
CZASOPISMO LEKARSKIE

Apendicitis, Perforatio apendicis, Peritonitis purulenta diffusa, Laparotomia. Wyzdrowienie.

Kilka słów o rozpoznawaniu przedziurawienia wyrostka robaczkowego i wskazaniach do zabiegu chirurgicznego przy zapaleniu tego wyrostka.

Podał Dr. Feliks Arnstein (Kutno).

Dwudziestoletni zdrowy dotąd mężczyzna w sobotę, dnia 22 października, wieczorem dostał w dolnej części prawej strony brzucha gwałtownego bólu, który go przez całą noc nie opuścił. Wezwany nazajutrz rano znalazłem silną bolesność przy najłżejszym ucisku w okolicy dołu biodrowego prawego i nieco powyżej; brzuch mało wzdęty; stan bezgorączkowy, tętno około 80 na minutę. Rozpoznałem początek zapalenia wyrostka robaczkowego — colicam apendicularem (podług Talamona). Zaleciłem kilka pijawek loco dolenti, lodowy okład, zupełny spokój. W ciągu dnia kilka wypróżnień po wziętym przez chorego w nocy olejku rycynowym, nudności, raz jeden wymioty.

Dnia 24—X rano stan chorego bez zmiany; taka sama bolesność, ograniczona do okolicy dołu biodrowego, nudność, odbijania; ciepłota ciała niepodniesiona. Przepisano duże dawki makowca. Wieczorem ciepłota ciała podniesiona do 38,5, tętno przyspieszone, około 90 na minutę. W nocy chory nie spał, doznając ciągłych bóli w brzuchu.

Dnia 25—X (4-ty dzień choroby) ciepłota ciała prawidłowa, tętno około 100, chory ma ciągłe bóle, nudności, odbijania, czuje się mocno osłabionym; wypróżnienia od dwóch dni nie było; bolesność brzucha na większej przestrzeni, najsilniejsza jednak zawsze w okolicy dołu biodrowego; brzuch umiarkowanie wzdęty w górnej części, w dolnej więcej spłaszczony, mięśnie napięte. Przy opukiwaniu brzucha otrzymuje się odgłos przytłumiony z lekkim oddźwiękiem bębenkowym w okolicy dołu biodrowego prawego, w górnej części i po lewej stronie ogłos bębenkowy nie bardzo niski. Wieczorem ciepłota ciała podniesiona do 38°.

Dnia 26—X (5-ty dzień choroby) ciepłota ciała 36,⁰², tętno 110, słabo napięte, jeszcze silniejszy ból w dolnej części brzucha, więcej rozlany, nudności, odbijania (wymiotów nie było), wypróżnienia i wydalania gazów brak, chory silnie osłabiony, bledy, ciągle się poci. Na mocy powyższego zbioru objawów, a szczególnie znacznej częstości tętna o słabem napięciu przy subnormalnej ciepłocie ciała, rozpoznałem przedziurawienie wyrostka robaczkowego, na skutek czego, na wspólnej naradzie tego dnia z kol. Troczewskim, postawiliśmy wskazanie do zabiegu chirurgicznego; na razie przepisaliśmy leki pobudzające, usunąwszy makowiec.

Dnia 27—X (6-ty dzień choroby). Chory czuje się nieco lepiej, bolesność brzucha mniejsza; tętno wprawdzie częste przeszło 110, lecz pełniejsze; ciepłota ciała 36⁰. Po lawatywie kilka wypróżnień płynnych; noc chory przepędził niespokojnie; bóle w brzuchu całym.

Dnia 28—X (7-my dzień choroby). Ból w brzuchu silniejszy; brzuch umiarkowanie wzdęty; przy opukiwaniu otrzymuje się absolutną tępość po prawej stronie i w dolnej części brzucha. Ciepłota ciała subnormalna, tętno około 120, drobne. Wobec podejrzenia ropnego wysięku w jamie obrzusznej zdecydowano niezwłoczną interwencję chirurgiczną, z którą jednak otoczenie chorego się ociągało tak, że dopiero po 2 dniach, t. j. 30—X, a 9-tego dnia choroby, przewieziono chorego do szpitala w Kutnie, gdzie razem z kol. Troczewskim znaleźliśmy ciepłotę ciała niepodwyższoną, tętno 120, drobne, brzuch silnie bolesny, w dolnej części przy opukiwaniu stopienie odgłosu, sięgające prawie do linii pępkowej; powyżej odgłos lekko bębunkowy; chory silnie osłabiony; wyraźnych jednak objawów zapaści niema.

Następnego dnia, t. j. 10-go dnia choroby, kol. Troczewski, przy mej pomocy, dokonał cięcia brzucha, które w zupełności stwierdziło rozpoznanie. Po przecięciu ściany brzusznej i otrzewnej z jamy brzusznej zaczęła wypływać ogromna ilość płynnej, cuchnącej kałem, ropy; wraz z ropą wypłynęło z wolnej jamy brzusznej ciało obce, formy owalnej, które, jak się przy przekroju okazało, było pestką cytryny, oblepioną twardym kałem. Wyrostek robaczkowy, idący wzdłuż kiszki ślepej, pływał w ropie i był przedziurawiony.

Po opróżnieniu jamy otrzewnej i przemyciu jej, wyrostek robaczkowy wycięto, do rany założono 2 sączki, następnie ranę zaszyto i na tem skończono operację.

Prawie niezwłocznie po operacji ustąpiły objawy podrażnienia otrzewnej, ból znacznie się zmniejszył, tętno się podniosło.

Przebieg pooperacyjny przez cały czas bezgorączkowy; ostateczny wynik — wyzdrowienie.

Mieliśmy więc w przypadku tym do czynienia z jedną z najcięższych postaci zapalenia wyrostka robaczkowego: z zejściem w przedziurawienie i rozlane zapalenie ropne otrzewnej.

Ta postać zapalenia wyrostka robaczkowego, opisana przez Talamona jako *apendicite suraiguë perforante*, kończy się niechybną śmiercią, jeśli się nie wda nóż chirurga lub jeśli zabieg chirurgiczny dokonany był zbyt późno, często nawet pomimo dosyć wczesnej operacji — skutkiem ogólnej infekcji septycznej.

Czemu więc przypisać tak pomyślne zejście w naszym przypadku? Czy dokonanej we właściwej porze, t. j. dosyć wczesnie, operacji, czy też innym okolicznościom? Jeżeli uwzględnimy, że w przypadku naszym już 5 dnia choroby niewątpliwie nastąpiło przedziurawienie wyrostka robaczkowego, a zabieg chirurgiczny wykonany był dopiero 10 dnia, t. j. wtedy, kiedy już w zupełności rozwinęło się rozlane ropne zapalenie otrzewnej, zawsze zagrażające życiu chorego, przyjsć musimy do wniosku, że zabieg chirurgiczny wykonany był wcale nie wczesnie. Pomyślne więc zejście, pomimo niewczesnej operacji, przypisać należy innym okolicznościom, a do tych najprawdopodobniej zaliczyć należy w części — warunki indywidualne chorego, pewną odporność ustroju, w głównej zaś części — słabej sile zakaźnej drobnoustroju, który się przyczynił do wywołania sprawy zapalnej i ropnej w jamie otrzewnej po przedziurawieniu wyrostka robaczkowego. Że tak jest, przemawiać się za tem zdaje sam przebieg choroby, który, pomimo ciężkich następstw, był stosunkowo łagodnym; nie mieliśmy bowiem ani jasno wyrażonych objawów zapaści, jakie zwykle towarzyszą przedziurawieniu wyrostka robaczkowego, ani wybitnych objawów gorączkowych, tak często towarzyszących złośliwszym postaciom rozlanego zapalenia otrzewnej. Tej również okoliczności przypisać należy, że sprawa w naszym przypadku przyjęła charakter sprawy ropnej, a nie posocznicowej, jak to często ma miejsce, gdy przedziurawienie nastąpiło wprost do jamy otrzewnej. Słusznie też Talamon, uważając swą *apendicite suraiguë perforante* za postać b. ciężką, odróżnia w niej jednak 2 odmiany: ropną i posocznicową; z tych pierwsza ma przebieg powolniejszy, druga szybki, często błyskawiczny. W tej ostatniej odmianie wszelkie opóźnienie w wykonaniu zabiegu chirurgicznego chorego przypłaca życiem; w pierwszej, jakkolwiek również pożądanym jest wczesny zabieg chirurgiczny, jednak pośpiech może być mniejszy; nawet przy pewnym opóźnieniu liczyć jeszcze można na pomyślne zejście, gdy przy septycznej formie zabieg chirurgiczny, dokonany późno, najczęściej, jeśli nie zawsze, bywa bezskutecznym.

Kwestja, kiedy przystąpić należy do zabiegu chirurgicznego w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, jest ciągle przedmiotem dyskusji i sporów. Zwolennicy tak wczesnej operacji, jako też i ci, którzy są wstrzemięźliwsi, podają argumenty, nie pozbawione racji. Wszyscy jednak chyba na jedno zgodzić się muszą, że z chwilą przedziurawienia wyrostka robaczkowego leczenie wewnętrzne musi ustąpić miejsca chirurgicznemu, że więc przedziurawienie jest bezwzględnie wskazanem do zabiegu chirurgicznego. Jakkolwiek zdarzały się przypadki wyleczenia, pomimo przedziurawienia wyrostka robaczkowego, zaliczyć je jednak należy do rzadkich, niemal wyjątkowych, i one w niczem zmienić nie mogą ogólnego prawidła. Po przedziurawieniu bowiem w najlepszych nawet warunkach, chory zawsze wystawiony jest na różne poważne niebezpieczeństwa (rozlane zapalenie otrzewnej, ropień podprzeponowy, przerwanie się ropnia do opłucnej, ropnie przerzutowe, ogólne zakażenie posocznicowe i t. p.).

Rozpoznanie przeto przedziurawienia wyrostka robaczkowego, przy jego zapaleniu, stanowi najważniejsze zadanie. Nie jest ono, niestety, zawsze łatwem, często nawet niemożliwem i to jest jednym z najgłówniejszych argumentów zwolenników wczesnej operacji, którzy dowodzą, że niemożliwem jest rozpoznanie, czy zapalenie w. r. będzie dziurawiącym, trudnem rozpoznanie, czy już przedziurawienie wyrostka robaczkowego nastąpiło. W większości jednak przypadków chwila nastąpnego przedziurawienia odznacza się zbiorem takich objawów, które nie pozwalają powątpiewać o tem zdarzeniu. Znaczna częstość tętna o słabem napięciu, przy spadku ciepłoty ciała lub przy niewysokiej, a tembardziej subnormalnej, ciepłocie ciała, wyraźne objawy porażenia kiszek, z zupełnem zaparciem stolca, a szczególnie gazów, charakterystyczny wygląd chorego (podsiniąte wpadnięte oczy, wyciągnięty nos, chłodne kończyny i zimny pot) są to objawy, które, w przebiegu zapalenia w. r., nie pozwalają na chwilę powątpiewać o nastąpnem przedziurawieniu. Ten jednak zbiór objawów nie zawsze występuje tak jaskrawo; szczególnie brak go, gdy wyrostek bieży w kierunku dołu biodrowego a przedziurawienie i wylanie zawartości w. r. następuje do tkanki łącznej dołu biodrowego. W braku tych tak wyraźnych objawów, niejako patognomonicznych dla przedziurawienia w. r., należy się kierować następującemi okolicznościami. Przedewszystkiem jeśli stwierdzimy objawy rozlanego zapalenia otrzewnej w przebiegu lub w następstwie zapalenia w. r., możemy prawie napewno przypuszczać istnienie przedziurawienia w. r., gdyż powstanie rozlanego zapalenia otrzewnej inną drogą, np. przez przeniknięcie drobnoustrojów przez ścianę wyr. rob. lub drogą naczyń chłonnych,

jest bądź co bądź rzadkiem zjawiskiem, zresztą i same objawy rozlanego zapalenia otrzewnej wskazują na konieczność zabiegu chirurgicznego. Czas trwania choroby ma też niejakię znaczenie przy rozpoznaniu przedziurawienia wyrostka robaczkowego. Jeżeli przy zapaleniu w. r. w końcu pierwszego lub na początku drugiego tygodnia nie następuje poprawa, szczególnie jeżeli ból jest ciągłym, stałym i znacznego natężenia, a stan ogólny chorego coraz gorszym, możemy z wszelkiem prawdopodobieństwem przypuszczać przedziurawienie wyrostka robaczkowego.

Gorączka o torze przepuszczającym lub silnie zwalniającym, powtarzające się dreszcze, występujące w przebiegu zapalenia w. r. są objawami, wskazującymi na istnienie ropienia, a zatem po większej części i przedziurawienia wyrostka robaczkowego. Wyłączywszy więc przypadki, w których przebieg choroby wiele jest niejasnym i skrytym, w większości przypadków zapalenia wyrostka robaczkowego udaje się jeszcze dosyć wczesnie rozpoznać przedziurawienie. A dosyć wczesne rozpoznanie przedziurawienia wyr. r. jest bardzo ważnem, szczególnie dla lekarza prowincjonalnego, który nie zawsze sam umie wykonać operację, lub ma pod ręką chirurga. Rozpoznawszy dosyć wczesnie przedziurawienie i grożące choremu niebezpieczeństwo, lekarz, w wielu przypadkach, będzie miał dosyć czasu na wezwanie chirurga, nawet z pewnego oddalenia, a nawet w najgorszych okolicznościach, na odesłanie chorego do najbliższego szpitala, miasta lub miejsca, gdzie jest chirurg. Wszelkie pod tym względem wahanie i opóźnienie kosztuje życie chorego, jak o tem miałem możność kilkakrotnie się przekonać; nauczony smutnem doświadczeniem piszę tych kilka uwag pod adresem lekarzy prowincjonalnych, którym wczesne rozpoznanie przedziurawienia w. r. i we właściwej porze dokonany zabieg chirurgiczny oszczędzić może przykrych niespodzianek. Późno dokonana operacja w moim przypadku, a pomimo to pomyślne zejście nie może bynajmniej służyć za dowód, że się śpieszyć z operacją nie należy; zastanówmy się bowiem, o ile prostszym i mniej ciężkim byłby zabieg chirurgiczny, gdyby był dokonany 5-go dnia, t. j. wtedy, gdy rozpoznano przedziurawienie wyrostka robaczkowego; o ileby przebieg pooperacyjny zyskał na czasie, gdyby sprawa zapalna ograniczała się do samego wyrostka, a operacja—do odszukania w. r. i jego wycięcia.

Jakkolwiek za prawidło przyjąć należy, nie operować zbyt wczesnie, nie mniej ważnem jest i drugie prawidło — nie operować zapóźno. Naturalnie, że, jak od każdego prawidła, i tu są wyjątki. W każdym razie zdaje mi się, że przedziurawienie w. r. stanowić musi owe kryterjum, rozstrzygające o konieczności zabiegu chirurgicznego.



LECZENIE CZARNEJ KROSTY

za pomocą podskórnych zastrzykiwań stężonego roztworu jodoformu w eterze.

Podał Dr. K. Lidmanowski (z Zagórowa).

Od czasu, kiedym pierwszy raz zastosował podskórne zastrzykiwania stężonego roztworu jodoformu w eterze przy czarnej kroście, zebrałem 28 przypadków, w których powyższe zastosowanie jodoformu dało mi wyniki bardzo dodatnie; sądzą więc, że, niezależnie od innych sposobów, leczenie czarnej krosty za pomocą podskórnych zastrzykiwań stężonego roztworu jodoformu zasługuje na szersze zastosowanie.

Przypadek, w którym pierwszy raz zastosowałem podskórnie stężony roztwór jodoformu w eterze, był następujący:

Adam Ł., mężczyzna 54-letni, oprawiając krowę, padła na karbunkul, przypadkowo zadrasnął się w kark odłamkiem kości. Początkowo nie zwracał żadnej uwagi na owo skaleczenie, w nocy jednakże dostał silnych dreszczy i jednocześnie poczuł swędzenie na karku. Wezwany zostałem do niego 3-go dnia choroby. Twarz i cała głowa znacznie opuchnięta, gruczoły chłonne karku i szyi obrzmiały, na karku czarna plama, około której mnóstwo pęcherzyków z zawartością surowiczą. Ciepłota 40,^o3, tętno 126, bardzo słabe. Chory przytomny, sam opowiada o początku i przyczynie swojej choroby, łaknienia niema żadnego, nie spał przez dwie noce. Wobec wywiadów i obrazu klinicznego nie mogło być wątpliwości, że mam do czynienia z czarną krostą. Zastosowałem podskórnie 2^o/₁₀ roztwór kwasu karbolowego, wstrzykując w kilku miejscach naokoło krosty, zewnątrz zaś stężony roztwór kwasu karbolowego, według sposobu, opisanego przez Niedźwiedzkiego („Gaz. Lek.“ № 27, 1881 r.); wewnątrz podałem środki podniecające. Wieczorem tego samego dnia zastałem chorego w stanie nieprzytomnym, ustawicznie rzucającego się w łóżku tak, że musiano go trzymać, gdyż chciał wszystko rozbijać. Ciepłota 40,^o5. Wtedy przypaliłem wrota zarażenia rozpalonem żelazem. Na drugi dzień rano, przy ciepłocie 40,^o6, chory nieprzytomny, lecz leży spokojnie; osłabienie znaczne, tętno — 150, ledwo wyczuwalne. Wieczorem tegoż dnia osłabienie jeszcze większe, tętna na tętnicy promieniowej zupełnie wyczuć nie można, ciepłota 41,^o1, kończyny zimne, pić nie może. Wobec takiego stanu chorego było wskazane zastosowanie podskórnie środków podniecających. Wybrałem eter, rozumiejąc jednakże, że gdy razem z eterem zastrzyknę pod skórę jakiś środek odkażający, będzie działać nie tylko na podniecenie chorego, lecz i przeciw samej chorobie, dodałem do eteru jodoformu. Jodoform rozpuszcza się w eterze w stosunku 1 : 6; nasyciwszy więc eter jodoformem, zastrzyknąłem 2 szpryki Prawatza wokół czarnej krosty. Na drugi dzień rano zastałem chorego przytomnego, mocno osłabionego, ciepłota 39,^o0;

zastrzyknałem znowu jedną szprykę roztworu. Odtąd chory szybko powracał do zdrowia, opuchnięcie w ciągu 4-ch dni znikło, na miejscach wstrzyknięcia wystąpiła ograniczona zgorzel, później zmartwiałe części odpadły i nastąpiło zagojenie.

W następnym przypadku czarnej krosty u owczarza, który, oprawiając owcę, padł na karbunkuł, zakaleczył się w skórę niżej prawej dolnej powieki, zastosowałem z początku znów 2% roztwór karbolu podskórnice na granicach krosty i przypalanie; kiedy zaś te zabiegi nie doprowadziły do dobrego wyniku, zastosowałem podskórnice stężony roztwór jodoformu w eterze i tak samo, jak w poprzednim przypadku, otrzymałem zupełne wyzdrowienie. Odtąd w następnych 26 wypadkach nie stosowałem nic więcej prócz stężonego roztworu jodoformu w eterze podskórnice, na granicach krosty, i zawsze otrzymywałem pomyślne zejście choroby.

Roztwór jodoformu w eterze należy zawsze przygotowywać świeżo z tego powodu, że jodoform prędko rozkłada się w eterze; zaraz po rozpuszczeniu jodoformu w eterze kolor roztworu jest jasno żółty, jednak już po kilku godzinach roztwór ciemnieje, co wskazuje na wydzielanie się wolnego jodu. Świeży roztwór jodoformu w eterze daje z krochmalem żółte zabarwienie, po kilkunastu minutach ten sam roztwór daje już zabarwienie ciemne, co wskazuje, że nawet w tak krótkim czasie zdążył wywiązać się wolny jod.

Ujemną stroną podskórnego stosowania jodoformu w eterze jest bolesność, jaka po zastrzyknięciu występuje, warunkowana prężnością eteru, wskutek czego tkanki podlegają rozciągnięciu, nerwy uciskowi, co razem wywołuje ból; ból ten wszakże szybko ustępuje. Bądź co bądź, zastrzykiwanie roztworu jodoformu w eterze nie jest tak bolesnem, jak przypalanie rozpalonem żelazem, i nie działa tak przygnębiająco na chorego i otoczenie.

Drugą ujemną stroną zastrzykiwań jodoformu w eterze jest to, że na miejscach zastrzyknięć po 2-ch — 3-ch dniach występuje martwica tkanek, które po pewnym czasie zostają wydalone, a na miejscu krosty powstaje blizna; to samo jednakże widzimy i przy innego rodzaju leczeniu. W celu zaś uniknięcia w przyszłości dużych szpecących blizn należy robić zastrzyknięcia możliwie blisko samej krosty.



Przypadek nadmiernej ilości palców u rąk i nóg (polydactylia).

Podał Dr. Ignacy Perlis.

W roku zeszłym do ambulatorjum szpitala małżonków Poznańskich przyniesiono trzymiesięczne dziecko płci męskiej, posiadające 25 palców na wszystkich kończynach, mianowicie po 6 palców na obydwóch stopach i lewej dłoni i 7 palców na prawej dłoni. Dziecko pochodzi ze zdrowej rodziny; ani w blizkiem ani w dalszem rodzeństwie żadnych zboczeń w budowie nie spostrzegano.



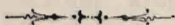
Prawa dłoń, składająca się z 7 palców, co stanowi bardzo rzadko spotykane zбочenie, posiada dodatkowy paluch i paluszek, jak to widać z załączonego rysunku. Oba dodatkowe palce zupełnie prawidłowo rozwinięte, o normalnej ilości członków, różnią się od swych sąsiadów tylko rozmiarami ewentualnie mniejszemi, łącząc się z temi ostatnimi za pomocą: paluch — osobnego stawu, paluszek — skórnej, dość krótkiej, szerokiej fałdy. Na lewej dłoni dodatkowy szósty palec znajduje się nazewnątrz od paluszka i jest dość znacznie oddalony od tegoż, łącząc się z nim za pomocą fałdy skórnej. Na obydwóch stopach do-

datkowe szóste palce znajdują się na zewnątrz i poniżej ostatniego palca, na zewnętrznym brzegu stopy, są cokolwiek mniejsze od sąsiednich, łączą się z tymi ostatnimi za pomocą osobnego stawu w okolicy śródstopia i składają się z dwóch członków każdy.

Wogóle, wszystkie dodatkowe palce tylko są cokolwiek mniejsze i w niczem nie różnią się od pozostałych. Paznogi na wszystkich palcach są prawidłowe; pomiędzy sobą palce zrosnięte nie są. W przeciągu kilku tygodni dodatkowe palce pojedynczo były odjęte.

Polydactylia należy do rzadkich zboczeń w budowie. Na 40000 przypadków różnych cierpień w wieku dziecięcym Karewski zбочenie to zanotował tylko 10 razy.

Na stopach nie spostrzegano więcej, niż 6 palców; liczba 7 palców należy wogóle do nader rzadkich. Dodatkowe palce znajdują się zwykle z boku palucha lub paluszka, czyli, że paluch lub paluszek, lub też oba jednocześnie, są podwójne.



W kwestji panujących u nas chorób endemicznych.

Podał Dr. Szymon Klarner (Bełżyce, w gub. Lubelskiej).

Pomimo niewielkiej przestrzeni, zajmowanej przez 10 gubernji dzisiejszego Królestwa, są na niej miejscowości o terenie o tyle różnym, że łatwo wpaść na domysł istnienia między niemi różnic endemjologicznych. Z jednej strony pojezierze bałtyckie, zajmowane przez dzisiejszą gubernję Suwalską, usiane niezliczonymi jeziorami, z drugiej — wyżyna kielecka, wzbudzają w nas już a priori podejrzenie, że i ze względów na stale panujące choroby miejscowe różnice między tymi dwoma krańcami Królestwa istnieć powinny. Przywykliśmy pewnym właściwościom miejsca przypisywać pewne własności endemiologiczne, tak, że nie posiadając nawet faktów, domyślamy się, np. w krainie, obfitującej w taką masę wód stojących, jak gub. Suwalska, ognisk zimnicy. Nawet nie biorąc do porównania krańców odległych, w granicach jednej gubernji spotykamy często miejscowości o różnicach terenu dość wybitnych: tu obszerne niziny, tam cała okolica płasko-wzgórz urwistych, tu kraj jezior i bagnisk, ówdzie wzgórze kredowe, tu rola czarnoziemu, dalej lotne piaski i t. p.

Kwestja panujących w kraju naszym endemji była poruszana przed trzema laty na posiedzeniach Komitetu higieny ludowej ostatniej Wystawy higienicznej w Warszawie, a piszący te słowa miał sobie poruczone opracowanie referatu w tej materji. Odpowiedzi otrzymane ns rozesłane w tej mierze kwestjonariusze i listy—są niepełne; pozostały luki z wielu okolic Królestwa, więc nie mogę odtworzyć obrazu dla całego kraju. Materiał jednak, w owe czasy przez kolegów łaskawie mi nadesłany, składający się z 96 notatek, nie chciałym, by przepadł; dla tego też postanowiłem zużytkować go, tembardziej, że co do niektórych miejscowości zawiera wiadomości niespodziewane, a niejednokrotnie i bardzo ciekawe.

Oczywiście, że wszystkich chorób endemicznych najbardziej u nas częstą jest zimnica. Przebiegnijmy mapę Królestwa, od północy poczynając. Wiadomości, dotyczące gub. Suwalskiej, zadają kłam naszym uprzedzeniom co do przypuszczalnej tam zimnicy. Koledzy Grabowski z Władysławowa, Uściński z Marjampola, Guziewicz, Krause i Zmitrowicz z Kalwarji, zgodnie zapewniają, że w okolicach, przez nich zamieszkałych, ani malarji, ani żadnej innej endemji niema, a te okolice, jak widać z mapy, sąsiadują ze sobą i stanowią jeden obszerny szmat ziemi. Dopiero w południowej części gubernji, w augustowskim,

w samym Augustowie i Lipsku, wedle spostrzeżeń D-ra Weryhy, endemicznie panuje zimnica. Od tego punktu, niemal nieprzerwanie, zimnica przechodzi w granice gub. Łomżyńskiej, zajmuje okolice Szczuczyna, Kolna, Jedwabnego i Tykocina (obserwacje kol. Pełczyńskiego i Żórawskiego). Już ku południowi w Sokołach (kol. Alchimowicz) i dalej na zachód w całym powiecie ostrowskim (kol. Harusewicz) malarji niema w znaczeniu endemji. Idąc dalej ku zachodowi, prócz pojedynczych punktów, jak Wyszaków w dzisiejszej gub. Warszawskiej, oraz w płockiem: Ciechanów i sąsiednie wsie: Opinogóra, Karniewo, Zenbok, niema obszarów większych, zajętych przez zimnicę. Dopiero cały powiat sierpecki, a zwłaszcza połowa granicząca z pow. rypińskim, oraz pół powiatu rypińskiego od granicy z powiatem sierpeckim, wybitnie nawiedzany jest przez malarję (sposrządzenia kol. Cholewińskiego z Rypina i Gajslera z Sierpeca). W obrębie gub. Warszawskiej, prócz zaznaczonego przez D-ra Leśniewskiego całego powiatu grójceckiego, jako malarycznego, mam zanotowane tylko pojedyncze punkty z endemją zimnicy: Piotrków Kujawski (kol. Terlecki), Krośniewice (kol. Dzierzbicki), Kutno (kol. Arnstein), Łowicz (kol. Karlsbad), Dunińów z cukrownią Leonów nad Wisłą (kol. Zaleski), kilka wsi nad brzegiem Wisły w okolicy Otwocka (Nadbrzeż, Glinki, Kępa Gliniecka, Kępa Nadbrzezka) i, sąsiadujący z Wyszakowem, Radzymin i okolica (kol. Wierzejski). Z wiadomości co do gub. Siedleckiej wypada, że cała gubernja, prócz powiatów węgrowskiego (kol. Podolski) i Radzyńskiego (kol. Michałowski) nawiedzana jest przez endemję zimnicy. Sterdyń i całe okolice nadbużne, wedle spostrzeżeń kol. Jarosińskiego i Tchórznickiego, posiada stałą zimnicę, endemicznie panuje malarja w Siedleach (kol. Ciągliński), następnie zaś, poczynając od Białej, nieprzerwanie idzie ku zachodowi przez Międzyrzec, cały powiat łukowski aż ku Garwolinowi (sposrządzenia D-ra Woronowicza, Mroczyńskiego, Wysokińskiego, Stano, Tryjarskiego, Nowaka). Wreszcie, w południowo-wschodnim kącie gubernji, Włodawa posiada również stałą zimnicę. W gub. Lubelskiej, jako całe okolice, stykające się ze sobą, nawiedzane przez endemję malarji, wymienić mogę: 1) powiśle lubelskie, poczynając od północnego cypla, os. Ireny, wzdłuż brzegów Wisły, aż ku Opolowi (kol. Sochacki z Ireny, Wiciejewski z Puław, Chojko z Kaźmierza, Kamiński z Opolą), 2) pogranicze galicyjskie w stronie Zaklikowa, ze wsiami Lipa, Potoczek, Stojeszyn (kol. Rotkel z Kraśnika), 3) południowa część powiatu hrubieszowskiego z osadami Kryłowem, Łaszczowem, Tyszowcami, cukrowniami Mirczem i Poturzynem i kilku wsiami na przestrzeni między wymienionemi miejscowościami (kol. Bojarski, Dobrzański, Grzybowski). Po za temi okolicami

wymieniają mi koledzy jako wybitnie malaryczne miejscowości—Turobin (kol. Belke) i Izbicę (kol. Kronland). Całe powiaty, lubelski, lubartowski, krasnostawski i zamojski wolne są od endemicznej malarji, Z gub. Radomskiej otrzymałem dwie tylko odpowiedzi i nie o niej powiedzieć nie umiem. W gub. Kieleckiej cały powiat miechowski, a zwłaszcza południowa jego połowa z nadbrzeżem Wisły i dolina Szreniawy, stanowi niemal jedno gniazdo zimnicy (kol. Jedlicki z Miechowa, Padechowiec ze Słomnik). Większych obszarów, zajętych przez malarję, w gub. Piotrkowskiej niema, z pojedynczych punktów zanotowane mam Kłobucko i Sosnowiec, oraz okolice Bełchatowa (kol. Rodziewicz). W gub. Kaliskiej wyliczono mi jako malaryczne: cały powiat łęczycki (kol. Nawrocki) z m. Ozorkowem (kol. Eisenbet), cały południowy szmat powiatu kolskiego, zajmujący 5 gmin (kol. Dębczyński), Sompolno (kol. Hagen), Izbicę, oraz Rychwał, w pow. konińskim (kol. Dukalski).

W praktyce higienicznej ostatnich lat postąpiono o tyle, że jeżeli niezupełnie usunięto zimnicę, to zredukowano ilość zapadań mniej lub więcej wybitnie. Notują te postępy zwłaszcza lekarze starsi, pamiętający o wiele gorsze czasy. Dr. Lohrer, praktykujący w Łodzi od 62 r., kiedy zimnica tam grasowała, dziś uważa zimnicę w Łodzi za chorobę rzadką, uwzględniając nawet okoliczność, że dzięki popularności chininy, część malaryków leczyć się może bez rady lekarskiej. Takie zmniejszenie ilości zachorowań w porównaniu z latami poprzedniemi notują również D-rzy Wnorowski w Raciażu, Tehórznicki w Sterdyni, Tryjarski w Łukowie, Nowak w Garwolinie, Sochacki w Irenie, Eisenbet w Ozorkowie, przypisując poprawienie stosunków bądź uczynionym pracom uzdrawniającym na szeroką skalę, których wpływ trwa długo, bądź też chwilowej tylko poprawie, a to na skutek większego zwrócenia uwagi na porządki sanitarne podczas ostatniej epidemji cholery.

W nadesłanych mi odpowiedziach dość często spotykam wyraźnie podkreślony tyfus brzuszny, jako miejscową endemję, lub niemal endemję. Taki stały dur brzuszny notuje mi niepodpisany kolega w Radomsku, jako endemję wskazuje Tow. lekarzy gub. Kaliskiej tyfus w Kaliszu, gotów jest uważać za endemiczny tyfus brzuszny w Sompolnie kol. Hagen, „częsty“ dur brzuszny spotyka w Kutnie kol. Arnstein, w Krośniewicach — kol. Dzierzbicki, w Białej Podlaskiej — kol. Mroczyński. W granicach gub. Lubelskiej endemją nazywa tyfus brzuszny w Opolu kol. Kamiński; z małemi przerwami, stale panuje tyfus brzuszny w Piaskach (kol. Kielezewski), w kilku wsiach w okolicy Rejowca i w samym Rejowcu (kol. Karpiński), „niema roku, aby w Miechowie nie panował tyfus“ —powiada kol. Tołwiński. Pozostawa-

łoby do wyliczenia jeszcze kilkanaście punktów, co pomijam, jako miejscowości przez lekarzy mniej akcentowane.

Jeżeli do wymienionych powyżej miejscowości, nawiedzonych przez endemie malarji i tyfusu brzuszego, dodam kilka jeszcze punktów, rozrzuconych w dalekich od siebie odległościach, a nawiedzanych stale przez krwawe biegunki i rozmaite cierpienia natury reumatycznej, wyczerpię wszystkie panujące u nas endemie, przejawiające się w postaci chorób ostrych. O dwóch miejscowościach, sąsiadujących ze sobą, a nawiedzanych stale, corocznie, przez dysenterję, wspomnieć muszę, stwierdzają ją bowiem jednozgodnie trzej lekarze (Dutkiewicz, Kunczyński, Wiciejewski) — są to osady Kurów i Markuszów w puławskim powiecie gub. Lubelskiej.

Skorzystam obecnie z udzielonego mi łaskawie materiału i cudzego doświadczenia odnośnie do panujących endemicznie w naszym kraju chorób chronicznych, raz, że, przypuszczam, nie dla mnie jednego wiadomości poniższe były niespodzianką, powtóre, że jako choroby o mniej lub więcej chronicznym przebiegu, niektóre konstytucjonalne, dają wybitniejszy wyraz zdrowotności ludności i samego kraju.

Na całym naszym brzegu powiśla, poczynając od wsi Ostrówek (wprost Góry Kalwarji) aż do Maciejowie, od szeregu lat, endemicznie spostrzega kol. Nowak z Garwolina wole. Choroba nawiedza przeważnie kobiety, w stosunku 25 kobiet na jednego mężczyznę i przeważnie w wieku od 14 do 30 lat. Idąc dalej w górę Wisły, spotykamy już w granicach gubernji Lubelskiej, wsie Gołąb i Wólkę Gołąbską, w których, również od szeregu lat, endemicznie panujące wole spostrzegał Dr. Wiciejewski, tak dalece, że w r. 1879 dwunastu z tej okolicy rekrutów dla wola zwolniono od służby wojskowej. Wprawdzie w ostatnich latach liczba 12 spadła do 3-ch, jednakże, jeżeli i tutaj zastosowalibyśmy stosunek procentowy D-ra Nowaka: jeden mężczyzna na 25 kobiet, otrzymaćbyśmy mogli już liczby poważne. Również w granicach gub. Lubelskiej często spotyka wole we wsiach Psary i Susiec (pow. tomaszowski) kol. Zawadzki z Tomaszowa. Bardzo wielki procent uwolnionych od wojska z powodu wola, bo aż 5—6%, daje według obliczeń kol. Jedlickiego powiat miechowski. Na tem kończą się moje notatki co do endemji wola — co do mnie, przyznaję, iż dotąd w tym względzie pozostawałem w grubej niewiedomości.

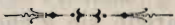
Smutne świadectwo o zdrowiu naszego ludu daje kilka odpowiedzi, notujących liczne przypadki suchot płucnych wśród naszych wieśniaków. Taką uderzająco wielką liczbę suchotników spostrzegał kol. Wychowski w Dobrzyniu nad Drwęcą. O tym samym Dobrzyniu powiada od wielu lat w sąsiednim Rypinie zamieszkały kol. Cholewiński:

„suchoty są na porządku dziennym i w całej osadzie trudno znaleźć jeden dom, gdzieby kto na suchoty nie umarł“. O powiecie ciechanowskim w tejże samej gubernji Płockiej powiada niepodpisany kolega: „suchoty w ogromnej liczbie przypadków między wiejską ludnością w całym powiecie“. Praktykujący naówczas (96 r.) w Nowem Mieście Korczynie nad Wisłą (gub. Kielecka) kol. Łagowski powiada: „z miejscowości, które lepiej znam, nigdzie nie dało mi się zauważyć tylu suchotników, ilu ich posiada Korczyn“. W Zgierzu, wedle obliczeń kol. Sonnenberga, 11,6% wszystkich zmarłych żydów—umiera z powodu gruźlicy.

Pozostaje mi do zaznaczenia jeszcze jedno spostrzeżenie. Kol. Cholewiński z Rypina pisze: „we wschodniej części powiatu rypińskiego, a szczególnie pewnym pasem od granicy sierpeckiej, przez wieś Białosy, Wola stara, Skrwilno, Okalewo, ciągnie się warstwa piasku z podłożem nieprzepuszczalnem; tutaj jest siedlisko skrofuł, lud z limfatycznym temperamentem, gruczołami powiększonymi, masa dzieci krzywicowych, z zapaleniami skrofalicznymi oczów, stawów, do tego stopnia, że trzeba odejmować oddzielne członki“. Krzywicę notuje również z Przytyka, gub. Radomskiej, kol. Stępkowski, oraz niepodpisany kolega z Serocka, gub. Warszawskiej.

Nie jest celem niniejszej notatki, ani to w mojej mocy, tłumaczenie podanych spostrzeżeń. Zakres jej jest o wiele skromniejszy: proste zanotowanie i ugrupowanie zebranych faktów. Nie mogę powstrzymać się jednak od zaznaczenia myśli, która przy układaniu obecnego referatu stale mi towarzyszyła. Królestwo, pomimo swych małych rozmiarów, jak widać z powyższego, przedstawia jednak pewne różnice endemjologiczne; powyższe wiadomości bynajmniej przedmiotu nie wyczerpały, nie objęły całego kraju i dały tylko garstkę suchych faktów. Jeżeli cudze rzeczy znać — dobrze, a swoje — trzeba, to obowiązek w tym kierunku ciąży na lekarzach prowincjonalnych, jako jedynie mogących dać objaśnienia. Zebrane tego rodzaju wiadomości byłyby może szczęśliwym pierwszym krokiem na polu krajoznawstwa lekarskiego i pierwszym wyrazem kolektywnej pracy społecznej lekarzy prowincjonalnych. Redakcja „Czasopisma“ chętnie podejmie się pracy około zbierania i grupowania nadsyłanego materiału, a następnie i dalszego użytkowania.

Poczytuję sobie za nader miły obowiązek serdecznie podziękować tym wszystkim kolegom, którzy z uprzedającą uczynnością pośpieszyli podzielić się ze mną swoim doświadczeniem.



Pomoc lekarska w fabrykach warszawskich.

Rzecz czytana na posiedzeniu Wydziału hyg. zawodow. i przemysł. War. Tow. Hyg.
d. 23-II 99 r.

przez D-ra **K. Łazarowicza** (z Warszawy).

(*Ciąg dalszy*).

Przyjrzyjmy się, dalej, wynagrodzeniu lekarzy. W 116 fabrykach warszawskich z 19363 robotnikami lekarze fabryczni pobierają rocznie 25230 rubli, tymczasem w jednych tylko zakładach Bolesławsko-Sosnowickich pracuje 5 lekarzy, pobierając razem 12702 ruble rocznie. Z zestawienia tego dostatecznie widać, jakie wprost nędzne uposażenie mają lekarze w fabrykach warszawskich. A że znana jest powszechnie rzeczą, iż dobrze i chętnie pracuje tylko dobrze płatny pracownik, wniosek więc ztąd, że należy wymagać od lekarzy większej staranności w pełnieniu swych obowiązków, ale też trzeba ich lepiej wynagradzać. Weźmy w dodatku jeszcze pod uwagę i to, że w Warszawie środki utrzymania są droższe, aniżeli na prowincji, a więc i norma wynagradzania powinna być odpowiednio wyższa.

Bardzo ciekawy jest podział tych 210 fabryk wśród lekarzy. Otóż jeden lekarz ma 14 fabryk, zatrudniających razem 1254 robotników, (są to przeważnie mniejsze zakłady przemysłowe, rozrzucone na ogromnej przestrzeni za rogatkami). Lekarz ten bierze z 9 fabryk 1067 rubli rocznie, w 4 fabrykach bierze od porady, z jednej brak danych.

1 lekarz ma 6 fabryk z 140 robotników i bierze 258 rubli. 8 lekarzy ma po 4 fabryki, z tej liczby 30 fabryk ma 2010 robotników (w 2 fabrykach ilość robotników niewiadoma). Lekarze ci z 27 fabryk biorą rocznie 3816 rubli, w 5 zaś fabrykach biorą od porady. 6 lekarzy ma po 3 fabryki, 21 — po 2, wreszcie 74 lekarzy ma po jednej fabryce, ogółem więc fabrycznych lekarzy jest w Warszawie 111. Z tej liczby tylko jeden lekarz ma kontrakt z fabryką, wszyscy inni mają tylko umowy ustne. Dane te nie są jeszcze kompletne, gdyż jak wspomniałem wyżej, nie ze wszystkich fabryk warszawskich otrzymałem odpowiedzi.

Co się tyczy kwestji, ile fabryk może mieć jeden lekarz. to tylko w rozporządzeniach Komitetu Piotrkowskiego jest o tem wzmianka, a mianowicie w § 9, który brzmi tak: „Jeżeli inspekcja fabryczna otrzyma skargę od robotników na niedbałe traktowanie swych obowiązków przez lekarza fabrycznego, albo w razie, jeżeli jeden i ten sam lekarz obsługuje więcej niż 5 fabryk z ilością robotników od 100 do 500, lub więcej, niż 2 fabryki z ilością robotników od 500 do 1500, to inspekcja fabryczna zawiadamia o tem Piotrkowski Komitet Gubernjalny do spraw fabrycznych, aby były zastosowane odpowiednie środki do przywrócenia normalnego porządku. W wielkich fabrykach na jednego lekarza nie może wypadać więcej, niż 3000 robotników“. Zdaje mi się jednak, że ten § oznaczył za duże maximum. Jeden lekarz nie jest wprost w stanie załatwić się z chorymi, gdyż 3000 robotników

z rodzinami wymagałoby od lekarza udzielenia około 30000 porad rocznie i zarządzania szpitalem o 30 łózkach. Jest to praca, przekraczająca siły jednego człowieka. Trzeba wreszcie pamiętać, że zajęcie lekarza jest bardziej nużące, niż jakiegokolwiek inne, a błąd, popełniony przez lekarza wskutek zmniejszenia, może mieć fatalne następstwa dla chorego. Rzecz naturalna, że jeżeli ludność fabryczna pracuje w kilku fabrykach, czyli, inaczej mówiąc, jest rozrzucona na większej przestrzeni, to lekarzowi jeszcze trudniej poradzić sobie z chorymi.

Jabym przypuszczał, że maximum robotników, jakie wypada na jednego lekarza, nie powinno przekraczać 2000, jeżeli naturalnie ci robotnicy pracują w jednej fabryce. Jeżeli zaś robotnicy pracują w kilku fabrykach, to owe maximum powinno być odpowiednio mniejsze.

Gdy mowa o maximum robotników, wypadających na jednego lekarza, to zobaczymy, przy jakim też minimum robotników prawodawstwo fabryczne wymaga zorganizowania pomocy lekarskiej dla robotników.

Komitet Warszawski miejski mówi tylko o 100 robotnikach. Komitet Warszawski Gubernjalny żąda, aby stały lekarz był w fabryce, zatrudniającej 50 robotników: § 2 „fabryki, zakłady przemysłowe i rękodzielnicze, mające nie mniej niż 50 robotników, powinny mieć lekarza, któryby odwiedzał fabrykę o określonej porze nie mniej niż 1 raz na tydzień, udzielał porady chorym ambulatoryjnym, a również odwiedzał chorych robotników w ich mieszkaniach“.

Komitet Petersburski wcale minimum nie oznaczył, powiada on tylko, że fabryka mająca mniej, niż 100 robotników, powinna mieć pokój ambulatoryjny, odwiedzany przez felerzora codziennie, przez lekarza zaś 1 raz na tydzień. Jeżeli zaś w fabryce robotników mniej, niż 25, to lekarz odwiedza taką fabrykę 1 raz na 2 tygodnie, felerzer zaś przynajmniej 3 razy na tydzień (§§ 8, 9 i 10).

Wreszcie Komitety: Moskiewski, Włodzimierski i Piotrkowski oznaczają minimum zgodnie, wymagając zorganizowania pomocy lekarskiej we wszystkich fabrykach z wyjątkiem tych, które mają mniej, niż 16 robotników, i nie korzystają z żadnych motorów, ani specjalnych urządzeń, jak np. kotły, piece i t. d. Tak samo też rozstrzyga tę kwestję i projekt prawodawstwa fabrycznego, opracowany przez specjalną komisję pod przewodnictwem Ragozina w 1892 roku.

Takie rozwiązanie kwestji minimum jest bardzo racjonalne i życzyć tylko należy, aby jak najprędzej stało się obowiązującym wszędzie.

Aby już skończyć z lekarzami fabrycznymi należy jeszcze poruszyć kwestję pomocy lekarskiej specjalnej. Według prawa fabryka, w razie potrzeby, powinna dać robotnikom i pomoc lekarzy-specjalistów. W fabrykach prowincjonalnych często się praktykuje, że chorzy są wysyłani na koszt fabryki do specjalnych oddziałów szpitalnych lub lecznic prywatnych w Warszawie lub Krakowie. Warszawskie fabryki pod tym względem są w dogodniejszych warunkach, mając odpowiednie zakłady lecznicze na miejscu. Co zaś do pomocy lekarzy-specjalistów w wypadkach ambulatoryjnych, to zaledwie parę fabryk wzywa do

swych chorych lekarzy-specjalistów. Zazwyczaj zaś chorzy tacy są bez ceremonji posyłani, nawet przez samych lekarzy fabrycznych, do odpowiedniego bezpłatnego ambulatorjum szpitalnego.

Już wyżej mówiłem o nieracjonalności korzystania przez robotników z bezpłatnych ambulansów miejskich, więc powtarzać się nie będę. Dodam tylko, że dziwi mnie zachowanie się lekarzy fabrycznych, którzy w ten sposób aprobują wyzysk pracy swych własnych kolegów. Wydatek na pomoc lekarzy-specjalistów jest tak nieznaczny stosunkowo, że dla fabryki nie stanowiłoby to żadnej różnicy.

Prawdziwą plagę medycyny fabrycznej stanowi u nas felceryzm. Tyle już pisano o szkodliwości tej kategorii ludzi i swoją drogą właśnie w fabrykach, gdzie, zdawałoby się, najłatwiej można byłoby się od felczerów uwolnić, grasują oni najbardziej. Że prawodawstwo fabryczne wymaga, aby felczerzy byli przy fabrykach, to mnie nie dziwi wcale, gdyż prawodawcy wzorowali się na stosunkach rosyjskich. W Rosji jeszcze i teraz lekarzy jest stosunkowo bardzo mało i bez felczerów trudno byłoby się obejść, u nas zaś, a szczególnie w Warszawie, na brak lekarzy chyba się uskarżać nie można. Dalej, pomiędzy felczerami rosyjskimi a naszymi jest ogromna różnica. Ideałem dla naszego felczera jest otworzenie sobie własnej razury, felczerzy rosyjscy do tego ideału nie dążą, wskutek tego, wogóle biorąc, felczerzy rosyjscy są daleko więcej obeznani z medycyną, aniżeli nasi. W Rosji wychodzi nawet parę lekarskich pism specjalnie dla felczerów.

Każdy chyba z lekarzy mógłby przytoczyć mnóstwo przykładów z własnego swego doświadczenia o nieuctwie naszych felczerów. Z tem wszystkiem jednak felczerzy odgrywają wybitną rolę w fabrykach warszawskich i ludność fabryczna korzysta z ich usług częściej, aniżeli z porady lekarzy. Samo przez się rozumie się, że i wśród naszych felczerów mogą się zdarzać jednostki fachowo wykształcone, ale to nie zbija mego twierdzenia; wszak wedle przysłowia: wyjątek stwierdza regułę.

Z owych 210 fabryk warszawskich w 72 fabrykach felczerzy biorą stałą pensję, wynoszącą ogółem 9281 rubli rocznie, oprócz tego w 21 fabryce są oni wynagradzani za wizytę, w pozostałych fabrykach albo niema felczera wcale, albo też nie wskazano, na jakich warunkach felczer fabryczny został zgodzony.

Rola felczera w fabryce bywa trojakiego rodzaju: 1° Felczer udziela porady samodzielnie. Otóż pod tym względem działalność felczerów jest jak najmniej pożądana. Zresztą i prawodawstwo fabryczne powiada, że felczer powinien pracować pod kierunkiem lekarza, a więc i podług prawa, tak na ogół sprzyjającego felczerom, ich działalność samodzielna nie jest pożądana. Jeszcze dawniej, gdy nie było Pogotowia Ratunkowego, felczer mógł być czasami potrzebny, aby udzielić pomocy tymczasowej, zanim nadejdzie lekarz fabryczny, który zazwyczaj nie mieszka blisko od fabryki. Teraz jednak w większości wypadków Pogotowie zjawia się wcześniej od felczera.

2° Felczer pomaga lekarzowi przy przyjmowaniu ambulansu. Otóż w tej czynności doskonale mógłby zastąpić felczera pierwszy lepszy posługacz szpitalny, czy ambulatoryjny. W jednej z cukrowni

w gub. Warszawskiej rolę felczerów fabrycznych spełniają dwaj robotnicy, którzy w wojsku byli felczerami. Za tę swoją czynność robotnicy otrzymują dodatkowe skromne wynagrodzenie.

3^o Felczer spełnia rolę aptekarza, wydając lekarstwa z apteki fabrycznej. Otóż w tej czynności felczerzy również są conajmniej zbyteczni. Bardziej złożonych lekarstw z apteczek fabrycznych nie wydaje się, a więc w danym wypadku felczer mógłby również być zastąpionym przez posługacza chociażby, ale najlepiej byłoby, gdyby w aptekach fabrycznych pracowali aptekarze.

Jednym słowem, jestem zdania, że dobrodziejstwem byłoby dla fabryk warszawskich, gdy wcale stałych felczerów nie miały. Zresztą, w razie potrzeby dania ławatywy, czy też postawienia baniek, można byłoby wezwać felczera i wynagradzać za każdą czynność, ale i w tem nawet mógłby zastąpić felczera posługacz.

Przejdźmy teraz do kwestji aptek fabrycznych. Pod tym względem prawo fabryczne wypowiada się kategorycznie, że fabryka powinna dawać robotnikom lekarstwa bezpłatnie. O rodzinach robotników wzmianki niema, ale o tem już mówiliśmy wyżej.

Otóż pod tym względem w fabrykach warszawskich panuje ogromna różnaitość. W bardzo wielu fabrykach mniejszych robotnicy wcale nie korzystają z bezpłatnych lekarstw, co już wprost sprzeciwia się prawodawstwu fabrycznemu. W większości fabryk istnieją apteczki podręczne, zawierające środki lekarskie proste, przeważnie do użytku zewnętrznego. W apteczkach takich rolę aptekarza spełnia felczer. Lekarstwa zaś złożone otrzymują robotnicy podług recept lekarza z aptek prywatnych na koszt fabryki lub za swoje pieniądze. Przytem stosownie do umowy z fabryką apteka odstępuje od 10 do 50% na każdej recepcie.

Z owych 210 fabryk warszawskich 132 wydają rocznie na środki lekarskie 39546 rubli. Wypada więc przeciętnie 300 rubli od jednej fabryki i około 2 rubli od robotnika. Jest to wydatek dosyć znaczny, a tymczasem wcale nie można powiedzieć, aby robotnicy fabryczni byli dostatecznie zaopatrzeni w lekarstwa na koszt fabryki. Apteczka fabryczna jest to w większości wypadków mała szafka, mieszcząca się w ambulatorjum fabrycznem. Kto widział owe szafki, a szczególnie kto widział, jak felczer gospodaruje w roli aptekarza, ten nie będzie miał żadnych wątpliwości co do tego, czy terażniejsze apteczki fabryczne odpowiadają swemu celowi, czy nie.

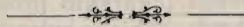
Co się zaś tyczy lekarstw, przygotowywanych podług recept lekarza w aptekach prywatnych, to można im zrobić jeden poważny zarzut, że są niemożliwie drogie i że wskutek tego lekarz krępuje się posyłać zbyt często chorych do apteki, ponieważ zarząd fabryczny jest niezadowolony ze znacznych wydatków na aptekę. Jedna recepta w aptece prywatnej kosztuje przeciętnie 40—50 kop., tymczasem zaś rzeczywista wartość materiału w każdej recepcie wypada przeciętnie 5 maximum 10 kop. Nie będę się tutaj rozwodził nad drożyzną lekarstw w aptekach prywatnych; kto się interesuje tą kwestją, może znaleźć więcej danych w tej kwestji w „Głosie“, który drukuje artykuł o aptekach. Wniosek z tego wszystkiego oczywisty: fabryki powinny

zakładać własne apteki, do czego mają prawo; wtedy lekarstwa będą kosztowały fabrykę tanio, robotnicy będą mieli wtedy wszystkie lekarstwa dobrze przyrządzone bezpłatnie, a fabryki będą wydawały na apteki mniej, aniżeli wydają teraz. Na tej drodze da się również rozstrzygnąć pomyślnie kwestja wydawania lekarstw rodzinom robotników. Prawo wyraźnie nie powiada, że fabryka jest obowiązana dawać bezpłatnie lekarstwa rodzinom, jeżeliby więc za każdą receptę dla członka rodziny robotniczej brać stała czerę np. 5 kop., to fabryka w ten sposób wracałaby sobie koszt materiału, a i robotnicy byłiby z tego najzupełniej zadowoleni, gdyż płacić 5 kop. za lekarstwo każdy jest w stanie; zresztą w poszczególnych wypadkach lekarz powinienby mieć prawo zwalniać recepty i od tej małej opłaty.

Taka opłata, 5-kopiejkowa np., miałaby jeszcze i tę dodatnią stronę, że usunęłaby z ambulatorium fabrycznego takich, którzy przychodzą tylko po to, aby pogawędzić w poczekalni, lub, opowiedziawszy lekarzowi o najrozmaitszych nieistniejących dolegliwościach, otrzymać takie lekarstwo, które może im się przydać do użytku domowego.

Lekarze fabryczni, szczególnie z prowincji, wiedzą, jakie fakty mam na myśli. Dla przykładu powiem tylko, że zdarza się często, że chory opowiada o najrozmaitszych swoich dolegliwościach, aby otrzymać olej, który mu jest potrzebny do wysmarowania butów.

D. n.



Z wycieczki do niemieckich ludowych uzdrowisk dla piersiowych.

Podał Dr. S. Sterling.

(Ciąg dalszy).

W chwili obecnej czynne są w Niemczech następujące uzdrowiska ludowe dla piersiowych:

Albertsberg (pod Auerbachem), czynne od 21-IX, 97. Założone przez „Verein zur Begründung u. Unterhaltung von Volksheilstätten im Kön. Sachsen“. Utrzymywane przez kilka Stow. ubezpieczeniowych, które płacą za chorego i dobę po 3 m. (Zdarażają się chorzy, którzy się leczą za własne fundusze). Miejsce 122, wyłącznie dla mężczyzn. (W pobliżu ma być w r. b. założone uzdrowisko dla kobiet; wodociąg, oświetlenie, pralnia i t. p. będą wspólne). Budowane systemem barakowym. Oświetlenie gazowe (w jesieni r. p. zaczęto budowę urządzenia do ośw. elektr.). Ogrzewanie miejscowe. Koszt budowy — 320,000 m. Koszt dzienny chorego: 2,36 m. Lekarz: Dr. Gebser.

All-Wittlingshöhe (pod Zitschewig). Dom dla ozdrowieńców, dokąd posyła „Kasa chorych m. Drezna“ i gruźliczych.

Allenbrak im Bodethale. W prywatnem uzdrowisku dla piersiowych D-ra Pintschoviusa umieszczają Stow. Hanowerskie i Oldenburskie ubezpieczonych — gruźliczych.

St.-Andreasberg. 1) Do prywatnego uzdrowiska D-ra Ladendorfa przyjmowani są i niezamożni, nie podlegający ubezpieczeniu przymusowemu (od r. 1895 do 1898-go: 213 osób); opłatę zbiera sam L. z ofiar prywatnych (od r. 1895 do 1898-go: 50,000 m.).

2) **Felixstift.** Z funduszków prywatnych zbudowane uzdrowisko ra 35 miejsc. Budynek jednopiętrowy. Oświetlenie naftowe. Ogrzewanie miejscowe. Koszt 90,000 m.

3) „Kolonja dla piersiowych“, wysypany tu przez Stow. Ubezp. m. Lubeki, Brunów Lu. Szelewig-Hołsztynu, Odenburga i Hanoweru, umieszczanych w domach wynajętych; specjalny urzędnik administruje tą kolonją, mając do pomocy siostry miłośniczki.

Berquell-Freundorf. „Verein zur Errichtung v. Genesungsstätten für unbemittelte Lungenkranke in Reg. Bez. Stettin“ posyła, do czasu wybudowania własnego uzdrowiska, chorych niepodlegających ubezpieczeniu do prywatnego uzdrowiska D-ra Zenkera.

Blankenfelde (pod Berlinem), czynne od r. 1891-go. Miasto Berlin miało tu zakład dla zdrowiejących po porodzie, który stał pastlami; przerobiono go na ludowe uzdrowisko dla piersiowych, kobiet (rocznie około 300 chorych). Administracja wspólna z Malchowem. (Oba uzdrowiska tworzą t. zw. „Städtische Heimstätten Berlin“.). Utrzymywane dziennie chorej 3 m. Urządzenia pierwotne. Lekarz Dr. Ellenhorst.

Danneufels, czynne od 15 IX, 92. Założone i utrzymywane przez „Badische Anilin u. Sodafabrik Ludwigshafen a R.“ Miejsce 18; przyjmowani są tylko robotnicy nazwanej fabryki; trwanie leczenia — 6 miesięcy. Lekarz Dr. Westhofen.

Emsköpf p. München bei Berka.

Erbprinzentaune (pod Zellerfeld). Założone i utrzymywane przez Stow. ubezp. prowincji Hanowerskiej. Miejsce 50, wyłącznie dla kobiet. Lekarz dojeżdża: Dr. Plümcke z Zellerfeld.

Felixstift p. St. Andreasberg.

Felsberg in Odenwald. Małe uzdrowisko zbudowane przez miasto Worms, utrzymywane głównie z opłat wnoszonych przez Stow. ubezpieczeniowe.

Görbersdorf. Zakład „Hrabiny Pückler“, własność D-ra Weickera, czynny, jako uzdrowisko dla niezamożnych — ubezpieczonych, od roku 1893-go. Miejsce 175. Chorzy mieszczą się w kilku domach po Görbersdorfe rozrzuconych. Oświetlenie naftowe, ogrzewanie miejscowe. Płaca za chorego i dobę 3 m. Lekarze: Dr. Weicker, Schröder i Schön.

Grabowsee (pod Berlinem), czynne od 25-IV, 96. Założone przez Tow. Czerwonego Krzyża m. Berlina. Utrzymywane z opłat wnoszonych przez Stow. ubezpieczeniowe, głównie Berlińskie. Budowle pierwotne — 27 baraków Döckerowskich; od r. 1897 oprócz tych istnieje dwupiętrowy pawilon murowany, baraki zaś są czynne tylko 8 do 9 miesięcy w roku. Liczba miejsc w ziemie — 80, w lecie — 160, wyłącznie mężczyźni. Lekarz Dr. Brecke.

Gütergoz. Stow. ubezpiecz. m. Berlina ma tu małe, pierwotnie urządzone, uzdrowisko dla piersiowych.

Hellersen p. Lüdenschaid.

Jonsdorf. czynne od 20-VI, 94. Zakład dla ozdrowieńców, zbudowany z funduszków prywatnych, na placu, ofiarowanym przez m. Zittau, i подарowany związkowi robotniczemu tegoż miasta. Koszt budowli 73,000 m. Wodociąg, ogrzewanie parą o niskim ciśnieniu. Miejsce 33, dla mężczyznych i kobiet; większość chorych—piersiowi. Lekarz dojeżdża.

Klostelausnitz. „Kolonja dla piersiowych“, utrzymywana przez Stow. ubezpieczeniowe w Turynji (Weimar).

Königsberg (pod Goslarą), czynne od 1-V, 95. Zakład dla ozdrowieńców, założony i utrzymywany przez Stow. ubezp. Hanowerskie. Dom zakładowy przebudowany z willi. Ogrzewanie wodne; oświetlenie naftowe. Koszt całości 98,000 m. Miejsce 35, przeważnie piersiowych (np. w r. 1897 na 179 chorych było piersiowych 144). Lekarz dojeżdża z Goslaru: Dr. Andrä.

Lippspringe. „Kolonja dla piersiowych“ utrzymywana przez Hanowerskie i Barmieńskie Stow. ubezp. Chorzy mieszczą się bądź w t. zw. „Johanniterhospir II“, bądź w domach prywatnych. (Wkrótce powstanie tu uzdrowisko Stow. Barmieńskiego). Lekarz Dr. Kriege.

Loslru p. Wodzisław.

Lüdenschaid (Hellersen), czynne od r. 1898-go. Założone i utrzymywane przez Stow. ubezp. okręgu Altena w Westfalji i legatów prywatnych. Gmach dwupiętrowy. Oświetlenie elektryczne, ogrzewanie centralne. Kosztowało 300,000 m. Miejsce 100, dla mężczyznych. Lekarz Dr. Stauffer.

Malchow (pod Berlinem), czynne od 24-X, 92. Zbudowane i utrzymywane przez m. Berlin. Gmach miejski się w dobrach miejskich, należących do urzędzeń irygacyjnych. Administracja wspólna z Blankenfelde. Miejsce 86, dla mężczyzn. Urządzenia pierwotne. Uzdrawisko to swe powstanie zawdzięcza próbom z tuberkuliną: chorych, na których środek ten próbowano w szpitalach Berlińskich, tutaj następnie wysyłano. Lekarz Dr. Reuter.

Monachium przyjmuje i gruźliczych do swego zamiejskiego zakładu dla ozdrowieńców, „ponieważ nie przekonaliśmy się, by grozili otoczeniu, przy odpowiedniem postępowaniu“ — jak mówi sprawozdanie.

München bei Berka (właściwie w Emskopf). Uzdrawisko wybudowane i utrzymywane przez Stow. ubezp. w Turynji. Chorych 4 (budynek miejski miejsce 80). Budynek jednopiętrowy (szwajcarski). Ogrzewanie parą, oświetlenie elektryczne.

Neustädte (pod Waiblingen). Związek Kas m. Sztutgardu utrzymuje tu t. zw. „Erholungsheim“, do którego przyjmowani są i gruźliczy.

Nordrach. Stow. ubezp. Badeńskie umieszcza tu swych piersiowych pod opieką D-ra Walthera.

Oderberg (pod St. Andreasberg), czynne od 12-VIII, 97. Zbudowane i utrzymywane przez Hanzeatyckie Stow. ubezp. w Lubee. Miejsce 115, dla mężczyzn. Budynek główny dwupiętrowy. Ogrzewanie parą o niskiem ciśnieniu, oświetlenie elektryczne. Lekarz Dr. Hartung. (W r. b. ma być wybudowany pawilon dla 80 kobiet).

Rehburg, czynne od 1-VI, 93. Uzdrawisko założone i utrzymywane przez Stow. ubezp. m. Bremy. Miejsce 30 dla mężczyzn i kobiet. Lekarz Dr. Michaelis.

Ruppertschain, pod Frankfurtem n. M. Zbudowane przez „Verein für Recony.-Anstalten“, utrzymywane przez różne Stow. ubezpieczeniowe. Budynek główny dwupiętrowy. Ogrzewanie parą, oświetlenie elektryczne. Miejsce 100 (m. 60, k. 40). Obecnie budują drugi gmach na 40 miejsc. Koszt istniejącego urządzenia 300,000 m. Lekarz Dr. Nahm

Schönberg. Prywatne uzdrawisko D-ra Koeha przyjmuje wyłącznie ubezpieczonych.

Stiege, czynne od 19-VI, 97. Założone i utrzymywane przez Stow. ubezp. Brunświckie. Miejsce 58, dla mężczyzn. Budynek jednopiętrowy i barak Döckerowski. Oświetlenie naftą, ogrzewanie miejscowe. W budowie oddział na 20 miejsc, dla kobiet. Lekarz dojeżdża z Hasselfelde: Dr. Köhle.

Sülzhayn (w Harcu, stacja pocztowa Ellrich), czynne od sierpnia 1898-go. Zbudowane i utrzymywane przez „Nordd. Knapschafts-Pensionskasse in Halle“. Miejsce 100. Budynek trzypiętrowy w półkole. Koszt budowy 550,000 m. Lekarz Dr. Kremser.

Tannroda, czynne od 10-X, 98. Skromne uzdrawisko (Sophien-Heilstätte) zbudowane i utrzymywane przez „Patriot. Institut der Vereine v. Rothen-Kreuz im Grossherz. Sachsen-Weimar“.

Wissen. „Kolonja dla piersiowych“ mężczyzn utrzymywana przez koloński „Verein f. Verpflegung Genesender“. (P Uckerath).

Wodzisław, (Loslau), czynne od 1-VIII, 98. Zbudowane z ofiar prywatnych, utrzymywane przez Stow. ubezpieczeniowe. Miejsce 90, dla mężczyzn. Budynek dwupiętrowy. Ogrzewanie wodą, oświetlenie elektryczne. Koszt budowy 325,000 m. Lekarz Dr. Liebe.

Uckerath. „Kolonja dla piersiowych“ kobiet, utrzymywana przez koloński „Verein f. Verpflegung Genesender“.

Zellerfeld p. Erbprinzentanne.

Jeśli weźmiemy pod uwagę, iż ruch w tej sprawie jest jeszcze bardzo młody i że budowa uzdrawiska wymaga wielkich nakładów, nie zdziwi nas, że w obecnej chwili o rozmiarach tego ruchu należy sądzić raczej z budujących się i projektowanych uzdrawisk, a nie z istniejących i czynnych.

W obecnej chwili budują w Niemczech następujące ludowe uzdrawiska dla piersiowych:

„Berliner-Brandenb. Heilstätten Verein f. Lungenkranke“ buduje w **Belzig** uzdrowisko na 92 miejsca, dla mężczyzn i kobiet, kosztem 560,000 m. (budynki).

Na tym samym terenie buduje się i drugie uzdrowisko — z legatu prywatnego (Bleichrödera) na 25 łózek.

„Verein f. Volksheilst. München“ buduje, od 5-XI, 96, uzdrowisko w **Kralling** pod **Planegg**.

„Städtische Anst. der St. München“ budują uzdrowisko w **Harlaching** na 400 chorych. Miasto daje 910,000 m., plac ofiarowała osoba prywatna.

„Badenkie Stow. ubezp.“ wybudowało kosztem 880,000 m. uzdrowisko w **Marzell** (pod **Badenweileren**) na 110 łózek; na wiosnę r. b. miało być otwarte.

„Berlińskie Stow. ubezp.“ buduje w **Beelitz**, pod **Strausbergiem**, uzdrowisko dla kobiet.

„Brandenburskie Stow. ubezp.“ — także uzdrowisko pod **Kottbussem**.

„Vaterl. Frauenverein“ w **Kassel** buduje uzdrowisko na 100 miejsc, dla kobiet, w **Oberkaufungen**.

Norymberski „Heilstätten Verein“ buduje uzdrowisko na 100 miejsc w **Eugenthal**, pod **Hersbrückem**.

„Verein zur Errichtung ein. Sanatorium f. unbemirt. Lungenkr. in Unterfranken“ w **Wirzburgu** buduje uzdrowisko w **Lohr**.

Stow. ubezp. Turynji buduje uzdrowisko w **Emskopf**, pod **Berka**.

Wreszcie, miasto **Szczecin** buduje uzdrowisko na 80 miejsc.

Tak sprawy stały w końcu roku zeszłego; jednocześnie zaś na dziesiątki liczyć wypada projektowane uzdrowiska, na które ofiary płyną lub na których budowę instytucje społeczne (zarządy miast, gmin, prowincji, Stow. ubezp.) już się zdecydowały, ale jeszcze nie zdążyły zacząć samej budowy.

Jeśli ogarnąć myślą cały ten ruch, zliczyć wszystkich, którzy się tą sprawą zajmują gorąco, zliczyć dobrowolne na ten cel składane ofiary, natenczas śmiało rzec można, że podobnej ofiarności na cele lekarskie dotąd nie widziano. Co do mnie, to widzę w tem nie tyle tryumf idei lecznictwa higieniczno-djetetycznego gruźlicy, ani nawet tryumf statystyki, która przekonała ogół, jakiego wroga ludzkości ma w tem cierpieniu, lecz tryumf medycyny jako nauki, której postulaty kierować powinny życiem nie tylko jednostki, ale społeczeństw.

Przechodząc do opisu wewnętrznych, że tak powiem, prądów, jakie panują w uzdrowiskach ludowych, najważniejszą ich cechą nazwałbym to, że tu ubogie suchotników leczą, że ich tu starają się uzdrowić. W ostatnich latach, kiedy minęły złudzenia co do działalności różnych leków swoistych, suchotników zamożniejszych leczono wysłaniem do miejscowości klimatycznych, zaś niezamożnych, t. j. takich, którzy na wyjazd funduszów nie mieli—właściwie nie leczono, bo podawanie, bez wiary w ich skuteczność, gwałtaku z kodeiną, lub tranu z krezotem—leczeniu nikt z nas nie nazywał. Leczenie w zakładach zamkniętych—jako ideał terapii suchot wogóle, a leczenie klimatem swojskim, jako hasło terapii dla niezamożnych suchotników, oto myśl przewodnia ludowych uzdrowisk dla piersiowych.

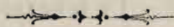
Zanim opowiem, jak widziałem suchotników leczonych w uzdrowiskach, kilka słów o rozpoznawaniu suchot powiedzieć muszę.

Wspomniałem już, jakich chorych do ludowych uzdrowisk w Niemczech kierują, szczególnie lekarze towarzystw, ubezpieczających na niedołęstwo i starość. Ci lekarze, jak i kierownicy uzdrowisk, przyczynili się do tego, że rozpoznanie suchot stawiamy dziś znów raczej na zasadzie badania klinicznego, aniżeli badania płwociny.

„Jeśli chcemy schwytać chorobę w jej okresie pierwszym, musimy zaostrzyć swoje zdolności spostrzegawcze. Dłużej trwający brak łaknienia, wygląd blady, umiarkowane chudnienie, paznogie kruche i łamliche, skóra i włosy suche, kołatanie serca, skłonność do zawrotów głowy i omdlewań, widzenie niewyraźne, suche pokąsływanie z lekką chrypką czasem występująca, łatwe męczenie się, sen niespokojny, powinny nas zmusić do częstego, bardzo dokładnego badania, powinny dać nam parę razy na dzień ciepłomierz do ręki, a wznieśnienie ciepłoty choćby tylko parę dziesiątych stopnia wynosiło, powinno być poważnie brane pod uwagę“—mówi Dettweiler. Tylko taka obserwacja pozwala na właściwy wybór chorych do uzdrowisk ludowych, jakie chce mieć kierunek niemiecki. „Jeśli dopiero wtedy rozpoznajemy gruźlicę, gdy znajdziemy w płwocinie laseczniki, to nie-szczególni z nas klinicyści“—sądzi Meissen, a Wolff potępia lekarza, który w zależności od tego, czy znajdzie, czy też nie znajdzie laseczniki—rozpozna lub zaprzeczy gruźlicy. To też, z bardzo nielicznymi wyjątkami, wszyscy ftizjoterapeuci, jakich spotkałem, badaniu płwociny przypisują rolę drugorzędną. Troskliwe zbieranie wywiadów, nie pomijając szczegółów, tycających się wszystkich członków rodziny, uwzględnienie przytem wszystkich postaci gruźlicy, troskliwe zbadanie przeszłości chorego, szczególnie jego sposobu życia i zajęcia, a potem szczegółowe zbadanie ustroju chorego—nie zapominając o jakichś chorobach uszu, o zwężeniu źrenic, o obwódce na dziąsłach, że nie wspomnę już o zbadaniu krtani—da nawet średnio doświadczonemu lekarzowi chorób wewnętrznych możność rozpoznania poczynających się suchot, w tych granicach, w jakich to wogóle uczynić jesteśmy w stanie.

We wszystkich uzdrowiskach, którem zwiedził (a zwiedziłem ich jedenaście) od tego rozmowę zaczynało i na tem kończono: uzdrowiska ludowe dla piersiowych wtedy swe zadanie spełnia zgodnie z szeroko zakreślonym swem zadaniem społecznem, kiedy lekarze dosyć wczesnie chorobę rozpoznają i zaraz do tych lecznic będą odsyłać chorych. Nie przecząc wcale, że nie mniej ważną jest pomoc dla nieszczęśliwych, u których choroba już większe postępy uczyniła—z punktu widzenia dobra społecznego dziś pierwszeństwo dać należy tym, którzy największą wyleczalności gwarancję dają. Dopiero po zadosyćuczynieniu potrzebom tej kategorii należy stopniowo rozszerzać skalę względności dla kandydatów do uzdrowisk; jednocześnie z uzdrowiskami specjalnemi otwierane w szpitalach oddziały dla piersiowych, wielokroć tańsze—stać się muszą lecznicami dla chorych niekwalifikujących się do uzdrowisk. Taka opieka publiczna nad wszystkimi suchotnikami, począwszy od „podejrzanych“ a skończywszy na „beznadziejnych“—jest dziś w planie walki z gruźlicą.

(D. c. n.)



Towarzystwa lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Kaliskie.

Posiedzenie z d. 17 lutego 1899 r.

I. Kol. *Dukalski*, ze Stawiszyna, nadesłał odbitkę z „Gaz. Lek.“: „O ciąży zamacicznej śródmiaższowej“, (rzecz ta była czytana na posiedzeniu Towarzystwa w d. 17 października roku zeszłego).

II. Statystyka notowanych chorób zakaźnych za miesiąc styczeń r. b. przedstawia się, jak następuje: 4 przyp. błonicy, 3 — krztuśca, 47 — grypy, 4 duru brzusznego i 16 — świnki.

III. Kol. *Drozdowski*, wspólnie z kol. *Zuckrem*, opisał przypadek następujący: W grudniu roku zeszłego młody 20-letni mężczyzna został w bóje raniony w głowę. Rana zabiłniła się. Blizna ma formę esowatą, ukośną, zaczyna się nad prawą brwią i kończy się na kości czołowej ze strony lewej. Długość blizny 8 centymetrów. Blizna kończy się małym otworem, kraterowato zagłębionem, przy sondowaniu którego wydziela się ropa; zgłębienie wchodzi do wnętrza czaszki na 11 cent. Chory przybył do szpitala 28 grudnia z powodu szalonych bólów głowy, które nie pozwalały mu sypiać po nocach. Tętno powolne, 68 uderzeń na minutę; ciepłota prawidłowa, źrenice działają prawidłowo, wymiotów przez cały czas pobytu w szpitalu, ani też w domu, nie było, łaknienie nie upośledzone, chód prawidłowy, jednym słowem uciskowych objawów, wskazujących na zajęcie mózgu, nie dało się zauważyć. Kol. *Drozdowski* przypuszczał, że odłamek kości drażni opony mózgowie i pod chloroformem, który chory doskonale znosił, wydlutował nieznacznie odłamki z miejsca, z którego sączyła się ropa, usunął ziarninę i nałożył opatrunek. Rana zabiłniła się. Chory nie gorączkował ani razu przez cały czas pobytu w szpitalu i wypisał się dnia 16 stycznia, uskarżając się dalej na bóle głowy. Chory zmarł w domu przy objawach wzmagającej się śpiączki w dwa dni po wypisaniu się ze szpitala. Sekcja sądowo-lekarska, którą wykonał kol. *Zucker*, w zastępstwie D-ra *Dreckiego*, wykazała: opona twarda sinawo zabarwiona i przyrośnięta do kości czaszki; po przecięciu czołowej części opony twardej wydzieliła się ropa. Po bliższym zbadaniu okazało się, że ropa wydzieliła się z otorbionego, wielkości pomarańczy, ropnia, który zajmował średnią część prawej półkuli mózgu, na dnie zaś ropnia leżało zardzewiałe ostrze scyzoryka, mające 3 cent. długości i 1/2 cent. szerokości. Inne narządy zdrowe. Kol. *Zucker* robi uwagę, że rzeczoznawca byłby w wielkim kłopotcie, gdyby miał w sądzie odpowiedzieć, czy tak lichem ostrzem scyzoryka można przebić kości czaszki dorosłego i zdrowego człowieka.

IV. Kol. *Zucker* przeczytał referat z pracy prof. *Arendta*: „O mechanicznem leczeniu atonicznych krwotoków macicy“ za pomocą ściągania macicy do pochwy kulociągami.

Posiedzenie z dnia 17 marca 1899 r.

I. Statystyka chorób zakaźnych z ubiegłego miesiąca: 1 przypadek płonicy, 2 — dławca, 2 — odry, 11 — influenzy, 1 — tyfusa nieokreślonego, 1 — duru brzusznego i 7 — świnki.

II. Kol. *Bieniecki* mówił o działaniu protargolu w okulistyce. Prof. Neisser był pierwszym, który wprowadził organiczne to połączenie srebra do leczenia trypra, używając roztworów 1—2%. Do okulistyki wprowadzili ten środek u nas prof. Wicherkiewicz i Machek, którzy uważają go niemal za specyficzny przy leczeniu ophthalmiae blennorrhoeae, używając przy tem silnych roztworów, 20%; nawet owrzodzenia rogówki nie stanowią przeciwwskazania do użycia tego środka. Przy ostrej jaglicy z ropną wydzieliną protargol daje dobre wyniki, przy wydzielinie zaś śluzowej lepszym środkiem okazuje się saletran srebra. Protargol, używany przy jaglicy w 2% roztworze, nie sprawia znacznego bólu. Protargol łatwo rozpuszcza w wodzie, nawet zimnej, której nadaje żółtawą barwę, nieco opalizującą.

III. Kol. *Chodakowski* zastosował surowicę przeciwbłoniczą podskórną przy dyfterytycznym zapaleniu zewnętrznym organów płciowych u położnicy z wynikiem nader pomyslnym i zachęca do dalszych prób w tym kierunku.

IV. Kol. *Chodakowski* opisał przypadek, w którym pierwiastka urodziła płód, pozabawiony zupełnie mózgu (foetus anencephalicus). Z kości czaszki brakowało potylicowej i ciemieniowych, inne kości sklepienia czaszki były zupełnie nierozwinięte, wgłębienia podstawy czaszki wyczuwały się, jako zupełnie próżne. Niedorozwinięta czaszka była pokryta skórą owłosioną. Potwór ten żył jeszcze 5 minut po urodzeniu.

Sekretarz, *Beatus*.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 8 marca 1899 r.

I. Kol. *B. Handelsman* przedstawił 34-letniego chorego, który w lutym r. z. zauważył guz w lewej połowie brzucha, a w kilka miesięcy później zaczął doznawać bólów w nodze prawej. Guz powoli się powiększał, bóle ustąpiły dopiero wtedy, gdy chory przez dłuższy czas pozostawał w łóżku; następnie w tej samej kończynie zjawilo się odrętwienie. Obecnie można wyczuć guz, dochodzący ku dołowi do pępka, a na prawo przechodzący za pępek; przy badaniu guz ten okazał się śledzioną. Badanie prądem przerywanym i stałym wykazało osłabienie i częściowe zniszczenie ruchów mięśniowych i czucia. Przy badaniu krwi znaleziono zmiany, białaczec prawdziwej właściwe. Chory ma ciepłotę podgorączkową i silnie się poci. Wynik wywiadów ujemny. Opis szczegółowy tego przypadku będzie później podany.

II. Kol. *Prezes* odczytał odezwę prezesa łódzkiego kuratorjum trzeźwości, zachęcającą członków Tow. Lek. do zapisywania się w poczet członków—protektorów Komitetu łódzkiego. Postanowiono prosić prezesa łódzkiego Komitetu o kompletną ustawę i o wyjaśnienie, czy do członków Tow. Lek. będzie stosowany § 10 Ustawy (balotowanie).

III. Dyskusja z powodu odczytu kol. *Saksa*: Przyczynek do uczenia noworodków za pomocą metody Laborde'a. Kol. *Krukowski*. Głównem zadaniem przy ożywianiu noworodków jest uwolnienie dróg oddechowych od śluzu i wprowadzenie do organizmu dostatecznej ilości tlenu. Metoda wahań Schultze'go odpowiada temu zadaniu w zupełności. Technicznie wahanie nie są trudne, K. wykonał je u Guse-row'a siedząc. Przypadki kol. *Saksa*, w których, po bezskutecznym zastosowaniu wahań, dobry wynik dała dopiero metoda Laborde'a, nie są dowodem wyższości tej ostatniej metody. Być może, że i inne podrażnienia obwodowe, termiczne czy mechaniczne, byłyby w tych warunkach również skuteczne. Herzog z Charkowa, który czynił nad metodą Laborde'a dokładne spostrzeżenia, odmawia jej wszelkiej wartości. Kol. *Goldman*. Frankental zamiast wyciągania języka radzi drażnić gardziel i podniebienie, co w wielu przypadkach śmierci pozornej okazało się skutecznem. Kol. *Stankiewicz Cz.* Wszystkie sposoby uczenia noworodków dadzą się podzielić na dwie główne grupy. Jedna z nich ma na celu wywołanie oddechu przez podrażnienie ośrodka swoistego za pomocą bodźców obwodowych, druga—stara się powiększyć zasób tlenu we krwi zamartwiczej i w ten sposób podnieść czynność ośrodka oddechowego. Od stopnia porażenia tego ośrodka zależy, która grupa zabiegów w danym razie jest najwięcej wskazana. Przy lżejszych postaciach zamartwicy, gdzie wrażliwość ośrodka oddechowego w całości lub częściowo pozostaje zachowaną, wszelkie podrażnienia obwodowe, a więc i metoda Laborde'a, znajdują usprawiedliwione zastosowanie. Inaczej w ciężkich przypadkach: ośrodek oddechowy w stanie zupełnego porażenia nie reaguje na bodźce zewnętrzne; aby ożywić go, pobudzić do czynności, trzeba ułatwić przyływ krwi utlenionej. Tu miejsce dla zabiegów, opartych na sztucznem oddychaniu, przy uczeniu noworodków, przede wszystkim dla wahań Schultze'go. Gdy te, dla jakichbyś powodów (złamania obojczyka, kończyn, brak miejsca), są przeciwwskazane lub niemożliwe do wykonania, można je zastąpić metodą kol. *Rządą*: lekarz sadza noworodka na kolana grzbietem do siebie i, ująwszy pod pachy, nachyla tułów ku nóżkom (wydech), następnie odgina do położenia pionowego (wdech); czynność tę powtarza rytmicznie. W podobnych razach S. stosuje swój własny sposób: trzymając noworodka prawą ręką za nogi, zwiesza go główką na dół i opiera barkami na lewej ręce; następnie, zginając nogi w kolanach, przyciska je mocno do brzucha (wydech), naprzemian z unoszeniem ku górze (wdech). Zabieg ten uwalnia również drogi oddechowe od nagromadzonego w nich śluzu. Kol. *Wisłocki*. Wprowadzenie powietrza do płuc noworodka jest głównem naszym zadaniem; zadanie to utrudnia brak napięcia (tonus) mięśni, spostrzegany przy stanach zamartwiczych. Kol. *Saks* w odpowiedzi zaznacza, że wyniki, otrzymane przy stosowaniu metody Laborde'a, niezależnie od różnych teorii, są nad wyraz zachęcające. Co do Herzog'a, to ten robił doświadczenia na zwierzętach chloroformowanych; ujemne w tym razie wyniki nie dadzą się przenieść wprost na stany asfiktyczne u noworodków. Brak napięcia mięśni, przy oddychaniu sztucznem należyte wykonywanem, nie jest, wbrew zdaniu W., przeszkodą dla dostępu powietrza. O sposobie Stankiewicza nie wypowiada swego zdania, gdyż go nigdy nie stosował; dla uwolnienia dróg oddechowych od śluzu zwiesza również noworodka główką na dół. Wahanie Schultze'go, bez względu na tryumfy metody Laborde'a, zawsze będą zajmowały przy zamartwicy poczesne miejsce. Jeśli kol. *Krukowski* wykonywał je siedząc, nie była to metoda Schultze'go w ścisłym znaczeniu, była to jej modyfikacja. Kol. *Krukowski* nadmienia, że według Schultze'go powinno się robić wahanie tak długo, póki wyczuwa się jeszcze bicie serca, i że kol. *Saks*, gdyby się tej zasady trzymał, byłby i bez metody Laborde'a otrzymał dobre wyniki. Kol. *Maksymilian Cohn*. Bicie serca nie jest miarą, że w danym przypadku uda się dziecko docucić. W wielu razach należałoby stosować środki ożywiania w przeciągu 6—9—12 godzin, co nie zawsze da się wykonać. Kol. *Silberstrom* nadmienia, że lekarz, zmęczony długotrwałą pracą przy uczeniu pozornie lub rzeczywście zmarłej osoby, doszukując się bicia serca, częstokroć bierze swoje własne tętno za tętno osoby badanej. Kol. *Wisłocki* zapytuje, czy przy braku oddechu możliwym jest bicie serca jeszcze po upływie kilku godzin. Kol. *Maksymilian Cohn* potwierdza ten fakt. Kol. *Stankiewicz* wypowiada zdanie, że lekarz niema prawa opuścić noworodka w stanie zamartwicy przed zupełnem wygaśnięciem działalności serca. Kol. *Pański* przypuszcza, że przy sposobie Stankiewicza ośrodek oddechowy może być za bardzo obciążony z powodu przepętnienia naczyń, bo krew żylna odpływa wtedy z trudnością. Kol. *Stankiewicz*. Główną rzeczą jest ułatwienie dopływu krwi w tlen zasobnej, co daje się łatwo uskutecznić w położeniu główką na dół. Czy zastój krwi żyłnej, zważywszy

położenie płodu w życiu wewnątrzmacicznym, może w większym stopniu obniżyć wrażliwość ośrodka oddechowego, jest rzeczą niewiadomą. Sposób swój oparł S. na wynikach praktycznych. Kol. *Pański*. Krwiobieg odbywa się u płodu w innych warunkach, jak u noworodka.

IV. Kol. *Przedborski* przedstawił 12-letniego chłopca, który jest dotknięty przymiotem dziedzicznym i któremu, z powodu zrośnięcia podstawy języka z podniebieniem i tylną ścianą gardzieli, wykonano tracheotomię. Otwór gardzieli obecnie jest szerszy, niż przed operacją.

V. Kol. *Stankiewicz Cz.* Przypadek porodu czesnego, powikłanego mięśniakiem podśluzowym szyjki macicznej (z przedstawieniem preparatu). M., l. 32, żona robotnika, odbyła siedm porodów na czasie; z tych przy czwartym wypadnięcie pępownicy, dziecko nieżywe. Dnia 28 maja r. z. po południu rozpoczął się ósmy poród. Wody odeszły niebawem. Rano d. 29 maja wypadnięcie pępownicy, o godz. 4-ej po poł. chwilowy, dość obfity, krwotok, poczem zawezwano lekarza. Akuszerka rozpoznała położenie płodu pośladowe i tem objaśniała sobie brak postępu w akcji porodowej pomimo zupełnego otwarcia macicy i dość mocnych bólów. Badanie wykazało, co następuje:

Blondynka, średniego wzrostu, dobrze odżywiona. Tętno, ciepłota prawidłowe. Pomiędzy udami rodzącej wypadnięta pętlica pępownicy, nie tętni. Plecki płodu na prawej stronie, nad wchodem duża część, ruchoma. Wymiary miednicy prawidłowe. Przy badaniu wewnątrzkiem natrafia się na twardy guz, wielkości pięści kobiecej, zajmujący prawą część wchodu. Guz ten (akuszerka przyjęła go za pośladek) ma formę okrągłą, powierzchnię niezupełnie równą, jest nieruchomy, szeroką podstawą wychodzi z prawej wewnętrznej powierzchni szyjki macicznej. Na lewo od guza i nad nim, nad wchodem, główka płodu zupełnie ruchoma. Szew szarżkowy w wymiarze ukośnym prawym. Rozpoznanie: Położenie czaszkowe II b; myoma subserosum colli uteri.

S. wykonał przedewszystkiem ostrożną próbę obrotu, gdy ta zawiodła, postanowił usunąć guz, który stanowił przeszkodę dla porodu. W tym celu podważywszy palcami guz, oddzielił go od szyjki macicznej w sposób podobny, jak przy odklejaniu łożyska. Po wyłuszczeniu nowotworu obrót nie przedstawiał najmniejszej trudności. Łożysko wytłoczono sposem Credé'go. Krwawienia nie było. Zapisano do wewnątrz napar sporyszu, zewnętrznie obmywania sublimatowe.

Dziecko płci męskiej, dobrze rozwinięte. Wyłuszczone guz przedstawia się mikroskopijnie, jako mięsak; średnica wynosi $7\frac{1}{2}$ ctm., podstawa 4 ctm.

Cały połów nie powikłany gorączką; wyzdrowienie.

Przypadek powyższy zasługuje na pewną uwagę z kilku względów.

1-o Przypadki porodów czesnych, powikłanych mięśniakami, wogóle nie są częste, ile że nowotwory te warunkują przeważnie już to bezpłodność, już to skłonność do poronień.

2-o Przypadki mięśniaków szyjki macicznej, jako przeszkody porodowej, są bardzo rzadkie.

3-o Pewien interes przedstawia również moment usunięcia nowotworu, podczas porodu.

Dyskusja z powodu powyższego odczytu. Kol. *Saks* nie uważa za możliwe, aby guz, o którym mowa, mógł stanowić przeszkodę dla porodu. Przy silniejszych bólach guz ten zostałby prawdopodobnie oderwany od swego łoża przez napierającą główkę, poczem poród mógłby nastąpić nlezwłocznie. Kol. *Jasiński Ksawery* przytacza przypadek wyłuszczenia mięśniaka podśluzowego szyki macicznej w dwa tygodnie po prawidłowym porodzie. Powodem do zabiegu był wypływ krwawy, cuchnący, z domieszką cząstek rozmiękzonego nowotworu. Guz, wielkości małej pięści, wyłuszczone z łatwością palcem. Kol. *Stankiewicz* nie zgadza się ze zdaniem kol. *Saksa*. Guz przedstawiony stanowił rzeczywistą przeszkodę przy porodzie, zajmując we wscho-dzie miednicy przestrzeń z górą 7 ctm. Co do bólów, te były dość silne.

Posiedzenie z d. 22 marca 1899 r.

I. Kol. *Prezes* odczytuje odpowiedź Komitetu Łódz. kuratorjum trzeźwości: 1) Komitet, posiadając jeden tylko egzemplarz ustawy, służyć nim Towarzystwu nie może. 2) Członkowie-protektorzy nie podlegają balotowaniu.

II. Kol. *Stankiewicz Cz.* przedstawia pacjentkę, u której 25, II, r. b. wykonał cięcie brzuszne z powodu ciąży zamacicznej jajowodowej (Ruptura tubae. Haemorrhagia libera). W., l. 23, zamężna od 7 miesięcy, poroniła na jesieni r. z. w trzecim miesiącu ciąży. Następnie miesiączkowała dwa razy, ostatnio w połowie grudnia. 14-go lutego silne bóle w podbrzuszu; w dziesięć dni potem znowu bóle, wymioty, zatrzymanie wiatrów. Wezwany nazajutrz S. znalazł chorą w stanie niezmierniej niedokrwistości, bez tętna; ciepłote poniżej 35° C; brzuch cokolwiek wzdęty, w podbrzuszu b. bolesny; chębotanie w jamie otrzewnej; macica nieznacznie powiększona, w przodozgięciu; odporność w miejscu prawych przydatków zwiększona; skąpa wydzielina krwawa z części rodnych.. Rozpoznanie: *Ciąża jajowodowa prawa, wolny krwotok do jamy brzusznej*. Niezbędność natychmiastowej operacji. W dwie i pół godziny potem (transport) cięcie brzuszne w szpitalu Ś-go Aleksandra przy świetle lampy naftowej (ad manum—kol. E. Jasiński, narkoza—kol. Fankanowski). W jamie otrzewnej duża ilość płynnej krwi i skrzepów, Pęknięty jajowód ciężarny podwiązano i wycięto. Trwanie operacji 27 m. Eter, butelki ogrzane, lawatywa z koniakiem, 1 litr 0,6% roztworu soli kuchennej podskórnie. Jeszcze w dwie godziny po operacji brak tętna, następnie polepszenie ogólne. Wyzdrowienie szybkie.

Pęknięcie zaszło na tylnej ścianie i środkowej części prawego jajowodu (otwór średnicy 2 ctm.) Jaje płodowe odpowiada 6-ciu tygodniom ciąży; wewnątrz pęcherzyk z zawartością przezroczystą, bez śladów zarodka—ovum abortivum. Oprócz tego S. przedstawia dla porównania 1) jaje płodowe sześciotygodniowe, dobrze rozwinięte i 2) jaje płodowe tej samej wielkości, co powyższe—ovum abortivum. Wreszcie S. okazuje preparat doczesnej macicznej, wydzielonej w przebiegu ciąży zamacicznej.

III. Kol. *Koliński* przedstawił 56-letnią pacjentkę, która utraciła wzrok na prawe oko wskutek jaskry, pomimo to, iż do oka wkraplano jej ezerynę i pilokarpinę od początku choroby, w ciągu blisko całego roku. Chora, widocznie, nie chciała się zdecydować na operację.

Przed trzema miesiącami i na lewym oku wystąpiła u niej podostra forma jaskry. K. wykonał irydektomję, z zupełnym skutkiem dla oka. Dziś oko lewe ma normalne napięcie, a siła widzenia prawie powróciła do pierwotnego stanu. Ponieważ w ciągu ostatnich lat niektórzy autorzy (Abadie, H. Cohn, V. Schulek i inni) radzą przy jaskrze, o ile możności nie spieszyć się z operacją, a leczyć środkami zwężającymi źrenicę (czeryna, pilokarpina, morfina), K. sądzi, iż postępowanie takie tylko w wyjątkowych razach może być usprawiedliwione.

IV. Kol. *Rotsparn*. O rozedmie podskórnej. Sposoby powstawania rozedmy skóry: 1. Powietrze dostaje się z zewnątrz, bądź przez wessanie bądź przez wtłoczenie. 2. Powietrze dostaje się do narządów normalnie je zawierających. 3. Gaz powstaje wskutek zgorzeli. 4. Tak zwana samoistna urazowa rozedma. R. przytacza symptomatologję, przebieg, oraz przyjęte leczenie tego cierpienia. Następnie opisuje 2 przypadki rozedmy skóry przez niego obserwowane. I przyp. dotyczy 12-letniego chłopca, u którego po ranie zadanej w szyję, na 2 palce powyżej prawego obojczyka, powstała rozedma skóry, obejmująca prawie całe ciało, z wyjątkiem kończyn, czaszki i dolnej części brzucha, stan chorobowy ustąpił w ciągu 9 dni, pod uciskającym opatrunkiem. II przypad. R. spostrzegał u 53-letniej kobiety, rażonej apopleksją, której wezwany felczer chciał puścić krew, gdy jednak po utworzeniu lewej jamy łokciowej krew się ukazała, dmuchnął do rany, biorąc kłębek tłuszczu, czy też ścięgno, za żyłę zatkaną. Powstała niewielka rozedma ramienia i jamy pachowej lewej, która trwała 5 dni i znikła pod uciskającym opatrunkiem. Autor uważa za jedyny właściwy sposób leczenia utworzonej już rozedmy—ucisk; jakkolwiek powietrze wtlacza się przez to głębiej, to jednak równocześnie zwiększa się i powierzchnia wchłaniająca.

W dyskusji zapytuje kol. *Rundo*: czy przy rozedmie krocza, leczenie ma polegać na przecięciu skóry, czy też mięśnia. Kol. *Tumpowski* pyta, czy w przypadku I-ym stwierdzono zranienie tchawicy. Kol. *Maks. Cohn* uważa, że przy zranieniu tchawicy rozedma ogranicza się do przedniej i górnej części klatki piersiowej; może więc w przypadku I-ym było zranienie wierzchołka płuc. Kol. *Krotowski* jest zdania, że zranienie wierzchołka płuc pociągnęłoby za sobą wylew krwi do jamy opłucnej. Kol. *Gutentag* spostrzegł dwa przypadki rozedmy: jeden u 2½-rocznego dziecka na szyi i górnej części klatki piersiowej z powodu stomatitis ulcerosae; rozedma wystąpiła podczas silnego naprężenia przy oddawaniu stolca. Drugi przypadek miał miejsce po próbnej punkcji. Kol. *Betté* widział rozedmę w kierunku mięśni piersiowych i górnej kończyny po zastosowanych bańkach (zamiast baniek użyte były szklanki). Kol. *Rotsparn* odpowiada: 1) przy rozedmie krocza należy przeciąć mięsień; 2) zranienie tchawicy stwierdził badaniem.

V. Kol. *Goldblum*: O stosunku płasawicy do gościca. Po szczegółowym rozpatrzeniu danych faktycznych i istniejących hipotez formułuje swoje zapatrywania w ten sposób: 1) Płasawica nie jest cierpieniem zakaźnem, 2) Za przyczynę płasawicy uważać należy niestałość równowagi ośrodków nerwowych, 3) Ta niestałość przekazywaną jest potomstwu przez przodków dotkniętych djatezą nerwową lub reumatyczną, 4) Ta niestałość może być też nabytą, przy czem rolę główną odgrywa pokrewny dyatezie nerwowej—gościcc, którego wpływ uważać należy jako działające na ośrodki nerwowe czynnika chemiczno-

toksycznego; wszakże prócz gościca i inne cierpienia zakaźne, zarówno jak i zaburzenia w przemianie materji i w składzie krwi, mogą rzezoną niestałość powodować. 5) Przy istnieniu tej niestałości płasawica wywołaną być może zarówno przez czynniki moralne (strach, gniew), jak i drogą odruchu (np. przy ciąży, wewnątrzniakach), lub przez cierpienie zakaźne — i tu najczęściej przez zakażenie gościcowe; ale te wszystkie czynniki grają już tylko rolę agents provocateurs. 6) Związek ściślejszy między dyatezą reumatyczną a nerwową — w ogóle, a między gościcem a płasawicą — w szczególe, nie jest dotąd jasny; żadna z istniejących hipotez związku tego nie rozjaśnia.

Dyskusja. Kol. *Pański*: Nie zgadza się na wniosek pierwszy. Świeża praca Pilcza przekonywa, że pl. jest chorobą zakaźną i że ma wiele pokrewnego z gościcem. Do pewnego stopnia w tym kierunku przekonywającym jest dobre działanie salicylanów przy pl., zarówno jak i naprzemiennie występowanie tych dwu cierpień. Kol. *Rosenthal*: Z 48 przypadków Littena pl. po gościcu w kilkudziesięciu okazało się, że chorzy już na wiele lat przed napadem gościca mieli płasawicę. Kol. *Tumpowski* sądzi, że metodą statystyczną nie rozwiąże się kwestji zależności pl. od gościca, tak jak nie rozwiązano tą drogą kwestji stosunku między wiałem rdzenia i przymiotem; tylko poznanie istoty obu cierpień rzuci światło na tę sprawę. Kol. *Goldblum*: Wnioski, jakie wyprowadził, zdają mu się najlepiej charakteryzować obecny stan kwestji, o której mówił. Salicylan sodu najczęściej jest bezskuteczny. Punkt czwarty jego wniosków określa rolę zakażenia przy powstawaniu pl.

Posiedzenie Komitetu higieniczno-sanitarnego d. 1 marca 1899 r.

I. Kol. *Saks*. Ponieważ sprawa parku miejskiego weszła już na drogę urzeczywistnienia — zapowiedziany w tej materji referat cofa.

II. Kol. *Wislocki*. Przedstawia korektę broszury o kąpielach dla robotników. Komitet poleca wprowadzenie pewnych zmian i uzupełnień w tej broszurze kolegom: Pinkusowi, Sterlingowi i Wiłoc-kiemu.

III. Kol. *Kaufman*. W sprawie walki z gorączką połogową.

Prowadzenie porodu wyłącznie przez lekarzy, bez udziału akuszerki, jest i będzie wyjątkiem. Wskutek tego akuszerka, jako surrogat pomocy lekarskiej, utrzyma się zapewne i w przyszłości. Żądać jednak musimy dużych zmian w kształceniu i organizacji całego tego stanu. W tym celu oprócz drogi społecznej t. j. uświadomiania ogółu i akuszerki, uciec się trzeba do środków dyscyplinarnych przy pomocy władzy fachowej, a mianowicie urzędów lekarskich, lekarzy powiatowych i miejskich.

Proponowane są następujące zmiany:

1) Przy pomocy lekarzy powiatowych i miejskich zapoznać akuszerki i przypominać im stale o obowiązującej je instrukcji, wydanej przez Radę lekarską a zatwierdzonej przez ministra spraw wewnętrznych d. 4 (16) maja 1887 r. Instrukcja ta, zupełnie jeszcze nie przestarzała, poucza krótko, a przystępnie o istocie gorączki połogowej, drogach zakażenia, o środkach zapobiegawczych, zasadach antyseptyki przestrzega przed częstym badaniem wewnętrznem etc. Należy zwołać akuszerki grupami, przypomnieć im, że ta instrukcja ma moc obowiązującą i że wszelkie uchybienia w wykonywaniu jej będą karane.

2) Zwolując akuszerki w celu wyłożenia im zasad instrukcji, sprawdzić zarazem, czy każda z nich posiada te wszystkie przedmioty, które do wypełnienia przepisów są niezbędne, a mianowicie: fartuchy, szmatki do rąk, dygator i kaski szklane, przyrząd do czyszczenia paznogi etc.

3) Załagać, by wykonywano ściśle § 125 ustawy lekarskiej, nakazującej akuszerkom składać w końcu każdego miesiąca urzędowi lekarskiemu raport o ilości porodów, ilości i płci dzieci etc.

4) Oprócz periodycznych raportów powinny akuszerki doposić o każdym przypadku gorączki połogowej. Sankcję dla takiego prawa, na wzór istniejącego i ściśle przestrzegane w Niemczech, uzyskać dopiero potrzeba.

5) Znieść instytucję babek wiejskich, bo jakkolwiek ona powstała z humanitarnych pobudek, to jednakże opiera się na fałszywym założeniu, że na wsi praktykować może osoba z mniejszym zapasem wiadomości, niż w mieście.

6) Starać się o otworzenie oddziałów położniczych przy większych szpitalach na prowincji i urządzenie przy niektórych z nich szkół dla akuszerok. Obecnie szkół takich jest za mało (6 w Cesarstwie, 1 w Królestwie, dla babek zaś 23 w Cesarstwie i 1 w Królestwie) a dostęp do nich jest trudny. Władza popiera takie dążenia, o czym świadczą cyrkularze ministra spraw wewnętrznych i normalna ustawa dla „ziemskich“ szkół akuszeryjnych.

7) Gdy będzie więcej szkół akuszeryjnych, wprowadzić kursa repetycyjne dla akuszerok (co lat 5 np.).

8) Pomyśleć o wydaniu podręcznika i pisma periodycznego dla akuszerok.

9) W celu zabezpieczenia bytu materialnego akuszerok zachęcać je do zakładania stowarzyszeń i kas wzajemnej pomocy. Zajmującym stałe posady, np. w okręgach lub gminach po zaprowadzeniu reformy pomocy lekarskiej,—zapewnić emeryturę.

Niektóre z tych projektów wykonać się dadzą dopiero w przyszłości, podwaliny wszakże już teraz położyć trzeba. Inne znowu (pierwszych 6) przy energicznej inicytywie i teraz łatwo można w czyn wprowadzić. Obecnie, gdy na porządku dziennym stoi sprawa gruntownej reformy pomocy lekarskiej, moment dla takiej inicytywy jest jaknajbardziej odpowiednim.

W dyskusji biorą udział: Kol. *Sals*: Przepisy obecnie obowiązujące nie pozwalają na spełnienie wielu słusznych żądań prelegenta. Nie zgadza się na usunięcie t. zw. uczonych babek (wiejskich). Kodeks pozwala każdej babie podawać poród rodzącej, co się też dzieje po wsiach, a nawet — w Łodzi, więc lepiej, że to uczyni t. zw. uczona babka, która coś jednak umie. Kol. *Wisłocki*: Woli babki, jako pomocnicze lekarza, niż akuszerki, bo te ostatnie zbyt często chcą grać rolę lekarza. Kol. *Sterling*: Kwestję Kwestję wzięto z powodu karetek statystycznych. Nawiązując do tego, proponuje zamieszczenie w szematkach punktu o nazwisku akuszerki (jak to było doniędawna w Warszawie); jest jednak przeciwny karcom. Niezbędna jest miejska kamera dezynfekcyjna, gdzieby akuszerki bezpłatnie wyjąławić musiały swe instrumenty, fartuchy i t. p. Zanim mówi o szkołach, trzeba mieć oddziały i przytułki położnicze. Kol. *Pinkus*: Jest za użytecznością uczonych babek. Ponieważ coraz więcej inteligentnych kobiet poświęca się akuszerji, sprawa tą drogą najlepiej dążyć ku poprawie. Kol. *Kaufman*. Program nauczania babek jest dobry, ale nie jest wypełniany; dlatego obecnie babki wyrządzają raczej szkodę, niż pożytek. Do normalnego porodu każda

kobieta dobra, byle nie dotykała części rodnych. Instrumentarium może akuszerka wyjąławić w domu. Należy próbować środków łagodnych, gdy nie pomoga, wprowadzić nowotanie nazwiska akuszerok, które były przy gorączkach. Należy żądać, by przy nowotaniu zgorów kobiet zmarłych w wieku średnim, urzędnik pytał: czy zmarła w ostatnich 6 tygodniach nie rodziła; tą drogą dojść można do lepszej statystyki zgonów po porodach.

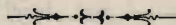
Komitet postarowik: na podstawie odczytu kol. Kaufmana opracować szereg postulatów i takowe przedstawić władzy lekarskiej gubernjalnej.

Posiedzenie nadzwyczajne d. 15 marca 1899 r. w sprawie Pogotowia ratunkowego.

Obecni: członkowie Zarządu i trzech zaproszonych członków Komiteta Hygienicznego.

Towarzystwo Lekarskie wystąpiło w charakterze założyciela „Tow. doraźnej pomocy lekarskiej w m. Łodzi“ i otrzymało zatwierdzenie odnośnej ustawy. Pierwszym krokiem ku założeniu „Tow. doraźnej pomocy“ będzie zwołanie na dzień 7 kwietnia r. b. ogólnego nadzwyczajnego zebrania członków Tow. lekarskiego, na którym: 1) życzący sobie tego zapiszą się do „Tow. dor. pomocy“ jako członkowie czynni lub członkowie-współpracownicy; 2) ciż zobowiążą się do pozyskiwania członków do tego towarzystwa; 3) wybiorą z pośród siebie Komisję organizacyjną, stanowiącą czasowy Zarząd—aż do zwołania ogólnego zebrania członków „Tow. dor. pomocy“.

Ustawa „Tow. dor. pomocy“ ma być rozesłana wszystkim członkom Tow. lekarskiego przed dniem 7 kwietnia r. b.



SPRAWOZDANIE

ze szpitala Świętego Aleksandra w Łodzi
za rok 1898-my.

W r. 1898 leczyło się w szpitalu św. Aleksandra 993 chorych, z których umarło 104, t. j. 10,48%. Chorych wewnętrznych było 318, chirurgicznych 326, skórnych, syfilistycznych i wenerycznych 349.

A. Oddział chirurgiczny.

Ordynator Dr. med. A. Krusche.

Do oddziału chirurgicznego przyjmowani są chirurgiczni chorzy w szerokiem tego słowa znaczeniu, t. j. oprócz właściwych chorych chirurgicznych: chore ginekologiczne i chorzy z cierpieniami oczów i uszów. Ginekologicznemi choremi zajmował się prawie wyłącznie kol. Cz. Stankiewicz. Chorych było w roku sprawozdawczym 326, z tych zmarło 25, odsetka śmiertelności wynosi 7,67%.

Operacji wykonano: 225; większych 115, a mniejszych (przecięć wrzodów, wyłyżeczkowań, przypalań i t. d.)—110. Ogólne uspienie stosowano 105 razy; z tego zapomocą chloroformu 103, zapomocą eteru 2 razy. W dwóch przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne z powodu chloroformu; w jednym śmierć nastąpiła przed rozpoczęciem operacji, w drugim — następnego dnia po operacji. Przypadki te (p. niżej)

spowodowały nas, primo, do zmiany marki chloroformu (używaliśmy chloroformu Gehe'go), i secundo, do coraz częstszego stosowania znieczulania miejscowego, metodą Schleicha i Obersta. Wszelkie operacje na palcach, usuwanie kaszaków i innych małych guzów, otwieranie wrzodów, wycinanie żeber i t. p. wykonywamy prawie wyłącznie przy pomocy miejscowego znieczulania — ku wygodzie operującego i zadowoleniu operowanych.

№	Nazwa choroby	Leczenie	Wyszło			
			uleczon.	z polepsz.	nieulecz.	Umarło
I. Czaszka i twarz.						
1	Commotio cerebri	Nihil	1	—	—	—
2	Fract. convexit. cranii	Resectio partis ossis pariet.	1	—	—	—
3	" basis cranii	Deligatio antiseptica	—	—	—	1
4	Vulnera caesa faciei	Suturae	2	—	—	—
5	" contusa faciei et capitis	Deligatio antiseptica	7	—	—	—
6	Combustio capitis et frontis	Plast. et transpl. m. Thiersch	2	—	—	—
7	Conjunctivitis catarrh.	Sol. zinci sulf.	1	—	—	—
8	" gonorrh. et ulcera corneae	Sol. hgri bichlor. corr. etc.	—	4	—	—
9	Oculus pupillae	Nie zgodziła się na oper.	—	—	1	—
10	Leucoma corneae	Iridectomia	1	—	—	—
11	Staphyloma corneae	"	—	—	1	—
12	Periostitis proc. alveol. maxillae sup.	Incisiones; extract. dentium	3	—	—	—
13	Otitis externa	Acidum boricum-vaselinum	1	—	—	—
14	" media	Lavationes sol. acid. bor.	3	1	—	—
15	a) Caries proc. mastoidei	Antrotomia	1	—	—	—
	b) " " " et abscessus cerebelli (1)	"	—	—	—	1
	c) Car. proc. mast., absc. in parte temp. cerebri (2)	"	—	—	—	1
16	Catarrhus tubae Eustachii		1	—	—	—
17	Periostitis maxillae sup.	Incisiones	1	—	—	—
18	Fract. maxillae sup. (3)	Proteza kauczukowa	1	—	—	—
19	Naevus maternus frontis nasi et faciei (4)	Transplantatio m. Alberti et Thiersch	1	—	—	—
20	Noma faciei	Paquelinisatio	—	1	—	—
21	Sarcoma maxillae sup.	Nihil	—	—	—	1
22	" " inf.	Resectio dim. part. max. inf.	—	—	—	1
23	Carcinoma labii inf. recidivum	Extirpatio	—	1	—	—
24	Erysipelas faciei	Spiritus; ichthyolum	3	—	—	—

№	Nazwa choroby	Leczenie	Wyszło			
			nieczon.	z polepsz.	nieulecz.	Umarło
II. Szyja.						
25	Laryngitis diphtheritica	Tracheotomia inf.	2	—	—	—
26	Abscessus retropharyng.	Incisio	1	—	—	—
27	Lymphomata scrophul.col.	Extirpatio	4	—	1	—
28	Carcinoma colli	Ext. et transpl. m. Thiersch	1	—	1	—
29	Sarcoma colli	Extirpatio " "	1	—	—	—
30	Anthrax cervicis	Incisio	1	—	—	—
I.I. Klatka piersiowa i grzbiet.						
31	Fract. clavicularae	Deligatio m. Sayre'i	1	—	—	—
32	Contusiones		2	—	—	—
33	Vulnera caesa	Suturatae	4	—	—	—
34	Phlegmone subcut. et inter. muscul.	Incisiones	1	—	—	1
35	Caries costarum	Resectio	2	—	—	—
36	" " (Absc. frig.)	Injectio jodoformi	2	—	—	—
37	Osteosarcoma costae, sterni, pleurae, pulmonis (5)	Extirpatio	—	—	—	1
38	Mastitis	Incisio	1	—	—	—
39	Carcinoma mammae	a) Extirpatio mammae b) Nihil	—	1	—	—
40	Pleuritis serosa	Kali jodat.	1	—	—	—
41	" suppurativa	Resectio costae	—	1	1	—
42	Vulnus sclopetar. pulm. (6)	Extractio globi	1	—	—	—
43	Spondylitis tuberc.	Deligatio gypsea m. Calot	—	—	1	1
44	Anthrax	Excis.; transpl. m. Thiersch	2	—	—	—
IV. Brzuch.						
45	Gangraena cutis et erysiyel.	Deligatio antiseptica	1	—	—	—
46	Fibromyoma tecum abdom.	Extirpatio	1	—	—	—
47	Fibrosarcoma tec. abdom.	" (Laparotomia)	1	—	—	—
48	V. perf. abdominis et intestini crassi	Suturatae	—	1	—	—
49	a) Appendicitis	Nie zgodził się na oper.	—	—	1	—
	b) " et pleur. sup.	Incisiones	—	—	—	1
50	Peritonitis universalis ex appendicitide (7)	Laparotomia	—	—	—	2
51	Peritonitis tuberculosa	"	—	1	—	—
52	Carcinoma ventriculi (8)	1) Gastroenterostomia 2) Nihil	—	—	—	1
			—	—	1	1

№	Nazwa choroby	Leczenie	Wyszło			Umarło
			uleczon.	z polepsz.	nieulecz.	
53	Fissura ani	Extensio sphincteris	1	—	—	—
54	Fistula ani	Incisio et excochleat.	5	1	—	—
55	Varices haemorrhoidales	Excisio	2	—	—	—
56	Psoitis	Incisio et excochleat.	—	2	—	—
57	Phlegmone subcut. reg. lumbalis	Incisio	2	—	—	—
58	Cystis dermoideal. reg. sacral.	Extirpatio	1	—	—	—
59	Herniae inguin.: a) liberae	Oper. radic. m. Kocheri	3	—	—	—
	b) incarceratae (9)	Herniotomia et oper. radic.	4	—	—	3
60	Defectus perinei partialis	Perineorrhaphia m. Lawson-Tait	1	—	—	—
61	Descensus vag. ant. et post	Colporrhaphia aut colpoperineorrhaphia m. Hegar	3	—	—	—
62	Endometritis a) post abort.	Abrasio	1	—	—	—
	b) fungosa	"	1	—	—	—
	c) decidualis	"	—	1	—	—
63	Metritis chr.	Abrasio, amputatio colli	3	—	—	—
64	Carcinoma 1) uteri inoper.		—	—	2	1
	2) vaginae et uteri		—	—	1	—
	3) colli uteri inop.	Excochleatio Paquelinisatio	—	1	—	—
	4) colli uteri inop. complic. graviditate VIII mensium (10)	Sectio caesarea m. Fritsch	—	—	—	1
65	Salpingo-oophoritis: a) gonorrhoeica		2	2	—	—
	b) puerperalis		1	—	—	—
66	Pyosalpinx dexter	Laparocoeliot. Salpingect.	1	—	—	—
67	Pelvipерitonitis: a) gonorrhoeica acuta		—	3	—	—
	b) chr. exacerbata		—	1	—	—
68	Pelvipерitonitis chr. adhaesiva: a) endometr. fungosa	Distorsio adhaesionum m. Schultze. Abrasio	1	—	—	—
	b) Salpingitis bil. Endometritis fungosa	Abrasio. Colpocoeliotomia port. Salpingect. duplex	1	—	—	—
	c) Hernia cruralis	Abrasio. Colpocoeliotomia post. Oper. radic. Herniae	1	—	—	—
	d) Retroflexio uteri fixata (11)	Colpocoeliot. Abbreviatio lig. rotundor. m. Bode-Wertheim	2	—	—	—
	e) Retroflexio fix. (12)	Colpocoeliot. port. Salpingo-oophorect. sin. Abbrev. lig. rotund. per laparotomiam	1	—	—	—

№	Nazwa choroby	Leczenie	Wyszło			Umarło
			uleczon.	z polepsz.	nieulecz.	
	f) Retroflexio fix. Degeneratio cystoidea ovarii sin. Cystoproctocolpocele	Colpocoeliotomia post. Resectio ovarii Salpingectomia. Colpocoeliotomia ant. Abbreviatio lig. rotund. m. Bode-Wertheim. Colporrhaphia ant. operatio Frank'i	2	—	—	—
	g) Metritis chr. Defectus perinei part. (13)	Abrasio. Amputatio colli. Colpocoeliot. post et ante. Sterilisat. Perineorrhaph. m. Lawson-Tait	1	—	—	—
69	Parametritis puerper.		1	—	—	—
70	Cystoma ovarii	Ovariectomy	1	—	—	—
	a) nie zgodzają się na oper.		—	—	2	—
	b) magnitudine ovi. Cystoproctocolpocele	Colpooophorectomia. Colporrhaphia ant. Colpoperineorrhaphia	1	—	—	—
	c) incarceratum Cystitis putrida (14)	Ovariectomy	—	—	—	1
	d) maligne degenerat. (15)		—	—	—	1
71	Haematocele peritubarium et retrouterinum (grav. tub. rupta)		—	—	1	—
72	Phlegmasia alba dolens		1	—	—	—
73	Amenorrhoe		—	—	1	—
74	Partus, puerperium		5	—	—	—
75	Graviditas et partus norm.		9	—	—	—
V. Narząd moczopłciowy.						
76	Phimosis	Circumcisio	1	—	—	—
77	Paraphimosis	"	3	—	—	—
78	Periurethritis tub.	Incisio et excochleatio	—	1	—	—
79	Fistula urethralis	Resectio partis urethrae	—	1	—	—
80	Contusio scroti	Incisio	1	—	—	—
81	V. caesum scroti et testis	Suturatae	1	—	—	—
82	Phlegmone scroti	Incisio	1	—	—	—
83	Hydrocele	Jeden z chorych nie zgodził się na operację	1	—	1	—
84	a) Orchitis simplex		2	—	—	—
	b) " tubere.	1) Castratio	1	—	—	—
		2) Nihil	—	—	1	—
85	Sarcoma testis	Castratio	1	—	—	—

№	Nazwa choroby	Leczenie	Wyszło			
			uleczon.	z polepsz.	nieulecz.	Umarło
86	Prostatitis suppurativa	Incisio	1	—	—	—
87	Cystitis	Lavationes	—	—	1	—
88	Calculi vesicales (16)	Sectio alta	—	—	—	2
89	Hypertrophia prostatae		—	1	—	—
VI. Kończyny górne.						
90	Lymphadenitis axillar.	Extirpatio	2	1	—	—
91	Phlegmone brachii	Incisio	1	—	—	—
92	Combustiones brachii	Transplantatio m. Thiersch	2	—	—	—
93	V. morsum brachii	Deligatio antiseptica	1	—	—	—
94	V. contusum brachii	" "	—	1	—	—
95	V. caesum brachii	Sutura	1	—	—	—
96	Luxatio humeri subglenoid.	Repositio	2	—	—	—
97	Fract. complic. humeri et antibrachii	Immobilisatio et deligatio antiseptica	1	1	—	—
98	Osteomyelitis humeri	Resectio partis ossis	1	—	—	—
99	V. caesa antibrachii	Suturae tendinum etc.	1	1	—	—
100	Defectus cutis antibrachii ex erysipel.	Transplantatio m. Thiersch	1	—	—	—
101	Phlegmone antibrachii	Incisio	2	—	—	—
102	Luxatio antibrachii (17)	Repositio via sanguinea	1	—	—	—
103	Fractura antibrachii: a) simplex	Deligatio gypsea	1	—	—	—
	b) compl.	Amput. humeri resp. antibr.	2	—	—	—
104	Fractura ulnae	Deligatio gypsea	1	—	—	—
105	Necrosis ulnae e variola vera	Necrotomia	—	1	—	—
106	V. cont. manus	Sutura	2	—	—	—
107	" " digit. et labium leporin.	Delig. antisept.; oper. labii leporini m. Miraulti	2	—	—	—
108	Fract. compl. digit.	a) Amputationes	4	—	—	—
		b) Exarticulatio	1	—	—	—
109	Osteitis tub. dig.	Excochleatio	1	—	—	—
110	Panaritium	Incisio	1	—	—	—
VI. Kończyny dolne.						
111	Combustio acido muriatic.	Transplantatio m. Thiersch	1	—	—	—
112	Coxitis tuberculos.	a) Deligatio gypsea	—	1	—	—
		b) Injectio jodoformi	—	2	—	—
113	Phlegmone reg. glutealis	Incisio	1	—	—	—
114	Contusio femoris		1	—	—	—
115	V. caesa femoris	Sutura	2	—	—	—

№	Nazwa choroby	Leczenie	Wyszło			Umarło
			uleczon.	z polepsz.	nieulecz.	
116	Phlegmone femoris	Incisio	2			
117	Periostitiis femoris	"	1			
118	Osteomyelitis femoris	Necrotomia	1	1		
119	Fractura colli femoris	Extensio	2	2		
120	" femoris	"	1			
121	V. sclopetar. genus	Deligatio antiseptica	1			
122	Bursitis praepatel.	Excisio bursae	4			
123	a) Gonitis serosa	Glacies; masaż	3			
	b) " tuberculosa	a) Resectio genu b) Amput. femoris c) Nihil	2 2 —			1
124	Ankylosis genu ossea	Resectio partis ossium	1			
125	V. cont. cruris	Deligatio antiseptica	3			
126	Phlegmone cruris	Incisiones	3			
127	Fractura cruris simplex	Deligatio gypsea	4			
128	" " complet.	" " fem.	2			
129	" " et fem. com.	Amputatio fem.	1			
130	" fibulae simplex	Deligatio gypsea	1			
131	" malleoli ext.	" "	1			
132	Osteomyelitis tibiae	Necrotomia	1			
133	Ulcera cruris	Delig. antis. transpl. m. Th.	9			
134	Distorsio artic. talo-crural.	Deligatio; massage	3			
135	Corpus alienum plantae pedis	Extractio	1			
136	Combustio pedis	Deligatio antiseptica	2			
137	Congelatio pedis	a) Amput. cruris b) Exartic. Chopart.	1 1			
138	" digit pedis	Amput. metatars.	2			
139	V. cacsia digit. pedis	Deligatio antiseptica	1	1		
140	Phlegmone pedis	Incisiones	7			
141	Tubercul. tarsi	a) Amput. cruris b) Oper. Władim.-Mikulicz	2 1			
142	Gangraena pedum e marasmo senile	Deligatio antiseptica				2
143	Carcinoma pedis	Nihil			1	
144	Pes planus			1		
VIII. Varia.						
145	Combustio totius corporio	Deligatio antiseptica				1
146	Contusiones		9			
			241	38	22	25

1) T. K. 26-letnia robotnica fabryczna. Od kilku lat ropny wypływ z lewego ucha. Od 2 tygodni zawroty i silny ból lewej połowy głowy. Opuchnięcie nad i ku tyłowi od lewego ucha, w głębi chęłbotanie. Bębenka nie ma. Bezwładu lub niedowładu kończyn — nie zauważono. Ciepł. 37°5. Tętno 80. 7/II operacja: antrotomia. Przebieg pooperacji z początku dobry. 9/II nagle śmierć. Oględziny pośmiertne wykazały ropień w lewej połowie mózdzku.

2) K. K. 12 lat. Ropienie z prawego ucha od 5 lat. Od 2 tyg. ból w prawej połowie głowy i opuchnięcie nad i za prawem uchem. Na 2 dni przed wstąpieniem do szpitala przecięto w tem miejscu ropień. Przez ranę widać kość obnażoną i otwór w kości skroniowej, z którego wydziela się w znacznej ilości ropa i części mózgu. 2/I operacja: cięcie koliste. W kości skroniowej dwa otwory: tylny prowadzi do jamy sutkowej, przedni do wnętrza czaszki. Z ostatniego wydziela się ropa i cząsteczki mózgu. W płacie skroniowym mózgu jama znacznych rozmiarów. Po operacji rozpad mózgu postępował, a 6/I wystąpiły objawy zapalenia opon mózgowych. 9/I matka zabrała chorego do domu.

3) Złamanie szczęki dolnej pomiędzy prawymi siekaczami. Zbochenie odłamków dość znaczne. Przy pomocy małego aparaciku kau czukowego zupełnie prawidłowe zagojenie się.

4) P. S. 4-letnia dziewczynka. Znamię macierzyste (czarno zabarwiona i znacznie zgrubiała skóra, pokryta długimi, również czarnymi włosami), zajmujące środkową trzecią część czoła, górne $\frac{2}{3}$ nosa, lewą dolną powiekę i lewy policzek. Leczenie: Wycięcie całego znamienia i pokrycie całego powstałego braku poczęści płatami, wziętymi z uda—podług metody Krausego, poczęści płatkami Thierscha. Wynik, jak dotąd, dobry.

5) M. Z. 64 lat. Dwa lata temu usunięto chorej mięsak z prawej łędźwi, a rok temu z prawej bocznej części klatki piersiowej; od kilku miesięcy—guz pod prawą sutką. Guz ten, wielkości jaja gęsiego, zrosnięty z 3 i 4 żebrzem. Ze strony płuc żadnych objawów chorobowych. Oper. 24/II. Amputatio mammae, resectio partis costae III et IV et sterni, pleurae et pulmonis, na które to części mięsak przerósł. 30 godzin po operac. ogólna zapaść i śmierć.

6) Kula rewolwerowa weszła w 10 międzyżebżu na 4 poprzeczne palce na lewo od kręgosłupa; znaleziono ją z przodu pod skórą w linii sutkowej na wysokości 7-go międzyżebrza. Kulę wyjęto. Rana zagoiła się bez powikłań.

7) W obu przypadkach ogólnego ropnego zapalenia otrzewnej przyczyną okazała się zgorzel wyrostka robaczkowego.

8) Chorzy z rakowatym zwyrodnieniem żołądka wstępują do szpitala zwykle bardzo późno. Z trzech tego rodzaju chorych tylko jedna była zakwalifikowana do operacji, a mianowicie do gastroenterostomji, lecz i ta nie powinna była być operowaną, gdyż cały żołądek okazał się rakowato zwyrodniałym. Chora ta umarła 6-go dnia po operacji wskutek wycieńczenia.

9) W jednym przypadku jedyną zawartość uwięźniętej przepukliny stanowił—jajnik.

10) Dziecko płci męskiej, żywe, obecnie liczy 10 miesięcy. Matka umarła z wycieńczenia w 8 dni po operacji.

11) W jednym przypadku wykonano oprócz tego salpingostomię.

12) Operacja zaczęta przez pochwę, następnie — z powodu trudności technicznych—ukończona cięciem brzuszkiem.

13) Sterilisatio: jajowody przecięto pomiędzy dwiema nawiązkami, następnie odcinki wewnętrzne przyszyto do szyjki macicznej.

14) Objawy zakażenia gnilnego już przed operacją.

15) Śmierć od chloroformu przed rozpoczęciem oper. Oględzin pośmiertnych nie było, na życzenie rodziny.

16) a) 4-letnie dziecko. Śmierć po 24 godz., prawdopodobnie wskutek chloroformu.

b) 51-letni mężczyzna. Chory od 2 lat. Kamień stanowił otoczony moczowemi solami drewniany mundsztuk od papierosów, o którego istnieniu chory nie wiedział. Stan dobry przez 11 dni. Śmierć 12 dnia po oper. wskutek chronicznego zapalenia nerek i śródmiązszowego zwyrodnienia mięśnia sercowego.

17) 10-letni chłopiec. Przed 6 tyg. zwichnięcie obydwu kości przedramienia ku tyłowi. Odprowadzenie, próbowane dwukrotnie w uspieniu chloroformowem, nie udało się. Operacja: cięcia boczne, jak do resekcji stawu. Jako przeszkody do odprowadzenia okazały się: resztki przedniej części kapsułki stawowej, które, przebiegając od przedniej części kości ramiennej, pokrywały jej dalszy koniec i przyrosły w przestrzeni międzykostnej przedramienia. Po ich przecięciu odprowadzenie zwichnięcia udało się. Ruchy w stawie swobodne, jedynie wyprostne nieco ograniczone.

B. Oddział chorych wewnętrznych.

Ordynator Dr. *Bronisław Handelsman.*

Ilość chorych: z 1897 r. pozostało 11 chorych, w ciągu 1898 r. przybyło 307, zatem w roku sprawozdawczym korzystało z pomocy lekarskiej 318 osób. Z liczby tej wyzdrowiało 128, wypisało się z polepszeniem 37, bez polepszenia — 55, zmarło 74, ogółem 294; pozostało na r. 1899—24. Śmiertelność wynosi 23,27%. Jeśli jednak odliczymy 8 konających, to odsetka śmiertelności wyniesie tylko 21,3%.

Nie znającemu warunków szpitali ogólnych liczba powyższa wydać się może bardzo dużą; ale trzeba uwzględnić, że do szpitali tego rodzaju przybywa mnóstwo chorych wiekowych i nieuleczalnych (nowotwory złośliwe, daleko posunięta gruźlica i niedomoga serca). Na uwagę zasługuje, że z pośród chorych, dotkniętych cierpieniami zakaźnymi, umarł jeden 59-letni mężczyzna z krwawą biegunką.

Odry było 7 przypadków: 2 z mężczyzn (11 i 25 lat) i 5 z kobiet (5, 14, 17, 19 i 23 lat). Ostatni przypadek był powikłany zapaleniem sromu. Płonica dotknęła 2 kobiety (13 i 18 lat). W 2-gim przypadku zapalenie ucha środkowego.

Ospę spotkałem u 3 kobiet (19, 23 i 26 lat). Jedna przybyła do szpitala w okresie ozdrowienia, a dwie, w początku choroby będącej, zostały odesłane do specjalnego baraku.

Krwawą biegunkę widziałem: 1) u mężczyzny 59-letniego, który wstąpił do szpitala w 3-cim tygodniu choroby w stanie bardzo rozpaczliwym (zejście śmiertelne) i 2) u kobiety 83-letniej (polepszenie).

Dur brzuszny spostrzegałem 14 razy — u 9 mężczyzn i 5 kobiet. Mężczyźni byli w wieku 16, 17, 18, 18, 25, 25, 25, 26 i 27 lat, a kobiety miały 15, 24, 39, 47 i 50 lat. Gorączka trwała od 14—48 dni. Z powikłań zaznaczyć należy obustronne zapalenie ucha środkowego u mężczyzny 25-letniego, ropne zapalenie szyjowych gruczołów chłonnych u kobiety 15-letniej, owrzodzenie w okolicy kostki prawej u kobiety 47-letniej i opadowe zapalenie płuc u kobiety 50-letniej. Wszystkie przypadki zakończyły się per lysin. Leczenie polegało na tem, że chorzy bywali dwa razy dziennie obmywani letnią wodą i ciepłym octem i dostawali 1—2 kwarty mleka, a z leków kwas solny i, przy słabem tętnie, kamforę z kofeiną lub olejek kamforowy podskórnie; w razie majaczenia stosowałem lód na głowę.

Otrutych było 6: 3—steżonym kwasem solnym (2 wyzdrowiało i 1 zmarł w kilkanaście godzin po wypadku). Jedna chora umarła w 48 g. po wypiciu esencji octowej. Następnie, mieliśmy po jednym przypadku otrucia kwasem szczawiowym i kw. karbolowym—z zejściem w wyzdrowienie.

D. n.

Opis oddziału dla piersiowych

przy szpitalu im. M. Poznańskich w Łodzi.

Dodatnie wyniki, jakie otrzymano, lecząc w zakładach zamkniętych i klimacie swojskim poczynające się suchoty płuc za pomocą środków higieniczno-djetetycznych, powołały do życia t. zw. ludowe uzdrowiska dla piersiowych, których zadania wyłożone są na innym miejscu „Czasopisma“. Jednocześnie wszakże powstają i inne kategorie lecznicze dla suchotników, o wiele skromniejsze, nie tak skuteczne, tem niemniej *w danej chwili* niezmiernie pożyteczne: są to specjalne oddziały szpitalne dla piersiowych¹⁾.

Wiele jeszcze czasu minie, zanim powstanie w naszym kraju tyle uzdrowisk ludowych, by wszyscy potrzebujący znaleźć mogli pomoc. Więc niezależnie od starań w celu budowy specjalnych uzdrowisk—ze wszech miar pożądanem być musi urządzenie oddziałów specjalnych

¹⁾ W swej pracy (z r. 1898) „Ueber den gegenwärtigen Stand der Tuberkulosefrage“ mówi prof. Hueppe: „Musimy pomyśleć o utworzeniu przy wszystkich szpitalach, o ile na to ich położenie pozwala, oddzielnych oddziałów dla suchotników, lub też próbować, jak to Unterberger uczynił w Carskiem Siole, założyć w każdym szpitalu rodzaj sanatorium domowego“. Podobnie o oddziałach szpitalnych myślał: Leyden („i w zwykłych szpitalach, nawet mających środki ograniczone, można otrzymać wyniki leczenia dodatnie“), Somerfeld, Penzoldt, Wesener, Schaper, Finkler i inni. Wiem o istniejących w Niemczech tego rodzaju oddziałach w Altena, Bonndorf, Arlen, że pominię już znane szpitale i oddziały specjalne w Paryżu i Londynie.

w szpitalach, rzecz prosta, takich, które pozwalają, ze względu na budowę, urządzenia pomocnicze, służbę i środki materialne, na stosowanie leczenia higieniczno-dietetycznego. Do takich szpitali należy bezwątpienia szpital, przy którym założono pierwszy u nas oddział dla piersiowych.

Szpital im. M. Poznańskich leży w okolicy mało zabudowanej, sąsiadując z parkiem Helenowskim, na terenie wzniesionym i suchym, otoczony jest ogrodem. Jest to budynek dwupiętrowy, z wysokim parterem. Ogrzewanie centralne, pneumatyczne, połączone z urządzeniem do przewietrzania (przysysane powietrze bywa ogrzewane i zwilżane). Korytarze szerokie (2,5 m.) posiadają także okna, jak i sale. Łazienka, natryski, kąpiele, kamera dezynfekcyjna, windy do kuchni i pralni; ustępy na wodzie; oświetlenie naftowe ma być wkrótce zastąpione gazowem.

Oddział mieści się w dwu salach wysokiego parteru. Rozmiar każdej sali wynosi 302,5³ m. Okien po 5 w każdej, a rozmiar okna wynosi 4,55 m.², czyli powierzchni świetlnej około 4 m.² W każdym oknie u góry kilka „oberlichtów“. Ściany malowane olejno, jak i sufity; podłogi à point de Hongrie (zbite z deseczek dębowych) pokostowane i wyłożone chodnikami z linoleum. Obok każdej sali pokoik dla służby, w którym jest kran z wodą; tam też stoją umywalnie i komody (każdy chory ma swoją szufladę).

W każdej sali mieści się czterech chorych, t. j. na każdego przypada przestrzeni 75 m.³, a powierzchni świetlnej — 5 m.² 1).

W sali, prócz stołu ogólnego, przy którym chorzy jadają, i krzesel, widzimy: łóżko żelazne z materacem drucianym, 3-ma poduszkami materacowemi, napelnionemi trawą morską, klinem pod głowę, poduszką z pierza, prześcieradłem i dwiema wełnianymi kołdrami, z których jedna podszyta prześcieradłem; kanapka trzciniowa (model Falkenstein), na której leży materacyk, skórą z wierzchu kryty (w lecie można go usunąć); stolik żelazny, między łóżkiem a kanapką.

Każdy chory ma do własnego użytku: porcelanową spluwaczkę w kształcie filiżanki — na stoliku, Dettweilera spluwaczkę kieszonkową, kubek i miseczkę do mycia ust, szczoteczkę do zębów, flaszkę Siemona do wzięcia balsamicznych, ciepłomierz, rękawiczkę do nacierań.

Do specjalnego urządzenia należą, u nas w oddziałach szpitalnych nie napotykanne: szczotki do mycia rąk, lustro, solniczki (sól wysypuje się przez naciskanie rączki; także naczynka służą do troponu) nakrycia do stołu, wspólne zasiadanie do stołu; waga fotelowa, zegar w każdej sali, wiele przyrządów do pielęgnowania chorych; kwiaty; biblioteczka.

Każdą salę obsługuje oddzielny służący. Oddział utrzymywany jest kosztem dobrowolnych ofiar.

Następujące kopje szematów dadzą czytelnikowi ogólne pojęcie o rodzaju leczenia stosowanego w tym oddziale.

1) Hygiena szpitali wymaga 45 m.³ przestrzeni i 2 m.² powierzchni świetlnej na 1 łóżko (*Ruppel*, w *Weyla Hdbch d. Hyg.* Tom V).

Instrukcja dla chorego ¹⁾.

Chodzić powoli! Trzymać się prosto! Oddychać przez nos! Flegmę spłukać tylko do kubków lub flaszek kieszonkowych! Jeść i pić powoli!

Przepis dla

- | | | | |
|-----------------------------------|---|------------|-----------------------------|
| | Po obudzeniu się wymyć usta i zęby. | | |
| o 7-ej rano. | Mleko (pić małymi łykami). | | |
| o 7 ¹ / ₄ „ | Termometr.
Nacieranie z
(Prysznic).
Wziewanie. | | |
| o 8-ej „ | Śniadanie.
Umyć się. Lekarstwo o godz. | | |
| | Leżeć: w łóżku | na kanapce | w sali
w ogrodzie |
| | Chodzić: po sali
korytarzu
ogrodzie | w ciągu | |
| o 11-ej „ | Drugie śniadanie. | | |
| | Leżeć: w łóżku | na kanapce | w sali
w ogrodzie |
| | Chodzić: po sali
korytarzu
ogrodzie | w ciągu | |
| o 1-ej | Lekarstwo o godz.
Gimnastyka o godz.
Obiad.
Wymyć usta i zęby. | | |
| | Leżeć: w łóżku | na kanapce | w sali
w ogrodzie |
| o 3-ej | Termometr. | Wziewanie | Lekarstwo o godz. |
| o 4 ¹ / ₂ | Podwieczorek. | | |
| | Leżeć: w łóżku | na kanapce | w sali
w ogrodzie |
| | Chodzić: po sali
korytarzu
ogrodzie | w ciągu | |
| o 6-ej | Wziewanie | | Lekarstwo o godz.
w sali |
| | Leżeć: w łóżku | na kanapce | w ogrodzie |
| | Chodzić: po sali
korytarzu
ogrodzie | w ciągu | |
| o 7-ej | Kolacja. | | |
| o 7 ¹ / ₂ | Do łóżka. | Termometr. | |
| o 9-ej | Nacieranie z
Mleko (pić małymi łykami). | | |

Dla własnego dobra chorzy powinni ściśle spełniać te przepisy.

¹⁾ Nawet jeśli chory czytać nie umie, to i wtedy instrukcja drukowana, ułatwiająca pracę lekarza, jest pożyteczną; jeden z chorych lub służący, umiejący czytać, stają się domocnikami lekarza.

Pożywienie chorego.

Godzina	Po zważeniu, obliczone podług Dettweilera (Leyden. Hb. d. Ernährungstherapie. 1898. II).	Wagi	Białka	Tłuszczu	Wodan. węgla	Ciepłostek
		G r a m y				
7	1 szklanka mleka	200	7	8	10	144
	4 sucharki troponowe	25	6	2	17	113
8	1 szklanka kawy z mlekiem i cukrem .	200	1	2	3	35
	2 bułki z masłem	125	9	20	70	502
11	2 jajka	45	12	10	—	142
	1 szklanka mleka	200	7	8	10	144
1	Zupa: rosół z ryżem lub kaszką; krupnik z kartoflami	250	1,5	8	30	203
	Sztuka mięsa (1/2 f. surowego)	90	27	6	—	166
	Pieczeń wołowa, cielęca; kotlet lub t. p. (1/2 f. surowego)	110	25	7	—	167
	Jarzyzna (lub kompot)	150	2	1	50	222
4 1/2	1 szklanka mleka	200	7	8	10	144
	Kawałek chleba lub bułka z masłem . .	60	4	10	35	252
7	Mięso na zimno (pieczone, kotlet) . .	110	25	7	—	167
	1 bułka	55	5	0,5	33	161
9	1 szklanka mleka	200	7	8	10	144
	4 biszkopty troponowe.	25	6	2	17	113
	Co czyni przeciętnie na dobę	—	151,5	107,5	295	2819
	(nie licząc troponu, dodawanego ad libitum do potraw, ewent. tranu, napojów wyskok., słodyczy i t. p.).					

W razie dyspepsji.

Godzina	Po zważeniu, obliczone podług Dettweilera (Leyden. Hb. d. Ernährungstherapie. 1898, II.)	Wagi	Białka	Tłuszczu	Wodan. węgla	Ciepłostek
		G r a m y				
7	1 szklanka mleka	200	7	8	10	144
	4 sucharki troponowe	25	6	2	17	113
8	Kleik	175	6	4	35	205
	1 bułka	55	5	0,5	33	161
10	2 jajka	45	12	10	—	142
	1 szklanka mleka	200	7	8	10	144
12	1 szklanka mleka	200	7	8	10	144
1	Zupa	250	1,5	8	30	203
	Sztuka mięsa	45	13	3	—	81
3	1 szklanka mleka	200	7	8	10	144
	4 sucharki troponowe	25	6	2	17	113
5	2 jajka	45	12	0,5	33	161
7	Kleik z bułką	230	11	4,5	68	366
9	1 szklanka mleka	200	7	8	10	144
	4 biszkopty troponowe.	25	6	2	17	113
	Co czyni przeciętnie na dobę	—	113,5	74,5	300	2383

REFERATY.

Wolff. Roentgenografia wobec nieszczęśliwych wypadków.

Przedsiębiorca budowlany S., dźwigając deskę na wysokości piętra, pada na belkę, uderzając lewym bokiem o jej kant. Przewieszony niejako przez belkę i przygnieciony deską, podnieść się nie jest on w stanie i musi wyteżać wszystkie swe siły, aby nie spaść na dół. Jak długo trwa ta sytuacja fatalna, z której go towarzysze dopiero uwalniają, poszkodowany sprawy sobie nie zdaje. Zaraz po wypadku S. czuje ból dotkliwy w lewej połowie tułowia, tudzież dostaje chrypki. Ta ostatnia następnie nieco ustępuje, aczkolwiek nie zupełnie, ból się natomiast wzmaga, rozszerzając się z biegiem czasu na całą okolicę ramienia lewego. Stan swój poszkodowany uważa za bezpośrednie następstwo wypadku, na co lekarze, wobec braku wszelkich zmian namacalnych, przystać nie chcą. Powołany do wydania swej opinii we trzy kwartały po wypadku autor wyczerpuje cały zasób wszelkich możliwych metod badania, bez wszelkiego wyniku; wreszcie, ucieka się do promieni Roentgena. Ku wielkiemu jego zdziwieniu tuż przy lewym brzegu mostku pomiędzy 3 i 4 żebrem ukazuje się cień półkolisty, wielkości orzecha laskowego, który zwiększa się i zmniejsza w tem samym co i serce tempie. Był to więc tętniak, najprawdopodobniej z łuku aorty wychodzący. Miałże by takowy powstać za sprawą i w bezpośrednim następstwie wypadku wyżej opisanego? Autor odpowiada na to twierdząco, podając za przyczynę wysiłek, z jakim się poszkodowany trzymać belki musiał; z tchem zapartym miał on wtedy całą swą myśl skierowaną ku temu, aby się jej utrzymać. Wskutek zamknięcia głośni i rozrzedzenia powietrza w piersi, aorta wytrzymać musiała ciśnienie ogromne, które z łatwością spowodować mogło nadpęknięcie jej ściany, zwłaszcza jeśli poprzednio już takowa była nieco nadwężoną.

(Mon. f. Unfallhlknde N. 5, 1898).

J. Watten.

Hahn. Do sprawy badania chorych po urazie. Hahn obmyślił dla wymierzania mocy kończyn górnych dwa bardzo proste i tanie przyrządy, które mogą oddać znaczne przysługi przy ocenie stopnia zdolności do pracy. Pierwszy z nich służy do oznaczenia siły zginaczy i rozginaczy przedramienia. Składa się on z następujących części: 1) zwykłej wagi sprężynowej o skali do 25 lub 50 kilogramów, 2) z dwóch bloków, które za pomocą śrubki można przymocować do ściany lub podłogi i 3) z rączki oraz sznurów. Waga zostaje przymocowana do ściany; od dolnego jej końca odchodzi sznur, który zostaje przeprowadzony przez blok, przyśrubowany do podłogi, i łączy się z rączką. Dla wymierzenia siły zginaczy należy badanego osobnika posadzić na krześle twarzą do wagi i dać mu do trzymania rączkę przyrządu w ten sposób, aby przedramię było zgięte w stawie łokciowym pod kątem prostym, a ramię równoległe do sznura. Jeśli w tem położeniu chory zacznie z całej siły ciągnąć rączkę, wtedy strzałka na wadze wskaże w kilogramach siłę zginaczy, które były czynne przy tym ruchu.

Dla wymierzenia siły rozginaczy, należy sznur przeprowadzić przez blok, przyśrubowany do ściany na wysokości barku siedzącego chorego. Badana osoba siada tyłem do przyrządu i ciągnie za rączkę, trzymając kończynę w tem samym położeniu, co poprzednio. Strzałka wskaże siłę mięśni wyprostnych, czynnych przy tym ruchu.

Do oceny siły zginaczy palców służy następujący przyrząd: do deszczułki wysokości 140 ctm. przymocowaną jest tej samej wysokości rurka szklana grubości 7—8 ctm. i zgięta na dole pod kątem prostym; na dolny jej koniec nasadzony jest balon gumowy objętości 100 ctm., wypełniony rtęcią. Gdy badany osobnik powoli i silnie ścisną balon, rtęć podnosi się w rurce do pewnej wysokości, którą odczytujemy na wymienionej deszczułce, zaopatrzonej w podziałki centymetrowe. Przyrządem tym można też wymierzać siłę oddzielnych palców.

(Mon. f. Unfallhlknde N. 1, 1898).

A. Tampowski.

Schmaus. Obecny stan nauki o wstrząsie rdzenia kręgowego.

W ostatnich czasach powątpiewają o istnieniu czystego, niepowikłanego „wstrząsu rdzenia“; zbyt często bowiem nasuwa się wielkie prawdopodobieństwo współistnienia wybicia (distorsio) kręgow, ze zgnieceniem rdzenia, wywołującym przemijające zmiany anatomiczne, lub współistnienia krwawień wywołanych przez rozciągnięcie rdzenia; S. na zasadzie własnych doświadczeń dochodzi do wniosku, że jednak nie należy odrzucać wstrząsu jako jednostki chorobowej; do powyższych zmian, spotykanych przy wstrząsie, dodaje S.: urazową martwicę komórek nerwowych rdzenia i—uszkodzenia tkanki z powodu ucisku przez płyn rdzenia kręgowego, którego ciśnienie ulega podczas urazu zmianom.

(Münch. M. Woch. 1899, N. 3).

E. Levy. Zapalenie opon mózgowych po urazach. O zapaleniu opon mózgowych po urazie części ciała od głowy odległych mówi L., na zasadzie trzech przypadków własnych i kilku obcych: 1. Po urazie części odległych od czaszki może powstać przerzutowe zapalenie opon mózgowych jako jedyny objaw ropnicy lub posocznicy. 2. Wysiłek w tym razie nie zawsze bywa ropny. 3. We wszystkich badanych przypadkach znaleziono w wysięku paciorkowce. 4. Jeśli podejrzujemy związek między urazem a tem cierpieniem, należy wysięk zbadać bakterjologicznie: wykazanie paciorkowców przemawia za etiologią urazową (przerzut ropnicowy), znalezienie dwoinek Fraenkela, za sprawą samoistną.

(Bruns. Beiträge. XXIII, I. str. 183).

Krafft-Ebing. Drżączka porażenna z powodu urazu mechanicznego.

Na 100 spostrzeganych przypadków tego cierpienia w 7 (4 m. i 3 k.) upatruje przyczynę w urazie. Postać urazowa drżączki rozpoczyna się objawami ze strony części ciała dotkniętej urazem (jeśli objawy zachynają się od kończyny dolnej—przypadek jest zawsze urazowym). Powstaniu sprzyja swoiste usposobienie, a nie przedwczesne stwardnienie naczyń, ani też siła urazu lub przestrah. Czy zap. nerwu wstępujące stanowi ogniwo pośrednie—dotąd niewiadomo, jak również, czy mamy do czynienia z objawami obowodowemi czy też ośrodkowemi. Przebieg niezem się od zwykłego nie różni; charakterystycznym

było stężenie, gdy drżenia czasem wcale nie było; okres utajony trwał kilka dni do paru miesięcy; w jednym przypadku od urazu minęło sześć lat, a zaliczył go tu autor, ponieważ objawy rozpoczęły się od miejsca urazu, w którym ból istniał przez te całe sześć lat.

(Wiener. kl. Woch. 1899 N. 2).

Howell. Fosfaturja a leczenie złamań. Wyrażna fosfaturja wskazuje, że uszkodzony narząd jeszcze wymaga spokoju; w tym razie wskazanem jest podawanie kwaśnych soli fosforanowych, ponieważ one sprzyjają zrastaniu się kości. H. w 12 przypadkach sprawdził zwiększoną, nieraz w czwórnasób, ilość wydzielanego kw. fosfornego po złamaniach; jest to tem dziwniejsza, że brakowało fizjologicznego bodźca, normującego wydzielanie kw. fosf.—pracy mięśniowej, gdyż chorzy pozostawali w spokoju.

(Mon. f. Unflhlknde Ref. 1899 N. 1).

WIADOMOŚCI DROBNE.

— O leczeniu krwotoków płucnych u suchotników mówi Blumenfeld (Diätet. u. Hyg. d. Schwindsüchtigen). Krwotok powstać może zarówno dzięki przekrwieniu czynnemu, jak i z powodu przekrwienia zastoinowego; zastoiny w płucu gruźliczem są skutkiem wyłączenia z krwiobiegu licznych naczyń włoskowatych; krwawienie zastoinowe bywa najczęściej krw. żylnem; taki krwotok podejrzewać wolno, jeśli przy tętnie małym, słabem, świeżo wyksztuszona krew jest jasno czerwona (przy objawach zastoju w żyłach jarzmowych i żyłach skóry na piersi, wzmocnionym 2 tonie tętn. płucn. i granicy serca przesuniętej na prawo). W tym razie nie należy dawać sporyszu, hydr. canad., bo środki te nie skurczą żył płucnych, zwężają natomiast tętnice ciała, przez co utrudnią odpływ krwi z przekrwionych płuc. Jedyne środki wzmacniające działalność serca (naparstnica, strofant) są tu wskazane. Bardzo ważnym środkiem pomocniczym jest obwiązywanie kończyn, by zmniejszyć ilość krwi, dopływającej do płuc; ucisk, za po-

mością opasek wywierany na kończyny, powinien utrudnić odpływ krwi żyłnej, nie utrudniając przepływu krwi tętniczej (sprawdzać tętno); opaski należy po $\frac{1}{2}$ —1 godzinie zdjąć. Działanie, przy krwotoku, stężonego roztworu soli polega na tem, że wywołuje wzmoczone przesiąkanie ze krwi do światła żołądka i kiszek, więc zgęszczenie krwi.

Dieulafoy (Man. de path. int.) za najlepszy środek przy silnym krwotoku płuc uważa prostek wymiotnicy, w dawce 2,0 na raz.

Pentzoldt (Hb. der Spec. Ther.) zaleca w uporeczywych przypadkach wziewanie 1 — 2% roztworu półtorachlorku żelaza. Działanie stężonego roztworu soli tłumaczy w ten sposób, że podrażnienie błony śluzowej dróg trawiennych wywołuje drogą odruchu skurcz naczyń płucnych.

— U 300 noworodków, u których stosował zabieg Credé'go (2% saletrzan srebra do oczu) widział Cramer zawsze odczyn: „argentera-katarrh“ z wydzieloną występował

w 96 na 100 przypadków, w 73 wydzielina przetrwała 5 dzień życia; w ciągu pierwszych 24 godzin wydzielina była jałową, po tym czasie znajdował drobnoustroje (gronk.

biały i żłocisty, bac. xerosis). W jednym przypadku zjawiała się, pomimo Credé'go, conj. gonorrh. dziesiątego dnia.

Cent. f. Gyn. 1899. № 9.

KRONIKA.

Wspomnienie pośmiertne.

Ś. p. Salezy Bursztyński.

Urodził się w r. 1820, w Dankowie (pow. Wieluński), zmarł w lutym r. 1899-go w Częstochowie. Jako trzynastoletni sierota wyjechał o własnych siłach do Kalisza, gdzie ukończył cztery klasy gimnazjalne, utrzymując się z lekcji; następnie przeniósł się do Warszawy gdzie ukończył szkoły średnie, poczem poświęcił się nauczycielstwu, a uciuławszy trochę grosza powędrował do Berlina, gdzie wstąpił na wydział lekarski; wkrótce, dla braku środków utrzymania, przeniósł się do Wrocławia i tu, w r. 1848, ukończył wydział lekarski ze stopniem doktora medycyny. Wróciwszy do kraju osiadł w Działoszynie (pow. Wieluński), następnie zaś, w r. 1851-ym, przeniósł się do Częstochowy, gdzie już pozostał do końca życia. W ciągu pięćdziesięcioletniej przeszło praktyki cieszył się opinią dobrego lekarza, szczególnie zaś był wzięty jako pedjatra. W ostatnich latach życia dotknięty był ciężko na słuchu i wzroku, ale warunki materjalne nie pozwoliły mu na odpoczynek; zmarł z powodu uwiadu starczego, a jeszcze na kilka tygodni przed śmiercią zajmował się praktyką.

Napisał: 1) „O cholerze skórnej czyli potnej.“ „Tyg. Lek.“ 1856. 2) „O cholerze w okręgu częstochowskim w roku 1855.“ „Tyg. Lek.“ 1856. 3) „O dławcu czyli krupie.“ „Tyg. Lek.“ 1859. 4) „O cholerze w r. 1866“ (kor. z Częstochowy). „Klinika“ 1867. 5) „Kilka uwag o użyciu bromu i bromku potasu.“ „Klinika“ 1869.

Edward Kohn.

— Na kongres w celu zwalczania gruźlicy jako choroby ludowej (Berlin, Maj 1899) zapowiedziano następujące odczyty; Köhler—Znaczenie gruźlicy jako choroby ludowej; Krieger—O stosunku między warunkami życia a gruźlicą; Gebhardt — Gruźlica wśród ludności, podlegającej ubezpieczeniu; Schjerring — Gruźlica w armji; Bollinger — Gruźlica u zwierząt domowych; Flügge — Lasecznik gruźliczy w stosunku do gruźlicy; C. Frän-

kel—Sposób przenoszenia zarazka; Pfeiffer—Zakażenie mięszone; Löf-
fler — Dziedziczność, odporność i skłonność; Roth—Zabiegi ogólne przeciw gruźlicy; Heubner—Zapobieganie gr. w wieku dziecięcym; Kirchner — Małżeństwa; Rubner — Warunki mieszkalne i warsztatowe; Leube — Szpitale; Virchow — Żywność; Curschmann — Uleczalność gruźlicy; Kobert — Środki terapeutyczne; Brieger—Tuberkulina i jej podobne przetwory; H. We-

ber—Lecznictwo klimatyczne; Detweiler—Leczenie higieniczno-djetyczne i zakładowe; Leyden—Rozwój lecznictwa w uzdrowiskach; Meyer—Podstawy finansowe i prawne przedsiębiorstw lecznictwa ludowego; Friedberg—Współdziałanie „Kas chorych“ i ich lekarzy; Schmieden—Budownictwo uzdrowisk; Werner—Urządzenie i administrowanie uzdrowisk ludowych, wyniki leczenia; Pannwitz—Opieka nad rodzinami chorych i nad wypisanymi z uzdrowisk.

(Deut. Cent. Kom. z. Err. v Heilst. f. Lung.).

— Jak donoszą pisma codzienne, podczas choroby jednego z kolegów, który zmarł przed paru tygodniami po kilkunastu latach pracy zawodowej, ludność miasteczka, w którym praktykował, składkę na jego korzyść urządzała, a po śmierci miasto uchwaliło wdowie zasiłek pieniężny (300 rub.).

Ten świeży fakt świadczy ponownie, jakim dobrodziejstwem byłaby nieraz kasa samopomocy, o której pisał kol. Grodecki w numerze lutowym „Czasopisma.“

— W pracowni rozbiorowej przy Warszawskiem Tow. Farmaceutycznym dokonano w r. 1898 rozbiorów: chemiczno - fizjologicznych 107, technicznych 65, produktów spożywczych 24, wody 65, bakterjologicznych 13, farmaceutycznych 32. (Wiad. farm. 1899 N. 3).

— W szkole czteroklasowej miejskiej J. Lamparskiego, w Częstochowie, słuchają uczniowie najstarszej klasy wykładów higieny. Wykładającym jest kol. Pietrasiewicz. (Zdrowie 1899, N. 161).

— „Tydzień piotrkowski“ słusznie zwraca uwagę na jedną palącą kwestję, która się wyłoniła po wprowadzeniu monopolu. Kwestją tą jest *policyjno-lekarska kontrola dobroci piwa*, którego teraz wielokroć więcej się spożywa, aniżeli przed rokiem. Przy istniejącym braku kontroli powstać ztąd może wielka krzywda dla zdrowia ogółu, zwłaszcza niezamożnego, pijącego tani wyrób, najeźściej ulegający zafalszowaniu.

— „Kijowskie towarzystwo waliki z chorobami zakaźnymi“ ogłasza *konkurs na 3 popularne broszury*, napisane na takie tematy: 1) o błonicy; 2) zaraza i jak się jej strzedz; 3) o tyfusach. Nagroda za każdą broszurę wynosi rubli sto.

(Rus. Arch. Patolog. VI, 6)

— W Szkocji wydano prawo, mocą którego właściciele obór będą wynagradzani przez państwo za straty, jakie poniosą z powodu zabronienia sprzedaży mleka, w razie choroby kogoś z obsługi lub choroby krów.

(Zt. f. diät. ü. phys. Th. II, 2).

— 25 do 30 września r. b. odbędzie się w Brukselli pierwszy Zjazd międzynarodowy lekarzy towarzystw ubezpieczeniowych (na wypadek śmierci lub zdarzenia nieszczęśliwego). Na porządku dziennym będą, między innymi, tematy następujące: nerwice urazowe; statystyka; ujednostajnienie formularzy; tajemnica lekarska i t. p.

Komitet Redakcyjny: J. Bireneweig, B. Handelsman, K. Jasiński, K. Jonscher, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, C. Staankiewicz.

Wydawca: Dr. J. Koliński.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою. Г. Лодзь, 18-го Марта 1899 г.

W drukarni K. Kolińskiej, Łódź, Średnia 23.