

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

Do Czytelników!

Od lat 3 wydawnictwa lekarskie polskie przechodzą kryzys. Nie będziemy wyliczać przyczyn, aż nadto znanych naszym Czytelnikom, do najglówniejszych jednak zaliczyć musimy przede wszystkim brak wszechnicy w Warszawie, któraby była środowiskiem i ostoją nauki polskiej.

Ogólne zubożenie kraju, silna depresja, odbiły się również na piśmiennictwie naukowym polskim wogóle, a lekarskim w szczególności.

Pisma nasze, które od zamknięcia Szkoły Głównej były w obrębie Królestwa jedyną ostoją nauki lekarskiej polskiej, nigdy, jak wiadomo, nie opłacały się materyalnie i istniały tylko dzięki ofiarności moralnej i materyalnej szeregu lekarzy, którym rozwój nauki polskiej leżał na sercu.

Dzięki tej ofiarności pisma nasze stały się ośrodkiem, który naukę tę szerzył i rozwijał język naukowy, pozwalając lekarzom naszym nie tylko podążać za postępem nauki, ale do nauki tej niejedną przynieść cegiełkę.

Przypuszczaliśmy, że ta rola pism polskich skończy się z chwilą otwarcia upragnionej przez kraj całej wszechnicy polskiej, że z barków piśmiennictwa ta część pracy przejdzie w ręce powołanych w tym celu profesorów. Nadzieje w tym kierunku okazały się płonnymi.

Wobec tego na plan pierwszy wysunęła się myśl zespolenia sił do pracy intensywniejszej przez silniejszy związek tych, którym rozwój naszej wiedzy nie jest obojętny, przez zespolenie pism o mniej więcej pokrewnym kierunku. Myśl

ta kielkowała oddawna; znalazła swój wyraz w uchwale X Zjazdu lekarzy we Lwowie i dziś przyoblekła się w formy realne.

Na mocy układu z d. 27 listopada 1907 r. między wydawnictwami „Medycyna“ i „Kronika Lekarska“, oba te pisma wychodzić będą razem, przy współpracownictwie wszystkich sił naukowych obu pism połączonych, w znacznie zwiększonej objętości, p. n.

„Medycyna i Kronika Lekarska”

już od stycznia 1908 roku.

Nowe to pismo, poświęcone przeglądowi postępów medycyny dla lekarzy praktyków, obejmuje następujące działy:

1. Artykuły oryginalne z medycyny praktycznej i teoretycznej.
2. Spostrzeżenia z praktyki szpitalnej. Spostrzeżenia z praktyki prywatnej.
3. Sprawozdania z zakładów leczniczych.
4. Streszczenia ze wszystkich działów medycyny praktycznej i teoretycznej.
5. Sprawozdania ze Zjazdów i Towarzystw naukowych.
6. Streszczenia zbiorowe i wykłady kliniczne, omawiające najważniejsze zagadnienia praktyczne.
7. Wiadomości lecznicze: nowe leki i przyrządy.
8. Bibliografia, oceny dzieł polskich i obcych.
9. Sprawy bytu lekarzy.
10. Korespondencye.
11. Życiorysy i nekrologi.
12. Odpowiedzi Redakcyi w sprawach naukowych i bytu lekarzy.
13. Wiadomości bieżące, nominacye, sprawozdania z instytucyi społeczno-lekarskich.
14. Ruch w szpitalach warszawskich i prowincjonalnych. Stan zdrowia w Królestwie i Cesarstwie.
15. Ogłoszenia i reklamy.

Pismo będzie wychodzić co tydzień w objętości 2 arkuszy druku.

Mimo tak obszernego programu, który będzie w miarę sił wypełniony całkowicie, utrzymaliśmy cenę w Warszawie rb. 7, z przesyłką rb. 8.

Mamy nadzieję, że wszyscy lekarze, którym losy nauki lekarskiej polskiej nie są obojętne, poprą nasze wydawnictwo i przyczynią się do podniesienia wartości pisma.

Warszawa, grudzień 1907.

REDAKCJA.

I. Przypadek trądu nerwowego.

Podał

D-r Ryszard Biehler,

naczelny lekarz zakładu dla trędowatych w Rydze.

Rzecz odczytana w październiku 1907 r., w Towarzystwie Lekarskiem w Rydze, z demonstracją chorego.

(Dokończenie).

Nie zupełnie swoistem dla trądu nerwowego jest: po pierwsze, pojedyncze nacieczenie naokoło prawego oka, co możnaby właściwie uważać za nacieczenie gruczkowe; po drugie, swoiste nacieczenie oczu, czego zwykle nie spotykamy w trądzie nerwowym. To są najważniejsze objawy różniczkowe między trądem gruczolowym i nerwowym. Zwykły przebieg trądu nerwowego przedstawia się, jak następuje: najpierw lub jednocześnie zachorowują skóra i nerwy, występują swoiste plamy na skórze, potem zaś powoli rozwijają się odżywcze, nerwowe zbroczenia, jako to: zaniki, wrzód dziurawiący stopę, okaleczenia; oko zaś zachorowuje wtórnie dzięki niedostatecznemu zamykaniu powiek; w rzadkich przypadkach przyłączają się potem i inne objawy gruźlicowe. Taki jest przebieg normalny trądu nerwowego, w naszym zaś przypadku najpierw zachorowały nerwy; plam na skórze wyjątko-

wo nie było; bardzo wczesnie zjawily się zbroczenia odżywcze i określone objawy gruźelkowe na skórze i na oku. Właśnie ostatnie objawy pozwalają nam uważać ten przypadek, jako trąd mieszany. Wszystko to utrudniło wczesne rozpoznanie trądu nerwowego. Jak rzadko spotykamy trąd mieszany, może wykazać statystyka z ryskiego zakładu.

Na 437 chorych, leczonych w zakładzie od czasu otwarczenia takowego w r. 1891 aż do dnia dzisiejszego, było:

Trądu gruźelkowego 290 przypadków; z tych chorych na oczy 230, to jest 70%.

Trądu nerwowego 132 przypadki; z tych chorych na oczy 11, t. j. 13%.

Trądu mieszanego: tu rozróżniamy: po pierwsze, takich, którzy najpierw zapadli na trąd gruźelkowy, później zaś przyłączyły się objawy trądu nerwowego; było ich 14; chorych na oczy 4, t. j. 33%; po drugie, takich, którzy byli chorzy na trąd nerwowy, a później przyłączyły się objawy trądu gruźelkowego — był tylko jeden (obecnie opisywany) chory na oczy.

Obecnie w zakładzie znajduje się 84 chorych; z tych mamy: chorych na trąd gruźelkowy 59, chorych na oczy 32, t. j. 65%;

na trąd nerwowy 25—na oczy wszyscy zdrowi;

na trąd mieszany jeden (obecnie opisywany) chory na oczy.

Jak wyżej powiedziałem, przyłączenie się do czysto nerwowych objawów trądu gruźelkowego na prawem oku i swoistego gruźelkowego nacieczenia na brzegu rogówki lewego oka, jakoteż obfitość drobnoustrojów trądu, ułatwiły w danym przypadku rozpoznanie choroby, jakkolwiek i przed tak silnem zachorowaniem oczu objawy w danym przypadku były na tyle swoiste, że dla leprologa rozpoznanie nie przedstawiało wielkiej trudności. Przyznać jednak należy, że, jeśli wogóle rozróżnienie czystej postaci trądu nerwowego od czystej postaci jamistości rdzenia dla specjalisty nie przedstawia zbyt wiele trudności, to, biorąc pod uwagę, że zbyt często ma się do czynienia z nietypowymi przypadkami trądu i z nietypowymi przypadkami jamistości rdzenia, rozpoznanie różniczkowe staje się bardzo trudnem.

Znane są w piśmiennictwie przypadki, w których nie zgadzali się na jedno zarówno znawcy trądu, jak i najpierwsi

neurologowie. Wspomnę tylko przypadek, przedstawiony na międzynarodowej konferencji nad trądem w r. 1897. Leprologowie—między nimi sławny v. Düring—obstawali za rozpoznaniem trądu, gdy neurologowie tej miary, co: Laehr, Remak — za jamistością rdzenia. Zdania były podzielone i do zgody nie doszło. Również zostało nierozstrzygniętem rozpoznanie drugiego przypadku, o którym donosi Petrini de Galatz. Chory był badany w kilku szpitalach paryskich przez znanych klinicystów-neurologów, którzy postawili rozpoznanie choroby Morvan'a, t. j. jamistości rdzenia; wskutek anatomo-patologicznych badań Joffrey'a i Achard'a, Redlich'a, Schlesinger'a, ostatecznie przyznano chorobę Morvan'a jako kliniczną podpostać jamistości rdzenia. Tenże chory, badany przez dermatologów i leprologów w szpitalu St. Louis, uznany został jednogłośnie jako chory na trąd.

Rozpoznanie ostatecznie rozstrzygnąć może znalezienie w nacieczeniach skórnych drobnoustrojów trądu, co natrafia na pewne trudności: po pierwsze, jak naprzykład u naszego chorego, może zupełnie nie być początkowego nacieczenia, a po drugie, w trądzie nerwowym znajdujemy w skrawkach z nacieczonej skóry albo nadzwyczaj mało drobnoustrojów trądu (w przeciwieństwie do trądu gruzelkowego, gdzie nie tylko w każdej części skóry, zajętej chorobą, ale i w wydzielinach nosa, ran i wrzodów z wielką łatwością znajdujemy obficie drobnoustroje trądu), albo też, i to bardzo często, jak to potwierdzają badania Zambucci'ego, Jeanselm'a i innych, takowych się wcale nie znajduje.

Trudno się zgodzić ze zdaniem Zambucci-Paszy, który, na mocy przeprowadzonych swych badań w Turcyi, Małej Azji, Egipcie, Norwegii, południowej i zachodniej Francyi, twierdzi, że choroby mlecza pacierzowego, jako to: jamistość rdzenia, choroba Raynaud'a, twardnienie palców, twardnienie skóry, są niczem innym, jak trądem. A jednak zastanawiającym i uwagi godnym jest fakt, że w tych krajach Europy, jak południowa i zachodnia Francya, Pireneje, Saliga, Bośnia, Szwajcarya i wschodnie Prusy, gdzie przed laty panował trąd, spotyka się bez porównania częściej jamistość rdzenia, niż w krajach bez trędowatej przeszłości, i że właśnie w tych to miejscowościach odnaleziono w ostatnich czasach rozrzucone, odosobnione świeże przypadki trądu, niewiadomego pochodzenia.

W każdym więc przypadku jamistości, który podlega naszym badaniom, należy mieć na uwadze to wielkie podobieństwo i pokrewieństwo objawów trądu nerwowego i chorób mleczna pacierzowego typu jamistości rdzenia.

Należy przytem pamiętać, że trąd nerwowy jest to choroba ustroju nerwowego, w której drobnoustrój trądu sam przez się małą odgrywa rolę, a głównym działaczem jest owa chemiczna materya, ów jad lub toksyna, która, jak powiada Nonne, zaczyna działać na obwodzie, niszczy nerwy obwodowe i oddziaływa ujemnie na mlecz pacierzowy, niszcząc jego czuciowe, ruchowe, odżywcze i wydzielnicze czynności; w taki sposób powstaje obraz pstry, wytworzony przez połączenie szeregu objawów, zarówno obwodowo-nerwowych, jakoteż środkowo-rdzeniowych.

O tem, jak wielkie znaczenie dla społeczeństwa ma wczesne rozpoznanie trądu, chyba nie potrzebuję wspominać; zważywszy zaś, że do kraju naszego, a szczególnie do Warszawy często bywają przysyłani lotysze (naprzykład do wojska), wśród których choroba ta spotyka się bardzo często, nie od rzeczy będzie zwrócić i u nas uwagę na tę chorobę, która, jak widzimy, nie zawsze z równą łatwością może być rozpoznana.

II. O stosunku akuszerki do publiczności i lekarzy.

Odczyt w d. 20 grudnia r. 1907 w Stowarzyszeniu Lekarzy Polsk. w Warszawie

D-ra Józefa Jaworskiego.

Szanowni Koledzy!

Temat, który mam roztrząsać, obrany został przez Zarząd Stowarzyszenia naszego i mnie powierzony do opracowania. Sprawa stosunku akuszerki do publiczności i lekarzy jest bardzo aktualną; stanowi ona przedmiot publicznych rozpraw, szczególnie w Niemczech, na zjazdach, w Towarzystwach lekarskich. Na ostatnim Zjeździe ginekologicznym w Dreźnie, w maju r. b., d-r E c-

stein, znany lekarz niemiecki, o sprawie akuszerok, między innymi, wyraził się, że tak jak w polityce, mówiąc o chorym człowieku, ma się na myśli półwysep Bałkański, tak w medycynie praktycznej, mówiąc o chorej kobiecie, ma się na myśli sprawę akuszerok.

Stosunek akuszerok do społeczeństwa i lekarzy, biorąc rzecz tę szerzej, ogólniej, jest niejako wyrazem organizacyi pomocy położniczej w danej miejscowości, w danym kraju.

Organizacya zaś pomocy położniczej posiada dla społeczeństwa, dla kraju, dla gospodarki krajowej odrębne znaczenie, wyjątkową doniosłość.

Wiemy, że o bogactwie danego kraju rozstrzyga ilość wyprodukowanej pracy. Im ludność silniejsza, zdrowsza, zdolniejsza do pracy, tem większą będzie jej wydajność, czyli bogatszym będzie ten kraj, który posiada ludność silniejszą, zdrowszą, zdolniejszą do pracy.

Na rozwój ludności pod względem fizycznym wpływa bardzo wiele czynników—jedne dodatnio, drugie ujemnie. Pomiedzy czynnikami, mającymi wpływ na fizyczny rozwój ludności, jednym z najważniejszych jest niewątpliwie sprawa rozrodcza. Przebieg sprawy rozrodczej odbija się zarówno na kobietach, jak i na noworodkach. W tych razach albo kobiety rodzące, unikając groźnych im niebezpieczeństw, powracają do warunków fizyologicznych z zachowaniem nietylko sił i zdrowia, lecz i zdolności rozrodczej, albo przeciwnie, przedwcześnie się starzejąc, tracą sprawność nietylko do życia płciowego, lecz wogóle do pracy produkcyjnej. Toż samo noworodki. Już pierwsze dni ich życia nieraz decydują o ich przyszłym losie: albo zachowują warunki do jaknajlepszego rozwoju, albo stają się mało odpornymi na wpływy szkodliwe, mało zdolnymi do życia.

Tutaj właśnie uwydatnia się znaczenie odrębne, doniosłość wyjątkowa organizacyi pomocy położniczej—sprawności zawodowej zarówno akuszerok, jak i lekarzy. W Niemczech, wobec dużej ilości lekarzy, przy zaludnieniu gęstem, według Dührssen'a, codziennie umiera wskutek krwotoku jedna rodząca. W Anglii, gdzie prowadzoną jest od dawna statystyka śmiertelności wskutek porodu, w pewnych dzielnicach Londynu śmiertelność od zachorowań poporodowych wynosi 4 na 1000 porodów, a jest to godnem uwagi, że, pomimo zaprowadzenia antyseptyki, śmiertelność z powodu gorączki porodowej obniżyła się tylko w domach porodowych, a pośród całej masy ludności śmiertelność ta pozostała taką, jaką była przed 50-ciu laty.

W Galicyi, według Marsa, śmiertelność z powodu porodów wynosi 4 na 1000 porodów.

W Królestwie Polskiem, według moich przybliżonych obliczeń, śmiertelność ta wynosi około 5 na 1000 porodów, t. j. przeszło 2000 kobiet w Królestwie Polskiem umiera rocznie wogóle po porodzie.

W Rosyi, według Rejna, na zasadzie przybliżonych obliczeń, śmiertelność wskutek porodu i z powodu gorączki porodowej wynosi 5 na 1000 porodów. Cyfra ta, zdaniem Rejna, jest mniejszą od istotnej. Biorąc jednak 5 na 1000, otrzymamy w cyfrach okrągłych, na 138 milionów ludności Rosyi, przy corocznej cyfrze 6 milionów porodów, coroczną śmiertelność, wyrażającą się liczbą 30,000 kobiet.

Śmiertelność ta przewyższa straty armii w najbardziej krwawych bitwach, szczególnie gdy się zważy, że jest ona stałą, z roku na rok, wtedy, gdy wielkie wojny, na szczęście, powtarzają się w mniej lub więcej dłuższych odstępach czasu.

I tutaj, podobnie jak na wojnie, oprócz zmarłych, pozostają sieroty, a także kaleki pod postacią chorych kobiet, z przetokami, rozerwaniami, ze zmianą położenia narządów miednicy, zapaleniami i wogóle schorzeniami narządów tych, które to schorzenia trwają nieraz lata, a czasami i przez życie całe. Jakże różne liczby od powyższych znajdujemy w kraju, gdzie organizacja pomocy położniczej jest przeprowadzoną racjonalnie, gdzie stosunek akuszerki do ogółu, a także do lekarzy, jest właściwie uregulowany, gdzie, zarówno jedne, jak i drudzy, obowiązki swe względem rodzących i położnic wykonywują ściśle i prawidłowo.

Według v. Herff'a, najnowsza statystyka śmiertelności z powodu gorączki porodowej w Niemczech, ogłoszona przed paru miesiącami (Münch. Med. Wochenschr. N-r 21, 1907), wynosi 1,62 na 1000 porodów, co zwraca powszechną uwagę i skłania do surowych zarządzeń, ponieważ do niedawna wynosiła tylko 1,43 na 1000, a nawet mniej.

A więc takie lub inne wyniki sprawy rozrodczej pozostają w bezpośrednim związku oraz ściślejszej zależności od organizacji pomocy położniczej.

Organizacja ta zaś polega:

na odpowiedniej liczbie personelu akuszerskiego, t. j. akuszerki i lekarzy w danym kraju, czy mieście;

na odpowiednio urządzonych i w dostatecznej liczbie domach porodowych;

na uzdolnieniu zawodowym zarówno akuszerki, jak i lekarzy;

na stosunku akuszerki do ogółu i do lekarzy.

Co do ilości personelu akuszeryjnego, ilości zakładów położniczych wogóle, u nas, w kraju, to sprawy te już parokrotnie szczegółowo omówiłem dawniej w szeregu artykułów, ostatnio w dziele zbiorowym, wydanem w r. z. w Warszawie p. n. „Medycyna w samorządzie“, tutaj więc tylko przypomnę, że według wyliczeń moich, przed laty 12-tu dokonanych, na podstawie urzędowych danych i ankiety, po miasteczkach i po wsiach, gdzie znajduje się około 3,000,000 kobiet, w okresie życia płciowego, jedna akuszerka nie przypadnie nawet na 300,000 kobiet.

Innemi słowy, według ówczesnych wyliczeń moich, $\frac{4}{5}$ urodzeń pozostaje u nas, w kraju, bez elementarnie umiejętniej opieki położniczej.

Stosunek liczebny akuszerki i lekarzy do urodzeń, według danych urzędowych, w r. u. w następujący sposób się przedstawia:

Cała ludność Królestwa Polskiego w r. 1906 wynosi 11,370,444, w tem kobiet — 5,793,063.

	Liczba urodzeń	Liczba akuszerki	Liczba lekarzy
Gub. Warszawska	54,818	196	115
Warszawa	25,225	344	802
Gub. Kaliska	45,604	81	67
„ Kielecka	31,717	52	58
„ Łomżyńska	19,751	43	31
„ Lubelska	49,464	67	86
„ Piotrkowska	80,593	308	252
„ Płocka	21,441	63	46
„ Radomska	38,885	52	57
„ Suwalska	18,419	30	28
„ Siedlecka	36,811	43	52
Ogółem	422,728	1279	1564

Obecnie, według moich wyliczeń, na 405,000 porodów na prowincyi, w 300,000 brak obsługi fachowej, t. j. tylko $\frac{1}{4}$ porodów ją posiada.

Stwierdzając, iż obecnie stosunek ten się zmienił na korzyść co do miast, głównie więcej zaludnionych, a pozostał prawie taki, jak dawniej, w osadach i po wsiach, przechodzę do omówienia

uzdolnienia fachowego akuszerok, właściwiej — ich wykształcenia.

Sprawa zreformowania szkół akuszerok, jak wiemy, odbyła się u nas przed kilku laty (w r. 1900), i wszyscy ją świeżo mamy w pamięci. Reforma ta, obok typu akuszerki, zwanej babką wiejską, wprowadziła akuszerkę II rzędu. W ten sposób są akuszerki I rzędu, t. j. te, od których przy wstępowaniu do szkoły wymagalne jest świadectwo z ukończenia gimnazjum żeńskiego, a do warszawskiej szkoły — z 4 klas gimnazjalnych.

Powtóre, akuszerki II rzędu.

Osoby, pragnące uzyskać ten tytuł, który nie ogranicza ich miejscem (nie mogą tylko zajmować posad rządowych), terenem praktyki, jak tego prawo wymagało od dawnych babek wiejskich, przy wstępowaniu do szkoły przedstawiać mogą tylko świadectwa ze szkół początkowych, podlegają jednak z innymi egzaminowi przy szkołach dla akuszerok lub przed osobnymi komisjami.

Po nad to, u nas w kraju nastąpiło unarodowienie szkół akuszerok, z wyjątkiem szkoły przy klinice uniwersyteckiej, przez przyznanie prawa wykładu w języku polskim. Sam program, szczególnie zakres nauczania, uległ względnie nieznacznym zmianom.

Ta reforma szkół akuszerok, jak się okazuje, dotknęła najwięcej stronę społeczno-lekarską pomocy położniczej. Jest ona raczej reformą stanu akuszerok, niż samych szkół. Przypuszczam, iż dzięki niej z czasem zniknie nietylko typ akuszerki wiejskiej, lecz i I rzędu, pozostanie zaś tylko akuszerka rzędu II.

Reformę tę nazywam reformą stanu akuszerok, ponieważ nazwa babki wiejskiej z czasem prawdopodobnie zniesioną zostanie, a z nią i typ akuszerki takiej zniknie. W ten sposób najliczniejsza warstwa społeczna, t. j. lud, pozbawioną być może odpowiedniej pomocy i obsługi przy porodzie przez osoby ze swej sfery. Ustawa szkoły babek zobowiązywała kobiety, naukę w niej pobierające, do zamieszkiwania na wsi przynajmniej przez 3 lata i tam praktykowania; w ten sposób, przy stawianiu innych jeszcze warunków, starano się regulować równomierne zapewnienie pomocy położniczej kobietom wiejskim w całym kraju. Ustanowienie akuszerki II rzędu otworzyło na oścież podwoje szkół akuszerok dla wszystkich kobiet bez ograniczeń co do pochodzenia, miejsca zamieszkania i praktykowania, lecz sprawy pomocy szerokim warstwom ludności kraju nietylko nie ułatwiło, ale śmiem twierdzić, że wogóle ją pogmatwało, a co ważniejsza, owa reforma stanu akuszerok, za jaką ją uważam, niekorzystnie wpłynęła na stosunek akuszerok do ogółu.

Do szkół dla akuszerok poczęły napływać w wielkiej liczbie osoby starsze, najczęściej wykolejone wypadkami losowymi, osoby, które już w innych zawodach szczęścia próbowały, bardzo często ze sfery inteligentnej, a zawsze z dużemi pretensjami do życia i ludzi.

Akuszerki tę pomiędzy lud zarówno miejski, jak i wiejski nie pójda, warunki bowiem ekonomiczne większości naszej ludności z tych warstw zapewnić akuszerce nie mogą odpowiedniego utrzymania, a brak akcji wspólnej w tym kierunku, t. j. tworzenia zapomóg lub wynagrodzenia stałego ze strony gmin, fabryk i t. p., zła tego nie usuwa.

Powtórę, nizki stopień oświaty i kultury, szczególnie wśród ludności pewnych okolic kraju, również odstrasza, odnośnie osiedlania się po wsiach, w pewnych oddalonych dzielnicach większych środowisk miejskich, na akuszerki z inteligencji oddziaływa.

Wreszcie, acz zakres wiedzy teoretycznej akuszerok wyższego kursu jest większy, lecz nie posiadają znów one na tyle ogólnolekarskiego wykształcenia i praktycznego wyrobienia, aby się miały zajmować położnictwem narówni z lekarzami.

Zresztą u nas, gdzie lekarzy nie brak, a przestrzenie ich dzielące od wsi i osad, nie liczą się na setki wiorst, istotnej potrzeby przygotowania akuszerok do wykonawstwa, w ścisłem słowa znaczeniu lekarskiego, przynajmniej ja, nie widzę.

Po za tem, jest bardzo pożądanem, aby kobiety przy porodach miały obsługę z osób, do ich sfery należących, pod każdym względem im blizkich.

Wypływa to z natury rzeczy, z potrzeby unormowania codziennych wzajemnych stosunków życiowych. Akuszerka, jak każdy pracownik społeczny, mieć może nieporozumienia z oddzielnymi osobami, a nawet z całym środowiskiem ludzi, wśród których żyje.

Dokładna znajomość tej sfery, wśród której akuszerka działa i pracuje, posiada wielkie znaczenie i wywiera ogromny wpływ na skuteczność i wyniki jej pracy i starań.

Nie podrzędną rolę odgrywają tutaj nawet sympaty, lub antypaty oddzielnych warstw społecznych, a nawet, jak doświadczenie wskazuje, narodowe. Wogóle pożądanem bywa, aby pracownicy zawodowi, społeczni, danego środowiska, należeli do warstwy, do narodowości, liczebnie w danym miejscu przeważającej.

Od tego nieraz zależy pomyślny bieg pracy, dodatnie wyniki, a tem samem dobro współobywateli.

Akuszerki wiejskie, aby z istotnym pożytkiem spełniały swą rolę, szczególnie przy małej kulturze naszego ludu, muszą pocho-

dzić ze wsi i być jej stałymi mieszkankami, związanymi ze wsią nie tylko stroną zewnętrzną, lecz własnymi jej interesami.

Muszą one znać ten lud, sposób jego życia, zwyczaje i obyczaje, wyznawać jego religię, mówić jego językiem, nie gardzić jego pracą.

Jako dowód przytoczę, że przybyłe akuszerki z Cesarstwa do gub. Płockiej, obce językiem i wyznaniem naszej ludności wiejskiej, pomimo, że wynagrodzenia za pomoc u rodzących nie pobierały, wzywane były w r. 1900 tylko do 416-tu przypadków, na ogólną sumę 24,000 urodzeń.

Nadto, położenie społeczne, a właściwie towarzyskie, do jakiego dana akuszerka, ze względu na swe pochodzenie stanowe i stopień wykształcenia, należy, na mniej lub więcej skuteczną działalność jej zawodową, bez wątpienia, dużo wpływa.

Obowiązki akuszerki obejmują zakres szeroki; musi ona spełniać rolę nie tylko akuszerki, lecz i pielęgniarki, nie może się uchylać od pewnych usług przy rodzącej położnicy i noworodku.

Z tego powodu, pewnego rodzaju, że tak powiem, pańskość niektórych akuszerek, ciężko nieraz daje się we znaki prostej rodzinie włościańskiej, a nawet uboższej rodzinie w mieście. Wzywają, przypuścmy, taką „akuszerkę panią“ i tutaj rozpoczyna się około niej chodzenie i obsługiwanie: to jej podaj, tamto przynieś, owo zabierz...

A wszak w tych razach chodzi właśnie o pomoc, o pomoc prawdziwą, o dobrą radę, stosowną do warunków, wśród których dana rodzina żyje, do środków, jakimi rozporządza. Dlatego pewny jestem, że nawet, gdyby się miały u nas tak ułożyć stosunki, że na wsiach i po miasteczkach znalazłyby się z czasem takie „akuszerki panie“, jako nieobeznane z życiem naszego ludu, obce jego zwyczajom, skazane zostaną na bezczynność i, wskutek tego, porzucać będą wsie i osady.

Ja nawet nie śmiałybym ich za to winić.

Nie ich to bowiem wina, lecz błąd i wadliwość systemu, który, nie uwzględniając wymóg życia, właściwości przyrodzonych natury ludzkiej, przygotowałby takie akuszerki, które niebyłyby odpowiednie dla ludu wiejskiego.

Tak się układa, a właściwie układać się winien, stosunek akuszerek do ogółu kobiet ze sfery niezamożnej, a nawet średnio zamożnej, małooswieconej, a specjalnie kobiet wiejskich.

Przechodząc do warunków praktyki akuszerek w wielkich środowiskach miejskich, a tem samem w Warszawie, zaznaczyć wi-

nieniem, że sprawa stosunku akuszerki do publiczności, do lekarzy, stała się u nas, w Warszawie, ostatnimi czasy, przedmiotem roztrząsania publicznego, bądź w prasie codziennej, bądź nawet w wykładach publicznych. Sprawę tę zapoczątkowało nowopowstałe Stowarzyszenie zawodowe akuszerki w Warszawie.

Uformowano akt oskarżenia publiczności i lekarzy, a następnie postawiono szereg żądań.

Oto najgłówniejsze najistotniejsze punkty oskarżenia tego:

Akuszerka, której działalność jest związaną niby z nieprzyzwoitą (dosłowna cytata) sferą życia, została usunięta po za obręb stosunków towarzyskich, jako istota niewymienialna, stanowisko jej jest upośledzone nie tylko wobec lekarzy, nie chcących jej traktować po koleżeńsku, lecz i wobec pacjentek, które nie zdobywają się nawet na zwyczajną delikatność dla akuszerki, poświęcającej im zdrowie i nocie niespane.

W parze z tem idzie niemiłosierny wyzysk i często słyszane zarzuty, iż nie stoją na wysokości swego powołania.

Oskarżenie, wychodzące ze Związku akuszerki, przyczynę zła widzi w niejednakowych kwalifikacjach akuszerki. Akuszerki 1-go stopnia muszą posiadać 4-o klasowe wykształcenie i przechodzą 2-u roczny kurs nauk; od akuszerki II-go stopnia nie wymaga się żadnego cenzusu naukowego, właściwie wykształcenie elementarne. w szkole pozostają przez rok. Tymczasem prawa ich są jednakie. Akuszerki II-go stopnia, nieinteligentnem wykonaniem pracy obniżają pojęcie o ogóle akuszerki. Ponieważ dostęp do tego zawodu jest łatwy, z braku cenzusu powstaje nadprodukcya zaofiarowanej pracy i konkurencya, obniżająca niemożliwie zarobki.

W ostatecznym wniosku, pewne akuszerki, naturalnie I-go rzędu, widzą poprawę bytu materialnego i zmiany stanowiska wobec społeczeństwa i lekarzy w podniesieniu poziomu wiedzy zawodowej, innemi słowy, w zamknięciu dostępu do szkół akuszerki osobom, nieposiadającym świadectwa, przynajmniej z czterech klas gimnazjalnych. Takie akuszerki, z wyższym stopniem wykształcenia, miałyby wyłączne prawo, wedle uznania swego, wzywania do porodu lekarza; po za tem samodzielnego najzupełniej prowadzenia porodu, powtóre, niepielegnowania po porodzie, w położu, położnicy i noworodka, a przekazywania czynności tej t. zw. pielegniarce, wreszcie stosunek akuszerki do lekarzy układałby się na zasadach koleżeństwa zawodowego.

Utyskiwania i oskarżenia powyższe posiadają w pewnej mie-

rze usprawiedliwioną zasadę, lecz proponowanie środków zaradczych nie zupełnie za celowe uznać muszę.

Co do wrzekomo upośledzonego stanowiska akuszerki u nas, wobec publiczności i lekarzy, na poprawę pod tym względem wpłynąć mogą i powinny same akuszarki. Ja, osobiście pogląd mój na sprawę tę wypowiedziałem w druku, przed 12-tu laty, a dziś go nie zmieniam. Pisząc wtedy w sprawie społeczno-lekarskiej („Kronika Lekarska“), o potrzebie poświęcania się zawodowi temu kobiet inteligentnych, między innymi, powiadam: „W rękę akuszarki spoczywa zdrowie i życie dwóch, a czasami i więcej osób; sumiennem spełnianiem swych obowiązków przyczynia się ona do utrzymania pomyślności rodziny i ochrania ją od nieszczęść. Jest to więc powołanie piękne, które bardzo często przekonaniem, iż się zdrowie lub życie bliżnim swoim ocaliło, prawdziwe zadowolenie i rzeczywistą korzyść ludzkości sprowadza i które, z tego powodu, zasługuje na powszechny szacunek.

W imię hasła—kobiety dla kobiet,—w imię zasady, że żadna uczciwa praca ujmę czi nie przynosi, w imię interesu dobra ogólnego. osoby wykształcone, samodzielne, z zapalem do pracy, powinny kadry uczennic szkoły akuszerki, przez liczne do niej zapisywanie się stale wzmacniać, a następnie godnem postępowaniem obrany zawód w opinii podnieść*.

Na dowód, że akuszarka wykształcona, obdarzona zaletami towarzyskimi, zdobyć sobie może wpływ i uznanie nawet wśród ogółu tak mało demokratycznego, jakim był nasz z 1-go ćwierćwiecza ubiegłego stulecia, pozwolę sobie przypomnieć historię starszej akuszarki Instytutu położniczego w Warszawie, pani Bystry. Akuszarka ta, mając patent wydany przez wydział lekarski paryzki, objęła miejsce starszej akuszarki w instytucie naszym w r. 1824. W mieście miała wzięcie duże, przez co zaniedbywała swe obowiązki w zakładzie, wskutek czego, już po roku, ówczesny dyrektor Instytutu, prof. Fijałkowski złożył dziekanowi Rolinowskiemu raport o niewłaściwym zachowaniu się pani Bystry.

Ten panią Bystry w urzędowaniu zawiesił, podawszy za powód uchybienie obowiązkom służby, a nadewszystko wykroczenie nieusznanowaniem i nieuległością względem bezpośredniego swego zwierzchnika.

Ze swej strony pani Bystry podała skargę wprost do ministra Grabowskiego, w którego rodzinie miała wzięcie.

Wyznaczono delegację z profesorów dla rozpatrzenia sprawy. Prof. Fijałkowski na nieprzychylną dla siebie opinię de-

legacyi reklamował, wskutek czego minister Grabowski powołał drugą komisję w innym składzie. Ta druga komisja orzekła winę pani Bystry, a niewinność prof. Fijałkowskiego. Sprawa przybrała rozgłos publiczny, lecz, gdy ostatecznego wyniku śledztwa nie ogłoszono, prot. Fijałkowski zwrócił się ze skargą do Wielkiego Księcia Konstantego Pawłowicza, który zakomunikował ją księciu Namiestnikowi królewskiemu, Zajączkowi.

Generał Zajązek sprawę rozpatrzył, zwolnił od zarzutów prof. Fijałkowskiego, udzielił naganę członkom 1-ej delegacyi, profesorom, zaś panią Bystry polecił zupełnie zwolnić od służby.

W zatargu tym, w obronie akuszerki, Bystry, brały udział osoby powszechnie znane w mieście i zajmujące poważne stanowiska.

Sprawa utrudniania wstępu do szkół akuszerki kobietom z elementarnem wykształceniem posiada ogólniejsze znaczenie. Nie przeczę, iż wpłynęło by to na podwyższenie zarobku akuszerki pozostałych, lecz wobec niedostatecznej, jak już wiemy, liczby akuszerki w kraju, nader ujemnie odbiłoby się na sprawie pomocy położniczej dla szerokich warstw kobiet. W tym razie w oskarżeniu i proponowanym środku widzę zaborcze dążności, dyktowane egoizmem już nie całego stanu, lecz jego poddziału, pewnej tylko kategorii akuszerki. W tej dążności widzę skłonność do zapatrywania się na sprawę społeczną ze stanowiska interesów swego stanu, a jak w tym razie, pewnej grupy zawodowej, a ztąd niemożność sprawiedliwego ocenienia jego oddziaływania na całość społeczeństwa.

Ten antagonizm, jaki pewne akuszerki usiłują wytworzyć pomiędzy swemi koleżankami I-go, a II-go rzędu, sprawia wrażenie idei kramarza detalicznego, który nie może pozbyć się myśli, że społeczeństwo popełnia niesprawiedliwość, zakupując towar nie w jego sklepie, ale w sklepie spółki.

Zresztą, sprawa stopnia wykształcenia akuszerki nie jest tak prostą, jakby się na pozór wydawało. W Niemczech, gdzie kultura ludu o wiele jest wyższą, gdzie istnieje jeden stopień akuszerki, wśród osób temu zawodowi się poświęcających, obok osób ze średniem, nawet wyższem wykształceniem, obok dam z towarzystwa, wszędzie są kobiety z warstw ludowych, z wykształceniem elementarnem.

W szkołach tamtejszych wymagania od kandydatek sprowadzają się do następujących 4 punktów: I. Wiek 18—30 lat. II. Elementarne wykształcenie. III. Uzdolnienie fizyczne i moralne. IV.

Możliwość pozostawiania na własnym koszcie. Wogóle, sprawa stopnia wykształcenia akuszerki pozostaje jeszcze dzisiaj otwartą, a nie brak poważnych głosów, np. w Niemczech, stanowczo przeciwnych zbyt obszernym dla nich wykładom teoretycznym. Prof. Winter z Królewca domagał się w swoim czasie, aby akuszerki, zamiast teoretycznych wywodów, nauczyły się ściśle „powtarzać“ prawidła, podawane przez nauczyciela. A tak doświadczony nauczyciel, jakim jest prof. Leopold z Drezna, ułożył wierszem znanych „dziesięć złotych reguł“ (Zehn goldene Regeln für die Hebammen und Hebammenschülerinen der klg. Frauenklinik in Dresden), które każda akuszerka w Saksonii, a nie jedna i w innych krajach Niemiec, jak pacierz recytuje.

Porównyując plan nauki i zakres udzielanych wiadomości w naszych szkołach akuszerki z programami niektórych szkół położniczych w Niemczech, musimy przyznać, że nie zbytnio on od nich odbiega i jest odpowiedni.

Z tego wynika, że nasze szkoły akuszerki, co do programu, zakresu wiadomości, nie stanowią jakiegoś wyjątku; że nie nasi lekarze, jak oskarżenie twierdzi, „gwoli własnych zarobków wolą widzieć w akuszerkach tylko pomocnice i odpowiednio je do tego przygotowują w szkołach przez siebie założonych“. Następnie, że w krajach o wyższej kulturze, niż nasz, od kandydatek na akuszerki żądają tylko elementarnego wykształcenia, pragnąc w ten sposób zapewnić pomoc przy porodzie i położu każdej kobiecie danej sfery społecznej przez osoby, t. j. akuszerki, sfery tej samej. W myśl zasady powyższej w większości krajów Niemiec, gminy wiejskie, w razie potrzeby, wprost wybierają, wyznaczają, z pośród dziewcząt, te, które mają się udać do szkół akuszerki na naukę, z warunkiem powrotu na miejsce, po ich ukończeniu. Przytem w niektórych krajach, np. w Hesji, zasada wyboru przez gminę z pośród kobiet kandydatki na akuszerkę opartą jest na ustawodawstwie prawnem, z r. 1830. W wyborach tych udział biorą zarówno kobiety, jak i mężczyźni. Dziwne pozornie, ale w imię dobra ogółu przeprowadzane, nieposzanowanie wolności osobistej..

Przechodzę teraz do rozpatrzenia uchylania się akuszerki od pielęgnowania, właściwiej doglądania położnicy oraz noworodka i żądania od publiczności, aby czynnością tą zajmowały się osoby z po za sfery akuszerki.

Sprawę tę, która odbija się na stosunku akuszerki do publiczności, która nieraz wywołuje nieporozumienia, jako mającą i z tego powodu wyjątkowe znaczenie, roztrząsać będę z kilku stron.

Przedewszystkiem, ze strony naukowej, zdaje się, niewiele dałoby się powiedzieć na korzyść takiego projektu. Nasamprzód, wielowiekowe doświadczenie stwierdza to, że akuszerka powinna i musi posiadać sztukę pielęgnowania, resp. obsługiwaniania nie tylko rodzącej, lecz i położnicy oraz noworodka. Dla tego w programach szkół akuszerek, u wszystkich ludów i we wszystkich krajach — istnieją rozdziały o opiece nad położnicą i noworodkiem, a uczennice w domach porodowych wszędzie w sposób praktyczny obznajmiają się, uczą się wykonywania posług przy położnicy i rozciągania opieki nad noworodkiem.

Wogóle akuszerka, która się uchyla od tego obowiązku, nie może rościć prawa do praktyki. Jednym słowem, podział tych czynności — obsługiwanie rodzącej a położnicy, tylko teoretycznie rzeczy biorąc — jest niedopuszczalny. Ze strony naukowej możnaby i ten zarzut czynić obecnym zajęciom akuszerek, że nieraz wydarza się im prawie jednocześnie obsługiwać poród i położnicę gorączkującą. Otóż, i pod tym względem, opierając się zarówno na doświadczeniu, jak i na badaniach nad odkażaniem rąk, wypada pamiętać, że podstawą aseptyki jest unikanie zanieczyszczenia rąk, a następnie, umiejętność wogóle oczyszczania siebie. Ta umiejętność opartą jest, niejako, na osobnym talencie, a tam, gdzie talentu tego niema, wówczas potrzebną bywa nauka drogą wykszolenia.

Ze strony praktycznej wytworzenie pielęgniarek położniczych da się uzasadnić potrzebą stałej albo prawie stałej opieki nad położnicą i noworodkiem, co w obecnych warunkach najczęściej wykonywa przygodnie jakaś stara kobieta z rodziny rodzącej.

Istotnie, że tak powiem, osobnego cechu takich pielęgniarek, w Anglii, a także w niektórych miejscowościach i innych krajów, na Zachodzie, tłumaczy się tą okolicznością, że tam już każda ciężarna w 2-iej połowie ciąży zasięga rady lekarza i pozostaje pod jego opieką aż do chwili, gdy nastąpi rozwiązanie i skończy się okres połogowy. Wobec tego u kobiet, w takich warunkach rodzących, akuszerka nie ma co robić, a zastępuje ją skutecznie pielęgniarca.

Tam jednak, gdzie, jak to bywa u nas w ogromnej większości wypadków, lekarz wzywany bywa dopiero wtedy, gdy się coś złego zapowiada, a nawet gdy już się stało, gdzie akuszerka znajduje się od pierwszej chwili rozpoczynającego się porodu, a najczęściej nawet opiekuje się ciężarną, a następnie śledzi postępy i przebieg porodu, pielęgniarca zastąpić jej nie może, a jako w ogra-

niczonym tylko zakresie wykształcona, zastąpić jej nie powinna i nie ma prawa.

A zatem, kiedy pielęgniarka ma zastąpić akuszerkę przy obsłudze położnicy? W czym ją ma wyręczać? Wszak zarówno bezpośrednio po porodzie, jak i nieco później mogą u położnicy nastąpić poważne powikłania, np. krwotok, podwyższenie ciepłoty, nieprawidłowe odchody etc., których stopień ważności w sposób właściwy ocenić może tylko dobrze wyszkolona i wykształcona akuszerka, a nawet w razach nadzwyczajnych obowiązana bywa sama, wedle możliwości, zaradzić grożącemu niebezpieczeństwu.

Nie wyobrażam sobie w naszych ciężkich warunkach ekonomicznych pielęgniarki wyłącznie położnicę obsługującej. Z drugiej strony wszelka obsługa pewnych chorych, o ile ma ona być zbliżoną do ideału, a taką przy chorych chirurgicznych, a tem samem przy położnicach, być musi, zdobywa się długim i dużym nakładem pracy, wprawą, osiąganą stale wykonywaną jedną i tą samą czynnością i zajęciem. Pielęgnowanie chorych, a tembardziej położnic nie może być traktowane jako zajęcie uboczne, dyletanckie. Innemi słowy, wielkie masy ludności, ze względu na stan ekonomiczny, nie będą w możności opłacania usług i akuszerki i pielęgniarki położniczej, z drugiej strony ostatnia z tego samego powodu nie będzie mogła wyłącznie poświęcać się pielęgnowaniu położnic, tem samem nieodłączne od niej będą pewne wady zajęć obecnej akuszerki, t. j. np. pielęgnowanie chorych zakaźnych, a nadto zostanie ona nie pielęgniarką specjalistką, lecz pielęgniarką — dyletantką. Pewna zaś skłonność, właściwa niektórym sferom, do zostania „osobą do wszystkiego“, popchnie ją i do praktyki akuszerkiej, tak jak do niej już się wzięły w Warszawie i masażystki i felczarki.

Przybędzie więc nam nowa kategoria osób, uprawiających partactwo lekarskie.

Streszczając mój pogląd na sprawę zastąpienia u nas akuszerki przez pielęgniarki, twierdzą, że z punktu widzenia naukowego niema istotnych przyczyn do zaprowadzenia podobnej zmiany, ponieważ integralną częścią nauki dla akuszerki jest także sposób pielęgnowania położnicy oraz noworodka, ponieważ całokształt wiedzy, jaką otrzymuje akuszerka, daje jej możność i prawo, w razie niebezpieczeństwa, śpieszyć nawet z czynną pomocą położnicy, wreszcie, względ na możność przenoszenia zarazy, od czego zresztą nie będą zabezpieczone z powodu czynności swych i pielęgniarki, upadnie w tych przypadkach, gdzie akuszerka, będąc wyszkolona

w zasadach racjonalnej aseptyki, zechce zasad tych stale i zawsze przestrzegać.

Strona ekonomiczna tej kwestyi dla szerszych warstw uboższych nie wytrzyma rachunku. I dzisiaj wielka część ludności ubogiej stroni od zawodowych akuserek, gdyż nie może ich odpowiednio wynagradzać.

Pojawienie się pielęgniarek, jako współzawodniczących z akuserkami, wpłynąć jednak może na obniżenie skali wymagań ostatnich; ze strony praktycznej nasuwają się poważne wątpliwości: kiedy, w jakiej chwili zastąpić ma ta pielęgniarzka akuszerkę i w czym ją wyręczać. Następnie, nasuwa się pytanie, na kim ciężać będzie odpowiedzialność za przebieg położu, za zdrowie noworodka wobec dwu osób powołanych do obsługiwaniania rodzącej i położnicy?

Te usługi i praca odpowiedzialna uzdolnionej i sumiennej akuszerki powinny być, obok uznania, odpowiednio i rzetelnie zapłacone, wartość ich bowiem bywa nieraz wprost wielką, nieocenioną.

Pielęgnowanie jednak rodzącej, a następnie położnicy oraz noworodka nie może polegać na dogadzaniu różnym kaprysom pacjentki. Akuszerka, jako osoba zawodowo wykształcona, obowiązana jest do pełnienia ściśle określonych czynności, a nawet winna unikać podczas porodu pewnych robót natury, że tak powiem, gospodarczej, które narazić ją mogą na zanieczyszczenie rąk lub odzieży. Pozostawanie u położnicy, bez przerwy, przez szereg dni i nocy, piastowanie dziecka nie należy do obowiązków akuszerki i tylko drogą obopólnej umowy poprzedniej i odpowiedniego wynagrodzenia regulowane być winno pomiędzy akuszerką a publicznością. Co do czasu pozostawiania akuszerki u położnicy, to w ministeryalnej instrukcyi austriackiej z r. 1881 powiedziano między innymi pod tym względem:

„Jeżeli akuszerka objęła rodzącą w swą opiekę, nie może odalić się od niej w czasie trwania porodu i musi nawet po prawidłowym porodzie pozostać przy położnicy jeszcze przynajmniej przez 3 godziny po odejściu łożyska.

„W razie, gdy poród przebiega nieprawidłowo lub gdy grozi niebezpieczeństwo, musi akuszerka oczekiwać lekarza wezwanego i pozostać tak długo, jak lekarz uzna to za potrzebne, a zlecenia jego jaknajściślej wykonywać“.

Stosunek akuszerki do rodzącej taki, jak zwykły się układać, również uległ surowej krytyce ze strony komentatorów ustawy stowarzyszenia akuserek.

Sfera zamożna i bogata, mówi oskarżenie, pragnie widzieć w akuszerce, obok fachowca, pełną poświęcenia istotę, która ma bezmiar współczucia, słodycz na ustach.

„Gdy chwila porodu nadejdzie, akuszerka powinna starać się osłodzić, ukoić, wzmacniać na duchu, razem z rodzącą nie spać, razem ubolewać“.

Wytykanie tego akuszerkom, iż tak właśnie, a nie inaczej postępują, zdaniem mojem, nie ma słusznej podstawy. Akt porodowy najczęściej bywa przejściem ciężkiem, które budzi w rodzącej wątpliwości, napawa ją obawą, strachem; cierpienia bywają duże, długotrwałe, wyczerpujące nie tylko siły fizyczne, lecz i zasoby duchowe. Dla tego, w tych razach, słowa otuchy, pociechy, obietnicy, życzliwy wyraz współczucia dla rodzącej właśnie od osoby wtajemniczonej w przebieg porodu, jaką jest akuszerka, stają się koniecznymi, nieodzownymi. Rodzącej przynosi to ukojenie, ulgę, a zaniepokojonemu niepewnością otoczeniu — uspokojenie.

Dwóch zdań, co do takiego, a nie odmiennego stosunku akuszerki do rodzącej, do otoczenia, być nie może.

Prof. H. Fritsch, znany uczonec z Bonn, na podstawie 30-letniej obserwacji, w ostatnim swem dziele z r. 1906 *), w 10 rozdziale, o prowadzeniu porodu, między innymi, mówi: „W interesie matki i płodu, przy porodzie konieczną jest obecność lekarza; również szkodliwym bywa prowadzenie porodu tylko przez samego lekarza. Wyręczanie się przy porodzie osobami postronnymi jest rzeczą niedopuszczalną.

„Szczególniejszej wagi przy porodzie bywa wpływ psychiczny lekarza.

„Rozumna pewność lekarza przynosi więcej pożytku, niż lekarstwa i inne środki“.

Prof. R. Dohrn z Królewca, opierając się na 60-letniej działalności pedagogicznej i praktycznej, w ostatniej swej pracy, p. n. „Erfahrungen bei Prüfungen und dem Nachexamen der Hebammen“ (Z. f. Gyn. 1906), poddaje surowej krytyce akuszerki, które spełniają rolę swą, acz najsumienniejszą, lecz tylko formalnie, bez wszelkich oznak przejęcia się obowiązkiem i współczuciem dla rodzącej.

Na zakończenie wypada mi się zastanowić nad stosunkiem akuszerki do lekarzy. Nie będę jednakże w tem miejscu mówił

*) Geburtshilfe, eine Einführung in die Praxis. 1906.

o uchybieniach przeciwko etyce ogólnoludzkiej lub — zawodowej, a tembardziej wykroczeniach przeciwko kodeksowi. Obraz pomocy tajemnej działalności pewnych, niektórych, przytułków dla t. zw. sekretnie rodzących skreślił genialny obserwator życia, autor Fécondité. Tam ciekawych odsyłam. W każdej sferze ludzi, a tem samem i wśród lekarzy, i wśród akuszerok, częściej lub rzadziej fakty tych wykroczeń, niestety, zdarzać się mogą. To jednak niezaprzeczenie stwierdzić trzeba, że u nas, w naszym kraju prawie że należą one do wyjątków. Właśnie zadaniem związków zawodowych jest, aby poziom etyczny członków danego zawodu się nie obniżał. Otóż, stosunek ten akuszerok do lekarzy zwykle układa się stosownie do okoliczności, w każdym poszczególnym przypadku, względnie do sfery towarzyskiej i wychowania obu tych osób. W każdym razie, lekarz, zdaniem mojem, winien uważać akuszerkę, jako osobę zawodowo wykształconą, za należącą do personelu lekarskiego, jednakże zajmującą zawsze stanowisko tylko jego pomocnika. Z tych względów akuszerka podczas porodu i położu właściwie jest wykonawcą zleceń lekarza.

Pod tym względem odnośne przepisy prawne, we wszystkich krajach, w sposób mniej lub więcej ścisły i surowy, poddają akuszerkę władzy i kontroli lekarskiej.

Według ministeryalnej instrukcyi dla akuszerok z r. 1887, obowiązującej w Państwie Rosyjskiem, w § XXVIII między innemi powiedziano: „gdy poród odbywa się pod opieką lekarza, akuszerka obowiązana jest spełniać bezwzględnie wszelkie jego polecenia“.

Za najdokładniejsze, za najbardziej celowe, uważam przepisy, obowiązujące w Prusach. Oryginalny wzór ich tutaj kolegom przedstawiam. Przepisy te są dowodem, pod jak surową, skrupulatną a bezwzględną kontrolą lekarską akuszerka w tych krajach odbywa swe obowiązki zawodowe, oraz rzucają jaskrawe światło na stosunek akuszerki zarówno do publiczności, jak i do lekarzy.

Instrukcyja ministeryalna z r. 1881, obowiązująca w Austrii, również ściśle i dokładnie określa stosunek akuszerok do lekarzy. Akuszerka jest obowiązana w każdym przypadku nieprawidłowego przebiegu brzemienności, porodu lub położu, jak niemniej w każdej chorobie noworodka wcześniej zażądać pomocy lekarskiej (§ 7 instrukcyi). „Zabrania się akuszerkom najsurowiej leczenie brzemiennych, rodzących, położnic lub dzieci, a bez naglącej potrzeby przedsięwzięcie takich czynności, których wykonywanie pozostaje

wione jest jedynie akuszerowi lub lekarzowi" (§ 8 instrukcji). Samodzielność więc akuszerki przepisy te bardzo ograniczają.

Nareszcie stosunek akuszerki do lekarza uwidacznia się z treści przysięgi akuszerki.

Sz. Koledzy! W referacie moim starałem się przedstawić stosunek akuszerki, jakim być powinien i jaki, na szczęście, w większości przypadków, istotnie, u nas, zarówno względem ogółu, jak i względem lekarzy, istnieje; z drugiej strony, podkreśliłem i poddałem przedmiotowej ocenie żądania i krytykę istniejących stosunków. Te żądania i krytyka są wyrazem warunków i okoliczności, stwarzanych wogóle przez życie, a szczególnie przez dążenia i poglądy czasu obecnego, które my, lekarze, pod uwagę brać musimy.

Stanowisko nasze, jako Stowarzyszenia lekarzy, musi być i w tym razie wolne od uprzedzeń stanowych, od zapatrywania się na interesy innych grup społecznych, innych zrzeszeń zawodowych ze stanowiska interesów tylko swego stanu, swego zawodu. Albowiem, w razie przeciwnym, powstać mogą uprzedzenia, które zdanie i sąd mylne wytworzą o sprawach nie tylko bezpośrednio dotyczących dobrobytu zawodu naszego, lecz i o sprawach, zawód nasz tylko pośrednio, albo też zgoła nie obchodzących.

Zupełna równowaga samokrytyki, samowiedzy zbiorowej jest tak samo, jak równowaga samowiedzy indywidualnej, zjawiskiem, towarzyszącym wyższemu stopniowi rozwoju, doskonalszej organizacji zawodowej, do czego Stowarzyszenie nasze zmierza.

* * *

Wnioski:

1) Dążyć, o ile to jest w mocy lekarzy, do zwalczania uprzedzeń ze strony publiczności do zawodu akuszerki i starać się o podniesienie w opinii ogółu zajęcia tego, bardzo pożytecznego i odpowiedzialnego.

2) Dążyć do równomierniejszego osiedlania się akuszerki po miastach, osadach, po wsiach, co wpłynie na wszechstronniejsze zapewnienie racjonalnej pomocy położniczej w całym kraju i poprawę położenia materialnego akuszerki.

3) Opracować w porozumieniu ze Związkiem Akuszerki projekt nowej taksy dla akuszerki, odpowiadający dzisiejszym zmienionym warunkom ekonomicznym.

Tymczasem uznać za zasadę w wynagradzaniu akuszerki prawa zwyczajowe, różne, stosownie do sfery i zamożności osób

obsługiwanych i miejsca zamieszkania oraz zasadę obopólnej umowy pomiędzy publicznością a akuszerkami.

Przyczem stałe, bez przerwy, przez szereg dni i nocy pielęgnowanie położnicy i noworodka przeprowadzać na zasadzie obopólnej dobrowolnej ugody i umowy pomiędzy akuszerką a publicznością.

Dogłądanie zaś położnicy i noworodka, czyli t. zw. opatrywanie w położu, uznać, w myśl przepisów, za obowiązującą czynność akuszerki.

4) Starać się o tworzenie posad ze stałym wynagrodzeniem rocznym, akuszerek gminnych, fabrycznych i t. p.

5) Starać się o utrzymanie i nadal, na stałe, „Szkoły babek wiejskich“, przy Warsz. Instytucie Położniczym, z przestrzeganiem jej ustawy z r. 1859, co do pochodzenia włościańskiego kandydatek szkoły tej, wyboru ich możliwie z różnych okolic kraju i obowiązkowego praktykowania w oznaczonym miejscu.

6) Uznać za odpowiedni i wystarczający obecny program nauki w istniejących obecnie szkołach akuszerek z zastrzeżeniem zwracania jaknajwiększej, jaknajstaranniejszej uwagi na praktyczne wyszkolenie uczenic tych szkół, co do obsługiwania rodzących, położnic i noworodków metodą bezgnilną i przeciwgnilną.

7) Postarać się o napisanie Podręcznika położnictwa dla akuszerek, w którym dział o postępowaniu bezgnilnem i przeciwgnilnem, w celu możliwego ujednostajnienia postępowania tego, ułożyć przy udziale osobnej komisji z łona akuszerów.

Uświadamiać jaknajszersze warstwy kobiet, co do sposobów uniknięcia niebezpieczeństw i choroby z powodu ciąży i porodu — drogą udzielania odpowiednich wskazówek lub przez popularne wydawnictwa na wzór wydanego przez naszą sekcję.

8) Starać się o zorganizowanie t. zw. powtórnych kursów i egzaminów dla akuszerek.

9) Uregulowanie sprawy przytułków akuszerek wejdzie w życie na drodze prawodawczej w ciągu 2 lat.

10) Uregulowanie wychowywania niemowląt przez akuszerki lub osoby podstawiane przez nie nastąpić może przy zainteresowaniu się tą sprawą i udziale społeczeństwa.

III. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Choroby wewnętrzne i dzieci.

313. Marfan. **Krzywica i przymiot.** (Sem. méd. N-r 40, 1907).

Już dawniej twierdzili różni autorowie, że przymiot wywołuje zmiany w rozwoju kości i że jedną z przyczyn krzywicy jest przymiot (Astruc, Van Swieten, Boerhaave, Portal). Parrot (1873—1883) dowodził, że przyczyną krzywicy jest zawsze przymiot dziedziczny, opierając się na danych z anatomii, patologii i kliniki. U zarodka i noworodka daje się zauważyć chorobę kości, która się rozwija, przechodząc przez 3 odrębne fazy. Pierwsza od ostatnich chwil zarodka do pierwszego miesiąca po urodzeniu — zaznacza się zgrubieniem pasa chrząstko-wapniowego, chrząstki łączącej i utworzeniem nowego pokładu kostnego, który się rozwija pod okostną, na końcach długich kości. Tkanę tę nazywa Parrot tkanką osteofitów (narośli kostnych); jest ona porowata, utworzona z igiełek i kanałów, idących pionowo do osi i powierzchni kości. Jest to okres t. zw. chondrocalcosis i twardych osteofitów.

W drugim okresie — od drugiego miesiąca do końca roku — widzimy przy tkance, o której wyżej, substancję miękką różową lub żółtawą, która zajmuje miejsce szpiku i blaszek kostnych tkanki porowatej, a następnie miejsce tkanki chrząstko-wapniowej; może nawet zająć chrząstkę nasadową. Substancja ta, podobna do żelatyny, może przejść w zwyrodnienie ropiaste. To rozmiękczenie wywołuje niekiedy odklejenie nasady i daje kliniczny obraz (t. zw. pseudoparalysis u noworodków syfilitycznych). Osteofity są mniej grube, utworzone z blaszek bardziej wyraźnych; szpik jest tu bardziej różowy, bardziej ukrwiony. Jest to okres zmian żelatynowatych i osteofitów półtwardych.

Pod koniec pierwszego roku rozpoczyna się trzeci okres, który przeciąga się do 2—3 roku. Na miejscu wyżej opisanych tkanek widzimy tkankę taką, jak w krzywicy; osteofity stają się coraz bardziej miękkie. Jest to okres tkanki porowatej i osteofitów miękkich.

W okresie tym trudno odróżnić takie kości od kości dzieci chorych na krzywicę. 2 pierwsze okresy odnoszą się do przymiotu

dziedzicznego; ostatecznym tych zmian jest krzywica. Drugim argumentem Parrot'a są dane kliniczne — objawy przymiotu dziedzicznego (blizny, raghades, zmiany w zębach, specyjalna forma głowy, glossitis desquamativa i t. p.) dają się zauważyć u 90% rachityków.

Marfan nie zgadza się ze zdaniem Parrot'a, opierając się przede wszystkim na tem, że tworzenie się tkanki porowatej i osteofitów miękkich nie jest zmianami syfilitycznymi (Casni, Isoresco, Assada). Wreszcie i Parrot sam mówi, że choroba nie objawia się zawsze jednakowo, poczynając od pierwszego okresu, lecz równie dobrze przez jedną tylko z tych faz wyżej opisanych. Otóż, według Marfan'a, dzieje się tak dlatego, że przypadki, które badał Parrot, były takie, w których jednocześnie były i krzywica i przymiot, że więc zmiany należały do obydwóch tych chorób. Co się tyczy objawów klinicznych, to mogą one mieć inne przyczyny, niż przymiot, albo istnieć dlatego u chorych na krzywicę, że dzieci te są dotknięte przymiotem. Istnieją wreszcie przypadki, w których stwierdzono (Comby, Galliard, Spillman), że rachitycznymi stawały się dzieci przedtem, nim rodzice zarazili się przymiotem. Przeciw teorii Parrot'a przemawiają także dane z geografii: w krajach gorących, takich jak Antylle, Taiti, Ceylon, Jawa i t. p., w których przymiot jest bardzo rozwinięty, krzywica prawie wcale znaną nie jest; toż samo stwierdzono w Chinach (Martin) i w Japonii (Reiny).

Parrot chciał wywołać krzywicę u zwierząt, nie udało mu się to jednak, i to posłużyło mu do poparcia jego teorii — ponieważ i przymiotu doświadczać nie można. Otóż, i to twierdzenie krytyki nie wytrzymuje, wiadomą bowiem jest rzeczą, że są rachityczne zwierzęta, chociaż odporne są na przymiot. Jest jeszcze cały szereg argumentów, których nie przytaczamy. Tak więc, nie można przyjąć teorii, według której przymiot byłby zawsze jedyną przyczyną krzywicy; to jednak jeszcze nie dowodzi, by przymiot nie grał żadnej roli w powstawaniu krzywicy.

Fournier twierdzi, że przymiot dziedziczny usposabia do krzywicy zupełnie tak samo, jak i do innych chorób (np. gruźlicy, infantilismus i t. p.). To samo twierdzi Hochsinger z Wiednia; na 69 syfilityków znalazł 64 dotkniętych krzywicą. Według Marfan'a, syfilis może stworzyć krzywicę; twierdzenie swoje opiera na przypadkach z praktyki, w których dzieci rodziców dotkniętych przymiotem, pomimo znakomitych warunków, chorowały na krzywicę. Marfan zgadza się poniekąd z Parrot'em, ogranicza się wszakże do twierdzenia, że przymiot nie jest jedyną przyczyną

krzywicy i że ta może się rozwinąć bez przymiotu. W kościach możemy znajdować zmiany odnośne do samego przymiotu (osteochondritis specifica) lub tylko do krzywicy, albo też do jednego i drugiej razem.

Osteochondritis gummosa noworodka wywołana jest przez rozwój zarazka w tkance kostnej; krzywica jest wynikiem obrony organizmu przeciw zarazkowi, bez względu na to, gdzie się znajdują ogniska tego drobnoustroju.

Krzywica syfilityczna przedstawia pewne charaktery specjalne, mianowicie: 1) zjawia się bardzo wczesnie, jest wrodzona albo zjawia się w 3 i 4 miesiącu życia; 2) główne zmiany znajdują się w kościach czaszki — najpierw mamy t. zw. craniotabes, następnie dopiero czaszkę t. zw. natiformis.

Carpenter podaje, że na 100 przypadków craniotabes znajdujemy 74 syfilityków, na 100 syfilityków 50 razy craniotabes; jeżeli leczyć takie dzieci preparatami rtęciowymi, to craniotabes znika; krzywica pozostaje bez zmiany. Tegoż zdania są: Barlow, Lew, Eve, Morgan; Hochsinger na 69 syfilityków miał 64 rachityków, z tych 24 miało craniotabes (dzieci od 2—8 mies.). Jeżeli u syfilityków tak często znajdujemy craniotabes, to dlatego, że ostatni jest objawem wczesnej krzywicy, ta zaś znów wynikiem przymiotu. O ile krzywica syfilityczna rozwija się dalej po za 6 miesiąc, to wtedy mamy t. zw. czaszkę natiformis; zdarza się to daleko częściej u dzieci syfilitycznych, aniżeli u dzieci tylko dotkniętych krzywicą.

3) Krzywica syfilityczna połączona jest z silną bezkrwistością, prawdopodobnie dlatego, że jest wczesną, a tworzenie krwi jest wtedy bardzo słabe.

4) W krzywicy syfilitycznej daje się zauważyć powiększenie śledziony daleko znaczniejsze, aniżeli w krzywicy zwyczajnej; najczęściej zdarza się w przymiocie dziedzicznym, bez względu na to, czy jest krzywica prócz tego, czy nie (powiększenie śledziony wywołane jest w $\frac{2}{3}$ przypadków przez przymiot dziedziczny).

Tak więc, jeżeli zobaczymy przypadek wczesnej krzywicy z wybitnymi zmianami w czaszce, anemię, powiększenie śledziony, to należy szukać przymiotu, a napewno znajdziemy go 2 razy na 3 przypadki. Co się tyczy krzywicy, wywołanej zaburzeniami przewodu pokarmowego i złym odżywianiem, to ta zjawia się u dzieci w 6 miesiącu; jest wybitna w 2 roku; objawy są wyraźniejsze na kończynach, aniżeli na głowie; towarzyszą jej zwykle zaburzenia żołądkowe, anemia mniej wybitna, śledziona nieznacznie powię-

kszona. Rozpoznanie rodzaju krzywicy wskaże nam też właściwą terapię.

M. B.

314. Emmerich. **Pyocyanaza, jako środek zapobiegawczy i leczniczy w pewnych chorobach zakaźnych.** (Münch. med. Woch. N-r 45).

Na powierzchni kultur prątków błękitnej po kilku dniach tworzy się powłoczka. Jeżeli potrząśniemy taką kulturą (mowa tu o kulturach płynnych), to powłoczka opada na dno, a tworzy się dalej nowa.

W ten sposób można postępować przez 3—4 tygodni, poczem tworzenie się powłoczek i wzrost bakterii ustaje. Powstały na dnie osady, z początku duży, zmniejsza się stopniowo, aż w końcu pozostaje troszkę białego osadu, przedstawiającego pod mikroskopem puste błonki prątków, ziarna rozpadowe, kryształki i tłuszcz.

Rozpad ten występuje pod wpływem zacyznu *pyocyanyzy*, która, w miarę starości kultury, występuje w coraz to większej ilości. Zacyzn ten można otrzymać w roztworze zgęszczonym i wolnym od bakterii, jeżeli kulturę trzytygodniową przepuści się przez filtr Berkefeld'a i w próżni zageęsi się do $\frac{1}{10}$ objętości.

Pyocyanaza jest zabójczą nie tylko dla swoich zarazków, ale i dla innych, jak tyfusu, cholery, dyfterytu, dżumy, węglików, ziarniaków ropnych i gonokoków.

Te własności pyocyanyzy spożytkowano z bardzo dobrym wynikiem w celach leczniczych, zwłaszcza w dyfterycie. Pyocyanaza, rozpylona na błony śluzowe zajęte dyfteryą, zabija bakterie, wiąże w sobie jad, rozpuszcza błony i zabija takie ziarniaki ropne, które dołączają się zwykle jako zakażenie wtórne.

Leczenie pyocyanażą jest bardzo proste, bo należy po otworzeniu ust dziecka rozpylić za pomocą rozpylacza Escherich'a 3—4 cc. pyocyanyzy, ogrzanej do 40°.

Rozpylań takich robić należy 4—5 dziennie (za każdym razem po 2—4 w odstępach 5—10-minutowych). Zwykle dwa dni leczenia wystarczają. Wyniki wogóle bardzo dobre; ciepłota opada szybko, stan ogólny się poprawia, błony znikają w 3—4 dni leczenia. Stosować można pyocyanażę w najcięższych przypadkach ewentualnie wspólnie ze surowicą.

Kłęk.

315. Saathoff. **Sepsis na tle influenzy i doświadczalna septykemia na tle bakterii influenzy.** (Münch. med. Wochenschrift. N-r 45).

Obserwowany przypadek sepsis na tle influenzy z zajęciem śródsierdza, opon mózgowych, mózgu i z wielkiem powiększeniem śledziony przekonał autora, że i bakterye influenzy sepsis wywołać mogą. Również i doświadczalnie udawało się wywołać tę chorobę u zwierząt, ale pod warunkiem, że do szczepionego jadu dodano zabite łańcuszkowce lub gdy bakterye, przez kilkakrotne przejścia przez zwierzęta, zyskały na jadowitości. Doświadczenia prowadzono na myszach.

W przypadkach sepsis na tle influenzy nie daje się prawie nigdy wykazać bakteryi we krwi.

Z uwag tych przychodzi autor do przekonania, że wiele przypadków sepsis z ujemnym wynikiem badania krwi należy odnieść do influenzy, a dalej, że do rozwinięcia się zakażenia ogólnego prątkami Pfeiffer'a potrzeba innych może drobnoustrojów do pomocy, które następnie giną.

Klęsk.

316. Schmidt. **Zatrucie ołowiem i rozpoznawanie tegoż.** (Arch. f. Hygiene. T. 63, z. 1).

Jako bardzo charakterystyczną cechę zatrucia ołowiem, dozwalającą już we wczesnych stadiach je rozpoznać, uważa autor obecność we krwi licznych ciałek czerwonych, o ziarnistości barwiącej się zasadowo.

Cecha ta dozwala tedy ocenić wczas tę szkodliwość i uchronić chorego od ciężkich następnych przewlekłych cierpień.

Klęsk.

317. Schroeder. **Próba gwajakowa na krew.** (Berl. klin. Wochft. N-r 43).

Wynik próby gwajakowej jest ściśle zawisły od stosunku ilości krwi badanej i jakości rozczynu odczynnika.

Słabe rozczynty krwi wymagają słabego odczynnika i odwrotnie. Wtedy jedynie próba może dać wyniki.

Przy badaniu też przedmiotu, zawierającego nieznaną ilość krwi, trzeba się posługiwać trzema rozczynami odczynnika o różnym zgęszczeniu.

Klęsk.

318. Revenstorff. **Niebezpieczeństwo utonięcia a sztuka pływania.** (Münch. med. Wochft. N-r 45).

Często słyszeć można, że i dobrzy pływacy nagle toną. Prócz schorzenia serca, wstrząsu i t. d. częstą przyczyną jest utrudnienie oddechu przez ucisk wody na brzuch i klatkę piersiową, zmęczenie

mięśni i, co najgłówniejsza, wymioty przy pływaniu z pełnym żołądkiem. To wydarzyć się może w wypadkach nagłych ratowania, gdzie prócz tego dołącza się i wysiłek fizyczny, powodowany unoszeniem na wodzie osoby topiącej się.

Klęsk.

319. Kothe. **O działaniu leczniczem wyciągu nadnercza w ostrych ciężkich zapadach serca.** (Zentblt. f. Chir. 33, 1907).

Swego czasu polecił Gottlieb stosowanie wyciągów nadnercza w ciężkich zapadach przy uspieniu chloroformowem. Praca jego nie znalazła jednak oddźwięku w praktyce. Autor podjął na nowo tę sprawę i przekonał się praktycznie w zapadach przy znieczuleniu lędźwiowem o skuteczności tego leczenia; radzi też gorąco w zapadach, także przy uspieniu chloroformowem stosować śródżylnie wstrzykiwania substancji nadnerczy w dawce 0,0005—0,001 w roztynie 0,1%.

Klęsk.

320. Cramer. **Leczenie zaniku mózgu, powodowanego stwardnieniem tętnic.** (Deutsche med. Wochft. N-r 47).

Choroba rzeczona występuje u ludzi między 40—60 rokiem życia. Początki cechuje ból głowy, zawroty i utrata pamięci. W następstwie występują porażenia pojedyncze lub połowiczne, padaczka, utraty przytomności i t. p. Stwardnienie tętnic daje się wykazać i na obwodowych naczyniach. Cierpienie występuje głównie u oficerów, aktorów, restauratorów, bankierów i wogóle u ludzi prowadzących czynne życie i nie żałujących sobie niczego. Często choroba jest dziedziczna. Leczenie polega na wczesnem usunięciu chorego od zwykłych zajęć, uregulowaniu diety, na poleceniu unikania forsownych ruchów. Bardzo dobrze robi Karlsbad, a wreszcie jod. Chorobę, wczas rozpoznaną i leczoną, można wstrzymać w rozwoju i uzyskać nawet względne wyleczenie.

Klęsk.

321. Bókay. **Wartość systematycznych punkcji lędźwiowych w leczeniu zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych.** (Deutsche med. Wochft. N-r 47).

Doświadczenie autora obejmuje 10 przypadków zapalenia opon mózgowo-rdzeniowych, leczonych nakłuciem. Wogóle może autor tylko to leczenie polecić, bo usuwa ono ciśnienie, a zarazem i wydała drobnoustroje. W ciężkich przypadkach należy nakłuwać kilkakrotnie w odstępach 1—3-dniowych. Wskazaniem do nakłucia jest podniesienie ciśnienia. Wypuszczać należy do 30 ccm., wogóle

do 350 cm.³ W razie, gdy płynu mało lub jest bardzo gęsty, ropny, nie należy spodziewać się wyniku.

Wstrzykiwania 1% lizolu, surowicy lub kollargolu autor jeszcze nie próbował. Polecone zakładanie opaski Bier'a na szyję przez Vorschutz'a, przy stosowaniu nakłuć, uważa autor za zupełnie niepotrzebne i szkodliwe. *Kłesk.*

322. Janowski. **O odróżnianiu przesięków od wysięków za pomocą próby z silnie rozcieńczonym kwasem octowym (próba Rivalty).** (Berlin. klin. Wochtt. N-r 44).

Autor poleca gorąco próbę odróżniania wysięków od przesięków z kwasem octowym lekarzom praktykom. Wypróbował ją sam. Jest ona bardzo prostą.

Do rozczyну, składającego się ze 100 ccm. wody i 2 kropel kwasu octowego zlodowaciałego, dodaje się kroplę badanego płynu. Przy przesięku kropla rozpuszcza się bez śladu, przy wysięku zapalnym zaś pozostawia za sobą biały obłoczek. *Kłesk.*

323. Morgenstern. **Badania nad działaniem żelazistych lekarstw i wód na zęby.** (Ther. Monatsh. 1907).

Autor badał działanie środków, zawierających żelazo, na cienkich oszlifowanych płytkach zębiny, i przekonał się, że żelazo w ślinie nie działa szkodliwie, a tylko przechodzące w lek przez usta. Z leków używanych nieszkodliwymi dla zębów są tylko: ferrum reductum, liquor ferri albuminati i liquor ferri mangan. sacchar. Nie bardzo niszczy zęby woda żelazista z Cudowy, natomiast inne preparaty i wody działają bardzo szkodliwie i należy je też zażywać przez rurkę; zwłaszcza ferrum jodatatum i chloratum i wody ze Schwalbach i Pyrmont. *Kłesk.*

324. Prof. Koch. **Ostateczne sprawozdanie z czynności niemieckiej ekspedycji celem badania śpiączki.** (Deutsche med. Woch. N-r 46).

Badania Koch'a rozciągały się od ostatniego sprawozdania nad działaniem atoksylu na trypanozomy. Mianowicie Koch chciał się przekonać, jak zachowuje się organizm dalej bez atoksylu, jeżeli w chwili ukończenia kuracyi już w gruczołach drobnoustrojów nie było.

Otóż, przez pewien czas bez kuracyi polepszenie postępowało dalej, po kilku jednak tygodniach polepszenie to ustawało, a tu i owdzie można było znowu wykazać trypanozomy w gruczołach.

Po 20 dniach np. u 25% wykazano znowu trypanozomy. Potem zaczęły jednak znowu ginąć tak, że w 60 dni po przerwanej kuracji nie udawało się ich wynaleźć w gruczołach. Zmniejszanie się gruczołów i znikanie zarazków nie stało zupełnie w żadnym związku z ilością wstrzykiwań. Chociaż w gruczołach zarazków już wykazać nie można było, to jednak we krwi spotykano je jeszcze dalej, i to tem częściej, im mniej wstrzykiwań chory otrzymał.

Aby więc otrzymać pewniejsze wyniki, postanowiono zwiększyć dawkę atoksyłu z 0,5 na 1,0; niestety, zaraz musiano zaprzestać tego, gdyż u kilku chorych wystąpiło trwałe oślepienie.

Codziennie wstrzykiwania mniejszych dawek napotykają znów trudności ze strony chorych; do wewnątrz podany atoksyl nie działa skutecznie. Wobec tego pozostano przy dawnej kuracji, t. j. wstrzykiwano wogóle w odstępach 10-dniowym dwa razy po 0,5 atoksyłu. Z innych preparatów, próbowanych przez Koch'a, żaden nie okazał się skutecznym.

Prócz trypanozomów, spotykano we krwi tubylców *filaria perstans*, pasorzyty malaryi i krętki tyfusu powrotnego. Ostatnie spotykano u dorosłych mimo braku objawów chorobowych, u dzieci zaś wśród typowych napadów. Przenośnik zarazy, owa glossina palpalis, najłatwiej tępic przez trzebienie lasów nad wodą; również tępienie krokodyli, ze krwi których glossina zabiera zarazki, przyczyni się do usunięcia zarazy. Prócz ukąszenia przez glossina, zaraza udzielać się też może czasem przez stosunek płciowy. Dłuższej kuracji atoksyłowej nie można przeprowadzać, bo krajowcy na nią godzić się nie chcą. Efekt leczniczy jest tem pewniejszy, im wcześniej zacznie się kurację atoksyłową i doprowadzi się ją do końca. Obecna śmiertelność przy leczeniu, w ciężkich nawet przypadkach, wynosi 22,9%, jest więc znacznie mniejszą, bo dawniej śpiączka była cierpieniem prawie zawsze śmiertelnem. Co do innych punktów, to powiększenie gruczołów spotyka się często, ale też często spotyka się trypanozomy u ludzi rzekomo jeszcze zdrowych.

Badać też należy krew wszystkich krajowców i nie kierować się gruczołami w okolicach objętych zarazą. W razie wykazania zarazków należy poddać ich 4-miesięcznej typowej kuracji, a potem jeszcze, po ukończeniu kuracji, od czasu do czasu badać krew celem przekonania się, czy pasorzyty znikły na zawsze. W okolicach, dotkniętych zarazą, powinna istnieć stacya, w której najmniej jeden lekarz stale powinien funkcjonować.

Kłesk.

325. Bleiweis. **Prosta rurka do mówienia.** (Arch. f. Laryngol. T. 20, z. 1).

Celem usunięcia potrzeby zatykania palcem rurki przy mówieniu poleca autor bardzo prosty przyrządek. Jest to zwykła rurka, na której umocowaną jest mała kamera ze srebra, zawierająca w środku kulkę z aluminium. Przy wydechu kulka mechanicznie sama zatyka kamerę, przy wdechu zaś opada i takową otwiera bez szmeru.

Klęsk.

326. Kuttelwascher. **Sajodyna.** (Prag. med. Wochft. N-r 42).

Sajodyna działa zupełnie tak samo, jak jodek sodu, a jest o wiele mniej trująca. Zaletami jej są: brak przykrego smaku i łatwe dawkowanie; niestety, jest drogą.

Klęsk.

227. Ito i Y. Soyesima. **Leczenie porażenia nerwu twarzowego przeszczepianiem.** (Deutsche Zeift. f. Chir. T. 90, z. 1—3).

W 6 przypadkach uporczywego porażenia nerwu twarzowego na tle reumatycznym połączyli autorzy nerwy, i to w 2 przypadkach nerw twarzowy z dodatkowym, a w 4—z podjęzykowym.

Wynik, co do symetrii twarzy w spokoju, dobry, przy ruchach emocjonalnych jednak asymetria występuje wybitnie.

Klęsk.

328. **Pikrotoksyna** jako środek przeciw wymiotom po usypianiu chloroformem stosowaną jest przez Paterson'a z Glasgowa; twierdzi on, że to środek lepszy, aniżeli tyle innych, dotąd zalecanych (p. Sem. méd. 1899, str. 48; 1901, str. 31; 1904, str. 240 i 424; 1907, str. 238). Zazac po skończonem chloroformowaniu, przed zabraniem chorego ze stołu operacyjnego, zastrzykuje autor 1 cc. roztworu 0,2% pikrotoksyny; jest to dawka dla dorosłego; dzieciom zastrzykuje się mniej, przyczem należy pamiętać, że $\frac{1}{4}$ cc. wystarcza dla dziecka czteroletniego. Jeżeli mimo to występują wymioty, które trwają krótko — 10—15 minut, to zastrzykuje się drugi raz roztwór pikrotoksyny — połowę tej dawki, jaką zastrzyknięto po raz pierwszy. Autor otrzymał doskonałe wyniki nawet u tych chorych, którzy przedtem wymiotowali zawsze przy usypianiu chloroformem.

W. B.

(Sem. méd. N-r 38, 1907).

329. Christian. **Uniwersalny parowy aparat do odkażania.** (Hyg. Rundschau. 1907).

Aparat uniwersalny do odkażania systemu Rubner'a jest wprawdzie dość skomplikowany, ale pozwala za to na odkażanie zwykłą parą, dalej pod ciśnieniem, parą nasyconą, a wreszcie zarazem służyć może za dezynfektor.

Specyalne urządzenie pozwala na wyjmowanie i wkładanie przedmiotów bez naruszenia szczelnego zamknięcia przestrzeni, w której odkażanie się odbywa. *Klęsk.*

330. Na 32 zjeździe niemieckiego towarzystwa do publicznego pielęgnowania zdrowia (Brema, wrzesień) omawiał Lenhartz z Hamburga kwestyę nowoczesnej budowy szpitali ze stanowiska higienicznego i gospodarczego. Obecnie zarzuca się już system pawilonowy, a buduje się mniejsze domki o systemie korytarzowym, mniej więcej każdy najwyżej na 500 łózek. Ewentualnie budynki są jedno- dwupiętrowe. Żaden szpital nie powinien wogóle przekraczać liczby 1500 łózek.

System korytarzowy nadaje się zwłaszcza dla chorych, cierpiących na reumatyzm, nerki, oczy i uszy. Każdy szpital powinien posiadać duży i ładny ogród. Wogóle budynki nie powinny być za bardzo od siebie oddalone ze względu na kuchnię, a apteka, łaźnie, budynki administracyi leżeć powinny w pośrodku. Najpraktyczniejszymi okazują się budynki dwupiętrowe o 4 salach po 20 łózek (każde piętro).

Szpital nowoczesny kosztuje około 6000 marek, licząc na łóżko. Poniżej 3000 marek trudno zbudować coś porządnego.

W dyskusyi mówcy sądzą, że sale nie powinny mieć więcej, niż 16 łózek. Prócz tego, większe sale należy przedzielać ścianami szklanymi.

Salę operacyjną powinny być, jeżeli są osobne, połączone korytarzami lub galeryą z odpowiednimi pawilonami. Każdy szpital powinien mieć własne oświetlenie i ogrzewanie. Ostatnie gorącą wodą jest lepsze, niż parą. *Klęsk.*

II. Chirurgia.

331. Bischer. **Modyfikacja urethrotomiae externae przy leczeniu zwężeń i rozerwań cewki męskiej.** (Arch. f. klin. Chirurgie, Tom 83).

Znane są wszystkim niedogodności, które wywołuje po uretrotomii po zapaleniu cewki i pęcherza cewnik ustalony. Aby takowe usunąć, nie zmniejszając z drugiej strony zalety cewnika ustalonego, autor poleca następujący sposób postępowania. Zakłada on 7 cm. długą wygiętą rurkę srebrną do cewki na miejscu operacyi; do tego kawałka przywiązuje nić i wyciąga go po upływie 6—7 dni z cewki. O ile można, należy ranę w cewce zaszyć. Tym sposobem leczył autor 12 przypadków świeżego rozerwania cewki, 5 zwiężeń — wywołanych urazem i 6 — wywołanych rzeźączką. Wyniki operacyjne i na przyszłość okazały się zupełnie zadowolniającymi.

W. B.

332. Kotzenberg. **Doświadczenia z wypełnianiem jam w kościach mieszaną jodoformu z olbrotem.** (Langeb. Arch, Tom 83, zeszyt 4).

Na oddziale Küm m e l l' a stosuje się obecnie na nowo bardzo często plombę kostną M o s e t i g' a, zwłaszcza w przypadkach gruźlicy i osteomyelitis. Wyniki zależą od wprawy i techniki. Dana jama powinna mieć ściany zdrowe. Po operacyi wyciera się ją zgęszczonym karbolem, potem 96% wyskokiem, a w końcu osusza zimnem lub gorącym powietrzem. Po ususzeniu nalewa się dopiero masę plombową; gdy ta skrzepnie, skórę zaszywa się zwykle naглуcho.

Zwykle gojenie następuje przez rychłozrost, a chociaż to nie nastąpi, to i tak nawet chwilowa bytność plomby przyśpiesza gojenie i pobudza do granulacyi. Blizny po założeniu plomby są gładkie, a nie twarde i pozaciągane jak przy tamponadzie.

Klęsk.

333. Sachs. **O operacyjnym postępowaniu celem leczenia oderwania się siatkówki.** (Wien. klin. Wochft. N-r 42).

Celem leczenia oderwania siatkówki robi autor nakłucie twar-dówki sierpowatym nożykiem, ale nie, jak radzą, przed równikiem gałki ocznej, lecz po za nim, co wpływa korzystnie na umocowanie tylne siatkówki.

Klęsk.

334. Thaler. **W sprawie aseptyki przy laparotomiach.** (Wien. klin. Wochft. N-r 42).

Badania bakteryologiczne w klinice S c h a u t y wykazały, że rękawiczki gumowe są o wiele więcej pewne, niż niciane. Ze wzglę-

dów ekonomicznych dobrze jest na gumowe dopiero nałożyć niciane.

Co do odkażania skóry brzucha gaudaniną, a raczej ochrania-
nia tejże od zakażenia, to wytarcie jodyną zupełnie to samo speł-
nia zadanie.

Kłesk.

335. A d a m. **Nowe leczenie śluzo-ropotoku oka (blennorrhoea) dorosłych maścią bleno-lenicetową.** (Münch. med. Wochenschrift. N-r 43).

Leczenie śluzo-ropotoku oka dorosłych lapisem nie chroni wcale rogówki od maceracyi wydzieliną. Najlepiej odpowiada temu zadaniu maść bleno-lenicetowa, składająca się z lenicetu (polimoryzowany octan glinu) i euwazeliny. Maść ta wstrzymuje wydzielinę, chroni rogówkę i leczy dobrze sprawę chorobową. W początkach stosuje się co 2 godziny w dzień i w nocy 10% maść; po 3—4 dniach 3—4 razy dziennie 5%; po 2 tygodniach, gdy już wydzielina ustąpi, samą euwazelinę, i raz dziennie instalacje kropli $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ % rozczyntu lapisu.

Maść jest gotowa w tubach — bardzo wygodna do użytku.

Kłesk.

III. Choroby weneryczne i skóry.

336. A l e x a n d e r. **O zezwalaniu na małżeństwo przy rze-
żączce.** (Internationale medicinische Revue. N-r 2).

Przy ocenianiu możności żenienia się przy tryprze w sta-
dyum ostrem trzeba być bardzo ostrożnym w prognozie i możli-
wości trwania cierpienia i czasu wyleczenia. W stadyach przewle-
kłych i po przebytej chorobie badać należy bardzo szczegółowo
kilka razy tak mocz ranny, jak i wieczorny, dalej mikroskopowo
wydzielinę gruczołu krokowego. Pacyenta powinniśmy też badać
po użyciu wielkiej ilości alkoholu i po drażnieniu cewki środkami
chemicznymi. Najczęściej nie spotykamy już w nitkach gonoko-
ków, lecz tylko śluz, ciała wielojądrowe i nabłonki.

Finger i inni, w razie obecności nitek zawierających ciała
ropne, mimo braku drobnoustrojów, nie zezwalają na małżeństwo
w przypuszczeniu, że w przypadkach tych są gdzieś ukryte dro-
bnoustroje.

Jedynie w razie braku wykazalnych zmian wziernikiem uwa-
żać można proces za wyleczony.

Zaprzeczyć się nie da, że mimo ujemnego wyniku badania, mimo nieznaczących zmian wykazalnych endoskopem czasem i tak osobnik zarazić może.

Badanie kobiet powinno być też skrupulatnem i bez mikroskopu obejść się nie można. Badać powinno się nie raz, lecz 3—5 razy, o ile możliwości, tuż przed i po regularności. Nie zapominać też należy o wydzielinie gruczołów Bartholini'ego.

I tu też obecność ciałek ropnych, przy wykluczeniu innych powodów, jest podejrzaną. *Klęsk.*

337. Citron. **Serodyagnostyka syfilisu.** (Berlin klin. Woch. N-r 43).

Wykazanie niweczników udaje się prawie w każdym przypadku syfilisu. Np. u paralityków wykazał je autor w płynie mózgowo-rdzeniowym w 80%.

Obecność niweczników dowodzi, że proces chorobowy się rozwija, zniknięcie— że choroba się leczy lub przycicha.

Ważnem to jest np. przy badaniu matek, zezwaniu na małżeństwo i t. d.

Zwiększanie się niweczników jest wskazaniem do nowej kuracji. *Klęsk.*

338. Weinberg. **Przyczynek do leczenia rzeżączki arhowiną.** (Wien. med. Presse. N-r 44).

Arhowina zabija w 50 minut in vitro (5%) drobnoustroje ropne, a na kultury gonokoków działa w godzinę zabójczo. W ropie zabija je w 15 minut. Po nad to środek ten nie drażni żołądka, kiszek i nerek. Podana do wewnątrz (kapsułki po 0,25, 6—8 dziennie), wykazuje w moczu produkty, działające wstrzymująco na wzrost gonokoków, czego np. olejek sandałowy nie czyni. W moczu wykazać się daje już w 15 minut. Te wszystkie zalety, jakoteż możliwość zewnętrznego i wewnętrznego leczenia arhowiną, skłaniają autora do gorącego polecenia tego środka, na dowód czego przytacza 7 uporczywych przypadków rzeżączki, wyleczonych arhowiną.

Klęsk.

339. Zeuner. **Suche leczenie trypra.** (Berl. klin. Wochft. N-r 25, 1907).

Do leczenia trypra drogą suchą, t. j. proszkami, używa autor aparatu, zwanego „pulveral“, który po oddaniu moczu wprowadza do cewki i wdmuchuje balonem przez niego proszek. Najlepiej

z lekarstw działa kseroform, albowiem wysusza. łagodzi ból, nie drażni błony śluzowej, zmniejsza wydzielinę ropną, a wpływając na epitelizację błony śluzowej, zapobiega tworzeniu się zwiężeń. Także korzystny wpływ wywiera rozszerzanie cewki przez wdmuchiwanie powietrze.

To samo leczenie stosować można i u kobiet. *Kłesk.*

340. Luster. **Pielęgnowanie cery.** (Kosmet. 32—34).

Autor podaje wiadomości z dziedziny anatomii i fizjologii gruczołów łojowych i zajmuje się kwestyą chorobliwego połysku twarzy, wskutek wydzielania płynnego tłuszczu przez gruczoły.

Impuls do chorobowego nasilenia funkcji gruczołów łojowych dają wpływy termiczne (jak upał, mycie gorącą wodą), momenty psychiczne, stany chorobowe narządów odległych (żołądek) i masturbacja. Oprócz tego, wzmaganie się wydzieliny płynnego tłuszczu sprzyjają gorące napoje, kawa, herbata, alkohol, również potrawy zaprawione papryką i pieprzem.

Autor obserwował dwa przypadki idyosynkrazji do tych przypraw, objawiającej się jednostronnym połyskiem twarzy. W celu uniknięcia połysku twarzy autor radzi myć twarz rano zimną wodą z mydłem; myjąc się, należy wcierać pianę mydła nie w policzki, jak to po większej części ma miejsce, lecz w czoło, nos i brodę, te bowiem części twarzy najwięcej tłuszczu produkują. Następnie w ciągu dnia jeszcze 2—3 razy należy powtórzyć mycie.

Próbując całego szeregu różnych preparatów leczniczych w przypadkach nadmiernej wydzieliny tłuszczu w postaci oleistej, autor przekonał się o doniosłej wartości preparatu *Zincum-Perhydrol Merck'a*. Środkowi temu autor przepowiada świetną przyszłość w kosmetyce lekarskiej i podaje sposób stosowania go w przypadkach połysku twarzy na tle wzmózonej wydzieliny tłuszczu.

Należy na noc wytrzeć za pomocą waty okolice zajęte połyskiem i nieco proszku zostawić na twarzy do rana. Rano opłukać twarz zimną wodą, zakwaszoną octem toaletowym, poczem umyć twarz zimną wodą z mydłem. Autor jest zdania, że środek ten znakomicie odtuszcza skórę, ma własności dezynfekcyjne i wybielające, zapobiega jęcznieniu tłuszczu i nie zatyka ujść gruczołów łojowych.

B. W.

IV. Akuszerya.

341. Gellhorn. **Miesiączkowanie bez jajników.** (Zentblt. f. Gynäk. N-r 40).

I mimo braku jajników występować może regularnie miesiączka. Autor obserwował w jednym przypadku, przy braku jajników, zrosty macicy ze siecią, które odnosi do powstawania miesiączki. W drugim przypadku, po kastracyi, substancya jajników, podawana do wewnątrz, wywoływała ślady regularności.

Klęsk.

342. Bumm. **Leczenie rzucawki porodowej.** (Deutsche med. Wochft. N-r 47).

Ponieważ nie znamy na pewno przyczyny rzucawki, przeto i nasze leczenie nie zawsze jest pewnem.

Bez wątpienia najlepiej działa przerwanie ciąży.

I tak: przy prędkich rozwiązaniach śmiertelność wynosi 2—3%, przy wyczekiwaniu — 25—30%.

Narkotyki nie pomagają nic, podobnież wypuszczanie płynu mózgowo-rdzeniowego. Podobno bardzo dobrze działać ma paratyreoidyna, według Vassal'ego.

Sztuczne pobudzanie czynności nerek oddaje czasem dobre usługi; zwłaszcza podskórne wlewania rozczyńw soli kuchennej w bardzo wielkiej ilości (do 3000,0 dziennie). Dekapsulacya nerek nie daje jeszcze jakichś pewnych wyników.

W razie kongestyi do głowy puszczenie krwi oddaje wielkie usługi. W przypadkach ciężkich czasem sztuczne oddychanie i masaż serca mogą jeszcze uratować chorą.

Klęsk.

343. Strassmann. **Operacyjne połączenie macicy podwójnej.** (Zentblt. f. Gynäk. N-r 43).

W razie jednej, lecz przedzielonej macicy, usuwa S. po prostu przegrodę. Obserwował 5 przypadków. Jeden operował w r. 1903 i chora następnie odbyła normalny poród. W razie podwójnej zaś macicy (uterus bifidus) należy obie połowy połączyć plastycznie. I taką też operacyę wykonał S. z dobrym wynikiem u 27-letniej chorej. Blizna w nowej macicy w razie ciąży nie przedstawia większego niebezpieczeństwa, niż blizna po cięciu cesarskiem.

Klęsk.

BIBLIOGRAFIA.

Doc. d-r Chlumsky. „Mięsienie i jego zastosowanie“.

Świeżo wyszedł w Krakowie podręcznik oryginalny pod powyższym tytułem. Autor w krótkości (na 100 stronicach) stara się zapoznać czytelnika głównie z praktyką masażu. Dzieło swoje, po krótkim wstępie historycznym, podzielił na 4 części; w I mówi wogóle o skutkach i technice mięsienia, w II podaje ogólne wskazówki: gdzie, kiedy i jak brać się do mięsienia, zaś 2 ostatnie części wchodzi już w szczegóły: trzecia mówi o mięsieniu poszczególnych części ciała, z wyłączeniem wszakże narządów, należących do specjalistów (macica, krtań, oko, ucho etc.), a ostatnia część daje wskazówki co do mięsienia w różnych stanach chorobowych, a więc w chorobach (głównie skrzywieniach) i urazach kości, stawów, ścięgien i mięśni, dalej w chorobach układu nerwowego, serca i naczyń i, wreszcie, w chorobach narządów jamy brzusznej.

Wszelkie przyrządy, mające przy masażu zastąpić rękę, autor potępia w czambuł. Spolszczenie zabiegów zdaje się udatne (głaskanie, rozcieranie, ugniatanie, klepanie, ucisk drżący), natomiast mniej udatne określenie niemieckiego „Hackung“, jako „uderzenia ręki, przybierające kształt haka“ (str. 17). Bardzo słuszną jest między innymi uwaga, że „jeślibyśmy wytłaczali produkty chorobowe z tkanki w miejsca zdrowe bez uwzględnienia większych dróg limfatycznych, to rezorbcyja ich z jednej strony, a napływ soków świeżych z drugiej nie może odbywać się w sposób należyty i w stosownym czasie, a mięsienie traci wogóle cały swój wpływ i znaczenie“. O tem często nie wiedzą, lub nie pamiętają zawodowi masażyści lub masażystki, i tu potrzebna jest znajomość anatomii. Dlatego też autor (zgodnie z innymi autorami) bije na to, aby mięsieniem przeważnie zajmowali się sami lekarze, ale mimo to w drugim miejscu (str. 31) straszy ich groźną rozedmą płuc i rozszerzeniem serca.

Wogóle, co się tyczy samego tekstu, to opis zabiegów bynajmniej nie wszędzie jest jasny (pomimo licznych ilustracji), zwłaszcza dla takiego ucznia, który danych ruchów nie przerabiał lub przynajmniej sam ich nie widział. Tak np. niejasno przedstawiono ważne mięsienie przygotowawcze (str. 27), mówiąc, że „w większości przypadków *ugniatamy najpierw chore miejsce*“, a zaraz potem: „*mięsienie to nazywa się wstępem, a polega na głaskaniu okolicy miejsca chorego*“.

Także na rysunkach litery nie wszędzie odpowiadają wskazówkom tekstu. Prócz tego nic niema o ruchach biernych, które przecież często stanowią nieodłączny dodatek do mięsienia; wreszcie, za mało powiedziano o klepaniu i uderzaniu, a zwłaszcza o wibra-

cyi. Za to inne sposoby (głaskanie, ugniatanie i rozcieranie) są wszędzie uwzględnione i opisane szczegółowo dla każdej części ciała, i pod tym względem książka Chlumsky'ego ma wyższość nad niejednym podręcznikiem (zagranicznym). W polskim języku jest to bodaj pierwszy wyczerpujący podręcznik masażu, więc już i dlatego należy powitać go z uznaniem i życzyć mu rozpowszechnienia. Miejmy nadzieję, że w następnym wydaniu wszelkie usterki i niejasności będą usunięte.

J. P.

Kronika bieżąca.

— Słynny otyatra-chirurg prof. H. Schwartz e w Halle obchodził w zeszłym miesiącu 70-letnią rocznicę urodzin. Z okazji tej Redakcja czasopisma „Archiv für Ohrenheilkunde“ wydała okazały numer jubileuszowy, w opracowaniu którego z Polaków przyjęli udział: d-r Teodor Heimann (Diagnose des otitischen Hirnabscesses), oraz d-r Jan Sędziak (Ueber Ohrenstörungen bei den Erkrankungen des Urogenitalapparates).

— Ukazała się zapowiedź nowego miesięcznika, p. t. „Kultura polska“, ogranu Towarzystwa Kultury Polskiej, pod redakcją Aleksandra Świętochowskiego.

Zmarli. D-r Henryk Stano dnia 30 listopada r. b. w Międzyrzecu (gub. siedleckiej), w wieku lat 68.

D-r Czesław Świerczyński dnia 4 grudnia r. b. w Chełmie, w wieku lat 44.

D-r Tadeusz Poraj-Dobrzelewski, b. inspektor lekarski g. piotrkowskiej, dnia 26 grudnia r. b. w Piotrkowie, w wieku lat 75.

Dr. Ig. Baranowski

Redaktor: Dr. Józef Zawadzki.

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