

Kronika Lekarska

PISMO POŚWIĘCONE

PRZEGLĄDOWI POSTĘPÓW UMIEJĘTNOŚCI LEKARSKICH.

I. Etyologia i leczenie grzybicy (mycosis)

górnego odcinka dróg oddechowych.

Napisał

Dr. JAN SĘDZIAK.

(Praca nagrodzona na konkursie Amerykańskiego Towarzystwa Laryngologicznego i odcytana na zjeździe dorocznym tegoż Towarzystwa w Bostonie w dniu 6-ym czerwca r. b.)

(*Ciąg dalszy.*)

Grzybica włoskowcowa górnego odcinka dróg oddechowych nie jest bynajmniej tak rzadkiem cierpieniem, jak to pierwotnie mniemano, lecz spotyka się stosunkowo dość często: w literaturze istnieje dotąd opisanych parę setek tego rodzaju przypadków, co na okres czasu mało co więcej, aniżeli 30 lat, jaki ubiega od pierwszego opisu tego cierpienia przez B. Fraenke'la, stanowi bądź co bądź cyfrę dość pokązną.

Ja również na ogólną cyfrę około 20,000 chorych, spostrzeganych w prywatnej, jako też lecznicowej praktyce, notowałem grzybicę włoskowcową 42 razy, czyli że mniej więcej na każde 500 przypadków przypada jeden przypadek grzybicy włoskowcowej.

Krakenberger z Würzburga spostrzegł to cierpienie nierównie częściej, gdyż na 579 przyp. 11 razy, zaś Jurasz

z Heidelberga o wiele znowu rzadziej (na przeszło 4000 przypadków, pochodzących z praktyki ambulatoryjnej zaledwie 3 razy!).

Czeniu przypisać te uderzające różnice w powyższych cyfrach?

Zdaniem mojem, zależy to od materiału obserwacyjnego; i tak, jak już wspomniałem Jurasza przypadki pochodzą z praktyki biednej ambulatoryjnej, w śród której cierpienie to, o ile się zdaje, występuje, rzecz dziwna, rzadziej, natomiast materiał obserwacyjny Krakenberger'a stanowią przypadki, pochodzące z praktyki prywatnej a więc zamożniejszej, wreszcie moje obserwacje dotyczą zarówno sfery zamożnej, jako też i biednej, przyczem również przewaga liczebna jest po stronie pierwszej (na mniej więcej jednakową ilość przypadków t. j. po 10000, 29 przypada na praktykę prywatną, zaś tylko 16 na ambulatoryjną!)

Grzybica włoskowcowa występuje stosunkowo częściej u kobiet, aniżeli u mężczyzn (24 na 18 przypadków w mojej statystyce).

Ten sam fakt stwierdzają i inni autorowie (Kraus, Rosenberg, Phillips). Heryng również na 8 przypadków u kobiet 6 razy tylko spostrzegł to cierpienie u mężczyzn.

Oдноśnie do wieku chorych na grzybicę włoskowcowa, cyfry w moich przypadkach przedstawiają się w sposób następujący:

między 10 a 15 rokiem życia notowałem 5 przyp. grzybicy włoskowcowej

| | |
|----------------|----|
| 15—20 | 11 |
| 20—30 | 13 |
| 30—40 | 10 |
| 40—50 | 2 |
| wreszcie 50—60 | 1 |

Cyfry powyższe wskazują, że grzybica włoskowcowa występuje w górnym odcinku dróg oddechowych najczęściej u młodych osobników, zwłaszcza między 15 a 30 rokiem, oraz

30 i 40 (w moich przypadkach stanowi to 34 t. j. prawie $\frac{4}{5}$ wszystkich przypadków); przed 10-ym rokiem życia, oraz w wieku późniejszym (po 40-ym) cierpienie to zdarza się rzadko.

W literaturze istnieją zaledwie 2 przypadki grzybicy włoskowcowej poniżej 5 lat, z tych przypadek Dubler'a dotyczy 8 miesięcznego dziecka.

Oдноśnie do zajęcia chorych, dotkniętych grzybicą włoskowcową górnego odcinka dróg oddechowych, przypadki moje przedstawiają się w sposób następujący:

Z liczby 24 kobiet — 15 było niezamężnych, 7 mężatek, oraz 2 wdowy. Najczęściej cierpienia te spostrzegalem u uczennic (9 razy), oraz nauczycielek (2 razy).

U mężczyzn również najczęściej grzybica włoskowcowa występowała u uczącej się młodzieży (4 uczniów i 2 studentów), następnie u rolników (4 przyp.), po zatem spostrzegalem po 1 przyp. u inżynierów, emerytów, urzędników, stolarzy, zegarmistrzów, kucharzy, wreszcie krawców.

Uderzającym jest to częste występowanie grzybicy włoskowcowej u uczącej się młodzieży obojga płci, a zwłaszcza dziewcząt.

Tłomaczy się to przedewszystkiem ich wiekiem, który jest to powyżej stwierdziliśmy, najbardziej usposabia do tego rodzaju spraw chorobowych, chociaż, być może, grają tu pewną rolę i warunki niehygieniczne, oraz przeciążenie pracą umysłową uczącej się młodzieży.

Natomiast mniej już zrozumiałą jest częstość występowania grzybicy włoskowcowej u rolników, względnie obywateli ziemskich, żyjących przecież w warunkach, zdawałoby się, najmniej sprzyjających rozwojowi tego cierpienia.

Uderzającym jest również fakt, jaki zauważyłem w swoich spostrzeżeniach — mianowicie również stosunkowo częste występowanie grzybicy włoskowcowej w klasie zamożniejszej, a więc w praktyce prywatnej.

Analogiczne spostrzeżenie zrobiłem już oddawna odnośnie częstszego występowania woszczkowiny (cerumen) w praktyce prywatnej, aniżeli ambulatoryjnej.

W. C. Phillips zrobił szczególne spostrzeżenie, że grzybica włoskowcowa występuje przeważnie u młodych kobiet, lubujących się w zwierzętach, jako to psach, kotach i koniach, zaś H. Curtis zauważył, że prawie każdy z jego chorych, dotkniętych grzybicą włoskowcową, miał zwyczaj jeść surowe jabłka, które często są lizane przez zwierzęta.

Wreszcie w przypadku Myles'a, dotyczącym śpiewaka, cierpienie to wystąpiło nagle podczas wyłącznie mlecznej kuracji.

Niewątpliwie jednak do usposabiających momentów do tego rodzaju zaburzeń należy zaliczyć: zły stan ogólny, ogólne osłabienie (Semon), jakkolwiek, jak to już wyżej wspomniałem i zupełnie zdrowi ludzie nie są wolni od grzybicy włoskowcowej.

W 5 moich przypadkach — przeważnie u młodych dziewcząt, istniały objawy mniej, lub więcej wyrażonej anemii, a nawet w jednym z nich była typowa blednica (chlorosis).

Rosenberg spostrzegał grzybicę włoskowcową u ciężarnej, przyczem cierpienie to ustąpiło po porodzie.

W jednym z moich przypadków, dotyczącym 33-letniej chorej istniały objawy gruźliczej sprawy w płucach.

Richardson po większej części spostrzegał u swoich chorych mniejsze, lub większe zaburzenia w przewodzie żołądkowo-kiszkowym.

Z miejscowych przyczyn — sprawy nieżytowe błony śluzowej górnego odcinka dróg oddechowych usposabiają też do tej grzybicy (Garel), jako też przebyte cierpienia ostre także np. influenza (Glasgow).

Co się tyczy natomiast palenia, oraz nadużyć w napojach wyskokowych, jako też in Venere, to momenty te nie zdają się odgrywać jakiejś roli wybitniejszej w powstawaniu tego cierpienia (2 razy tylko w swoich przypadkach konsta-

towałem abusus in tabaco); toż samo się tyczy dziedziczności, co do której nie posiadamy żadnych danych. (C. d. n.)

II. DZIAŁ SPRAWOZDAWCZY.

I. Chirurgia.

221. Albert Marcus. (Monachium). **Nowy sposób leczenia miejscowego czyraków i wąglików.** (München. med. Woch. Nr. 21. 1905).

Bezsilność terapii zapobiegawczej w przypadkach wyszczególnionych w nagłówku cierpienie skóry jest rzeczą, znaną dobrze lekarzowi każdemu. Stosowanie okładów zimnych lub opatrunków wilgotnych, nawet przecięcie wczesne nie przynosi wielkiego pożytku, a leczenie światłem bywa skuteczne tylko w okresie najwcześniejszym. Bądź co bądź wyraźne pod wpływem fototerapii zwałenie energii życiowej koków jest faktem niezaprzeczonym, a ztąd prosty już wniosek, że wywołanie mocnej sprawy zapalnej w ognisku skupienia się drobnoustrojów chorobotwórczych będzie bodźcem potężniejszym jeszcze ku unicestwieniu tychże.

Od roku niemal metodę taką stosuje d-r M. z nader zachęcającymi wynikami. Tam, gdzie na skórze nie stwierdza się jeszcze zebrania ropy, autor wyszukuje za pomocą lupy dużej otworu guzików limfatycznych okolicy chorej i naciska lekko końcem cieniutkiej sondy, aby przekonać się, który lub które z guzików (folliculi) uległy zajęciu. Do wylotów wprowadza się teraz tworzącą biegun ujemny igłę epilacyjną, przez którą przebiega prąd o 1 — 2 M. A. Odpowiednio do stopnia wrażliwości pacyenta podnosić można siłę prądu do 10 MA., przyczem, poruszając igłą lekko a stale w ciągu 1 — 3 min., zwiększamy otwór guziczka, zkaąd wodór wytwarzający się wypędza spalone cząstki tkanek, brud i koki. Następnie igłę wyciąga się, pole operacyjne oczyszcza dokładnie i, po odwróceniu kierunku prądu, wkłuwą się znowu jako biegun dodatni z napięciem, doprowadzanem stopniowo do 10 M. A., w wylot guzika. Drogą tą wytwarzamy tlen in statu nascendi, najenergiczniejszy ze znanych środków od-

każających. Po upływie 2 — 3 minut znów zmienia się kierunek prądu i wodór powtarza znowu swą akcyę splukującą, przyczem zostają usunięte wszystkie spalone tlenem tkanki doszczętnie.

W sposób powyższy przerywać można skutecznie rozwój dalszy czyraka. Gdy jednak rzecz doszła już do ropienia, należy dotąd grzebać igłą w guziku, dopóki cały rdzeń zielono-żółty, poszarpany przez szereg eksplozyi wodoru i zamieniony w pianę nie wyjdzie na zewnątrz. Manipulacyę z biegunem dodatnim i ujemnym powtarza się wówczas, jak wprzód. W obec tego rodzaju czyraków dojrzałych postępowanie, w mowie będące, powtarzać należy dwa razy dziennie, aż wydzieliną ropna zniknie zupełnie.

Już po seansie pierwszym bolesność zmniejsza się i ustaje wkrótce pod dalszem działaniem elektrolizy. Ta ostatnia, i zwykły, suchy, opatrunek bezgnilny wystarczy zupełnie; wszelkie zaś środki drażniące nie są wskazane. W zwykłych roztworach antyseptycznych koki nie giną i opierają się nawet trzymaniu w wodzie wrzącej przez ciąg jednej lub półtorej godziny.

Zastosowanie plastrów musi być rzeczą chybioną już z tego przynajmniej względu, że plaster zasklepia na czas dłuższy ogniska rozpadu, które, właśnie, wypadaloby otworzyć jak najprędzej. Najczęściej, wprawdzie, pacjent przeciętny używa plastrków owych ochoczo, nie cofając się nawet przed zabagnieniem sprawy i doprowadzeniem do ropówki. Sam autor obserwował w tych razach zejście niepomysłne u 3-ch nadto bojących się noża osobników. Leczenia takiego unikać winni przedewszystkiem mężczyźni z czyrakiem na karku, plaster bowiem ułatwia im noszenie kołnierzyka, który jest źródłem arcyniebezpiecznego ucisku i podrażnienia. Drogą też tą najniewinniejszy zrazu czyrak dochodzić może do wymiarów potężnych, wikłając sprawę wytworzeniem wąglika i ropówki rozległej. Należy zatem uniemożliwiać zawsze niewczesną w warunkach tych do kołnierzyków predylekcyę i nakładać na szyję opaskę.

K. Niedzielski.

222. T. Legge. **Wąglik zawodowy.** (Brit. Med. Journ. 25/III. 1905).

Zgodnie z obowiązującymi w fabrykach angielskich przepisami, o każdym przypadku wąglika zdaje się sprawozdanie

urzędowe władzom odnośnym. Cierpienie nawiedza najczęściej zajmujących się czesaniem i sortowaniem wełny, pracowników przedzalni, szczotkarzy i t. p. Rzadziej chorują już garbarze i czynni w branży rogowej. W ogóle od roku 1899 do 1904 narachowano przypadków takich zaledwie 261. W roku 1901 przerabianiem wełny zajmowało się 259,909 osób, z tych czynnościami najniebezpieczniejszemi 4.264, omawianej zaś sprawie chorobowej uległo robotników 64. Z 2,206 zajętych włosiem końskim zapadło na węglika osób 40. Wszyscy pacyenci niemal pochodzili z okręgu Bradford, dokąd jest dowożoną azyatycka wełna wyłącznie.

Śmiertelność, według obliczeń d-ra L., nie przewyższała 25,6% (we Włoszech 24,1%, w Niemczech 32%). Najniebezpieczniejszym bywa anthrax głowy i szyi, mniej szkodliwym—na kończynach i tułowiu. Cierpienie, w mowie będące, u rzeźników angielskich i stangretów zdarza się rzadko. Z Nowej Zelandyi i Australii wywożą do Anglii rocznie wełny na 270 milionów marek, w ciągu jednak omawianych lat 6 nie zanotowano ani jednego przypadku węglika z punktem wyjścia z powyższych gatunków towaru; z Persyi tymczasem przywieziono wełny tylko za 265,000 M., a z przerabiających ją ludzi zachorowało 30. Chorobotwórczą również jest wełna turecka i włosie końskie z Chin i Rosyi. To samo dotyczy skór chińskich.

Leczenie, rozpowszechnione w Anglii, polega na wycięciu krosty i zapudrowaniu rany ipekakuaną. Z 50 spostrzeżeń, leczonych tak przez Musketta w ciągu lat 15, nie otrzymano wyniku złego ani w jednym. W okresach późnych wycinanie to jednak może być bodźcem ku dalszemu szerzeniu się sprawy. W ostatnich czasach wywalczyła sobie uznanie wielkie metoda lekarza włoskiego d-ra Sclavo, polegająca na stosowaniu sporządzanej przezeń surowicy. U 44 leczonych surowicą tą osób otrzymywano wyzdrowienie mniej więcej po upływie tygodnia, przyczem wynik kosmetyczny był świetnym i niekiedy blizny nie było widać wcale. Surowica jest nieszkodliwą sama przez się nawet w dawkach obfitych; zastrzyknięta do żył, znoszoną bywa dobrze i ratowano nią skutecznie nie tylko w przypadkach świeżych, lecz beznadziejnych nawet. Po użyciu wewnątrzżylnem stwierdza się powstrzymanie szybkie rozwoju obrzęków, co musi być rzeczą niesłychanej wagi, gdy czarna krostka obiera sobie siedlisko

na szyi lub twarzy, a obrzęk, stale wzmagający się, grozi zaduszeniem. Dzięki opanowaniu szybkiemu sprawy zgorzelinowej, surowica staje się środkiem niesłychanie cennym w obec węglika powiek. Po zastrzyknięciu za każdym niemal razem gorączka wzmagą się, rychło jednak występuje polepszenie w stanie ogólnym.

Zapobieganie jest rzeczą nader trudną, gdyż można zarazić się nawet wygarbowaną doskonale skórą. Odkazanie skór podejrzanych jest niemożliwym zupełnie; środki ochronne odnośnie do robotników polegają więc tylko na noszeniu odzieży specjalnej, masek, zakazie jedzenia w warsztatach i dozorze lekarskim. Włosie końskie, o ile nie jest zabarwionem na biało, daje się wyjaławiać strumieniami pary. Najdonioślejszym jednak z czynników zapobiegawczych musi być powiadomienie dokładne pracujących co do całej grozy omawianego cierpienia oraz częste oględziny lekarskie, czyniące możliwem interwencyę wczesną.

K. Niedzielski.

223. J. Lockhart Mummery. **Przyczynek do fizjologii i terapii wstrząsu chirurgicznego i zapaści.** (Lancet, 25/III, 1905).

Według obliczeń autora, który na temat powyższy napisał pracę bardzo ciekawą, występujące po zabiegach operacyjnych zejście niepomyślne w 21% przypadków przypisać należy działaniu wstrząsu. Za rzecz pierwszorzędnej wagi w przebiegu operacyi uważa się trzymanie chorego w cieple i unikanie staranne dostępu chłodnego powietrza przez czas dłuższy do szeroko otwartej otrzewny. Stosowana w Anglii na skalę szeroką strychnina w przypadkach shocku nie daje wyników zadowalniających; owszem, i podskórne i śródżylnie zastrzykiwania preparatu tego szkodzą wprost często. To samo dotyczy i wysokoku, który, jak przekonały próby ze sfygmanometrem, nie zwiększa ciśnienia krwi, lecz obniża je raczej. Poprawa tętna zależy od rozszerzenia naczyń. Bardzo pożytecznemi są natomiast wlewania do żył roztworu soli.

Strychnina, przeciwwskazana zupełnie w przypadkach wstrząsu, bo wywołująca szybko wyczerpanie ośrodka naczynioruchowego, przy sposobności, może być pomocną nieco na tle zapaści skutkiem krwawień, i w tym jednak razie ustępuje znacznie wlewaniom soli. Koniecznem jest w razach takich uniesienie nożnego końca łóżka na 30, co najmniej, ctm.,

w pozycji takiej operowany powinien leżeć aż dotąd, dopóki ciśnienie krwi nie zwiększy się na stałe. Unikać też wypadnie wszelkich nagłych zmian ułożenia (podczas obiadu, defekacji i t. d.). Brzuch bandażować należy mocno, klatkę piersiową bardzo lekko. Można też chorych tego rodzaju trzymać w gabinecie pneumatycznym, pod ciśnieniem atmosfery wzmożonem.

K. N.

224. Leonard Dudgeon i Percy Gargent. **Bakteryologia zapalenia otrzewny.** (Lancet 25/II, 1905).

Na zasadzie obfitego materiału klinicznego (w szpitalu św. Tomasza), wyszczególnieni w nagłówku, autorzy doszli do wniosku, że leczenie rozlanej w otrzewnie sprawy zapalnej peritonitis perforativa) przemywaniami en masse daje 80% śmiertelności, gdy zwykle wypuszczenie ropy z użyciem tamponów — 47%. Z 19 przypadków takich, w których nie poskąpiono płukania, Sargent otrzymał wynik niepomyślny 18 razy; skutkiem czego, w 6 następnych po kolei chirurg ten poprzestał na cięciu rozległym i wypełnieniu rany gazą. Wszyscy operowani wyzdrowieli.

Ponieważ zaważone przez paciorkowce lub lasecznika ropy błękitnej sprawy zapalne w otrzewnie zawsze prawie kończą się śmiercią chorego, należy z terapeutycznego punktu widzenia pomyślnie obserwacje owe uczynić zależnymi od lasecznika okrężnicy. W spostrzeżeniach kategorii pierwszej oddziać można jako tako li tylko dokładnem wymyciem ropy, gdy dla koliperytonitów wskazanem może być wytampowanie na sucho okolicy przedziurawienia. Płukanie prowadzi nieraz do popchnięcia dalej zawartości gnilnej w głąb ustroju i zmywa fagocyty.

W obec przedziurawienia żołądka i krwotoków do wewnątrz obfite przemywania roztworem soli kuchennej mogą wywierać wpływ dodatni, poczem zaszywa się jamę brzuszną bez pozostawienia drenu. Opium nie daje się nigdy. Leczenie surowicą swoistą wypróbowane być winno zawsze.

K. N.

II. WIADOMOŚCI TERAPEUTYCZNE.

225. R. Foerster. **O działaniu pewnego środka nasennego (isopral) przez skórę** („Ueber perkutane Wirkung eines Schlafmittels (Isopral).“ — Muench. Mediz. Woch. Nr. 20, 1905).

Izopral, inaczej trichlorisopropylalkohol ma postać ciała krystalicznego, łatwo się rozpuszcza w wodzie, wysokoku, eterze i oliwie, ulatnia się jak kamfora już przy zwykłej temperaturze. Nasenne działanie tego środka przez podawanie do wewnątrz zostało już wszechstronnie zbadane przez doświadczenia na zwierzętach i ludziach. Dzięki zaś swej lotności powinien, jak się *à priori* wydaje, łatwiej przenikać przez skórę, niż inne hypnotica. I rzeczywiście, prof. Dreser, wcierając kotom i królikom alkoholowy roztwór izoprалу, wywoływał tą drogą sen u badanych zwierząt; wówczas dopiero autor z wielką ostrożnością przystąpił do analogicznych badań u ludzi. Alkoholowe jednak i eteryczne roztwory okazały się zbyt lotnymi do wcierań w skórę, podczas gdy znów odpowiednie roztwory w Ol. Olivarum były zbyt wielkimi pod względem ilości. Za najbardziej więc celową i dostatecznie stężoną autor uważa następującą mieszaninę, w której izopral łatwo się rozpuszcza na zimno: Ol. Ricini, Alcoh. abs. ana 10,0 Isoprali 30,0, którą on zazwyczaj stosował. Stare roztwory, zdaje się, tracą swe działanie. W ramię lub w udo wciera się pożądaną ilość tego roztworu, jednak nie zbyt długo, ażeby nie nastąpiło silne wyparowanie. Następnie, cały ten obszar skóry natychmiast zostaje pokryty gutaperką, umocowaną za pomocą opaski; zdejmuje się ją po upływie 1 — 1,5 godziny. Na traktowanie w ten sposób miejscu skóry nigdy nie dało się zauważyć objawów podrażnienia, nawet wówczas, gdy wcierania 50% roztworu wykonywano przez 5 z rzędu wieczorów na tem samym ramieniu. Ogółem zrobiono 140 wcierań u 38 chorych, prawie wyłącznie kobiet, zaczynając od dawek małych i ostrożnie je zwiększając. Żadnych ujemnych objawów pobocznych autor nie spostrzegł. Pojedyncza dawka wynosiła 1—5 grm. preparatu; powyżej 5,0 izoprалу 2 razy dziennie autor nigdy nie stosował. U $\frac{1}{3}$ osób badanych otrzymano wynik dodatni u $\frac{1}{4}$ był on słabiej wyrażony, a u reszty — niewyraźny lub ujemny. Dawki poniżej 2,5—3,0 nie wywierają żadnego działania spostrzegalnego; w stanach podniecenia trzeba używać 4—5 grm. Ociążałość i senność, względnie sen, stale następuje po upływie $\frac{1}{2}$ —2

godzin i trwa przeciętnie 4 — 7 godzin. Często dawało się zauważyć działanie uspokajające jeszcze dnia następnego. Być może, iż przy bolesnych cierpieniach mięśni, stawów i t. p. miejscowe stosowanie izopralu na skórę doprowadziłoby do pożądanego rezultatu.

Jakkolwiek izopral, zdaniem autora, przy stosowaniu przez skórę może ujawnić działanie nasenne, względnie uspokajające, jednak dla ostatecznego zawyrokowania o wartości tej metody potrzebne są dalsze i wielostronne obserwacje, do czego autor zachęca ogół lekarski.

W. Dobrowolski.

226. Cathelin. **Leczenie zapaleń pęcherza za pomocą wkraplań olejku gomenolowego** („Traitement des cystites par des instillations d'huile gomenolée“ — Le Progrès médical, Nr. 20, 1905).

Gomenol, jak wskazują szczegółowe badania fizyologiczne, jest zupełnie pozbawiony własności trujących i żrących, tak iż używanie tego środka w postaci wkraplań 10 — 20% jest bezwarunkowo nieszkodliwe. Z drugiej zaś strony, wartość lecznicza gomenolu pod względem siły odkażającej i wybitnych własności znieczulających stawia go w liczbie środków pierwszorzędnych.

Na zasadzie licznych obserwacji, poczynionych przez dr-a Haïma w przypadkach zapalenia pęcherza, leczonych gomenolem, można wyprowadzić następujące wnioski praktyczne:

a) pod wpływem wkraplań olejku gomenolowego uczucie bolesności słabnie, a następnie nagle znika;

b) pojemność pęcherza się zwiększa, oddawanie moczu staje się rzadsze;

c) w moczu daje się zauważyć zmniejszenie ilości, a następnie zupełne zniknięcie laseczników chorobotwórczych, bądź gruzliczych, bądź jakichkolwiek innych;

d) uszkodzenia pęcherza, jak się zdaje, goją się daleko szybciej pod wpływem gomenolu, niż jakiegobądź innego środka odkażającego; badania cystoskopowe, przedsiębrane w wielu przypadkach, dają niezbite dowody jego własności leczniczej. Nawet na cierpienia sterczu środek ten oddziałuje dodatnio;

e) wreszcie, stan ogólny ulega wybitnej poprawie.

W. Dobrowolski.

227. **Przeciwno zgodze** zaleca v. Oefele (Therap. Monatsh., maj, 1905) po 0,2 sapo medicatus w 40 minut po obiedzie i kolacyi.

W. D.

005. **Acidum citricum**, według Huchard'a (Journ. des Praticiens, Nr. 12, 1905), zasługuje na zastosowanie w **gościcu stawowym**, mianowicie: Ac. citrici 5,0—10,0, Sir. Papaver., Syr. Cerasor. aa 25,0, Aq. 250,0. Co 2 godziny 2—3 łyżki stołowe.

W. D.

001. A. Feldt. **Nowe metody stosowania tuberkuliny** („Moderne Methoden der Tuberkulinanwendung“ — St. Petersburg, Med. Woch. Nr. 19, 1905).

Po okresie zupełnego rozczarowania co do stosowania tuberkuliny u ludzi nastąpił znów okres więcej chłodnego i trzeźwego badania tego środka, wyłącznie prawie przy pomocy wstrzykiwań podskórnych. O podawaniu tuberkuliny per os autor nigdy nie słyszał, przypuszcza jednak, że w takim razie działające pierwiastki ulegają zniszczeniu w przewodzie pokarmowym. Wewnątrzżylne wstrzykiwanie omawianego środka dokonywał Heermann, trudno jednak wytworzyć sobie jakiegokolwiek określone pojęcie co do zalet lub braków takiej metody. Przy stosowaniu zewnętrznym (Unna, Feldt) okazuje się, że wilk jednakowo reaguje na masę tuberkulinową i mydło tuberkulinowe, jak i na podskórne wstrzykiwanie tuberkuliny. Wreszcie metoda Jacob'a wlewań płucnych (Lungeninfusion) już ze względu na wielkie trudności techniczne pozbawiona jest widoków szerszego powodzenia.

Po zastrzyknięciu tuberkuliny do ustroju, w którym odbywa się sprawa gruźlicza, następuje odczyn ogólny w postaci gorączki i tych lub innych objawów ogólnych; co ważniejsza jednak, wewnątrz samego ogniska gruźliczego i w okalającym je pasie występuje silne przekrwienie czynne, do którego wkrótce się przyłączają wzmożone przesiąkanie do tkanek, wzmożona emigracja białych ciałek z naczyń włosowatych i wytwarzanie złożeń włóknika na obwodzie gruzełka. Co do klinicznych objawów miejscowego odczynu, to zależą one, oczywiście, od rodzaju narządu: w przypadkach gruźlicy kości i t. p. daje się zauważyć bolesność i obrzęk. W gruźlicy płuc znajdujemy po rozpoznawczym zastosowaniu tuberkuliny następujące objawy: bolesność lub tępe uczucie ucisku w chorej części płuca, wzmożenie stłumienia opukowego, zastrzony oddech, zwiększoną ilość i współdzwęczność rzeżeń, i to w takich miejscach, które poprzednio przy wysłuchiowaniu i opukiwaniu wydawały się zupełnie zdrowymi. Wcale nie rzadko zwiększa się ilość plwociny, a nawet zjawienie się plwociny u chorych, którym przedtem dokuczał suchy kaszel, lub którym wcale nie kasłali.

Wszystkie te objawy znikają w stosunkowo krótkim przeciągu czasu. Podniesienie się ciepłoty o $0,5^{\circ}$ wyżej zwykłego 24-godzinnego maximum jest obecnie uważane za dowód obecności ogniska gruzliczego w badanym ustroju.

Jeżeli teraz wnikiemy w zarzuty, jakie wogóle stawiano stosowaniu tuberkuliny dla celów rozpoznawczych, to możemy je właściwie sprowadzić do 2 punktów zasadniczych: 1) niebezpieczeństwo i 2) niepewne wyniki zabiegu. Co do pierwszego, to autor uważa je za „minimalne,“ co zaś do drugiego, to tuberkulina występuje jedynie w roli metody uzupełniającej inne metody badania i wymaga, na równi z innymi, opracowania krytycznego.

Pod względem technicznym należy zaznaczyć, że wstrzykiwania rozpoznawcze trzeba rozpocząć od dawki $0,1$ mlgrm., którą się powtarza w razie dodatniego odczynu po 5 dniach, i drugi odczyn na tę samą dawkę jest często znacznie silniejszy od pierwszego. W razie, gdy po pierwszym zastrzyknięciu odczyn nie następuje, należy najwcześniej po upływie 3 dni zwiększyć dawkę do $0,5$ mlgrm., następnie 1 mlgrm., 5 mlgr. i 10 mlgrm. Powyżej $0,01$ zaczyna się już działanie toksyczne.

Przeciwwskazane są wstrzykiwania rozpoznawcze u chorych gorączkujących, u chorych z krwiopluciem i w cierpieniach serca, w padaczce i ciężkiej hysterii.

Lecniczą wartość tuberkuliny autor opiera na 2 zasadach: tuberkulina zawiera pewną ilość toksyn ludzkiej gruźlicy, a zatem dzięki wielokrotnemu jej wprowadzaniu do ustroju w stopniowo wzrastających dawkach wywołujemy w danym ustroju niewrażliwość na jad gruźliczy (uodpornienie czynne), powtórne, wielokrotny miejscowy odczyn na tuberkulinę powoduje wzmoczenie odczynowego bujania komórek w tkance otaczającej i wzmoczenie wytwarzania odgraniczającej tkanki łącznej. Lecnicze stosowanie tego środka może jednak mieć miejsce pod warunkiem dobrego stanu odżywiania lub stałego obfitego dostarczania pokarmów, a zatem w sanatoryjach, gdzie dzięki zabiegom higieniczno-dietetycznym organizm odzyskał początkową swą wagę i objawy płucne nie posuwają się dalej lub nawet ulegają przemianom wstecznym. W szpitalach zaś leczenie tuberkuliną może być tylko rara avis.

Kwintesencję nowoczesnych poglądów na tuberkulinę autor formułuje w sposób następujący: „środku tego często należy unikać, „niekiedy jednak trzeba stosować; jest to środek nieoszacowanej „wartości, długo dyskredytowany wskutek nieodpowiedniego uży-

„cia, który w przyszłości zapewne zostanie udoskonalony, nigdy „jednak nie będzie już odrzucony zupełnie.“

W końcu autor nadmienia, iż niniejszy artykuł jest tylko szkicem odpowiedniej książki, jaka niezadługo wyjdzie z pod jego pióra.

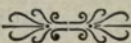
W. Dobrowolski.

III. Wiadomości pomniejsze.

203. Comby i Isch-Wall. **Rumień guzowaty z białkomoczem.** (Arch. d. méd. des Enfants, Nr. 5, 1905).

Objawy, które towarzyszyły rumieniowi guzowatemu, lub które poprzedzały tę chorobę, są doskonale znane, nie pisano jednak nigdy o tem, że i nerki mogą być zajęte. Otóż autorowie opisują przypadek, w którym dziewczynka 5-0 letnia, która dopiero co przeszła odrę, zaczęła silnie gorączkować; ponieważ ze strony płuc przewodu pokarmowego nic nie znaleziono, zwrócono się do badania moczu, badanie moczu wykazało sporą ilość białka. W kilka dni potem wystąpiły zaburzenia żołądkowe, język obłożony, potem znów obstrukcja. W przeciągu ósmiu dni trwa białkomocz i gorączka, mocz jest jasny obfity, autorowie wykluczają możliwość tyfusu, dziecko jest wesołe, chce wstać, bólu głowy nie ma, żadnych objawów mózgowych ani płucnych. Nareszcie ukazują się pierwsze guzy na łydkach, co ustala rozpoznanie, na które trzeba było czekać dni 8. Tak długi okres zwiastunów z gorączką znany jest przy rumieniu guzowatym, wspominał już o nim Trousseau. Zapalenie nerek, towarzyszące rumieniowi, ma zazwyczaj lekki charakter. Białko nie daje tu żadnych objawów subiektywnych (duszność, ból głowy, obrzęki twarzy, bóle w krzyżu i t. p.), wykrywa je tylko analiza moczu. Ilość białka nie jest wielka, w danym przypadku nie przekroczyła 0,50 na litr. Wałków nie było, zaledwie parę czerwonych ciałek krwi. Zdaje się więc, że obecność białka nie pogarsza rokowania.

M. B.



IV. Doroczny Kongres Chirurgiczny w Berlinie.

Przewodniczył prof. KRONLEIN z Zurichu.

(*Ciąg dalszy*).

V posiedzenie.

Pooperacyjne zapalenie płuc.

Kelling — Drezno. Na zapalenie płuc po brzusznych operacjach składać się może wiele przyczyn. Więc przeziębienie — zbyt wielkie oziębienie ciała, ale ono samo przez się bez zakażenia zapalenia płuc nie daje. Aspiracyjne zap. płuc stanowi drugą, szczególnie częstą i niebezpieczną postać, które występuje u osobników skłonnych do zapalenia oskrzeli — przyczyna wziewaniowe uśpienie.

Trzecią postać stanowi zatorowe zap. płuc przy podwiązywaniu żył — chociaż spostrzegano je i tam, gdzie nie było podwiązek, np. po operacjach uwięzniętej przepukliny.

Zapalenie płuc przy operacji z powodu zapalenia wyrostka robaczkowego należy odnieść również do rodzaju zatyczkowych przez drogi limfatyczne. Zap. płuc częściej występuje z prawej strony, po zapaleniu otrzewny spostrzegany często prawostronny wysięk w worku opłucnowym prawym. Do wystąpienia zap. płuc potrzebny jest, według mówcy, jeszcze jeden czynnik — zmniejszenie sprężystości płuca z powodu zastojów i obrzęku. Jedną z dróg zakażenia bywają naczynia limfatyczne przepony. Powietrzne zakażenie również jest częste.

Co zrobić w celu uniknięcia? Przypadków powikłanych zapaleniem oskrzeli i katarem nosa — nie operować, strzedz się oziębienia chorego, unikać opatrunków ściskających, zapobiegać hypostazom, często zmieniając położenie chorego. Przedewszystkiem jednak — unikać zakażenia i w razie ropienia czekać, aż ropny proces będzie można operować zewnątrzotrzewnowo lub operować w dwa tempa.

Czerzny — Heidelberg, mówi o materyale ze swojej kliniki — na 1302 laparotomie (597 męzc., 705 kobiet) w 52 przypadkach wystąpiła pneumonia. Zapewne wiele innych, szybko ustępujących, tutaj nie zaliczono. Chloroform, eter i chloroform z tlenem jednakowo wywołują zap. płuc. Więcej ma znaczenia sposób podawania

narkozy, niż rodzaj środka, użytego do usypiania. Większa część — to zap. płuc wziewaniowe — zjawiają się na trzeci dzień. Wszystko, co utrudnia oddech lub wykrztuszanie — ściskające opatrunki, bolesne szwy — sprzyja opadowemu zapaleniu płuc.

Operacje w górnej części brzucha dają dwa razy częściej zap. płuc niż — w dolnej — mówi to na korzyść spostrzeżenia Kelling'a o wpływie bliskości i zakażenia przez naczynia limfatyczne przepony. Dziwne jest to, że tylko 2% zapaleń wyrostka robaczkowego dają zap. płuc, 10% operacji ginekologicznych w położeniu zwykłym, a 20% w położeniu wysokiem miednicy dają zap. płuc nb. ostatnie częstokroć śmiertelne. Wogóle wyzdrowienie 31, śmierć 21, z tych 17 — tylko zapalenie płuc, 4 — powikłane zapaleniem otrzewny.

Kümmel jest zwolennikiem tlenowo-chloroformowego uspienia, chwali również skopolamino-morfine.

Schlosser — Insbruk, przypisuje w swoich przypadkach winę zatorom.

Trendelenburg wogóle po operacjach, wyłączając laparotomie, ma 1% zap. płuc, po laparotomiach — 5%, przy zespoleniach żołądka 30%, przy urazach brzucha 15,9%, przy zapaleniu wyrostka robaczkowego 5%, przy próbnym laparotomiach 4,7%. Operacje na drogach żółciowych 1,4%, na organach płciowych 2,8%. Z 80 przypadków — 52 śmiertelne. Wiek daje gorsze rokowanie.

Franke sądzi, że zap. płuc występują epidemicznie, tylko 1 — 2% kończy się śmiercią. Mówca podaje natychmiast naparstnicę z salicylanem sodu i antypiryną lub nitrogliceryną.

Kausch — Berlin. Dawniej klinika Wroclawska miała 8% zap. płuc z 3,8% śmiertelności, teraz 2,4% z 1,4% śmiertelności. W klinice stosuje się zapobiegawczo — ogrzewanie stołu i pacjenta, obfite zmywanie jamy brzusznej roztworem soli, dokładne opróżnienie żołądka, czyste utrzymywanie jamy ustnej. Dla uniknięcia aspiracyjnego zap. płuc, mówca wymyślił już rok temu odpowiedni zgłębnik — zamyka on dokładnie przełyk i nie dopuszcza zawartości żołądka do gardzieli. Sądzi, że drogi limfatyczne są drogami zakażenia; — bliskość przepony usposabia do zap. płuc; eter statystyki nie psuje, a skopolamina-morfina nie naprawia.

Mühsam — Berlin. Kładzie nacisk na zatory, jako na przyczynę. Zapobiegawczo podaje strophantus i naparstnicę.

Heusner — Barmen. Sądzi, że zapalenia płuc występują epidemicznie, środki usypiające są bez znaczenia. Zapalenia płuc występują i po miejscowym znieczuleniu.

König — Berlin. Sądzi, że tylko pneumokokowe zap. płuc można brać w rachubę.

Rehn sądzi, że, jeżeli według Kelling'a będziemy wycze-kiwać z ropniami jamy brzusznej — zamiast pooperacyjnych otrzy-mamy przedoperacyjne zapalenia płuc.

König z Altony przypisuje zapalenie płuc przy eterowem usypianiu następczemu osłabieniu i zapaści, ewentualnie częstym zakrzepom wskutek tego. Po operacyi podaje znaczne dawki morphinum.

Hencke jako anatomopatolog spostrzegał rzadko zatory w tych przypadkach. Meisel upatruje winę w podnoszeniu mie-dnicy, Lenhartz każe często zmieniać po operacyi położenie cho-rego dla wentylacyi płuc.

Krönlein. Na 1400 laparotomii widział mało zap. płuc przy eterowem usypianiu. Kładzie nacisk na umiejętność i sposób usypiania. Otrzewny nie należy maltretować.

Trendelenburg sądzi, że należy ułożyć ogólną statystykę dla poprawienia opinii oddzielnych statystyk, — wtedy będzie można oprzeć się na czemś pewniejszym.

Friedheim radzi usuwanie wola przy chorobie Basedow'a, Kocher na zasadzie swojego ogromnego doświadczenia radzi to robić jaknajwcześniej.

Garré przy ciężkich ranach płuc radzi wykonywać szew płu-ca z tamponadą opłucny, Rehn zamyka opłucną bez tamponady.

Operacye w jamie klatki piersiowej pociągają za sobą wpa-dnięcie do niej powietrza, ucisk na płuca, zaburzenia w krążeniu. Sauerbruch niebezpieczeństwo to zażegnał, pomieszczając kor-pus chorego i chirurgów w kamerze o ujemnem ciśnieniu, a głowę chorego nazewnątrz — więc chory wdycha powietrze o normalnem ciśnieniu, a korpus jego znajduje się w ujemnem. Odwrotnie zu-pęłnie postąpili Brandts z Brauer'em: chory wdycha powietrze o zwiększonym ciśnieniu, korpus jego znajduje się w normalnem. W końcu Heusner podnosi znaczenie sieci, jako narządu ochron-nego przy zabiegach chirurgicznych w jamie brzusznej.

VI posiedzenie.

Kausch zaznacza, że w rozstrzeni żołądka, wobec takiej niedostateczności mięśni żołądka, że zawartość jego nie może być przepchnięta dalej, należy zabieg skierować ku usunięciu rzeczy wistej przeszkody. Czasami choremu po operacyi wcześniej lub

óźniej pod wpływem nawet niezbyt wielkich wysiłków nagle pęka blizna lub rana ścian brzusznych i wypadają kiszki.

Madelung i czytał o tem, i sam spostrzegał, chory często-kroć nie czuje i nie zauważy wypadnięcia, aż staje się ono widoczne z pod opatrunku. König uważa za przyczynę zły materiał użyty do szwu lub wadliwy sposób szycia, Kausch i Küster sądzą jednak, że żaden sposób szycia nie daje pewności, winić operatora nie można, tegoż zdania jest i Braun, który przypisuje winę wiotkości tkanek.

Certhes mówił o wrodzonym rozszerzeniu (grubego jelita) kiszki, wyleczonem operacyjnie, Braun i Kredel z własnych spostrzeżeń nie mogą potwierdzić złej opinii, jaką posiada to cierpienie. Payr opowiada o ostrokątnem załamaniu kiszki, wyleczonem przez wykluczenie.

Haberer mówi o doświadczeniach nad zwierzętami w kierunku podwiązywania tętnic wątroby bez śmiertelnego zejścia.

Wilms dwa razy leczył rozerwanie wątroby przez wytamponowanie.

VII posiedzenie.

Thiem-Cottbus. Leczenie operacyjne i nieoperacyjne poprzecznych złamań rzepki.

Najlepsze wyniki daje szew rzepki kostny, lub szew okostny. Podskórne szwy i zabiegi nie prowadzą do celu. Z pomiędzy 321 krwawo leczonych przypadków tylko 3, a z 223 — 6 skończyło się śmiercią z powodu zap. płuc, róży, przerzutowego zapalenia opłucny i gruźlicy płuc. Co do zupełnego powrotu funkcji daleko lepsze wyniki daje szew rzepki, niż niekrwawe leczenie. Körte zaznacza, że tylko po szwie bywa kostna blizna, bez szwu — zrost łącznotkankowy, który często-kroć pęka. Z towarzystw ubezpieczeń wiadomo, że za przypadki leczone szwem kostnym płacono średnio 1960 marek, za leczone niekrwawo — 3330 marek. W końcu autor podaje, że trzykrotnie większą cyfrę zupełnych wyleczeń daje szew kostny.

Bockenheimer—Berlın — Klinika Bergmann'a—szyje rzepkę — 8 dni opatrunek gipsowy — potem masaż, ruchy. Z pomiędzy 45 przypadków tak leczonych w 39 otrzymano kostną bliznę, w 3-ech łącznotkankowy zrost. Z pomiędzy 10 leczonych bez szwu tylko połowa wyleczona kostną blizną.

Körte i Trendelenburg są zwolennikami kostnego szwu. Schmidt — Wrocław. Zasadniczo winien być stosowany szew, można jednak i bez szwu otrzymać dobry wynik.

Schlange. Uważa za niepotrzebne odświeżanie odłamków. Kocher ostrzega, że u ludzi starych i chorowitych bez względu na aseptykę bywa ropienie; to też u takich chorych, szczególnie, jeżeli zachowany jest ruch wyprostny, wstrzymuje się od szwu. Kocher kładzie nacisk na dokładny boczny szew torebki i długotrwałe wystrzeganie się od ponownego złamania. König zwraca uwagę na technikę, staw należy zaszyć — nie sączkować. Ruchy zaczynać wcześniej.

Mayer — Bruksella. Podaje 15 przypadków operowanych przez Depage (okrężny szew kostny po szerokim otwarciu stawu). Okres wyleczenia od 1 do 3 miesięcy, tylko w jednym przypadku zrost łącznotkankowy.

Lauenstein zaleca szew okostnowy. Neumann — Berlin, przeprowadza szew przez powierzchnię złamania bez wygładzania jej.

Bier — Bonn. Obecny stan lędźwiowego znieczulenia w porównaniu z innymi sposobami.

Mówca obecnie stosuje storainę, przy której na 103 przypadki zaledwie w 8-miu spostrzegał zaburzenia podczas znieczulenia, w 10-ciu — po znieczuleniu. Dodatek paranephri do kokainy wyklucza zapaść, w 305 przypadkach mówca nie spostrzegł znacznych zaburzeń, chociaż nieznaczne w czasie lub po znieczuleniu występowały w 70%. Obecnie mówca stosuje storainę z adrenaliną i uznaje to za najlepsze. Znieczulanie takie ma szczególną znaczenie u ludzi starszych, których usypianie jest niebezpieczne. Przy doświadczeniach nad zwierzętami mówca również poleca ten sposób. Przed kilkoma laty jeszcze liczba powikłań wynosiła 10%, obecnie spadła ona do 4, a wkrótce spadnie wobec udoskonalonej techniki do 2 — 2½%. Całkowicie pozbawionym niebezpieczeństwa sposobu tego nazwać nie można, zostanie on zawsze ciężkim zastruowaniem ustroju, podobnie jak i przy usypianiu. Dzieci temu znieczulaniu poddawać nie należy. Miejscowego znieczulania sposób ten nie wyklucza.

O technice, działaniu i wskazaniach lędźwiowego znieczulania mówi Dönitz z Bonn. Storaina jest preparatem znacznie mniej trującym, ale działanie jej jest krótkotrwałe, wzmagają je preparaty nadnercza. Nieudane znieczulenia należy przypisywać niedostatecznej technice wstrzykiwań. Mówca spostrzegł 8 połowicznych znie-

czuleń po stronie zdrowej, nie przeznaczonej do operacyi, wkłucie było zrobione z boku, podczas gdy przy wykonaniu wkłucia po linii środkowej nigdy się to nie zdarza. Dawniej wkłuwano igłę między 4 i 5 lędźwiowym kręgiem, obecnie okazało się lepsze wkłucie między 1 i 2-im kręgiem, doskonale wpływa na znieczulenie wysokie ułożenie miednicy. Zaburzenia po znieczuleniu ustępują prędzej po oleju rycynowym.

A. Zawadzki.

II. ODCINEK.

Pomoc lekarska na kolejach.

Sprawa pomocy lekarskiej na kolejach znowu wchodzi na porządek dzienny, w tym celu kolej Wiedeńska powołała cały szereg delegatów, którzy mają obradować w ciągu bieżącego miesiąca.

Wobec tego obowiązkiem prasy lekarskiej jest zabrać głos w tej sprawie i wypowiedzieć się jasno w sprawie reformy.

Przedewszystkiem zaznaczyć należy, że jak dotąd, lekarze byli nie tylko lekarzami, ale zarazem urzędnikami kolejowymi, co znacznie obniżało zaufanie, jakie mieć winni do nich chorzy.

Powiedzmy więcej: lekarze kolejni byli więcej urzędnikami, niż lekarzami, ztąd ciągle scysyły między służbą kolejową a służbą zdrowia. Doszło do tego, że do lekarza udawano się tylko po „biuletyn,” radzono się zaś lekarzy prywatnych.

Oczywiście, stan taki jest nie pożądany, a ponieważ z drugiej strony kolej musi mieć personel sanitarny, najlepiej było by dwie te funkcje rozdzielić.

Każda kolej powinna mieć jednego głównego oraz kilku pomocniczych lekarzy sanitarnych, których obowiązki streściłbym jak następuje: a) dozór sanitarny na stacyach, w biurach, wozniactwach i t. p., b) dozór sanitarny nad wagonami i opracowanie najhygieniczniejszych typów wagonów, c) orzeczenia o stanie zdrowia kandydatów na posady kolejowe, d) orzeczenia co do stopnia uszkodzeń przy pracy, e) prowadzenie statystyki lekarsko-kolejowej, f) zapobieganie epidemii, g) udzielanie pomocy na stacyach w wypadkach nagłych.

Lekarze tego typu potrzebni są tylko na stacyach głównych, np. w Warszawie, Częstochowie, Kaliszu, Piotrkowie, Łowiczu

W Warszawie w tym celu wystarcza 1 lekarz naczelny i 2 pomocników, na innych stacjach po 1 lekarzu.

Lekarze tej kategorii powinni pobierać pensye, zabezpieczające byt bezwzględnie i zajmować się winni li tylko sprawami kolei, ztąd też pensye ich winny być dostateczne i wynosić w Warszawie od 3000 — 5000 rb. rocznie, na prowincyi od 2500 — 3000 rb.

Gdyby tak było, nie mielibyśmy niedbale utrzymywanych stacji i wagonów, lekarz bowiem miałby czas co czas pewien poddawać teren swój bardzo dokładnej rewizyi sanitarnej, na czem skorzystała by nie tylko służba kolejowa, ale i publiczność.

Drugą, oddzielną, kategorię tworzyliby lekarze, przeznaczeni do leczenia służby kolejowej i ich rodzin. Ci w luźnym tylko powinni być związku z koleją i całkowicie oddać się leczeniu chorych.

Doświadczenie dowodzi, że tam, gdzie w biurze lub fabryce jest jeden, narzucony z góry, lekarz, nikt u niego porady nie zasięga.

Jeżeli zatem pomoc lekarska ma być istotną, a nie iluzoryczną należy pozostawić wolność wyboru choremu.

Najdogodniej dla kolei byłoby wprost fundusz, przeznaczony na leczenie, podzielić między pracujących, znosząc zupełnie pomoc lekarską. Taki jednak sposób radykalny, dogodny dla kolei i dla wielu pracujących, nie zadowolniłby wszystkich, ojcowie bowiem rodzin licznych, niewątpliwie, straciliby materialnie.

Najdogodniej dla pracowników byłoby pozostawić każdemu możliwość leczenia się na rachunek kolei u wybranego lekarza. W tym celu kolej powinna by zwrócić się do *wszystkich lekarzy* z zapytaniem, czy podejmą się leczyć chorych kolejowych za uiszczaniem rb. 1 za wizytę u lekarza oraz rb. 2 na mieście. Z lekarzy, którzy zgodzą się na to, należy uformować listę z godzinami przyjęć, specjalnością etc. i rozdać ją pracownikom. Ta jednak forma posiada tę wadę, że pomoc lekarska mogłaby wypaść kolei bardzo drogo.

Pozostaje zatem inny sposób.

Kolej otwiera w Warszawie: a) dwa lub trzy ambulatoryja, gdzie lekarze różnych specjalności w godzinach od 9 — 5 pp. udzielają porady wszystkim zgłaszającym się pracownikom kolei i ich rodzinom. Lekarze ambulatoryjni wybierani są ze wszystkich specjalności według wskazówek pracowników kolei. Za godzinę pracy lekarz otrzymuje 2 — 3 rb, a ponieważ przez ten czas może przyjąć od 10 — 15 chorych, porada zatem wyniesie około 20 kp., t. j. taniej, niż w lecznicach prywatnych; b) szpital kolejowy w stosunku 1 łóżka na 100 pracujących, lekarze ordynatorzy są mianowani

przez kolej, zajmować się winni wyłącznie szpitalem, otrzymywać zatem winni odpowiednie wynagrodzenie. W szpitalu leczyć się powinni wszyscy obłożnie chorzy pracownicy i ich rodziny, o ile choroba trwa dłużej, niż 2 tygodnie. Tu również dokonywają oględzin sądowo lekarskich lekarze-urzędnicy, lekarze zaś ordynatorzy dają tylko wskazówki, ale nie zasiadają na komisji, aby nie obniżać zaufania chorych do siebie i szpitala; c) szpitale kolejowe i ambulatoryja na stacjach większych z czynnymi przy nich ambulatoriami na zasadach rozpatrzonych pod *a* i *b*.

Obok pomocy ambulatoryjnej i szpitalnej dla chorych na mieście zorganizować należy pomoc na zasadach wolnego wyboru lekarza, którego koszt opłaca kolej, ale tylko przez pierwsze 2 tygodnie choroby; w razie choroby dłuższej chory musi leczyć się w szpitalu kolejowym.

Jest to jedna dopiero strona pomocy lekarskiej. Drugą stanowią środki lecznicze. Oczywiście, chorzy w ambulatoriach i szpitalu otrzymywać powinni na miejscu lekarstwa, przygotowane przez prowizorów farmacyi, chorzy zaś na mieście z aptek, skontraktowanych na rachunek kolei. Nadto kolej wydaje po cenie kosztu wszelkie przyrządy lekarskie za kartką lekarza oraz powinna się wystarać o ulgi odpowiednie w Ciechocinku, Busku, Solcu i innych wodach krajowych.

Niezależnie od lekarzy, ale tylko w roli wykonawców, mogą być skontraktowani felczerzy i akuszerki w liczbie niezbędnej.

Oto szkic reformy, który, naturalnie, powinien być przedyskutowany jaknajszerzej w odpowiednich kołach pracowników i lekarzy. Sądzę, że najlepiej odpowie on słusznym wymaganiom zarówno pracowników, jak i interesom kolei.

Kolej zatem ma 3 kategorie lekarzy:

a) lekarzy urzędników, odpowiedzialnych przed koleją i nie zajmujących się leczeniem;

b) lekarzy szpitalnych i ambulatoryjnych; pierwsi z nich z pensją, drudzy wynagradzani za godzinę pracy;

c) lekarzy wolnopraktykujących, wynagradzanych za leczenie w domu przez kolej na zasadzie wystawianych rachunków, popartych zapotrzebowaniem, wydanem przez biuro kolei, np. naczelnika odnośnego wydziału. Dla uniknięcia nadużyć lekarz sprawdzić winien, czy chory istotnie jest pracownikiem kolei lub też należy do jego rodziny, utrzymywanej przez niego, t. j. czy jest żoną lub dzieckiem. Sprawdzenie zaś będzie łatwe, gdyż lekarz tej kategorii udziela porady tylko w mieszkaniu chorego.

Pozostaje drażliwa kwestya zaświadczenia lekarza o długości choroby resp. uwolnienia od zajęć na kolei. Czynność tę spełniać powinni lekarze-urzędnicy na zasadzie opinii lekarza udzielającego porady. Przy zauważeniu zaś nieprawidłowości powinni żądać naraady z lekarzem ordynującym, co ostatecznie kwestyę rozstrzygnie. Zresztą przypuszczenie złej woli nie powinno być zasadą do ograniczeń.

Pozostaje sprawa pomocy doraźnej. Tam, gdzie istnieją stacye ratunkowe, najkorzystniej będzie powierzyć im tę czynność, wyznaczając zapomogę odpowiednią; w miastach, gdzie stacyi takich nie ma, kolej powinna utrzymywać na stacyi stałe płatne dyżury lekarzy dla udzielenia pomocy zarówno służbie kolejowej, jak i pasażerom. Sprawę tę można połączyć w jedno tam, gdzie będą szpitale z ambulatoryami. Tam zaś, gdzie nie ma szpitali i ambulatoryów, kolej powinna mieć lekarza stałego, obowiązwanego do udzielania pomocy odnośnej.

Dr. J. Zawadzki.

Redaktorzy: Dr. Med. Otton Hewelke i Dr. Józef Zawadzki.

Wydawcy: Dr. Med. Otton Hewelke, Dr. Konstanty Sierpiński i Dr. Józef Zawadzki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 30 Июня 1905 г.

KĄPIELE kwaso-węgłowe
wydaje zakład kąpielowy
KSIĄŻĘCA № 4.

Dr. B. POLIKIER

z Warszawy

== (choroby wewnętrzne i dzieci) ==

ordynuje jak lat poprzednich

PRZEZ SEZON LETNI w Ciechocinku (POD KORONĄ)

BUSKO

Dr. Majkowski

praktykować będzie ==
== przez cały sezon

(od 20 Maja do 20 Września).

Tegoż do nabycia we wszystkich księgarniach:

„Busko—wody siarczano-słone.”

1905 r. kop. 80.

Podwojona objętość

bez podwyższenia prenumeraty

GAZETA wychodzi obecnie ==
POLSKA w zdwojonej objętości:
w dwóch wielkich arku-
szach o ośmiu kolumnach.

Abonenci w Warszawie otrzymują „Gazetę Polską“



dwa razy dziennie



* * * bez dopłaty za odnośzenie do domu.

Warunki prenumeraty w Warszawie

== miesięcznie: == 80 kop.

Kwartalnie rb. 2,40; półrocznie rb. 4,80; rocznie rb. 9,60

wraz z bezpłatną dostawą do domu!

Z przesyłką pocztową: Kwartalnie 3 rb., półrocznie 6 rb., rocznie 12 rb.

Każdy prenu-
merator „Ga-
zety Polskiej“
może abono-
wać wydaw-
nictwo

BIBLIOTEKA
DZIEŁ
WYBOROWYCH

o 4 rb. taniej
od ceny zwykłej:
Rocznie (52 tomy)
tylko 6 rb. (z przes.
8 rb.), w oprawie
12 rb. (z przesyłką
14 rb.)

Adres: Warszawa, Warecka 14.