wystawie.

Urządzenie tych wykładów objął Uniwersytet lwowski przez swój komitet powszechnych wykładów uniwersyteckich. Dla wykładów tych przeznaczył komitet wystawy środkową halę w pałacu sztuki, która będzie odpowiednio urządzoną i zaopatrzoną w aparaty projekcyjne, umożliwiające demonstrowanie poszczególnych przedmiotów wielkiej ilości słuchaczy. Wykłady te odbywać się będą codziennie tuż po zamknięciu wystawy przez cały czas jej trwania od godz. 8-jej wieczorem i będą bezpłatne w ten sposób, że bilet wstępu na wystawę będzie już uprawniał do uczestnictwa w wykładzie. P. T. prelegenci, chcący wziąć udział w tych wykładach, zechcą się zgłosić wprost do biura komitetu powszechnych wykładów uniwersyteckich (gmach Uniwersytetu) w czasie od godz. 6—6½ po poł.

—jw— Na posiedzeniach Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego zakazano świeżo referatów i rozpraw w języku polskim. Wprawdzie, w żadnej ustawie lub cyrkularzu, wydanych po ukazach o wolności, nie wyrażono, że mianowicie Towarzystwu Lekarskiemu w Wilnie dozwala się dysputować po polsku, daleko jednak do wniosku, jaki wyprowadziła miejscowa administracja, że nie wolno tam porozumiewać się po polsku.

—jw— *Choroby zakaźne w Warszawie* grasują w dalszym ciągu. Liczne są bardzo przypadki tyfusu powrotnego, tyfusu brzuszkiego, ospy naturalnej i wietrznej, koklusu, zapalenia płuc włóknikowego. Mniej liczne są przypadki tyfusu plamistego.

— Kierownictwo zakładu leczniczego dla nerwowo i umysłowo chorych, należącego do spadkobierców d-ra Chomentowskiego, objął kol. Stanisław Orłowski, ordynator Szpitala ś-go Jana Bożego; lekarzem miejscowym zakładu został kol. F. Jakubowski.

Zmarli. Dr Karol Otton Jonscher dnia 14 maja r. b. w Łodzi, w wieku lat 57.

Redaktor: Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.