

Czasopismo Lekarskie

O kilku przypadkach influenzy sercowej.

Podług odczytu na posiedzeniu Tow. Lek. Łódzk. w d. 6 III. 01.

Podał Dr. Seweryn Sterling.

I. Endocarditis grippalis. Przypadki powikłania grypy przez wtórne zapalenie wsierdzia były dosyć licznie opisywane. O wiele rzadziej spostrzegano pierwotne grypowe zajęcie wsierdzia; przy tem — takie pierwotne zapalenie grypowe wsierdzia widziano przeważnie u osób już przed tem na serce chorych, u osób z wadami serca.¹⁾ Nader małą jest natomiast liczba przypadków wystąpienia tego cierpienia u osób przedtem zupełnie zdrowych. Z tego właśnie powodu opisuję tu przypadek ściśle w szpitalu im. Małż. Poznańskich, w Łodzi, spostrzegany.

Z., panna lat 21, dosyć wątłej budowy. Z zawodu pielęgarka. Dziedzicznie nie obciążona. Dotąd chorób cięższych nie przechodziła. W wywiadach zanotować należy, że osoba, z którą Z. wspólnie mieszkała, przed 10 dniami zachorowała na tyfus plamisty.

Dnia 27. XII. 00. Z. zapadła na zdrowiu przy objawach ogólnego niedomagania. Ciepłota wieczorem = 38,2.

28. XII., kiedym po raz pierwszy widział chorą, skarżącą się na bóle w całym ciele, znalazłem jedynie rozrzucone w obu płucach rżenia wilgotne. C. r. = 380. T., r. = 80, miękkie. C. w. = 38,4.

29 XII. Stan bez zmiany. Kaszel miękki ze skąpą plwociną. C. r. = 38,4. T. = 76. C. w. = 38,6.

30. XII. Przy wysłuchiwanu serca zwraca uwagę pewne zagłuszenie pierwszego tonu u wierzchołka. C. r. = 39,2. T. = 76. C. w. = 38,8.

31. XII. 00. Na ciele wysypka dosyć obfita, w postaci różyczki; zajmuje przeważnie tułów. U wierzchołka serca zamiast pierwszego tonu wysłuchuje się dźwięk przypominający już raczej szmer. Kaszel miękki; plwociny nieco więcej. W płucach stan bez zmiany. C. r. = 38,6. T. = 74. C. w. = 39,8.

¹⁾ Jeden z pierwszych podobne przypadki opisał Dr. J. Pawiński: O wpływie influenzy na serce. Gaz. Lek. 1896.

1. I. 01. Szmer u wierzchołka bardzo wyraźny, głośny. Badanie płwociny i śluzu nosa (wykonane, jak i w przypadkach dalej opisanych, przez kol. Sérkowskiego) wykrywa olbrzymie konglomeraty laseczników influenzy Pfeiffera. C. r.=39,1. T.=76. C. w.=37,8.

2. I. Stan podmiotowy niezły. Kaszel mniejszy. Wysypka skórna znika. C. r.=3,90. T.=72. C.=39,2.

3. I. St. idem Szmer sercowy jeszcze głośniejszy. C. r.=39,6. T.=72. C. w.=3,88.

4. I. St. idem. C. r.=39,4. T.=76. C. w.=37,8.

5. I. St. idem. C. r.=39,0. T.=80. C. w.=39,4.

6. I. St. idem. C. r.=38,0. T.=72. C. w.=37,0.

7. I. St. idem. C. r.=37,6. T.=80. C. w.=38,4.

8. I. Szmer sercowy nieco mniej głośny. C. r.=37,4. T.=84. C. w.=38,0.

9. I. St. idem. C. r.=37,4. T.=88. C. w.=37,0.

10. I. St. idem. C. r.=37,2. T.=92. C. w.=36,8.

Od 11. I. do 15. I. St. idem. Ciepłota około 37,0, tętno od 96 do 120.

15. I. Z. wstała z łóżka.

Obecnie ma dobrze wyrównaną wadę zastawki dwudzielnej (zwężenie). Serce nieco powiększone w wymiarze podłużnym. Tętno pełne, w spokoju i pozycji leżącej na minutę 92 uderzenia, przy pracy — 108 uderzeń.

Chorą od początku, prócz mnie, mieli pod obserwacją koledzy: Rosenthal, ordynator oddziału tyfusowego, i Wortman, lekarz miejscowy.

O przypadku, którego przebieg wyżej naszkicowałem, nie po nad to, że należy do rzadkich — powiedzieć nie można. Zwolnienie tętna (72 przy ciepłocie 39,0) opisywano przy influenzy często. Tożsamo powiedzieć należy o wysypce skórnej.

Nie ulega wątpliwości, że ten przypadek w czasie poprzedzającym odkrycie Pfeiffera byłby rozpoznany jako lekki tyfus plamisty. (Dane wywiadów, gorączka, zwolnienie tętna, wysypka).

II. Pseudo-angina pectoris grippalis. M., zamężna, lat 34. Osoba dobrze zbudowana, doskonale odżywiana. Przed 10 laty przebyła influenzę, która trwała 2 dni; miała wówczas gorączkę; kaszlu nie było. Prócz tej choroby żadnych innych nie przebywała. Dziedzicznie nerwowo obciążona.

W pierwszych dniach Stycznia r. b. mąż i jedno z dzieci M. przechodzili influenzę (bad. bakteryologiczne), postaci nerwowej.

15. I. 01 nagle M. zapada przy objawach ogólnego osłabienia, łamania rąk, nóg, krzyża. Ciepłota wieczorem 39,01. Tętno=96, pełne. Tony serca czyste, wyraźne. Przy badaniu płuc znajduje się nad prawym grzebieniem łopatkki, pod i nad obojczykiem prawym — stłumienie odgłosu wypukowego; tamże oddech nieokreślony, nieliczne trzeszczenia. Kaszlu nie ma.

16. I. St. idem. C. r.=37,2. C. w.=36,0. T. r.=72. T. w.=80, miękkie. Kaszel suchy.

W nocy z 16. I na 17. I, około pół do 1-szej, powołano mię do chorej, z którą jakoby „jest zupełnie źle.“

Chorą zastałem bardzo bladą, silnie przestraszoną, skarżącą się na duszność, na silny ból w okolicy sercowej; na niepokój, uczucie strachu. Tętno drobne, twarde, 100 uderzeń na minutę. Tony serca głuche, słabe. Ciepłota 35,6. Napad trwał około 2 godzin. Zasnąć chora nie mogła całą noc, pomimo że zażyła w ciągu nocy 0,02 morfiny. Po napadzie obfity pot.

17. I. C. r.=35,4. T.=92, małe miękkie. Tony serca czyste, słabe, głuche. Kaszel z płwociną skąpą, w której badanie bakteriologiczne wykrywa: nieliczne laseczniki Kocha i diplokoki Fraenkla. C. w.=35,2. T.=92.

W nocy z 17. I na 18. I o tej samej porze, co i nocy poprzedniej, napad sercowy, zupełnie do opisanego podobny. Po napadzie poty.

18. I. C. r.=35,6. T.=88, drobne. Tony serca głuche. Kaszel nieznaczny. W płucach stan bez zmiany. C. w.=35,6. T.=92.

W nocy z 18. I na 19. I ponowny napad sercowy, nieco jednak słabszy. Po napadzie poty.

19. I. Stan ogólny lepszy. Trwa ogólne osłabienie. C. r.=35,4. T.=88, drobne. Tony serca głuche, słabe. W płwocinie: laseczniki Kocha i diplokoki Fraenkla.

W nocy z 19. I na 20. I bardzo słaby i krótki napad sercowy. Natomiast wystąpił silny nerwoból międzyżebrowy, (7 żebro prawe).

20. I. C. r.=36,9. T.=92, miękkie. St. idem.

Od 21. I. do 24. I. trwał ów nerwoból, powoli ustępując stosowanym środkiem (antineuralgica). Przez ten czas ciepłota wahała się między 35,4—36,2, a tętno między 88 a 96 uderzeniami na minutę. Tony serca stały się nieco mocniejsze, chociaż są dalej głuche. Ogólne osłabienie w wysokim stopniu, pomimo, że chora ma łaknienie, jada dosyć i trawi dobrze.

W płwocinie z d. 24. I znaleziono nieliczne laseczniki influenzy Pfeiffera, obok laseczników Kocha i diplokoków Fraenkla.

Od 24. I do 28. I Chora czuje się co raz lepiej. Ciepłota 36,0—36,6; tętno=80—88, miękkie, drobne. Tony serca ciągle głuche. W płwocinie z d. 28. I znaleziono: laseczniki influenzy, gruźlicy i diplokokki Fraenkla.

Od 29. I — okres zdrowienia.

W połowie Lutego: stan płuc bez zmiany. Tony serca niezbyt wyraźne, słabe. Tętno=84, miękkie. Ciepłota 36,8. Ataki sercowe nie powtórzyły się; czasem jednak, po położeniu się do łóżka, około 10—11 wieczorem, uczuwa chora pewien niepokój sercowy, połączony z lekkim bólem, jak by uciskiem na serce.

III. IV. A dynamia cordis grippalis. Przypadki osłabienia działalności serca wcale nie należą w przebiegu grypy do objawów niezwykłych. To też dwa spostrzeżenia, jakie przytaczam,

opisuję nie dla ich rzadkości, lecz dla innych względów, które nieco dalej będą wyjaśnione.

Pan N., lat 35. Pani N. lat 30. Dziedzicznie nie obciążeni. Dotąd zawsze zdrowi. Podczas pandemii roku 1889-go przebyli influencję kataralną.

23. I. 01 zapadli oboje przy objawach ogólnego niedomagania, łamania w kościach, kataru, kaszlu. Ciepłota Pana N.=39,3. Ciepłota Pani N.=39,7. Noc bezsenna.

24. I rano, kiedy po raz pierwszy chorych widział, znalazłem: Stan bezgorączkowy (36,8 i 37,0). Tętno=84, miękkie, pełne. U obu chorych objawy nieżytu nosa, gardzieli, oskrzeli. Badanie płwociny tego dnia wykrtuszowej wykazuje: w płwocinie Pana N. lasecznik influenzy; w płwocinie Pani N.: lasecznik influenzy i diplokoki Fraenkla.

25. I. Ogólne osłabienie niezmiernie silne. Stan bezgorączkowy. Tony serca bardzo słabe, głucho. Tętno 108 (Pan N.) i 112 (Pani N.), małe; nieżyt dróg oddechowych znacznie mniejszy.

26. I. Rano, siadając w łóżku, Pani N. omdlała. Przybyłem w pół godziny później i znalazłem: Wielkie osłabienie ogólne. Oddech=28. Silna duszność. W obu płucach, szczególnie u dołu, liczne rżenia trzeszczące. Tony serca bardzo głucho, czyste. Tętno=120, małe, bardzo łatwo uciskalne. Ciepłota=36,0.

Pan N. bardzo osłabiony. Stan bezgorączkowy. Tętno=112; małe. Tony serca bardzo głucho, czyste.

Badanie tego dnia wydalonej płwociny obu chorych wykazało jedynie diplokoki Fraenkla.

17. I i dni następnych trwało osłabienie ogólne i osłabienie serca. Objawy kataralne ustąpiły w pierwszych dniach Lutego, natomiast osłabienie, resp. łatwa wyczerpalność, serca trwa u obu chorych do dziś.

Przypadki II, III i IV zasługują na rozpatrzenie z tego względu, że we wszystkich trzech badanie bakteryologiczne wykazało drobnoustroje swoiste influenzy albo tylko raz na początku choroby (III i IV), albo jedynie w bardzo małej ilości (II) — pomimo dosyć poważnych objawów choroby.

W przypadku II-m przy pierwszych badaniach znaleziono prócz laseczników gruźlicy, (które spostrzeganych objawów sercowych nie wywołały): diplokoki Fraenkla; w przypadkach III i IV — przy drugim badaniu znaleziono li tylko diplokoki Fraenkla.

Gdyby w przypadku II-im ograniczono się do dwu badań bakteryologicznych, a w przypadku III-im i IV-ym zbadano płwociny nie pierwszego, ale dopiero dnia trzeciego, natenczas cierpienia opisane zaliczyć by wypadło do t. zw. cierpień influen

zowatych¹⁾, które mają zależeć od zakażenia diplokokami, łańcuszkowcami, paciorkowcami.

Wielokrotne (II) lub dosyć wczesne (III i IV) badanie bakteriologiczne wykazało właściwą naturę cierpienia.

Te spostrzeżenia pozwalają wypowiedzieć przypuszczenie, że owe — podczas epidemii influenzy spostrzegane — przypadki chorobowe, które zaliczono do cierpień influenzowatych dla tego, że badanie bakteriologiczne wykryło przy nich jedynie diplokokki lub paciorkowce, są jednak przypadkami influenzy.

W takich przypadkach zanim bakteriologiczne wykonano badanie — laseczniki swoiste z wydaliny zniknęły, a to właśnie ich zniknięcie tłumaczy ów zbiór ciężkich zaburzeń, jakie opisano przy owych postaciach „influenzowatych“.

Przyjąć bowiem należy, że z chwilą zniknięcia laseczników influenzy mamy już do czynienia nie z infekcją, lecz z intoksykacją, której wyrazem są owe ciężkie objawy, jakie np. w moich przypadkach wystąpiły w narządach krążenia.

Wassermann, zgodnie z danymi doświadczenia²⁾, przypisuje to zniknięcie laseczników influenzy nabytej odporności przeciw grypcie. Ta odporność sprawia szybkie, masowe wyginięcie wszystkich, lub prawie wszystkich, drobnoustrojów swoistych. Ale ta raptowna śmierć milionów bakterii nie jest wcale obojętna dla organizmu gospodarza. Z ciał tych bakterii, które się „rozplývają“, „roztopiają“, zostają uwolnione jady, a te, podziaławszy na ustrój w wielkiej na raz ilości, wywołują objawy zatrucia, właśnie w postaci zaburzeń inercyjnych i cyrkulacyjnych.

Ten, różny od zwykłego, przebieg kliniczny influenzy dał pohop do postawienia hipotezy o istnieniu postaci chorób influenzowatych, t. j. obrazu chorobowego przypominającego influencję nerwową lub sercową, wszakże bez laseczników Pfeiffera w wydzielinach, zawierających tylko diplokokki, paciorkowce, gronkowce.

¹⁾ J. Pawiński. Zaburzenia inercyjne i cyrkulacyjne w chorobach zakaźnych (influenza, infectio steptococco, diplococco etc.) Gaz. Lek. 1901 №№ 1, 2, 3.

²⁾ Zastrzyknięcie do otrzewnej morświnki hodowli, np. prątków cholery azyatyckiej wywołuje zakażenie: wysięk otrzewnej roi się od prątków cholery, a zwierzę zdycha przy swoistych objawach zakażenia. Zastrzyknięcie dostatecznej ilości surowicy uodporniającej morświnki przeciw cholercie — ratuje zwierzę od śmierci, ponieważ surowica zabija prątki i neutralizuje toksyny choleryczne. Wszakże, jeśli zastrzykniemy tej surowicy zbyt mało — zwierzę ginie przy objawach zatrucia; wtedy w wysięku otrzewnej nie napotkamy prątków cholery, bo jesurowica zniszczyła. Morświnke zabijają teraz jady, które powstały z rozpadających się ciał tych prątków, a których, nie zdołała zobojętnić zbyt mała ilość surowicy uodporniającej.

W trzech opisanych przypadkach mieliśmy do czynienia z osobnikami, które przebyły influencję, a za tem miały pewien stopień odporności nabytej. We wszystkich trzech laseczniki influenzy w wydzielinach były wykazane, ale one albo zupełnie znikły, albo się tylko w minimalnych ilościach zostały. Współcześnie zaś występują jako objawy kliniczne: ustąpienie gorączki, nagłe wystąpienie znacznego osłabienia ogólnego, osłabienie działalności serca, napady dusznicowe i napady nieświadomości sercowej, długie zdrowienie po chorobie gorączkowej, przy której gorączka trwała niecałą dobę.

Jeśli Huchard i Pawiński bardzo słusznie spostrzegli, że „owe ciężkie zaburzenia w ośrodkach nerwowych i cyrkulacyi zdarzają się częściej w postaciach bezgorączkowych influenzy“, to przyczyna tego zjawiska zależy od tego, że przy zwykłym przebiegu influenzy objawy zależą od infekcyi; tej zwykle gorączka towarzyszy. W przypadkach, jak wyżej opisane, objawy zależą od nagłej intoksykacyi jadami, pochodzącymi z rozpadu ciał bakteryjnych; wtedy gorączki nie bywa.



Przyczynę do etyologii wad zastawkowych serca.

Podał Dr. **Feliks Arnstein** (Kutno—Ciechocinek).

Z wadami zastawkowemi serca spotykano się w praktyce zawsze bardzo często. W ostatnich jednak czasach częstość ich niewątpliwie znacznie się zwiększyła, a przyczyny tego szukać należy, między innymi, w zwiększeniu ilości bodźców chorobotwórczych, wywierających bezpośredni wpływ na narząd krwionośny; serce i naczynia (zakażenia septyczne, influenza i t. p.)

Niektóre przyczyny wad zastawkowych serca oddawna są znane. Są one bardzo liczne. Co do częstości tej lub owej przyczyny wywołującej wady zastawkowe panuje w nauce duża różnica zdań. Nie zawsze bowiem łatwo wysledzić u chorego, co spowodowało u niego wadę; najczęściej bowiem musimy opierać się na

wywiadach, które nie raz są zwodnicze. Nie zapominajmy bowiem, że chory z wadą sercową często zwraca się do lekarza po wielu latach od czasu istnienia tejże, lub lekarz przypadkowo ją wykrywa, i z tego powodu nie często możemy się dowiedzieć o czasie powstania wady, co niemało utrudnia poznanie właściwej przyczyny. Chory np. opowiada nam, że w dzieciństwie przechodził ciężką płonicę lub ospę, a w późniejszym wieku gościec stawowy lub jakąś chorobę zakaźną, a wtedy trudno jest rozstrzygnąć, która z 2 chorób sprowadziła wadę zastawkową. Tą jednak drogą, t. j. drogą wywiadów, możemy prawie jedynie dojść do niejakich wniosków, co do etyologii wad zastawkowych. Konieczną jednak jest rzeczą wnioski te oprzeć na bardzo bogatym materiale statystycznym, a zbieranie takiego materiału nie jest, sędzę, bez znaczenia dla interesującej nas sprawy. Tą myślą powodowany podaję kilka cyfr statystycznych przez siebie w ciągu 6 ostatnich lat zebranych a dotyczących etyologii wad zastawkowych serca.

Każda wada zastawkowa serca jest następstwem zapalenia wsierdza. Wszystko więc, co może wywołać to ostatnie—jest zarazem przyczyną wad zastawkowych serca.

Tu poruszyć muszę sprawę nieraz już będącą przedmiotem dyskusji, t. j. czy istnieje pierwotne — samoistne zapalenie wsierdza. Dawniejsi autorowie je przyjmowali. W wielu dawniejszych podręcznikach i pracach specjalnych (Wunderlich Duchek) spotykamy podział na pierwotne i wtórne zapalenie wsierdza. W nowszych czasach istnienie pierwotnego zapalenia zostało mocno zachwiane. Nie można napewno twierdzić, że nawet rzadko występujące po urazach zapalenie wsierdza jest pierwotnem, a tem mniej za pierwotne uważać można również rzadko występujące zapalenie wsierdza gościcowe, t. j. zakażenie gościcowe wyłącznie umiejscowione we wsierdzu—bez współczesnego zajęcia stawów.

Ponieważ wady zastawowe tak często rozwijają się w następstwie ostrego gościca stawowego i spraw gościcowych przewlekłych, przez długi czas przypuszczano, a i dziś wielu lekarzy przypuszcza, że wady zastawkowe serca są w przeważającej liczbie następstwem gościca, że gościec stanowi dominujący moment w etyologii tych wad. Każdego chorego z wadą zastawkową serca przedewszystkiem pytamy się, czy przechodził reumatyzm, a odpowiedź przy niedosyć dokładnem wypytywaniu się zawsze jest twierdzącą. Któryż to bowiem nieco starszy człowiek nie doznawał kiedyś bólów w rękach, nogach lub w grzbiecie, a które skłonym jest odnieść do reumatyzmu i w ten sposób zwieść lekarza.

Gościec stawowy niezaprzeczenie należy do momentów etyologicznych bardzo ważnych w powstawaniu wad zastawkowych serca; nie dominuje jednak w ich etyologii, jak to często przypuszczają. Ścisła obserwacja przekonywa, że większa część wad zastawkowych serca powstaje z innych przyczyn, jak to zresztą pokazuje i niebogata moja statystyka.

W ciągu ostatnich 6 lat w praktyce mojej w Kutnie i Ciechoinku badałem 187 chorych z rozmaitemi wadami zastawkowemi serca. U chorych mych starałem się, o ile to było możliwem, dokładnie dowiedzieć się, co mogło być przyczyną powstania u nich wad zastawkowych. Z badań w tym kierunku podjętych otrzymałem następujące dane.

Z 187 przypadków w 38 przyczyną wad zastawkowych były sprawy gościcowe, co wynosi 20, 32⁰%. W 43 przypadkach zakażenie septyczne chirurgicznego, wewnętrznego lub położowego pochodzenia, co wynosi 23⁰%, z tych na położowe pochodzenie wypada 13 przypadków, czyli około 7⁰%. W 41 przypadkach ostre choroby zakaźne, czyli 21, 92⁰% a z tych na płonicę i błonicę wypada 17 wypadków, czyli przeszło 9⁰%, na ospę 7 przypadków, na odrę 4 przypadki, na tyfus brzuszny 2, na zapalenie płuc 4 przypadki, na influenzę 5 przypadków.

W 17 przypadkach przyczyną wad zastawkowych była sprawa miażdżycowa, co wynosi przeszło 9⁰%; w 13 przypadkach, t. j. 7⁰%, wady były prawdopodobnie wrodzone, gdyż dzieci niemi obciążone nie przechodziły żadnej choroby, któraby mogła wpłynąć na powstanie wady serca. W 11 przypadkach, t. j. 5, 88⁰% przyczyną wady serca była skaza moczanowa, już to z zajęciem już bez zajęcia stawów, w 3 przypadkach t. j. przeszło 1¹/₂⁰% najprawdopodobniejszą przyczyną był uraz klatki piersiowej.

W 21 przypadkach, t. j. przeszło 11⁰%, przyczyny wady sercowej nie mogłem wykryć; zaznaczyć tu winienem, że 2 z tych chorych przechodziło trypra, kilku przechodziło przymiot.

Jakkolwiek powyższe cyfry już to z powodu pewnej ilości wad niewiadomego pochodzenia, jakoteż niektórych możliwych pomylek, nie mogą być zupełnie ścisłe, wszelako mogą dać przybliżone pojęcie o częstości przyczyn wad zastawkowych serca.

Z powyżej podanych cyfr widzimy, że gościec stawowy i sprawy gościcowe, które w 5-ej części przypadków stanowiły przyczynę wad zastawkowych, odgrywają ważną rolę w etyologii wad serca, nie dominują w niej jednak, jakto dawniej przypuszczano. Nieco częstszemi przyczynami są zakażenia septyczne, które dały

23% i ostre choroby zakaźne, które dały około 22%. Obie ostatnie sprawy chorobowe są niewątpliwie częściej przyczynami zapalenia wsierdza, co łatwo zrozumiemy, jeśli uwzględnimy, jak często sprawy te—powikłane zapaleniem wsierdza—są zabójczymi. Z chorób do dwóch ostatnich grup należących na szczególną wzmiankę zasługuje zakażenie połogowe i płonica, które są tak często przyczyną wad zastawkowych.

Dużą rolę w etiologii wad zastawkowych (szczególnie aorty) przeważnie u starszych osobników, odgrywa sprawa sklerotyczna (miażdżycowa) serca i naczyń.

Wrodzone wady serca nie są zbyt rzadkie.

Do najmniej częstych, a mojem zdaniem wątpliwych, przyczyn wad zastawkowych serca należy uraz.

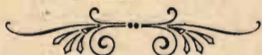
Z powyżej podanych przezemnie cyfr dotyczących etiologii wad zastawkowych wyprowadzić się da kilka następujących praktycznych uwag:

W przebiegu ostrych chorób zakaźnych i spraw septycznych należy równie starannie śledzić za stanem serca, jak przy ostrym gościecu stawowym, przy którym zwykliśmy codzień badać serce, by najmniejsze zboczenie, najmniejszego natężenia zapalenie wsierdza dosyć wcześnie za pomocą odpowiednich środków zwalczyć.

Należy zawsze starać się ściśle określić przyczynę wady zastawkowej serca, gdyż od niej zależy często rokowanie przy wadach zastawek.

I pod względem leczenia poznanie przyczyny wady zastawkowej ma pewne znaczenie.

Przy niezbyt zastarzałych wadach zastawkowych w następstwie spraw gościcowych lub skazy moczanowej leczenie za pomocą przetworów salicylowych, kąpieeli solankowych t. p. może dużo wpłynąć na powstrzymanie dalszego rozwoju wady. To samo można powiedzieć o sprawach sklerotycznych przy których systematyczne leczenie za pomocą przetworów jodowych, diety mlecznej i środków zmniejszających ciśnienie krwi w naczyniach, przyczynić się może do powstrzymania dalszego rozwoju wady i złagodzenia przypadłości chorobowych.



Spostrzeżenia z praktyki.

Przypadek krwimoczu wskutek urazu.

Podał Dr. Fr. Grodecki (z Pren).

21. VI. 98 zgłosił się do mnie 39-letni doskonale odżywiony, silnie zbudowany, mężczyzna, skarżąc się na obfite wydzielanie krwi z moczem. Wywiady wykazały, że tego samego dnia chory, pasując się, został uderzony w okolicę lewej nerki, poczem nagle uczuł silny ból w lewej okolicy lędźwiowej, przy pierwszym zaś oddaniu moczu ujrzał w nim krew; przestraszony tym objawem w tej chwili przybył do mnie. Badanie urażonej okolicy prócz bólu przy ucisku nie wykrywa żadnych innych objawów; oddany w mej obecności mocz zawiera dużo krwi; po odstaniu się w kieliszku utworzył się zbity czerwonny osad, zajmujący połowę wysokości słupa moczu; badanie mikroskopowe wykrywa czerwone i białe ciała krwi; wałeczków nie wykryłem. Na zasadzie powyższych danych rozpoznałem urazowe naderwanie nerki: choremu zaleciłem zupełny spokój, na urażoną bolącą okolicę zastosowałem okłady lodowe, do wewnątrz zaś podałem sporysz w kwaśnym odwarze; dyeta mleczna.

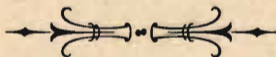
22. VI chory zali się jeszcze na ból, który wszakże jest już nieco mniejszy, ilość krwi w moczu równie się zmniejszyła.

23. VI ból w urażonej okolicy nieznaczny, ilość krwi w moczu nader mała. 24. VI krew z moczu znikła; badanie na białko za pomocą odczynnika Spiegler'a dało mi wynik ujemny, mikroskop składników chorobowych nie wykrywa. Ból b. nieznaczny.

25. VI. Stan bez zmiany wobec czego chory odjechał do domu; zapytywany przezemnie po upływie kilku tygodni oświadczył mi, że krwimocz więcej się nie powtórzył.

Przypadek mój pod względem etyologii oraz przebiegu jest zbliżony do przypadku Hensegen'a,¹⁾ od którego atoli różni się tem, że, obok nadmiernej pracy mięśniowej, przy pasowaniu zaszedł jeszcze uraz w postaci uderzenia w okolicę nerki. Który z tych dwu czynników stał się przyczyną krwimoczu — orzec trudno.

¹⁾ Porów. Czas. Lek. 1901. Str. 10^o.



Sprawozdanie z posiedzenia lekarzy m. Łodzi w sprawie ogłoszeń lekarskich.

Na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego w d. 5 Września r. 1900-go postanowiono zająć się sprawą uregulowania ogłoszeń lekarskich w pismach politycznych. Opracowanie odnosnego projektu polecono komisji złożonej z kolegów: Rundy, Sachsa, Sikorskiego i Sonenberga (członków Towarzystwa), Bomasza, Gajewicza i Wiśniewskiego (nienależących do Towarzystwa).

W dniu 8 Marca roku 1901-go odbyło się w tej sprawie posiedzenie, na które Zarząd Tow. Lek. zaprosił wszystkich w Łodzi zamieszkałych lekarzy, rozesławszy im opracowany przez komisję projekt „Regulaminu tyającego ogłoszeń lekarskich w pismach peryodycznych“.

Po zagajeniu posiedzenia przez Prezesa Towarzystwa, kol. K. Jonschera, odczytał kol. Sonenberg referat wyjaśniający motywy, które powodowały komisją przy układaniu „Regulaminu“. Oto treść tego referatu:

„Pisma peryodyczne ułatwiły pośredniczenie między poszukującymi pracy a ofiarującymi. Ogłoszenia lekarzy są jednym ze sposobów komunikowania się z klientelą. Same przez się nie stanowią przejawu gorszącego. Stają się takim, gdy zawierają reklamę, t. j. gdy ich treść ma na celu sztuczne wywyższenie danego lekarza, przyczem wyzyskiwana jest bezkrytyczność i łatwowierność mas. (Wylizanie lat praktyki. Tytuły. Wyjazdy za granicę. Autorstwo dziełek lub dzieł i t. p.) Czasem nie treść ogłoszenia, ale jego forma czyni zeń reklamę (gdy się zbyt często powtarza, gdy jest drukowane w sposób zwracający szczególną uwagę i t. p.)

Reklamy lekarskie są przyczyną nieporozumień między lekarzami. Obniżają godność stanu lekarskiego. Obniżają szacunek dla naszej wiedzy.

Reklama lekarska w Łodzi, Warszawie, w Cesarstwie, za granicą.

Wszędzie, zarówno instytucje lekarskie, jak i prasa lekarska, walczą z ogłoszeniami reklamowemi.“

Na przewodniczącego obecnem zebraniu wybrano, przez akłamację, kol. K. Jonschera, który powołał na asesorów kol. Bondyego i Sachsa.

Przewodniczący jako cel obrad nad projektem „Regulaminu“ uważa: sformułowanie zapatrywania większości na ogłoszenia lekarskie obecnie praktykowane. Będzie to pierwszy krok na drodze ku poprawie stosunków obecnie panujących. Zgóry jednak należy

wykluczyć plan środków represyjnych w celu zmuszania wszystkich lekarzy do przestrzegania tego regulaminu. To co uchwalimy jedynie moralną moc mieć będzie.

„Regulamin dotyczący się ogłoszeń lekarzy w prasie peryodycznej nie lekarskiej“, uchwalono w następującem brzmieniu:

A.) Co do treści — ogłoszenie może zawierać jedynie: 1) nazwisko ogłaszającego się z dodaniem znaku D-r. 2) specjalność, 3) godziny przyjęć, 4) adres, 5) wyrazy: wyjechał, powrócił, przeprowadził się.

Ogłoszenie nie powinno zawierać wzmianki o: 1) ordynaturach, asystenturach, studiach w klinikach, stopniach naukowych i t. p. 2) o miejscu ani o celu, w jakim lekarz wyjechał, lub skąd powrócił np. „wyjechał zagranicę dla studyów“ i t. d. 3) o metodach leczenia, w rodzaju massażu, elektryczności, hypnotyzmu i t. p.

B.) Co do formy. Ogłoszenie powinno być drukowane niezbyt dużemi literami, — bez ramek, rączek, wykrzykników i t. p.

Ogłoszenie nie powinno zajmować zbyt wiele miejsca.

C.) Co do miejsca. Ogłoszenie nie powinno się mieścić na pierwszej stronie gazet i wogóle przed tekstem.

D.) Co do częstości:

1) Nowoprzybyli lekarze mogą ogłaszać się w ciągu 12 miesięcy, bez ograniczenia liczby ogłoszeń.

2) Innym zaś lekarzom wolno ogłaszać się nie częściej, niż 2 razy na tydzień.

3) Ogłoszenia o wyjeździe, powrocie lub zmianie mieszkania mogą być zamieszczane 10 razy w dowolnych odstępach czasu.

Uwaga 1. Ogłoszenia o lecznicach, domach zdrowia i t. p. podlegają ogólnym przepisom z zastrzeżeniem, że w tych ogłoszeniach mogą być wymieniane przyrządy i metody lecznictwa fizykalnego, jakie dany zakład leczniczy stosuje. Niewolno natomiast w ogłoszeniach lecznic podawać adresów ordynatorów.

Uwaga 2. Reklamowanie własnych książek i t. d. nie powinno mieć miejsca.

Sekretarz Towarzystwa Lekarskiego informuje nowoprzybyłych do Łodzi lekarzy o przepisach, dotyczących się ogłoszeń.

Wyłamujący się z pod niniejszego regulaminu naraża się na zakłócenie towarzyskiego stosunku swego do ogółu lekarzy“.

Wszelkie wzmianki o tytułach naukowych, ordynaturach i t. p. są właściwe w pismach fachowych. Użyte w ogłoszeniu, w celu samoreklamy, wprowadzają w błąd publiczność, która w tych odznaczeniach upatruje przewagę zdolności lekarskich.

Przy uchwalaniu punktu dotyczącego częstości ogłoszeń, wzięto pod uwagę fakt, że wielu lekarzy obecnie w Łodzi praktykujących ogłaszali się przez czas długi, nie krępowani; czyli, że za daleko idące w tej mierze ograniczenia, już dziś zastosowane do nowoprzybywających lekarzy, mogłyby tym ostatnim przyczynić wielką, w ich pojęciu, szkodę.

Jakkolwiek metody leczenia nie powinny być treścią ogłoszeń, ponieważ nie pacjent sobie dobiera środki lecznicze, tylko lekarz mu je wskazuje, tem nie mniej panujące obecnie wszędzie nienormalne pod tym względem wa-

runki zmuszają do ujawniania publicznego tych metod i przyrządów, jakimi dana lecznica rozporządza, o ile to dotyczy metod leczenia fizykalnego.

Posiedzenie zakończono uchwaleniem następujących rezolucyi:

I) Powyższy regulamin obecni uznają za obowiązujący lekarzy m. Łodzi.

II) Kolegów, którzy na posiedzenie nie przybyli, należy zawiadomić o tej uchwale.

III) Wybrano komisję kontrolującą fakty przekroczenia powyższych uchwał: (koledzy: Kaufman, Michalski, Szyldkret).

Regulamin uchwalony na posiedzeniu 8 Marca uważamy za sposób przejścia od praktyk dzisiejszych do zwyczajów więcej odpowiadających godności naszego stanu lekarskiego. Nieznającym obecnego stanu tej sprawy w Łodzi może się ten Regulamin wydać (i słusznie) zbyt pobłażliwym. Niepodobna jednak było wprowadzać nagle zwyczajów, jakie w i ę k s z o ś ć lekarzy łódzkich uważa za jedynie godziwe — ponieważ w danej chwili nie byłyby one, najprawdopodobniej, przestrzegane. (*Red.*)



Towarzystwa Lekarskie.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 20 Lutego.

1) Kol. Rząd przedstawia 10 letniego chłopca z objawami porażenia opuszkowego. Ponieważ porażenie wystąpiło nagle, ponieważ Kol. Michalski znalazł retinitis albuminurica oraz nieznaczny wylew krwawy w oku, należy przypuszczać, że podstawą cierpienia stał się również mały wylew krwawy. Porażenie n. opuszkowych symetryczne dowodzi, że wylew powstał w szwie rdzenia przedłużonego, prawdopodobnie na wysokości jądra n. podjęzykowego i n. języko-gardzielowego.

W dyskusyi: Kol. Pański zaznaczył, że nie może sobie wyobrazić wylewu krwi, który dotknął tak odlegle od siebie jądra, a oszczędził n. odwodowy. Kol. Michalski przeczy wylewowi z tego względu, że początkowo nie było objawów udaru. Kol. Rząd objaśnia, że porażeniu uległ tylko n. podjęzykowy. Ze strony V, VII i IX pary nerwów mamy tylko cięższe lub lżejsze objawy parazy. Jeżeli przeto wylew nastąpił w szwie na wysokości jądra XII, jeżeli był bardzo małych rozmiarów, to mógł objawów udaru nie wywołać, jąder X, XI,

VIII, VI, jako leżących dalej od szwu lub głębiej, niż XII (licząc od powierzchni 4 komórki.) Udział V, VII i IX daje się może objaśnić nie uciskiem na same jądro tych nerwów, lecz uciskiem lub całkowitem zniszczeniem tych włókien, które idą przez szew od jąder dodatkowych z przeciwnej strony rdzenia przedłużonego. Te nerwy (VI, VIII i IX), które takich włókien nie posiadają, w sprawę wciągnięte nie zostały.

2) Kol. Birencweig przedstawił dorosłego mężczyznę z 3 brodawkami sutkowymi.

3) Kol. Birencweig przedstawił mężczyznę, u którego prawidłowo przebiegający przymiot został powikłany liszajem wysiękowym czerwonym (lichen ruler planus.)

4) Kol. Krusche przedstawił chorą operowaną z powodu ostrego zapalenia wola przerostowo-pęcherzykowego. Wola zaczęło się rozwijać 6 lat temu podczas pierwszej ciąży; od tego czasu powiększało się stale, chociaż wolno; na 6 dni przed operacją, po przeziębieniu, zaczęło się szybko się powiększać. Lekarz, wezwany 6 dnia, znalazł chorą nieprzytomną, bez tętna, siną, duszącą się. Natychmiast wykonana tracheotomia sup. o tyle poprawiła stan chorej, że można było ją przewieźć do szpitala, chociaż chora wciąż jeszcze była nieprzytomna, sina i bez tętna. Narazie kol. Krusche poprzestał na zrobieniu dolnego przecięcia tchawicy, możliwego dopiero po wycięciu części lewego zraza wola. Po tej operacji, po kilku głębszych ruchach oddechowych, chora natychmiast odzyskała przytomność; oddech był jeszcze utrudniony, głos ochrypły. Objawy te ustąpiły dopiero po wycięciu prawego zraza wola, z powodu osłabienia chorej wykonanem w 10 dni po pierwszych operacjach. Obecnie demonstrowana czuje się zupełnie zdrową, oddycha swobodnie, głos ma czysty. Lewy zraz zmniejszył się do normalnych rozmiarów.

W dyskusyi kol. Rundo zaznaczył, że przy durze brzuszny widział powikłanie ostrem zapaleniem gruczołu tarczowego, zakończone rozejściem się.

5) Kol. Goldman przedstawił 24-letniego chorego z nowotworem złośliwym wychodzącym z jamy miednicy, istniejącym od 4 lat, z początku wolno rosnącym, obecnie zaś szybko się powiększającym. Między biodrami, tuż pod moszną, znajduje się guz wielkości pięści pacjenta, pokryty zmienioną skórą, po części z nią zrosnięty, twardy, w niektórych miejscach chęłbocący (próbki przekłucie dało zawartość krwistą.) Badanie przez odbyt wykazało z lewej strony wypuklenie. Gruczoły pachwinowe powiększone. Przy oddawaniu moczu i wypróżnienia bólów niema.

6) Kol. Sonnenberg przedstawił chłopca z lupus vulgaris na policzku i lewej nodze.

7) Kol. Maybaum, stresciwszy badania różnych autorów, dotyczące wpływu żucia na wydzielanie soku żołądkowego, przytoczył kilka własnych doświadczeń potwierdzających wnioski Riegla i innych: 1) Żucie ma wpływ niezawodny na wydzielanie soku żołądkowego 2) Wpływ ten ujawnia się przy trawieniu wodorów-węgla przez wyraźne—niekiedy znaczne—zmniejszenie ilości HCl w tych razach, kiedy żucie pokarmów zostało

pominięte 3) Żucie działa na gruczoły żołądka, pobudzająco nietylko przez wytwarzającą się przy niem ślinę, ile przez sam akt żucia.

8) Kol. Wilk wygłosił rzecz p. t. „Współczesny stan wiedzy o gorączce aseptycznej“.

W dyskusyi wzięli udział kol. Goldman, Rząd, Saks, Silberstrom i Sonenberg.

Posiedzenie z. d. 20 Marca

1) Kol. Pański. Przypadek Diplegia infantilis spastica. (Morbus Little).

Chłopiec lat 11. Rodzice mają 5 dzieci (1-sze zmarło, pacjent jest drugim; czworo zupełnie zdrowych). Będąc w ciąży z tem dzieckiem, matka żadnych chorób nie przechodziła, również nie uległa urazowi; poród miał się odbyć bez pomocy lekarskiej. Chłopiec w niemowlęctwie był zupełnie zdrów. Obecnie ma wygląd 6-cio letniego dziecka, nie chodzi, nie stoi, nie włada prawie górnemi kończynami, nie mówi, choć rozumie co się do niego mówi ślina ciągle z ust mu płynie. Dolne kończyny zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, górne kończyny—w barkowych i łokciowych; przy wyprostowaniu natrafia się na znaczny opór, uniemożliwiający wyprostowanie zupełne. Dolne kończyny są więcej dotknięte cierpieniem niż górne, prawe nieco więcej, aniżeli lewe. Przy siedzeniu głowa jest opuszczona ku dołowi, kręgosłup jakby zgięty w pałąk. Mięśnie są dość dobrze rozwinięte. Czucie zachowane. Odruchy ściągające znacznie powiększone. Żrenice szerokie, oddziałują na światło i akomodację; zeza niema.

2) Kol. Lohrer zaznaczył, że Łódź jest bardzo uboga w roślinność, posiada bowiem tylko jark (t. zw. Źródlika) oraz las położony na wschodnim krańcu miasta (zwany Zagajnikiem), i las otaczający zachodnią część miasta; że znajdujące się w nich drzewa z powodu nieprzyjaznych warunków szybko obumierają. Co się tyczy ostatniego lasu, to on, uszczuplony znacznie przez oddanie części na rzeźnię, naszpital Cz. Krzyżaiszkolę przemysłową, ma teraz 776 mórg. Wobec faktu, że przedstawiciele miasta proponują wybudowanie dworca kolei kaliskiej w tym lesie, wskutek czego powierzchnia zostanie zmniejszona o 100 mórg, proponuje, aby Tow. Lek. wystąpiło z inicjatywą o możliwe lasu oszczędzenie. Obecni jednogłośnie postanowili, aby Tow. wystosowało odpowiednią odezwę. W tym celu wybrano komisję, złożoną z kolegów Lohrera, Kolińskiego, Rundy i Saks, którzy mają tem się zająć.

3) Kol. S. Sterling: O kilku przypadkach influenzae serycowej. (Drukowane w „Czasopiśmie“, str. 121.)

Kol. Łaski zapytuje, dla czego surowica przeciwdyfteryczna wystarcza do zwalczania wszystkich objawów błonicy. Kol. Sterling odpowiada, że ta surowica zarazem zobojętnia i toksyny wytwarzane przez bakterye i jady powstające z rozpadających się ciał bakteryjnych. Kol. Rząd pyta, dla czego owa odporność przeciw influenzy nie wyraża się zupełnem niedopuszczeniem do rozwoju choroby. Kol. Sterling: Właśnie jest to odporność już niewystarczająca, osłabiona. Zupełnie jak po jednorazowem szczepieniu ochronnem ospy, odporność, po jakich latach 20-stu, starczy do zmienienia przebiegu choroby, ale nie daje zupeł-

nej ochrony. Kol. Silberstrom widział podobne przypadki napadowej duszności przy grypie. Zarzuca, że w przypadkach III i IV, kiedy bakteryoskopia przy drugim badaniu nie wykazała laseczników grypy, nie zwrócono się do poszukiwań za pomocą czystych hodowli. Kol. Sterling: Nie zmieniloby to sprawy; bo pierwsze badanie wykazalo b. liczne laseczniki grypy; gdyby nawet w drugim (przy pomocy hodowli) wykazano, że w plwocinie zdarzaja się pojedyncze laseczniki grypy, to i tak zostal by fakt znakomitego zmniejszenia się ilości, fakt wystarczajacy do przeprowadzenia myśli, o jaką S. w odczycie chodzilo. Kol. J o n s c h e r jest zdania, które prawdopodobnie podziela wiekszość lekarzy-praktyków, że osoby przebywajace grype nie nabywaja odporności. Przeciwnie, te właśnie osobniki w kazdej nowej epidemii zapadaja. Kol. Sterling: Wygaśnięcie kazdej epidemii zalezy często od tego, że wszyscy mieszkancy danej okolicy, w danym czasie do grypy sklonni — tę chorobę przebyli i nabrali wzgledem niej odporności. Ale nie nalezy tej odporności po grypie stawiac na rowni z odpornością wzgledem jakiejś ospy, tyfusu lub szkarlatyny. Nie jest ona tak znaczna i nie trwa tak dlugo. Wyczerpuje się po paru latach i wtedy znów się na grype zapada. Ta odporność, na jaką się S. powolywal w odczycie, jest juz odpornością na wyczerpaniu będaca, niewydolna. Dane statystyczne przemawiaja, niezaleznie od powyższego rozumowania, za istnieniem odporności po przebyciu grypy. Kol. R z a d upatruje w tem dowod na korzyść teorii o istnieniu odporności po grypie, że obecnie bardzo wiele dzieci choruje, t. j. osobników, które nie zdołaly jeszcze przebyć tej choroby. Kol. R u n d o rozpatruje kilka zagadnień bakteryologicznych w zwiazku z poruszana sprawą zostajacych.

4) Kol. S. Sterling: M a k s v. P e t t e n k o f e r. Wspomnienie pośmiertne. Daty biograficzne. Wyliczenie faktów, jakie nauce przysporzył. Znaczenie P. jako twórcy całego szeregu nowych metod badania, jako twórcy współczesnej higieny eksperymentalnej. P. jako człowiek i obywatel.

Towarzystwo Lekarskie Mińskie.

Posiedzenie z d. 13 Stycznia 1901.

I Kol. K a m i ń s k i przedstawil chorą z *Pannus crassus*; rozwój naczyń krwionośnych jest tak silny, iż rogówka wydaje się przykryta jakby mięsem; rokowanie jest pomyślne.

II Kol S a c k pokazal chorą, 17-letnią dziewczynę, od 5^{tyg.} cierpiącą na drgawki płasawicze wszystkich kończyn; w lewej kończynie górnej oprócz tego są objawy porażenne (paresis); wypadek zaliczyć trzeba do *Chorea paralytica*, co jest dość rzadkiem zjawiskiem w tym wieku.

III Kol. J a n o w s k i przedstawil chorego, który od lat kilkunastu ma na całym ciele mnóstwo nowotworów, usadowionych w tkance podskórnej i głębiej, wielkości od orzecha laskowego do pomarańczy; d-r Janowski sądzi, że jest to *neuro-fibroma*; obiecuje rzecz bliżej zbadać i do wiadomości podać.

IV Kol. F i e d o r o w i c z wygłosil 2 odczyty: 1) „Wypadek ciąży zamacicznej“ i 2) *Myoma subserosum*. Operacja w pierwszym przypadku wykonana była w 12 miesięcy po zajściu w ciążę; płód się okazał zupełnie donoszonym, wazył 7^{1/2} funtów. Obiedwie operacje zakonczyły się zupełnym wyzdrowieniem.

Posiedzenie z d. 19 Marca 1901.

I D-r Lunz odczytał rzecz p. t.: „Dwa przypadki Haemoglobinuryi“. Określiwszy, na czem polega choroba, jakie przyczyny ją wywołują, prelegent odróżnia dwa główne typy chorobowe: Haemoglobinuria toxica, występująca po otruciu (arszenikiem, siarką, jadem grzybów, solą Bertolleta etc.) i Haemoglobinuria periodica s. paroxymalis, pojawiająca się w postaci napadów, przeważnie zimą, wskutek działania chłodu. Oprócz tego Haemoglobinuria się rozwija czasem po chorobach zakaźnych, po oparzeniu ciała, po silnem zmęczeniu fizycznym; usposabia do choroby przebyty syfilis, malarya, dziedziczność. Mocz w tem cierpieniu bywa koloru ciemnowiśniowego, nie zawiera wcale lub też bardzo mało czerwonych ciałek krwi; stanowi to główną cechę odróżniającą od Haematuryi, chemiczne bowiem próby w tych dwóch stanach są identyczne.

Pierwszy przypadek dotyczy ucznia lat 17, który w celu samobójczym zażył 30 grm. Kalii chlorici; znaleziono go w stanie zapaści, z silną sinicą i dusznością, bólami w brzuchu, były wymioty, nudzenie, wolność; moczu się wydzielało b. mało ($\frac{1}{4}$ szklanki na dobę), koloru ciemnowiśniowego, zawierającego b. dużo białka 57% (!), wałeczki ziarniste, szkliste i, co charakterystyczne, b. mało czerwonych ciałek krwi; wątroba i śledziona powiększone. Chory umarł dopiero na 10-ty dzień choroby, nagle, przy zmianie pozycyi ciała.

Drugi przypadek. Pan M. od 94 roku miewa napady, polegające na ziębieniu, paleniu, potach, drętwieniu palców i odchyleniu moczu koloru ciemnowiśniowego, zawierającego jednak b. mało czerwonych ciałek krwi; trwa to godzin 6—8 i ustępuje, zostawiając lekką żółtaczkę na twarzy i białkówkach, ogólne osłabienie i łamanie. Napady pojawiają się tylko w zimie pod wpływem oziębienia ciała, rozwinęły się one wkrótce po tyfusie. Jest to typowa Haemoglobinuria periodica. Leczenie polega na unikaniu chłodu i nadmiernego ruchu; z lekarstw daje się chinina i żelazo.

W końcu kol. Lunz mówi o patogenezie Haemoglobinuryi. Jest ona następstwem Haemoglobinaemii; hemoglobina, uwalniając się z ciałek krwi, rozpuszcza się w surowicy i wydziela się przez nerki. Haemoglobinaemia nie zawsze, podług Ponfick'a, prowadzi do haemoglobinuryi, jeżeli bowiem wątroba i śledziona są w stanie przerobić nagromadzoną w nich hemoglobinę, do wydzielania się jej przez nerki nie dochodzi; haemoglobinuria powstaje więc tylko przy silnej haemoglobinemii.

Dyskusya: kol. Eisenstadt nie radzi dawać w tej chorobie chininy, gdyż Koch opisuje wypadki Schwarzwasserfieber, która się rozwinęła po chininie.

Kol. L. Polak zwraca uwagę, że niepodobna samą haemoglobinurą wytłumaczyć całego obrazu otrucia solą Bertollett'a; działa tu i K. — porażająco na serce. Nie zgadza się też z prelegentem, by duszność była stałym objawem haemoglobinurii, gdyż obserwował inny wypadek otrucia kalichlorico (—8 łyżeczek herbatnich), gdzie duszności nie było.

Kol. Taubkin dla odróżnienia omawianej choroby od Haematurii radzi zawsze się zwracać do próby spektroskopowej, gdyż ona daje obraz odmienny od Haematurii, mianowicie spektr właściwy dla Met-haemoglobiny.

Kol. Offenberga nie zgadza się z prelegentem, że żółtaczkę w tej chorobie uważać trzeba za krwiopochodną; hemoglobina, drażniąc drogi żółciowe lub komórki wątrobowe, wywołuje żółtaczkę wątrobowego pochodzenia.

Kol. Lunz odpowiada na zarzuty, że Schwarzwasserfieber nie jest chorobą identyczną z Haemoglobinurią; żółtaczkę uważa za krwiopochodną, ponieważ barwnik żółci wytwarza się z barwnika krwi.

Jan Offenberg



REFERATY.

Jeremias. Zdolność do pracy przy nerwicach urazowych i nieurazowych. Określenie różnicy pomiędzy nerwicami urazowymi a nieurazowymi pod względem zachowania zdolności do pracy stanowiło przedmiot badań, przeprowadzonych przez J. w klinice i poliklinice prof. Mendla; chorzy ambulatoryjni zgłaszali się li tylko o poradę, t. j. nie uwzględnia tu J. tych chorych, którzy się zgłaszali w celu orzeczenia ich stanu zdrowia i otrzymania świadectwa. Materiał autora nie był zbyt obfity; badanie trwało przeciętnie 5 miesięcy; chorzy z cierpieniami organicznymi zostali wykluczeni, z kobiet przyjmowano pod uwagę tylko te, które regularnie stale zarabowały; nie uwzględniono przypadków, cierpień nerwowych mieszanych, czynnościowo-organiczných, oraz połączenia chorób nerwowych z cierpieniami chirurgicznymi lub wewnętrznymi. Badania autora potwierdziły pogląd, że nerwica urazowa nie stanowi specjalnej choroby, lecz stanowi historię, neurastenję lub hypochondryę — w postaci czystej lub mieszanej.

Każdego leczącego chorych nerwowych uderza fakt, że chorzy wskutek urazu o wiele trudniej zdrowieją i dłużej są pozbawieni zdolności do pracy, zupełnej lub częściowej, aniżeli chorzy nieurazowi. Chorzy obu rodzajów dziwnie rozmaicie oceniają swój stopień niezdolności do pracy: po urazie mamy 56% oświadczeń o zupełnej niezdolności, a tylko 8% o częściowej; u chorych nieurazowych rzecz się przedstawia wręcz odmiennie: o zupełnej niezdolności oświadczyło 20%, o częściowej 37¹/₂%. Przy przedmiotowej ocenie lekarskiej owe 56% zupełnie niezdolnych do pracy wskutek urazu redukuje się do 12%; zaś 20% zupełnie niezdolnych do pracy chorych nieurazowych zostaje bez zmiany. Częściowa niezdolność po urazie z 37¹/₂% spada w świetle badań lekarskich — do 5%.

Te dane nasuwają na myśl kwestyę udawania. Oppenheim, twórca „nerwicy urazowej“ jako oddzielnej postaci chorobowej, od samego początku negował częstość symulacyi; spotkał się wówczas z przychylnem zdaniem Strümppla, że „nerwica urazowa“ przedstawia tak odrębny obraz kliniczny, iż trudno przypuścić w tym względzie możność symulacyi. Te oświadczenia dwóch powag wywołały szeroką dyskusyę na łamach literatury lekarskiej; brali w niej udział Seeligmüller, J. Hoffman, Fr. Schultze, którzy wbrew O. przyjmowali istnienie symulacyi; Möbius, przeciwnie, wykazuje błędy w stwierdzaniu symulacyi i jest zdania, że od czasu istnienia prawa o nieszczęśliwych zdarzeniach chorzy po urazach są więcej względni, niż poprzednio i niż wogóle inni chorzy nerwowi, i wyczekują spokojnie zupełnego wyzdrowienia. W r. 1892 Oppenheim statystycznie dowiódł rzadkości symulacyi; badania podobne były już w r. 1871 ogłoszone przez Riglera (z racyi wprowadzenia prawa o zdarzeniach na kolejach), zaś Strümpell w r. 1893 na XII kongresie wewnętrznej medycyny obstawiał przy tem, że objawy, zależne od stanu naszej świadomości, podlegają innym prawom, aniżeli te, które są zależne od zmian anatomicznych; gdyby niestałość objawów i dążenie do przesadzania miały być dowodem nieprawdomówności, musielibyśmy wogóle przeszło połowę chorych uznać za symulantów. Zdaniem referenta tegoż zjazdu, Wernicke'go, całkowita symulacya jest rzeczywiście rzadka, b. często natomiast mamy przesadzanie niektórych lub wszystkich objawów; wogóle trudno jest oddzielić hypochondryczne wyobrażenie poniewolne od stanu symulacyi. Kongres nie rozwiązał kwestyi: zdania były podzielone — stosunek odsetki symulantów wahał się od 1,25 do 33! Oppenheim i jego zwolennicy przytaczali nowe objawy przedmiotowe, przeciwnicy wykazywali niepewność tych objawów i możność ich symulowania. Większość wszakże zdawała się skłaniać do stawiania mniej surowych orzeczeń. Wtedy Strümpell nadał dyskusyi inny kierunek; doszukiwał się psychicznego mechanizmu nerwicy urazowej nie w samym urazie (przestrach, szok, ani też w trosce z powodu długotrwałej choroby, straty zarobku i t. d., lecz w chciwości. Według Str., robotnicy uważają rentę nie jako wynagrodzenie za rzeczywiście odniesione uszkodzenie, które spowodowało ograniczenie zdolności do pracy, lecz jako zapłatę za ból—bez względu na stopień kalectwa. Dla tego trudno przeprowadzić granicę między symulacyą, resp. świadomem przesadzaniem objawów, a nerwicą prawdziwą, tem trudniej, że możliwość świadomego udawania niektórych objawów nie wyklucza możliwości ich bezwiednego psychicznego powstawania. Zmieniwszy w ten sposób swoje zapatrywania, Strümpell coraz bardziej rozwijał te nowe poglądy i w ocenie jednej z broszur Oppenheima powiada: „Mamy teraz wrażenie, jak gdyby żadne złamanie, żadna rana nie goiła się u robotnika bez pozostawienia zaburzeń“. Symulacya bezsprzecznie więc istnieje w tych razach, lecz stwierdzenie jest trudne, gdyż niekiedy symulant może stać się histerykiem, a histeryk

symulować z pełną świadomością; przytem jeden przypadek może się rozmaicie przedstawiać w rozmaitym czasie. Coraz bardziej wzmagająca się chciwość zmusza do wielkiej oględności; uznawaniu w każdym przypadku neurastenii urazowej jest niesłuszne i niezdrowe.

Nawiązując dalszy tok swoich badań, J. mówi o złych stronach nowego prawa o nieszczęśliwych zdarzeniach. Fakt, że robotnicy z cierpieniami organicznymi wykazują większą zdolność do pracy, niż chorzy nerwowi po urazie, był tłumaczony przez brak odpowiedniego czynnika psychicznego pierwszych. Obecnie jednak wiemy, że cierpienia czynnościowe jedne i te same przebiegają gorzej, jeśli mają uraz za swoją genezę. Wobec jednakowych stanów chorobowych, niejednakowy przebieg pochodzi z nierówności czynników wywołujących. Siła urazu nie odgrywa tu roli, gdyż przy nerwicach nieurazowych mamy niekiedy bardzo ciężkie urazy psychiczne; pozostają więc jako czynnik dodatkowy, skutkiem którego po urazie mamy cięższą niezdolność do pracy: wyobrażenia prawne, wyobrażenia chciwości; te czynniki są b. szkodliwe, albowiem pod ich wpływem chorym wcale nie idzie o szybsze wyzdrowienie. Chorzy, którzy długi czas (w zakładzie mechaniczno-lekarskim) okazywali czynny opór ruchom biernym, po wyzdrowieniu i opuszczeniu zakładu zaczynają opierać się biernie ruchom czynnym; w ten sposób owoce poprzedniego mechanicznego leczenia idą w niwecz i utrwała się obniżenie zdolności do pracy. Jedynym racjonalnym środkiem byłoby nadanie związkom zawodowym prawa wstrzymywania w tych razach wypłaty renty, aby zmusić takie osoby do pracy. Widzimy więc, że wewnętrzną przyczyną tych chorobliwych wyobrażeń jest uświęcone przez prawo o nieszczęśliwych zdarzeniach rozwijanie lub popieranie skłonności do próżniactwa, skłonności w życiu zwykłym zagłuszanych przez wychowanie lub gorzką lecz zbawienną konieczność.

Uderzającym jest jeszcze ten fakt, że nawet po otrzymaniu większej renty rzadko następuje polepszenie, częściej raczej stan się pogarsza; objaśnia się to tem, że do rzeczywistych cierpień ciała przyłącza się brak prawidłowego zajęcia, pogorszenie się stanowiska społecznego oraz alkoholizm.

Z tymi skutkami prawa o nieszczęśliwych zdarzeniach musimy walczyć.

Skłonności do próżniactwa znakomicie są usuwane przez ponowne przyzwyczajanie do pracy i Strümpell na XII kongresie internistów oświadczył się gorąco za stosowaniem tego środka. Spotykamy się jednak zsystematycznym oporem robotników; wobec ważności jednak tego środka, jako leczniczego, związki zawodowe powinny zająć się wypracowaniem ewent. środków przymusowych. Najodpowiedniejszym wydaje się niski poziom przyznawanej renty; ten sposób postępowania może być stosowany bez skrupułów nawet w przypadkach nie budzących najmniejszego podejrzenia. Władza uważa, że związki nie mają prawa do obniżania renty

w celach leczniczych, jak to się okazało z wyroków w kilku sprawach tego rodzaju. Lekarze jednak tak długo winni kołatać o zastosowanie tego środka, wykazując jego zalety lecznicze, aż będą zmienione obecne zasady wynagradzania robotników, które im szkodę raczej, niż pożytek przynoszą.

Jeśli uznajemy pracę za musowy środek leczniczy, musimy postarać się dać ją robotnikowi w takiej postaci, aby odpowiadała ona zmniejszonej zdolności do pracy. W tym celu Immelman uważa za stosowne zmusić pracodawców, by przymowali swoich poszkodowanych i niezupełnie zdolnych do zwykłej pracy robotników do lepszej roboty, za odpowiednio zniżoną zapłatą. Pracodawcy, ożywieni ludzkimi uczuciami, postępują w ten sposób bez przymusu, względem opornych należy postarać się o odpowiednie przepisy prawne. W małych zakładach trudno o wyszukanie lepszego odpowiedniego zajęcia, lecz tu z pomocą winny przyjść związki zawodowe, zarządzając starania o przeniesienie do innego zakładu, gdzie praca będzie zastosowana do stopnia utraconej zdolności; w tym celu przy każdym związku zawodowym powinno istnieć biuro rekomendacji pracy. Cenne usługi mogą oddać prywatne związki robotnicze na wzór założonych w Lipsku i Poznaniu, a mających na celu uzupełnienie braków prawodawstwa o ubezpieczeniach robotników.

Prócz powyższych sposobów, zapobiegających powstawaniu tych chorobliwych pożądań, należy rozważyć środki zapobiegawcze przeciw rozwijaniu się wyobrażeń prawnych, „które dochodzą do prawdziwego obłądzenia piniaczego“. Należy zarzucić procedurę postępowania sądowego. W tym duchu wydana została nowela do prawa ubezpieczeniowego o przyznawaniu małych rent (do 15%) Prócz tego należałoby znieść zupełnie rentę niżej 15% (obecnie najniższa jest 5%-owa), która w rzeczywistości jest tylko jakimś „napiwkim“; tego rodzaju renta może być uznana, lecz jedynie w charakterze czasowej; renty zapomogowej. Wszystkie kwestje techniczne przy określaniu renty powinny być rozważane w najwyższej instancji przez sąd polubowny. Przedewszystkiem zaś ważnym jest rozróżnianie przypadków ciężkich, resp. pewnych, od lekkich, resp. wątpliwych; w pierwszym razie należy od razu wyznaczyć dość dużą rentę na czas dłuższy, minimalnie na rok, a gdy po tym czasie nie ma poprawy, prowadzić badania powtórne, lecz w dużych odstępach czasu, by nie utrzymywać nerwów chorego w zbyt wielkim napięciu, które szkodzi pomyślnemu wynikowi leczenia. W przypadkach lżejszych i wątpliwych renty, a tem bardziej dużej, nie wyznaczamy od razu, gdyż wtedy robotnik przyzwyczai się do próżnowania, nerwica rozwinie się w wysokim stopniu, obniżenie renty spotka się z oporem, który szuka opieki prawnej w najwyższych instytucjach sądowych. W tych przypadkach po kilkotygodniowym wypoczęciu w szpitalu, lecznicy lub uzdrowisku, poszkodowany otrzymuje rentę w charakterze renty czasowej. Takim robotnikom należy wyjaśnić, że wydawana renta $66\frac{2}{3}$ — 50% jest czasową i w przeciągu roku np. może zostać

zredukowaną do 0. W ten sposób chory miałby przeświadczenie, że istnieje dążenie do ostatecznego określenia jego zdolności do pracy, a jednocześnie, że renta pobierana nie jest stała.

Niezmiernie ważnym jest wybór rzeczoznawców. W przypadkach ciężkich wystarczy jeden tylko, który zna dobrze chorego i jego warunki i może dokładniej ocenić stan choroby. W przypadkach lżejszych natomiast pożądaną jest częstsza zmiana rzeczoznawców, gdyż jeden nie może przez czas dłuższy oceniać danego przypadku z dostateczną bezstronnością.

Co się tyczy sposobów zapobiegania i wykrywania rozmyślnej symulacji, to dłuższa obserwacja w szpitalu jest środkiem najpewniejszym; taka obserwacja powinna być przeprowadzana przed pierwszym określeniem renty i przy każdym znacześniejszym obniżeniu. W szpitalu najlepiej możemy zbadać owe bicia serca, zawroty głowy, zemdlenia, konwulsje, zaburzenia czuciowe, naczyniowe i odżywcze, zбочenia nastroju uczuciowego, i ocenić ich wartość przy określaniu wysokości renty i kwestyi symulacji. Projekt specjalnych zakładów kontroli nad uległymi nieszczęśliwymi zdarzeniom, podany przez Seeligmüllera, spotkał się z ogólną krytyką; obawiano się stworzenia zakładów wyższej szkoły symulantów: przytem wśród robotników myśl ta wzbudziła mało sympaty i wiary, tak że nazwano te zakłady „Rentenuetsche“.

Bez względu na to, czy orzeczenie jest wydane na zasadzie obserwacji szpitalnej, czy też w inny sposób, wymagana jest od rzeczoznawcy najzupełniejsza bezstronność, a brak umiejętności jej zacnowania jest bodaj czy nie najważniejszym szkopudem w rozwiązaniu kwestyi symulacji. Jedni z pobudek źle zrozumianego humanizmu zbyt ufają zeznaniom poszkodowanych, i wychodząc z zasady „in dubio pro reo“, orzekają na korzyść ostatnich, nie bacząc na moralną krzywdę, jaką wyrządzają im samym i państwu; inni uogólniają przypadki z niepomyślnymi wynikami badania i uważają wszystkich prawie poszkodowanych za przesadzających lub symulantów. Przyłącza się tu przykre uczucie, że się jest wielkim inkwizytorem, a jednak nie jest się w stanie przewyższyć pacjentów w ostrożności i podstępach. Nie w ten sposób powinniśmy postępować z badanymi, lecz być przyjaciółmi i pomocnikami nieszczęśliwych, a zwalczać przesadzanie, lenistwo i matactwo. Gruntownie badać, szukać w każdym podejrzanym przypadku objawów sumulacji (metody jej odkrywania z każdym dniem się rozwijają), stwierdzać urzędownie symulację tylko wtedy, kiedy możemy to uczynić z zupełną pewnością — oto najważniejsze postulaty należytego postępowania. Pożyteczną by była także kontrola emerytowanych inwalidów, gdyż zdarzało się, że tacy panowie, pobierając rentę, zajmowali się dosyć ciężką pracą. Wreszcie, dążyć należy do tego, by przy uchwalaniu praw w kwestyach urazownictwa i nieszczęśliwych zdarzeń, lekarze przyjmowali rzeczywście czynny udział, a nie byli *une quantité négligeable*.

J. Steinhaus. O urazowym pochodzeniu raka. Badania rozrostów nowotworowych wykazały, że te rozrosty nie dają się uogólnić pod względem przyczynowym, i że powstanie swoje zawdzięczają czynnikiem najróżnorodniejszym, pomiędzy którymi wybitne znaczenie przypisać należy bodźcom mechanicznym i chemicznym; zarówno długotrwałym, jak i krótkim, jednorazowym.

W etyologii rozrostów nowotworowych częściej spotykamy się z bodźcami długotrwałymi. Takie bodźce mechanicznej natury wywołują raki pęcherzyka żółciowego, dróg żółciowych, a czynnikiem drażniącym są tu zwykle kamienie żółciowe; częste pierwotne występowanie tego nowotworu u kobiet, objaśnić się daje częstszem powstawaniem u nich kamicy żółciowej pod uciskiem gorsetu; że zaś kamica może być raczej *causa efficiens* nowotworu rakowatego, niż jego skutkiem, dowodzi fakt, że przy wtórnych rakach pęcherzyka, b. częstych u mężczyzn, kamienie żółciowe występują zaledwie w 15% przypadków. Patogeneza nowotworu, powstałego z długotrwałego drażnienia mechanicznego, jest następująca: na miejscu podrażnienia mamy bliznę większą lub mniejszą, która przy dalszem trwaniu podrażnienia i zwłaszcza przy nadejściu wieku podeszłego, jako momentu usposabiającego, może przekształcić się w raka: stosuje się to zarówno do raków pęcherzyka żółciowego, jak i do rozrostów nowotworowych po oparzeniu. Do raków wywołanych podrażnieniem mechanicznem zaliczają rak dolnej wargi u palaczy, lecz nie rozstrzygnięto jeszcze, czy dominującymi są tu czynniki mechanicznej, czy chemicznej natury.

Pod długotrwałym wpływem bodźców chemicznych występują raki u kominiarzy i robotników, pracujących przy wyrobie parafiny, przeważnie zaś stykających się z t. zw. olejami ciemnymi. Cierpienie rozpoczyna się od zapalenia skóry, moknącej pryszczycy; potem powstają brodawki, które odpadają, i pozostawiają blizny. Przy leczeniu drażniąciami maściami przez znachorów lub przy dalszem trwaniu podrażnienia—blizna przetwarza się znów w nowotwór rakowaty. Toż samo mamy u kominiarzy, lecz w wolniejszym tempie, tak że dopiero kumulacya przez kilka pokoleń doprowadza do powstania nowotworu. Jasnym więc jest związek między powstawaniem raka a bodźcami drażniącymi—stadium przygotowawczem jest bliznowacenie. Ta sama patogeneza stosuje się do rozrostów nowotworowych na miejscu wykwitów syfilitycznych i owrzożeń wilkowych, tak że nawet przy „Lupuscarcinom“, nazwanem tak w przeciwstawieniu do „Lupusnarcarcinom“, Bidault i Beneke dowiedli powstania nowotworu z blizenek.

Rozrosty nowotworowe pod wpływem bodźców jednorazowych pozostają, o ile można sądzić z danych literatury medycznej, bardzo rzadko. Dokładnie zbadanych tego rodzaju przypadków jest w całej literaturze kilkanaście, z których kilka autor przytacza.

Würtz widział owrządzenie po uderzeniu jabłkiem w policzek, i rakowaty charakter tego owrządzenia stwierdzono w 3 miesiące po urazie.

Hahn widział u Brunsa rakowate owrzodzenie skóry czaszki po uderzeniu o bruk — doszczętne wycięcie i transplantacja według Thiersch'a udały się w zupełności.

Analogiczny przypadek owrzodzenia rakowatego na czole, po przyłożeniu wezykatoryi obserwował w Warszawie kol. Oderfeld.

Dane anamnestyczne, przebieg kliniczny i równomierny rozwój raka w całej ranie tak jasno wiążą uraz z rozrostem nowotworowym, że przypuszczenie uprzedniego istnienia raka i objaśnienia tych przypadków zbiegiem okoliczności wydaje się niedosć przekonującym.

Wszystkie te ciemne strony pochodzenia rozrostów nowotworów łatwo objaśniłaby terya pasorzytnicza, której obecnie nie pozwalają przyjąć nasze wiadomości o histogenezie i tworzeniu się przerzutów nowotworów. Należy więc w interesie wyświeślenia tych ciemnych kwestyj życzyć jaknajszybszego powodzenia badaniom, dążącym do wykazania pasorzytniczego pochodzenia raka.

Medycyna. 1900 № 47.

Z. P.

Tietze. **Zwężenie kiszek po urazie.** Silny robotnik, 40 lat, uległ przed rokiem zdarzeniu, mianowicie: przez 3 kwadranse był ściśnięty między kołem młyńskim, a ścianą; prócz miednicy, uszkodzeniu uległy i kiszek, jak to wykazało wystąpienie po tem objawów otrzewnowych i obecność krwi w kale w ciągu kilku dni po zdarzeniu. Następnie, często się zjawiały kolki i wymioty, nasuwające myśl o zamknięciu światła kiszek. Podczas tych napadów lekarze i pacjent zauważyli, że jeden ze zwojów kiszek nadymał się, przy silnem burczeniu. Zrobiono cięcie brzuszne, i przy operacyi okazało się, że wygięcie esowate (S-Romanum) było przekrzywione i zrośnięte ze ścianką miednicy.

Monatschr. f. Unfallhik. 1900. Nr. 12.

Z. P.

Niehues. **Wstrząs mózgu i jego znaczenie sądowo-lekarskie.** Wstrząs mózgu, który zajmował fizyologów, chirurgów i badaczy sądowej medycyny, ma nader ważne znaczenie dla urazownictwa i wogóle dla nauki o przyczynach niezdolności do pracy. Autor bardzo pracowicie zebrał wyniki dotychczasowych badań nad wstrząsem mózgu i uzupełnił je własnymi spostrzeżeniami.

W pierwszej części kwestya jest roztrząsana ze strony czysto lekarskiej. Są więc omówione przyczyny, objawy, zmiany anatomiczne i stopień uszkodzenia. Autor zwraca uwagę na materyał i objętość przedmiotu, który wywołał uraz (cegła, wiązki siana, zręby ziemi lub piasku), na szybkość i częstość urazów; jednocześnie wskazuje na możność powstawania wstrząsu nietylko przy upadnięciu na głowę, lecz przy upadnięciu na piętę lub pośladki. Pomiedzy objawami rozróżnia stopień lżejszy z porażeniem jedynie kory, siedliska świadomości; ciężki — z porażeniem kory, rdzenia przedłużonego i ośrodka nerwu błędnego; b. ciężki — z bezwładem rdzenia przedłużonego i ośrodka nerwu błędnego. Szczegółowo

zostały omówione: utrata świadomości i zaburzenia pamięci (t. zw. „amnésie retrograde“). Zmiany anatomo-patologiczne pomimo spostrzeżeń v. Bergmana (przepełnienie większych i mniejszych naczyń żylnych w błonach mózgowych), Brighta i Rokitański'ego (rozsianie wybroczyny), Friedman'a, Sperling'a (zmiany w nerwowej tkance mózgu) i Rosenblath'a (zanik mózgu), — nie charakteryzują dostatecznie obrazu. Ważnem dla rozpoznania jest stan odurzenia, aspiracyjne zapalenie płuc (Schluckpneumonie), oraz badanie moczu na cukier.

W części prawnej lekarza-rzeczoznawcę w kwestyi wynagrodzeń — mogą zająć wywody autora o skutkach wstrząsu wobec prawodawstwa cywilnego.

Monatschr. f. Unfallhik, 1900. Nr 12.

Z. Prechner,

Zabłudowski. O chorobie pianistów. Choroba pianistów tem się różni od skurczu pisarskiego i choroby skrzypków, że gdy te ostatnie są cierpieniami nerwowemi, pierwsza jest cierpieniem chirurgicznym. Skurcz pisarzy i skrzypków powstaje po długoletniej pracy w danym zawodzie, choroba pianistów w pierwszym czasie nauki gry fortepianowej. Ta choroba polega na zapaleniu w stawach palcowych (i sąsiednich), zkład przechodzi i na inne tkanki, na pochewki nerwowe i włókna nerwowe, powodując zapalenie nerwów. Przyczyną tego zapalenia jest uraz podczas gry: przy podkładaniu palców lub, częściej, przy rozkładaniu palców. W celu usunięcia tej drugiej przyczyny Z. radzi budować specjalne instrumenty dla młodzieży.

Choroba nieleczona jest bardzo uporeczywą. W pierwszym czasie radzi Z. lekkie mięsienie i spokój. Potem gimnastyka lecznicza. Postaci paretyczne tej choroby leczy energicznym mięsieniem, ruchami czynnymi i gimnastyką.

Langebecks Arch. 61. II.

J. Tchórznicki. Kąpiele w wagonach. Nasi pracownicy kolejowi (szczególniej na mniejszych stacyach) pozbawieni są możności kąpania się. Dotąd istnieje u nas: 2 wanny na stacyi Skiernewice, 4 — na stacyi Częstochowa, 4 na stacyi Sosnowice; łaźnie: na Pradze (Terespolskiej; na 30 osób), w Ostrołęce, Łukowie, Tłuszczu (każda na 20 osób), w Iwangórodzie i Chełmie.

Wszędzie gdzie nie ma łaźni lub kąpieli — powinny kursować wagony kąpielowe.

Takie wagony-łaźnie istnieją na kolei Kursko-Charkowsko-Sewastopolskiej, pomysłu d-ra Sokołowskiego.

D-r Tchórznicki opisuje nowy typ kąpieli w wagonach, mianowicie łaźni w dwu wagonach, połączonych harmoniką.

„Czyż mogą być dwa różne zdania w sprawie zakładania łaźni na każdej większej stacyi? Zarówno służba kolejowa, jak i ludność okoliczna tylko korzyść dla zdrowia odnieść tu mogą, lecz niezawsze są środki materyalne do założenia i utrzymania kąpieli na stacyach mniejszych, a także kontroli paliwa i t. p.

Dla tego wagon kąpielowy wypełnia w zupełności tę lukę, jaką dawała się oddawna odczuwać w życiu oficyalistów kolejowych.

Czy tylko łaźnię mamy rekomendować? Bynajmniej—równie dobrze mogą być urządzone w wagonach natryski i wanny.

Wielka sieć kolei żelaznych, nieustanny ruch podróżnych na dalekich przestrzeniach, olbrzymia strata czasu, który spędzają pasażerowie w wagonach, wdychając kurz, kopeć i dym, nasuwa myśl, że wiele osób, szczególnie latem, mogłoby z korzyścią używać kąpeli, urządzonych w pociągach. Przy wielkiej ilości wody ciepłej możnaby za wanny pobierać niską opłatę, a nawet zarządy mogłyby wydzierżawiać wagony kąpielowe tak, jak bufety.

Koleje żelazne wnoszą z sobą cywilizację. Pionierami tej cywilizacji i higieny są pp. lekarze kolejowi; jest to ich misja i humanitarne zadanie. Oni więc powinni wziąć sprawę w ręce i doprowadzić ją do skutku; to też wydział higieny zawodowej Warszawskiego Tow. Hyg. zaakceptował wniosek następujący:

Urządzenie kąpeli na stacjach kolei żelaznych dla oficyalistów i służby jest ze względów zdrowotnych nieodzownem.

Opinia Towarzystwa Hygienicznego będzie zachęcającą do wprowadzenia myśli w czyn, co pozostawić należy zarządom i towarzystwom spożywczym kolei żelaznych“.

(Zdrowie 1901 № 3.)

E. Hellmar. **Helioterapia.** 1. Kąpiel słoneczna ambulatoryjna, kiedy chory nieodziany, spacerując, poddaje się działaniu promieni słońca. 2. Kąpiel słoneczna w pozycji leżącej. Pierwsza postać jest słabszym stopniem drugiej.

Przed kąpielą obmywamy twarz i kark chorego wodą zimną; na głowę kładziemy czepiec zmoczony w zimnej wodzie, którą odnawiamy od czasu do czasu. Pacjent leży ze względu na kierunek ruchu słońca w ten sposób, by oś ciała biegła od wschodu ku zachodowi; głowę osłaniamy jakimś daszkiem ochronnym; co 3 minuty pacjent się przekłada: na prawy bok, na lewy bok, na krzyż, na brzuch. Wrażliwym oczy należy osłonić,

Trwanie zabiegu zależy od celu, w jakim kąpiel stosujemy, od pory roku, i t. p.; trwa przeciętnie minut 15 do 45. Po jakiejś pół godzinie chory zwykle się poci. Jeśli chcemy, by poty dłużej trwały, otulamy po kąpeli ciało chorego w niezbyt grube kołdry wełniane i pozostawiamy go w nich przez 15 minut.

Po kąpeli — by znów naczynia skóry doprowadzić do skurczu, stosujemy jakieś zimne nacieranie, półkąpiel lub t. p.; po tem pacjent ma używać ruchu.

Wskazania: Krótkotrwałe kąpiele słoneczne stosować można przy: atonii, anemii, blednicy, newrozach charakteru depresyjnego. Dłuższe kąpiele — przy leniwem krwi krążeniu, zaburzeniach przemiany (otłuszczeniu, skaza moczanowa) dyskrazjach (zołzy, przymiot zastarzały), przy gościecu stawowym i mięśniowym, neuralgiach, starych stanach zapalnych, otruciach (ołowiem, arsenikiem, rtęcią), przy wielu chorobach skórnych (eczema, acne indurata, sklerodermia, prurigo.)

Przy dłuższem stosowaniu tych kąpieeli należy baczyć na serce, ewent. — nakładać wężownicę ochładzającą.

Przeciwwskazania: choroby gorączkowe, znaczne osłabienie, choroby wycieńczające, znaczniejsze zwapnienie naczyń, anatomiczne choroby nerwowe, skłonność do krwawień.

(Centrbl. f. Therapie. 1901. I.)

Z Towarzystw Lekarskich.

(Powstawanie chorób wskutek urazu.)

Kjosso budzki. Krwawienia zastoinowe po ucisku tułowia. Mężczyzna, 19 lat, wchodząc do kajuty windy puszczanej nagle w ruch został ściśnięty w poprzek klatki piersiowej; brzeg sufitu kajuty naciskał na plecy, piersi opierały się o brzeg podłogi kurtyarza. Chory poczuł się dusić, z nosa buchnęła krew, na 5—10 minut zaniewidział, przytomność jednak była zachowana. W szpitalu stwierdzono obrzęk i sinosć twarzy, krwawe podbiegnięcia łącznie powiek, obrzęk i bolesność ślinianek przyusznych i gruczołu tarczowego; na szyi i w okolicy stawów barkowych mnóstwo plam czerwonych i sinych. T⁰—39,1; P—90; w moczu 5⁰/₁₀₀ białka. W ciągu kilku dni ciepłota spadła, obrzęki, sinica i wysypka znikły. Perthes, Braun¹⁾ i Neck opisali 9 podobnych przypadków i objaśniają powstawanie wymienionych zmian raptownem podniesieniem ciśnienia wewnątrz-żylnego, szczególnie w okolicy głowy i szyi, gdzie niema zastawek; przejściowe nagle osłepnięcie powstało wskutek wylewu krwi do torebki nerwu wzrokowego poza gałką oczną. Neck znalazł wynaczynienia w siatkówce.

(Tow. Lek. w Warszawie. Posiedz. 15. I, 1901. Medycyna, 1901 Nr. 7.)

See fish. Torbiel trzustki wskutek urazu. Ładowny wóz przejechał 12-letniego chłopca w ten sposób, że chłopiec leżał wtedy na brzuchu. Po trzech tygodniach stopniowo utworzyła się wyniosłość w górnej okolicy brzucha ze szmerem pluskania (Plätschergeräusch). Przy operacji znaleziono torbiel o podwójnej ściance i przezroczystym płynie, zawierającą wszystkie 3 rodzaje fermentów trzustki; w wypróżnieniach zmian, zależnych od prawdo podobnego braku tych fermentów w kiszkiach, nie znaleziono.

(Wolny Związek Chirurgów w Berlinie. Posiedz. 12. III. 00 Centralbl. f. Chir. 1901. №. 1)

Moritz. Wgłobienie kiszki po urazie. Przy ładowaniu kłody drzewa chłop został uderzony w prawy bok brzucha. Ból z początku był ciągły, później występował sporadycznie; po trzech miesiącach te bóle nie ustępowały; stale notowano biegunkę; przed kilkoma tygodniami po badaniu brzucha zauważono w wypróżnieniach krew, co trwało w ciągu kilku dni. W chwili przedstawienia

¹⁾ P. „Czasopismo“ 1899. str. 478.

chorego wyczuwano w poprzek środkowej części brzucha jakiś twór w kształcie kielbasy, nad którym odgłos opukowy był tępy. Przy wzdymaniu się kiszek powietrze zajmowało tylko lewą i środkową okolicę brzucha, twór zaś powyższy przesunął się ku górze; niekiedy i ten twór się wydymał przy bólach kolkowych— była to więc kiszka. Rozpoznano wgłobienie i wobec pogarszania się stanu chorego zrobiono operację z wynikiem pomyślnym; kiszka ślepa była wgłębiona w poprzecznice.

(Tow. Lek. w Monachium. Posiedz. 16. V. 00, Münch. Med. Woch. 1901. Nr. 5.)

E. Baumgarten. Przewlekłe zwężenie krtani wskutek urazu. Mężczyzna, ze złamaniem kręgosłupa wskutek upadku, uczuł po zdjęciu opatrunku gipsowego silną duszność. Referent wykonał rozszczepienie krtani i stwierdził, że krtani była złamana i zgięta pod kątem. Przestrzeń pod strunami głosowymi była prawie zupełnie pokryta bliznowatą tkanką łączną. Nadzwyczaj trudno było przeprowadzić rurkę z gardzieli do krtani, gdyż wskutek zgiętego położenia krtani wychodziła zawsze przez ranę szyi. Wreszcie, udało się rurkę (tubus) wprowadzić. Chory nauczył się zakładać rurkę własnoręcznie.

(Tow. Węgiersk. Otyatrów i Laryngologów. Posiedz. 31. V. 00. Wiener Med. Wochenschr, 1900 Nr. 51.)

Seeligmüller. Nerwobóle międzyżebrowej przewlekłe wskutek podłopatkowego złamania żeber. Złamania żeber pod łopatką były dotąd mało uwzględniane w literaturze lekarskiej, choć przeczenie takich złamań może pociągnąć ciężkie pomyłki w orzeczeniach o nieszczęśliwych zdarzeniach. Ref. przedstawił chorego, który omal nie został uznany za symulanta skutkiem nieuwzględnienia tego uszkodzenia. Ten człowiek przy podnoszeniu ciężaru uczuł nagle jakby go uderzono w plecy i jakby się tam coś urwało. Po roku chory zwrócił się do ref. dla orzeczenia o przyczynie bólów ciągłych, uniemożliwiających poruszenia prawą ręką; przy badaniu znaleziono pod łopatką zgrubienia V-go i VI-go żeber, z kąd rozchodziły się bóle newralgiczne po całej prawej połowie klatki piersiowej; wzmoczenie odruchu brzuszego stwierdza rzeczywiste istnienie bólu. Wskutek ciągłych bólów rozwinęło się nerwowe cierpienie serca.

Ref. na sobie doświadczył skutków takiegoż urazu; bóle odzywają się nawet teraz, po 30 latach.

W dyskusji v. Braman opowiedział, że widział też takie przypadki nerwobólów, lecz nigdy nie rozwijały się po nich cierpienia serca.

(Tow. Lek. w Halli n. S. Posiedz. 7. XI. 1900. Münch. Med. Woch. 1901. № 6)

Strauss. Przypadek rozszerzenia serca po urazie. Młody mężczyzna po przebytej grypie został uderzony w klatkę piersiową. Po tym urazie wystąpiła trudność oddychania. Badanie

wykazało rozszerzenie serca na lewo, które się powiększało po wysiłkach fizycznych; ze strony zastawek brak objawów chorobowych.

(Tow. szpitala Charité w Berlinie. Posiedz. 22. XI. 00. Münch. Med. Wochenschr. 1900 № 50.)

Rudolph. **Przypadek przewlekłego zapalenia opłucnej na tle urazu.** W Marcu 1900 r. paka ciężkich worków upadła na pierś młodego robotnika. Po kilku dniach w prawej połowie klatki piersiowej wystąpił surowiczy wysięk, który po wypuszczeniu kilkakrotnem nanowo się zbierał. Ref. spodziewa się pomyślnych wyników po stosowaniu aspiryny z jednoczesnem wypuszczaniem małych ilości płynu.

(Tow. Lek. w Magdeburgu. Posiedz. 20. XII. 00. Münch. Med. Woch. 1901 № 6.)

Schwarz. **Syringomyelia po nieszczęśliwym zdarzeniu.** U chorej po urazie nastąpiło skrzywienie kręgosłupa i następnie wychudzenie rąk. Drobne mięśnie rąk z obu stron były w stanie zaniku, źrenice niejednakowo rozszerzone, na obu rękach i na tułowiu od pępka do podbródka były zaburzenia czuciowe.

(Tow. lekarzy niemieckich w Pradze. Posiedz. Wiener Med. Wochenschr. 1900. № 50.)

Z. P.

Z Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego.

I. Wydział higieny ludowej. (20. XII. 00.—19.I i 9.II.01.)
Dr. Szczyński Bronowski wygłosił odczyt p. t. „Pomoc lekarska dla służby folwarcznej na wsi”. Prelegent oblicza, że średnio na 40 włózkowym folwarku wskutek choroby służby traci się rocznie 635 dni roboczych, co wynosi około 314 rb. rocznej straty. Prelegent proponuje, aby w każdym większym majątku, lub przynajmniej dla większej liczby majątków w promieniu 10—15 wiorstowym, był stały lekarz z felerem i akuszerką. System stacyi omawianego udzielania porad uważa za lepszy od rozjazdowego. Potrzebne narzędzia chirurgiczne i akuszeryjne winien nabyć właściciel majątku, resp. spółka. Co do środków leczniczych, to najpraktyczniej zawrzeć stałą umowę z najbliższą apteką, która w takim razie poczyni znaczne ustępstwa (do 25%). Na folwarku powinna być czysta izba, gdzieby można pomieścić obłożnie chorego. Pożądanem jest, ażeby służba miała—minimalny choćby—udział w kosztach leczenia. Przeciętny koszt leczenia prelegent oblicza na 1 rb. do rb. 5 rocznie na jedną osobę służby lub 5 do 7½ kop. z morgi. Dr. Męczkowski, Łazarowicz i Bronowski przemawiają w kwestyi szczegółów urzędzenia pomocy lekarskiej, apteczek i felerów. Dr. Bronowski uważa apteczki podrózne za niepraktyczne, przemawia za utrzymaniem felerów. Wydział postanawia zwrócić się do lekarzy wiejskich z zapytaniami w kwestyi pomocy lekarskiej na wsi.

Dr. Chełchowski zakomunikował o przebiegu epidemii ospy w różnych okolicach kraju w ciągu ostatnich lat paru i w r. b.

w Warszawie. Obecnie epidemia była znacznie łagodniejszą, niż dawniej; przypisać to należy przede wszystkim szczepieniom ochronnym, chociaż szczepień tych odbywa się jeszcze za mało. Szpital ś-go Stanisława przyczynił się w znacznym stopniu do zmniejszenia epidemii, wyławiając przez lata całe chorych na ospę i powstrzymując w ten sposób roznoszenia zarazy. W roku ubiegłym szpital ś-go Stanisława przyjął więcej, niż kiedykolwiek, bo 400 chorych na ospę. Odsetka zmarłych, głównie z pomiędzy nieszczepionych, wynosiła 20%—25%. W całym mieście umierało wogóle w ostatnich miesiącach w tydzień po 30 osób z ospy.

W szkołach również zwracano baczniejszą uwagę na rewakcynację, w znacznym stopniu staraniem Kuratora okręgu naukowego. Epidemia tegoroczna wywołała pewnego rodzaju panikę wśród inteligencji, co tylko mogło wyjść na korzyść sprawie omawianej. Wydano też w ciągu kilku miesięcy około 120 tysięcy szczepień.

Ponieważ Tow. Hyg. nie otrzymało swego czasu pozwolenia na szczepienie ospy w Warszawie, zwrócił się przeto przewodniczący do instytutów szczepienia ospy d-rów Stępniewskiego, Tchórznickiego, którzy obiecali szczepić u siebie bezpłatnie: Stępniewski codziennie od 9—10 rano (Łłora 28,) Tchórznicki codziennie od 8—9, oprócz niedziel i świąt (Daniłowiczowska 8,) i Polak w instytucie miejskim w czwartki od 9—11 (Ś-to Krzyżka 29.) Następnie Tchórznicki odczytał kilka słów o szczepieniu ospy, podając parę uwag o tem, jak powinna się zachować publiczność, i ten, kto szczepi ospę.

Polak zwrócił uwagę, że jeżeli nie będzie obowiązkowego szczepienia ospy, to do zupełnie dobrych rezultatów nigdy się nie dojdzie. Obecnie, na przykład, odbywało się szczepienieprzeważnie osobnikom starszym, dzieci zaś przed pierwszym rokiem życia było bardzo mało. Łazarowicz na podstawie obserwowanego przez siebie przypadku zarażania się stopniowego całej rodziny i sąsiadów od chorego na ospę dziecka wypowiedział zdanie, że jeżeli jest gdzie w jakim domu ospa, to należy do tego domu delegować kogoś do zaszczenia pozostałym członkom rodziny ospy ochronnej, której bardzo często nie szczepią tylko przez brak czasu lub niedbalstwo. Wniosek ten został w zasadzie przychylnie przyjęty, lecz wykonanie natrafiłoby na znaczne przeszkody.

Odpowiedz d-ra Grabowskiego na kwestyonaryusz pana Rakowieckiego. Praca ta mówi o chatach w głębi Litwy w pow. wilkomierskim-

Wsie są budowane w nizinie, wskutek łatwości o wodę, studnie znajdują się prawie w każdej zagrodzie. Pomimo drożyzny drzewa i obfitości kamieni i gliny, wszystkie budynki stawiają zwykle z drzewa, i kryją słomą; chaty obszerne, niebielone, zwykle bez fundamentów z małemi oknami nie na zawiasach, chociaż w ostatnich czasach trafiają się okna otwierane, podłogi są dosyć częste choć brudno utrzymane. Kuchni angielskiej nie spotyka się; na opał używają drzewa, do oświetlenia posługują się jeszcze łuczy-

wem, zastępując go jednak coraz bardziej naftą. Na zimę ogradzają chaty chróstem, drwami i nasypami ziemnymi. Kurne chaty znikają—ziemnych nie spotyka się wcale. Wszędzie ogrody owocowe i warzywne: Zwierząt w mieszkaniu nie trzymają.

P. Morawska, również na skutek odezwy p. Rakowieckiego, przysłała opis trzech wiosek dobrze zaludnionych w Płockiem nad granicą pruską. Tutaj bardzo silny wpływ wywiera sąsiedztwo zagranicy i na budowę domów murowanych, często krytych dachówką, tapetowanych zewnątrz lub malowanych, i na odzież wiejskiego kroju, z pruskiej tandety, i wreszcie na pokarmy. Zamiast potraw, zwykle używanych przez nasz lud, piją rano kawę z palonego żyta z domieszką cykoryi i osłodzoną sacharyną. Barszcz utracił swą wziętość; groch uważany jest za najgorsze jadlo.

P. Rakowiecki zdał sprawę z czynności komitetu mieszkań włościańskich. Kwestonaryusza rozesłano około 200 egzemplarzy odpowiedzi otrzymano 45. Pożądane są dalsze odpowiedzi. Książeczka Moraczewskiego o budowie zagród włościańskich, po odpowiedniej przeróbce, już jest w druku. W sprawie mieszkań służby folwarkowej wysłano odezwy do paru towarzystw rolniczych. Konkursu na plany chat i czworaków zaniechano, ponieważ budowniczy Bielski ofiarował się zrobić plany, skoro mu ściśle oznaczą wymagania, które mają być przy tem uwzględnione. Wymagania te są już sformułowane, ale jeszcze przesłano je do sekcji architektonicznej z prośbą o uwagi. Wymagania komitetu są następujące:

- 1) przynajmniej 6 metrów odległości od chaty do chaty lub zabudowań gospodarskich;
- 2) przed chatami ogródki;
- 3) podwórko możliwie obszerne;
- 4) w każdej zagrodzie studnia, o ile w pobliżu niema rzeki;
- 5) domy powinny być na fundamentach murowanych, ze wzniesieniem podłogi po nad teren najmniej o pół metra;
- 6) ściany główne powinny być dostatecznie grube i z dobrego meteryału; grubość ścian murowanych łokieć, drewnianych 4 cale.
- 7) dobra konstrukcja pieca;
- 8) długość i szerokość izby powinna wynosić najmniej po 5 metrów.
- 9) wysokość najmniej 2 metry 75 centm.
- 10) ilość powietrza na dorosłego osobnika 15 metrów sześciennych;
- 11) każda rodzina, czy to gospodarska, czy folwarczna, powinna mieć oddzielną izbę;
- 12) w izbach powinny być podłogi z desek heblowanych;
- 13) okna powinny być podwójne, otwierane, z lufcikami;
- 14) w każdej izbie najmniej dwa okna, wysokości 135 ctm., szerokości 95 ctm. (razem z ramami).
- 15) stosunek powierzchni świetlnej do powierzchni podłogi, powinien wynosić co najmniej 1 : 10.

Prawideł prawnych w budowaniu wsi w Królestwie Polskiem nigdy nie było, co zaś do budowania miast i miasteczek, zapadały od roku 1817 różne postanowienia. Przepisy te zawarte są w Zbiorze Przepisów Administr. Król. Polskiego.

W przepisach o zabudowaniu placów pustych po miastach, wstęp wspomina o podawanych przez rząd sposobach, ułatwiających budowanie się po miastach, jako to: udzielanie zapomogi ze skarbu, zakładanie cegielni. Uznając te środki za niedostateczne, postanowienie ks. Namiestnika z 19 czerwca 1818 r. nakazało wezwać właścicieli pustych placów po miastach, iżby ci w ciągu trzech miesięcy złożyli deklarację, w jakim czasie na placach swych domy wystawić obowiązują się, i gdyby zaś kto w przeciągu lat trzech co do miast wojewódzkich i obwodowych, a w ciągu czterech lat co do innych miast od daty ogłoszenia tegoż postanowienia placu swego zabudować nie podjął się, plac jego przez publiczną licytację miał być sprzedany, poczem każdy licytant winien złożyć deklarację, iż plac zabuduje w ciągu 3—4 lat. Przepisy te ustanowiły następujące główne zasady: 1) każda nowa budowla może być stawiana w linii ulicy i wedle zatwierzonego planu ogólnej regulacji miasta; 2) plany domów mających się budować razem z planem sytuacyjnym placu i miejsce jemu przyległych, winny być przedstawione władzy do zatwierdzenia; 3) należy dążyć wszystkimi siłami do znoszenia zwolna w miastach domów drewnianych i do zastąpienia ich przez murowane; dachy słomiane mają być zniesione i dachówką pokryte—ostatecznie zaś gontami, deskami lub słomą krytą warstwą gliny; stodoły mogą być stawiane tylko po za miastem; kominy drewniane, gliną wylepione, podobnież znieść należy. Wszystkie te przepisy miały na celu zabezpieczenie od ognia, lecz są i takie, które tyczą się względów zdrowotnych, a mianowicie; 4) wszelkie zabudowania tak niebezpieczeństwem ognia grożące, jako też sprawujące nieczystość, dym i szkodliwy zdrowiu ludzkiemu swąd, jak to: suszarnie, browary, gorzelnie, szmelcownie, mydlarnie, szlachtuzy i t. d., poza miastem zakładane być mają; browary i gorzelnie, gdzie można, przy wodzie bieżącej lub tam, gdzie odchód nieczystości najłatwiej będzie mógł być urządzone, zakładane być winny (art. 7); 5) wysokość piętra i dołu wynosić powinna w świetle nie mniej, niż 5 łokci (2,88 metra), a w miastach wojewódzkich nie mniej, niż 6 łokci (art. 10); 6) wysokość każdego dachu dla lepszego widoku niema być nigdy większą nad trzecią część szerokości budowli (względ zachowania dostatecznego światła.)

Dalej następują przepisy o uporządkowaniu miast, co do koloru ścian domów, zabrukowania ulic, trotuarów, studzien na placach publicznych. W roku 1847 polecono budowniczym w projektach domów drewnianych dołączać cenę takichże domów murowanych, ażeby przekonać mieszkańców, że wzniesienie murów mało co drożej kosztuje od wystawienia ścian drewnianych. W roku 1859 wydano przepisy dla ograniczenia pożarów, zapewnienia czystości powietrza, usunięcia wilgoci z mieszkań i oznaczono minimum przestrzeni podwórza.

W guberniach cesarstwa obowiązuje Ustawa Budowlana zawarta w I części XII tomu Zbioru Praw. W rzeczonyj ustawie cały rozdział 7-my poświęcony jest prawidłom, tyczącym się budowli wiejskich. Rozdział ten w wydaniu Zbioru Praw z 1857 roku obejmował pokaźną liczbę artykułów, a mianowicie 118 (415—532), z których większość, na mocy prawa 17 kwietnia st. st. 1879 r., została wykreślona ze Zbioru Praw, zachowując czasowo moc obowiązującą aż do zmiany zawartych w nich przepisów przez postanowienia miejscowe właściwych zebrań ziemskich gubernialnych (w tych guberniach, które posiadają samorząd ziemski), lub też przez postanowienia właściwych urzędów gubernialnych do Spraw Włościańskich (w tych guberniach, gdzie Ziemstwa nie są wprowadzone). Prawodawca 1879 r. kierował się najzupełniej słuszną i racjonalną zasadą, że prawidła budowlane powinny przede wszystkim być zastosowane do potrzeb miejscowych i odpowiadać tym potrzebom, i dla tego też pozostawił organom miejscowego samorządu (ewentualnie Urzędom do spraw włościańskich) możliwość określenia i wydania obowiązujących przepisów budowlanych wiejskich, zastosowanych do warunków i potrzeb danej miejscowości.

Jak to już wspominaliśmy wyżej, te przepisy Ustawy Budowlanej, które uległy wykreśleniu ze Zbioru Praw na mocy prawa 17 kwiet. 1879 r., zachowały jednak czasowo moc obowiązującą i, jako takie, zostały rozesłane do wszystkich Rządów Gubernialnych, jako „prawidła czasowe“, obowiązujące w danej Gubernii do chwili wydania i ogłoszenia nowych przepisów przez Ziemstwa (ewentualnie Urzędy do Sp. Włośc.) Z punktu widzenia higieny oraz bezpieczeństwa publicznego (w celu zapobiegania pożarom) znajdujemy w tych artykułach następujące przepisy:

1). Szerokość ulic, szczególnie przy dużych traktach, winna być nie mniejsza, niż 10 sążni, gdzie zaś położenie miejsca nie pozwala na taką szerokość, to budynki winny być stawiane po jednej tylko stronie drogi (art. 424.)

2). Przestrzeń niezabudowana między domami mieszkalnymi; stawianymi z drzewa, oraz także przestrzeń między tak zw. „gniazdami“ czyli grupami zagród, winna wynosić nie mniej, niż 6 sążni, przepisy te nie są bezwzględne, gdyż jeśli zastosowaniu ich stają na przeszkodzie taka ważna okoliczność, jak np. brak miejsca, to konieczne odstępstwa od tych przepisów mogą być dozwolone.

3). Łażnie, kuchnie, cegielnie, suszarnie i wszystkie wogóle budynki, w których podtrzymywany jest ogień, winny być budowane po za wsią, o ile możliwości w pobliżu rzek i jezior (472—473).

4). Po pożarach wioski winny być odbudowywane, stosownie do wzorowych, sporządzonych w tym celu planów (494).

Jak to widać z treści tego przepisu (4-go) oraz z treści innych przepisów „czasowych“, prawidła budowlane, zawarte w rozdziale VII tomu XII Zb. Pr., mają na celu stopniowe, (a nie natychmiastowe) doprowadzenie wiosek do takiego stanu, któryby zapobiegał szerzeniu się pożarów i zarazem wpływał korzystnie na ochronę zdrowia mieszkańców. Wogóle jednak przepisy budow-

lane wiejskie, mające na celu względy higieniczne, są słabo rozwinięte w ogólnie obowiązującym „Zbiorze praw i w przepisach czasowych“. W tych ostatnich znajdujemy jeszcze następujące przepisy, uwzględniające poniekąd wymagania higieny.

1) Po bokach lub też po środku ulic wioskowych przeprowadzać należy dla osuszania tych ulic rowy (427), i przez nierzucać mostki, a nie groble, przyczem boki rowów należy brukować lub wykładać darniną.

2) Dla każdej zagrody należy przeznaczać przestrzeń długości 60 sążni i więcej, szerokości zaś 14, a najmniej 10 sążni. Z tych zaś 10-ciu sążni szerokości najmniej 4 sążnie winny być zajęte pod ogród, reszta zaś pod chaty i podwórze gospodarskie.

3) Należy popierać, o ile tylko można, urządzenie i rozpowszechnienie sadów przy zagrodach włościańskich.

W znacznie lepszym i nawet zupełnie zadawalniącym położeniu prawnym są te gubernie Cesarstwa, które mają samorząd.

II. Wydział higieny zawodowej i przemysłu. (30. XI. 00)
Dr Tchórznicki wygłosił odczyt o piekarniach warszawskich pod względem sanitarnym. Jako materyał, posłużył rezultat ankiety, podjętej w r. 1895 przez warszawski urząd lekarski, otrzymany po zbadaniu 250 piekarni.

Prelegent podaje po kolei historię piekarni, z ciekawą demonstracją modeli bułek z 16 wieku, zajmuje się następnie wytwarzaniem pieczywa, przyczem pokazuje rysunki niezbędnych do tego maszyn: dzielacza i gniatacza, jakoteż wszystkimi procedurami przy wypieku, pieciami, lokalami, składami i t. p.

Co do lokali, to dokładnie są procentowo obliczone piekarnie 1, 2, 3, 4 i 6-cio izbowe; zwrócono uwagę na ściany, sufit, podłogi, Objętość powietrza w lokalu, oświetlenie, wentylację, wodę, zbiorniki do niej, procent piekarni zaopatrzonych w wodociągi i skanalizowanych.

Niezmiernie ważną jest kwestya zanieczyszczania piekarni przez różne przedmioty, którego źródłem jest to wszystko, co otacza człowieka, szczególnie, jeżeli pracownie są zarazem mieszkaniem pracujących. Również kosze i furgony zakurzone i zabłocone zanieczyszczają pieczywo.

Kwestya ilości robotników i ich płacy została również uwzględnioną; mieszkania robotników, ich sypialnie, jadalnie, ubiory, kwestya kąpieli dla nich zostały zbadane i zestawione w tablicach. Wreszcie referat uwzględnia szkodliwości dla organizmu, wynikające z pracy w piekarniach, pracę nocną i świąteczną, choroby i śmiertelność wśród piekarzy.

W celu poprawienia ostatnich szkodliwości podaje referent plan wzorowej piekarni podług typu londyńskiego i kończy referat postawieniem 7 pytań, które wydział, po dyskusyi, tak rozstrzygnął:

1) Przygotowanie pieczywa w suterrenach jest możliwe, o ile suterrena jest sucha, czysta, widna i obszerna. Należy ją tylko chronić od zanieczyszczania z podwórza i odpowiednio oświetlać dla uniknięcia kopciu z lamp.

2) Sypianie robotników w piekarni, jakoteż bezpośrednia komunikacya między mieszkaniem piekarza a piekarnią, są bezwzględnie szkodliwe.

3) Małe piekarnie są pożądane, o ile mieszczą się najmniej w 4 izbach i zatrudniają najmniej 6 robotników, gdyż tylko wtedy zastosowanie wymagań higieny jest możliwem, a unika się przechodzenia pieczywa przez zbyt wiele rąk.

4) Obowiązkowe peryodyczne badanie lekarskie pracowników, jako sprzeciwiające się prawu o dyskrecyi lekarskiej i w znacznej części bezcelowe, uznano za niepotrzebne. Do usuwania się chorych należy dojść drogą rozszerzania pojęć o higienie.

5) Co do stosowania pracy uocnej, to postanowiono wpływać stopniowo na publiczność w celu odzwyczajania jej od wymagania świeżego pieczywa od świtu.

6) Obowiązkiem cechu piekarskiego jest zająć się szczerzej losem robotników piekarskich.

7) Ponieważ niema żadnego obowiązującego prawa przy wydawaniu pozwoleń na nowe piekarnie, a są tylko miejscowe przepisy, trzeba postawić minimum tego, czego wymagać należy, a co rozstrzygnięto w punkcie trzecim.

(Podług protokołów „Zdrowia“).



KRONIKA

Wspomnienie pośmiertne.

Ś. p. Dr. Teofil Rontaler.

Dnia 4-go Lutego b. r. umarł w Piotrkowie lekarz Teofil Rontaler. Urodzony w mieście, obecnie powiatowem, Brzezinach 31 Stycznia 1837 gimnazjum ukończył 1856 r. w Piotrkowie. Wstąpiwszy z początkiem 1857 r. na wydział medyczny w Dorpacie, skończył studia 1862 r. w stopniu lekarza. Praktykę rozpoczął w mieście Lucynie, ale już 1863 roku osiadł w Piotrkowie, jako lekarz wolno-praktykujący. Zamianowany lekarzem przy gimnazjum miejscowem, znalazł się w odpowiedniemu swojemu usposobieniu żywiole, bo kochał z całej duszy kształcąca się młodzież. Był też przez lat 33 serdecznym przyjacielem uczniów, zawsze gotowy popierać i tłumaczyć ich, wstawiając się za nimi zawsze i wszędzie, o ile się tylko dało. I pozyskał nawzajem sympatyę i zaufanie młodzieży szkolnej. Stawiła się też w komplecie dla oddania mu ostatniej posługi i na włas-

nych barkach poniosła jego trumnę do samego grobu. I po zatem cieszył się też wziętością, jako lekarz, a o bezinteresowności jego niech powiedzą liczni przyjaciele, a przedewszystkiem biedni wszelkich wyznań. O uznaniu i poważaniu jakim był otoczony najlepiej świadczy jego pogrzeb, w którym brał udział niemal nie tylko cały Piotrków, ale i liczni znajomi i życzliwi, którzy się zjechali z bliższych i dalszych okolic.

Niech mu będzie lekka ziemia, którą tak serdecznie kochał!

Dr. J. L.

— Od 25 do 29 Maja roku 1901-go odbywać się będzie w Pradze, III Zjazd lekarzy i przyrodników czeskich. 10-ty punkt ustawy zjazdowej brzmi:

„Uczestnicy zjazdu innych narodowości mogą przyjmować udział bądź jako rzeczywisci członkowie, którym przysługuje prawo wygłoszenia odczytów, dysputowania, podawania projektów w swym ojezystym języku,— bądź też jako zwyczajni goście.“

Ze swej strony najgoręcej zachęcamy szanownych kolegów do wzięcia udziału w tym Zjeździe.

Panowie, mający zamiar przyjąć czynny, czy bierny udział w III-im Zjeździe czeskich przyrodników i lekarzy zechcą laskawie się zgłosić pod następującym adresem: Praga I, docent Dr. A. Vesely, Nabreží № 14; składkę zaś, w kwocie 10 franków (10 koron) należy zasać pod adresem skarbnika: Docent Dr. Karel Petr Kheil, Praga II., Myslíkova 3.

— Komitet zarządzający XI Zjazd lekarzy i przyrodników rosyjskich w Petersburgu (20—30 Grudnia 1901 r.) prosi nas o podanie do wiadomości naszych czytelników, że — jakkolwiek w r. 1898, w Kijowie uchwalono urządzenie XI-go Zjazdu w Warszawie—to ostatnie okazało się niemożliwe.

Komitet uprasza wszystkich, którzy chcą wziąć udział w Zjeździe o nadesłanie 3 rubli i adresu do Uniwersytetu Petersburskiego (na imię komitetu) — nie później, aniżeli do dnia 20 Września 1901.

— Miesięcznik „Zdrowie“ coraz to więcej rozwija się, stając się pismem żywotnem i niezmiernie bogatym w treść.

Szczególnie dział „Wiadomości bieżących“ świadczy o wielkim nakładzie umiejętnej pracy redaktorskiej.

— Od kwietnia r. b. zacznie wychodzić w Warszawie tygodnik „Chemik polski“, pod redakcją Br. Znatowicza.

— Naczelnikiem służby zdrowia budującej się kolei Kaliskiej został kol. J. Świątecki.

Lekarzami oddziałowymi mianowani: dr. Ossowski w Błoniu, dr. Łuczyński w Łowiczu, dr. Staweno w Łodzi, dr. Sulikowski w Sieradzu. Na lekarzy konsultantów zaproszeni: dr. Wołowski w Sochaczewie, dr. Lekszycki w Głownie, dr. Szokalski w Łasku, dr. Łączyński w Błaszczkach, dr. Godlewski w Kaliszu. Oprócz tego mianowano pięciu felcerów. Zarząd kolei zakłada trzy szpitale, każdy z sześcioma łózkami: w Błoniu, Głownie i Błaszczkach. Oprócz tego zawarto umowy co do leczenia urzędników i oficyalistów kolei w szpitalach miejscowych w Sochaczewie, Łowiczu, Łodzi Łasku, Sieradzu i Kaliszu.

— Wszyscy pozostający na służbie „Czerwonego Krzyża“ otrzymali prawa służby państwowej.

Lekarze zajmujący posady w łódzkim szpitalu „Czerwonego Krzyża“ są zaliczeni, co się tyczy

	wyszycia	
	rangi na mundurze	
	do klasy	do klasy
Lekarz naczelny	VI	VI
Ordynatorzy starsi	VII	VII
„	młodszy VIII	VIII

— Uchwały kolegów łódzkich w sprawie reklamy lekarskiej (p. str. 131) wywołały w prasie ogólnej różne opinie.

„Kurjer Codzienny“ (№ 79) w artykule „Pożądane objawy“ pisze z tego powodu:

„Jestto znamienny objaw etyki zawodowo-lekarskiej, który wzbudza bardzo głębokie refleksye.

Etyka poszczególnych zawodów dziś jeszcze jest tak mało rozwinięta, a tembardziej tak słabo ustalona, że każdy podobny fakt, jaki miał miejsce niedawno w Łodzi, jest wysoce pożądanym objawem naszego życia społecznego.

Postanowienie lekarzy łódzkich tem większe wzbudza zadowolenie, iż powstało na gruncie, chyba najmniej podatnym do tego rodzaju objawów. Kto zna dokładnie Łódź, kto przez dłuższy czas oddychał jej atmosferą etyczną, ten dopiero oceni całą doniosłość uchwały tamtejszego towarzystwa lekarskiego.

Ogólny prąd robienia pieniędzy porywa tam niemal wszystkich. Tym sposobem w Łodzi wszechwładnie zapanowała etyka zawodowo-kupiecka.

Między innymi czynnikami możliwie największego zrobienia pieniędzy, etyka ta, jak wiadomo, dopuszcza jaknajszerszą reklamę.

Otóż reklamą, tolerowana jedynie przez sferę kupiecką, zaczęła się oddawna wkradać, a obecnie na dobre się rozpanoszyła wśród t. zw. zawodów wywołonych.

Naraz łódzcy przedstawiciele zawodu lekarskiego kładą kres tym wybrykom, normują z etycznego punktu widzenia reklamę osobistą lekarzy, określając ściśle ramy dla ogłoszeń.

Kto zna Łódź, ten odrazu zrozumie, że fakt tego rodzaju nie mógł się wyłonić z nastroju ogólnego, nie mógł być wywołany przez opinię publiczną. Z pewnością wyższemu etycznemu poczuciu i dobrej woli jednego, a co najwyżej paru osobników można zawdzięczać taką inicjatywę.

Jeżeli jednak podobne postanowienie przyjęło się na tak niewdzięcznym gruncie, jakim dotychczas jeszcze jest Łódź wraz z jej atmosferą etyczną, to tembardziej powinno się zaaklimatyzować w każdym innym naszym mieście, gdzie grunt jest bez porównania podatniejszy.

Każda lepsza myśl, nie powinna pozostawać w ukryciu, przeciwnie, niech odważnie i otwarcie bywa wygłaszana, gdyż nigdy nie należy być z góry przekonanym, iż nie osiągnie skutku.

Z przykładu łódzkich lekarzy powinny jaknajszerzej skorzystać inne „wyzwolone“ zawody; brak bowiem odpowiedniego uformowania kwestyi, dotyczącej osobistych ogłoszeń, daje nieraz możność do powstania na tem polu licznych niewłaściwości, dyskredytujących w oczach ogółu cały zawód.

Wbrew przeciwnego zdania jest „Dziennik dla wszystkich“ w korespondencji z Łodzi:

„Wdrawdzie, nie spotykaliśmy dotąd nigdy i nigdzie ogłoszeń lekarskich, przekraczających granice przyzwoitego reklamowania się. Rozpatrując zaś

obecnie uchwalone przepisy, widzimy w nich jedynie tamę dla świeżo przybywających do Łodzi praktycy. Znani i posiadający rozległą praktykę lekarze, naturalnie, ogłaszać się wcale nie potrzebują, ale nowoprzybyli, osiadłszy gdzie w zaulku lekarz—może z głodu umrzeć i pacyenta nie znajdzie, o ile ogół o tem się nie dowie.

Zastrzeżono np. w pewnych wypadkach, określoną liczbę ogłoszeń. Wiemy zaś, że pism istnieje u nas kilka, a nie każdy mieszkaniec Łodzi wszystkie z nich czytuje. Jeżeli lekarz ogłosi się w jednym, to pewna część ludności może o nim nie wiedzieć.

Jeszcze gorzej z lecznicami, które również mają się poddać temu ostracyzmowi. Sądzić należy, że dla ogółu byłoby korzystniej, aby o lecznicach ogłaszano choćby codziennie, pójdzie lud o nich zapomniawszy, bądź szukać znachorów, na czem ani lekarze ani zdrowie ogółu nie zyka.

Wzbroniono też ogłaszanie stopni naukowych zagranicznych i t. p., a jednak publiczność radaby wiedzieć, czy może owemu lekarzowi powierzyć opiekę nad swem zdrowiem, w czem ją do pewnego stopnia informuje właściwie stopień naukowy, w tym celu nadawany. Medycyna jeszcze nie jest tak doskonałą, abysmy wierzyli i z ufnością powierzali swoje życie każdemu, kto bez różnicy nazywa się lekarzem. Nawet o metodach leczenia wzbroniono ogłaszać, co już uważać należy za coś szkodliwego. Właśnie ten lub ow chory ma zalecone leczenie się taką lub inną metodą lub też sam doszedł do przekonania, że taką metoda będzie dla niego najstosowniejsza, a więc chciałby pójść do specjalisty. Jakże go znajdzie?

Nie wolno ogłaszać się na pierwszej stronie pisma, a więc tam tylko wolno, gdzie się ogłaszają wszyscy sprzedający smołę, stare fortepiany, poszukujący piasków i t. p? Ogłoszenie w dodatku ma być bez ramek, małemi literami i t. p. Możliwe by to było, gdyby ono mieściło się stale, ale gdy raz lub dwa razy do roku pojawi się, to któż go zauważy?

Przecenili się panowie lekarze łódzcy nieró. Reklama jest potrzebną dla publiczności, a tem potrzebniejszą, gdy trzeba zwalczyć znachorstwo, no, i na pewniejszym gruncie postawić medycynę dzisiejszą.

Łódzki „Rozwój“, przedrukowując powyższy ustęp, od siebie dodaje:

„Przyznać należy, że w powyższych uwagach jest dużo słuszności“.

Nie potrzebujemy przekonywać czytelników „Czasopisma“, jak dalece fałszywym jest zapatrywanie korespondenta „Dziennika“. Nasze zapatrywanie na tę sprawę zanotowaliśmy w dōpisku do „Sprawozdania (na str. 133)

Dla tych, którzy nieznają reklamy ogłoszeniowej w Łodzi, zanótować musimy, że korespondent „Dziennika“ mija się kilkakrotnie w swym proteście z prawdą: 1) W Łodzi nieustannie spotykamy się z ogłoszeniami, przekraczającymi granice przyzwoitości. 2) Nie ograniczono liczby ogłoszeń do jednego pisma. 3) Nie „dwa razy do roku“, lecz dwa razy na tydzień wolno się ogłaszać—według uchwalonego Regulaminu.

Ustęp o tytułach i stopniach dostatecznie nas objaśnia, kto jest z tego Regulaminu najmocniej niezadowolony:

Jeden z szeregu tych lekarzy, którzy drogą nieustającej płatnej reklamy przez całe życie zmuszeni są zwolować co raz to nowych pacjentów, bo ci starsi pacjenci już po raz drugi—nie wracają.

Serdecznie współczujemy tym kolegom; nawet—do pewnego stopnia—ich reklamowanie rozgrzeszamy.

Ale, by ich etyka miała być dobra, miała wszystkich obowiązywać, na to się chyba zgodzić niepodobna!

Nie zgadzamy się też z tonem „Kuryera Codziennego“, który w chwale lekarzy łódzkich widzi jakiś postępek zasługujący na szczególne odznaczenie.

Reklama raz na zawsze nie przystoi lekarzowi; nie złagodzi jej żadna forma, żadne „wydelikaczenie“!

Jeśli „Regulamin“ pozwala na ogłoszenie się przez całe życie—dwa razy na tydzień, to tem samem zasługiwałby na potępienie, gdyby nie to, że ten „Regulamin“ uważać należy za przejściowy.

Z tem zastrzeżeniem, z nadzieją, że za rok-dwa znów się lekarze Łodzi zbiorą i rozwiną dalej myśl zasadniczą tego Regulaminu — wolno sądzić pochlebnie, w mowie będący objaw etyki zawodowej.

— W Radomiu z powodu epidemii odry przerwano lekcye w gimnazjum.

(Gaz. Radom. 1900 № 18.)

— W „Echach płóckich i łomżyńskich“ (1900 № 18) piszą o szpitalu w Lipnie:

„Od roku już przeszło popsudy się w nim miejsca ustępowe, tak iż przy

lada jakim niepomyślnym wietrze, niemożebnem jest wprost oddychać na jego korytarzach i salach. A cōż dopiero powiedzieć o ciągłem w nim przebywaniu, jak to ma miejsce z chorymi, z dozorczynią i ze służbą! Ponieważ często wypada mi udawać się tam do chorych i taką wstrętną aurą oddychać, więc po kilka już razy przypominałem o tem odnośnym osobom, skarżąc się jednocześnie na ten ustawiczny zapach. I wiecie laskawi czytelnicy, cō mi powiedziano za każdym razem? Upewniono mnie, że już oddawna wystąpiono z przedstawieniem do odnośnej władzy, że lada chwila spodziewaną jest przychylna decyzja... Tak, czekaj tatka latka, a w szpitalu gorzej niż w trupiarni.“

— W „Gazecie Radomskiej“ (1900 № 15) piszą z Ilży:

„Dzięki hojnej ofierze 13,000 rb., zapisanych przez s. p. ks. kan. Piotra Choroszyńskiego, proboszcza połanieckiego, na budowę szpitala w jego rodzinnem mieście Ilży, i zabiegom ludzi dobrej woli, kapitał, z narosłymi procentami, dosięgał 30 kilku tysięcy, co dało możność podjęcia w roku zeszłym budowy. Mury szpitalne stoją już pod dachem i na 1 lipca r. b. budynek ma być wykończony.

Ze sprawą szpitalną wiążą się pewne kwestje, poruszenie których będzie na czasie.

O wielce dobroczynnym wpływie Sióstr Miłosierdzia, nie tylko na chorych, ale wogóle na gospodarke szpitalną, powszechnie wiadomo. Spodziewamy się przeto, że będą poczynione starania o powierzenie zarządu szpitala Szarytkom.

Powiat ilżecki, pomimo znacznego obszaru 260,000 morg—nie licząc lasów skarbowych—ze 120,000 ludnością, jest nie dostatecznie odslużony pod względem pomocy lekarskiej. W całym powiecie praktykuje zaledwie 6 doktorów: w Ilży — powiatowy, w Siennie i Wąchocku—po jednym wólnopraktykującym, w Soleu nad Wisłą—szkolny, przy seminaryum nauczycielskim i w Starachowicach—2 fabrycznych, w tej liczbie kobieta lekarz p. Marja Skiba. Aptek jest 8: w Ilży, Lipsku i Wąchocku (centralne), w Kazanowie, Siennie, Soleu nad Wisłą, Tarlowie i Wierzbniku.

Młodzi lekarze stronią od dalszych okolic kraju, trzymając się uparcie Warszawy. Z powodu jednak wypadku — jaki miał miejsce w Kutnie, dowiedzieliśmy się, że tam praktykuje 7 lekarzy,

co dowodzi, że odływ medyków na prowincję już jest znaczny, lecz nierównomierny, bo gdy tu mamy jednego, tam jest aż siedmiu. Wprawdzie Hża, choć także powiatowe miasteczko, nie może równać się z Kutnem, ale też i liczba lekarzy — nie proporcjonalna.

Ludzie wszędzie prawie jednak chorują i leczą się, jak mogą. Jeżeli uciekają się do znachora, to winna temu jest nie tylko ciemnota, ale i brak odpowiedniej liczby lekarzy, lub ich nieprzystępność. Na dalszej prowincyi, nie mał wszędzie, warunki są jednakie a pomimo to jednym lekarzom powodzi się dobrze, a innym — źle. Dla czego? Bo najczęściej warunki lekarz sam sobie wytwarza. Troskliwy, delikatny w obejściu, taktowny staje się popularnym i cenionym przez ogół; zdobywa zaufanie, praktykę i — względny dostatek. Zaś niezdarzy, apatyczny, niedbały, nie-taktowny, zraża ludzi do siebie i bywa starannie omijany. Lud, nie mając możności szukania pomocy daleko, radzi się felczerów lub znachorów, ze szkodą dla własnego zdrowia i kieszeni.

Szpital u nas ma być otwarty za kilka miesięcy. Kandydatów do objęcia posady lekarza szpitalnego może nie będzie, w powodu wyznaczenia na razie zbyt małej pensyi, a także w powodu znanej niechęci lekarzy do zamieszkania w zapadłej prowincyi. Ciężar więc całej spaść może na jednego tylko lekarza i tak już dość obciążonego obowiązkami urzędowymi, wymagającymi częstego i niespodzianego wydalania się. Wyjazdy takie zabierają jednak dużo czasu, bo powiat jest obszerny, a dróg szosowych mało. Od Hży w stronę Wisły liczy się wiorst 35—50 drogami polskimi, na południe zaś, do podnóża gór Sw.-Krzyskich wiorst 40. Wobec tego Hża znajduje się w gorszych warunkach pod względem opieki lekarskiej, aniżeli miesciny małe, posiadające lekarzy wolnopraktykujących, których prawie zawsze zastać można w domu; jeżeli wyjadą do wsi pobliskich, to w wypadku pilnej potrzeby, odszukanie ich nie przedstawia wielkiej trudności; brak lekarza przy szpitalu chyba nie wyjdzie chorym na dobre.

— Od 5 do 1 Października r. 1900-go odbywał się w Kijowie zjazd inspektorów lekarskich Kraju Południowo-Zachodniego, w którym prócz inspektorów (Brunsa, Sulimy i Lipnickiego) wzięli udział lekarze sanitarni (Głoba, Maniłowski, Bielecki), profesoro- wie uniwersytetu i kilku lekarzy siel-

skich. Dopiero teraz ogłoszone został prace tego zjazdu: 1) Określono sposób zbierania danych statystycznych o chorobach zakaźnych. 2) Określono terminy, w których lekarze sanitarni mają odwiedzać wsi i osady. 3) Określono sposób odkażaniu mieszkań wiejskich i terminach izolacji po chorobach zakaźnych.

— „Jest faktem, że dzieci włościan, a wszczególności służyby folwarcznej, oddychają przez cały rok gorszem powietrzem, niż ubogie dzieci warszawskie. Weźmy sześć miesięcy zimowych Z nastaniem jesiennych przymrozków dzieci do lat dwunastu pozostają stale w izbach aż do wiosny. Pozostają w izbach, gdyż całe ich ubranie stanowi koszula. Warszawiaku! Jeżeli kiedy przejeżdżałeś przez wieś, czy widziałeś bawiące się przy drodze dzieci inaczej ubrane, jak w koszuli, Spodenki lub kaftanki, zrobione z ubrania, które zleciało z rodziców, są rzadkim dodatkiem do toalety wiejskich dzieci. O butach lub trzewikach niema mowy. Ciepłe (?) ubranie na zimę dostają dopiero dzieci od lat dwunastu życia, t. j. takie, które już mogą iść na zarobek, poganiać konie w kieracie lub brnąć po śniegu z naganką na dworskich polowaniach. Młodsze dzieci przepędzają sześć zimowych miesięcy w izbie za piecem.

Miałem sposobność oglądania w Warszawie mieszkań tak zwanej nędzy w wyjątkowej i śmiało twierdzić mogę, że powietrze w tych suterench i poddaszach jest lepsze, aniżeli w izbach czworaków wiejskich. Przedewszystkiem w mieszkaniach miejskich mieszczą się tylko ludzie. Na wsi stałymi mieszkańcami izb przez zimę jest drób. Jeżeli się oprosi maciora, prosięta natchmiast są zabierane do izby, aby w chlewie nie zmarzły. Od tej chwili dzieci i prosięta stanowią jedną nierozdzielną gromadkę. O otwieraniu okien mowy niema, gdyż zwykle nie mają zawias i są zabite gwoździami na śmierć.

Nareszcie zima minęła, nastaje owo zwodnicze wiosenne ciepło, kiedy to słońce grzeje, a z ziemi wychodzą opary. Dzieci w tych samych koszulinach, w których przepędziły zimę przy piecu, wychodzą wygrzewać się na wiosennem słońcu. Wtedy to powstają rozmaite choroby i śmierć zbiera obfite żniwo.

Myślisz, czytelniku, że lato jest rajem dzieci wiejskich? Wyobrażasz je so-

bie zbierające kwiaty po łąkach i w polu? Dzieci gospodarzy wiejskich mogą sobie na to pozwolić. Kwiatki w polu i na łące są własnością ich rodziców. Inaczej rzecz się ma z dziećmi służby folwarcznej. Tu polowy pilnuje, aby dzieciaki w szkodę nie lazły. Dlatego to zwykle miejscem zabaw tych dzieci są śmietniki i gnojowiska, któreimi otczone są czworaki lub gościńce, gdzie się bawią w kurzu, pomieszczanym z końskim nawozem. Dodajmy przytem, że sprawa odżywiania urąga wszelkim zasadom higieny.

Dzieci żyjących w powyższych warunkach jest w 10 gubernjach Królestwa Polskiego prawie tyle, ile wynosi ludność całej Warszawy.

(A. Węgliński „Głos.“ 1901 № 8.

Obraz wyżej narysowany znów przypomina o sprawie ochrony wiejskich, tylokokrotnie w teorii uznanych za pierwszorzędną potrzebę higieny społecznej. (Czasop. Tom. I str. 96).

— W Kazaniu przed paru tygodniami skazano lekarza za nieostrożne przy czynienie się do śmierci. Dr. Troickij, wołany w nocy na wieś, zapisał chorej 0,25 heroiny.¹⁾ Po jednym proszku chorea zmarła. Podczas sprawy okazało się, że Dr. T. noc poprzednią przepędził bezsenność przy chorym, we dnie nie spał i miał gorączkę z powodu karbunkulu na szyi. Do chorej pojechał,

ponieważ, jak się wyraził w obec sądu, przywykł już „przewycięzać“ wszelkie wyczerpanie wobec nieustannej groźby prawa, zmuszającego lekarza do udzielania pomocy na każde żądanie.

W danym razie otruta była ofiarą tego prawa.

Lekarza skazano na surowe napomnienie i pokutę kościelną.

— Do pewnego stopnia wiąże się z zagadnieniem wyżej poruszonem — sprawa pobierania przez apteki pewnej dodatkowej opłaty za leki wydawane w nocy.

Obecnie każdy, kto chce w nocy zmienić rubla — wstępuje do apteki i żąda: sody za dziesięć.

Specyalne (choćby niewielkie) wynagrodzenie za nocne czynności apteki zmniejszy zmęczenie pracujących w aptece, dzięki czemu zmniejszy się też prawdopodobieństwo omyłki przy wydawaniu leków.

Od dodatkowej opłaty mogą być uwolnione recepty, na których lekarz odnotuje, że były zapisane w nocy.

Panowie właściciele aptek są przeciwni tej innowacji, jak to się okazało na zjeździe w Moskwie.

Ale my, lekarze, powinniśmy przemawiać za nią, ponieważ leży to w interesie naszych chorych, by przyrządzający leki czynił to z możliwie trzeźwym umysłem.

Od Komitetu Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych.

Komitet Kasy zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich lekarzy nie będących jeszcze członkami Kasy, aby zechcieli zapisywać się w poczet członków tejże Kasy, a w tym celu do numeru bieżącego dołącza blankiet na odnośną deklarację. Komitet nadmienia przytem, że zwiększenie funduszów Kasy da się osiągnąć przeważnie drogą zwiększenia liczby uczestników oraz wysokości składek rocznych. Przykład lat ubiegłych przekonał nas, że ciężkie warunki ekonomiczne odbijają się i na stanie lekarskim, czego dowodem jest, większa niż dawniej liczba podań o wsparcie, nie tylko wdów i sierot, lecz, niestety, i samych lekarzy złożonych chorobą i nie będących w stanie zarobić na życie swoje i rodziny. Siłą faktów podania tych, którzy myśleli o zasilaniu niegdyś wsparcia potrzebujących a więc podania członków i rodzin pozostałych po członkach, są uwzględniane przedewszystkiem; sumy przyznawane osobom tej kategorii są większe, niż sumy wyznaczane lekarzom nieczłonkom lub ich rodzinom, a bardzo być może, że z czasem, w miarę wzrostu liczby podań członków Kasy, a przy niezwiększaniu się funduszów—podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie, niestety, dla braku funduszu, nie będą mogły być uwzględniane.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia

Dr. M. Jakowski.

¹⁾ Aptekarz wydał taką dawkę, ponieważ jest to środek mało jeszcze znany, nie objęty farmakopeą

Komitet redakcyjny: L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, S. Serkowski, C. Stankiewicz, A. Tumpowski.

Wydawca: Dr. Cz. Stankiewicz.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Doz. Ценз. г. Лодзь, 21 Марта 1901 г.

Druk A. Karskiego, Nowy Rynek 11.