
CZASOPISMO LEKARSKIE

O wpływie zażywania tabaki na oczy.

Podał Dr. med. J. Koliński.

Nadmierne palenie tytoniu, głównie pod postacią cygar, powoduje, jak wiadomo, zatrucie nikotyną. W narządzie wzroku zatrucie to przejawia się najczęściej pod postacią swoistego niedoślepu tytoniowego (Amblyopia nicotinicæ) w połączeniu z centralnymi mroczkami, kureczami akomodacji, zwężeniem źrenic i t. d. Wybroczyny krwawe do naczyńki, zapalenie nerwu wzrokowego oraz porażenie nerwu okoruchowego należą do rzadszych przypadłości tegoż zatrucia. Wpływ zatrucia tytoniem na cały ustrój, jak i specjalnie na oczy, wyświetliła obfita literatura toksykologiczna i okulistyczna. Jedynie wpływ tytoniu pod postacią tabaki do zażywania — na oczy nie był w literaturze okulistycznej nowszych czasów dostatecznie uwzględniony, pomimo to, iż zażywanie w ciągu dłuższego czasu tabaki powoduje tyle zmian w przewodzie łzowo-nosowym, na powiekach i rogówce, iż całokształt tych objawów chorobowych godzien jest samodzielnego opisu — zasługuje na zajęcie osobnej rubryki przynajmniej pod względem przyczynowym.

Tytuń, jako tabaka do zażywania, nie działa swą niewielką zawartością nikotyny, lecz wywołuje zmiany, zależne raczej od miejscowego, drażniącego działania na błonę śluzową nosa.

Tabakę wyrabiają z najgrubszych części liści lub wprost z odpadków tytoniowych, dokładnie sproszkowanych, zaprawionych aromatycznymi zaprawami („sosami“) i poddanych swoistej fermentacji, po której proszek suszą i podsmażają czyli podsmażają. Przy tych rekozynchach tytuń traci wprawdzie większą część tak nikotyny jako też i olejków eterycznych, jednakże zawiera ich i potem dosyć, by drażnić błonę śluzową nosa i powodować odruch „kichania“ u osób nieprzywykłych do zażywania. Podrażnienie, wywołane jednorazowem zażyciem

tabaki wkrótce przemija; zażywanie zaś częste i w ciągu dłuższego czasu wywołuje przewlekły nieżyt błony śluzowej, wyściełającej wewnętrzną powierzchnię nosa. Jak wiadomo, na zewnętrznej ścianie przestrzeni nosowej poniżej przymocowania dolnej muszli znajduje się otwór kanału łzowo-nosowego. Ma on kształt już to podłużnego owalu lub wprost szczeliny, zakrytej fałdami błony śluzowej. Długość kanału, od początku, w woreczku łzowym, do ujścia w nosie wynosi od 12 do 24 milimetrów, co zależy od tego, czy on kończy się tam, gdzie i właściwy kanał kostny, lub też czy idzie niżej pod błoną śluzową nosa (*pars cutanea v. membranacea*). Wewnątrz kanał wysłany jest przez nabłonek cylindryczny, według niektórych migawkowy. Pokrywa on właściwą błonę śluzową, składającą się z retykularnej tkanki łącznej, obfitującej w liczne komórki limfatyczne. Zewnętrzną warstwę ścianki kanału łzowego stanowi właściwa okostna przewodu kostnego. Pomiędzy zaś temi dwiema warstwami znajduje się splot żylny, stanowiący rzeczywistą tkankę jamistą, która jest właściwie dalszym ciągiem ciał jamistych muszli nosowych.

Łatwo zrozumieć, iż przy takiej anatomicznej budowie kanału łzowo-nosowego wszelkie bodźce, wywołujące przekrwienie czy też nieżyt błony śluzowej nosa powodują zamknięcie wylotu nosowego kanału łzowego. Z drugiej strony, przekrwienie i nieżyt błony nosowej, szerząc się na błonę przewodu łzowego, powodują zwężenie jego światła lub też zupełne tegoż zamknięcie. To też widzimy, iż każdy przewlekły nieżyt nosa, czy to na tle np. zółzów, czy też u osobników konstytucjonalnie zdrowych, bywa wikłany przez cierpienia dróg łzowych z ich następstwami.

Jak już wspomniałem, zażywanie tabaki wywołuje przewlekły nieżyt nosa i ten stan błony śluzowej nosa przenosi się i na przewód łzowy, a następstwem tego jest: łzawienie wskutek niedrożności kanału łzowo-nosowego. Ta stopniowo rozwijająca się niedrożność przewodów łzowych sprawia, że oczy ulegają swoistym zmianom, a typowego „tabaczarza“ można poznać już na odległość. Oczy tych ludzi zwykle bywają „łzawe“, „wilgotne“, powieki zaczerwienione, brzegi ich zgrubiałe, zwykle pokryte strupami; rzęsy rzadkie, nieprawidłowe, albo zupełny ich brak. Powieka dolna często odwinięta na zewnątrz (*ectropion*) częściowo lub na całej długości. Stanowi takiemu zwykle towarzyszy typowy przewlekły nieżyt spojówki. Na rogówce — nadbrzeżne szare, zapalne ogniska lub powierzchowne owrzodzenia, albo też ograniczone zmętnienia — ślad zagojonych owrzodzeń.

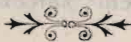
Tacy chorzy przynoszą zwykle do lekarza całe paczki recept maści, kropel, przymoczek i t. p. To wszystko było już wypróbowane

z mniejszym lub większym, a zawsze przemijającym skutkiem. Inni znów tak się oswiają z tym stanem chorobowym oczu, iż zjawiają się poprostu tylko z przyczyny jakiegoś poważniejszego powikłania lub też zmuszeni do tego przez otoczenie. Są to prawie wyłącznie mężczyźni, przeważnie ludzie starsi wiekiem, należący do klasy uboższej, rzemieślnicy, handlujący, włościanie.

Nie twierdzą, iż każdy „tabaczarz“ musi chorować na oczy. Przeciwnie, znam ludzi, dziesiątki lat zażywających tabakę, a jednakże nie przedstawiających żadnej z powyżej wymienionych zmian chorobowych. Są to jednak wyjątki. Musi tu widocznie odgrywać rolę różnica tak w formie samego wylotu nosowego kanału łzowego, jako też w długości i budowie samego przewodu. Jeśli otwór nosowy ma postać szczeliny, schowanej między fałdami błony śluzowej nosa, lub też tam, gdzie on przedłuża się po wyjściu z kanału kostnego, zwężenie daleko jest łatwiejsze, mianowicie przy obecności w świetle kanału anormalnych poprzecznych fałdek w formie zastawek (np. t. zw. zastawka *Bérauda*). Naturalnie mogą tu odgrywać rolę i inne czynniki, zależne od ogólnego stanu osobnika, jego zajęcia, sposobu życia, częstości zażywania, gatunku tabaki i t. p.

Niekiedy jednak spotykają się u „tabaczarzy“ i daleko posunięte zmiany chorobowe dróg łzowych (jak np. śluzotok worka), które stają się punktem wyjścia groźnych dla oka zapaleń rogówki, pochodzenia drobnoustrojowego (*Hypopyonkeratitis*), kończących się w najlepszym razie bielmem rogówki, a często i zanikiem gałki ocznej.

Do liczby przesądów w lecznictwie ludowym, dotąd tak troskliwie pielęgnowanych, szczególnie wśród ludności wiejskiej, należy i zażywanie tabaki przy chorobach oczu, — przesąd podtrzymywany przez dawniejszych lekarzy. Głęboka prowincja dziś jeszcze dostarcza pacjentów, pamiętających lekarzy z początku bieżącego stulecia i z ich porady zażywających tabakę przeciw cierpieniom oczu. Pomijam tu sprawę, na czem opierali dawni praktycy swoje zaufanie do tabaki, jako środka leczniczego, oraz przy jakich formach chorobowych ją zalecali. To tylko pewne, że przepis lekarski, ongi ugruntowany na współczesnych poglądach patologicznych, stał się dziś szkodliwym zwyczajem ludowym i wypada nam dziś walczyć z poglądami naszych poprzedników, tak jak walczyliśmy z innymi szkodliwymi praktykami leczniczymi, wśród ludu zakorzenionymi.



Kilka słów o znieczulaniu miejscowem.

Podał Dr. med. A. Krusche.

Zdobycz naszego stulecia — ogólne odurzenie (narkoza) nigdy nie straci swego znaczenia; aby ulżyć choremu przy bolesnych i długotrwałych operacjach stosować je będziemy zawsze. Gdy jednak do niedawna stosowano je *larga manu*, często zdarzające się z tego powodu wypadki śmierci spowodowały ograniczenie stosowania tego zabiegu, który zastąpiono znieczulaniem miejscowem.

Miejscowe znieczulanie starano się osiągnąć różnemi drogami. Już oddawna w tym celu stosowano ucisk na nerwy czuciowe doprowadzające do miejsca poddanego operacji, stosowano mocne owijanie kończyn, lecz, nie otrzymawszy pożądanego skutku, metody te zarzucono. W roku zeszłym Kofmann¹⁾ zaczął ostatnią metodę ponownie stosować, nakładając powyżej miejsca operacji przewiązkę Esmarcha. Znieczulenie wprawdzie otrzymał, lecz kosztem zbyt znacznego bólu w miejscu nałożenia przewiązki, którą nadzwyczaj silnie ścigać trzeba, i — w jednym przypadku — kosztem zgorzeli palucha.

Do dodatnich czynników doszli ci, którzy używali oziębienia w celu miejscowego znieczulenia. Sposób ten znali już Larrey i Hunter; Arnolt w tym celu używał mieszaniny soli kuchennej i lodu. Więcej znanym i obecnie jeszcze stosowanym jest sposób Richardson'a, polegający na rozpylaniu szybko ulatniających się ciał, jak np. eteru siarczanego. W ten sam sposób działa obecnie używany chlorek etylu. Te wszystkie ciała działają jednakowoż tylko na krótko i bardzo powierzchownie. Z tego powodu stosować je możemy tylko w przypadkach, w których na krótkotrwałym rękoźynie ograniczyć się można. Ale nawet i w tych przypadkach nie zawsze powinniśmy tego sposobu się chwycić, gdyż, np. przy zapaleniu skóry, ból, wywołany przez środek oziębiający, często jest większy, niż ból, który sprawia sam rękoźzyn. Bardzo często dodatnie działanie tych środków ogranicza się na sugestji.

Próbowano też za pomocą wstrzykiwań podskórnych i śródmiąższowych osiągnąć miejscowe znieczulenie. Wstrzykiwano najprzeróżniejsze związki, że wspomnę tylko saponinę i erythrofleinę. Znieczulenie rzeczywiście otrzymywano, lecz kosztem znacznych bólów, występujących przed nastąpieniem znieczulenia. Nazwano ten sposób

¹⁾ Bntleere als Lokalanästhesie. Centralblatt für Chirurgie. 1898. № 40.

znieczulania anaesthesia dolorosa, a Liebreich dowiódł, że jeżeli będziemy zwracali uwagę tylko na wynik ostateczny, t. j. na końcowe znieczulenie, takich ciał znieczulających bez liku znajdziemy; do tych nawet przekroploną wodę zaliczyć należy; więc i te sposoby zarzucono. Dopiero wynalezienie kokainy znów je wróciło do życia i rozkwitu: wszędzie i wszyscy zaczęliśmy stosować kokainę, jednak, na nieszczęście, w zbyt znacznych dawkach. Stosowano rozezyny 2—10%. Najwięcej przyczynili się do rozpowszechnienia kokainy i wyrobienia techniki znieczulania przy pomocy tego środka: Landerer, Woelfler i Reclus. Dwaj pierwsi zredukowali wkrótce rozezyny do 4—5%, Reclus nawet do 1—2%. Pomimo tego praktyka coraz to więcej zwiężała zakres wskazań do użycia tego środka. Jedynie okuliści i specjaliści chorób nosa i gardła stosowali i nadal kokainę na błony śluzowe.

W całym tym okresie stosowano kokainę w dawkach (do 1,5 gr.), zagrażających życiu. Sam Reclus zebrał wkrótce po wprowadzeniu tej metody 17 przypadków ze śmiertelnem zejściem. Ja sam miałem sposobność obserwowania dwóch cięższych przypadków otrucia kokainą. Pierwszym objawem, na który chorzy zwrócili uwagę, była utrata wzroku, drugim — utrata słuchu: później następowało ogólne znieczulenie, a ostatecznie utrata przytomności. U moich chorych objawy otrucia ustąpiły po krótkim czasie (po 5 i 15 minutach).

W literaturze polskiej mamy z owych czasów obszerną pracę Gabryszewskiego, który opisuje wyniki stosowania kokainy w 2000 przypadkach: G. stosował rozezyny 3—5%. Przy stanach zapalnych zbliżał się do miejsca operacji ze strony części zdrowych, w które pierwsze zastrzyknięcia robił.

Ponownie została uwaga wszystkich zwrócona na kokainę z chwilą wystąpienia Schleicha¹⁾. Słowa te kreślę, aby zwrócić jeszcze raz uwagę jak najszerzych kół na metodę tego autora, by pomódz w wywalczeniu jej uznania, na jakie ze wszech miar zasługuje.

Schleich, uznając znakomite własności kokainy i widząc, że błąd w jej stosowaniu polega na zbyt znacznem stężeniu używanych roztworów, rozpoczął swoje doświadczenia od określenia najslabszego działającego jeszcze roztworu kokainy, zastrzykniętego w skórę. Skórę wybrał jako najczulszą część naszego organizmu. Pokazało się, iż roztwór wodny 0,02% jest jeszcze w stanie wywołać znieczulenie bez uprzedniego wywołania bólu: w ten sposób wywołane znieczulenie ograniczonym jest wyłącznie do miejsca nacieczenia. Tak samo działają

¹⁾ Schmerzlose Operationen. Berlin 1894.

podług doświadczeń Schleicha, rozczyzny 3^o/_o cukru, 3^o/_o kali bromati, 0,1^o/_o morfiny i 0,2^o/_o soli kuchennej. Szczególnie ważne są doświadczenia Schleicha z 0,2^o/_o rozczyntem soli kuchennej, t. j. płynem zbliżonym do składu fizjologicznego rozczyntu tego ciała. Płyn ten w zdrowych tkankach wywoływał zupełne znieczulenie. Jeśli miejsce podlegające operacji było w stanie zapalnym — natenczas trzeba było dodawać narkotyku. Łącząc na tej zasadzie kokainę z 0,2^o/_o roztworem soli kuchennej Schleich przekonał się, iż nietylko 0,02^o/_o kokainy, lecz połowa tej ilości, t. j. 0,01^o/_o wystarcza, aby otrzymać zupełne znieczulenie podczas zastrzykiwania płynu i podczas operacji. Przy bardzo znacznej nadszłości tkanek występowały jednakowoż bóle, tak przy wstrzykiwaniu płynu, jak i po operacji; te bóle udało się usunąć przez dodawanie nieznaczej ilości morfiny. Na zasadzie tych doświadczeń S. wprowadził do praktyki mieszaninę, zwaną powszechnie płynem Schleicha. Ponieważ ten płyn łatwo się psuje, S. dodaje doń po kilka kropel 5^o/_o rozczyntu kwasu karbolowego; wszakże najlepiej płyn Schleicha przygotowywać na poczekaniu.

Działanie płynu swego Schleich sprowadza nietylko do działania chemicznego ciał rozpuszczonych w płynie, t. j. soli kuchennej, kokainy i morfiny, lecz głównie do tego, iż dana część ciała przez sztuczne nacieczenie pozbawiona zostaje krwi, co samo już wpływać musi na zmniejszenie czułości; jednocześnie ta część znajduje się pod większem ciśnieniem, działającym i na nerwy i zmniejszającym ich zdolność przewodnictwa. Pewien wpływ na powstanie znieczulenia wywiera też i niższa, w porównaniu z ciepłotą ciała, ciepłota płynu. Płyn Schleicha ogrzany traci swe swoiste własności. Zalety płynu Schleicha są następujące: 1) Bezbolesność; bolesnem mogłoby być pierwsze wprowadzenie w skórę igły, lecz i to można uczynić niebolesnem przez znieczulenie odpowiedniej części skóry za pomocą eteru, chlorku etylu, lub kropli stężonego kwasu karbolowego. 2) Nieszkodliwość, gdyż ilości używanej kokainy i morfiny nigdy nie dochodzą do dawki maksymalnej. 3) Trzecią zaletę swego płynu widzi Schleich w tem, że znieczulenie ogranicza się ściśle do nacieczonej tkanki.

Przy stosowaniu zwykłych ostrożności gojenie się ran jest normalne; rany pozostają aseptyczne, rychłozrost zwykle się osiąga.

Schleich poleca użycie trzech roztworów, różniących się zawartością kokainy:

Najczęściej używanym jest rozczynt (oznaczony № 2), zawierający 1 część kokainy i $\frac{1}{4}$ część morfiny na 1000 części wody (Cocaini muriatici 0,1; morphii muriatici 0,025; natrii chlorati 0,2 na 100,0 wody); taki rozczynt dopiero w 50,0 wody zawiera maksymalną dawkę kokainy,

t. j. można zastrzyknąć 50 szprycek jednogrammowych Pravaza, zanim dojdziemy do granicy dozwolonej. W wyjątkowych razach, w których z różnych powodów spodziewa się Schleich nadezłości, używa swego mocniejszego roztworu (№ 1), zawierającego 2 razy tyle kokainy, co wyżej wzmiankowany roztwór, t. j. 2 części kokainy na 1000 części wody. Maksymalna dawka kokainy (0,05 gramma) zawarta jest w 25,0 tego płynu (Cocaini mur. 0,2, morphii mur. 0,025 i natrii chlorati 0,2 na 100,0 wody, № 1). Najstabszego roztworu kokainy używa Schleich, jeżeli ma operować na znacznej przestrzeni lub w znacznej głębokości i co ipso potrzebuje więcej płynu. Ten płyn zawiera 1 część kokainy w 10000 częściach wody; tego płynu dopiero 500,0 grammów zawiera maksymalną dawkę kokainy (cocaini mur. 0,01, morphii mur. 0,005, natrii chlorati 0,2, aq. destil. 100,0. № 3).

Przy znieczuleniu płynem Schleicha przygotowania do operacji niczem się nie różnią od przygotowań zwykłych. W każdym jednak razie radzą unikać stosowania okładów wilgotnych, aby nie wywołać sztucznej opuchliny skóry, która utrudnia zastrzyknięcie płynu Schleicha w skórę i może uniemożliwić znieczulenie.

Iglę strzykawki wkłówa Schleich w samą skórę (po znieczuleniu miejsca wkłócia np. chlorkiem etylu, eterem) i z początku wpycha ją równolegle do powierzchni skóry, tylko nadługość skośnego otworu igły. Wywierając lekki ucisk na tłok strzykawki wprowadza on małą ilość płynu; skóra bieleje i tworzy się na niej bąbel, jak przy oparzeniu pokrzywą. Po wyciągnięciu igły, wkłówa ją Schleich na obwodzie pierwszego bąbla w ten sam sposób, jak to uczynił za pierwszym razem, i wywołuje nowy bąbel i t. d., aż skóra na całej przestrzeni przyszłego cięcia jest pokryta szeregiem bąbli. Czekając z rozpoczęciem operacji nie potrzeba ani chwili, gdyż znieczulenie występuje z chwilą wstrzyknięcia, z chwilą utworzenia się bąbla. Mikulicz ¹⁾ radzi z miejsca każdego nakłócia wstrzykiwać płynu ile się da, aby nie narażać chorego na zakażenie przez liczne otwory nakłóć. W tym razie i Schleich radzi używać strzykawek kilkogrammowych.

Niekiedy, jak np. przy operacjach na głowie, dłoni, podszewie lub na bliznach stosowanie tej metody przy pomocy Pravaza jest trudnem, często nawet niemożliwem. W takich razach radzi Braun ²⁾ użycie strzykawki, której tłok jest poruszany za pomocą śruby.

¹⁾ Gottstein. Die Verwendung der Schleich'schen Infiltrationsanaesthesie. Berlin. Klin. Wochenschrift, 1896, № 41.

²⁾ Braun. Ueber Infiltrationsanaesthesie und regionale Cocainanaesthesie. Centrbl. f. Chir. 1897, pag. 481.

Przy znieczuleniu części ciała leżących głęboko należy przekłóć skórę w miejscu jednego z bąbli i tą drogą wprowadzić płyn do tkanki podskórnej, powięzi i mięśni, zawsze jednak pamiętając o tem, aby wszystkie części, które mają być przecięte, były nacieczone. Najgłębiej leżących części (np. okostnej) lepiej nie znieczulać poprzez skórę, lecz dopiero po przecięciu warstw powierzchownych. Kości nastrzyknąć nie można i nie potrzeba, gdyż nacieczenie płynem Schleicha okostnej wystarcza do znieczulenia odpowiadającej części kości. Jeżeli operacja nie trwała dłużej, jak 15 — 20 minut (samo znieczulenie trwa do 30 minut¹⁾), to szwy można zaraz nakładać; w przeciwnym razie trzeba przed nakładaniem szwów skórę jeszcze raz znieczulić.

Jeżeli operujemy przy istniejącej już ranie, rozpoczynamy zastrzykiwanie płynu S. przez samą ranę.

Krwawienie przy operacjach, wykonywanych przy użyciu płynu Schleicha jest zwykle nieznaczne; krwawiące naczynia podwiązujemy jak zwykle. Jeżeli skóra znajduje się w stanie zapalnym, to Schleich wstrzykuje naprzód płyn znieczulający w tkankę podskórną, resp. w głębiej leżące części zdrowe, a potem dopiero znieczula skórę, rozpoczynając w zdrowej części skóry na kilka centymetrów od ogniska zapalnego, aby nie wywołać bólów przed i podczas wstrzyknięcia. Chociaż potem ciśnienie w ognisku zapalnym się powiększa, jednakże ból już nie występuje, gdyż nerwy doprowadzające już są znieczulone.

Przy pomocy tej metody Schleich, a za nim i inni, wykonywa wszelkiego rodzaju operacje, począwszy od wyjęcia ciała obcego, przecięcia wrzodu, a kończąc na rezekejach kości i amputacjach kończyn, trzymając się, powtarzam, zawsze tej naczelnej zasady, aby każda część która ma być przecięta, przedtem była wyraźnie nacieczona.

Najtrudniej operować podług metody Schleicha na palcach, np. zastrzały, wrosnięte paznokcie i t. d. Sam Schleich przyznaje, że do wykonania tych operacji trzeba artystycznie władać jego metodą. Z tego powodu przypomniano sobie inny rodzaj znieczulenia przez nacieczenie, który Braun nazwał obszarowem znieczuleniem (*regionäre Anaesthesie*). W r. 1887 amerykański chirurg Corning zauważył, że wstrzyknięcie 4% roztworu kokainy w bliskości jakiegoś pnia nerwu czuciowego wywołuje znieczulenie we wszystkich częściach, do których nerw dochodzi, lecz tylko w takim razie, jeżeli powyżej miejsca wstrzyknięcia nałożona była przewiązka uciskająca. Oberst z Halli, opierając się na tem spostrzeżeniu, wykonał wiele operacji na palcach

¹⁾ cf. Braun l. c.

z zupełnem powodzeniem. Pernice ¹⁾ opisał szczegółowo te przypadki i ten sposób znieczulania w r. 1890. Oberst stosował 1% roztwór kokainy w taki sposób: dajmy na to, że mamy przeciąć zastrzał: nakładamy cienką przewiązkę Esmarcha (kawałek cienkiego drenu) na palec powyżej miejsca operacji, t. j. na wysokości pierwszej lub, lepiej, drugiej falangi, a tuż poniżej przewiązki (bliżej ku obwodowi) wstrzykujemy pod skórę (w samą skórę nie wstrzykujemy) w czterech miejscach, odpowiadających przebiegowi nerwów, po $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ strzykawki Pravaza roztworu 1% kokainy. Po upływie 5—10 minut możemy rozpocząć odpowiedni rękoczyn, bo cała obwodowa część palca, miękkie jego części i kość, są znieczulone.

O tym sposobie tak dalece zapomniano, że w 1894 r. Krogius podał tę samą metodę jako coś całkiem nowego. W ostatnich czasach zaczęto znów częściej tę metodę stosować, nazywając ją metodą Corninga, a raczej Obersta. Główną zaletę sposobu Obersta, w porównaniu z metodą Schleicha, wszyscy widzą w tem, że miejsce operacji pozostaje niezmienionem. Tak sądzą Honigmann ²⁾, Braun ³⁾, Arendt ⁴⁾ i inni, ale wszyscy stosują ją wyłącznie przy operacjach na palcach.

W roku zeszłym ukazała się praca Manz'a, który stosowanie metody Obersta rozszerzył na całą rękę, resp. nogę. Nakłada on przewiązkę Esmarcha nad kostką, resp. nad kłykiem i znieczula pnie nerwów doprowadzających; wyniki otrzymał dodatnie, gdyż np. jednemu choremu usunął paluch, odpowiednią kość śródstopia, podwiązał tętnicę i wyskrobał kilka ognisk w miękkich częściach — bez przyczynienia bólu.

W inny sposób rozszerzył zastosowywanie metody Obersta Hackenbruch. Połączył on kokainę z cukainą, która również znieczulająco, chociaż słabiej, niż kokaina, działa, jednocześnie zaś nie jest, podobno, trującą. Hackenbruch używa również 1% roztworu i również, jak Oberst, wstrzykuje pod skórę. Na palcach i członku męskim postępuje tak samo jak Oberst. W innych okolicach wstrzykuje płyn swój pod skórę na około miejsca operacji, nie nakładając przy tem przewiązki; po 10 minutach następuje znieczulenie i operację rozpocząć można. Sposób Hackenbrucha ma tylko ograniczone zastosowanie, gdyż jego płynu tylko 5,0 wstrzykiwać wolno, aby nie przekroczyć maksymalnej dawki. Zaletą i tej metody jest, że miejsce operacji nie zostaje zmienionem.

¹⁾ Deutsche med. Wochenschrift, 1890 № 44.

²⁾ Ueber Lokalanaesthesie. Contrbl. f. Chir., 1897, pag. 1305.

³⁾ l. c.

⁴⁾ Weitere Beiträge über regionäre Cocainanaesthesie. Contrbl. f. Chir. 1898, p. 401.

Dwie postacie zimnicy skrytej.

Podał Dr. A. Wojnicz (z Łucka).

Zimnica w Łucku jest chorobą endemiczną i objawia się pod rozmaitemi postaciami. W roku zeszłym spostrzegalem, obok postaci zwyczajnych, dwie następujące, u dzieci:

1. *Postać nerkowa.* Dziewczynka lat 6, izraelitka, z rodziny ubogiej, zachorowała w marcu 98 r. W ciągu pierwszych trzech dni zrana dostawała dreszczów, następnie gorączki z bólem głowy; leczył felczer. W tym też czasie zauważono obrzęk kończyn dolnych i górnych, i twarzy. Obrzęk z biegiem czasu wzrastał się. Piątego dnia choroby byłem wezwany do chorej. Stan chorej następujący: cała mocno zbrzęknięta, powłoki blade, oczy podbite sińcami, skarży się na ból głowy, wymioty, wstręt do jadła; w ciągu 12 godzin nie oddawała uryny, natomiast były dwa płynne wypróżnienia. Badanie lekarskie wykazało: ciepłota ciała 38,2 C., tętno 72 mocno napięte, w płucach rżężenia i świsty, brzuch duży, śledziona znacznie powiększona i bolesna przy ucisku, dolny jej brzeg wystaje na trzy palce z pod żeber, lewy płąt wątroby powiększony, okolice nerek bolesne przy wymacowaniu. Chorej groził napad mocznicy, dla zapobieżenia któremu zalecono upust krwi: sześć baniek ciętych na okolice nerek, następnie kompres rozgrzewający naokoło tułowia. W dwie godziny potem chora oddała pół szklanki uryny, w której wykazano dużo białka. Chorej zalecono: codziennie na noc 5 gr. chininy w enemie jednonunejowej, do wewnątrz — odwar kory chinowej z dodatkiem dwóch kropli solutionis ars. Fowleri na trzy unceje. Stan chorej poprawiał się codziennie, odzyskała łaknienie, obrzęki znikaly, po tygodniu śledzionę ledwo można było wyczuć, a obrzęki zupełnie ustąpiły.

Drugi przypadek u dziecka lat 4. Chłopczyk, izraelita; typowa postać zimnicy co drugi dzień; czwartego dnia wystąpiły obrzęki stóp, ilość uryny znacznie się zmniejszyła, w urynie wykryto białko. Zalecono: 4 gr. chlorku chininy w enemie raz na dzień i odwar chinowy z arsenikiem do wewnątrz. Po sześciu dniach dziecko wyzdrowiało.

2. *Postać zimnicy wysypkowa.* Dziewczynka, lat 8, dostała ziębienia, gorączki, następnie całe ciało pokryło się różowemi plamami rozmaitej wielkości, swędzącemi — rodzaj pokrzywki. W takim stanie przyniesiono mi chorą do domu. T^o ciała 39,4 C., dziecko anemiczne, pokrzywka najmocniej wystąpiła na piersi i szyji. Śledziona na 2 palce wystaje z pod żeber, bolesna na ucisk. Po zastosowaniu chininy

w enemach, w ciągu trzech dni, objawy zimnicy przeszły, a wysypka znikła. Po 4 dniach pozostawiania bez lekarstwa, objawy zimnicy powróciły, ale bez wysypki. Postacie pokrzywkowe zimnicy spostrzeżano podczas kampanji rossyjsko-tureckiej.

Jeszcze jedną postać zimnicy spostrzegalem u kilgorga dzieci — jako *erythema nodosum*. Dziewczynka lat 3, z nad Styru, zachorowała w sierpniu r. z. Objawy następujące: T^o ciała 38,9 C., dziecko skulone, nogi podkurezone, wstać ani wyprostować się nie może, ponieważ sprawiłoby to jej ból. Na nogach, na przedniej i zewnętrznej powierzchni, rzadko rozsiane jasno różowe plamy wielkości srebrnej dziesiątki i mniejsze; ilość ich na obydwu nogach nie przekraczała dwunastu, grupowały się około dużych stawów. W głębi skóry pod plamami wyczuwało się stwardnienie w postaci kulki lub ziarnka orzecha laskowego. Stawy nie były obrzmiałe, śledziona duża, inne narządy w stanie normalnym. Choroba zaczęła się przed czterema dniami: codziennie po południu ziębienie, gorączka i poty, zaś od południa dziecko czuło się niezle, biegalo. 4-go dnia choroby zjawiły się plamki różowe na nogach i ból przy ruchu. Kurację zalecono jak poprzednio: chinina w enemach i odwar chinowy z arsenikiem do wewnątrz. Na drugi dzień dziecko już mogło wstać na nogi, a po tygodniu wyzdrowiało zupełnie.

Na tem kończę opis tych paru postaci zimnicy, zaznaczając, że w praktyce dziecinnej najdogodniej jest podawać chinę w enemach, jak o tem już inni pisali. Ja używam do ławatyw roztworu chinu w wodzie ciepłej w ilości 1 gr. płynu. Pomimo, iż dziecko nawet takiej małej enemki dłużej nad kwadrans — pół godziny, nie zatrzyma w kiszce, jednak chinina zdąży się wessać i podziałać na organizm. Per os wprowadzać chinę u dzieci trudno, raz z powodu smaku, potóre często jej nie znoszą i womitują.

Co zaś dotyczy podanej kazuistyki, to należy ona do wypadków rzadko spotykanych, jakkolwiek nie są to unikaty.

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).

(Dokończenie).

Jaka to jest jednak różnica kupować lekarstwa w aptekach prywatnych, czy też korzystać z własnej apteki, niech objaśnią te parę zestawień:

Garbarnia p. Pfeifra mając 275 robotników wydaje rocznie na lekarstwa 2665,77 rubli (9 rubli 69 kopiejek na 1 robotnika), fabryka Bormana i Szwede'go przy 949 robotnikach — 3917,40 rubli (4 ruble 14 kop. na 1 robotnika), papiernia „Soczewka“ (powiat Gostyński gub. Warsz.), mając 588 robotników i korzystając wyłącznie tylko z własnej fabrycznej apteki, wydaje na środki lekarskie 1536 rubli rocznie (2 r. 61 kop. od robotnika). Można zaś napewno twierdzić, że stosunkowo w „Soczewce“ robotnicy więcej korzystają z lekarstw na koszt fabryki, niż w fabrykach warszawskich.

Rzecz prosta, że utrzymanie własnej apteki jest możliwe tylko dla większych fabryk, dla fabryk mniejszych jest to niepodobieństwem. Można by jednak temu zaradzić, gdyby parę fabryk wspólnymi siłami założyło aptekę dla swych robotników, na co zresztą prawo fabryczne zezwala. Można byłoby w takim razie wynająć gdzieś niedaleko od fabryk odpowiedni lokal, chociażby w oficynie i na piętrze. Zresztą, co do odległości od fabryki, to tem zbyt nie trzeba byłoby się krępować, ponieważ i obecnie zdarzają się takie wypadki, że np. fabryka znajdująca się w Mokotowie ma swoją aptekę w okolicy Saskiego ogrodu. Naturalnie, apteką fabryczną powinien zarządzać aptekarz.

Jeżeli by się okazało rzeczą niedogodną dla fabryki otwierać własną aptekę, to można by złemu zaradzić w ten sposób, że do apteczki fabrycznej, chociażby w takiej formie, w jakiej ona istnieje obecnie, przychodziłby o pewnej określonej porze aptekarz. W ten sposób można byłoby usunąć felczera, a lekarstwa, rzecz prosta, byłyby wtedy bez porównania lepiej przygotowane, niż są obecnie. Taka innowacja może byłaby niewykonalną na prowincji, ale w Warszawie, gdzie rokrocznie jakaś setka pomocników aptekarskich uczęszcza na kursa farmaceutyczne, tacy właśnie pomocnicy aptekarscy chętnie by się podjęli prowadzenia apteczek fabrycznych.

Przejdźmy teraz do ambulatorjów fabrycznych. W § 5 rozporządzeń Warszawskiego Komitetu do spraw fabrycznych powiedziano, że w pokoju ambulatoryjnym powinno być tyle łóżek, ile setek robotników liczy fabryka. I zaraz dalej powiedziano, że w pokoju ambulatoryjnym nie leczą, lecz podają pierwszą pomoc. Otóż stosownie do tego rozporządzenia w każdym ambulatorjum fabrycznem owa, prawem przepisana, ilość łóżek zazwyczaj istnieje. To rozporządzenie Komitetu co do łóżek jest nieracjonalne. Pokój ambulatoryjny jest to miejsce, gdzie lekarz przyjmuje ambulans fabryczny. Otóż należy wymagać, aby pokój taki był dosyć obszerny, widny i zaciszny. Zdaje mi się, że wszystkie prawie ambulatorja fabryczne tym warunkom nie odpowiadają, a powiedziałbym, że nawet w większości wypadków odpowiadać nie mogą, jeżeli tylko znajdują się w obrębie fabryki. Ziemia w Warszawie jest bardzo droga, to też każdy kawałek ziemi w fabryce jest zużytkowany, i trudno znaleźć taki zakątek, dokądby nie przenikały hałasy fabryczne. Zdarza się często, że tylko ściana oddziela ambulatorjum od oddziału maszyn, i w ambulatorjum hałas taki, że rozmówić się z chorym trudno, a naturalnie o jakimś auskultowaniu chorego już mowy być nie może. Czyby wobec tego nie lepiej

było urządzać ambulatorjum fabryczne poza obrębem fabryki w ad hoc wynajętym lokalu? Gdyby jeszcze takie ambulatorja połączyć z aptekami, to koszt napewno okazałby się mniejszym, niż obecnie nawet. Obecnie 21 fabryka (z 210) wykazują, że wydają rocznie razem 3686 rubli na utrzymanie ambulatorjum i aptek (t. j. właściwie lokalu), a przecież można byłoby urządzać wspólne apteczki i ambulatorja dla paru fabryk.

Dzięki rozporządzeniu Komitetu fabrycznego owe łózka zajmują tylko niepotrzebnie miejsce, a natomiast prawie w żadnym ambulatorjum niema możliwej poczekalni dla chorych i apteczka musi się mieścić w tym samym pokoju, co i ambulatorjum. Gdyby urządzać ambulatorja poza obrębem fabryk, to przeciętny lokal, z 3 pokoi się składający, byłby zupełnie odpowiedni. Jeden pokój byłby poczekalnią, w drugim przyjmowanoby chorych, w trzecim mieściłaby się apteka. Ten motyw, że powinno być w każdej fabryce w ambulatorjum tyle łózek, ile jest setek robotników, aby w razie jakiegoś nieszczęśliwego wypadku można było tymczasem ulokować chorych, nie wytrzymuje krytyki. Toć przecież w razie jakiejś katastrofy pomocy zazwyczaj udziela się na miejscu wypadku, gdyż często nawet przenoszenie chorego nie jest wcale pożądanę, zanim nie będzie nałożony opatrunek, np. przy złamaniach. Zresztą obecnie, gdy w Warszawie jest Pogotowie Ratunkowe, wszelkie specjalne urządzenia w fabrykach na wypadek katastrofy są zbyteczne, ponieważ Pogotowie, po udzieleniu doraźnej pomocy, natychmiast lokuje chorych w szpitalach lub odwozi do domów.

Podług ustawy fabrycznej, fabryka powinna zapewnić robotnikom bezpłatną kurację szpitalną. Fabryki prowincjonalne wydają rzeczywiście znaczne sumy na utrzymanie swoich szpitali. W Warszawie rzecz ma się inaczej. Szpitale warszawskie utrzymują się z najrozmaitszych legatów, wreszcie z podatku szpitalnego, ściąganego z mieszkańców Warszawy, a nawet z całego Królestwa, i przyjmują wszystkich. Otóż właściwie, biorąc rzecz z punktu prawnego, szpitale warszawskie nie powinnyby przyjmować robotników fabrycznych, jeżeli zaś przyjmują, to powinny wymagać wynagrodzenia odpowiedniego od fabryk. Tymczasem cała sprawa ma się inaczej i podatek szpitalny bywa ściągany z robotników, którzy przecież, według prawa, nie powinni nie płacić za swoje leczenie. Ale pod tym względem dużo jest u nas niekonsekwencji. Jako curiosum opowiem fakt, że w jednym z naszych miast gubernjalnych szpital miejski sam zwrócił się do fabryk z prośbą, aby mu przysyłało chorych, podejmując się leczyć takowych najzupełniej bezpłatnie.

Przejdźmy teraz do dozoru sanitarnego nad fabrykami. Fabryki pod tym względem mają tyłu opiekunów, że zdawałoby się, iż powinny być wzorem urządzeń higienicznych, boć przecież stanem sanitarnym fabryk opiekują się najrozmaitsi przedstawiciele władz fabrycznych, administracyjnych, policyjnych, wreszcie lekarze miejscy, powiatowi itd.

Obecnie podobno powstał projekt, aby utworzyć wśród inspektorów fabrycznych specjalnych inspektorów sanitarnych. Wiele fabryk doświadczyło całej niedogodności posiadania tyłu opiekunów, a z tem

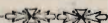
wszystkiem hygiena fabryczna pozostawiała i pozostawia bardzo wiele do życzenia. Zdaje mi się, że najprostszym rozwiązaniem tej kwestji byłoby przyznanie kompetencji w sprawach sanitarnych fabryk lekarzom fabrycznym. Należałoby tylko zrobić lekarzy fabrycznych odpowiedzialnymi za stan sanitarny fabryk, w takim razie lekarz konferowałby ze wszelkimi kontrolerami sanitarnymi, i zarząd fabryczny miałby pod tym względem spokój, ale też, rzecz prosta, wszelkie żądania lekarza fabrycznego co do jakichś ulepszeń w fabryce, pod względem sanitarnym, powinny być przez fabrykantów spełniane.

W projekcie prawodawstwa fabrycznego, opracowanego przez specjalną komisję, ta myśl została wypowiedziana (patrz § 12). Komitet zaś moskiewski, chcąc uniknąć tego, aby ci, którzy powinni kontrolować stan sanitarny fabryk, nie zajmowali zarazem posad, podlegających własnej kontroli, powiada: „zabrania się przyjmować na posady lekarzy fabrycznych tych lekarzy, którzy na zasadzie prawa powinni pilnować sanitarnego stanu zakładów fabrycznych“ (t. j. lekarzy miejskich, powiatowych i t. d.).

Na zakończenie wreszcie dodam jeszcze parę słów o Pogotowiu Ratunkowem. W niektórych zakładach przemysłowych, a szczególnie przy budowie domów, w rubryce: pomoc lekarska dla robotników, figuruje Pogotowie. Jest to zupełne niezrozumienie obowiązków pracodawców względem swoich robotników. Prawo fabryczne najzupełniej kategorycznie wypowiada się, że fabrykant powinien dawać robotnikom stałą pomoc lekarską. Pogotowie udziela tylko doraźnej pomocy i to tylko w nagłych wypadkach, nie może więc i nie powinno figurować ani w fabrykach, ani przy budowie domów. Wszysey i bez tego wiedzą, że, w razie jakiegoś nieszczęścia, Pogotowie jest na usługi.

Teraz przejdźmy do praktycznych wniosków: należałoby prosić zarząd Towarzystwa Hygjenicznego, aby, przedstawivszy odpowiednio umotywowany memoriał, wpłynął na Komitet Warszawski co do zmiany obowiązujących rozporządzeń w następującym kierunku: 1^o określić minimum robotników, przy którym zakład przemysłowy obowiązany jest utrzymywać stałego lekarza (minimum to proponowałbym oznaczyć zgodnie z decyzją większości Komitetów: 16 robotników, o ile niema maszyn i specjalnych urządzeń), 2^o uznać, że felezer niema prawa leczyć samodzielnie, a więc potrzebę skontaktowania felezera pozostawić do uznania fabryki i lekarza fabrycznego, 3^o zobowiązać fabryki do bezpłatnego leczenia rodzin robotników, z dostarczaniem lekarstw, z aptek fabrycznych, za stałą opłatą, np. 5 kop. od recepty, 4^o znieść, rozporządzenie o ilości łóżek w pokoju ambulatoryjnym, a natomiast wymagać, aby w większych fabrykach ambulatorjum składało się z 3 pokoi: poczekalni, właściwego ambulatorjum i apteki, 5^o dozwolnić urządzenie ambulatorjum poza obrębem fabryki oraz dozwolnić urządzenie wspólnego dla paru fabryk ambulatorjum i apteki, 6^o włożyć na lekarzy fabrycznych obowiązek bezpośredniego dozoru nad stanem sanitarnym fabryk, 7^o określić maximum robotników i fabryk, jakie może posiadać jeden lekarz, 8^o rozciągnąć ustawę fabryczną o pomocy lekarskiej na zakłady rękodzielnicze, nowobudujące się domy i t. d.

Dalej, należałoby się starać, aby członkowie sekcji higieny zawodowej i przemysłu wzbudzali zainteresowanie się wśród ogółu przemysłowców i lekarzy fabrycznych sprawą pomocy lekarskiej i higieną robót oraz warunków życia robotników. Oprócz tego gorąco polecałbym sprawę zakładania aptek fabrycznych, które przedstawiają ogromne korzyści zarazem dla robotników, jak i dla fabrykantów, i które mogłyby być pierwszym krokiem do rozwiązania nadzwyczaj ważnej u nas dla lecznictwa ludowego — kwestji aptek.



TAJEMNICA LEKARSKA

j a k o

nakaz stanowy, przepis prawny i postępowanie etyczne.

Podał Dr. E. Sonnenberg.

Odczyt miany w Towarzystwie Lekarskiem Łódzkim w d. 5 kwietnia r. b.

„Je sicherer man seine Geheimnisse in der Brust des Arztes bewahrt weiss, um so leichter wird man sich entschliessen, sie darin niederzulegen“.

(Robert Gersuny — „Arzt und Patient“.)

Tajemnica lekarska, jako nakaz stanowy.

Obowiązek przestrzegania przez lekarza tajemnicy chorego sięga zamierzchłej starożytności. Już przepisy braminów nakazują lekarzowi milczeć o wszystkim, co dotyczy osób, przez niego leczonych, i troskliwe trzymanie się tej taktyki zaliczano do jednej z największych cnot lekarza. Ujęcie zasady obyczajowej, nakazującej dyskrecję, w formułę dokonane zostało w starożytnej Helladzie. Nadanie zaś formule postaci, w jakiej doszła do nas, odnoszą do IV wieku przed narodzeniem Chrystusa i przypisują ją nieśmiertelnemu mistrzowi sztuki lekarskiej, Hipokratesowi Wielkiemu¹⁾. Jeden z ustępów omawianej obietnicy, znanej pod nazwą Hippocratis Magni Oreos sive Jusjurandum, zakresła szeroki obręb, dotyczący tajemnicy lekarskiej. W dosłownem brzmieniu rota tej przysięgi głosi, co następuje: „Przysięgam Apolinowi lekarzowi, Eskulapowi, Hygiei i Panacei, wszystkim bogom i boginiom, biorąc ich za świadków, jako przysięgi tej i zobowiązań następujących dochowam ściśle wedle sił moich i zdolności“²⁾. Tu następuje szereg

¹⁾ Niektórzy znów przypisują układ omawianej przysięgi Pithagoras'owi (V wiek przed narodz. Chr.).

²⁾ Według podań mitologicznych Apolin, zwany także Paeon, był twórcą medycyny na ziemi. Eskulapa (Asklepios), syna Apolina, grecy, wdzięczni za doznane od jego sztuki dobrodziejstwa, uszanowali czecią boską. Eskulap pozostawił sztukę swą w spuście córkom: Hygiei i Panacei. (Prof. Łuczkiwicz: „Kurs propedeutyki lekarskiej“. Warszawa, 1876 (str. 47, 48 i 56).

punktów, dotyczących posłannictwa lekarskiego, zobowiązań, zaciągniętych względem nauczycieli w sztuce lekarskiej i t. d. i t. d. W oderwaniu od całości, urywek, zawierający obietnicę lekarza stania na straży tajemnicy chorego, orzeka: „Cokolwiekbym podczas pełnienia obowiązków zawodu mojego, a nawet po za obrębem czynności lekarskich, w życiu ludzkim zobaczył lub posłyszał, co rozgłaszanem być nie powinno, przechowam w milczeniu, nigdy nikomu nie wydając tego“. A oto końcowy ustęp powyższej przysięgi: „Jeżeli obietnicy tej dotrzymam w świętości i w niczem jej nie naruszę, oby mi wolno było w szczęśliwości i poważaniu wszystkich ludzi wieść życie po wsze czasy i błogich owoców sztuki mojej używać w obfitości; jeżeli naruszę przysięgę tę i stanę się wiarołomnym, przeciwnej niech doznam doli.“

Takie zobowiązanie brał na siebie każdy młody zwolennik sztuki lekarskiej na wstępie swojego zawodu.

W niezmienionej postaci układ powyższej obietnicy przetrwał aż do wieków średnich. W r. 1171, a następnie w r. 1600 ustawy paryskiego fakultetu lekarskiego wygładziły nieco brzmienie przytoczonej przysięgi, modyfikując przedawnione zaklęcia. W przeistoczonem jednak tekście przysięgi najdobitniej podkreślono wyrazy: **aegrorum arcana visa, audita, intellecta eliminat nemo**¹⁾. Obietnicę więc, której powaga została zaczerpnięta z prastarej dewizy, powtarza, acz z niewielkimi zmianami, po dziś dzień i we wszystkich krajach świata cywilizowanego każdy, co, po pozyskaniu dyplomu akademickiego, przystępuje do pełnienia wzniosłych obowiązków, objętych powołaniem lekarza.

W dochodzeniu przez lekarza istoty choroby jest rzeczą często niezbędną wiedzieć o wszystkim, co dotyczy chorego. Nieraz bowiem jedynie tylko na podstawie zebranych wiadomości, a odnoszących się do najdrobniejszych szczegółów osobistego lub rodzinnego życia klienta, może lekarz wywnioskować dokładny obraz istoty cierpienia.

Przed lekarzem musi chory często wyznawać rzeczy natury bardzo drażliwej, otwierać najskrytsze tajniki serca, obnażać ułomności cielesne, spowiadać się ze złych skłonności, nawyknień wstrętnych, namiętności występnych lub pożądlivości przewrotnych i t. p. i t. p. A ileż to jest innych chorób, zarówno nabytych, jak i takich, z którymi się na świat przychodzi, że dotknięty nimi wolałby raczej nadal cierpieć i ukrywać je najstaranniej, niż szukać porady lekarskiej, gdyby nie pewność, że lekarz sekretu jego nie zużytkuje... Lekarz, dzięki swemu wyjątkowemu stanowisku, staje się nieraz mimowolnym powiernikiem występku i patrzeć musi na skażoną naturę tych, od których inni ze wstrętem się odwracają!..

W zasadniczem więc pojęciu dochowywania tajemnicy pacjenta mieści się ofiarowanie choremu pewnej korzyści, któraby mu ułatwiała

¹⁾ Muteau: „Du secret professionnel“ 1870. (cit. Dr. Malis: „Врачебная тайна“. 1893, str. 6).

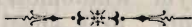
szukanie pomocy lekarskiej oraz zachęcała go do korzystania z takiej w wypadkach chorób, kiedy zatajenie i ukrycie przed okiem obcych tego, co trapi chorego, jest dla niego szczególnie ważnem. Przeświadczenie pacjenta, że wszystko, z czem się zwierzy przed lekarzem, pozostanie pokryte nieprzeniknioną zasłoną dla innych, pociąga go, czyni i warunkuje węzeł między lekarzem a chorym ścisłym, co w interesie zdrowia tego ostatniego jest rzeczą niezmierniej wagi.

Zaniedbanie ze strony lekarza tego prawidła postępowania szybko go przekona o tej prawdzie. Niech lekarz cofnie się od tej zasady, niech wyjawia, na przykład, kalectwo fizyczne swego pacjenta, a boleśnie zadraśnie tegoż miłość własną i rozprzęgnie się nazawsze ów niezbędny stosunek chorego do zaufanego powiernika jego tajemnic. Logika więc doktryny, głoszącej tajemnicę chorego, jest osnutą, jak widzimy, na głębszych motywach psychicznych. Pod znakiem dyskrecji kryje się myśl głęboka, a urok tego nakazu jest tak wielki, że jemu poddaje się chory z cierpieniem najdrażliwszej natury: najbardziej nieufne i wstydlive umysły, wobec powyższej rękoi, naginają się do wymagań potrzeby.

Ośłona tajemnicy chorego — z jednej strony, gotowość zupełnego zaufania — z drugiej, stanowią poniekąd akt milczącej ugody między chorym a lekarzem.

Zważywszy to wszystko, widzimy, że przestrzeganie przez lekarza sekretu chorych jest przedewszystkiem teorią stanową, zasadą przewodnią w jego praktyce życia, obowiązującą lekarza, jako członka wielkiej korporacji, która poczytuje taką drogę postępowania, jako ściśle zastosowaną do celów, do których zmierza, za najlepszą. Jest to od najdawniejszych czasów obietnica moralnie obowiązująca lekarza w imię dobrze zrozumianych interesów chorej ludzkości i dobru chorych poświęcająca swą uwagę.

D. c. n.



Służba niższa w szpitalach dla obłąkanych.

Podał Dr. A. Tumpowski.

Przed kilku miesiącami wyszły na jaw w Łodzi wypadki znęcania się służby miejscowego schroniska dla obłąkanych nad chorymi, mieszczącymi się w tym zakładzie. Wypadki te zwróciły ogólną uwagę i wywołały w prasie miejscowej ożywioną dyskusję, która jednak, niestety, zamiast wskazać środki, uniemożliwiające powtarzanie się podobnych wypadków, przeszła na tory zupełnie postronne. Wyprowadzenie tej kwestji na światło dzienne powinno wszelako dać podnetę do zastanowienia się nad przyczynami takiego stanu, przy którym możliwe są owe nadużycia, stanowiące jedną z przyczyn nieufności, jaką lud nasz żywi względem zakładów dla obłąkanych.

Niższy personel służbowy pełni daleko ważniejszą rolę w szpitalach dla obłąkanych, niż ogólnych zakładach leczniczych, choćby z tego

już względu, iż obłąkani w daleko wyższym stopniu wymagają ciągłego i bacznego dozoru i opieki, niż inni chorzy. Prócz zwykłych czynności, wchodzących w zakres pracy posługaczy szpitalnych, wymagamy też od służby w zakładach dla chorych umysłowo, aby umiała ona odpowiednio zachowywać się względem powierzonych jej pieczy osobników, albowiem jej niewłaściwe zachowanie się może zwiększać rozstrój umysłowy pacjentów i udaremniać wysiłki lekarzy, skierowane ku uzdrowieniu chorych. Służący powinien też być dostatecznie uzdolnionym do samodzielnego obserwowania chorych w pewnym, bardzo zresztą ograniczonym, zakresie, aby być w stanie zawiadomić lekarza podczas jego wizyty o zmianach w stanie duchowym pacjenta lub też chorobliwych objawach cielesnych. Samo zresztą wykonywanie zaleceń lekarza jest daleko trudniejsze względem chorych obłąkanych, niż względem innych chorych, i wymaga ze strony służącego wiele cierpliwości, taktu, a także inteligencji.

Kilka tych słów o zadaniu służby w zakładach dla obłąkanych dostatecznie wykazuje, iż jest to zadanie trudne i skomplikowane, któremu nie każdy może podołać i które bezwarunkowo wymaga odpowiedniego przygotowania. Wogóle, aby mieć dobrą służbę, należałoby każdego kandydata na to stanowisko poddać pewnego rodzaju nowicjatu pod kierunkiem lekarza i wykwalifikowanych już służących. Podczas tego próbnego okresu możnaby też było dokładnie się przekonać, czy kandydat posiada odpowiednie dane fizyczne i umysłowe do objęcia poszukiwanego przezeń stanowiska. Bardziej jeszcze pożądanym i skutecznym środkiem, dla wytworzenia wykwalifikowanego niższego personelu służbowego, byłoby utworzenie przy istniejących zakładach leczniczych specjalnego nauczania teoretyczno-praktycznego w rodzaju kursów, na jakich przygotowują się do swej działalności t. zw. „uczone babki“. Naturalnie, nauczanie to miałoby na celu jedynie dostarczenie służącym wiadomości praktycznych w zakresie pielęgnowania chorych wogóle, oraz specjalnie — chorych umysłowo. Tego rodzaju wykłady odbywają się w wielu zakładach niemieckich i, o ile sądzić mogę, z powodzeniem i ku zadowoleniu lekarzy. Odsyłając czytelników po szczegóły do prac, sprawie poświęconych¹⁾, pozwolę sobie pokrótce tylko i w ogólnych zarysach program tych wykładów wyłuszczyć.

Obejmują one zakres podwójny, a mianowicie dostarczają zarówno wiadomości niezbędnych przy pielęgnowaniu każdego wogóle chorego, jak też wiadomości, dotyczących się specjalnie doглядania obłąkanych. W pierwszej więc części kursu wykładający zwracają przedewszystkiem uwagę słuchaczy na zachowywanie czystości w obrębie gmachu szpitalnego, pomieszczeń dla chorych, łóżek, pościeli, bielizny, odzieży, naczyń, na ogrzewanie i przewietrzanie pokoi dla chorych i t. p. W dalszym ciągu następują wskazówki, dotyczące się bezpośredniej

¹⁾ Schroeter — Belchrungen f. d. Wartepersonal an Irren-Anstalten. Wiesbaden. 97. Falkenberg — Die Pflege Geisteskranker. Berlin, 97. Toppel — Leitfaden z. Unterricht in d. Behandlung u. Pflege d. Geisteskranken. Berlin, 97.

pieczy nad chorymi, jak to przenoszenia ich, ubierania, karmienia, mycia, kąpania, oraz uwagi o samodzielnem obserwowaniu chorych przez służbę. Służący powinien umieć zmierzyć ciepłość, kontrolować zewnętrzny wygląd chorego (zaczernienie lub zblednięcie twarzy, zjawienie się obrzęków i t. p.), zwracać uwagę na stan łaknienia, wypróżnień, oddechania i t. d. Tutaj też należą wskazówki, dotyczące się udzielania pierwszej pomocy przy nagłym wystąpieniu groźnych dla życia objawów, oraz wykonywania niektórych prostych rękoczynów, jak to nakładania najprostszycch opatrunków lub okładów. Wszystkie wskazówki, dotyczące się czynności służby w tym zakresie, powinny być jaknajbardziej szczegółowe z wymienniem sposobów, w jaki tę lub ową czynność należy wykonywać.

Druga część wykładów poświęcona jest specjalnie pielęgnowaniu chorych obłąkanych. Poprzedzają ją wiadomości ogólne z zakresu nauki o chorobach umysłowych, z których słuchacze zapoznają się z wybitniejszymi objawami cierpienia umysłowych, a zwłaszcza z objawami, mającymi dla nich znaczenie praktyczne, jak to niechlujność, odraza do pokarmu, popęd do samobójstwa, do czynów gwałtownych i t. d. Celem tych wiadomości ogólnych jest — prócz owej strony praktycznej — wpojenie służbie przekonania, iż powierzone jej pieczy osobniki są to ludzie chorzy, nie odpowiadający za swe słowa i czyny, które, bez względu na ludzkie często pozory świadomego uporu lub złośliwości, są wpływem chorego umysłu.

Służący musi przejąć się myślą, iż z chorymi należy się obchodzić łagodnie i oględnie i tylko w wyjątkowych wypadkach, gdy zachowanie się chorego zagraża jemu samemu lub otoczeniu, wolno z polecenia lekarza zastosować siłę w celu odosobnienia takich chorych; służący powinni też mieć dokładną instrukcję, w jaki sposób należy dokonywać izolację, aby uniknąć zbytecznego maltretowania chorych. Specjalne wskazówki dotyczą sprawy dozoru chorych niechlujnych, podnieconych, dotkniętych popędem do samobójstwa, odmawiających przyjmowania pokarmu, znajdujących się w pokoju izolacyjnym i t. d. Należy też dopełnić wiadomości, dotyczące fizycznego pielęgnowania chorych, o ile wymagają one zmiany w zastosowaniu do chorych umysłowo, a więc np. zwrócić uwagę służby, iż z pokoiów dla chorych należy usuwać wszelkie przedmioty, którymi chory może uszkodzić siebie lub drugich; tego samego należy pilnować w warsztatach, w których chorzy pracują. Specjalnie też uwzględnić należy zachowywanie się służby w oddzielnych wypadkach, np. podczas ogólnej przechadzki chorych, przy poszukiwaniu zbiegłych pacjentów lub podczas pożaru, a także kłaść nacisk na obowiązki służącego, by zawiadamił on lekarza o wszelkich dostrzeżonych przez siebie zmianach w fizycznym i umysłowym stanie pacjenta.

Naturalnie, wyłuszczoney tu program uledez może rozmaitym i obszernym zmianom co do treści i sposobu wykładu—zależnie od warunków miejscowych i zapatrywań wykładającego, może on też być połączony z demonstracjami i zajęciami praktycznymi, albo też służyć jako wstęp do praktyki. Krótka ta wzmianka wystarcza w każdym razie, aby dać pojęcie o programie wzmiankowanego nauczania, a zarazem,

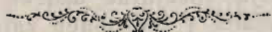
aby wysnuć wniosek, że służba posiadająca te wiadomości i przejęta temi zasadami, byłaby nieocenionym pomocnikiem lekarza w dążeniu do uzdrowienia obłąkanych i sprawienia ulgi chorym nieuleczalnym. Wskazuje ona jednocześnie, iż poziom wymagań, stawianych służbie zakładów dla obłąkanych, jest względnie bardzo wysoki i że zajęcie to musi być uważane za zawód specjalny, wymagający, jak i wszelkie inne zawody, odpowiedniego przygotowania i wyłącznego oddania mu się osobników, które zawód ten sobie obrały. O służbę taką przy obecnych warunkach jest bardzo trudno, a głównym szkopułem do należytego załatwienia tej sprawy są względy pieniężne.

U nas dotychczas praca służących we wszelkich zakładach leczniczych uważaną jest za zajęcie łatwe i czysto mechaniczne, które też odpowiednio do tego jest nad wyraz marnie opłacane. Dzięki uprzejmości kolegi Braeutigama posiadamy dane o pracy i uposażeniu służby w łódzkim przytułku dla obłąkanych. Zakład ten, mieszczący koło 40 chorych, posiada 7 służących (4 mężczyzn i 3 kobiety), którzy otrzymują, prócz utrzymania i mieszkania, 8 do 10 rubli pensji miesięcznej. Praca jest w ten sposób podzielona, iż od południa do 8-ej godz. wieczorem cały personel jest czynny, od 8-ej godz. wiecz. do północy i od północy do 6-ej rano tylko po trzy osoby naprzemian dyżurują, od 6-ej zaś rano cała służba jest przy pracy z wyjątkiem trzech ostatnich dyżurnych, którzy odpoczywają do południa. Przeciwnie ma służący 8 godzin na dobę dla odpoczynku, a raz na dwa tygodnie jeden dzień wolny od pracy. Dane te wykazują, iż praca służącego w wymienionym zakładzie (a także i w innych) trwa dłużej, niż praca robotnika fabrycznego lub rzemieślnika, uposażenie zaś otrzymuje nader lichy, bez żadnych widoków na jego zwiększenie. Służący taki niema środków na utrzymanie rodziny, praca zaś jego jest tak ciężką, iż starzeje się on przy niej szybciej, niż w innych zawodach, i staje się niezdolnym do pracy, a wtedy odrazu pozostaje bez żadnych środków do życia. Wspomnieć też należy, iż posługacze w zakładach dla obłąkanych są narażeni na liczne wypadki, często groźnie się odbijające na ich zdrowiu, a nawet życiu. Starość ich zatem wobec niemożności zapewnienia sobie podpory w rodzinie przedstawia się bardzo smutnie. Na konieczność zmiany w uposażeniu służby wskazują wszyscy psychiatrzy jako na jedyny środek zapewnienia zakładom dobrego personelu służbowego. Nietylko podczas pełnienia czynności, ale i na wypadek niezdolności do pracy wskutek starości czy też nieszczęśliwego wypadku, służba zakładów dla obłąkanych powinna mieć zapewnione, a przynajmniej ułatwione, zdobycie spokojnego kawałka chleba. Doskonale się do tego nadaje środek, mający być zastosowanym w jednym z nowych niemieckich zakładów (w Neu-Ruppin): po 20 latach pracy w zakładzie ma służący otrzymywać za tanią sumę dzierżawną domek z rolą i ogrodem. Niemieccy psychiatrzy wskazują też na konieczność ubezpieczenia personelu służbowego na życie i w razie nieszczęśliwego zdarzenia.

Bardzo źle oddziaływa na stan moralny służby ciągły pobyt wśród obłąkanych. Dla uniknięcia tego należałoby w zakładach urządzić pomieszczenia dla służby w oddzielnych budynkach, znajdujących

się na znacznej odległości od pawilonów dla chorych; w tych pomieszczeniach służący mogliby spokojnie spędzać czas wolny od pracy zawodowej, poświęcając go odpoczynkowi, zabawie i zajęciom domowym.

Na zakończenie pozwolę sobie streścić postulaty, których przeprowadzenie jest niezbędne dla zapewnienia zakładom dobrej służby niższej: 1) uposażenie służby musi być podniesione do tego poziomu, aby służący mógł utrzymać rodzinę; 2) ilość służących musi być o tyle powiększona, by praca dzienna nie przewyższała 11—12 godzin; 3) mieszkania dla służących powinny być odłączone od pomieszczeń dla chorych i 4) kandydaci na służących w zakładach dla obłąkanych powinni posiadać odpowiednie przygotowanie, nabywane w sposób wyżej wskazany.



Z wycieczki do niemieckich ludowych uzdrowisk dla piersiowych.

Podał Dr. S. Sterling.

(*Ciąg dalszy*).

Płynie to z samej natury cierpienia, o jakim tu mówimy, i z ograniczonego czasu, w ciągu którego chory pozostaje w ludowym uzdrowisku, że wyniki lecznicze tych uzdrowisk różnią się od wyników leczenia w szpitalach ogólnych. Z tych ostatnich jako „uleczonych“ wypisujemy, zazwyczaj, ludzi zdrowych; inaczej w uzdrowisku ludowym dla suchotników: ztąd wypisany „zdrowy“ nie jest jednostką o tych szerokich granicach przeciętnej wydolności życiowej, jaką przywykliśmy nazywać stanem zdrowia. Suchotnik uzdrowiony nie tylko nie pozbywa się swej skłonności do suchot, ale wprost nosi w swych tkankach ognisko, zktąd zarzewie płomieniem buchnie przy lada sprzyjającej okoliczności.

Ten wzgląd każe mówić nie o wyleczeniu, lecz raczej o „podleczeniu“ choroby. Tylko długie lata spędzane w sprzyjających warunkach uleczyć mogą suchotnika; tych kilku miesięcy, spędzonych w uzdrowisku, używa się popierwsze, by chorego „podleczyć“ — wstrzymać postęp sprawy swoistej i wzmocnić ustrój ogólnie, powtóre, by mu wdrożyć pewne zwyczaje, które niezbędne są do utrzymania odzyskanego stanu zdrowia — po wyjściu z uzdrowiska.

Troska o *wychowanie chorego* — to jedna ze szczególnie ważnych spraw ludowego uzdrowiska dla piersiowych. Od chwili wstąpienia do uzdrowiska starają się tam wpoić w chorego przekonanie, że wszystkie, najbłahsze pozornie, przepisy i ograniczenia, jakim ulega, są bezpośrednio dlań zbawienne; surowe przestrzeganie zwyczajów chorego, ani na chwilę nie zwolniona dyscyplina — dążą do tego, by zabiegi uzdrawiające stały się przyzwyczajeniem, nałogiem, osobników tu

leczonych. Obok nieustannej kontroli starają się go *przekonać* o zbawienności regulaminu, jakiemu ulega; w tym celu lekarz zarówno pojedynczym chorym, jak i na wspólnych „prelekcjach“ tłumaczy istotę choroby, mówi o jej przyczynach, o zdrowiu i chorobie wogóle, o życiu higienicznym — jako jedynym środkiem, zapobiegającym nawrotom choroby; każdy chory powinien opuszczać uzdrowisko przekonany o ważności ochładzania i pielęgnowania skóry, o znaczeniu słońca i czystego powietrza, — pouczony o szkodliwościach, jakie mu grożą w jego zawodzie, i sposobie unikania ich, o tem co jeść powinien i jak się ubierać, jak mieszkać i jak swe dzieci wychowywać, i t. d., i t. d.

Niemiecki minister spraw wewnętrznych tak pisze w okólniku (z d. 22 grudnia 1898 r.) do Nadprezydentów prowincji: „Lecznicy suchotnicy, którzy opuszczają specjalne uzdrowiska, pouczają szerokie koła swego otoczenia o istocie i sposobach zapobiegania gruźlicy. Już z tego choćby powodu należy popierać tworzenie takich uzdrowisk“.

Takie są społeczne podstawy istnienia ludowych uzdrowisk dla suchotników w Niemczech; przejdźmy teraz do ich strony czysto lekarskiej.

Sledząc z zajęciem ruch wszczęty przez Finkelenburga, Dettweilera, Schröttera, Leydena, Gebhardta, Pannwitza, a popularyzowany z niewyczerpaną energją i pomysłowością przez Liebego, pozostawałem z tym ostatnim w częstem porozumieniu listownem. To też, wędrowkę moją rozpocząłem od Wodzisławia, gdzie Liebe jest obecnie dyrektorem (poprzednio zarządzał zakładem w Oderbergu). Opiszę więc zakład w Wodzisławiu — jako typ ludowego uzdrowiska dla piersiowych w Niemczech.

Po półgodzinnej jeździe kołami z Wodzisławia (Loslau), nędznej mieściny szląckiej, przez szarą i monotonną równinę, jest się przyjemnie zdziwionym widokiem niewielkiego wzniesienia (235 m. nad p. m.), gdzie na tle lasu widnieje piękny dwupiętrowy gmach, z cegły surowej, o dwu cynowych wieżyczkach.



Iglasty las otaczający uzdrowisko ciągnie się na przestrzeni 25 ha., stanowi własność miasta, ale jest dostępny dla chorych; 1,6 ha. tego lasu, podarowane przez miasto, stanowi własność zakładu. Las miejski otacza uzdrowisko ze strony północnej, wschodniej i, po części, południowej, wznosząc się pagórkami po nad niem.

Samo uzdrowisko składa się z czterech budowli. Dom główny, 90 m. frontu, zbudowany cały z cegły i żelaza, zawiera piwnicę, parter i dwa piętra. Pokoje

liczą 4,70 m. i 4,80 m. wysokości i są tak duże, że na 1 łóżko wypada 48 m.³ przestrzeni. Podłogi są wszędzie przykryte linoleum, ściany do wysokości 2 m. malowane farbą emaljową, kąty pokojów — zaokrąglone. Wielkie podwójne okna mają oberlichty, które można uchylać na wewnątrz. Czternaście pokoi ma balkony, cztery — loggje.

W piwnicy, oprócz spiżarni i paru pokoi dla służby żeńskiej, widzimy kuchnię, kąpiele, pokój na obuwie i suszarnię; prócz tego — urządzenia do ogrzewania budynku wodą gorącą. W kuchni, niezależnie od głównego ogniska, widzimy stół ogrzewany wodą gorącą i kocioł do gotowania mleka na parze; kuchnia łączy się windą ze wszystkimi piętrami. Obok kuchni położony jest pokój do zmywania statków i jadalnia dla służby. Kąpiel składa się z dwu wani i 6 celek natryskowych (przrzyłady przeciwprądowe Schaffstaedta). W pokoju na obuwie zmieniają zawsze chorzy (jak i lekarze, służba i goście), wracając ze spaceru, swe buty, zanieczyszczone kurzem lub błotem, na pantofle; suszarnia używaną jest do suszenia ręczników, prześcieradeł kąpielowych i t. p.

Środkową część parteru zajmuje jadalnia (26 m.²), z kąd wdół prowadzą schody do leżalni. Po stronie przeciwległej, północnej, znajdują się gabinety: lekarski, operacyjny i laboratorium. Nad salą jadalną, na pierwszym piętrze, leży tej samej wielkości salon, w którym przebywają chorzy w ciągu dnia, a głównie — podczas długich wieczorów zimowych; widzimy tu fortepian i bibliotekę; ze strony przeciwległej, od północy, mieszkanie administratora; środek budynku na drugim piętrze zajmuje góra do bielizny. W obu skrzydłach, na wszystkich trzech piętrach, od strony południowej, znajdują się sypialnie chorych; wyjątek stanowi pierwsze piętro od wschodu, zajęte przez mieszkanie lekarza. Ze strony wschodniej leżą w obu skrzydłach korytarze, szerokie 2,37 m. Dziewięćdziesiąt łóżek uzdrowiska mieszczą się w 38 pokojach, a mianowicie: w 5 pokojach mamy po 4 łóżka, w 15 po 3, w 7 po 2 i w 11 po 1 łóżku.

W czterech klatkach schodowych mamy schody kamienne, których rozmiary wynoszą 13 : 20 cm. Na każdym piętrze w skrzydłach po 2 pokoje dla posługi i po 2 ustępy (4 siedzenia) na wodzie.

Powietrze świeże doprowadzonym zostaje, po uprzednim przefiltrowaniu i ogrzaniu, do korytarzy, a dopiero z tych przechodzi do sal. Kanały wyprowadzające powietrze zużyte prowadzą po nad dach. Oświetlenie elektryczne; wody dostarcza motor elektryczny do zbiornika, na drugie piętro.

Wody ściekowe są odprowadzane do urządzeń irygacyjnych, pod które zużyto 1 ha. lasu. Chorzy plują do spluwaczek korytarzowych, umieszczonych na wysokości piersi dorosłego człowieka, bądź do szklanych spluwaczek na stolikach lub do chustek papierowych; te ostatnie, jak i zawartość spluwaczek, wrzucane są do ustępów. Zawartość ustępów poddaną zostaje „osadzaniu“ zanim przechodzi na półko irygacyjne.

Każdy chory ma łóżko żelazne, materac i poduszkę z włosa, dwie kołdry wełniane, szafkę, stolik nocny, krzesło, umywalnię; w każdym klozecie jest kran z ciepłą wodą, potrzebną do mycia ust.

Wzdłuż frontu, poniżej okien parteru, ciągnie się leżalnia (Liegehalle), na której stoi 90 trzcinowych kanapek (model Falkenstein), a na każdej z nich — poduszka, dwie koldry i flaszka do wody gorącej (w celu ogrzewania nóg przy leżeniu na mrozie).

Przed leżalnią — plac do zabaw: krowiata i kregli powietrznych.

Prócz budynku głównego znajdujemy budynki: pralni, kamery dezynfekcyjnej i maszynowy.

Podobnie jak uzdrowisko w Wodzisławiu, t. j. jako wielki pojedynczy gmach — są też zbudowane uzdrowiska w Ruppertshainie,



Oderberg.

Oderbergu, Lüdenscheidzie, Sülzhaynie ¹⁾, podobnie też budowane są teraz uzdrowiska w Marzell, Belzigu, Planeggu. Natomiast uzdrowisko Albertsberg budowane jest systemem pawilonowym, przy czem oddzielne pawilony łączą się ze sobą przez korytarze; do pawilonowych zaliczyć należy uzdrowisko pod Grabowsee — w lecie, kiedy są czynne baraki Döckerowskie; Weickera zakład w Görbersdorfie — to już tylko rozrzucone po wsi domy mieszkalne, w których właściciel zakładu lokuje swych pacjentów.

Jedną z podstaw leczenia suchot w zakładach zamkniętych jest, jak wspomniałem, ciągła kontrola tej kategorii chorych, którzy, wogóle do lekkomyślności skłonni, tem baczniejszego nadzoru wymagają, im



Felixstift.

mniej są chorzy, t. j. mniej odczuwają potrzebę ścisłej kuracji. Budowle pawilonowe wymagają liczego personelu (lekarzy i służby), ponieważ utrudniają tę kontrolę; jeśli więc np. w Albertsberg wybrano ten system, to zarazem należało dać pomocnika lekarzowi, mającemu czuwać nad 122 chorymi; jeszcze trudniejszą jest kontrola np. u Weickera, to też tylko wyjątkowy talent administracyjny dyrektora utrzymuje w korbach 175 chorych (100 m. i 75 k.), rozmieszczonych w dziewięciu budynkach.

¹⁾ O uzdrowisku w Alland, pod Badeniem, nie wspominałem, ponieważ leży w Austrii; przypomina zupełnie niemieckie, tylko że jest zbudowane z przepychem — może nieodpowiednim dla uzdrowiska ludowego.

Ze szczegółów budownictwa uzdrowisk wspomniałem już o tem, że wszystkie izby są tak budowane, jak nasze sale operacyjne — kąty sal są zaokrąglone, żadnych nisz lub występów. Korytarze są różnej szerokości: w Wodzisławiu przeszło 3 m., w Ruppertshainie — 2,00, w Oderbergu — 1,8 m. Wobec braku specjalnej altany do przechadzek podczas słoty, wobec szczupłości sal dziennych — korytarze te są zbyt skąpo wymierzone.

Ogrzewanie wodą gorącą istnieje tylko w Wodzisławiu; Blankenfelde, Malchow, Felixstift, Görbersdorf (Weickera), Grabowsee, Rehburg, Stiege — mają piece, pozostałe zaś uzdrowiska są ogrzewane centralnie parą o niskim ciśnieniu (Ruppertshain, Oderberg, Lüdenscheid, Sülzhayn); także ogrzewanie zaprowadzone będzie w budujących się obecnie uzdrowiskach.

Oświetlenie w wielkich nowych uzdrowiskach — elektryczne; w starszych lub małych naftą, a nawet gazem (Albertsberg), na miejscu wyrabianym.



Albertsberg.

We wszystkich uzdrowiskach strona budynku, zwrócona na południe, zajęta jest przez sypialnie; to też za wadę uważać należy w Wodzisławiu to, że w tę stronę i jadalnię zwrócono, uszczuplając przez to miejsca sypialniom; ten krótki czas, jaki chorzy przebywają w jadalni, nie stoi na przeszkodzie, by zwrócić ją w inną stronę horyzontu. Natomiast sala dzienna powinna być zwróconą ku południowi, być przestronną i jasną — a nie można tego powiedzieć o wszystkich uzdrowiskach ludowych; brak ten jest tem dziwniejszy, że we wszystkich uzdrowiskach surowo przestrzegany jest przepis, zabraniający chorym pozostawania w ciągu dnia w sypialniach (wyjątek stanowią leżący przez dzień cały w łóżku); to też, czy to podczas słoty, czy wieczorami zimowymi, czy przed odejściem poczty — kiedy wielu jednocześnie listy w tej sali pisze — powietrze jest ciężkie i znać brak miejsca.

Kuchnia jest w Wodzisławiu położona niefortunnie, a to z dwu względów: po pierwsze, leży w gmachu głównym, kiedy stosowniejsze by było dla niej miejsce w budynku oddzielnym (Albertsberg) lub w przybudowanym do głównego (Marzell); po wtóre, okna jej, zwrócone ku południowi, wychodzą wprost na leżalnie, przez co zbyt często drażnione bywa niemile powonienie (sytych) pacjentów.

W jednych uzdrowiskach (Ruppertshain, Oderberg) chorzy myją się w specjalnych pokojach, w innych (Albertsberg, Wodzisław) umywalnie stoją w sypialniach; urządzenie ostatnie jest mniej praktycznem.

Zawartość ustępów bywa różnie wydalana: widziałem ustępy na torfie, system Heideleberski, ustępy na wodzie, którą odprowadzają

na specjalne pola irygacyjne; jest to, wogóle, najboleśniejszy punkt wszystkich tych lecznic, najwięcej trosk przysparzający dyrektorom.

Urządzenie wewnętrzne pokoi nie różni się wogóle od Wodzisławskiego. Godnem uwagi jest wyrugowanie nietylko ulubionych w Niemczech pierzyn, ale i poduszek z pierza, które zastępują wypchanymi włosiem. Bieliznę na pościeli zmieniają zimą co cztery, latem — co dwa tygodnie; wyjątek stanowią chorzy, którzy się pocą.

Na ścianach sypialni, jadalni, pokoju dziennego wiszą lustra i obrazy, pod oknami stoją kwiaty.

Ilość łóżek w pokoju jest różną: w Ruppertshainie są przeważnie pokoje o jednym (12) lub czterech (11) łózkach; w Oderbergu — o dwóch lub czterech łózkach (po 14); w Albertsbergu mamy pokoje o jednym (4), o dwóch (7), o trzech (7), o czterech (3), o dziesięciu łózkach (5); w Marzell będą głównie pokoje o dwóch (16) i czterech (18) łózkach.

Przestrzeń na 1 łóżko waha się zarówno w różnych uzdrowiskach, jak i w różnych pokojach tego samego; tak np. w Oderbergu mamy 37 cm.³, w Wodzisławiu — 48 cm.³ na 1 łóżko; w Dannenfels mamy w jednych 75 cm.³, w innych 32 cm.³; w Marzell będzie wypadać na 1 łóżko od 27,6 do 56 cm.³ przestrzeni w sypialniach.

Uzdrowiskiem administruje dyrektor — lekarz, mając do pomocy „inspektora“ (rządce). Co się tyczy służby to np. w Wodzisławiu (90 chorych), prócz inspektora i jego żony, mamy: trzech dozorców, stróża, maszynistę, palacza, kucharkę i 2 dziewczyny kuchenne; w Oderbergu (115 chorych): inspektor, gospodyni, 5 dozorców (z tych jeden jest zarazem stolarzem domowym, jeden — golarzem i jeden — stróżem nocnym), maszynista, palacz, kucharka, trzy pomywaczki, stróż, parobek; do prania donajmuje się służbę¹⁾.

Ważną część składową całej maszyny administracyjnej stanowi regulamin; daje on pojęcie o wewnętrznym życiu uzdrowiska, więc, dla przykładu, przytaczam, w skróceniu, regulamin obowiązujący w Wodzisławiu:

1. Chorzy muszą być posłuszni przepisom zakładu; być względem innych chorych, lekarza, służby i mieszkańców okolicznych — grzeczni.

2. Nie wolno czynić hałasu.

3. Baczyć na czystość we wszystkim; nietylko płuć na podłogę nie wolno, ale i rzucać papieru, resztek jedzenia i t. p., uszkadzać ścian, mebli, drzew.

4. Każdy mieszkaniec uzdrowiska otrzymuje: łóżko, stolik i t. d., a żadnego z tych przedmiotów nie wolno wymieniać na inny. W sypialni nie wolno trzymać kuferków. W ciągu całego dnia muszą być w sypialni okna otwarte: w nocy — stosownie do rozporządzenia lekarza, lecz conajmniej — górne skrzydło okna. W ciągu dnia nie wolno przebywać w sypialni.

5. Pora wstawania, udawania się na spoczynek, posiłków, spacerów, kąpieli i t. p. jest ściśle oznaczona.

6. Chorzy sami ścielą sobie łóżka (chyba że lekarz inaczej poleci), pomagają przy roznoszeniu posiłku i t. p., zarówno jak przy pracy gospodarskiej — z rozkazu lub pozwolenia lekarza. Natomiast zabrania się wszelka praca, podczas której powstaje pył (czyszczenie odzieży). Nie wolno wchodzić do sal w butach, lecz te należy w specjalnym pokoju zastąpić pantoflami.

¹⁾ W niektórych uzdrowiskach istnieje zwyczaj oddawania bielizny do prania mieszkańcom okolicznych.

7. Specjalne przepisy określają, jak się zachowywać przy stole, podczas gier itp.
8. Chorzy muszą ściśle przestrzegać przepisów lekarskich. W razie zemdenia, krwotoku i t. p. bezwzględnie zawiadomić lekarza.
9. Przepisy czystości przy myciu i używaniu ustępów.
10. Przepisy zachowywania się podczas spacerów.
11. Przepisy dotyczące napojów wysokokowych i tytoniu, dotyczące pożywienia, jakie dostarczane bywa chorym z zewnątrz.
12. Zakaz dotykania przyrządów ogrzewających i oświetlających.
13. Przyjmowanie odwiedzin.
14. Skargi (księga zażaleń).
15. Personelowi zabrania się przyjmowania datków.

Budynki wszystkich uzdrowisk czynią zadosyć następującym warunkom: mają powietrze czyste, wolne od pyłu, leżą w bliskości lasu, zwykle iglastego; leżą na uboczu od dróg, w ciszy — chociaż weale nie w głuszcy, bo najdalej o parę kilometrów od miasteczka i stacji kolejowej. Budynki są tak stawiane, by front miały zwrócony na południe, a jednocześnie były osłonięte od wiatrów, szczególnie wschodnich i północnych. Wzniesienie nad poziom morza nie gra, przy wyborze terenu, w zasadzie żadnej roli; jeśli w pobliżu jest miejscowość wzniesiona i pod innymi względami odpowiednia — tej oddają pierwszeństwo, w przeciwnym razie — budują na nizinie. Dla tego spotykamy w Niemczech ludowe uzdrowiska wzniesione na kilkaset metrów i na kilkanaście (Grabowsee) nad poziom morza. Wielką za to wagę kładą na wybór gruntu suchego, obfitującego w wodę do picia i do użytku gospodarskiego. Te warunki przyrodzone zupełnie wystarczają, gdyż jednym z niewielu środków leczniczych tu stosowanych jest — nie jakieś swoiste, lecz czyste powietrze, dostarczane płucom we dnie i w nocy, latem i zimą. W sypialniach okna są otwarte w ciągu całego dnia, w nocy, co najmniej, oberlichty; regulamin zapobiega wytwarzaniu w salach pyłu. Zarówno latem, jak i zimą, chorzy spędzają część dnia w leźalni (Liegehalle), otwartej altanie, leżąc tam na kanapkach w ubraniu, a przy chłodzie — zawinięci w dery, z ogrzewającymi flaszkami u nóg; jako leźalnie letnie służą (w niektórych uzdrowiskach) proste szafasy leśne. Spacerory dalsze są dozwolone tylko silniejszym chorym, w każdym zaś razie dopiero od drugiej połowy pobytu w uzdrowisku (od jakiego 6 — 7-go tygodnia). W niektórych uzdrowiskach stosują gimnastykę szwedzką, śpiew chórally; w innych — nad ćwiczenie przenoszą raczej we wszystkim spoczynek. Na to, *jak* chory oddycha — wszędzie lekarz wielce zważa; uczy go głęboko wdychać, a szczególnie — porządnie wydychać, co — mówiąc nawiasem — weale nie jest rzeczą łatwą.

Drugim czynnikiem leczniczym jest żywienie. Gdybym o tej sprawie powiedział tylko, że w uzdrowiskach dają jeść obficie i smacznie, to skrzywdziłbym te zakłady; tam czynią o wiele więcej, bo troszczą się o to, by każdy chory nie tylko otrzymał swoją rację, ale i o to, by ją spożył; tam uczą jeść chorych — a kto pamięta, jak często suchotnicy należą do kategorii ludzi, którzy od dzieciństwa nie umieją „porządnie“ zjeść — ten oceni wartość tego szczegółu. Z zaburzeniem żołądkowem walczą tu z tą samą gorliwością, jak z zasadniczem cierpieniem, a chociaż niema zgody w poglądach, ile należy dawać każdemu choremu, na to wszysey się godzą, że oszczędzanie i ćwiczenie

żołądka tyleż obchodzić musi lekarza uzdrowiska, co oszczędzanie i ćwiczenie płuc.

W Wodzisławiu otrzymuje każdy chory, co następuje: rano — kawa lub mleko i bułka z masłem; drugie śniadanie — mleko i chleb z masłem; obiad — zupa, jedno mięso, jarzyna, kompot lub sałata; podwieczorek — mleko i chleb z masłem; kolacja — zupa, mięso, mleko lub herbata; w tem mięsa wypada dziennie na osobę 333 gr.

Oto zaś dokładna tabelka (podług Dettweilera) przeciętnego pożywienia w Ruppertshain.

	Wagi	Białka	Tłuszczu	Wodan. węgla	Ciepłotek
	G r a m y				
Rano o 7 ¹ / ₂ .					
2 filiżanki kawy mlecznej	—	—	—	—	91,0
1 bułka	—	4,9	0,5	33,0	161,0
1 ¹ / ₂ szklanki mleka.	—	—	—	—	220,0
Rano o 10-ej.					
Kawałek chleba z masłem	—	3,5	16,9	26,4	280,0
Kawałek kiełbasy	41	9,3	4,7	—	82,8
Obiad o 1-ej.					
Zupa ryżowa	251	1,5	4,2	15,2	108,0
Sztuka mięsa	95	32,3	7,12	—	201,96
Kartofle	180	3,2	0,34	37,1	160,0
Buraki	105	1,1	0,2	8,4	40,9
Chleb.	25	1,4	0,13	12,0	55,6
1 ¹ / ₂ butelki piwa	370	—	—	—	142,1
O 4-ej.					
Kawałek chleba z masłem	—	3,5	16,9	26,4	280,8
2 filiżanki kawy mlecznej	—	—	—	—	91,0
1 szklanka mleka	—	—	—	—	147,0
Wieczorem o 7-ej.					
Zupa ryżowa	246	1,5	4,2	15,2	108,0
Kartofle	183	3,3	0,4	37,7	172,2
Sałata	46	0,6	0,09	1,4	9,0
Kiełbasa.	63	7,3	24,9	1,4	267,0
Chleb.	40	2,4	0,2	19,2	90,6
Wieczorem o 9-ej.					
1 ¹ / ₂ szklanki mleka.	—	—	—	—	220
Ogółem	—	78,3	97,09	237,8	2929,8

W razie dyspepsji djeta się zmienia, przy czem raz staje się prawie wyłącznie mleczną, innym razem — mleko na czas jakiś zupełnie jest odsuwane.

Wielką wagę kładą na to, by potrawy były smaczne, całe pożywienie — urozmaicone; chorzy nie powinni nigdy wiedzieć, co dostaną na obiad, więc też potępiono tu system, który na każdy dzień tygodnia, raz na zawsze, przepisuje pewne potrawy.

Co się tyczy oddzielnych potraw, to przedewszystkiem wspomnieć muszę o mleku; kiedy w niektórych uzdrowiskach uznają, że tego nigdy nie będzie za wiele (w Grabowsee dają do 3 kwart dziennie), większość boi się, by tym sposobem nie obciążać żołądka i nie powodować rozstrzeni tego narządu, i ogranicza się do 1-ej, maximum 1¹/₂, kwarty na dobę.

Szczególnie ważną jest w uzdrowiskach ludowych kwestja napojów wysokokowych. Przypominam, że w Niemczech użycie piwa jest powszechnem i że wyskok przez wielu ftizjoterapeutów uważany jest za lek bardzo pożądaný, jako pożywienie oszczędzające białko i tłuszcz; wszak w niektórych zakładach dla zamożnych przeprowadzają wprost „kuracje koniakowe“. To też w Ruppertshainie dają do obiadu butelkę piwa, a wieczorem żytniówkę do mleka, w Königsbergu 2 butelki piwa dziennie, toż samo w Sülzhayn, Stiege; w uzdrowiskach miasta Berlina, jak podaje Liebe, wypito w ciągu roku: 82787 butelek piwa, 2752 — wina, 90 — koniaku.

Sprawa wyskoku w uzdrowiskach ludowych rozpatrywaną być musi pod innym zupełnie kątem, aniżeli użycie tego środka w sanatorjach dla zamożnych. Po pierwsze, wielu z klientów uzdrowisk ludowych nabywie swej choroby zawdzięcza, do pewnego stopnia, nadużyciu wyskoku, więc raczej stopniowo odeń odzwyczajając by należało w uzdrowisku, aniżeli systematycznie doń przyzwyczajać. Po wtóre, i co ważniejsza, na wszystkie zabiegi w uzdrowisku każą chorym patrzeć, jako na *wzór* życia higienicznego; trudno jednak uznać, by dwie butelki piwa dziennie należeć miały do przykładowych i niezbędnych przyzwyczajzeń ludzkich; chory ma być w uzdrowisku „wychowywany“ — więc najobojętniejszy widz ruchu anti-alkoholicznego przyznać musi, że człowiek „wychowany“ na piwie i żytniówce, które mu *ręka lekarza* podaje — w używkach widząc lek, gorliwie pielegnować będzie ten zwyczaj, zdwoi może dawkę w razie jakichś dolegliwości, a zawsze powoływać się będzie przed otoczeniem i przed własnym sumieniem na to, że i medycyna widzi w piwie, koniaku lub żytniówce lekarstwo na jego chorobę. Że zaś lecznicze własności wyskoku nie są wcale bez zarzutu, przyklasnąć należy Liebem, gdy walczy przeciw chronicznemu podawaniu piwa, wina i wódki w uzdrowiskach ludowych. Na nieszczęście — walczy bez powodzenia. Gdym go odwiedził, z dumą trącił się ze mną, siedząc za wspólnym z chorymi stołem, szklanką lemoniady (wyrzekł się też, dla przykładu, sam i picia i palenia), aliści przed kilku miesiącami zarząd uzdrowiska nakazał wydawać wszystkim żyjącym sobie tego po butelce piwa do obiadu; obecnie agituje pośród swych wychowañców i, jak słyszę, większoć chorych obywa się nadal bez piwa.

Tu dodam, że nawet Liebe nie niema przeciw podawaniu wyskoku ciężko chorym suchotnikom, przy wysokiej gorączce, obfitych potach; ale tacy chorzy stanowią w uzdrowiskach ludowych wyjątek.

Palić w Wodzisławiu nie wolno zupełnie; w innych uzdrowiskach pozwolono po obiedzie i po kolacji palić na świeżem powietrzu, ale zdala od sypialni, leżalni, wogóle w takich warunkach, by dym nie dochodził innych chorych.

D. n.

Towarzystwa lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Kaliskie.

Posiedzenie z d. 17 kwietnia 1899 r.

I. Dr. *Neugebauer*, członek koresp., nadesłał odbitkę z „Medycyny“: „Jedynie w swoim rodzaju spostrzeżenie z dziedziny wrodzonych anomalji zewnętrznych narządów płciowych“.

II. Z chorób nagminnych w miesiącu zeszłym obserwowano przez lekarzy: 3 przyp. szkarlatyny, 2 — dyfterytu, 2 — odry, 3 — koklusz, 10 — grypy, 1 — duru brzuszego, 2 — duru nieokreślonego i 7 — świnki.

III. Pan *Szafnicki*, lekarz weterynarii powiatu sieradzkiego, czytał o *niewłaściwym, barbarzyńskim sposobie zabijania świń w naszych rzeźniach*. Nasi rzeźnicy kilkoma uderzeniami w czoło starają się ogłuszyć zwierzę, a następnie powtarzają te razy kilkakrotnie obuchem, dopóki zwierzę nie skona w strasznych kureczach. Pan S. proponuje sposób przyjęty i obowiązujący za granicą, gdzie jednym uderzeniem w czoło rzeźnik przebija kość czołową i niszczy tkankę mózgową. Przy tym sposobie cała czynność zabijania zwierzęcia trwa kilka sekund, a drgawek przy tem nie bywa. Ten sposób zabijania świń zaprowadził S. w szlachtuzach: Sieradzkim i Zduńskowolskim z bardzo dodatnimi wynikami i chce ten sposób demonstrować lekarzom w szlachtuzie tutejszym. Następnie przedstawił przyrząd, przez siebie ulepszony, który służy do omawianego celu.

IV. Kol. *Brokman* czytał: „O diazoreakcji w moczu“. Ten odczyn, podany przez Ehrlicha, zyskuje coraz większe znaczenie przy rozpoznawaniu duru brzuszego, ponieważ występuje zawsze w pierwszych okresach tej choroby, stanowiąc jeden z objawów chorobowych. Ustąpienie diazoreakcji jest zapowiedzią pomyślnie przebiegającego duru brzuszego. Wystąpienie diazoreakcji w czasie zdrowienia wskazuje na nawrót tej choroby. Diazoreakcja, występująca przy gruźlicy, zmusza nas do niepomyślnego rokowania. Diazoreakcja wskazuje na jakieś wewnętrzne ropienie i nigdy nie występuje u osób zdrowych. Diazoreakcja, choć nie stale, występuje jeszcze przy najróżnorodniejszych chorobach. W końcu kol. B. demonstrował sposób, w jaki

diazoreakcja zostaje wykonana. Z chwilą dodania odczynnika do moczu dwóch chorych na dur, mocz przyjął barwę krwawo czerwoną. Taką barwę przyjął mocz chorego na gruźlicę. Odczynnik dodany do moczu człowieka zdrowego barwy nie zmienił.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 5 kwietnia 1899 r.

I. Kol. *Prezes* odczytał list Sekcji Technicznej Tow. Pop. Przem. i Handlu następującej treści: Sekcja przystępuje do wydania obszernej encyklopedji przedzalnictwa bawełny; tom dziesiąty tego wydawnictwa ma zawierać opis higieny tej gałęzi przemysłu; Sekcja prosi Towarzystwo o pośredniczenie przy wynalezieniu lekarzy, którzyby podjęli się opracowania tomu dziesiątego wspomnianej encyklopedji.

Postanowiono: sprawę przekazać Komitetowi higienicznemu, ponieważ on stanowi stałą komisję, zajmującą się temi sprawami Towarzystwa, które mają związek z higieną.

II. Na członków czynnych przyjęto kolegów: Goldbluma i Rotspana.

III. Kol. *Pański* przedstawił *przypadek tętniczego przekrwienia mózgu (hyperaemia cerebri) u chłopca ośmio-letniego, po nadużyciu wina.* Chłopiec dobrze zbudowany, przeszedł odrę i zap. kiszek. Po wypiciu wina upadł na ulicy, nie mogąc powstać; u przyniesionego do domu zauważono wykrzywienie twarzy i bezwład ręki lewej. Przy badaniu lekarskiem, czwartego dnia po wypadku, sprawdzić można: nieznaczne powłóczenie lewą stopą, której palce są ku wewnątrz zwrócone (typ hemipleg.); siła mięśniowa tej kończyny nie bardzo zmniejszona; dłoń lewej ku górze nie może unieść ani palców rozstawić; siła mięśniowa tej kończyny też nieco zmniejszona; ślady niedowładu mięśni lewej połowy twarzy; nieznaczne zboczenie języka na lewo; odruch kolanowy lewy żywszy, niż prawy; odruch stopowy lewy wyraźny; uczucie dotyku i bólu po stronie lewej nie zmniejszone; w sercu — niedomykalność zastawki dwudzielnej, przerost obu komór.

Obraz chorobowy zależy od tętniczego przekrwienia mózgu, bez głębszych zmian anatomicznych; za tem przemawia wyrównanie się, po upływie paru godzin, bezwład lewej kończyny i twarzy, zarówno jak odzyskanie ruchów — po upływie paru dni; przyczyną przekrwienia było nadużycie wina; wyskok należy do trucizn, powodujących tak silny przypływ krwi do mózgu, że pod jego wpływem powstać może porażenie — szybko przemijające (choć znane są 3 przypadki śmierci z tego powodu, przyczem, prócz przekrwienia, zmian w mózgu nie znaleziono). W przypadku przedstawionym powstanie zaburzeń krążenia mózgowego ułatwiła wada serca. Przebieg choroby wyklucza podejrzenie jakiegoś wylewu, skrzepu lub zatoru; brak objawów hysterji (i charakterystyczny chód) wykluczają to cierpienie; niedowład po ostrym zapaleniu rogów przednich (poliom. ant. acut. inf.) są wiotkie, brak przy nich odruchów, ograniczają się do kończyn.

IV. Kol. *Groszlik* wygłosił pierwszą połowę pracy: „*O niektórych nowszych postępkach w anatomji mikroskopowej i fizjologii układu nerwowego.*“

V. Kol. *Sonnenberg* wypowiedział rzecz: „*Tajemnica lekarska jako nakaz stanowy, przepis prawny i postępowanie etyczne.*“ (P. „*Czasopismo*“ № 5).

Posiedzenie nadzwyczajne z d. 7 kwietnia 1899 r.

Obecni, w liczbie 35-ciu, zapisali się w poczet członków „*Towarzystwa doraźnej pomocy lekarskiej w m. Łodzi*“, polecając starania o dalszą organizację tego towarzystwa komisji ad hoc wybranej, a złożonej z następujących kolegów: M. Cohn, Goldsobel, Gorski, Ks. Jasiński, Jonscher, Koliński, Krusche, Likiernik, Pinkus, Rundo, Sterling i Wisłocki.

Posiedzenie z dnia 17 kwietnia 1899 r.

I. Kol. *Gutentag* przedstawia przypadek rodzinnej *brachydaktylji*: palcom nóg i rąk matki brak zupełnie paliczków środkowych; palce 13-letniego syna składają się również z dwóch tylko paliczków (zdaje się jednak, że istnieją jakieś szczątki paliczków środkowych); cztery palce córeczki trzechletniej są prawidłowo zbudowane, mały — składa się z dwóch paliczków

III. Kol. *Kaufman* streszcza broszurę o zadaniach kuratorów trzeźwości.

III. Kol. *M. Cohn* przedstawia chłopca, który ma chrząstki na wskazicielu, paluchu i kościach śródreza obu kończyn górnych, symetrycznie umiejscowione, dochodzące wielkości średniego jabłka; mają to być guzy wrodzone, które w ostatnim czasie zaczęły się powiększać.

IV. Kol. *Pinkus* zdaje sprawę z liczby przypadków chorób zakaźnych notowanych w ciągu kwartału pierwszego roku 1899. Ogółem zanotowano przypadków 260; w styczniu przeważała blonica, w lutym i marcu — ospa, po tem szły blonica i tyfusy. Ponieważ liczba przypadków śmierci z powodu chorób zakaźnych niewiele jest mniejszą od liczby notowanych zachorowań, ponownie stwierdzić należy, że mała ledwie część tych ostatnich podlega notowaniu.

IV. Kol. *Groszlik* dokończył odczyt p. t. „*O niektórych nowszych postępkach w anatomji mikroskopowej i fizjologii układu nerwowego.*“

Wykład ten do streszczenia się nie nadaje.

V. Kol. *Kaufman* demonstrował rękawiczki kauczukowe Friedricha, do operowania aseptycznego.

Posiedzenia Komitetu higieniczno-sanitarnego z d. 29 marca, 12 i 26 kwietnia 1899 r.

Obrady nad projektem „*Instrukcji dla Oddziału Łódzkiego Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.*“



KORESPONDENCJE.

W sprawie kursów dla lekarzy.

Ukończenie wydziału lekarskiego daje nam podstawy teoretyczne medycyny i niewielki zapas wiadomości praktycznych. Zbyt już wiele mówiono, jak niedostatecznym jest to przygotowanie do rozpoczęcia praktycznej działalności lekarskiej, bym miał o tem raz jeszcze się rozpisywać. Nie potrzebuję też przypominać, że niewielu z kolegów, pozostając w Warszawie, mają możność nabycia pewnego doświadczenia praktycznego pod okiem ordynatorów szpitalnych, i że do tych szczęśliwych należą tylko ci, którzy tą czy ową drogą zyskali sobie pewne stosunki; większość zaś stosunków tych nie posiada i albo na przygotowaniu uniwersyteckiem studja swe kończy, albo prowadzi je w nielicznych szpitalach prowincjonalnych, albo też — za granicą szuka tego, co w stopniu równie doskonałym mogłaby znaleźć u siebie w domu. Nie przecząc bowiem, że poznanie różnych urządzeń lekarskich, różnych metod i poglądów, dzieje się z wielką korzyścią dla lekarza posiadającego już pewne doświadczenie praktyczne, a więc i możność krytycznego na sprawę poglądu, dla początkującego największą korzyść widzę w nauce przy warunkach najwięcej zbliżonych do tych, jakie w swej działalności praktycznej napotka. Jednocześnie zaś nie każdego stać na wyjazd za granicę.

Równie trudnem jest śledzenie za postępami lecznictwa dla lekarza, który oddalony jest od naszych ognisk wiedzy. Wprawdzie ten i ów „wpada“ na czas jakiś do Warszawy, ale jemu już nie wystarcza to, co dany oddział szpitala w zwykłym biegu rzeczy daje; radby raczej znaleźć za każdym zwiedzeniem oddziału coś nowego, co zna teoretycznie, z literatury lekarskiej — czego jednak przy łóżku chorego nie widział, wszystko jedno czy to będzie nowa metoda djagnostyczna, czy nowy rękoczyn operacyjny, czy nowy obraz chorobowy.

W obu kierunkach wzory, jak złemu zaradzić, znajdujemy za granicą, a nawet w Cesarstwie; czy warunki specjalne bezapelacyjnie nam w tym względzie samopomoc uniemożliwiają, nie śmiem sądzić, tem bardziej, że (o ile wiem) o urządzeniu w Warszawie systematycznych wykładów i demonstracji dla lekarzy nie było dotąd mowy. Wnioskować zaś o niewykonalności takich kursów (w oddziałach i laboratorjach szpitali warszawskich — nie związanych z klinikami) z tego, że niewykonalnymi się one okazały dla studentów, nie wolno.

Ordynatorzy szpitalni, a członkowie Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego, powinnyby przez organy tegoż Towarzystwa zwrócić się o pozwolenie utworzenia kursów dla lekarzy, głównie przyjezdnych, lub też — o pozwolenie takie kołatać przez inspekcję szpitalną. Wszak w Cesarstwie wykłady dla lekarzy są organizowane zupełnie niezależnie od instytucji uniwersyteckich, a więc nie byłoby urządzenie podobne czemś wyjątkowem.

Znając domniemanych ordynatorów, którzy by na słuchaczy liczyć mogli, i wiedząc, jak licznie kursy takie byłyby odwiedzane,

sądzą, że pierwsi chętnieby pracowali bezinteresownie, drudzy chętnieby za wykłady płacili; fundusze z opłat pochodzące (po strąceniu drobnych wydatków na laboratorium i t. p.) przekazywane byłyby mogły na rzecz danych oddziałów szpitalnych. A. Z.

SPRAWOZDANIE

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

(Dokończenie).

Do godnych uwagi należą 2 przypadki zakrzepu żyły nożnicowej lewej (v. saphena) po durze brzuszynym, zakończone pomyślnie, i 1 przypadek zakrzepu żyły pachowej (v. axillaris) po skaleczeniu, z zejściem śmiertelnem, stwierdzony oględzinami pośmiertnemi.

№	Nazwa choroby	Wyszło				№	Nazwa choroby	Wyszło				Ogółem	
		uleczon.	z polepsz.	bez pol.	Umarło			uleczon.	z polepsz.	bez pol.	Umarło		
1	Rhinitis	1	—	—	1	33	Sclerosis dissem.	—	—	—	1	1	
2	Bronch. ac.	16	1	1	18	34	Tabes dorsualis	—	—	1	—	1	
3	" chr.	1	3	—	1	5	35	Psychopathia	—	—	5	1	6
4	Asthma	—	—	1	—	1	36	Paralysis	1	—	8	3	12
5	Emphysema	—	3	1	2	6	37	Neuralgia	4	3	—	—	7
6	Pneum. catarrh.	—	3	5	2	10	38	Epilepsia	—	—	3	1	4
7	" croup.	6	—	1	—	7	39	Neurasthenia	—	—	3	—	3
8	Phthisis pulm.	—	—	2	7	9	40	Hysteria	2	4	5	—	11
9	Endocarditis	—	—	1	1	1	41	Chlorosis	—	—	1	—	1
10	Vitium cordis	2	4	2	8	16	42	Scorbut.	2	—	—	—	2
11	Myocarditis	1	—	—	7	8	43	Peliosis rheum.	—	—	1	—	1
12	Arteriosclerosis	—	—	—	2	2	44	Ren migrans	—	—	1	—	1
13	Thrombosis ven.	1	—	—	1	2	45	Morbilli	7	—	—	—	7
14	Angina	8	—	—	—	8	46	Scarlatina	2	—	—	—	2
15	Carcin. oesophagi	—	—	—	2	2	47	Variola	1	—	2	—	3
16	Gastritis ac.	18	—	—	—	18	48	Rheumat. artic.	8	5	1	1	15
17	" chr.	—	1	1	—	2	49	" musc.	7	1	1	—	9
18	Atonia ventr.	1	—	—	—	1	50	Malaria	1	2	—	—	3
19	Carcin. ventric.	—	—	—	1	1	51	Typhus abd.	14	—	—	—	14
20	Gastroenter. ac.	4	—	—	—	4	52	Dysenteria	—	1	—	—	1
21	Enteritis ac.	2	—	—	1	3	53	Tuberculosis	—	1	1	4	6
22	" chr.	1	1	—	1	3	54	Alcoholis ac.	2	—	—	—	1
23	" membran.	1	—	—	—	1	55	Intoxic. ac. muriat.	2	—	—	—	1
24	Icterus catarrh.	—	—	—	1	1	56	" ac. sulphur.	—	—	—	1	1
25	Cholelithiasis	—	—	1	—	1	57	" ac. oxal.	1	—	—	—	1
26	Cirrhosis hep.	—	—	—	2	2	58	" ac. carbol.	1	—	—	—	1
27	Peritonitis ac.	—	—	—	1	1	59	Marasm. senil.	—	—	6	1	7
28	Nephritis ac.	1	2	—	—	3	60	Agonia	—	—	—	8	8
29	" chr.	—	1	—	2	3	61	Neoplasma: 1) sarc. me-	—	—	—	—	—
30	Apoplexia cerebri	1	1	—	2	4		diastini ant. 2) s. in fossa	—	—	—	—	—
31	Lues cerebi	—	—	1	1	2		axill. i 3) carc. peritonei	—	—	—	3	3
32	Myelitis	—	—	1	1	2	62	Observatio	8	—	—	—	8

C. Oddział chorych wenerycznych i skórnych.

Ordynator Dr. S. Dworzańczyk.

Chorych było w roku sprawozdawczym 349, z tych umarło pięciu. Dwóch umarło wskutek wycieńczenia przy objawach późnej kiły, jeden z objawami wilka. Trzy chore pomieszczone z objawami rzerzączki umarły wskutek gruźlicy płuc.

Chorych z kiłą było 118, z tych: z objawami pierwotnymi — 13 m. i 3 k., z wtórnymi: a) świeżymi — 18 m. i 17 k., b) nawrotami — 27 m. i 33 k., z późnemi — 5 m. i 4 k.

W roku sprawozdawczym zarażenia się drogami niepleciowemi nie zauważono.

Z wtórnych objawów kiłą wysypkową było: 1) w świeżych przypadkach — 11 m. i 5 k., 2) w nawrotach — 6 m. i 5 k.; z kiłą grudkowatą: 1) w świeżych przypadkach — 6 m. i 1 k., 2) w nawrotach — 11 m. i 3 k.

Z wrzodem wenerycznym miękkim było 43, z tych powikłanych ropnem zapaleniem gruczołów chłonnych pachwinowych — 13 m. i 2 k., niepowikłanych — 16 m. i 12 k.

Z rzerzączką było chorych 136, z tych mężczyzn — 57, kobiet — 79:

Urethritis anterior	30	Urethritis Vulvovaginit ch.	63
Urethritis posterior	10	Bartholinitis	6
Epididymitis	13	Condyl. acuminata	6
Prostatitis acuta sup.	2	Salpingitis	3
Condylomata acum.	1	Parametritis sup.	1
Stricture urethrae	1		

Z chorobami skórnymi było 52, z tych:

Scabies	23	Leucoderma syph.	1
Psoriasis	4	Furunculosis post va-	
Eczema	4	riolam	1
Pruritus	3	Erythema multiform.	1
Excoriationes	4	Favus	1
Lupus	1	Pediculosis	1

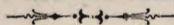
Oprócz tego na oddziale były 4 przypadki balanitis, 2 — zapalenia pęcherza moczowego i 4 — na obserwacji.

Uwagi: 1) 10 lat po zarażeniu się lues cerebri z objawami porażenia prawostronnego mięśni twarzy, kończyny górnej i dolnej; z upośledzeniem wymowy i słuchu. Odruchy ścięgnowe wzmożone. Po zastosowaniu weierań szaruchy objawy po miesiącu ustąpiły.

2) W pół roku po zakażeniu się kiłą wstąpił do szpitala z objawami neuroretinitis, Wybroczyny świeże i zmiany zanikowe w pobliżu brodawek. Po zastosowaniu 9 wstrzykiwań hydr. salicylicy znaczna poprawa.

3) Dwa przypadki prostatitis supp. Cięcie przez międzykrocze. Wyleczenie.

4) Psoriasis leczone było stosowaniem Kalii hypermanganicy. Objawy skórne w jednym przypadku usunięte zostały bez podawania leków wewnętrznych, w pozostałych — z jednoczesnem podawaniem jodku potasu lub pil. asiaticarum z dobrym skutkiem.



SPRAWOZDANIE

ze szpitala Towarzystwa Akeyjnego „Zawiercie”, za rok 1898.

Podał Dr. J. Brzeziński.

W r. 1898 leczyło się w szpitalu 223 chorych, z których wypisało się zupełnie uzdrowionych 134, z poprawą 50, bez poprawy 17, zmarło zaś 22 (9,8%). Chirurgicznych przypadków było 65. Z tych większość (34 przypadki) stanowiły rany i stłuczenia, poniesione przy pracy fabrycznej lub w bóje; drugie miejsce pod względem ilości przypadków zajmują ropnie (12 przypadków), z tych jeden był ropniem przynerkowym; prostych złamań kończyn było 6 przypadków, z tych 2 złamania uda zostały wyleczone zupełnie za pomocą aparatu wyciągającego bez opatrunku unieruchamiającego. Prócz tego były 3 przypadki raka: rak macicy i pochwy nieoperowany z zejściem śmiertelnym, rak twarzy u 80-letniej staruszki nieoperowany również z zejściem śmiertelnym, wreszcie rak wargi dolnej doszczętnie usunięty wraz z gruczołami podżuchwowemi, z wyzdrowieniem zupełnym. Wogóle było dokonanych na szpitalnych chorych 25 operacji, z których 2 amputacje, 1 tracheotomia, 1 resekcja stawu łokciowego, 1 transplantacja Tierscha, 4 częściowe resekcje i wyłyżczkowania. Przytoczę tu w kilku słowach historję niektórych ważniejszych przypadków.

1. M. S., l. 26, w celu samobójczym wypił sporą dozę essencji octowej. W 12 godzin po wypadku wystąpiła u chorego silna duszność i oddech świszczący. Przypisywałem to ostremu obrzękowi strun głosowych wskutek oparzenia nagłośni i tylnej ścianki krtani, i wobec groźnych objawów dla życia zrobiłem Cricotracheotomiam. Po wstawieniu rurki nastąpiła znaczna ulga. Następnego jednak dnia duszność znowu się wzmogła, przez rurkę odchodziło dużo cuchnącego ropiastego płynu i chory zmarł przy objawach osłabienia serca. Sekcji nie było. Przypuszczam, że duszność była spowodowana głębokiem oparzeniem przełyku w odcinku, przylegającym do tchawicy, i następczym obrzękiem zapalnym dróg oddechowych.

2. Ch. P., l. 60, został najechany przez parowóz i uległ zupełnemu zmiażdżeniu lewej górnej kończyny. Tegoż dnia dokonałem mu wysokiej amputacji ramienia. Pomimo że gojenie rany odbywało się zupełnie prawidłowo, chory 14-go dnia po wypadku dostał objawów, zupełnie przypominających delirium potatorum: bezsenność, halucynacje, silny niepokój, bredzenie. Po 2 tygodniach objawy te przeszły i chory wyzdrowiał zupełnie. Ponieważ chory przez cały szereg lat wypijał codziennie jeden kieliszek 90% spirytusu, nigdy się przytem nie upijając, przypuszczam, że powyższe objawy nerwowe należy pojmować, jako delirium potatorum, w którym uraz odegrał rolę momentu wywołującego.

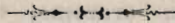
Chorych na oczy leczyło się w szpitalu 11, z tych 10 było dotkniętych jaglicą z różnemi komplikacjami ze strony rogówki. 4 chorych po kilkumiesięcznym pobycie w szpitalu na tyle się poprawili, że mogli wrócić do pracy fabrycznej; pozostałym brakło cierpliwości do tak długiego leczenia i wypisali się bez widocznej poprawy.

Chorych wewnętrznych było 147. Największą ilość dała gruźlica płuc, bo aż 20 przypadków, z których 8 zakończyło się śmiercią. Tyfusu brzusznego było 13 przypadków z 2 zejściami śmiertelnymi; zapalenia płuc krupowego 14 przypadków bez zejścia śmiertelnego. Jaglica, gruźlica, tyfus i zapalenie płuc dają u nas zawsze największą ilość chorych szpitalnych, zwykle nawet więcej, niż w roku sprawozdawczym. Częstość gruźlicy i jaglicy tłumaczy się u nas warunkami pracy fabrycznej (pył bawełniany); szerzenie się tyfusu i zapalenia płuc zależy widocznie od miejscowych właściwości gruntowych i powietrznych.

Reszta chorych należała do najrozmaitszych rozdziałów patologji. Pozwolę tu sobie przytoczyć w kilku słowach historję 2 przypadków.

1. Florentyna P., l. 24, od 3 miesięcy jest w ciąży, a już 2 miesiące wymiotuje absolutnie wszystko. Przez ostatnie 4 tygodnie leczyłem chorą w domu i wypróbowałem przytem wszystkie środki, jakie ktokolwiek na to cierpienie radził, bez najmniejszego skutku, stosując jednocześnie lawatywy odżywcze. W końcu 3-go miesiąca ciąży przybyła do szpitala w stanie takiego wycieńczenia, że zdecydowaliśmy się z kol. Peltynem na przerwanie ciąży. Po przekłuciu pęcherza płodowego chora zaraz poczuła znaczną ulgę i przestała wymiotować. Przytaczam ten przypadek dla jego rzadkości: mając dziś dużo środków przeciw wymiotom ciężarnym, zwykle natrafiamy na środek w danym przypadku odpowiedni i bardzo rzadko jesteśmy zmuszeni do wywołania sztucznego poronienia.

2. Józefa M., l. 30, przybyła do szpitala 23 maja w stanie następującym: zupełnie nieprzytomna, obrzęki na całym ciele, porażenie połowiczne lewostronne, drgawki prawostronne. W moczu duża ilość białka. W kilka godzin po przybyciu do szpitala chora urodziła 4-miesięczny płód. Od męża dowiedziałem się, że chora już przed tem 2 razy poroniła w 4-ym miesiącu i za każdym razem puchła i traciła przytomność. Po zatem była zawsze zdrowa. Po ostatniem poronieniu w szpitalu stan chorej zaczął się szybko poprawiać: świadomość wróciła, obrzęki zeszły, białko stopniowo się zmniejszało i po kilku już tygodniach można było wykazać zaledwie ślady. Ruchy w lewej połowie ciała stopniowo wracały i w październiku chora wypisała się prawie zdrową. Zgłosiła się znowu w grudniu i oświadczyła, że jest w ciąży, co badanie potwierdziło. Wobec tego pozostała w szpitalu na ściśle mlecznej dyjecie. W moczu wówczas białka były zaledwie nieznaczące ślady. W 4-ym miesiącu ciąży (luty r. b.) ilość białka znacznie się zwiększyła i pokazały się obrzęki. Pomimo przerwania ciąży chora zmarła przy objawach mocznicy. W tym przypadku 2 okoliczności zasługują na uwagę: 1^c prawidłowość, z jaką następowało pogorszenie objawów chronicznego cierpienia nerek zawsze w 4-ym miesiącu ciąży i 2^o porażenie połowiczne, spowodowane prawdopodobnie wylewem krwawym w mózgu podczas napadu mocznicy.



REFERATY.

Otrucie ołowiem w fabrykach porcelany. W sprawozdaniu rocznym angielskich inspektorów fabrycznych za rok 1897 (Annual Report of the Chief Inspector of Factories and Workshops for the year 1897) znajdujemy, podane przez dwie inspektorki, uwagi o zatruciu t. zw. blajwajsem (zasadowym węglanem ołowiu) w fabrykach porcelany i wyrobów glinianych.

W przeciągu roku w 132 zakładach, zatrudniających 3040 osób, było 404 otruc, z tych 233 przypada na kobiety (ogólny stosunek zaś pracujących w tym przemyśle kobiet do mężczyzn był 1:1,6). U dziecięciu osób otrucie ołowiem wystąpiło w najstraszniejszej postaci — jako utrata wzroku. W liczbie tych nieszczęśliwych znajdowały się dwie 18-letnie dziewczyny, od trzech lat pracujące w tym zawodzie.

Wpływ ołowiu na układ nerwowy dał się wogóle mniej zauważyć, silnem i zgubnem natomiast było działanie jego na wytwarzanie krwi i zdolność rozrodeczą. Z tego właśnie powodu kobiety są tu więcej narażone, aniżeli mężczyźni.

Na 77 kobiet zamężnych 15 nie miało wcale dzieci, nie zdarzyło się też u nich ani jedno poronienie; 8 kobiet urodziło 21 nieżywych dzieci; 35 kobiet miało 90 poronień, a 15 kobiet z tej liczby — ani jednego żywego dziecka nie wydało na świat; 36 kobiet urodziło 113 żywych dzieci, z których tylko 61 pozostało przy życiu, zmarło zaś 52, większość z nich na drgawki w pierwszym roku życia.

Jedna 25-letnia kobieta, od 17 roku swego życia trudniąca się przerabianiem blajwajsu, urodziła w przeciągu 7 lat troje nieżywych dzieci i raz jeden poroniła, a gdy tę pracę porzuciła, wydała na świat po roku żywe i dotychczas żyjące dziecko. Inna znów kobieta, 35 lat licząca, od 20 lat pracująca w fabryce porcelany, a od 10 lat zamężna, poroniła 8 razy i urodziła 4-o dzieci, z których troje zmarło w pierwszym roku życia. 3-cia kobieta, lat 28, miała troje jeszcze teraz żyjących dzieci przed wstąpieniem do fabryki porcelany, przez następne zaś 4 lata pracy w fabryce urodziła tylko jedno dziecko, które wkrótce zmarło. 4-ta, 28 lat, od 7-iu lat zamężna i od 10 lat pracująca w fabryce porcelany, urodziła 5 martwych dzieci, poroniła 3 razy, a jedyne żywo urodzone zmarło po kilku tygodniach z powodu drgawek.

Jako szczególne czynniki usposabiające do otrucia ołowiem podano: wiek młodociany, idjosynkrrarja osobista i płeć kobieca.

(Soziale Praxis № 1, 6-V 1899.)

N. Goldblum.

Schmitt. **O obrażeniach jelit tępym narzędziem.** Wszyscy lekarze twierdzą, że przy ranach, drażących do jamy brzusznej, powinna być wykonana laparotomja. Co się tyczy leczenia obrażeń podskórnych, to niema jeszcze zgody; w ostatnich jednak czasach coraz częściej rozpowszechnia się pogląd, że zaburzenia te winny podlegać zabiegom chirurgicznym. Autor opisuje 8 przypadków przedziurawienia jelit, spowodowanego tępym urazem. Pęknięcie kiszki występuje częściej, jeśli uraz działa na jedną okolicę brzucha, aniżeli na cały

brzuch (7—1). Według Petry'ego najczęstszą przyczyną bywa uderzenie kopytem (58:232), następnie przejechanie i kopnięcie (32 i 21). obrażenia te powstają przez uderzenie brzucha ciałem, będącem w szybkim ruchu, lub przez upadnięcie na mocno stojący przedmiot. Częściej się zdarzają u mężczyzn, niż u kobiet. (Według Petry'ego 217 m. i 15 k., u Schmitta byli to tylko mężczyźni). Wiek waha się od 20—50 lat.

Z własności otworu w jelicie, jego otoczenia i położenia, oraz z charakteru działającej siły, niekiedy daje się określić, czy przedziurawienie powstało wskutek zmiżdżenia lub pęknięcia jelita. Schmitt jednak nie zawsze mógł to z pewnością rozpoznać. Przedziurawienie pod wpływem urazu może też następować wtórnie, wskutek zgorzeli.

Najczęstszem siedliskiem bywa jelito cienkie (219 : 163), a mianowicie dolna część kiszki biodrowej lub górna prostnicy, daleko rzadziej jelito grube, a najrzadziej dwunastnica, która niekiedy bywa całkowicie oddzielona od prostnicy.

Ilość i postać przedziurawień zależy od urazu i od stanu jelita w chwili obrażenia. Najczęściej bywa jeden otwór. Stałe następuje wypadnięcie błony śluzowej, przeszkadzające sklejeniu nawet przez w ciągotości. W rzadkich szczęśliwych przypadkach otwór zostaje zamknięty w ten sposób, że błona surowicza sąsiedniej pętli lub sieci z powodu zapalnego podrażnienia skleja się z błoną surowiczą jelita obrażonego. W przeważającej jednak liczbie przypadków występowanie zawartości kiszki i ruchy robaczkowe przeszkadzają sklejeniu. Nawet w razie wytworzenia się sklejenia powyżej wymienione czynności oraz zmiana w napełnieniu kiszek i ruchy chorego rozrywają zrosty. Najpierwej i najłatwiej wychodzą gazy, a jednocześnie lub nieco później płynna lub stała zawartość. Gazy zbierają się w górnych częściach jamy brzusznej, płynna zaś zawartość opada do niższych okolic, gdzie uraz z wytwarzającym się szybko wysiękiem powoduje stłumienie opukowe. Występowanie płynów jest niebezpieczniejszem z tego względu, że one szybciej i łatwiej rozechodzą się po całej jamie brzusznej, aniżeli kał, który w okolicy przedziurawienia częściej ulega otorbieniu.

Objawy: Niektórzy chorzy początkowo nie przedstawiają żadnych zmian, niekiedy bywa wstrząs, którego brak lub obecność nie daje żadnej wskazówki co do istnienia przedziurawienia. Umiejscowiony ból, zjawiający się dobrowolnie lub przy ucisku, ma dla rozpoznania pewne znaczenie. Występująca zaraz po obrażeniu bębniaca, a szczególnie zniknięcie stłumienia wątroby, jest objawem patognomicznym dla przedziurawienia. Znajdowane wkrótce po obrażeniu stłumienie w położonych najniżej okolicach brzucha jest wynikiem nagromadzenia się płynnej zawartości kiszki lub wynacznienia. Objawy zapaści wraz z bardzo szybko wzrastającym stłumieniem wskazują na krwotok wewnętrzny. Uraz sam przez się może wywołać zapalenie otrzewnej, które jednakże odznacza się łagodnym przebiegiem, gdy tymczasem cechą charakterystyczną zapalenia otrzewnej, spowodowanego przedziurawieniem, bywa nadzwyczajna złośliwość. W niektórych przypadkach zjawia się posocznica bez zmian miejscowych, w innych zaś

mamy do czynienia z zapaleniem rozmaitego natężenia, zależnie od rodzaju i jadowitości drobnoustrojów, znajdujących się w zawartości kiszkiowej (lasecznik okrężnicy, paciorkowce i gronkowce). Pewne przypadki wtórnego przedziurawienia jelita, w których początkowo było zmiążdżenie, zgniecenie albo częściowe rozerwanie (np. pęknięcie błony surowiczej lub surowiczo-mięśniowej) i w których ustrój na uraz odpowiada wstrząsem—z bólem, wymiotami it.p., mogą być wyleczone, i tylko niekiedy można uszkodzenie podejrzewać na zasadzie płynnych, nieraz krwawych wypróżnień, strzępów obumarłej błony śluzowej, miejscowej bolesności i rzadko występującego bardzo wielkiego wzdęcia. Łatwo zrozumieć, że następczo powstają owrzodzenia, dające początek bliznowatym zwężeniom. Drobnoustroje chorobotwórcze często wskutek zniszczenia i zaburzenia w odżywianiu łatwo przenikają przez ścianki kiszki i wywołują zapalenie otrzewnej, z powodu powolnego wkraczania bodźców zakaźnych cechujące się łagodniejszym przebiegiem.

Następstwem głębiej sięgającego zniszczenia tkanek, rozległego rozerwania i zakrzepów w tętnicach kiszkiowych, bywa zgorzel, pociągająca za sobą wtórne zapalenie otrzewnej.

Wczesne rozpoznanie zmiążdżenia ścianek jelita po największej części jest rzeczą niemożliwą. Również trudno jest stwierdzić pierwotne przedziurawienie, gdyż nawet przy rozległych obrażeniach chorego w przeciągu pierwszych 12—24 godzin mogą się czuć dobrze i nie przedstawiać żadnych objawów przedmiotowych. Ważną jest wskazówką, jeśli stan ogólny po ustaniu lub osłabieniu objawów pierwotnego wstrząsu znacznie się pogarsza, jeśli przy tem można wykluczyć krwotok.

Uwzględnienie charakteru i gwałtowności urazu może znakomicie ułatwiać rozpoznanie. Niezależnie od przyczyn, wywołujących bardzo ciężkie obrażenie (np. ściśnięcie między buforami dwu wagonów), szybko i silnie działające na ograniczoną przestrzeń urazy (np. uderzenie kopytem, uderzenie o dyszel), jak wskazują opisane przez autora przypadki, często powodują pęknięcie jelita. Z innych objawów należy wspomnieć o szalonym bólu w chwili przedziurawienia, o wymiotach, o wzdęciu, bębniacy i zniknięciu stłumienia wątroby. Głuziński do cech charakterystycznych zalicza następujące: 1) na całym brzuchu można słyszeć tony serca i szmer oddechowy i 2) tętno z początku zwolnione, później staje się przyspieszonym.

Bardzo wybitną wartość rozpoznawczą zdaje się posiadać ograniczona, ściśle umiejscowiona, bolesność, często samoistna, a wskutek ucisku znacznie się wzmagająca.

Należy też zwrócić uwagę na to, że zaraz po uszkodzeniu otrzymujemy ściśle ograniczony pas wysoko-bębniakowego dźwięku, zależny od występowania gazów. Ogólna bębniaca niekiedy nawet w niewątpliwych wypadkach pęknięcia nie zjawia się zaraz, ponieważ sięć i krezka przeskadzają rozechodzeniu się gazów po jamie brzusznej.

Wszystkie wymienione objawy, nawet razem istniejące, czynią rozpoznanie zaledwie prawdopodobnem; dopiero peritonitis perforativa pozwala na pewne rozpoznanie, ale wtedy już zapóźno. Wczesne rozpoznanie możemy postawić jedynie za pomocą laparotomji, wykonanej

w uspieniu lub znieczuleniu miejscowem możliwie rychło po obrażeniu, lecz po przejściu cięższych objawów wstrząsu. Cięcia próbne powinny być dostateczne, aby można było się przekonać, czy w jamie otrzewnej znajdują się gazy, krew lub zawartość kiszki. W tym ostatnim przypadku należy przystąpić do szerszego otwarcia, które jedynie może ocalić chorego.

Statystyka wykazuje, że metoda wyczekująca w rozpatrywanem cierpieniu daje bardzo niepomyślne wyniki (według Petry'ego śmiertelność wynosi 97,5%). Przy leczeniu chirurgicznem otrzymujemy o wiele lepsze wyniki. Z pomiędzy operowanych w ciągu pierwszej doby wyzdrowiało 55%, w pierwszych zaś kilku dniach — 25%, a w ogóle — 33%. Autor wraz z Königiem sądzi, że należy operować w ciągu pierwszych 12 godzin, ale jednocześnie utrzymuje, że lepiej późno, niż wcale. Zapalenie otrzewnej samo przez się nie stanowi przeciwwskazania, o ile stan ogólny zezwala na operację. Przypadki autora, operowane po upływie 12 godzin, zakończyły się śmiercią, a w jedynym, uwieńczonym pomyślnym skutkiem, laparotomja została dokonana po 9 godzinach.

Bronisław Handelsman.

(Münch. Med. W. 1898. № 28 i 29).

WIADOMOŚCI DROBNE.

= Barth zwraca uwagę na *hygieniczne znaczenie śpiewu*; czyniąc głębszymi ruchy oddechowe, śpiew zwiększa pojemność płuc i wzmacnia mięśnie; dzięki wzmoczonej wymianie gazów i zwiększonej stracie wody — przeróbka materji przy śpiewie jest przyspieszona; zwiększa się łaknienie i pragnienie; wzrasta zawartość hemoglobiny w ciałkach czerwonych; szerokie ruchy przepony i ściany brzusznej sprzyjają trawieniu; śpiew działa dodatnio na rozwój krtani, na nos i gardziel; śpiew zaliczyć należy do środków zapobiegających przewlekłym sprawom płucnym; zastępuje lecznictwo pneumatyczne; wreszcie, śpiew powinien odegrywać pewną rolę przy leczeniu chorób serca, błędnicy.

(Arch. f. Laryng. VI. Ref. Ther. d. Gegenw. 1899. № 3).

— W Szwecji używają z powodzeniem *pokrzywy* jako leku *przeciw*

niedokrwistości; Hjalman Aguér podaje, że się o skuteczności tego przekonał w przypadkach, kiedy wszystkie inne środki zawodziły. Używana jest pokrzywa wielka (urtica dioica), ale i pokrzywa mała (urtica urens) posiada też same własności. Najlepiej ze świeżych, zebranych na wiosnę, korzeni i łodyg z pół-rozwiniętymi liśćmi przygotować zupę, a z zeschniętych — napar, biorąc garść na pół kwarty wody; co 1—2 dni ilość wypijanego leku należy zwiększać.

(Münch. M. W. 1899. № 6).

— Dr. Wunderlich z miasteczka Neudorfu pisze w sprawie *laparotomji wykonywanych na wsi*: w ciągu ostatnich trzech lat wykonał w mieszkaniach prywatnych 17 laparotomji, a nie były to wcale salony domów zamożnych, lecz pokoiki ludzi ubogich. W 16 przypadkach nie miał wcale gorączki, w 17-ym

(martwica kiszki u starca 73-letniego)—śmierć. Laparotomje były wykonane z powodu: gastrostomji, cholecystektomji, wycięcia kiszki, guzów jajnika, guzów sieci i t. p.; do laparotomji nie zalicza operacji przepuklin uwięzionych.

(Münch. Med. W. 1899. № 10).

× Saletrzan srebra tworzy z substancjami organicznemi białkan srebra — związek nierozpuszczalny, tamujący przenikanie srebra w głąb tkanek. Dla zapobieżenia temu w Hôpital Saint-Louis uciekają się do następującego sposobu: powierchnię, przypaloną lapiem in substantia, wprowadzają w zetknięcie z wypolerowaną pałeczką metalicznego cynku; następuje rozkład białkanu srebra, uwolniony z związku kwas saletrzany (?) działa w głąb tkanki. Pałeczkę cynkową należy

po każdorazowem użyciu wyjałowić przez ogrzewanie, a następnie papierem szorstkim usunąć warstwę tlenku cynku.

— *Stale stosowanie worków z lodem przy zwalczaniu wysokiej ciepłoty* zaleca Lockard. Przy gorączce średniego natężenia wystarczają cztery worki: pod pachami i pod kolanami; przy silniejszej—dodajemy worki na stawy nadgarstkowe, na kark, na miejsca odpowiadające siedlisku choroby (zap. płuc, ból głowy, zap. osierdzia, stawu it.p.). Jeśli ciepłota spada—lód stopniowo usuwamy; należy często mierzyć ciepłotę, bo spadek gorączki do temperatur bardzo niskich następuje często już po jednogodzinnem stosowaniu lodu.

(Zt. f. Krunpfl. 1899. № 3).

KRONIKA.

Wspomnienia pośmiertne.

Ś. p. Jan Józefowicz.

Dobry pasterz duszę swoją daje za owce swoje.

Z szeregow naszej braci lekarskiej znowu ubył dzielny, idący do ostatnich chwil życia na przedzie, bojownik: dnia 5 kwietnia zmarł w Kownie w 43 roku życia ś. p. Jan Józefowicz, a jak na wiernego chorągwi żołnierza przystało — padł na stanowisku, zaraziwszy się dudem osutkowym, z którym nierówną wiódł walkę u biednych rodzin żydowskich na lichem przedmieściu Kowna, Zieloną Górą zwanem.

Urodzony w Kownie, nauki lekarskie odbywał w Petersburskiej Akademji Wojskowo-lekarskiej, którą w roku 1879 ze stopniem lekarza eximia cum laude ukończył. Pierwsze dwa lata zawodu lekarskiego spędził w Poniewieżu, zaś od roku 1881 do 1895 i od 1897 aż do zgonu w Kownie praktykował; część roku 1895 i rok 1896 przebył w Wilnie.

Posiadając wszechstronne i bardzo staranne wykształcenie, zmarły kolega obowiązki lekarskie spełniał z całym poświęceniem się i wielką znajomością rzeczy; bogato od natury uposażony szedł stale z postępem wiedzy lekarskiej tak dalece, że mógł śmiało iść w zawody z najbieglejszymi klinicystami. Łagodny, pełen wykwintnego dowcipu, nad

wszelki wyraz bezinteresowny i uczynny, a przy tem wysoce koleżeń-
ski — zmarły towarzysz cieszył się powszechnem uznaniem i niuda-
wanem poważaniem wśród całych zastępów pacjentów swoich, dla
których zawsze, prócz dobrej rady, znalazł serdeczne słowo pociechy,
które tak zniewala ludzi. Zwłaszcza zaś lubiły go dzieci, które leczył
z całym zamiłowaniem i które zawsze z upragnieniem oczekiwały jego
przybycia. Nie mniej poważali go i koledzy ze względu na wysoki
takt w stosunkach koleżeńskich; czysty, jak rodzimy kryształ, chara-
kter zmarłego tu właśnie najlepiej się uwydatnił; cenili też wszyscy
tę bezgraniczną prawość, czego najlepszym dowodem jest ta okolicz-
ność, że przez 8 lat z rządu ś. p. Józefowicz był wybierany na sekre-
tarza Kowieńskiego Towarzystwa Lekarskiego, a kiedy śmiertelna
niemoc powaliła go na łożo boleści, koledzy otaczali go najtroskliwszą
opieką. Dzięki zaznaczonym wyżej zaletom charakteru zmarły towa-
rzysz był nader poszukiwanym lekarzem przez najszersze warstwy
ludności, tak kowieńskiej jak i okolicznej; myliły się jednak ten,
ktoby sądził, że ta wyczerpująca dwudziestoletnia praca zapewniła był
osieroconej żonie z dwojgiem drobnych dzieciak. Bynajmniej; zmarły
funduszu nie zostawił żadnego, a i niema w tem nic dziwnego, skoro
dodam, że dobra połowa jego pacjentów korzystała z porad jego darmo.

Kiedy przeto rozeszła się wieść o beznadziejnym stanie tego tak
kochanego przez wszystkich lekarza—filautropa, w serca wszystkich,
kto tylko go znał, wstąpiła dziwna trwoga i serdeczny żal; każdy jak
mógł starał się swoje współczucie pogrążonej w bezbrzeżnej trosce
rodziny okazać; wiadomość zaś o śmierci wycisnęła nie jedną serdeczną
lzę, każdy bo czuł dobrze, że w zmarłym traci nie tylko dzielnego
lekarza; ale, co więcej, serdecznego, zacnego człowieka. Jak dalece
ten żal był powszechnym, świadczyć mogą, acz w nieznaczonej mierze,
liczne, złożone na trumnie wieńce (od Towarzystwa Lekarskiego, od
lekarzy wojskowych, od kolegów i przyjaciół, od farmaceutów, od
przyjaciół i znajomych i wiele, wiele innych). Świadczyły i całe
tłumy ludności, które drogie sobie szczątki odprowadziły tak do ko-
ścioła, jak i na miejsce wiecznego spoczynku.

Jak zaś poczesne stanowisko społeczne zajmował nieodżałowany
kolega, najlepiej dowodzi ta okoliczność, że nabożeństwo żałobne cele-
brował J. E. ksiądz biskup diecezji Kowieńskiej, Pallulon.

Zmarły ogłosił drukiem następujące prace: 1) „Przyczynek do
kazuistyki włóknikowego zapalenia oskrzeli“ („Gaz. Lek.“ z r. 1891),
2) „Przypadek ostrego otrucia kwasem karbolowym“ i 3) „Obustronne
obrzemie jąder i przyjądrzy w przebiegu influenzy“ (Ibidem—1893).

Serdeczny druhu, najzaśniejszy kolego! Przeszedłeś przez życie
czysty, nieskałany brudem najmniejszym, kochałeś ludzi i ludzkość,
wielbiłeś wszystko co dobre i piękne! Cześć ci za to! Bądź pewny,
że każdy, kto cię znał, obraz twej świątłej, dziwnym urokiem owianej,
postaci do zgonu w piersiach nosić będzie.

Szczodłą ręką siałeś dobro wszędzie, a dobre nasienie rzucone
w serca ludzkie nigdy nie zginie.

Franciszek Grudecki.

B. p. Józef Drzewina.

Znowu jako ofiara pracy zawodowej zginął młody lekarz, zarażony się dudem wysypkowym. Józef Drzewina urodził się w Płocku w dniu 28 czerwca 1872 r. W r. 1883 w rodzinnym mieście wstąpił do gimnazjum, które zaszczytnie ukończył w r. 1892, a następnie zapisał się w poczet studentów wydziału lekarskiego wszechnicy warszawskiej, gdzie w roku zeszłym uzyskał dyplom.

Pochodząc z rodziny ubogiej, zmuszony był dla zdobycia środków utrzymania dawać lekcje, co jednakże nie przeszkadzało mu rozwijać swej strony umysłowej. Cały czas pobytu w gimnazjum i wszechnicy był jednym pasmem walki z niedostatkiem materjalnym, z której nieboszyk wyszedł ze skryształizowanymi przekonaniem, z wiarą w przyszłość, z chęcią pracy dla dobra społeczeństwa. Celem urzeczywistnienia swych ideałów osiadł w Przasnyszu (w gub. Płockiej), gdzie z całą ofiarnością i poświęceniem ratował biedaków, dotkniętych dudem wysypkowym, nie tylko swą wiedzą, ale i szczupłymi funduszami. Lecz ustrój, wyniszczony nadmierną pracą w wieku młodzieńczym, nie mógł wytrzymać zakreślonego przez nieboszyka planowi, i b. p. Józef Drzewina w 3 tygodniu pobytu w Przasnyszu uległ zarazie, a po trzytygodniowym borykaniu się ze śmiercią w d. 3 kwietnia padł na stanowisku, pozostawiając ubogą matkę, której był chlubą i nadzieją. *Br. H.*

W № 13-ym „Gazety Lekarskiej” znajduje się następująca odezwa:

Szanowni Koledzy!

Jak to powszechnie wiadomo, w łonie Towarzystwa Hygienicznego powstała myśl założenia sanatorium dla niezamożnych suchotników. Jeżeli całe społeczeństwo nasze sympatycznie myśl tę przyjęło, to tembardziej, sądzymy, powinien poprzeć ją ogół naszych lekarzy. Z jednej strony wszyscy jesteśmy dokładnie świadomi tego strasznego spustoszenia, jakie czynią suchoty, i potrzeby wystąpienia z nimi do walki, a z drugiej lekarz codziennie niemal jest świadkiem tych bolesnych, prawdziwie tragicznych scen, kiedy suchotnik i jego rodzina widzą, iż jedynie dla braku środków ratować się nie mogą. Opiekowanie się chorym, dla którego niema ratunku z powodu nieuleczalnej choroby, należy niewątpliwie do ciężkich chwil naszego zawodu, ale o wiele przykrzejszem jest to położenie, kiedy ratunek jest, i to często, niezawodny, a jedynie ubóstwo stoi na przeszkodzie do zastosowania go. Sprzedaj Pan wszystko, powiadamy choremu, a ratuj się, i tak też nieraz robią nasi pacjenci; ale jeżeli i sprzedać niema co, cóż wtedy pozostaje? Czyż serce nie drgnie w takiej chwili?

Powagę i zaszczytne stanowisko, jakie zajmuje wśród społeczeństwa stan nasz lekarski, zawdzięcza nie tylko wiedzy i sumienności w pełnieniu swych obowiązków, ale jeszcze i temu, że wśród niego znajdowały się jednostki, zdolne gorąco odczuwać potrzeby i nędze społeczne: przykład Dietla, Marcinkowskiego, Bączewicza i tylu innych zawsze nam powinien stać przed oczami. Nie należy też zapomnieć, że aczkolwiek żyjemy z ciężkiej nieraz naszej pracy, to zawsze jednak

źródłem naszych dochodów jest cierpienie i choroba: jest więc rzeczą poniekąd nawet naturalną, że część tych dochodów oddamy na użytek biednych i potrzebujących naszych pacjentów. Niema między nami takich, którzyby sami mogli wznosić sanatorium, ale ogół lekarzy mógłby, bez uszczerbku dla swego budżetu, znacznieszą ofiarą przyczynić się do powodzenia tej sprawy. Udział lekarzy miałby nadto to wielkie znaczenie, że pociągnąłby za sobą cały ogół społeczeństwa, wskazując mu dobitnie na potrzebę takiego zakładu. W imię więc tego wszystkiego zwracamy się do wszystkich kolegów z propozycją, aby składali ofiary na projektowane sanatorium; chcielibyśmy, aby za pieniądze, złożone przez lekarzy, wybudowano albo cały pawilon, albo część jego, albo wreszcie jedną salę, które na wieczne czasy nosiłyby nazwę „pawilonu (lub sali) lekarzy“ i były zawsze świadectwem, że lekarze doby naszej gorąco odczuwali nędzę i potrzeby swych ubogich pacjentów.

Redakcja.

Wszystkie pisma lekarskie prosimy o przedrukowanie niniejszej odezwy.

— *Nowe szpital.* Jak donosi „Tydzień“, w Częstochowie powstał projekt wybudowania nowego, na 100 łóżek, szpitala w pobliżu parku jasnogórskiego. Fundusz rb. 139,000 na budowę tego szpitala jest już zapewniony; dawny, zbyt szczyplwy i w miejscu mniej dogodnem stojący, zostanie, wraz z placem doń przytykającym, sprzedany.

— W Łodzi projektowanym jest szpital miejski, którego dotąd to miasto nie posiada. Pod szpital wybrano 10 mórg gruntu w t. zw. lasku kolejowym, przy szosie Rokicińskiej, w bliskości zabudowań monopolowych. Początkowo ma powstać, w ciągu lat trzech i kosztem 175,000 rubli, dom dla administracji i trzy pawilony: dla wewnętrznych, zakaźnych i chirurgicznych, każdy po 50 łóżek. Dom administracyjny wystawiony będzie w takich rozmiarach, by nie był zbyt szczyplwym po wybudowaniu całego szpitala, który ma objąć do 800 łóżek; projekt obecnie opracowywany uwzględnia już takie rozmiary przyszłego szpitala, który wykończony będzie w miarę gromadzenia się funduszy miejskich.

Do opracowania tego projektu powołał p. prezydent m. Łodzi kolegów: Gorskiego, Kruschego i Pinkusa.

— Pierwsze ogólne zebranie członków—założycieli „Pogotowia ratunkowego w Łodzi“ odbędzie się w d. 16 maja r. b.

— W gmachu przytułku dla wychodzących ze szpitali, fundacji Henryka i Kamilli Levyeh przy ul. Dzielnej, w Warszawie, w r. 1898 przebywało 3,143 rekonwalescentów (1,631 mężczyzn i 1,512 kobiet), mianowicie w oddziałach: dla chrześcijan 1,153 (539 m. i 614 k.) i starozakonnych 1,990 (1,092 m. i 898 k.).

— Kartki meldujące o przypadkach chorób zakaźnych są w Łodzi wrzucane do specjalnych skrzynek, z kąd je poczta policyjna wyjmuje i wręcza lekarzom cyrkulowym; ci ostatni przesyłają te kartki Komitetowi higienicznemu Tow. Lekarskiego, który układa z nich dane statystyczne. To wyjaśnienie powinno być pisma polityczne dodać do opisu zdarzenia, które polegało na tem, że wspomniana poczta jednej ze skrzynek nie otwierała w ciągu kilku

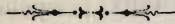
miesiący; w opisie tych pism przebija zarzut, zwrócony do Komitetu higienicznego; pochodzi to z niedokładnej znajomości sprawy, o której pisano.

— Wystawa przedmiotów używanych przy pielęgnowaniu chorych trwać będzie od 20 maja do 18 czerwca r. b., w Berlinie, i obejmie działy następujące: A. Oddział ogólny: I. Pokój chorego: Oświetlenie. Przewietrzanie. Ogrzewanie. Czystość. Odkazanie. Umeblowanie. II. Poślanie: Łóżko. Przybory mechaniczne. Dno łóżka. Materace. Pościel. Bielizna. Podkłady. Różne. III. Chory: Żywienie (podawanie pokarmów, przygotowywanie ich; preparaty odżywcze). Podawanie leków. Spokój ciała. Ruch (czynny, bierny). Pielęgnowanie skóry. Oddech i płwocina. Wydzieliny. Ciepło i zimno. Odzież. Rozrywki. IV. Ogólne: Literatura pielęgnowania chorych. Nauczanie piastunów. B. Oddział specjalny: 1. Pielęgnowanie chorych płucnych. 2.—dzieci.

3.—położnic. 4.—chirurgicznych. 5.—obląkanych. 6—żołnierzy.

+ Kilka miesięcy temu odbył się w Kolonji zjazd niemieckich lekarzy kolejowych. Przedmiotem obrad było, między innymi, zdrowie niższych urzędników kolejowych. Dla skuteczniejszej kontroli stanu zdrowotności urzędników zjazd zalecił powołanie kilku lekarzy na członków zarządu kolejowego (jak to się już dzieje w Bawarji). Z naciskiem zaznaczono na zjeździe konieczność unormowania liczby godzin pracy, racjonalnego odżywiania i ubierania się i higienicznych mieszkań.

Następnie żądano, aby każdy urzędnik stale co rok korzystał z kilkotygodniowego urlopu, tem dłuższego, im uciążliwszą była jego praca, im starszy jest wiekiem. Nareszcie zalecono zarządom kolejowym urządzenie dla swoich urzędników: sanatorjów dla chorych i rekonwalescentów.



Krytyka i bibliografia.

Dr. Teodor Dunin. Walka z gruźlicą. Odczyty kliniczne №№ 121 i 122. Warszawa. 1899. Str. 67 i tablica.

Zarówno temat tej pracy, jak i nazwisko autora, nie pozwalają mi ani na chwilę wątpić, że czytelnicy „Czasopisma“ już przeczytali „Walkę z gruźlicą“. Dla tego nie przytaczam treści, lecz ograniczam się do kilku uwag.

Autor uważa za rzecz pierwszorzędnej wagi rozjaśnienie przyczyn niskiej, w porównaniu z innymi miastami, śmiertelności od suchot Londynu i Amsterdamu. Ta sprawa jest jednak już rozjaśnioną. Dane statystyczne odnośnych krajów wykazują, że na 100,000 mieszkańców zmarło np. w latach: 1885, 1886 i 1887-ym:

<i>Z powodu:</i>	<i>w Anglii:</i>		<i>w Pruszech:</i>			
Phthisis	175	172	159	308	311	293
Bronchitis		335			181	
Pneumonia		326			191	
Pleuritis		324			187	

(Podług: *H. Kley*, Die Schwinds. im Lichte d. Statistik u. Socialpolitik. 1898. Patrz też: *Rahts*, Unters. über d. Häufigkeit d. Sterbefälle an Lungenschwinds. etc. Arbeiten a. d. Kaiserl. Gesundheitsamt. XIV. 3. str. 480. 1898).

Nie inna przyczyna, tylko różnica w rejestrowaniu przyczyn śmierci sprawia, że w Londynie (resp. w Anglii) wykazywana jest tak mała śmiertelność od suchot.

Podobnie się sprawa mieć musi i z Amsterdamem, bo w Holandji niezależnie od rubryki „suchoty“, figuruje rubryka „bloedspuwing“, rubryka „osłabienie i wycieńczenie“ (ta ostatnia wykazuje 24—25 zgonów na każde 1000 osób zmarłych w wieku 14—64 lat) i t. p.

W obfitym materiale statystycznym nie znajduję ważnych danych, przekonywających, jak dalece niesłuszne są uroszczenia Corneta, jakoby niszczenie płwociny zmniejszyło śmiertelność od suchot w więzieniach; dane takie zawiera *Baera* „Die Hyg. d. Gefängniswesens“, 1897, i, jedyna w swoim rodzaju, statystyka więzień Wirtemberskich (*Freund*, w *Schroetera* „Die Tuberkulose“, 1898).

Wcale nie każdy zgodzi się na takie sformułowanie poglądu na etiologję suchot, jakie znajdujemy na stronicy piątej, tem bardziej, że w dalszym ciągu treści tej pracy znajdzie ustępy znakomicie łagodzące bezwzględność początkowej definicji. Ustępy na str. 11-ej i 48-ej świadczą, że autor nie nadaje takiego znaczenia zarazkowi, jakby to można było wnosić z punktu 2-go definicji początkowej.

Mówiąc o pojęciu „usposobienia“ do suchot, powiada autor: „Wiele z tego, co powszechnie podciągane bywa pod pojęcie usposobienia, nie jest wcale usposobieniem, ale wyrazem już istniejącej, tylko w stanie utajenia, gruźlicy“. Zgadzaając się zupełnie z tym poglądem¹⁾, sędzę, że nie zbliża on nas do rozwiązania kwestji „usposobienia do suchot“; przesuwamy tylko punkt ciężkości sprawy, wywołując nową kwestję: czy do powstania *gruźlicy utajonej* konieczną jest skłonność, czy też nie.

Bardzo słusznie potępia autor gospodarkę Paryzkiej rady dobroczynności, która, wyasygnowawszy miljon franków na poprawienie losu suchotników, użyła tych pieniędzy na budowę pawilonów izolacyjnych w szpitalach, zamiast budowania sanatorjów zamiejskich. Ale trudno się zgodzić na zarzut... stronnictwo, jaki autor czyni Letulle'owi. Jeśli ten podaje w swem sprawozdaniu (Kongres gruźlicy w Paryżu, r. 1898), że 30% chorych jego pawilonu w Boucicaut zmarło, a 48% nie otrzymało poprawy, to, zdaje mi się, w tem nic niewiarogodnego niema: 22% wypisanych z poprawą z oddziału, do którego przyjmowano lepszy materiał, aniżeli do szpitali ogólnych — nikogo ołsnąć nie może. Tem niemniej, każdy się zgodzi z autorem, że wielki zapis pani Boucicaut należało obecnie lepiej użyć, aniżeli stawiając szpital dla suchotników w samym Paryżu.

Praca kolegi Dumina zawiera oryginalny plan pawilonowego sanatorjum na 160 łóżek. W jedynem ludowym sanatorjum budowanym

¹⁾ W № 101 „Odczytów Klinicznych“ wyraziłem się: „To, co nazywamy usposobieniem do gruźlicy, jest często już istniejącem w ustroju zarażeniem“ (str. 8).

systemem pawilonowym (Albertsberg) pawilony są połączone korytarzami. W planie kolegi Dunina pawilony leżą zupełnie oddzielnie; trudno przesądzać, jak się w naszym klimacie okażą takie pawilony w praktyce — wobec potrzeby, naprz., dojścia jesienią lub zimą wieczorem na kolację z pawilonów do jadalni. Bezwzględnie za to pomysłowemu i praktycznemu jest plan leżalni o dwu frontach (północnym i południowym), przedzielonej wzdłuż szklanym korytarzem — do przechadzek podczas słońca. Brak takich korytarzy daje się uczuwać we wszystkich ludowych uzdrowiskach.

Wielkich zalet pracy kol. Dunina nie wymieniam, bo je każdy sam łatwo oceni; przypomnę tylko, że ona stanowi jedno z ogniw jego działalności, mającej na celu zakładanie w naszym kraju sanatorjów dla niezamożnych suchotników.

Severyn Sterling.

Dr. med. O. Hewelke. **Stan współczesny teorii zaraźliwości suchot płucnych.** Warszawa, 1899. Str. 51.

Ogół ludności chętnie powrócił do poglądu na suchoty jako na chorobę zakaźną, bo ten pogład dogadza wrodzonemu sobkostwu ludzkiemu, które rade pod każdym pozorem usunąć się od wszystkiego, co mu niemiłe. Prawie równie bezwzględnie wierzą i lekarze w zaraźliwość suchot, a to dzięki powadze, jaką obecnie cieszy się doświadczenie laboratoryjne, wobec którego spostrzeżenia kliniczne na drugi niejako plan zepchnięto. W ciągu lat ostatnich prawie każda praca naukowa, o ile tyczyła etjologii suchot, zimmicy, raka, błonicy i t. p. — była pracą nad lasecznikiem Kocha, plazmodją malarji, domniemalnym pasożytem raka i t. p.; nie więc dziwnego, że umysłem lekarzy, o ile się daną sprawą specjalnie nie interesowali, bakterjologia narzuciła swe poglądy. Jak zaś łatwo hypnotyzuje nas każdy nowy pogład, przekonywa w sposób drastyczny wiara, z jaką przyjęto zeszloroczny komunikat Flueggego; najgorliwsi zwolennicy Corneta, którego F. potępił, zbiegli z obozu i wykrzyknęli z owym asystentem Dettweilera: „a więc zginęliśmy wszyscy“ (leczący suchotników). Setki laryngologów, którym codzien kaszlą w twarz suchotnicy — bezkarnie, tysiące lekarzy, którzy, obcując codziennie z suchotnikami, nigdy się od nich nie zarazili, szereg ścisłych danych ze szpitali, świadczących o tem samem odnośnie do ludności szpitalnej — wszystko to okazało się blachostką, kiedy Fluegge ze swego laboratorium inaczej spojrział na tę sprawę.

Wobec takiego stanu rzeczy musimy być szczerze wdzięczni koledze Hewelkemu, który z wielkim nakładem erudycji i rozważli zestawił dowody, na jakich oparto teorię o zaraźliwości suchot płucnych.

„Bakterjologia daje nam wyjaśnienie końcowych okresów suchot“ — to pewnik; inne dane bakterjologii zbyt rażące mają braki, by miano im przypisywać wartość bezwzględną.

S. S.

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

Wydawca: Dr. J. Koliński.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою. Г. Лодзь, 21-го Апрелья 1899 г.

W drukarni K. Kolińskiej, Łódź, Średnia 23.