
Czasopismo Lekarskie

Przyczynę do nauki o śmiertelnych krwotokach po cięciu tchawicy.

Podług odczytu na posiedzeniu Tow. Lek. Łódzkiego d. 4 Grudnia 1901 roku.*)

Podał Dr. Antoni J. Goldman.

(Dokończenie)

Drugą grupę krwawień śmiertelnych po cięciu tchawicy stanowią te, które powstają wskutek odleżyny, a więc na drodze mechanicznego działania li tylko rurki tracheotomijnej (niezależnie od materiału z jakiego jest zrobiona). Nie mamy tu na względzie drobnych krwawień, które objawiają się nazewnątrzną nieznaczną domieszką krwi do wydzieliny i mogą zależeć od zranienia ziarniny podczas zmiany rurki, od zbyt energicznego wysysania wydzieliny z rurki (za pomocą cewnika i t. p.) lub też mogą wskazywać na oddzielanie się błon; nieznczane te krwawienia, według Jenny'ego, zdarzają się w 25% przypadków i niekiedy są zwiastunami silniejszego śmiertelnego krwotoku wskutek odleżynowego owrządzenia ścianki naczyń: te właśnie przypadki mamy jedynie na względzie.

Engelhardt na 341 cięć tchawicy nie widział ani jednego takiego przypadku. Dokładnie opisanych przez różnych autorów istnieje takich przypadków 15 (w jednym z nich, Frühwald'a—w 16 dni po usunięciu rurki krwotok przez usta i nos).

We wszystkich tych przypadkach, (nader podobnych do siebie, również jak i przypadki pierwszej grupy, co do objawów klinicznych i przyczyny anatomopatologicznej), bez zwiastunów lub po kilka dni trwającej domieszce krwi do wydzieliny z tchawicy po jej cięciu dołem — wystąpił nader obfity krwotok z rany, z rurki, z nosa i ust; śmierć natychmiast lub po kilku godzinach. Przyczynę takiego zejścia stanowiło owrządzenie na p r z e d n i e j ścianie tchawicy; to owrządzenie zwykle pogłębia się w kierunku dośrodkowym, przybierając w ten sposób formę krateru; na dnie owrządzenia istnieje małeńki otwór, drażący do światła naczyń,

*) Wkrótce po posiedzeniu widziałem drugi przypadek ze śmiertelnym zejściem po cięciu tchawicy i dlatego też niniejszy artykuł wychodzi po za ramy odczytu.

które w 14 przypadkach, z wzmiankowanych 15, okazało się tętnicą bezimienną. Tylko w jednym przypadku, gdzie dokonano górnego cięcia tchawicy z podobnym zejściem śmiertelnym, przedziurawiona została wskutek odleżynowego owrzodzenia tętnica szyjowa wspólna prawa.

Nic dziwnego, że podobne przedziurawienie dużego naczynia prowadzi do śmierci. Inaczej rzecz się ma, jeśli odleżynowemu owrzodzeniu ulega naczynie drobniejsze, lub miąższ gruczołu tarczowego; wtedy sumowanie się drobnych krwawień jest przyczyną śmierci. Taki właśnie przypadek miałem sposobność obserwować dzięki uprzejmości kol. Perlisa, któremu za użyczenie mi przypadku serdecznie na tem miejscu dziękuję.

21 Lutego r. b. przybyła do szpitala małżonków Poznańskich 3 letnia Sara L., zamieszkała w Łodzi. Chora od 6 dni; wystąpiła chrypka, suchy kaszel, ból przy łykaniu, duszność. 3 dni temu wstrzyknięto 2000 surowicy przeciwbłonicznej, a dwa dni temu — 1000 jednostek; od czasu do czasu w przeciągu ubiegłych 4 dni duszność występowała jaskrawiej. Przybyła do szpitala z powodu zwiększającej się duszności. Wstrzyknięto 2000 jednostek surowicy.

St a t u s. (23 Lutego r. b.) Znaczna chrypka, oddech chrapliwy, wciąganie w okolicy nadbrzuszej. Oba migdały znacznie powiększone, błona śluzowa gardzieli silnie zaczerwieniona; na migdałach nalot w postaci oddzielnych nielicznych punktów (poprzedniego dnia nalot był znaczniejszy). Ciepłota 37⁰⁵.

Rozpoznanie (na zasadzie objawów klinicznych) *Angina diphtheritica et laryngitis*.

24 Lutego. Ciepłota 37⁰. Kaszel z odcieniem wilgotnym; oddech od czasu do czasu znacznie utrudniony, umiarkowana sinica. Zalecono środek wykrztuśny.

25 Lutego. Ciepłota 37⁰⁴. Godzina 12 rano. Ogólny stan lepszy, oddech znacznie swobodniejszy, chrypka znaczna, kaszel wilgotny. Wieczorem z powodu wzmagającej się sinicy wstrzyknięto 2000 jednostek surowicy.

26 Lutego. Ciepłota 37⁰³. Znaczne wciąganie w okolicy nadbrzuszej, brak sinicy; kaszel suchy, chrypka znaczna.

27 Lutego. Ciepłota 37⁰⁹. Rozległa wysypka pokrzywkowa przeważnie wokoło stawów, na grzbiecie i brzuchu; oddech swobodny, brak sinicy. Ciepłota 38⁰⁸.

28 Lutego. Ciepłota 37⁰². Wysypka znikła, obrzęk twarzy i nóg, oliguria; mocz bez białka; oddech chrapliwy. Rp. Fl. Benzoes, Camph. aa 0,03 dtd № VIII S. co 2 h. p.

1 Marca. O godz. 1 w nocy z powodu znacznego pogorszenia ogólnego stanu i potęgującej się duszności dokonano cięcia tchawicy górnej; wydzielina z tchawicy nieznaczna, z charakterem śluzowym. Tętno drobne, słabe. Godz. 12 rano — tętno pełniejsze, niż w nocy; oddech swobodny. Ciepłota rano 39,1. Znaczne osłabienie, obrzęk twarzy i nóg mniejszy; wydzielina z rurki skąpa. Ciepłota wieczorem 38⁰⁶.

2 Marca. Ciepłota 37^o6. Ogólny stan lepszy. Ciepłota wieczorem 38^o6.

3 Marca. Ciepłota rano 38^o4. Wieczorem wydzielina z wyraźną domieszką krwi. Zalecono wziewania z domieszką Liq. ferri sesquichlorati; iniectio Ergotini; Inf. rad. Valerianae e 2,0:80,0, Elix. acidi Halleri 2,0, syr. simpl. 20,0 S. Co 2 godz. łyż. od kawy. Ciepłota wieczorem 39^o6.

4 Marca. Ciepłota rano 38^o. W nocy znaczna domieszka krwi do wydzieliny z rurki. Oddech swobodny, tętno słabe, częste. Na dolny koniec rurki nałożono kawałek gumy w celu ochrony. Ciepłota wieczorem 38^o3. Decanulement niemożliwe.

5 Marca. Znaczne wydzielanie się krwi z rurki i rany — prawie nieustanne krwawienie. Wobec tego, pomimo znacznego upadku sił dziecka, postanowiłem zbadać przyczynę krwawienia. Po ułożeniu dziecka na stole i oczyszczeniu ranki tracheotomijnej od licznych skrzepów — ujrzałem strumyczek krwi sączący się z tkanki gruczołowej i otworu tchawicy, leżącego pod gruczołem tarczowym; przez szybko dokonane cięcie tchawicy poniżej gruczołu tarczowego włożono inną rurkę (przy leżącej poprzedniej), po tem poprzednią usunięto; ranę z poprzedniego cięcia tchawicy wytampowałem gazą jodoformową przy umiarkowanym ucisku, nałożyłem dwa szwy skórne ponad tamponem. Krwawienie ustało. Dziecku wstrzyknięto roztwór fizyologiczny soli. Znaczne osłabienie.

Przy wykonaniu owego drugiego cięcia tchawicy można było stwierdzić znaczne zmaltretowanie gruczoła tarczowego.

6 Marca. Ciepłota 39^o5. Krwawienie zupełnie ustało. Dziecko bardzo osłabione, przytomne; oddycha szybko, powierzchownie. O godzinie 8 wieczorem zmarło.

Badanie pośmiertne nie było dokonane.

Mieliśmy więc w danym przypadku do czynienia ze śmiertelnym krwotokiem, na 6 dzień po dokonaniu tracheotomii, z powodu złośliwie przebiegającej błonicy u dziewczynki trzyletniej.

Warunki, wśród których dokonano powtórnego rękoczynu, pozwoliły mi do pewnego stopnia ustalić przyczynę krwotoku — ze względu na to, że:

- 1) nie widziałem uszkodzonego naczynia;
- 2) gruczoł tarczowy był silnie zmaltretowany;
- 3) krwawienie ustało natychmiast po wytamponowaniu górnego otworu tchawicy (a tracheotomia superiori);
- 4) nadżarcie lub odleżynowe owrzodzenie naczynia znacznego kalibru wywołałoby nagłą lub prawie nagłą śmierć.

Dochodzę więc do wniosku, że w danym przypadku przyczynę krwotoku stanowiło odleżynowe owrzodzenie mięszu gruczołu tarczowego.

Tyle o naszym przypadku. Co się tyczy odleżynowych owrzodzeń tchawicy wogóle i na tem tle powstających krwotoków po cięciu tchawicy, to powstawanie ich, jak to słusznie twierdzili wszyscy autorzy, zależy tylko od rurki tracheotomijnej. Powstają one w większości przypadków na jednym i tem samym miejscu

przytem częściej na przedniej niż na tylnej ścianie tchawicy; tuż obok tego zwykłego miejsca owrzodzenia przebiega tętnica bezmieniasta i z tego względu te powikłania kończą się śmiertelnie wskutek przedziurawienia tak znacznego naczynia.

Dla zrozumienia powodu tej stałości w umiejscowieniu odleżynowych owrzodzeń tchawicy musimy uprzytomnić sobie stosunki anatomiczne. Cięcie skóry i tchawicy nigdy nie leży na jednym poziomie, lecz odbiega jedno od drugiego w kierunku podłużnym o 1 ctm. w przybliżeniu; wskutek tego cięcie tchawicy leży zawsze niżej (głębiej), niż cięcie skórne, kanał od cięcia skóry do tchawicy przebiega skośnie z przodu i góry w dół i tył, przyczem począwszy od tchawicy zagłębia się pod kątem. Wskutek tego rurka przy ruchach tchawicy napiera swym dolnym końcem na przednią ściankę tchawicy i przy sprzyjających warunkach tworzy odleżynę.

Co się tyczy odleżyn na tylnej ścianie tchawicy, to powstają one wogóle nader rzadko, gdyż rurka musi być bardzo nieodpowiednio wygięta i bardzo nieodpowiednio zastosowana co do wielkości — aby jej dolny koniec, który ma zawsze skłonność do ruchów w kierunku przedniej ścianki tchawicy, obrażał jej tylną ściankę. Odleżyna może tu powstać i w ten sposób, że ucisk wywiera nie dolny koniec rurki, lecz jej część wypukła — ma to miejsce nader rzadko, np. przy użyciu t. zw. Sprechcannale; w takich wypadkach powstają prócz owrzodzeń — narośla ziarninowe, które wskutek owrzodzeń, krwawień lub wprost zwężenia ścianki rurki i tchawicy, stanowią zgubne powikłanie w przebiegu pooperacyjnym.

W profilaktyce krwawień, powstałych na tle odleżynowego owrzodzenia, naczynia najważniejszą rolę odgrywa wybór odpowiedniej rurki, t. j. rurki, która by uniemożliwiła stykanie się metalu, ew. innego materiału, z błoną śluzową tchawicy. Próby wynalezienia odpowiednich rurek były liczne; na uwagę zasługuje rurka Durhama z dolnym końcem ruchomym, jak również rurka o zmiennej długości. Najwięcej rozpowszechnione obecnie są rurki Luera, zmienione przez Hagedorną; jak gdzieindziej, tak i tutaj nie posiadamy instrumentu, któryby idealnie odpowiadał wszystkim wymaganiom, a natomiast winniśmy w każdym poszczególnym przypadku wybrać rurkę odpowiedniej wielkości i krzywizny.

Wątpić należy, czy największe środki ostrożności zdołają zupełnie ochronić nas od owrzodzeń wskutek mechanicznego działania rurki; wytrawni klinicyści podają dość znaczną procentową skalę tych powikłań (ze starszych Bataille na 33 tracheotomie — 6 razy, Bloch na 30 — 16, Jenny na 82 — 13 razy; Engelman na 104 — 25 razy, Foltanek, na 200 — 46 razy); nowsze statystyki w tym względzie nie istnieją.

W leczeniu krwawień powstających na tle odleżynowego owrzodzenia tchawicy zaznaczyć należy ten dobroczynny fakt, że w większości przypadków pierwsze oznaki takiego owrzodzenia

przebiegają jawnie i w ten sposób umożliwiają interwencyę ze strony lekarza. Do objawów tych należą: z przedmiotowych, domieszka krwi do wydzieliny, wydzielanie się przez rurkę zmartwiałych tkanek, zabarwienie na czarno dolnego końca rurki wskutek działania rozkładowych mas; z podmiotowych — uporczywy kaszel, bóle przy łykaniu, kaszlu i przeginaniu głowy. Pogorszenie ogólnego stanu dziecka, podwyższenie ciepłoty ciała, wskazuje na konieczność interwencyi ze strony lekarza — usunięcie drażniącego ciała t. j. rurki. Użyć należy wtedy rurki: a) dłuższej niż poprzednia, albo b) krótszej niż poprzednia, lub też c) zamiast rurki włożyć miękki zgłębnik. Najlepiej, rozumie się, uczynimy, jeśli w takich razach zupełnie usuniemy rurkę, lecz — niestety — nie zawsze możemy tak radykalnie postąpić wskutek ubocznych przyczyn.

W niektórych przypadkach, nader rzadkich, odleżynowe owrzodzenie krwionośnego naczynia odkrywamy dopiero podczas badania pośmiertnego; za życia chorego nie było żadnych z wyżej wymienionych objawów klinicznych.

Literatura: A. Engelhardt. Beiträge zur Frage der Blutungen nach d. Tracheotomie. Mittheilungen aus den Grenzgebieten der Medicin und Chirurgie Bd. VI Hft. III. Tamże szczegółowa literatura. — Handbuch den praktischen Chirurgie von Bergmann, Bruns, Mikulicz. II Auflage 2 Lieferung.



O badaniu przez lekarzy produktów spożywczych, dostarczanych do szpitali.

Przez D-ra St. Serkowskiego

Zarządzającego pracownią higieniczną miejską w Łodzi.

Pod jakąbądź postacią objawia się fałszerstwo produktów spożywczych, jakiegokolwiek przyczyny leżą w istocie tego zła (niechlujstwo, brak oświaty, zła wola, chęć łatwego zarobku), zasługuje ono na bezwzględne tępienie ze względu na fatalne skutki, jakie za sobą pociąga. Słuszny nacisk też robi się wszędzie na walkę z fałszerzami produktów. Wobec tego wytłomaczyć sobie nawet nie można tolerowania tego zła w naszych szpitalach, klinikach i zakładach leczniczych, gdzie o czystość i dobór pożywienia powinno się dbać więcej, niż gdziekolwiek bądź indziej: chorzy bowiem mogą słusznie żądać pod tym względem zupełnej gwarancyi. Projektujemy różne niezbędne ulepszenia w systemie szpitalnictwa, dla czegoż więc zpośród nich wykluczone są następujące — może najważniejsze — potrzeby: 1) aby szpital posiadał dostateczne środki, pozwalające mu na zakup wyborowych pro-

duktów spożywczych; 2) aby takowe były rzeczywiście świeże i nie zafałszowane; 3) aby *umiano* z nich przyrządzić smaczne, strawne, posilne i urozmaicone pożywienie dla chorych.

Brak stałej i umiejętnej kontroli nad produktami spożywczymi, dostarczonymi do szpitali, i brak zdolnych i rutynowanych kucharzy szpitalnych, znających się na kuchni higienicznej wogóle, a na żywieniu chorych w szczególności — oto pięta Achillesowa wszystkich naszych szpitali. O ileż skuteczniej mogłoby być przeprowadzone leczenie, gdyby chorzy otrzymywali zastosowane do stanu ich zdrowia pożywienie. „Właściwe odżywianie jest jednym z najdzielniejszych środków leczniczych. Najogólniejszym wyrazem dbałości o ustrój jest stosowne jego odżywianie; (F. Moritz „Zasady żywienia chorych“ str. 3) i „niema prawdopodobnie bardziej wśród ludzkości rozpowszechnionego przekonania nad to, że najważniejszym warunkiem normalnego przebiegu funkcji życiowych organizmu stanowi odpowiednie odżywianie“. (Heilpern . „O wartości pożywnej chleba“ str. 1).

Na brak zdolnych kucharzy narzekają prawie wszyscy lekarze szpitalni. Kucharza dzisiaj nie znajdziemy, któryby umiał przyrządzać potrawy smaczne i odpowiednio dla chorego zaprawione, posilne i łatwo strawne, któryby współdziałał zabiegom leczniczo-dietycznym przez ściśle stosowanie się do przepisów lekarskich, któryby zrozumiał znaczenie i trzymał się zasad kuchni higienicznej. Niełatwo też znajdziemy kucharza, a nawet intendenta szpitalnego, któryby znał się na produktach spożywczych, umiał odróżnić dobre od zepsutych lub zafałszowanych. Temu wszystkiemu możemy zaradzić tylko w taki sposób, gdy:

1) na kucharzy w szpitalach dobierać będziemy ludzi nieco bardziej oświeconych od obecnych nieudolnych kucharek, wysyłać ich będziemy na naukę albo zagranicę albo do odpowiednich miejscowych gospodarstw, gdy stworzymy typ wzorowego kucharza, któryby z kolei mógł wyćwiczyć nowy zastęp miejscowych kucharzy szpitalnych;

2) sami lekarze szpitalni obejmą kontrolę nad produktami spożywczymi, dostarczonymi do szpitali, i poświęcić zechcą trochę czasu nauce kucharstwa — jako działowi ogólnej nauki o odżywianiu, nie ignorując tego ważnego czynnika leczniczego.

Nawołujemy w traktatach popularnych do racjonalnego odżywiania się, dajmy więc dobry przykład, wprowadzając takowe do środków leczniczych szpitalnych. Ani intendent, ani gospodyni, ani kucharz w szpitalu wyręczyć nas nie mogą *w tym naszym obowiązku*. Wskazanie chorych, którym trzeba wydać nazajutrz całą porcyę, pół porcyi lub też porcyę dodatkową — to jeszcze za mało, to nieodpowiada celowi, jeżeli zgadzamy się na twierdzenie powyższe, „że *właściwe* odżywianie jest jednym z najdzielniejszych środków lekarskich“.

Nie można ufać optymistycznym zapewnieniom intendenta szpitalnego, twierzącego, że wszystkie w jego szpitalu produkty są

doborowe, a pożywienie — doskonałe. Jakie to doborowe produkty były dostarczane do jednego ze szpitali miejscowych, miałem sposobność niedawno się przekonać: oto większość z badanych kilkudziesięciu prób mąki i kaszy była zgniła i zawierała znaczną domieszkę gorszych gatunków; dostawca, pragnąc wyratować się z sytuacji, późniejsze próbki zaczął sztucznie wysuszać, co z łatwością udało mi się wykryć dzięki przytoczonym poniżej próbom. W innym miejscu znalazłem w kilku próbach mleka przeszło 20% dolanej wody, mleko było zbierane, zafalszowane i brudne. Czy w innych szpitalach dzieje się lepiej? czy może w innych miastach nie fałszują produktów?

W Łodzi przeszło $\frac{1}{3}$ badanych prób ze sklepów i targów okazała się zafalszowaną lub zepsutą; podobną odsetkę wykazało laboratorium miejskie w Warszawie. Mąkę zafalszowaną stwierdzono w Moskwie w 82% badanych prób, a w Petersburgu 100%!

Słusznie mówi prof. Poehl, że „czynnościom fałszerzy współdziała tolerancja publiki“.

Niedawno kilku kolegów szpitalnych zwróciło się do mnie z prośbą o wskazanie najlepszego podręcznika, w którym mogliby znaleźć prędkie, łatwe i pewne sposoby badania ważniejszych produktów spożywczych. Istnieją doskonałe ogólne podręczniki (Smolenskij, Bukowski, Rupp, Bujard i Baier, König, Manget i wiele innych), są one jednak głównie przeznaczone dla zaopatrzonych w dostatnie utensylia pracowni, a zarazem podają wszelkie bez wyjątku sposoby badania, przeważnie nie rozpatrując takowych krytycznie, lecz pozostawiając odpowiedni wybór woli i uznaniu czytającego: podają np. kilkanaście sposobów określania tłuszczu w mleku, tyleż metod określania sporyszu w mące żytniej i t. d. Nie podają natomiast wcale sposobów badania kaszy. Kto nieposiada odpowiednich przyrządów i niema możliwości osobiście przekonać się o wartości poszczególnych prób, znajdzie się w niemałym kłopotcie, jak najprościej, szybko i dokładnie rozpoznać zafalszowane lub zepsute: mąkę, mleko, masło, mięso i t. p.

Pragnąc choć w części wypełnić lukę we wskazanym kierunku, oraz poświęcając pracę swą lekarzom szpitalnym, starałem się wskazać treściwe i najprostsze sposoby badania, opierając się na własnym doświadczeniu, lecz ani nie cytując odpowiedniej bieżącej literatury, ani też opisując bardziej uciążliwych, choćby nawet pewniejszych, metod badania.

W każdym szpitalu lub aptece szpitalnej znajduje się mikroskop, szkiełka przedmiotowe i pokrywkowe, cylindry i próbówki z podziałką, lejki i waga; takie przyrządy wystarczą do niżej wymienionych badań. Należy tylko zaopatrzyć się w areometr do mleka i niektóre odczynniki (naprz. ług potasowy, kwasy: siarczany, solny i octowy, chloroform, alkohol, eter, roztwór Lugola z jodem i jodkiem potasu, papierki lakmusowe,) które można łatwo spreprować w podręcznej aptece.

Rozpatrzymy tu badania: mąki i przetworów mącznych, nabiału, mięsa i używek.

1. Mąka i przetwory mączne.

Znajdujące się w sprzedaży gatunki zarówno pszennej jak i żytniej mąki różnią się między sobą ilościowym stosunkiem zawartych w nich różnych części ziarna, a mianowicie: w lepszych gatunkach przeważa bielmo (t. j. wewnętrzna, mączkowata warstwa ziarna), w ostatnich zaś—mniej pożywna warstwa skórki nasiennej. Trzeba więc odróżnić lepsze gatunki mąki od gorszych.

Panujące zazwyczaj w składach mącznych i spizarniach złe warunki higieniczne (wilgoć, zbyt wysoka ciepota, niedostateczne przewietrzanie, brak światła) bardzo sprzyjają rozwojowi drobnostrojów i powodują w mące sprawy rozkładowe: mąka gnije. Z tych samych przyczyn często legną się w niej różne szkodniki, najczęściej mól mączny (roztocz)—*acarus farinae* (rys. 5) i inne (*tenebrio molitor*, *asopia farinalis*). Trzeba więc odróżniać mąkę wilgotną, zgniłą i zepsutą.

Mąka żytnia zawierać może sporysz (*secale cornutum*), często też zmielone ziarna kākolu (*lolium temulentum*) i nasion chwastów. To jest trzeci punkt wytyczny przy badaniu mąki.

Przemysłny kupiec nie tylko mięsza lepsze gatunki z poprzednimi, nie tylko zamiast dobrego i świeżego produktu sprzedaje mąkę źle oczyszczoną, zawierającą dużo otrąb, ziarna, chwastów lub sporysz, zwilgotniałą, zgniłą ze szkodliwymi pasorzytami; lecz bardzo często obciąża ją kredą, gipsem, gliną, piaskiem lub dodaje opiłki drzewne. Aby ułatwić rozpoznanie tych tak często spotykanych w mące domieszek, sztucznych lub przypadkowych, więcej lub mniej szkodliwych dla organizmu i zasadniczo zmieniających własności wyrabianego z danej mąki ciasta, podaję poniżej kilka łatwych metod, z których pierwsze trzy odnoszą się do fizycznych własności mąki i mają częstokroć pierwszorzędne znaczenie. Trzeba jednak uzbroić się w wielką cierpliwość, aby dojść do wprawy w ocenianiu mąki na mocy zewnętrznych jej własności. Z innych prób szczególną zwracam uwagę na próbę chloroformową, drożdżową i mikroskopową.

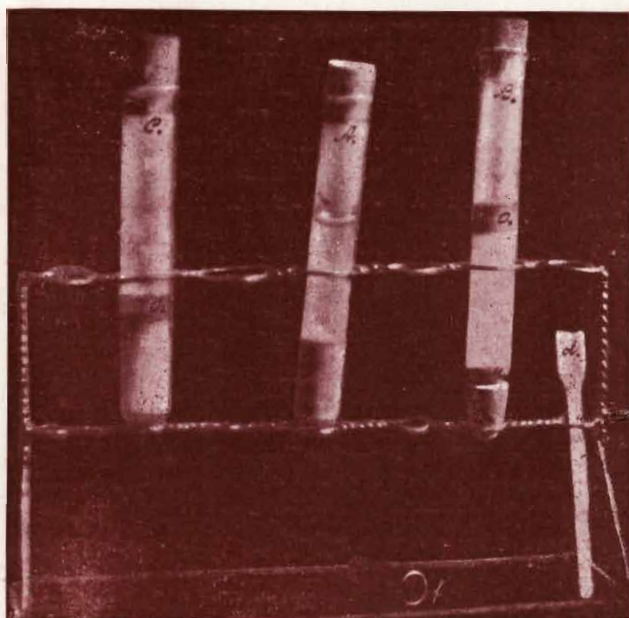
1. Dobra mąka pszenna ma *wygląd* biały z żółtawym odcieniem, żytnia zaś jest szarawa, ciemniejsza. Mąka zanieczyszczona lub zepsuta wyróżnia się odcieniem niebieskawym lub czerwawym, posiada szare, czarne lub czerwone punkciki lub plamki; aby uwydatnić te nieprawidłowe cząsteczki, należy przycisnąć garstkę mąki kawałkiem papieru lub szkła i wyrównać powierzchnię. Mąka dobra, zwilżona wodą lub śliną, zachowuje jasną barwę, zepsuta zaś—staje się ciemniejszą po zwilżeniu. Mąka dobra ma wygląd w całej swej masie jednostajnie mialkiego i sypkiego proszku; zwilgotniała zaś lub zgniła tworzy nierówne, zbite i pozlepiane masy i grudki, w technice piekarskiej zwane „puclami“.

2. Rozcierając szczyptę mąki między palcami, odczuwamy w *dotknięciu* dobrą mąkę, jako delikatny, miękki, jednolity proszek; wyczuwana w palcach ziarnistość może zależeć od niedokładnego roz-

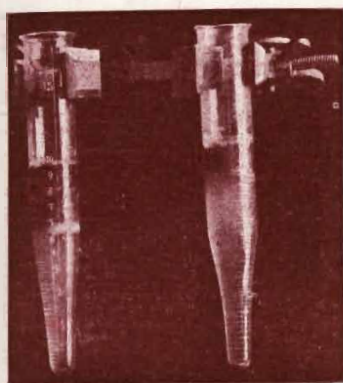
Tablica I.



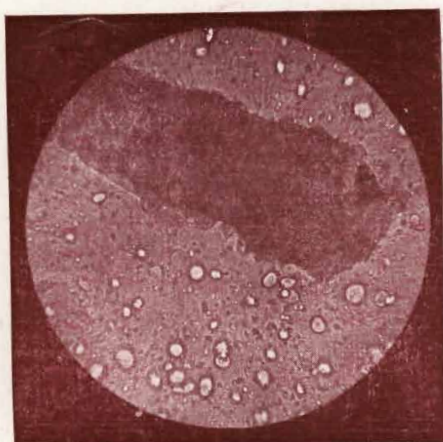
Rysunek 1.



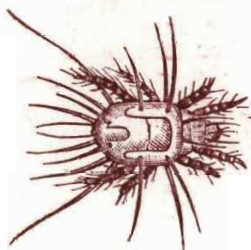
Rysunek 2.



Rysunek 3.



Rysunek 4.



Rysunek 5.

drobnienia lub domieszek. Przy gnieceniu mąka cokolwiek chrzęści i zlekka skupia się, natychmiast rozsypując się po odjęciu ręki; wilgotnej można nadać dowolną formę, łatwo się przylepia do ręki, a nawet do pionowej płaszczyzny.

3. *Zapach* dobrej mąki bywa świeży i przyjemny (nie kwasowaty, nie stęchły). Zgnily, spleśniały, stęchły zapach wskazuje na przechowywanie poprzednio mąki w miejscu wilgotnym. W *smałku* mąka jest słodkawa, przyjemna i mięsza się odrazu ze śliną; zafałszowana lub zepsuta trzeszczy między zębami, jest gorzka, kwaskowata, nieprzyjemna.

4. *Oddziaływanie* mąki jest neutralne, rzadko słabo-kwaśne; alkaliczną lub mocno-kwaśną reakcją cechuje się mąka zepsuta. Reakcję za pomocą papierków lakmusowych należy badać w emulsji mąki z wodą (1:4).

Zepsutą mąkę z łatwością rozpoznać możemy na mocy dwóch następujących prób:

5. *Próba z ługiem*. Do szerokiej probówki wrzucamy garstkę mąki i wlewamy podwójną objętość 10% wodanu potasu; po upływie 10 minut, gdy mąka napęcznieje, nagrzewamy nieco (nie wyżej 30°C.) mieszaninę, a następnie dolewamy kroplami rozcieńczony (1:2) kwas siarczany: z mąki świeżej wydziela się przy tej reakcji aromatyczny zapach kłajstru, z zepsutej zaś — intensywny przykry zapach zgniłych jajek.

6. *Próba drożdżowa*. 15 grm. mąki, 15 ctm. sześć. wody i 1 grm. świeżych drożdży (które można nabyć w piekarni) należy dokładnie rozmieszać i rozetrzeć do konsystencji niezbyt gęstego ciasta, które rzuca się łyżeczką do szklanego cylindra (rys. 1). Przy ciepłocie pokojowej (lub lepiej w termostacie przy t⁰ około 30°C.) ciasto podnosi się do pewnej wysokości i następnie opada, pozostawiwszy na ściankach naczynia ślad, do którego miejsca wyrosło. Ciasto z mąki niezepsutej podnosi się szybko, zwiększając swoją objętość 2½ — 3 razy, i opada wolno, tworząc przytem jednolitą, niedzielącą się na warstwy masę. Ciasto ze złej, zepsutej lub zanieczyszczonej mąki, albo wcale nie rośnie na drożdżach, albo też podnosi się bardzo wolno — zaledwie do 1 — 1½ razy, nabiera przytem brudno-brunatnej barwy i, opadając, tworzy dwie warstwy.

7. Zatrzymamy się nieco dłużej na jednej z najważniejszych metod badania mąki, t. zw. *próbie chloroformowej*, dzięki której można prędko określić: ilość otrąb w mące żytniej, procent wody resp. stopień zwilgotnienia mąki, gatunek takowej, obecność sporyszu i domieszki substancji mineralnych — piasku, ziemi, kredy i t. p.

Próba chloroformowa w pracowniach dokonywa się w t. zw. próbkach Rakowicza (rys. 2. A—B), podzielonych w ten sposób, że każde 4 podziałki odpowiadają co do objętości 1 cent. sześć.; w braku próbek Rakowicza można w szpitalach korzystać ze zwyczajnej probówki z podziałką (rys. 2 C), do której wsypujemy 2½ ctm. sześć. mąki badanej i wlewamy 6 ctm. sześć. chloroformu.

[W przyrządzie Rakowicza do wsypywania mąki służy łyżeczka *d* i miarka *f*, a chloroformu nalewa się 24 podziałki, odpowiadające 6 ctm. sześć.]. Zamknąwszy próbówkę korkiem i silnie skłóciwszy, kładziemy ją na kilkanaście sekund w pozycji poziomej; gdy ustawimy próbówkę z wolna w kierunku pionowym, to po jakimś czasie spostrzeżemy kilka wyraźnych warstw: otręby, jako gatunkowo najlżejsze, wznoszą się do góry (rys. 2. O), pod nimi rozróżnimy cienką warstwę glutenu, na dno opadną substancje mineralne (M).

Że otręby pochodzą z otoczki ziaren zbożowych, a substancje mineralne dostają się do mąki z żaren (w ilości 0.2% — w mące pszennej, 0.4% — żytniej), nie potrzebujemy dodawać. Co do glutenu, — nie jest to żaden związek chemiczny, lecz mieszanina mechaniczna kilku nierozpuszczalnych w wodzie ciał białkowych: pszenica zawiera od 14 — 19% suchego glutenu, który stanowi, na równi z mączką, najważniejszą składową część zboża. W skład glutenu wchodzi włóknik roślinny, klej, sernik, tłuszcz. Dzięki swej elastyczności gluten zatrzymuje wywiązujące się w cieście gazy, które rozciągają je w postaci pęcherzyków, utworzonych z glutenu. Stopień strawności pieczywa warunkuje się między innymi pulchnością takowego, a ta ostatnia właściwość głównie zależy od glutenu. (Specjalny chleb glutenowy, zawierający bardzo, mało wodorów węgla, stosowany jest przy cukrzycy).

Z objętości warstwy otrąb, z ich barwy, wielkości oddzielnych cząstek i jednostajności w budowie takowych, z objętości warstwy glutenowej — sądzić możemy o gatunku mąki i jakości młwa. Jeżeli górna warstwa otrąb zajmuje (w mące żytniej) 4 podziałki w próbówce Rakowicza (t. j. 1 ctm. sześć. w próbówce zwyczajnej), to w przybliżeniu możemy obliczyć, ile otrąb zawiera badana mąka: jedna podziałka odpowiada 6.25 ff. otrąb na 100 ff. mąki, więc 4 podziałki (czyli 1 ctm. sześć.) odpowiadają mące, zawierającej w 1 centnarze 25 ff. otrąb. Lepsze gatunki mąki pszennej posiadają niewiele otrąb, natomiast ilość ich w mące żytniej, zwłaszcza w ostatnich gatunkach, może być bardzo znaczna, a mianowicie lepsze gatunki dają 2 — 3 podziałki, średnie 3 — 4, a najgorsze grube młewo wykazuje więcej niż 4 podziałki, t. j. ponad 25 ff. otrąb w 1 centnarze.

Dolną część próbówki przy próbie chloroformowej zajmują substancje mineralne, znajdujące się w niewielkiej ilości w każdej mące; za normalną domieszkę uważać je możemy wtedy, gdy zajmują tak nieznaczną przestrzeń, że są zaledwie widoczne przy oglądaniu próbówki zdołu; jeżeli zaś piasek zajmuje na dnie jedną lub nawet kilka podziałek (rys. 2 — M), w takim razie mamy do czynienia z niesumienną i szkodliwą falsyfikacją.

Szpitala, posiadające dobre wirówki, zastosować mogą z lepszym skutkiem próbę chloroformową w mojej modyfikacji, jak-to przedstawia rys. 3. Dzięki centryfugowaniu daleko lepiej odznaczają się poszczególne warstwy: w lewej próbówce jest znacznie gorszy gatunek mąki, aniżeli w prawej, co od razu rzuca się w oczy.

Ilość wody w mące ma bardzo doniosłe znaczenie: im więcej mąka zawiera wilgoci, tem mniej jest wydajną i tem prędzej ulega procesom rozkładowym. Prócz grudek i pucli i wogóle zewnętrznych cech, rozpoznać możemy zwilgotniałą lub zgniłą mąkę w sposób następujący. Jeżeli po chloroformowej próbie dolejemy 3 — 4 podziałki (t. j. około 1 ctm. sześć) 95% wysokości i skłócimy zawartość próbówki, to i mąka i otręby opadną na dno w tym wypadku, gdy mąka zawiera nie więcej nad 8 — 15% wody (prawidłowo); mąka i otręby wilgotne wymagają większej ilości alkoholu (4—5 podziałek); mąka wilgotna i sztucznie zmoczona opada dopiero po dolaniu 5 — 8 podziałek wysokości: taka mąka zawiera przeszło 18 — 20% wody. Kto dokonywał badań nad mąką, spostrzegł bezwątpienia, że przy próbie chloroformowej zmoczona mąka podnosi się odrazu w górę w postaci jednolitej masy, a znajdujący się pod nią chloroform jest czysty, jak woda.

Ponieważ *sporysz* jest lżejszym gatunkowo od mąki, zajmuje więc razem z otrębami górną warstwę przy próbie chloroformowej w postaci czarnych ziarenek i punkcików, które nie opadają na dno nawet po dodaniu 2 ctm. sześć. alkoholu. Takie czarne ziarenka podlegają następnie badaniu mikroskopowemu.

8. Nie można pominąć przy badaniu mąki *próby drobnowidzowej*, ponieważ przy pomocy jej rozpoznać odrazu możemy nie tylko gatunek mąki po wielkości i kształcie ziarenek skrobi, lecz także różne domieszki. Ziarenka krochmalu mąki pszennej (rys. 4), przy powiększeniu 300 razy przedstawiają się w postaci okrągłych lub podługowatych ciałek z koncentrycznymi liniami naokoło środkowego jądra; jądro skrobi ziaren w mące żytniej jest krzyżkowate lub posiada kilka zagłębień. Rozpoznając gatunek mąki, zwracamy też uwagę na otoczkę ziaren zbożowych i na jej budowę (rys. 4), każda bowiem mąka zawiera dużo skórki nasiennej (pericarpium). Aby uwydatnić budowę i jądro w ziarnkach, uskutecznia się badanie po zwilżeniu takowych wodą jodową lub gliceryną. Kąkol drobnowidzowo z łatwością rozpoznać można po czarnej barwie skórki nasiennej i po kształcie dużych brodawkowatych ciałek krochmalowych; sporysz zaś przedstawia się w postaci prawidłowo zgrupowanych rureczek i kwadratowych komórek; ziarnka sporyszu barwią się od roztworu Lugola na brunatno, a nie na fioletowo, jak ziarenka skrobi mącznej.

W mące zwilgotniałej lub zgniłej znajdziemy pod drobnowidzem pasorzyty, jak roztoczek mączny (*acarus farinae*, rys. 5), gąsienice owadów, wężyki pszeniczne (*vibrio tritici*, zbliżone nieco z kształtu do glist), zarodniki grzybków pasorzytnych — główni i śnieci zbożowej (*ustilago carbo et caries*), pleśnie i bakteryje.

(d. c. n.)



Projekt pomocy lekarskiej gminnej w gub. Radomskiej.

Podał Dr. **Henryk Fidler.**

Starszy Ordynator Szpitala Starozakonnych w Radomiu.

Sprawa wprowadzenia pomocy lekarskiej gminnej w Królestwie Polskiem jest obecnie ropatrywana w decydujących sferach. Z początkiem roku bieżącego nowy projekt Płockiego Gubernatora został przesłany wszystkim Gubernatorom w naszym kraju wraz z krytycznemi uwagami Warszawskiego General-Gubernatora dla należytego zbadania takowego i przystosowania do warunków każdej poszczególnie gubernii. Zasada tej organizacyi zostaje niezmienną, a mianowicie: dostarczenie bezpłatnej pomocy lekarskiej wszystkim mieszkańcom wsi i osad. Środków zaś na wydatki w tym celu dostarczać ma podatek nałożony na całą ludność Królestwa Polskiego, nie wyłączając miast. General-Gubernator, krytykując płocką organizację, dał następujące wskazówki: Jego Exscelencya wychodzi z założenia, iż system wyjazdowy okazał się niepraktycznym, albowiem: 1) obecność lekarza w danym punkcie ambulatoryjnym nie zawsze odpowiada istotnej potrzebie; 2) oddala go od innych punktów, gdzie jego pomoc może być nieodzowną. Więc Jego Exscelencya przychodzi do wniosku, iż zgodnie z wieloletniemi doświadczeniem w guberniach ziemskich lepszą jest pomoc na miejscu zamieszkania lekarza czyli system stacyonarny. Wymaga to większej liczby lekarzy i zmniejszenia przestrzeni udziałów. Jego Exscelencya przyjmuje za normę udziału: przestrzeń 450 □ wiorst, promień udziału 12–20 w. i 25–30 tysięcy mieszkańców. Następnie, w Płockim projekcie niedostatecznie uwzględniono sanitarną część sprawy: zbieranie i układanie materiału statystycznego dostarczanego przez lekarzy udziałowych, poznanie zależności powstawania chorób od warunków życia ludności w różnych miejscach gubernii, walka z nagminnemi chorobami i syfilisem, oraz szczepienie ospy.

Również pomoc akuszerska winna być znacznie przystępniejszą.

Wobec tego General Gubernator proponuje: ażeby 1) udziałki odpowiadały choć w przybliżeniu wskazanej przez niego normie, naturalnie zależnie od sił płatniczych ludności; 2) ażeby urządzić w każdym udziałku szpital na 5–10 łóżek i ambulatoryum dla przychodzących chorych. Nie należy łączyć udziałowych szpitali z powiatowymi, gdyż jest to niepraktyczne, jak dowiodło doświadczenie gubernii Płockiej. Lekarz udziałkowy winien codzien-

nie w pewnych określonych godzinach odwiedzać szpital. Następnie, również w oznaczone godziny, przyjmować w ambulatoryum. Pozostałą część dnia winien poświęcać na odwiedzanie ciężko chorych w domu, jeżeli ci mieszkają niedaleko od miejsca jego zamieszkania; 3) znieść opłatę za lekarstwa, pobieraną w Płockiej gubernii, albowiem wydatek ten ponosi chory wtedy, gdy w skutek choroby jest niezdolny do pracy, a tem samem do zarobkowania. To są najważniejsze zmiany projektowane przez Generał Gubernatora.

Etat podam poniżej.

Wspomnieć tu jeszcze muszę, iż Płocki Gubernator, przekonawszy się, iż obecna liczba ucząstków (9) jest niedostateczna, proponuje utworzenie 17 ucząstków. Wzrost wydatków warunkuje i zwiększenie podatku pobieranego na ten cel od mieszkańców. Mianowicie ten podatek ma być pobierany w stosunku: od właścicieli wiejskich 15 $\frac{1}{2}$ % podatku gruntowego zasadniczego, od właścicieli miejskich 28 $\frac{1}{2}$ podymnego i liwerunkowego, od kupców i przemysłowców 14 $\frac{1}{4}$ % od handlowych i przemysłowych patentów. Dotychczas pobierano: 5% od podatku gruntowego zasadniczego od właścicieli ziemskich; 9% od podymnego i liwerunkowego od właścicieli miejskich; 5% od patentów kupców i przemysłowców.

Zgodnie z powyższymi wskazówkami przystąpiono do ułożenia projektu organizacyi pomocy lekarskiej w gub. Radomskiej.

Gub. Radomska zajmuje 10854 □ wiorst przestrzeni, ludności posiada 1003649. Z tej liczby 73000 mieszkańców zamieszkuje w miasteczkach. Lekarzy w gubernii mamy 68, felczerów 154, akuszerki i babek 39. Z tej liczby 46 lekarzy i 26 akuszerki i babek zamieszkuje w miastach, zaś 22 lekarzy i 12 akuszerki i babek w osadach. Na służbie rządowej pozostaje 7 lekarzy powiatowych, 6 miejskich i 9 szpitalnych; 7 felczerów powiatowych, 1 miejski i 8 szpitalnych; 9 akuszerki miejskich. Szpitali w gubernii jest 6 (2 w Radomiu i po 1 w Opatowie, Opocznie, Sandomierzu i Staszowie). Liczba łóżek w nich wynosi 211 etatowych, rzeczywistych zaś 350. 1 łóżko przypada na 2867 mieszkańców. Oprócz tego posiadamy w gubernii 2 fabryczne szpitale: w Starachowicach na 12 i w Klimkiewiczowie na 22 łóżka. Wydatki na organizację lekarską w dotychczasowej formie wynoszą 72418 rb. 77 kop. rocznie. Z tego przypada 63099 rub. 27 kop. na utrzymanie szpitali, pozostających pod zarządem Rady Dobroczynności Publicznej.

Trzymając się wskazówek Generał Gubernatora, obliczono, iż w gubernii winno być 27 ucząstków. W każdym z nich ilość ludności wynosi od 20 do 32 tysięcy, zaś przestrzeń uczątku wynosi od 263 do 449 kw. wiorst, ilość gmin od 4 do 7, osad 1 — 3, wsi od 94 do 175, a promień uczątku, licząc od posterunku lekarskiego, 15 do 28 wiorst. Przy obliczeniu ilości ludności w uczątku wyłączono miasta.

Wydatki na utrzymanie 27 ucząstków są proponowane jak następuje:

	Ilość osób lub. urzędzeń	Wydatek roczny w rublach			
		Pensya	Stołowe	Razem jednemu	Razem wszystkim
Lekarzy zapasowych	2	600	600	1200	2400
„ „ uczałtkowych	27	600	600	1200	32400
felczerów	27	360		360	9720
akuszerok felczerok	27	360		360	9720
na utrzymanie szpitali	27			1520	41940
(wynajęcie mieszkania, opał, światło, życie, pranie, obuwie, odzież, naczynia, najem służby i t. p.)					
na lekarstwa	27			600	16200
na instrumenty i materiały opatrunkowe	27			45	1215
na kupno materiału ospowego lub utrzymanie cieletnika					2000
na druki	27				900
na koszta przejazdu urzędowych osób					1350
dodatek do pensyi inspektorowi lekarskiemu					500
na wydatki kancelaryjne w wydziale Dobroczytności Publicznej					2000
na walke z nagminnymi chorobami do rozpodządzenia Gubernatora					3000
Razem					122445

Aby uzyskać wyżej wzmiankowaną sumę, należy pobierać:
 43% podatku podymnego i liwerunkowego od obywateli miejskich, co wynosi 19855 r. 56 k.
 23²/₃% zasadniczego podatku gruntowego od właścicieli ziemskich we wsiach i osadach, co uczyni 74881 r. 95 k.
 21¹/₂% od patentów handlowych i przemysłowych, co wynosi 28337 r. 15 k.
 Tym sposobem na jednego mieszkańca przypada 12,26 kop. rocznie, zaś na 1 morg ziemi 3,87 kop. Wykazana tutaj suma jest 3 razy większa od pobieranej w gub. Płockiej. Gdyby zamiast 27 uczałtków urządzić tylko 17, to wtedy ogólna suma wydatków wynosiłaby 83825 rb., przestrzeń uczałtku wynosiła by od 419 do 792□ wiorst, ludność w nim od 32 do 58 tysięcy, gmin 7 12, osad 2 6, wsi 128 do 279, zaś promień takowego by wynosił od 17 do 30 wiorst. W tym wypadku należałoby pobierać:

30% podatku podymnego i liwerunkowego od właścicieli miejskich, co by wynosiło	13831 r. 19 k.
16½% zasadniczego podatku gruntowego od właścicieli ziemskich, co by wynosiło	52206 r. 44 k.
15% od podatków handlowych i przemysłowych, co by wynosiło	19770 r. 11 k.

Zaś na 1 mieszkańca przypadałoby 8,54 kop. rocznie, na 1 mórg
ziemi 2,69 kop.

Rada Dobroczynności publicznej przysłała do przekonania, że
jakkolwiek utrzymanie 27 udziałów jest drogiem i może być uciąż-
liwym dla ludności opodatkowanej, to jednakże zmniejszenie licz-
by udziałów, a tem samem i wysokość pobieranego podatku, jest
niepożądanem ze względu na to, iż mała liczba lekarskich posterun-
ków nie zadowolni chorej publiczności i utrudni wysoce korzyś-
cie z dobrodziejstwa nowego urzędzenia.

Obliczając więc ilość łóżek szpitalnych w nowych warunkach,
otrzymamy sumę 620 (350 w obecnie istniejących i 270 w szpitali-
kach ludowych). Tym sposobem 1 łóżko wypadnie na 1619 miesz-
kańców, zaś 1 szpital na 329 kw. wiorst.

Przy rozważaniu powyższego projektu nasuwają się pewne
wątpliwości.

A. Przy obliczeniu podatku lekarskiego opuszczono zupełnie
właścicieli domów w osadach i lasy rządowe. Pierwsi płacą tylko
wtedy, gdy jednocześnie są właścicielami ziemi. Tymczasem właś-
ciciele domów bez ziemi od podatku są wolni, co jest wysoce nie-
słusznem. Wszak ta ludność niewątpliwie najskwapliwiej korzysta-
ć będzie z pomocy lekarskiej, gdy tymczasem żadnych wydatków
na ten cel ponosić nie będzie. Ponieważ osady płacą podymnego
podatku 20,059 rb., przeto przypadałoby od nich (licząc 43%)
8624 rb. 63 kop.

Lasy rządowe, które w naszej gubernii zajmują bardzo duże
przestrzenie, również są wolne od podatku, jakkolwiek lasy pry-
watne ponoszą ten wydatek. Przy obliczaniu podatku gruntowe-
go przyjmują 4 morgi lasu za 1 mórg ornej ziemi; gdyby pobiera-
no w tym stosunku podatek od lasów rządowych, to wtedy lasy te
płaciłyby około 2000 rb. (Niemam pod ręką danych, więc przyta-
czam tę cyfrę z pamięci). W lasach rządowych jest wszak służba
leśna, która by miała prawo narówni z innymi mieszkańcami do ko-
rzystania z pomocy lekarskiej, gdy tymczasem skarb, jako jeden
z większych właścicieli ziemskich u nas, nie ponosił by żadnego
wydatku.

To jest również niesłusznem.

Z tych dwóch źródeł wpłynęłoby około 11000 rb., a tem sa-
mem zmniejszyłby się ciężar dla reszty opodatkowanych stanów.

Oprócz tego w szeregu opodatkowanych niema ludzi wolnych
zajęć jak adwokatów, lekarzy, urzędników. Brak również rzemieśl-

ników, mieszkających w osadach. Ci ostatni nie płacą w osadach żadnego podatku, w miastach zaś płacą tak zw. kanon.

O ile ludzie wolnych zajęć nie korzystali by sami z tej pomocy lekarskiej, o tyle rzemieślnicy korzystają z niej będą. Jeżeli wychodzić będziemy z założenia, iż w sprawach użyteczności publicznej uczestniczyć winny wszystkie stany, bez względu na osobistą korzyść, to słuszną jest rzeczą pociągać do opłacania podatku lekarskiego zarówno większego właściciela ziemskiego, ewentualnie dwór, jak i właścicieli nieruchomości miejskich. Na tej samej zasadzie winni być pociągani i ludzie wolnych zajęć, oraz rzemieślnicy, choć nieopłacający żadnego podatku. Wprawdzie przedstawia to duże trudności technicznej natury, albowiem niema na czym oprzeć tego podatku i niema żadnej wskazówki do obliczenia takowego. Lecz trudności te usunąć by się dały, gdyby przyjęto za podstawę do obliczania te same zasady, jakie przyjęto do obliczania podatku mieszkaniowego. Należało by tylko ją rozszerzyć, t. j. pociągnąć i tych, którzy się nie mieszczą w obecnych wykazach podatkowych, oraz stosować też samą zasadę i do mieszkańców osad, ewentualnie rzemieślników. Jeżeli, dajmy nato — rzemieślnik w osadzie płaci za mieszkanie 50 rb. rocznie, to może uiszczać 1% od komornego. Jeżeli urzędnik w mieście płaci podatku mieszkaniowego 5 rb., to może dopłacać 10% na cele użyteczności publicznej.

Tym tylko sposobem podatek powyższy obciążałby wszystkie stany równomiernie, zaś opodatkowanie tylko pewnych stanów, które wreszcie są już i tak opodatkowane na rzecz innych, mających prawo do korzystania z dobrodziejstw urządzeń społecznych, jest niesłusznem i zbyt obciąża też stany.

Dla należytego zrozumienia powyższych danych przytoczę cyfry podatków, płaconych obecnie przez naszą gubernię.

Wszystkich podatków gubernia nasza płaci rocznie	1524380 rb.;
w tem zasadniczego gruntowego we wsiach i osadach	316402 rb.
podymnego i liwerunkowego w miastach	46105 rb.
handlowego i przemysłowego	131800 rb.
Podatek lekarski wynosić będzie	122445 rb.
Na jednego mieszkańca przypada obecnie podatku (1):	1 rb. 51,8 k.
na 1 morgę ziemi we wsiach i osadach (2)	69,5 k.
Po wprowadzeniu podatku lekarskiego, cyfry te przedstawiać się będą w sposób następujący ad (1)	1 rb. 64,06 k.
ad (2)	75,37 k.

B. Projekt nowego urządzenia nosi nazwę: „Pomocy lekarskiej dla ludności wiejskiej“.

Tymczasem do opłacania podatku pociągnięto (na wzór Płockiej gubernii) i ludność miejską. W projekcie dla gubernii Radomskiej przy obliczaniu liczby ludności przypadającej na udział wyłączono ludność miejską, gdyż ta posiada swoje szpitale w miastach, za wyjątkiem Kozienic i Końskich. Lecz i w tych dwu miastach powstaną niewątpliwie z biegiem czasu normalne szpitale. Dla Końskich już opracowano plan szpitala i są fundusze. Dla Kozienic brakuje jeszcze wprawdzie obecnie dostatecznych fundu-

szów. Zaś do obliczenia dochodów z podatku wciągnięto też ludność miejską. Przy bliższem rozpatrzeniu tej sprawy okazało się, iż ludność miejska, któraby nie korzystała z pomocy lekarskiej wiejskiej, ani w postaci szpitala, ani ambulatoryów*), płaciła by stosunkowo daleko więcej, aniżeli ludność wiejska, dla której właściwie ma powstać to nowe urządzenie. Najlepiej objaśni ten fakt wyliczenie następujące:

Wartość jednego morga dworskiej ziemi określona średnio z oszacowania takowej przez Towarzystwo Kredytowe Ziemskie i Bank Włościański wynosi 48 rb. 50 kop., a określona średnio z trzech oszacowań: Towarzystwa Kredytowego Ziemskiego, Banku Włościańskiego i inspekcji podatkowej, równa się 70 rb. 92 kop. Opierając się na ostatniej cyfrze, jako najbardziej zbliżonej do faktycznej sprzedażnej ceny ziemi przy pomocy Banku włościańskiego, który daje po 78 rb. 56 kop. za morgę, i licząc dochód z ziemi przy obecnych warunkach rolnych gospodarstw, jako 4% od jej wartości, otrzymamy cyfrę 2 rb. 84 kop., która przedstawia dochód z jednego morga ziemi. Cena ziemi włościańskiej według tego samego obliczenia wynosi 77 rb. 61 kop. za morgę, a dochód z niej 3 rb. 10 kop.

Zasadniczy podatek gruntowy z morga włościańskiej ziemi wynosi 17,64 kop., co stanowi 5,7% od czystego dochodu.

Podymny podatek w miastach wynosi $7\frac{1}{2}\%$ od czystego dochodu, który się równa połowie ogólnego dochodu. Tym sposobem podatek gruntowy zasadniczy ma się do podatku podymnego jak 1 : 1,3. Zaś podatek lekarski ze wsi będzie się miał do takiegoż z miast, jak 2,36 : 4,30, czyli, że miasta stosunkowo będą płacić 2 razy tyle, co wsie. Słuszną by to było rzeczą, gdyby miasta nasze były bogate. Wtedy powinny by były uczestniczyć w sprawie zdrowia publicznego bardziej aniżeli wsie. Lecz położenie rzeczy jest odmienne. Miasta nasze są: 1-o w ogóle ubogie; 2-o są w oplakany stanie pod względem higienicznym; 3-o mają własne urządzenia, na które one samełożyć winne i do których wsie się nie przyczyniają; 4-e nie będą wcale korzystać z pomocy lekarskiej wiejskiej i 5-e mają własne szpitale, o byt których dbać winny.

C. Ten ostatni warunek wymaga głębokiego i poważnego rozważenia. Szpitale miejskie, pozostające pod zarządem Rady Dobroczynności Publicznej, są przeznaczone obecnie dla wszystkich mieszkańców guberni Radomskiej. Z danych za ostatnie trzy lata okazuje się, iż szpitale te miały dochodu rocznie średnio 46678 rb. W tej sumie mieści się 27455 rb., które zapłaciły gminy i osady za leczenie swych biednych chorych. A więc zwrot kosztów le-

*) Ambulatorya istnieją przy wszystkich miejskich szpitalach. Porady w nich są bezpłatne, lub conajwięcej za opłatą 5 — 10 kop. wraz z małemi operacyami i opatrunkami. Lekarstwa wydaje bezpłatnie tylko szpital Św. Kazimierza. Inne nie wydają wcale.

czenia wniesiony przez gminy i osady stanowi 58,94% ogólnego dochodu szpitali. Ilość chorych ze wsi i osad, którzy się leczyli w szpitalach Radowskich w r. 1901 wynosi jak następuje:

	Ogólna ilość chorych	Na koszt gmin i osad	Jaki % stanowią chorzy ze wsi i osad
Św. Kazimierza	964	566	58,7
Żydowski	612	292	47,7

Widzimy więc, iż wsie i osady dostarczają od 48 do 59% chorych do naszych szpitali*).

Gdy powstaną szpitaliki wiejskie, które przyjmować będą bezpłatnie, bez żadnych dowodów, szpitale nasze miejskie (gubernialne i powiatowe) stracą więcej niż połowę swego dochodu. Obok tego przecież i mieszkańcy miast będą wszak żądać bezpłatnego leczenia w swych miejskich szpitalach, skoro będą pociągnięci do podatku lekarskiego. Jakaż więc przyszłość czeka nasze szpitale miejskie? *Z u p e ł n a r u i n a.* Szpitale nasze nie posiadają takich kapitałów, by odsetki z takowych mogły wystarczyć na ich utrzymanie.

Następująca tablica wyjaśni stan naszych kapitałów.

Nazwa szpitala	Ilość kapitału w rublach w 1900 r.
Ś-go Kazimierza	19005
Żydowski	24850
Opatów	12091
Opoczno	15308
Sandomierz	40248
Staszów	13846
Razem	125350

Ponieważ otrzymujemy 4% od tych kapitałów, przeto dochód roczny z tego źródła wynosi 5014 rb., gdy tymczasem wydatki w tymże roku 1900 wyniosły 63099 rb., a zwrot kosztów leczenia dosięgnął w tymże roku sumy 32000 rb. Gdybyśmy przyjęli nawet, że ze wsi ani osad żaden chory nie przyjedzie do miasta, to w takim nawet razie (licząc iż 50% stanowią przyjezdni) wydatki nasze zmniejszyły by się w sposób następujący:

*) Prawdopodobnie w szpitalach powiatowych stosunek jest ten sam, jeśli nie większy. Danych odpowiednich niema pod ręką.

*) W r. 1901 w szpitalu Św. Kazimierza przebyli chorzy 27377 dni szpitalnych
 z tego przypada na mieszkańców wsi i osad 16074 " "
 W szpitalu żydowskim 14101 " "
 z tego mieszkańcy wsi i osad 6985 " "

***) Utrzymanie jednego chorego w szpitalu Św. Kazimierza wynosiło dziennie 48,0 kop.
 zaś w szpitalu żydowskim 67,6 kop.

Na chorych ze wsi i osad wydatkowano:
 w szpitalu Św. Kazimierza 7715 rub.
 zaś w żydowskim 4721 rub.

****) Ogólna suma wydatków wynosiła:
 w szpitalu Św. Kazimierza 14677 rub.
 zaś w żydowskim 13506 rub.

Odrąciwszy zatem wydatki na przyjezdnych chorych, otrzymamy cyfry wydatków, jakie szpitale ponosić będą:
 U Św. Kazimierza 6962 rub.
 w żydowskim 8785 rub.

W rzeczywistości wydatki te będą większe, gdyż koszt utrzymania administracji pozostaje ten sam, co i poprzednio, przy mniejszej liczbie chorych w przeszłości.

Dochodów zaś miały nasze szpitale w okresie tym (1898, 1899, 1900) przeciętnie rocznie:

Św. Kazimierz 12325 rub.
 Żydowski 5451 rub.

W powyższych cyfrach mieści się zwrot kosztów za leczenie chorych ze wsi i miast, który wynosił:
 U Ś. Kazimierza przeciętnie rocznie w wykazanych latach 9034 rub.
 w żydowskim 746 r.****)

A więc bilans naszych szpitali w przyszłości przedstawiał by się w sposób następujący:

	Dochód	Rozchód
Ś go Kazimierza	3291	6961
Żydowski	4705	8795

W istocie i obecnie walczymy nieustannie z deficytem, a walka ta będzie jeszcze cięższa w przyszłości, albowiem deficyt obecnie wynosi rocznie dla szpitala Św. Kazimierza 16%, zaś dla Żydowskiego 59,6%. W przyszłości zaś deficyt Św. Kazimierza, wynosić będzie 110% zaś w żydowskim 86,7% dochodu.

Tu muszę zrobić małe omówienie.

*) Wyrachowanie opieram na danych ze szpitali Radomskich, gdyż innych danych mi brak. Sądzę jednak, że można te cyfry uważać za miarodajne i dla szpitali powiatowych.

**) Dane średnie z trzech lat 1898, 1899, 1900.

***) Średnia cyfra z wydatków poczynionych w trzech latach 1898, 1899, 1900

Żydowski szpital winien być utrzymywany kosztem gminy żydowskiej na zasadzie prawa z r. 1841. Otóż wszelkie deficyty w nim winny być pokryte przez tęż gminę. Tym sposobem ludność żydowska w przyszłości—przy urządzeniu pomocy lekarskiej gminnej—będzie obciążona potrójnym podatkiem (np. w okręgu bóżnicznym Radomskim). Musi bowiem płacić: 1-o jako ludność handlująca; 2-o jako właściciel nieruchomości miejskiej; 3-o jako członek okręgu bóżnicznego na utrzymanie swego szpitala.

Ta więc część ludności będzie nadmiernie obciążona lekarskim i szpitalnym podatkiem i nie będzie mogła zupełnie korzystać z wiejskich szpitali, chociażby ze względów rytualnych. Nie mówię już o tem, że prawdopodobnie dla niej nigdy miejsca w szpitalach tych nie będzie, gdyż będą one przeznaczone samą siłą rzeczy dla ludności wiejskiej, ewentualnie włościan i mieszczan w osadach.

Rzucam więc ponowne pytanie: co się stanie z naszymi obecnymi szpitalami? Dla kogo będą istnieć? z kąd będą czerpać fundusze na swe utrzymanie? Chorzy rekrutować się będą tylko z pośród ludności miejskiej. Lecz i ta ludność, jak już wspomniałem wyżej, będzie miała prawo upomnieć się o leczenie bezpłatne wobec tego, iż płacić będzie podatek. A więc tym szpitalom może grozić zupełny upadek. Stało się to już podobno w Przasnyszu, plockiej guberni, jak o tem wspomina kolega Zalewski w swej pracy umieszczonej w № 3 „Czasopisma Lekarskiego“ z b. r. Jest to dla nas „memento mori“. Przypuszczam jednak, że nie wszyscy chorzy znajdą pomieszczenie w szpitalikach ludowych i że, wreszcie, będą tacy chorzy, którzy—wskutek braku odpowiednich urzędzeń lub kwalifikacyi lekarza—będą musieli udać się do szpitala miejskiego, ewentualnie gubernialnego. Mam tu na myśli ciężkie przypadki chirurgiczne, chorych ocznych i syfilityków. Gdy się zgłoszą do szpitala, który im nie może odmówić przyjęcia, zmuszeni będą albo sami za siebie zapłacić, lub też żądać od gminy lub osad zwrotu kosztów leczenia. Tym więc sposobem gminy i osady, lub sam chory, podwójnie będą płacili za pomoc lekarską. Prawdopodobnie ani jedna, ani druga strona nie zechcą należności uiścić. Wiemy bowiem z praktyki obecnej, ile trudności przedstawia ściąganie należności za chorych szpitalnych (ewentualnie: ze wsi i osad). Zaległości te wynoszą po kilka tysięcy rubli rocznie.

Włościanin nie będzie w stanie tego zrozumieć, iż musi zapłacić za leczenie się w szpitalu miejskim, gdy bezpłatnie pozwoją mu się leczyć tylko w ludowym szpitaliku, no i wreszcie sędzę, iż nikt tej anomalii nie zrozumie. Ponieważ jednak szpitale miejskie muszą żądać zwrotu kosztów leczenia, przeto staniemy wobec dylematu: albo nie przyjmować ciężko chorych z wsi i osad, albo żądać od

****) Mały dochód ze zwrotu kosztów leczenia w szpitali żydowskim objaśnia się tem iż koszta te wpływają leniwie i nieraz latami całemi zalegają. Za dowód niech służy rok 1901, w którym należy się szpitalowi z tego źródła 2344 r. a zapewne tylko 1/4 część wpłynię w roku obecnym. Dla równego jednak obliczenia przyjąłem wykazaną cyfrę z trzech lat, tak jak dla szpitala Ś-go Kazimierza.

nich zapłaty, czego nie wypełnią. Jest to więc błędne koło. Ani na chwilę nie sądzę, by ktokolwiek mógł przypuszczać, że z chwilą utworzenia szpitalików ludowych nasze miejskie, a szczególnie gubernialne, szpitale będą zbyt liczne. Trudno bowiem sobie nawet wyobrazić, by szpitaliki ludowe mogły odpowiedzieć wszelkim wymaganiom, jakie stawiamy szpitalom. Brak odpowiedniego pomieszczenia, brak środków na urządzenie, brak dostatecznego lekarskiego personelu, brak niższego wykształconego personelu pomocniczego, wszystko to są przeszkody do rozwoju szpitalików ludowych. Będą one miały za zadanie podawać pomoc w wypadkach chorób ostrych, stanowić przytułek dla położnic i dawać pomoc chirurgiczną w drobnych lub nagłych przypadkach. Na tem kończy się ich zadanie, albowiem leczenie chorób długotrwałych lub wymagających bardziej złożonych i specjalnych operacji będzie udziałem większych, ewentualnie gubernialnych, szpitali, gdzie pomoc lekarska jest lepiej zorganizowana i gdzie urządzenie samych szpitali bardziej odpowiada wymaganiom i chorego i lekarza. Szpitale nasze są wogóle bardzo ubogie, jakem to wykazał w swej pracy p. t. „Szpitalnictwo gubernii Radomskiej“. Domagamy się nieustannie poprawy ich bytu, tworzenia nowych pawilonów, przebudowania starych lub budowania nowych szpitali. Domagamy się lepszego i bardziej zgodnego z wymaganiami czasu urządzenia: sal operacyjnych, pracowni, oddziałów osobnych dla zakaźnych i t. p. Walczymy wprowadzić bohatercko z jednej strony z brakiem funduszy, a z drugiej z obojętnością społeczeństwa wobec tej ważnej społecznej instytucji. A teraz grozi nam jeszcze większy upadek wobec spodziewanej straty co najmniej połowy naszych dochodów!

Jest to sprawa doniosła, o której projektodawcy ludowej pomocy najzupełniej zapomnieli. Wobec jednak przewidywanego i już po części sprawdzonego upadku naszych szpitali (jak to ma miejsce w Przasnyszu), należy pomyśleć o zabezpieczeniu istnienia i możności dalszego rozwoju miejskich szpitali. Dwie kuteśmy prowadzą drogi: albo 1-o wyłączyć najzupełniej miasta z podatku na pomoc ludową i zmusić je do utrzymywania swych szpitali, albo 2-o wcielić i miejskie szpitale do nowej organizacji, urządzić w nich również bezpłatne leczenie, a koszta utrzymania takowych włączyć do ogólnych funduszy, zbieranych na medycynę ludową. W pierwszym przypadku, przyjmąwszy obecnie projektowaną stopę podatkową na pomoc ludową w stosunku 43% od podymnego i liwerunkowego podatku, otrzymywały by szpitale rocznie dochodu z miast 19826 rub., zaś od przemysłowego i handlowego podatku 27678 rb. *) czyli razem 47503 rb. Sam Radom płaciłby tego podatku 13000 rb. Ogólnych dochodów miały szpitale wszystkie w gubernii przeciętnie za trzy lata (1898, 1899 i 1900) rubli 46678. Z tego przypada

* Ponieważ zakłady handlowe są prawie wyłącznie w miastach, zaś przemysłowe w mieście lub też wsiach pobliskich przeto słuszną byłoby rzeczą, gdyby dochód z tego źródła przeznaczony był dla szpitali miejskich.

według poszczególnych pozycji, za wyłączeniem zwrotu kosztów leczenia, jak następuje:

	R ubli
Czynsz dzierżawny nieruchomości	6510
Odsetka od kapitałów	4870
Ofiary	2744
Dochody przypadkowe	3844
Dochód z pracy chorych	500
Zasiłek od miasta i gmin	723*)
Razem	19291

Wszystkie powyższe dochody pozostałyby i nadal. Gdyby dodano do tego dochód z podatku szpitalnego w formie podanej powyżej, szpitale miałyby dochodu rocznego 66794 rub. czyli o 43% więcej aniżeli obecnie. Ponieważ rocznie pozostaje zwykle niezapłaconych rachunków za różne dostawy do szpitali na sumę 13391 rb., przeto i ta zwyczajka w sumie 20116 rb. starczyłaby tylko na pokrycie deficytów rocznych i na niewielkie ulepszenia w szpitalu. Nawet w tych warunkach, względnie pomysłnych, szpitale nie mogłyby myśleć o jakichś gruntownych zmianach. Dodać do tego należy jeszcze i zwrot kosztów leczenia za zamiejskich chorych, gdyż w tych warunkach mieszkańcy wsi i osad nie mogliby korzystać z bezpłatnego leczenia w szpitalach miejskich, utrzymywanych wyłącznie kosztem miast.

(d. c. n.)



Odezwa do ogółu kolegów w sprawie partactwa leczniczego¹⁾.

Podał Dr. Fr. Grodecki.

Lubo narzekania na coraz większe rozpanoszenie się partactwa są na porządku dziennym, dotąd sprawa ta nie została należycie wyświetloną; zgoła bowiem nie wiemy, w jakich okolicach kraju partacze najwięcej operują, do jakiej warstwy ludności należą, z jakich pobudek uprawiają leczenie, kto najczęściej szuka u nich porady, jaką postawę zachowuje względem nich inteligencja prowincjonalna, zwłaszcza zaś duchowieństwo i aptekarze, — jakie ztąd płyną szkody dla zdrowia ludności i t. d.

*) Zasiłek od ognia i miast pobiera właściwie tylko jeden szpital Żydowski w Radomiu. Inne nie otrzymują nic, lub też czasami śmiesznie małe sumy. Tak np. w r. 1898 szpital Opatowski otrzymał 46 r. 96 k.

¹⁾ Redakcyje innych pism lekarskich uprzejmie proszę o umieszczenie niniejszej odezwy i kwestyonaryusza.
Fr. Gr.

Nikt chyba nie zaprzeczy, że wszystkie te kwestye są i nader ciekawe i nader ważne, szczegółowe zaś ich zbadanie na całym obszarze naszego kraju mogłoby dać podstawę do bardziej niż dotąd czynnej i skutecznej akcji, zdążającej do ograniczenia zawsze prawie szkodliwej, częstokroć zaś występnej, działalności tych niepożądanych opiekunów zdrowia naszego ludu. Powodowany tymi właśnie względami ułożyłem kwestyonaryusz i zwracam się do wszystkich, komu szczęście ludu naszego na sercu leży, z gorącą prośbą o pomoc w zbieraniu odnośnych danych.

Wszak nie potrzebuje chyba dowodzić, że sprawa partactwa powinna każdego lekarza bardzo żywo obchodzić, a ztąd płynie dla mnie otucha, że każdy się chętnie przyłoży do należytego jej wyświetlenia. Im więcej otrzymam odpowiedzi, im bardziej będą one wyczerpujące, tem wypuklej nam się da narysować obraz wrzodu, toczącego lud nasz, tem trwalszą i pewniejszą podstawę stworzymy sobie do rozmaitych kroków ku usunięciu zła.

Łaskawe odpowiedzi raczą Szanowni Koledzy nadsyłać pod moim adresem: Preny, gub. Suwalskiej.

Kwestyonaryusz w sprawie partactwa)*

- 1) Miejscowość... Gubernia... Powiat...
- 2) Nazwisko i stanowisko autora odpowiedzi?
- 3) Od jak dawna zamieszkuje w danej okolicy?
- 4) W jakim promieniu rozciąga się praktyka autora odpowiedzi?
- 5) Ludność w promieniu praktyki: liczba, narodowość, stopień zamożności, stopień oświaty i rozpowszechnienie pism ludowych?
- 6) Stosunek ludności do lekarza i odwrotnie?
Na ile tysięcy ludności wypada 1 lekarz; czy jest szpital, czy ludność chętnie z niego korzysta. Czy ilość chorych z pośród ludu, szukających porad u lekarzy, w ostatnich latach się zwiększa?
- 7) Czy jest w danej miejscowości wykwalifikowana akuszerka?
- 8) Ilu partaczy znajduje się w promieniu praktyki autora?
- 9) Ich płeć, wiek, narodowość, stopień wykształcenia, zamożność.
(Dane te dla każdego partacza należy wymienić osobno).
- 10) Jakie pobudki skłaniają ich do zajmowania się lecznictwem?
- 11) Jaką postawę zachowują względem lekarzy?
- 12) Jaka warstwa ludności i w jakim stopniu korzysta z ich usług.
- 13) Jakimi sposobami zwabiają partacze do siebie chorych?
- 14) Co jest przyczyną, że ludność szuka u partaczy pomocy?
- 15) Jak ludność tytułuje partaczy?
- 16) Jakie choroby partacze leczą przeważnie?

*) Pod nazwą partaczy rozumiem wszystkich tych, co nieposiadając żadnych lub tylko b. słabe pojęcie o lecznictwie, samodzielnie — wbrew prawu — zajmują się leczeniem, stanowiącem dla nich źródło zarobku.

- 17) Jakimi się posługują środkami leczniczymi?
- 18) Jakie pobierają za swe rady wynagrodzenie?
- 19) Czy autor zna przypadki, w których partacze spowodowali istotną szkodę na zdrowiu swych chorych?
(Pożądanym jest możliwie dokładny, acz treściwy, opis takowych).
- 20) Jak się w podobnych wypadkach zachowują poszkodowani?
- 21) W jakim stosunku względem partaczy zostaje duchowieństwo, inteligencja wiejska i aptekarze?
- 22) Czy i jak próbował autor walczyć z partaczami?
Jaki był wynik walki?
- 23). Co podług autora najskuteczniej mogłoby wpłynąć na zmianę istniejących warunków na lepsze?



Korespondencje



Kutno, w Kwietniu 1902 r.

Kilka uwag w sprawie etyki lekarskiej w powodu korespondencji kol. Rutkowskiego z Płońska.

Słyszałem niejednokrotnie przez lekarzy wygłaszane zdanie, że poruszanie spraw dotyczących etyki lekarskiej jest zupełnie zbyteczne, gdyż i tak postępowania lekarzy względem siebie i chorych zależy zupełnie od stopnia ich moralności i uczciwości. Zdanie to jest, według mnie, zupełnie niezgodne z prawdą: sprzeciwia mu się codzienna obserwacja życiowa. Znam lekarzy — ludzi bardzo moralnych i uczciwych, którzy pomimo to w postępowaniu względem kolegów i chorych nie są w zgodzie z dobrze zrozumianą etyką lekarską. (Notuję ten fakt bez wszelkich komentarzy) Sądzę przeto, że poruszanie spraw etyki lekarskiej jest zupełnie usprawiedliwione a porozumienie się wzajemne w tym względzie konieczne i wielce pożyteczne; że nasze towarzystwa lekarskie — szczególnie prowincjonalne — i nasza prasa lekarska częściej się powinny zajmować konkretnymi faktami etyki lekarskiej, przeciw której grzeszy nasza bracia lekarska, co głównie jest skutkiem ciężkich warunków naszego bytu i źle rozumianej konkurencji zawodowej.

To też wystąpienia kol. Rutkowskiego z kilku kwestyami dotyczącymi etyki lekarskiej nie należy bynajmniej uważać za zbyteczne, lecz — przeciwnie — za wielce pożądane.

Zgadzam się w zupełności z kolegą Rutkowskim, że grzeszymy często tylko przez niewiedomość, tylko przez to, że nie zdajemy sobie sprawy ze swego postępowania, lecz co jest gorsze, że równie

często grzeszyny z zupełną świadomością i nie bez pewnego ukrytego celu. Jeżeli w pierwszym razie jakieś wzajemne porozumienie, jakiś objaśniający nas co do sposobu postępowania kodeks specjalnie lekarski, może wpłynąć na usunięcie zła, o tyle w drugim razie już ono nie wystarczy; tu tylko sąd kolegów, opinia publiczna, która nie powinna być zbyt pobłażliwa, może zmusić grzeszącego do upamiętania się, może wpłynąć na podniesienie naszego stanu na wyższy i właściwy poziom.

Kolega R. poruszył kilka ważniejszych kwestyi tyjących się etyki lekarskiej, które zgodnie z poglądem Redakcyi „Czasopisma“ godne są dyskusyi. To mnie zachęca do zrobienia kilku następujących uwag.

Pierwsza kwestya poruszona przez kol. R. brzmi: jak mamy postąpić, będąc wezwani do chorego, u którego już poprzednio był inny lekarz, o czym nie wiedzieliśmy, i zrobił rozpoznanie niezgodne z naszym. Zdarza się to istotnie często, a w praktyce jest nieuniknione. Że grzechem będzie oświadczenie, jako kolega na chorobie się nie poznał, na to się chyba wszyscy godzić muszą, choć—niestety—w praktyce często na tem się kończy. Postępowanie kolegi R. w tym razie jest niewątpliwie wysoce etyczne; kolega R. stara się stanąć w obronie kolegi; jeżeli to niezawsze lekarzowi się udaje, w każdym razie żądać od niego należy, by w tym razie nie występował w roli oskarżającego.

Ważniejsza, daleko kwestya, jak postąpić należy względem lekarza, który świadomie krytykuje postępowania kolegi, często — a nawet najczęściej — niesłusznie. Znam kolegę posiadającego duże zaufanie wśród mniej inteligentnej klasy ludności, który z zasady krytykuje leczenie każdego kolegi; zapewnia chorego z cierpieniem niebudzącem żadnego niebezpieczeństwa, leczonego przez innych lekarzy, że gdyby jeszcze czekali z wezwaniem jego, chory byłby niechybnie zgubiony, gdyż był źle leczony; który otoczeniu chorego na nieuleczalną chorobę oświadcza, że gdyby go wcześniej wezwano chory byłby ocalony, a teraz już zapóźno i t. p. Jak sobie w tym razie postąpić? Zwykliśmy pomijać to milczeniem, a — co gorsza — utrzymywać stosunki z takim kolegą; w tem tkwi nasz błąd. Sądzę, że w tym razie należy się koniecznie odwołać do sądu koleżeńkiego, do opinii publicznej, a gdyby i to nie pomogło — zerwać wszelkie z takim kolegą stosunki, nie przyjmować go do towarzystw lekarskich i t. p.

Inna kwestya poruszona przez kolegę R. brzmi: czy lekarz ma prawo odmówić choremu i nie przyjść na naradę z kolegą, z którym skutkiem nieporozumień osobistych zerwał stosunki towarzyskie. Odpowiedź prosta, że niema prawa; co więcej, w stosunkach praktyki prowincjonalnej, gdzie nie zawsze łatwy wybór lekarza konsultującego, odmówienie wspólnej narady jest wysoce nieetyczne, gdyż stawia kolegę w arcyprzykrem położeniu, a chorego naraża na zawód, a nieraz i niepotrzebne wydatki.

Inna kwestya, czy lekarz leczący ma prawo odmówić wspólnej narady z proponowanym mu kolegą. Mojem zdaniem, ma o tyle do

tego prawo, o ile ma wybór, co w stosunkach prowincjonalnych nie zawsze bywa. Odmawiając jednak wspólnej narady, należy uczynić to bez wszelkich uwag, uwłaczających koledze. Zresztą, od taktu lekarza zależy w tym razie wyjście z tak kłopotliwego położenia.

Nieraz się zdarza, że lekarza wezwanego na wspólną naradę proszą następnie, by odwiedził chorego bez lekarza dotąd leczącego. Etyka nasza nie pozwala na przychylenie się do żądania chorego. Bo też uwłaczałoby powadze tak lekarza ordynującego, jak i konsultującego, i utrudniało wspólne narady lekarskie, bez których w praktyce lekarskiej obejść się nie można. Jak w takim razie postąpić? Oświadczyć koledze otwarcie żądanie chorego i nie zgodzić się inaczey na odwiedzenie chorego, jak tylko razem z kolegą leczącym, na co znowu ten ostatni zgodzić się powinien. Tylko w razie nieobecności lekarza leczącego, w razie jego choroby i t. p. lekarz wezwany na naradę ma prawo odwiedzić chorego, zawiadomiwszy następnie o tem lekarza ordynującego.

Wogóle lekarz wezwany na wspólną naradę nie powinien wchodzić w żadne bliższe stosunki z otoczeniem chorego, zmieniać postanowionych na wspólnej naradzie zabiegów; powinien się starać wzmocnić zaufanie chorego do lekarza leczącego i pod każdym względem postąpić tak, by w niczem nie uchybił powadze lekarza leczącego.

Nieco dłużej się zatrzymałem nad wspólnymi naradami lekarskimi, gdyż te są częstym źródłem nieporozumień lekarskich, wzajemnych pretensyi. Od lekarza konsultującego wymaga się wiele taktu, sumiennosci i uczciwości; od lekarza ordynującego, — wiele wyrozumiałości.

Bardzo ważną kwestyę poruszył kol. R.: czy lekarz ma iść do chorego, u którego poprzednio był inny kolega. Co się mnie tyczy, to w zupełności zgadzam się z kolegą R., że powinniśmy pod tym względem chorym zostawić więcej swobody, gdyż to w niczem nie ubliża naszej powadze. Zresztą, my nic na to poradzić nie możemy i niczem nie zmusimy chorego do trzymania się lekarza, do którego się pierwotnie zwrócił. Wszelkie pod tym względem wzajemne pretensye są, mojem zdaniem, nieracyonalne.

Wśród wielu jeszcze kwestyi, jakie się nasunąć mogą, nad jedną, wyłącznie dotyczącą stosunków praktyki prowincjonalnej, chcę się nieco dłużej zatrzymać. Zdarza się nieraz, że lekarza z jednego miasta, najczęściej większego, wzywają bądź to listownie, bądź telegraficznie, bądź przez osobę trzecią, do chorego do sąsiedniego miasteczka, bez uprzedzenia o tem lekarza miejscowego lub też wzywają do takiego chorego, do którego wcale nie był wzywany lekarz miejscowy.

Jak w tym razie postąpić? Co się tyczy ostatniego przypadku, pod tym względem prawie kwestyi być nie może: zgodnie z tym, cośmy wyżej powiedzieli o pozostawieniu choremu większej swobody w szukaniu porady lekarskiej — lekarz niema żadnej racyi i żadnej potrzeby odmówienia przyjazdu i w niczem nie uchybia etyce lekarskiej, jeśli na wezwanie takie się stawi.

Odmienne nieco może być zachowanie lekarzy w drugim przypadku, t. j. gdy lekarz jest wezwany do innego miasta dla wspólnej narady z lekarzem miejscowym, przyczem dla jakichkolwiek powodów nie uprzedzono o tem lekarza miejscowego. Najczęściej zdarza to w ten sposób: ktoś z blizkiej rodziny chorego, mieszkający w innym mieście, dowiedziawszy się o chorobie, prosi lekarza, do którego ma zaufanie, by pojechał do chorego; lub też otoczenie chorego, zaniepokojone jego stanem, wzywa bez zgody lekarza miejscowego lekarza z innego miasta w tem przekonaniu, że, gdy lekarz przybędzie, kolega nie odmówi wspólnej z nim narady.

Jak w tym razie mają postąpić lekarze?

Że byłoby pożądane i najwłaściwsze, aby lekarz, mający być wezwany dla wspólnej narady, był proszony przez lekarza leczącego, to pewna; w stosunkach jednak praktyki prowincjonalnej, a szczególnie wiejskiej, nie zawsze jest to możliwe i dla tego sądziłbym, że bynajmniej nie będzie wykroczeniem etycznym, jeśli lekarz wezwany z innego miasta na wspólną naradę stawi się na takie wezwanie; lekarz zaś miejscowy, stale leczący chorego, postąpi niezgodnie z etyką i ubliży koledze, jeśli w tym razie—zawiadomiony o przyjeździe kolegi—nie stawi się na wspólną naradę. W tym bowiem razie my, lekarze, nie możemy odpowiadać za nietaktowność w postępowaniu naszych pacjentów.

W końcu uważam za właściwe zaznaczyć, że byłoby wielce pożytecznem, aby lekarze zmuszeni do stykania się ze sobą w praktyce lekarskiej zawsze się ze sobą porozumiewali co do sposobu postępowania względem siebie i chorych, aby się ściśle do niego stosowali i wzajemnie sobie ufali, aby pretensye względem siebie opierali nie na plotkach, a tylko na istotnej prawdzie, aby w razie nieporozumień odwołali się do sądu kolegów i aby pamiętali, że wszelkie nieporozumienia między nimi — szczególnie w stosunkach prowincjonalnych — są zawsze ze szkodą chorych, co nieodpowiada wysokiemu zadaniu naszego szczytnego zawodu i powołania.

F. Arnstein.



Towarzystwa Lekarskie

Towarzystwo Lekarskie Kaliskie.

Posiedzenie z dnia 17 Stycznia 1902 r.

I. Statystyka chorób zakaźnych za Grudzień 1901 r.: ospy 2, szkarlatyny 1, dyfterytu 1, tyfusu brzuszego 3 przypadki.

II. Kol. Wilczewski chwali *validol* (*mentholum valerianicum*) jako dobry i pewny środek pobudzający, przy duszności i niedomodze sercowej. Bardzo dobrze działa u kobiety, w

szpitalu, przy wadzie serca, zadawany po 8 kropli, 3 razy dziennie; ma także zastosowanie przy ostrem zatruciu alkoholem.

Kol. Rüdiger stosował valilol w kilku przypadkach, lecz przekonał się, że nie posiada przypisywanych mu zalet; przytem jest przykry w smaku, więc go nie zaleca więcej.

Kol. Drozdowski zdumiony jest masą nowych środków farmaceutycznych, wypuszczanych na rynek lekarski bez dostatecznego wypróbowania ich w klinikach.

III. Kol. Rüdiger notuje, że zastosował aspirinę przy bólu w boku, reumatycznego pochodzenia, po 0,5 co 3 godziny proszek; po użyciu 3 proszków choremu opuchły ręce, nogi i twarz, z silnem paleniem, a na 2-im palcu prawej ręki wystąpił pęcherz wielkości małej śliwki; w literaturze nie znalazł nic o ubocznem działaniu aspiriny.

Kolega Zucker, zaleciwszy aspirinę w Rheumatismus chronicus, 2 proszki po 1,0 każdy co 4 godziny, obserwował po użyciu już jednego proszku ciężar w żołądku, po 2-im proszku wymioty; na drugi dzień po użyciu 3-go proszku — znowu wymioty.

IV. Kol. Godlewski obserwował u VII-para przy hydranion martwe monstrum koloru brunatnego, bez uszu, bez nosa z kończynami bardzo krótkimi (10 ctm), z cienkimi palcami bez paznogi; wielkość monstri robiła wrażenie płodu donoszonego, o konsystencji wątroby; sznur pępkowy bardzo krótki (15 ctm.) gruby, łożysko kolosalnej wielkości.

Posiedzenie z 17. Lutego 1902 r.

I. Prezes podniósł zasługi ś. p. kolegi Woyciechowskiego, długoletniego bibliotekarza Tow. Lek. Kaliskiego i zaproponował uczcić pamięć zmarłego przez powstanie, co też uczyniono.

II. Sekretarz odczytał list siostry ś. p. Woyciechowskiego, w którym prosi towarzystwo o przyjęcie pozostałej po ś. p. Bracie biblioteki lekarskiej. Towarzystwo z wdzięcznością dar ten przyjęło i poleciło Zarządowi przesłać ofiarodawczyni wyrazy współczucia z powodu poniesionej straty i podziękowanie za ofiarę. Do przyjęcia daru delegowano bibliotekarza.

III. Przystąpiono do wyboru bibliotekarza; na godność tę jednogłośnie obrany został kolega St. Piestrzyński.

IV. Statystyka chorób zakaźnych w Styczniu: szkarlatyny 2, dyfterytu 3, odry 6, koklusz 6, grypy 2, tyfusu brzuszego 3, tyfusu nieokreślonego 2 przypadki.

V. Kol. Rüdiger obserwuje dyfteryt u 65 letniej kobiety. Podobny przypadek widział 5 lat temu u 75-letniego mężczyzny.

VI. Kol. Kasprzak Duże dzieci rodzą się zwykle z dużych rodziców, o dobrze rozwiniętym systemie kostnym (Martin, Bailly). Połogi dziećmi z dużą wagą i objętością prawie zawsze wymagają sztuki i kończą się perforatione z następczą extractio, a jeżeli czasami uda się wyciągnąć płód w całości, to jednakże przy wydobyciu i oswobodzeniu barków napotyka się na tyle trudności i traci się tyle czasu, że płód prawie zawsze umiera (Kleinwächter). Kleinwächter widział płód najcięższy 4900.0. Podług Ahlfelda w klinice Mahrburgskiej od 1883 do 1898 r. największe dziecko ważyło 5100,0 przy dłu-

gości 55 ctm.; Bailly wspomina o jednym przypadku, gdzie płód po perforacyi ważył 4500,0. Luneau widział dziecko ważące 5750,0 przy hydramnion, chociaż przy tem ostatniem płody bywają zwykle niedostatecznie rozwinięte. Największy płód opisany przez Blocha, ważył 12000,0.

I. M. Lwów ułożył tablicę, z której sądzić można o powiększaniu się płodu przy następnych z kolei porodach:

Który raz rodziła	Średnio		Chłopcy		Dziewczynki	
	Waga	Długość	Waga	Długość	Waga	Długość
I para	3188	49.55	3177	49.5	3199	49.6
II — IV	3439.5	50.2	3554	50.4	3325	50
V — IX	3491.25	50.25	3572.5	50.5	3412	50
X i dalej	3700.25	51	3720.5	52	3680	50
Średnio	3459	50.25	3506	50.6	3412	49.9

Z tej tablicy można wnioskować, że: 1) pierwsze dzieci mają mniejszą wagę, aniżeli dzieci następne; 2) przy następnych porodach waga dzieci powiększa się; 3) średnia waga dziewczynek zawsze niższą jest od średniej wagi chłopców tej samej grupy; przyczem zwiększanie się wagi u dziewczynek przy każdym następnym porodzie postępuje tak samo jak u chłopców.

Przypadek, jaki chcę przytoczyć, miał miejsce w szpitalu Ś-tej Trójcy. Chora lat 30, brzemienna po raz 10, ostatni poród miała 9 miesięcy temu; przez cały czas brzemienności miewała bóle w krzyżu i w dole brzucha; przez większą część ciąży przeleżała. Wszystkie dzieci rodziła bardzo prędko i lekko. Rodzi od dziesięciu godzin; otwarcie ujścia na trzy palce; pęcherz nabiera; główka przoduje, lecz stoi wysoko i, o ile można wyczuć, jest duża; po 24-ch godzinach otwarcie zupełne. pęcherz przerwano, wydzieliło się około szklanki płynu. Położenie pierwsze czołowe. Po trzech godzinach silnych bólów główka stała w jednym miejscu; w obec tego przystąpiono do przebicia, wymóżdżenia i wydobywania; z wielkim trudem udało się przeprowadzić płód żeński, ważący bez mózgu i prawie bez krwi 4520,0 długości 52.5 ctm. Przebieg popołogowy był normalny. Zasługuje na uwagę, że wbrew zasadzie: „z dużych rodziców duże dzieci“, w tym wypadku ojciec szczupły, bardzo niski, matka wzrostu średniego, dobrze zbudowana.

Sekretarz Tow.: Kasprzak.

Towarzystwo Lekarskie Mińskie.

Posiedzenie z d. 27 Lutego 1902 r.

Obradowano nad kwestyą rozszerzenia programu zajęć Towarzystwa.

O potrzebie zreformowania strony naukowej programu przemawiał dr. Jan Offenberg, wskazując na niewłaściwość sprawozdania całej działalności Towarzystwa do wysłuchiwania odczytów, które są opracowywane i wygłaszane nader rzadko ze względu na niesprzyjające zajęciom naukowym warunki życia prowincjonalnego. Towarzystwo lekarskie, gromadząc ludzi wspólnego powołania, ma pewne obowiązki względem nauki, jako też i względem poszczególnych członków swoich. Skoro powyższy stan rzeczy skazuje Towarzystwo na bierność, nauce nie przysparza dobrotku, a członkom nie zapewnia korzyści i bodźca do pracy; czas wielki jest pomyśleć o poczynieniu niektórych zmian w programie usprawiedliwionych odmiennością warunków towarzystw prowincjonalnych. Zdaniem prelegenta należy większą zwrócić uwagę na dostarczanie posiedzeniom materiału in crudo, a więc przysyłać do oglądania chorych wybitnych, pokazywać preparaty mikroskopowe i makroskopowe, komunikować w krótkości spostrzeżenia z praktyki, zasługujące na wyróżnienie ze względu na przebieg choroby, rozpoznanie lub leczenie. Od ogłoszonych spostrzeżeń nie wymaga się wszechstronnego opracowania lub uwzględnienia literatury przedmiotu, powinny one tylko być wypowiedziane szczerze, a wzniecona dyskusja sprostuje błędy, wyświetli i dopełni braki.

Tow. Lekarskie musi też się zająć gromadzeniem danych o panowaniu chorób zakaźnych w mieście, członkowie więc powinni się zobowiązać do dostarczania na każde posiedzenie wiadomości o liczbie takich chorych, napotkanych w praktyce.

Oprócz powyższego należy wprowadzić do programu posiedzeń sprawozdania z postępów medycyny, podzieliwszy pomiędzy członkami pracę śledzenia za rozwojem poszczególnych specjalności; zachęci to członków do wzięcia czynniejszego udziału w życiu Towarzystwa i wniesie pewną obowiązkowość.

Wywołana przez odczyt dyskusja rzuciła światło na nastrój ogółu, który większością głosów się oświadczył, po wymownem przemówieniu kolegów Kamińskiego, Gracyanowa i Pleszywecwa, za skierowaniem Towarzystwa na tory działalności społecznej; poznać warunki zdrowotne miasta, jego potrzeby i dążyć do zaradzenia tym potrzebom — oto hasło większości. Potrącono o kwestyę usuwania wody ściekowej, o jakości wody wodociągowej, o brak szpitali w Mińsku, o potrzebę założenia kolonij letnich dla dzieci słabowitych, o organizację pomocy lekarskiej dla ludności biednej, o dyżury nocne i t. p. Wynik dyskusji: przeświadczenie, jak dużo do zdziałania mają przed sobą Towarzystwa lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Mińskie, przyjmując projekt kol. Offenberga o zamianie programu naukowego, postanowiło też nadal znaczną część czasu poświęcać omawianiu spraw, w zakres higieny społecznej wchodzących.

Posiedzenie z d. 2o Marca 1902.

I. Kol. G e r s z u n i demonstrował chorego z Rhinoscleroma.

II. Delegat Towarzystwa na VIII zjazd im. Pirogowa, dr. G r a c y a n o w, zdawał sprawę ze swej wycieczki do Moskwy. Zjazd pirogowski, różniąc się od zjazdów specjalnych większem uwzględnieniem medycyny społecznej, niż naukowej, jest ogniskiem, gromadzącem lekarzy z rozmaitych zakątków państwa; wyciąga on z ukrycia owych cichych pracowników na polu medycyny prowincjonalnej, owych szermierzy higieny wśród ludu, którzy w zjeździe szukają wytchnienia po pracy wyczerpującej i odpowiedzi na rozmaite pytania, przez życie i warunki wysuwane. Zjazd zgromadził ze 2000 uczestników; wysłuchano 310 odczytów z zakresów rozmaitych działów medycyny; w tej liczbie omawiano sprawę walki z gruźlicą, z przymiotem, z alkoholizmem, kwestyę szerzenia wśród ludu pojęć higienicznych i wiele innych. Zjazd rzucił światło na świetny stan medycyny ziemskiej, istniejącej w Rosyi od lat 35 i zużywającej na swe cele od 18 — 50% z dochodów ziemskich, podczas gdy medycyna miejska pochłania zaledwie o — 18% sum miejskich.

Zjazd obradował i poparł wszystkie wnioski, przez Towarzystwo Lekarskie mińskie postawione, a tyżące się: a) zniesienia kary cielesnej, b) wprowadzenia do szkół pisma pionowego i c) walki z przymiotem.

W dyskusyi dr. Pleszywcew nie podziela wniosku Zjazdu, że wykładanie higieny w szkołach ludowych należy uważać za krok przedczesny. Wiek dziecięcy jest wrażliwy i aż nadto podatny do zrozumienia wielu reguł higienicznych. Nędzia i choroba trzymają się ciemnoty: stopniowe zmniejszanie się śmiertelności w Szwecyi, równoległe ze wzrostem tam oświaty, i kolosalne wymieranie dziatwy w Rosyi, stanowią najlepszy przykład tego, jaką wagę nadawać należy wzrostowi w kraju oświaty.

Jan Offenbergl.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z dnia 19 Lutego 1902 r.

I. Kol. R u n d o: Kilka słów o symptomatologii ciąży zamacicznej.

Dzięki badaniu dwuręcznemu jako też tej okoliczności, że laparotomia przestała być zabiegiem niebezpiecznym, okazało się w ostatnich 15 latach, że ciąża zamaciczna—dawniej za rzadkość uważana — jest zjawiskiem dosyć częstem.

Tak krwotoki wolne do jamy brzusznej, jako też guzy krwiste, krwistek zamaciczny, są zwykle wywoływane przez ciążę zamaciczną.

Jak wiadomo, ciąża zamaciczna — to w ogromnej większości przypadków ciąża jajowodowa; do wyjątków należą przypadki, w których jajo płodowe rozwija się w jajniku lub w jamie brzusznej.

Również do wyjątków należą przypadki ciąży zamacicznej, w których jajo płodowe osiąga znaczniejszego rozwoju lub nawet dojrzewa; zwykle ciąża zamaciczna zostaje przerwana w pierwszych 2—3 miesiącach i to najczęściej skutkiem pęknięcia jajowodu resp. tkanek, otaczających jajo płodowe, lub wypchnięcia jaja płodowego z jajowodu siłą skurczów jego ścianek do jamy brzusznej. Jest to t. zwany abortus tubarius.

Tylko te najczęstsze przypadki ciąży zamacicznej będą tu uwzględnione.

Do pierwszych objawów ciąży zamacicznej należą mniej lub więcej często występujące i rozmaitego natężenia, bóle w podbrzuszu, jako też nieregularne nieznaczne krwawienia maciczne.

Pierwsze bardzo często bywają przypisywane, zaburzeniom kiszkiowym, zwłaszcza przy istniejącym zaparciu stolca; drugie zaś uważane są w początku za peryod, gdy występują po dłuższym braku peryodu podczas karmienia, albo też za początek poronienia, w przypuszczeniu ciąży zwykłej.

W tym okresie udaje się, chociaż rzadko, wyczuć jajowód w formie wrzecionowatego guza.

Ale najwydatniejszym i zarazem najważniejszym objawem ciąży zamacicznej jest krwotok wewnętrzny połączony z silnymi bólami brzuszными i objawami niedokrwistości.

Nagle wystąpienie tych objawów ma miejsce często pod wpływem jakiegokolwiek wysiłku, na przykład defekacji, dźwignięcia ciężaru etc. Są one następstwem krwotoku wewnętrznego, spowodowanego pęknięciem jajowodu lub t. zw. poronieniem jajowodowym.

Najczęściej powstaje t. zw. wolny krwotok do jamy brzusznej, przy którym w ciągu pierwszych dni tylko opukiwanie brzucha może wykazać stopień odgłosu, obmacywanie zaś i badanie przez pochwę daje wynik ujemny. Z czasem dopiero, skutkiem skrzepnięcia krwi i zlepiania się sąsiednich narządów, powstaje guz, mniej lub więcej ograniczony, dający się wyczuć tak od strony powłok brzusznych jako też i przy badaniu przez pochwę, wypełnia bowiem w większym lub mniejszym stopniu sklepienie pochwowe.

Rzadziej krew wylana tworzy od samego początku guz: ma to miejsce wtenczas, kiedy już uprzednio sąsiadujące narządy były zlepione, lub też, gdy jajowód pęka w miejscu pomiędzy listkami wiązki szerokiego; w tym ostatnim razie krew może rozlać się szeroko w luźnej tkance łącznej po za otrzewną.

W następstwie guz może też uleść pęknięciu; następuje wtórny wylew krwi do jamy brzusznej. Guzy te krwiste przez powtarzające się krwotoki stają się coraz większe; dochodząc niekiedy do bardzo znacznych rozmiarów, przez ucisk na sploty nerwowe i na naczynia sprawiając silne bóle i parestezye w kończynach dolnych. Obserwując w ostatnich czasach kilka przypadków ciąży zamacicznej, zauważyłem w dwóch

z nich objaw, o którym nie znalazłem wzmianki w dostępnej mi literaturze. Jednocześnie z powstaniem krwotoku chore doznawały, oprócz silnych bólów w brzuchu, również silnego bólu we wżgórkulono wymi wielkich wargach sromnych.

Rozpoznanie ciąży zamacicznej w wielu przypadkach przedstawia niemałe trudności, a to z powodów następujących:

1) objawy pęknięcia jajowodu i t. zw. poronienia jajowodowego bywają rozmaite, mogą one być brane za zaparcie stolca, nerwoból żołądka, kamicy żółciową, — nerkową;

2) nieregularne krwawienia maciczne pozwalają przypuszczać rozpoczynające się poronienie przy ciąży zwykłej;

3) błona doczesna pojawia się tylko po 6—8 tygodniach trwania ciąży zamacicznej; jeżeli odchodzi w kształcie całkowitej błony, odróżnia się od takiejże przy zwykłym poronieniu brakiem kosmków, często jednak odchodzi w formie strzępków (które zresztą również charakteryzują się tem, że nieposiadają gruczołów właściwych tej błonie przy ciąży zwykłej);

4) badanie często jest utrudnione, a może być i niebezpieczne, może bowiem spowodować świeże krwawienie.

Wobec tych trudności w rozpoznaniu objaw, o którym wyżej wspominałem, nie jest być może pozbawiony znaczenia rozpoznawczego. Wprawdzie ma on też miejsce czasem i przy kamicy nerkowej, ale cierpienie to charakteryzują i inne objawy.

Objaw ten przy ciąży zamacicznej zależy od ucisku gałązek nerwowych spłotu lędźwiowego i krzyżowego, wywołanego przez guz krwisty.

Dyskusya. Kol. Saks. Nie zgadza się z twierdzeniem kol. Rundy, że w symptomatologii krwotoków wolnych do jamy brzusznej, zależnej od ciąży zamacicznej, ból odgrywa dominującą rolę; przeważają w tych razach objawy silnej zacięci: omdlewanie, wymioty, częsteściowa utrata świadomości.

Krwawienia z macicy przy ciąży zamacicznej są wyrazem ciąży najczęściej już przerwanej; obumarcie jaja płodowego, poczynające się poronienie trąbkowe, uwydatniają się często przez krwawienia z macicy.

S. zgadza się z prelegentem, że rozpoznanie obiektywne ciąży zamacicznej w pierwszych jej okresach często napotyka na duże trudności; stwierdzić jednakże należy fakt, że w znakomitej ilości przypadków cierpienie to, w początkowych jego okresach, rozpoznaje się daje dzięki niektórym objawom, przez prelegenta może niedostatecznie uwzględnionym. Otóż najczęściej udaje się obok macicy wyczuć guz wielkości niedużego jabłka lub śliwki (zależnie od okresu ciąży), miękkiej konsystencji, w pewnym stopniu dla ciąży charakterystycznej; ob:zmiennie to różni się od innych obrzmiń, najczęściej pochodzenia zapalnego, już to swą kons:stencją, już to swą jednostronnością (w sprawach natury zapalnej obrzmienia zazwyczaj bywają dwustronne); następnie bywa tętnienie tętnicy macicznej po stronie ciąży, zdarzające się i przy sprawach zapalnych (mamy jednak w tych razach inne objawy sprawy zapalnej — ciepłotę podniesioną, silną bolesność podbrzusza i t. p.)

Wspominając o przerwaniu ciąży zamacicznej, czy to drogą poronienia trąbkowego, czy to pęknięcia jajowodu, nie wspominał prelegent o pewnych spostrzeżeniach najnowszych, na postępowanie nasze lecznicze wpływ wywrzeć mogących. Otóż w czasach ostatnich stwierdzono fakt, że po usunięciu się z trąbki jaja płodowego (poronienie trąbkowe) pozostałe w trąbce kosmki jaja płodowego nie znikają, lecz rozwijają się niekiedy, wrastają stopniowo w ściankę trąbki aż do przedziurawienia jej z następczym krwotokiem do jamy brzusznej — tem się tłumaczy zauważony niekiedy krwotok wolny do jamy brzusznej przy obecnym, niepękniętym, krwisteku zamacicznym.

Kol. Wilk proponuje łyżeczkowanie macicy w celach rozpoznawczych. Znalezienie błony doczesnej przy pustej macicy może przemawiać za ciążą zamaciczną.

Kol. Jasiński przeczy, aby wolny krwotok do jamy otrzewny miał stanowić częstsze zejście ciąży jajowodowej, niż otorbiony.

Uważa, przeciwnie, otorbienie się krwisteku w przeważającej liczbie przypadków za wynik, łatwo dający się wytłumaczyć zmianami anatomicznymi, które krwotok wywołują, zarówno przy poronieniu jajowodowym, jak i przy pęknięciu jajowodu.

Przy poronieniu odklejenie się jaja płodowego następuje stopniowo; przy pęknięciu zaś, według najnowszych badań, przerwanie się ściany wywołane zostaje nie na skutek nadmiernego rozciągnięcia ścian jajowodu, lecz jest następstwem powolnego zniszczenia tkanek przez wrastanie wyrostków kosmówki. W obu zejściach ilość krwi, wypływającej naraz do jamy otrzewny, nie jest zbyt znaczna i ulega na skutek tego skrzepnięciu i otorbieniu. Wylew zaś obfity wolny następuje względnie rzadko.

Przy wolnych wylewach do jamy otrzewny ból jest objawem podrzędnym, przeważają zaś objawy zapaści.

Uczucie bólu nie zostaje wywołane przez nagromadzenie się krwi w jamie otrzewny, która na obecność płynów obojętnych nie oddziaływa, dowodem czego brak bólów po laporotomiach przy wolnych krwotokach, przy których pozostawiona bywa znaczna ilość krwi w jamie otrzewny. Ból jest następstwem podrażnienia otrzewny przez bodźce wywołujące jej zapalenie.

Przy ciąży jajowodowej bóle trwają 1 stanowią objaw pierwszorzędny do czasu wydobycia się jaja płodowego z jajowodu, wywołane zaś są skurczami jajowodu.

Kol. Jasiński nie zgadza się z kolegą Rundą, aby ból w wargach sromnych i w okolicy spojenia łonowego mógł stanowić jedną z cech rozpoznawczych dla ciąży jajowodowej. Ciąża jajowodowa jest zwykle jednostronna, ucisk na nerwy a co za tem idzie uczucie bólu, mogłoby występować tylko z jednej strony. Ból umiejscowiony w wargach sromnych i spojeniu łonowym w przypadkach kolegi Rundy należy uważać za objaw przypadkowy.

Ko. Goldman zaznacza, że ból w przypadkach ciąży zamacicznej należy do stałych objawów tego cierpienia.

Kol. Sonnenberg przytacza kilka uwag, dotyczących bólu w ogóle, a mianowicie strony fizjologicznej tego objawu podmiotowego, oraz jego znaczenia psychologicznego (o stosunku bóli do świadomości).

Kol. Rząd upatruje przyczynę bólu w przypadkach ciąży zamacicznej w dyslokacji otrzewnej.

Kol. Saks nie doradzałby korzystać ze środka rozpoznawczego przez kol. Wilka wspomnianego; łyżeczkowanie bowiem macicy, najostrożniej nawet przy ciąży zamacicznej dokonywane, z dużym niebezpieczeństwem (pęknięcie trąbki ciężarnej) jest połączone. Objawu przez prelegenta w dwóch przypadkach zauważonego kol. Saks nie zauważył w przypadkach przez siebie spostrzeganych, co zresztą nie jest dowodem, że go w tych przypadkach nie było: rzecz możliwa, że wobec innych b. poważnych w tych razach objawów, kol. Saks na takie skargi należytej uwagi nie zwrócił; nie zaniecha on jednak temu objawowi, dotychczas zresztą przez nikogo nie zanotowanemu, w odpowiednich przypadkach uwagi poświęcić. Zarzut teoretyczny przez kolegę Jasińskiego postawiony, że ból winien ograniczać się jedną wargą sromną, ponieważ krwisteki bywają jednostronne, uważa kolega Saks za lapsus linguae; najczęściej bowiem krwisteki wypełniają całą niejako miednicę małą. Brak skarg na ból w wypadkach krwotoków wolnych do jamy brzusznej, tłumaczy sobie kol. Saks brakiem odczynu ze strony otrzewnej, lecz częściową utratą świadomości przez obfity krwotok wywołaną.

Posiedzenie z d. 5 Marca 1902 r.

I. Kol. Birenweig przedstawił 2 chorych, dotkniętych *Follicul. agminata trichophytica*. U jednego z nich na pośladku prawym placek 4 kątny, długości 6 ctm. szerokości 3 ctm. wystaje nad poziom skóry na $1\frac{1}{2}$ ctm., ściśle odgraniczony. Powierz-

chnia nierówna, pokryta strupkami, po których zdjęciu przy ucisku wypływają krople ropy. Bakteryi ropotwórczych nie znaleziono, hodowle nie były robione. Cierpienie trwa 3 tygodnie. U drugiego chorego identyczna sprawa, umiejscowiona na kostce bocznej prawej. Obydwoj chorzy pracują przy koniach. Przyczyną cierpienia jest trichofyton, odmiana grzybka pochodzenia końskiego, jedyna forma wywołująca ropienie.

II. Kol. Pański. Trzy przypadki cierpienia Thomsen'a (Myotonia congenita) Dwa przedstawione w Tow. Lek. Łódzkim.

W..., 27 lat, żonaty, ma 3 dzieci. Chory od dzieciństwa. Cierpienie polegało na tem, iż po wykonaniu niektórych ruchów mięśnie, przyjmujące udział w danym ruchu, pozostawały w stanie skurczu, którego chory przez kilka do kilkudziesięciu sekund nie mógł przewyciężyć.

Podlegały cierpieniu: a) Mięśnie dolnych kończyn: przy wchodzeniu na schody był zmuszony często jedną dolną kończyną zatrzymać na stopniu przez kilkadziesiąt sekund.

b) Mięśnie górnych kończyn: kończyny raz zgiętej nie mógł wyprostować, raz wyprostowanej — zgiąć; toż samo dotyczyło dłoni i palców.

c) Mięśnie karku i szyi: pochylonej głowy nie mógł unieść ku górze, zwróconej w stronę — nie mógł odwrócić.

d) Mięsień przełyku i krtani: płynne pokarmy często jakby uwierały w przełyku, a wtedy występowały objawy kurczu krtani, tak, iż twarz chorego stawała się siną; pokarmy stałe rzadziej ten objaw wywoływały.

e) Mięśnie twarzowe: zamkniętych powiek nie mógł roztworzyć; podczas jedzenia lub ziewania usta pozostawały otwarte, lub zaciśnięte.

Większość tych objawów ustąpiła z biegiem czasu lub też powtarza się rzadko.

Obecnie objawy ograniczają się do: a) mięśni okrażających oczy, których roztwarcie zupełne trwa do 40 sekund, po 12 zaś sekundach widoczna jest zaledwie nieznaczna szczelina między powiekami i b) mięśni szyi i karku — odwrócenie zwróconej na stronę głowy jest możliwe po kilkunastu zaledwie sekundach.

Drażnienie mięśni słabym prądem faradycznym wywołuje silny skurcz, który przy zastosowaniu silniejszego prądu trwa jeszcze po przerwaniu prądu do kilkunastu sekund (Nachdauer der Farad. Contraction). Podrażnienie mięśni katodą prądu stałego wywołuje leniwy skurcz, który po przerwaniu prądu trwa jeszcze, i mięsień powoli dochodzi do stanu pierwotnego (Zuckungsträgheit und Nachdauer der galvan. Contrak.). Przy stałym działaniu na mięsień galwanicznego prądu pojawia się falowanie mięśnia. W danym przypadku występuje wyrażnie myotoniczny odczyn elektryczny Erb'a.

Objawów, któreby wskazywały na cierpienia organiczne lub funkcyjne układu nerwowego, brak.

W..., synek poprzedniego, 3½ roku. Ojciec utrzymuje, iż syn jego miewa wszystkie wyżej przytoczone objawy i że takowe wystą

piły w pierwszych tygodniach jego życia (na co ojciec baczną zwracał uwagę, obawiając się właśnie, by syn nie był dotknięty tą chorobą). Po obudzeniu się nie roztwierał odrazu powiek, lecz czynił to bardzo wolno. Podczas ssania, prawie przy każdym połykaniu, miewał ataki laryngospazmu, trwające po pół minuty i dłużej, rzadko krócej, przyczem twarz stawała się siną; atak mijał powoli. Upadłszy nie mógł się podnieść, a także żadnego nie mógł wykonać ruchu kończynami, występował bowiem silny skurcz mięśni wyprostnych, czasami i oddechowych.

Obecnie objaw tonicznego skurczu mięśniowego dotyczy w silnym stopniu mięśni powiek i mięśni gardzieli; te ostatnie przy akcie łykania płynów powodują również skurcz mięśni krtaniowych. (Picie wody demonstrowane.) W mięśniach również myotoniczny odczyn elektryczny (jak u poprzedn.) Przy zamknięciu powiek biernym ten sam objaw (demonstracja.)

W..., dziewczynka, 4 tygodnie; prawidłowo zbudowana, o dobrym wyglądzie. Nie może otwierać powiek po przebudzeniu się, a trwa ten proces do 1 minuty i dłużej. Podczas ssania lub łykania płynów występują te same objawy, jakieśmy spostrzegali u jej brata; na objawy te zwróciła matka uwagę od przyjścia na świat maleńkiej i z powodu tychże zwrócono się po poradę.

Ciż sami rodzice mają córeczkę 2-letnią, dotychczas zupełnie zdrową.

Nie ulega chyba żadnej wątpliwości, iż cierpienie naszych chorych jest wrodzone, a nie nabyte.

Jak widzieliśmy, objawy wszystkich wyżej opisanych chorych są identyczne: toniczny skurcz mięśni, występujący po wykonaniu jakiegoś ruchu. Objawowi temu towarzyszy myotoniczny odczyn elektryczny mięśni, jaki dowiedliśmy u dwóch badanych w tym kierunku pacjentów. Gdy dodamy do tego: brak objawów, wskazujących na inne cierpienia układu nerwowego, i dziedziczność, która jest zupełnie widoczna, dojdziemy do wniosku, iż chorzy nasi mają komplet objawów zdarzających się jedynie w cierpieniu Thomsena'a (Myotonia congenita).

Mięśnie nie były jeszcze mikroskopowo badane; czy znalezione będą w nich zmiany (przerost, zwiększona ilość jąder i zmiany w samych włóknach—bez widocznego przyrostu tkanki łącznej) charakterystyczne dla myotonii, jakoteż czy —w myśl Bechterewa—rozbiór moczku wskaże składowe części w tej proporcji, jaka cechować ma to cierpienie (zmniejszenie kwasu moczowego, zwiększenie kreatyny i. d. postaram się później zakomunikować.

W dyskusji przyjmowali udział koledzy: Sterling i Maybaum.)

III. Kol. Saks: O badaniu zewnętrznem rodzących; 70 porodów bez badania wewnętrznego przeprowadzonych.

Wspomniawszy o niebezpieczeństwach, zagrażających rodzącej przy badaniu wewnętrznem, prelegent stwierdza fakt niepewności wszelkich metod odkażania rąk, co musiało skłonić akuszerów do ograniczenia badania wewnętrznego, a nawet zaniechania go; zadawania się zaś wyłącznie badaniem zewnętrznem w wypadkach poro-

dów normalnie przebiegających. Prelegent w kilku słowach opisuje sposoby rozpoznawania rozmaitych położań płodu i wykazuje, że przy pomocy badania zewnętrznego udaje się stwierdzić rozmaite zбочzenia w przebiegu porodu; na wypadek stwierdzenia pewnego zбочzenia w przebiegu porodu lub podejrzenia takowego winniśmy zbadać rodzającą wewnątrznie w celu wyświe tlenia kwestyi. Wyliczając rozmaite zarzuty metodzie badania zewnętrznego stawiane, prelegent wykazuje niesłuszność ich; przyznaje niemożność rozpoznania — przy pomocy badania zewnętrznego — wypadnięcia pępowiny obok części poprzedzającej. Przyjąwszy jednak pod uwagę rzadkość omawianego zбочzenia, częstą bezskuteczność zabiegu w tych przypadkach, prelegent wypowiada zdanie, że skutki nierozpoznania tego zбочzenia są na ogół mniej szkodliwe od nieumiejęt nego badania wewnątrzniego przez akuszerki, które niejednokrotnie przez częste i nieumiejętne badania wywołują rozmaite zбочzenia w przebiegu porodu, a między nimi i wspomniane wyżej. Po teoretycznym omówieniu metody, prelegent podzielił się ze słuchaczami swemi obserwacyami nad badaniem zewnątrznie rodzących, w szpitalu małż. Poznańskich czynionemi. W czasie czynienia obserwacyi odbyło się w szpitalu 116 porodów, z nich w 71 przypadkach badano wyłącznie zewnątrznie, t. j. w przeszło 60% przypadków. Prelegent spodziewa się przy dalszych obserwacyach otrzymać wyższy procent wyłącznie zewnątrznie badanych; ostatnio ma prelegent seryę 20 porodów, przy których raz tylko (eklampsyja, kleszcze) rodzającą wewnątrznie badano. W czasie omawianym procent wyłącznie zewnątrznie badanych był trochę za nizki z powodu: 1) niedostatecznej wprawy i 2) z powodu zmiany akuszerki (nowej akuszerce w celach dydaktycznych pozwolono na początku badać wewnątrznie). Rozejrzawszy się w przypadkach badanych wewnątrznie, widzimy, że w 17 przypadkach miano do czynienia z poro dami patologicznymi, wymagającymi rozmaitych zabiegów (klesz czce, wymóżdżenie, obrót i t. p.). w jednym przypadku, b. obszernego oparzenie całego prawie ciała, badanie zewnętrzne było niemożliwe z powodu opatrunków; w 3 przypadkach rodzące przybyły do szpi tała, badane już uprzednio w domu, w 8 przypadkach pozwolono badać wewnątrznie akuszerce w celach samokształcenia, w 5 przypadkach badano wewnątrznie niepotrzebnie; w 8 nakoniec przypadkach badanie zewnętrzne nie wyjaśniło należycie położenia płodu, zbadano przeto rodzące wewnątrznie (nadmierna grubość powłok brzusznych, nadmierna ilość wód). Na 71 przypadków porodów, w których za dowolniono się badaniem wewnątrznie, w 18 przypadkach miano do czynienia z t. zw. Sturzgeburt (poród gwałtowny) lub z porodem w okresie przerzynania się części przodującej; w 13 przypadkach przeprowadzono poród bez badania wewnątrzniego; pomiędzy rodzącemi przeważały pierwiastki, były jednak wielorodzące; były rodzące dotknięte znacznymi obrzękami, cierpieniami płuc, serca lub nerek, co nie było przeszkodą do zadowolenia się wyłącznie badaniem zew nętrznem. 64 razy miano do czynienia z położeniem czaszkowem, dwa razy z pośladkowem.

W końcu zachęca prelegent kolegów do kształcenia się w badaniu wewnętrznem rodzących, które w przypadkach porodów normalnie przebiegających w zupełności zastąpić może badanie wewnętrzne.

Dyskusya. Kol. Wisłocki jest zdania, że byłoby pożądane, aby akuszerki ograniczały się badaniem zewnętrznem; lecz, niestety, akuszerki nie są zdolne do badania zewnętrznego. Co się tyczy lekarzy, to są oni zwykle wołani do przypadków nieprawidłowych, więc prawie zawsze im wypada badać wewnętrznie. Kol. Rundt radzi stosować badanie zewnętrzne w przytulkach położniczych; ale w praktyce prywatnej nawet dla lekarza bardzo często jest niezbędne badanie wewnętrzne.

Kolega Saks pragnął by ustalić fakt, że nie jest bynajmniej zwolennikiem badania zewnętrznego rodzących à tout prix, jak by to z przemówień kolegów sądzić było można; w odczycie swym kładł nacisk na potrzebę badania wewnętrznego w wypadkach jakiegokolwiek zбочenia w przebiegu porodu lub niepewności rozpoznania. Nie zgadza się kolega Saks ze zdaniem kolegi Wisłockiego, jakoby ta metoda przystępną była tylko lekarzom, praktyka przekonała go bowiem najwymowniej, że akuszerki w czasie bardzo krótkim nabywają zupełnie dostatecznej wprawy w omawianym sposobie badania; kol. Saks przyznaje słuszność kol. Rundzie, że warunki praktyki codziennej niejednokrotnie skłonić nas mogą do badania wewnętrznego, co jednak bynajmniej nie ma nic wspólnego z naukowym znaczeniem metody badania zewnętrznego.

IV. Kol. Krusche przedstawił preparaty: a) górnej szczęki dorosłego mężczyzny, dotkniętego mięsakiem; b) raka gruczołu tarczowego, usuniętego u 69 letniego mężczyzny.

Bronisław Handelsman.



REFERATY



Heflter Leczenie przewlekłych cierpień serca za pomocą kąpeli, oraz gimnastyki. Wnioski autora zdążają do tego, że leczenie chorób sercowych w taki sam sposób, jak się to dzieje w Nauheimie, może być z równie dobrym skutkiem przeprowadzone w domu.

Najbardziej czynne składniki źródeł w N. stanowią chlorek sodowy (2 — 3%), chlorek wapna ($1\frac{1}{2}$ — $2\frac{1}{2}$ %) tudzież znaczna zawartość kwasu węglanego. Kąpiele więc w N. są solankowe lub gazowe. Chcąc otrzymać sztuczną słabą kąpiel solankową do 300 l. wody dodajemy 3 kłg. Na Cl. + 300 grm. Ca Cl₂; powiększając zawartość jednej lub obydwóch soli w dwój — lub trójnasób, wreszcie dodając Co₂, możemy dowolnie skład ich zmieniać.

Właściwie rzeczy biorąc, kąpiel nauheimska jest solankową, gdyż większa część wody idzie do wanien nie ze źródeł, a ze zbiorników, w których pozostaje przez czas dłuższy, tracąc w ten sposób prawie całą ilość zawartego w niej kwasu węglanego.

Leczenie w domu zaczynamy od słabych kąpeli, zawierających 1% Na Cl. i 0,1% Ca Cl₂; ciepłota w początku nie powinna przekraczać 33 — 35°C, czas trwania 5 — 10 minut; zależy to

oczywiście od ciężkości przypadku, — lepiej wszakże zacząć od wanień 5 minutowych i stopniowo dojść do 10 minut.

Gdy chory znosi kąpiel dobrze, moc jej przez dwa dni pozostaje ta sama; czwartego dnia powinien chory zupełnie wypocząć: jest to niezbędne z tego względu, że kąpiele, bądź co bądź, nużą, a i serce ma przytem większą pracę. Następne 3 kąpiele powinny być już mocniejsze, poczem znowu chory ma dzień wolny. Podczas trzeciej seryi czas trwania kąpeli powinien być codzień o minutę dłuższy, w czasie zaś seryi czwartej kąpiel powinna być codzień o $\frac{1}{2}$ stopnia zimniejsza. Tu zauważyć winniśmy, że chorzy na gościec lub niedokrwistość ciepłotę niską znoszą źle. W końcu możemy zawartość soli podnieść do 3% NaCl. i 0,3% CaCl₂ ciepłotę zniżyć do 24°, czas trwania przedłużyć do 20 minut. Po kąpeli ciało należy dobrze wytrzeć, chory zaś powinien wypocząć w ciągu godziny. Wogólności wystarcza zwykle 25 kąpeli. Pamiętać należy, by stężenie kąpeli oraz zmniejszenie ciepłoty następowo powoli, w przeciwnym bowiem wypadku serce ulega znużeniu wskutek przeciążenia się.

Drugim czynnikiem leczniczym jest gimnastyka z oporem; Heftler jednak przywiązuje do niej mniejszą wartość, a nawet sądzi, że można by się bez niej całkowicie obejść. Gimnastyka owa polega na tem, że chory wykonywa szereg ruchów, podczas których gimnasta, a w braku ostatniego inteligentny posługacz, stawia mu pewien opór. Ruchy powinny być powolne, równomierne, przy czem mięśnie muszą się energicznie kurczyć; po każdym ruchu następuje $\frac{1}{2}$ minutowa przerwa. Cwiczenia, które rozpoczynać należy do ruchów rąk, potem nóg, wreszcie całego ciała, zasadzają się na zginaniu, wyprostowywaniu, wreszcie ruchach kołowych. Seans trwa 20 — 30 minut, wliczając w to już i przerwy; o ile na to pozwalają siły chorego, ćwiczenia gimnastyczne powinny odbywać się codzień. Fیزیologiczne i lecznicze znaczenie ćwiczeń mięśni jest takie same, jak i działanie kąpeli, przedewszystkiem sprawiają one rozszerzenie wewnątrzmięśnych naczyń krwionośnych. Mniemanie jakoby wskazanie do stosowania kąpeli oraz gimnastyki jest to samo, co i dla naparstnicy, jest niesłuszne, albowiem w wielu przypadkach, gdzie naparstnica została bez skutku, autor po przeprowadzeniu leczenia kąpielami, otrzymał dobre wyniki; w innych znowu, naparstnica zaczęła działać dopiero po wzięciu przez chorych kilku kąpeli.

Wskazania do stosowania kąpeli oraz gimnastyki są następujące: ostre lub przewlekłe rozszerzenie serca, czynnościowa niedostateczność mięśnia sercowego z wadami lub bez wad zastawkowych; zapalenie mięśnia sercowego po chorobach zakaźnych (dur, grypa i t. d.); stłuszczenie mięśnia sercowego, wreszcie dusznica sercowa.

Przy tętniakach aorty, miażdżycy naczyń krwionośnych, wreszcie daleko posuniętem zapaleniu serca — stosowanie omawianego leczenia jest przeciwwskazane.

Wolrad Marc. O sposobie życia oraz dyecie przy schorzeniach mięśnia sercowego. Autor opisuje sposób życia, tudzież dyetę zalecaną chorym podczas picia wody Wildungen; podane przez niego wskazówki nadają się również i dla tych, kto z jakich bądź powodów zmuszony jest leczenie wodami mineralnymi przeprowadzić w domu.

Pragnąc, by cel leczenia za pomocą wanień, tudzież wód mineralnych został osiągnięty, a zmiany zaszły w skutek choroby wyrównane, powinien chory wziąć stanowczy rozbrat ze starami przyzwyczajeniami; rdzeń bowiem leczenia bynajmniej nie leży w tem, by zgodnie z przepisem lekarza wypić pewną ilość kubków wody lub wziąć tyle a tyle kąpieli; a więc trzeba nieraz zmienić cały tryb swego dotychczasowego życia: kto lubi długo spać, powinien starać się wstawać wcześniej, by jaknajwięcej korzystać z orzeźwiającego powietrza rannego; uczony wolnych chwil niech niewypełnia studjami, kupiec niech zaprzestanie korespondencji, smakosz musi się przyzwyczaić do skromniejszego pożywienia, chory zaś z podupadłym łaknieniem, gdy takowe pod wpływem leczenia się wzmoże, powinien wszelkich usiłowań dołożyć, by poderwane siły odzyskać.

Nerki nadzwyczaj żywo reagują na wprowadzone do żołądka pokarmy oraz przyprawy korzenne, już bowiem w godzinę po spożyciu octu lub pieprzu mocz licznych chorych staje się ostrzejszy, co powoduje częstszą potrzebę moczenia się tudzież palenie lub kłócie w cewce moczowej; to samo zachodzi po spożyciu zbyt obfitej ilości nazbyt mocnego wysokoku. U wybitnie nerwowych chorych lub u takich, których cierpienie posiada cechy nerwowości, uczucie powyższe zjawia się już zaraz po przełknięciu a nawet po samym tylko skosztowaniu tego rodzaju przypraw lub napojów. Otóż, biorąc pod uwagę powyższe dane, osoby z cierpieniami narządu moczowego powinny zachowywać dyetę łagodną, a więc wolną od wszelkich ostrych przypraw korzennych, jak ocet, pieprz, papryka, gorczyca, surowy chrzan, ostre sery i t. d.; sól w dowolnej ilości jest dozwolona; pozatem unikać winni przeładowania żołądka, tudzież zbyt częstego jedzenia; wystarczy zwykle 3 biesiady dziennie, a i podczas tych chory nie powinien najadać się do syta. Sposób odżywiania się takich chorych można mniej więcej naszkicować tak: Śniadanie: kawa mleczna, herbata, kakao lub mleko z dobrze wypieczonym chlebem pytlowym z masłem. Osoby słabsze mogą obok tego spożyć 1—2 jaja na miękko lub kawałek chudej surowej lub gotowanej szynki. Obiad: niezbyt tłusta zupa z grysikiem, ryżem lub kaszką, pieczeń i kompot; od czasu do czasu lekka i nie za tłusta ani za słodka legumina; osoby otyłe tudzież cierpiące na dnę, piasek lub kamienie moczowe, niech lepiej ani zupy ani leguminy nie jadają. Kolacya: zimna przekąska z chlebem pytlowym i masłem, kotlet cielecy lub nietłusta ryba; za napój służyć mogą: herbata, szklanka mleka, wreszcie 1 — 2 szklanki słabego wina. Wieczera nie powinna nigdy być zbyt późna, najle-

piej między 7-ą a 8-ą. Trzy te biesiady niektórym chorym nie wystarczają. Zbyt słabi lub nerwowi powinni jadać nieco częściej i mogą na drugie śniadanie spożyć filiżankę buljonu z żółtkiem, na podwieczorek zaś, koło godziny 4, filiżankę kawy mlecznej lub herbaty; na picie wody o 11 i 5 nie wyrze to żadnego wpływu. Wogóle, nie należy zapominać, że podczas starannego leczenia wodami mineralnymi pokarmy trudno strawne są nader szkodliwe. Chorzy o dobrem trawieniu mogą w zwykłych warunkach korzystać z większej swobody, atoli podczas leczenia powinni równie pilnie przestrzegać diety. Zakazowi podlegają: potrawy zbyt kwaśne, nadmiar tłuste tudzież korzenne; do trudno strawnych należą: ciężkie leguminy, zwłaszcza sporządzane na tłuszczu, chleb razowy, kartofle, jarzyny strączkowe, jaja na twardo, ser, mięso peklowane lub wędzone z wyjątkiem delikatnej szynki, tłuste ryby, homary i raki. Potraw uspasabiających do zaparcia stolca, jak kleiki, kakao i t. p., o ile można, należy unikać, albowiem samo picie wody nieraz uspasabia do zaparcia.

Polecenia są godne następujące potrawy: dobra, soczysta, nie zbyt tłusta wołowina, cielęcina i baranina; kura, gołąb, kuropatwa, indyk, kapłon, sarnina, zając w tłustym sosie; z ryb zaś szczupak, pstrąg, mała kambała, łupacz. Ryby powinny być nie smażone, lecz gotowane i polane masłem (po polsku). Z jarzyn pierwszeństwo należy oddać młodej zielonej fasoli, marchwi, kalafiorom, szparagom, kapuście kuchennej, szpinakowi, wreszcie świeżym jarzynom liściastym i korzeniastym*). Kartofle najodpowiedniejsze są w postaci purée lub pommes frites. Autor nie widział, by zupełne powstrzymanie się od alkoholu wyszło na korzyść chorym; i tu umiarkowanie stanowi najlepszą zasadę. Najodpowiedniejsze dla chorych, o których mowa, jest lekkie wino Mosel, które autor poleca dla tego, że nie sprawia ono przy wodzie Wildungen zaparcia stolca, — owszem nawet do pewnego stopnia podnieca czynności kiszki. Dozwolone są również lekkie gatunki win reńskich. Chorzy z zaparciem stolca lub tacy, u których po spożyciu wina białego powstają w żołądku kwasy, niech piją czerwone wino: Oberingelheimer lub lekkie Bordeaux; dozwolone są również lekkie gatunki Markgrafter lub Pfalz; mocne — szczególnie dla chorych na nerki — są szkodliwe. Mocnych win południowych należy używać jedynie z polecenia lekarza jako lekarstwa.

Podług Centralbl. f. die ges. Ther. 1901 № 12.

Fr. Gr.

Feliks Klemperer. O leczniczym zastosowaniu tlenu. Jakkolwiek praktyczna wartość leczenia tlenem nie da się zaprzeczyć, to jednak badania fizyologiczne bynajmniej nie dostarczają nam podstawy do zrozumienia dobroczynnego wpływu tlenu; doświadcze-

*) Zimssen przy cierpieniach nerek radzi unikać rzodkiewki, rzepy, chrzanu, sekerów, porów tudzież szparagów, — zbyt bowiem podrażniają mięsz nerkowy. (Porów. Handbuch der Ernährungstherapie Leydena II str. 628). Gr.

nie bowiem dowodzi, że, oddychając w atmosferze czystego tlenu, organizm zwierzęcy zużywa tlenu bynajmniej nie więcej, niż w zwykłym powietrzu. Autor natomiast utrzymuje, że przy wdychaniu tlenu pod zwiększonym ciśnieniem krew wchłania takowy w ilości większej. Jakże tlen wywiera działanie, to inna kwestya.

Michaelis, polecając na klinice v. Leyden'a setkom chorym wdychać ogromnych ilości tlenu, stwierdził, że zwłaszcza cierpiący na duszność poddają się temu leczeniu chętnie i wprost domagają się powtórzenia inhalacji; zauważono przytem, że tętno tudzież oddychanie ulega zwolnieniu.

Bez zaprzeczenia dobre wyniki otrzymano w następujących przypadkach: przy zatruciach, zwłaszcza tlenkiem węgla (odtrutka), gazami kopalnianymi lub tunelowymi oraz wskutek palenia; wreszcie, przy zatruciu methemoglobina. Świetny wynik otrzymał Michaelis w 1 przypadku zatrucia morfiną, jakkolwiek w rezultacie przypadek ten zakończył się śmiercią; — inni znowu przy zatruciu strychniną. Jerzy Meyer zaleca wdychanie tlenu przy ratowaniu topielców, Wolgemuth przy odurzeniu chloroformem. Tu, jakoteż w innych przypadkach, tlen przynosi daleko więcej korzyści, niż zwykle sztuczne oddychanie. W drugim rzędzie do leczenia tlenem nadają się stany dyspnoetyczne, występujące wskutek zwężenia krtani lub tchawicy; dalej wskutek zapalenia oskrzeli lub rozedmy płuc, przy dusznicy sercowej, w stanach osłabienia serca, w przypadkach tętniaków, którym towarzyszą napady duszności i t. d. Wreszcie, wdychania tlenu były z dobrym skutkiem stosowane w celu ulżenia agonii. Ilość waha się między 15 a 20 litrami kilka razy dziennie.

Podług Centralbl. f. die. Gesamte Therapie 1901 № 12.

Fr. Gr.

H. Weber **Znaczenie metody oraz usposobienia indywidualnego w leczeniu gruźlicy** Znana to rzecz, że wprowadzając pewne środki lekarskie, wywierające szczególnie dobroczynny wpływ na pewne choroby spotrzegamy niekiedy niekorzystne działanie takowych; te to niekorzystne skutki działania pewnych leków zależą od idiosynkrazyi; pouczają one, że zawsze powinniśmy mieć na uwadze, że nie wszystkich ludzi można leczyć w jednakowy sposób, że niema prawie takiego leku, któryby na tego lub owego nie wywarł ujemnego działania, że dłuższe stosowanie takich leków może sprowadzić wprost oplakane następstwa, że, krótko mówiąc, ten lub ów sposób leczenia bynajmniej nie daje się zastosować wszędzie.

W ten sposób rzeczy stoją nie tylko w stosunku do leków; to samo bowiem da się powiedzieć o wszelkich innych metodach leczniczych, a więc dyetetycznej, higienicznej, klimatycznej, wreszcie psychicznej. Oczywiście, leczenie gruźlicy nie stanowi wyjątku. Niektórzy lekarze sądzą, że, chcąc zapobiedz gruźlicy, nigdy nie możemy mieć za dużo świeżego powietrza; a jednak to nieprawda; albowiem wiatr działa często szkodliwie, lubo nie ulega wątpliwo-

ści, że dostarcza on płucom bez porównania więcej powietrza; to samo się stosuje do leżenia dzień i noc na dworze przy spokojnem powietrzu: niektórzy chorzy wprost nie znoszą tego zabiegu nawet podczas dnia. Nie wszyscy chorzy jednakowo dobrze czują się w tym samym klimacie; np. jedni nie znoszą powietrza górskiego, sprowadza bowiem bezsenność, brak łaknienia; przy zmianie podniebia objawy powyższe ustępują. Zmiana tu staje się wprost niezbędną, niekroć polepszenie postępuje zbyt wolno lub wogóle przestaje postępować.

Podczas gdy niedawno jeszcze za główne czynniki przy leczeniu gruźlicy uważano klimat, odżywianie, oraz odpowiednio uregulowany ruch, ostatnimi czasy trzymamy się zasady, że przy skłonności do gorączki chory powinien zachowywać spokój; atoli znane są przypadki, gdzie dłużej trwający spokój sprowadza niepożądane skutki, jest więc nieodpowiedni. W 2 spostrzeganych przez autora przypadkach nuda oraz pogńębienie psychiczne wywarły niekorzystny wpływ. Zwłaszcza warunki psychiczne w leczeniu suchot odegrywają wybitną rolę: dla licznych chorych najodpowiedniejszym jest pewien stan spokoju psychicznego; nie ulega jednak wątpliwości, że zdarzają się wyjątki, w których zabranianie choremu stosunków towarzyskich lub lektury odbija się niekorzystnie na jego zdrowiu. Tak samo należy indywidualizować i sam sposób leczenia: jedni bowiem chorzy czują się lepiej w zakładach zamkniętych, inni natomiast prędzej do zdrowia przychodzą pod wpływem leczenia na swobodzie. I tu, oczywiście, czynniki psychiczne odegrywają ogromną rolę, powinny przeto znaleźć jaknajszersze uwzględnienie.

Podług Centralbl. f. die Gesam Ther. 1901. № 12.

Fr. Gr.



WIADOMOŚCI DROBNE

— Przeciw *chorobliwemu wyptyłowi nasiennia* poleca Feleki zażywanie Extr. fl. Hydrast. Canad. 3 razy dz. po 15—20 kropeł.

— Przewlekłą i upartą *pryszczycę* leczy Seipiades okładami z 4^o₀₀ sublimatu.

— Jako *płyn przeciwnieżylny*, a zarazem tamujący krew, poleca Marx mieszaninę składu: Chinini hydrochl. 1,0—2,0; Spirit. rectif. 3,0 Aq. dest. 1000,0. Do zwilżania kompresów.

— Filatow poleca gorąco *kompresy alkoholowe* (96%), co 2 godziny zmieniane, *przy zap. wyrostku robaczkowego* u dzieci. Na kompres—warstwa flaneli, a na flanelę—worek z lodem.

— Przeciw *hyperhidrosis manuum*: Rp. Ac. salicyl. Natr. bicarb. aa 15,0. Ac. boric. 5,0. Glycerini. Spirit. vin. dil. aa 6,0. D. S. 3 razy dziennie wcierać.

— Brieger stosuje *przy zapaleniu płuc* u dzieci *kąpiele gorące*, 37°—38° C, w ciągu 10 minut, z następczem zawijaniem suchem. U starców i otyłych stosuje *opaskę krzyżową*, owijając chorego w prześcieradła zmaczane wodą pokojową i dobrze wyżęte. Przy wysokiej cieplocie opatrunek często zmienia; gdy ciepłota jest niżej 39° C. zostawia opaskę aż do wystąpienia potu. Po wystąpieniu potu—krótkie obmywanie zimne. Szczególnie dobre wy-

niki miał przy zap. płuc grypowem. (Wiener kl. Woch. № 28, 1901).

— Spiegler tak leczy *ograniczone przewlekłe wypryski*, niedające żadnych objawów zapalnych: obmyć dokładnie mydłem; wytrzeć wacikiem zmoczanym w mieszaninie ługu potasowego i wody, aa.; opłukać nadżartą powierzchnię wodą; wysuszyć wacikami; posmarować 50% lapisem. Pokryć strup w ten sposób wytworzony watą i zabandażować. Wyzdrowienie pod strupem następuje w ciągu 1—3 tygodni (Centr. f. Ther. 1902. № 1. Refer.).

— Reni stwierdził, że *po* kilkuminutowej *kąpieli zimnej*, w wodzie ciepłoty około 1^o C., występuje *białkomocz*, szybko bez wszelkich złych następstw mijający. Im słabszy jest dany osobnik, tem wyraźniej i prędzej występuje ten objaw. (Aerztl. Monat 1901. XII).

— Hagenbach-Burckhardt bardzo zaleca stosowanie *wziewań tlenowych u dzieci* przy *sinicy* z powodu *zwężenia dróg oddychowych błonicowego*, — z powodu *zap. płuc*; w kilku (na 20) przypadkach zabieg ten miał wprost ocalić życie chorych. (Jahrb. f. Kinderh. 54. 4).

— Jesdik poleca w celu leczenia *ksztusca* *wiewanie pary formalinowej* za pomocą znanej lampy; na 20 m³ użyć 1 pastylkę formalinową. Chory pozostaje w pokoju, w którym się ulatnia fomalina, przez 10—30 minut. Co dzień taki jeden seans; podobno po trzech seansach znika kaszel. (Aerztl. Monatsh. 1901. XII).

— Podług Rosenberga *odraża do wielu leków* (np. olej rycynowy) *zależy nie od ich smaku, lecz od ich zapachu*; dla tego łatwo je zażywać, jeśli mocno zacisnąć nos, a po przełknięciu wytrzeć wargi i wypłukać usta; potem dopiero nos odetkać. (Ther. Monatsh. 1901. XI).

— *Zapobiegać odleżynom* można, smarując, dwa razy dziennie, skórę taką mieszaniną: Rp. Balsami peruv. 1,0. Guttaperchae 4,0. Chlorotormii 3,0. M.D.S.

— W r. 1900-ym pisaliśmy w „Czasopiśmie” (str. 483) o *taniej restauracji dla chorych* w Berlinie. Otóż z pierwszego sprawozdania o działalności tej restauracji dowiadujemy się, że wydała ona w r. 1901-ym trzydzieści sześć tysięcy porcyi (Zt. f. diäth. Ther. V. 7)



KRONIKA

a) Kronika naukowa.

Wymioty krwawe po operacjach. Bardzo niedawno zwrócono uwagę na pooperacyjne wymioty krwawe, stanowiące b poważne powikłanie różnych zabiegów, najczęściej jednak brzusznych. Te wymioty występują najczęściej w ciągu pierwszej doby pooperacyjnej i trwają od paru godzin do kilku dni; towarzyszy im upadek sił, tętno niemiernowe, oziębienie kończyn.

Jakkolwiek niezawsze im towarzyszą objawy septyczne (nap. objawy ze strony otrzewnej), wymio-

ty krwawe pooperacyjne należy uważać za posocznicę; jej b. szybki rozwój jest przyczyną braków w obrazie klinicznym. Przy sekcji bowiem znajdowano albo ropnie w różnych narządach, albo inne objawy zarażenia septycznego; błona śluzowa żołądka i kiszki była zdrowa. Rzecz prosta, że te wymioty nie wykluczają istnienia wymiotów krwawych z powodu wrzodu żołądka, pęknięcia naczyń zwyrodniałego lub z powodu zatoru żylowego. Ale najczęściej jest hae-

motemesis post-operatoria jedynym i groźnym objawem zakażenia septycznego.

Rokowanie jest tem lepsze, im wyraźniejsze są objawy posocznicy, wyrażające się w podniesieniu ciepłoty, w zmianie poзору rany, w zmianie jakości wydzieliny.

Purves (ref. we „Wracz. Gaz. № 10) leczy te wymioty przemywaniem żołądka (2% Arg. nitr.) z następczem waniem 15 kropel 10% solut. Cocaini mur.; lawatywy odżywcze; podskórne wlewania roztworu soli kuchennej; strychnina pod skórę.

Laseczniki pseudo-gruźlicze. Jak wiadomo, ostatnich lat badania wykazały szereg drobnoustrojów, mających też same morfologiczne własności, co lasecznik Kocha, a jednak niewywołujących gruźlicy. Takie laseczniki znajdowano wszakże dotąd wyłącznie w otoczeniu człowieka, znajdowano w masle, w paszy bydłowej, w wypróżnieniach bydłowych, nigdy jednak w ciele człowieka lub jego wydzielinach.

Dopiero Lubarsch podobne laseczniki znalazł w 6 przypadkach w wydzielinie ludzi chorych, mianowicie w jamie opłucnej, w ropie i 3 razy w płwocinie. Te laseczniki (nazwane przezeń bac. acidophilus) szczepione morświnkom zakażenia gruźliczego nie wywołały.

Podobnie się rzecz miała w przypadku demonstrowanym w dniu 3 Marca r. b. przez Lichtensteina i Leydena w berlińskim tow. med. wewnętrznym.

W płwocinie chorego, mającego częste krwioplucia, znaleziono laseczniki zupełnie przypominające las Kocha, ale nie odporne na odbarwienie alkoholem, to jest, tracące barwnik pod wpływem tego odczynnika (jak wiadomo, laseczniki

Kocha opierają się odbarwiającemu wpływowi kwasów i alkoholu). Zbadano te laseczniki bliżej i okazało się, że są nieco cieńsze od gruźliczych, a szczepione zwierzętom — gruźlicy nie wywołały.

Rozpoznanie kliniczne, postawione przez Leydena przed badaniem bakteriologicznym, opiewało: bronchitis fibrinosa; to cierpienie daje niekiedy powód do haemoptoe.

Więc pomimo obecności cierpienia dróg oddechowych, którym towarzyszyło kilkakrotne krwioplucie, pomimo znalezienia w płwocinie laseczników charakterystycznych, sumienne badanie klinicysty wykluczyło gruźlicę, a badanie bakterioskopijne na zasadzie bardzo drobnych cech rozpoznawczych wykazało obecność lasecznika pseudo-gruźliczego.

Leyden słusznie położył wielki nacisk na ten wynik badania bakterioskopijnego, które przekonało, jak bardzo przy badaniu płwociny należy pamiętać o lasecznikach pseudo-gruźliczych.

Pasorzyt przymiotu? Nie po raz pierwszy świat naukowy zostaje „intrygowany“ wiadomością, że nareszcie wykryto pasorzyta przymiotu, tej choroby, o której zaraźliwości wiemy od wieków, którą leczyć też od dawna umiemy, a jednak zarazka nie znamy. Tym jednak razem wynalazca występuje z faktami ścisłymi i wartości ich nie przecenia.

Max Joseph (Berl. Tow. Lek. 5. III. 1902.) poszukiwał zarazka przymiotowego w nasieniu syfilityków, szczepiąc to nasienie na wyjąłowych łożyskach. Na takiej odżywcze wyrastały hodowle, składające się z laseczników, które morfologicznie przypominają lasecz. błonicy. Toż samo nasienie szczepione na zwykłych odżywkach (na agarze,

bulionie, surowicy) — hodowli nie dawało; jeżeli jednak część gotowej hodowli otrzymanej na łożysku przenieść na jedną z tych zwykłych odżywek, natenczas hodowla się przyjmuje i dalej rozwija.

Szczepiono nasienie dwudziestu dwu syfilityków i we wszystkich 22 przypadkach otrzymano też same drobnoustroje; były to wszystko przypadki trwające od 6 tygodni do 3 lat; z pięciu przypadków starego cierpienia — tylko raz jeden otrzymano wynik dodatni, mianowicie w przypadku najświeższym.

Naturalnie — nie wolno jeszcze mówić o s w o i s t o ś c i tego lasecznika. W każdym razie, jakiś związek z cierpieniem swoistem mieć musi. Czy zaś jest właściwą przyczyną syfilisu, czy też tylko czynnikiem z a k a ż e n i a w t ó r n e g o — pokażą dalsze badania.

Morfina jako środek oszczędzający. Rosenbach zaleca użycie morfiny w terapii chorób sercowych, ponieważ jej działanie w pewnym stopniu przypomina działanie naparstnicy, jakkolwiek mechanizm działania obu tych środków jest różny. Naparstnica wpływa na istotną pracę serca, morfina zaś zmniejsza uboczną (nie-niezbędną) pracę organów, zmniejsza pobudliwość układu nerwowego. Przy niemiarowości tętna i duszności często wystarczają spokój i morfina, która pozwala sercu odpocząć; szczególnie wdzięczne pole do stosowania morfiny widzi R. przy dusznicy bolesnej. Przy wielu chorobach ostrych i przewlekłych czyni morfina zadość wskazaniam przyczynowym. Sen jest głównym okresem tworzenia się sił w ustroju, szczególnie taki

sen, kiedy wypoczywa nie tylko kora mózgowa, ale cały układ nerwowy, zaródź wszystkich komórek ciała. Makowiec i jego przetwory wywołują taki sen.

Wpływ nakłócia łądźwiowego na mózgowie. Nakłócie łądźwiowe (p. Czasopismo Rocznik 3, str. 305) stosowane była obecnie bardzo często w celach rozpoznawczych, nieco rzadziej (przy zap. opon surowiczem i przy wodogłowiu) w celach leczniczych. Ossipow (Deut. Zt. f. Nervenk. 1902) starał się dociec, przy pomocy doświadczeń, jakie zmiany wywołuje u zwierząt zdrowych wypuszczanie niewielkich ilości płynu mózgodzielnego. Otóż najważniejszą zmianą występującą po nakłóciu łądźwiowym było silne przekrwienie naczyń mózgu i rdzenia; to przekrwienie pociąga za sobą czasem aż krwotok podoponowy; wreszcie, już jako skutek przekrwienia, powstają zmiany w budowie samej istoty układu nerwowego ośrodkowego, zmiany odżywece w komórkach nerwowych.

Więc nie jest wcale nakłócie łądźwiowe zabiegiem obojętnym nawet przy zdrowym organizmie; groźne następstwa może wywołać szczególnie łatwo przy istniejącem stwardnieniu tętnic, przy istniejących już schorzeniach układu nerwowego ośrodkowego. Niewątpliwie zaś szkodliwie działa wtedy nakłócie połączone z aspiracją.

Dokonane jednak dla celów rozpoznawczych (t. j. kiedy jedynie parę centymetrów płynu wypuszczamy) grozi nakłócie łądźwiowe jedynie w razie nieumiejętnej wykonania (zakażenie, skaleczenie naczyń oraz korzonka nerwowego).

b) Kronika bytowa.

45. Nagrody dla lekarzy! „Wiadomości gubernialne“ donoszą, że na zasadzie decyzji Rządu gubernialnego suwalskiego z dnia 15 Lutego r. b. za gorliwe szczepienie ospy przyznano jako nagrodę lekarzom: powiatowemu Krauzemu rub. 2 kop. 79, powiatowemu Radkiewiczowi rub. 2 k. 57 i wolnopracującemu Grodeckiemu rubli 1.

Komentarze zbyteczne, jak powiada „R. Wracz“.

46. W „Echach płockich i łomżyńskich“ czytamy:

W szpitalu św. Trójcy w Płocku, którego ogólny stan pod względem swych urządzeń nie pozostawia wiele do życzenia, zauważyć się jednak daje brak miejsc oddzielnych dla chorych zaraźliwych. Oto w tym tygodniu zdarzyły się dwa wypadki chorych na tyfus wysypkowy, których należało pomieścić w szpitalu. Tymczasem urządzenie korytarzowe naszego szpitala, a więc łatwość komunikacji, a następnie przenoszenia chorób do innych części lecznicy, nie bardzo sprzyja umieszczeniu takich chorych. Należałoby oddzielić część, niestykającą się zupełnie z ogólnymi salami, dla takich chorych, którzy dla drugich stanowią mogą poważne niebezpieczeństwo zarażenia się.

47. Przekład czy oryginał? Nieustalono dotąd nas zasady, czy można uważać za oryginalną pracę drukowaną np. po niemiecku po wydrukowaniu jej już uprzednio, np. po polsku.

Nam się zdaje, że po wydrukowaniu jakiejś pracy np. po polsku — jej niemiecki przekład należy już drukować wyraźnie jako *przekład z polskiego*, z zacytowaniem źródła, gdzie *oryginał* był drukowany.

Tak postępuje angiłk i francuz, jeśli wydrukuje coś w języku własnym, a potem w obcym.

Tymczasem u nas panuje zwyczaj uważania oryginału polskiego *per non est* i drukowania po raz drugi swych rozpraw w języku obcym — jako rzeczy oryginalnych, t. j. dotąd nigdzie nie drukowanych.

A wszakże nie język, tylko *treść* pracy stanowią jej istotę.

48. Ocenę przekładu „Zasady żywienia“ Moritza kończy kol. K. Rzętkowski („Krytyka lek.“ 1902. № 4) zdaniem: „Nie wątpię, że znajdzie się ona w ręku szerszego koła lekarzy nie tylko warszawskich ale i prowincjonalnych“.

Dla czego lekarze poznańscy, krakowscy, lwowscy są wykluczeni — niewiem.

To jest wszakże jasne, że krytyk swoim: „*ale i*“ podzielił lekarzy Królestwa na dwa jakieś odłamy, z których drugi jak gdyby nawet w pożywieniu duchowem miał inne potrzeby, aniżeli pierwszy. A nie o jakimś dziele specjalnem, tylko o „Zasadach żywienia chorych“ jest tu mowa.

Jestem pewien, że kol. R. wcale nie chciał swoim wyrażeniem dotknąć lekarzy prowincjonalnych.

Tem jednak gorzej!

Bo świadczy to, jak głęboko jest w lekarzach warszawskich zakorzenione przekoranie o tem, że są *inni*, aniżeli prowincjonalni.

Tak dalece *inni*, że, nawet pisząc o nowej książce polskiej, uważa krytyk warszawski za właściwe wyodrębnić oddzielną grupę czytelników prowincjonalnych.

49. Następujące zdarzenie ważne i dla nas z powodów, o których niżej, opisuje „Boln. Gaz. Botkina“ (№ 10). W sądzie jekaterinodarskim sądzono następującą sprawę. Oskarżono niejakiego P. o zadanie śmiertelnej rany niejakiemu S. Ten ostatni był przywieziony do szpitala, gdzie stwierdzono ranę w okolicy prawej kości ciemieniowej. Po 5 tygodniach S. umarł. Na sądzie lekarze, którzy leczyli S., i ci, którzy wykonali sekcję, uznali ranę za ciężką, ale nie śmiertelną. Śmierć była skutkiem okoliczności ubocznych. Karty szpitalne wykazały, że S. był już w okresie zdrowienia, kiedy do szpitala przybył inspektor lekarski i — w nieobecności ordynatorów — zdjął opatrunek z głowy chorego, a niemogąc potem wsunąć z powrotem sączka, polecił to uczynić felczerowi i zabandażować ranę. Felczer sączek wstawił w innym kierunku, aniżeli należało, przyczem rozdarł tkanki, które dzieliły powierzchwniejącej od opon mózgowych; dzięki temu rozwinęło się zapalenie ropne opon, które zabiło chorego.

Wobec takiego orzeczenia rzeczoznawców prokurator cołnął oskarżenie i sąd skazał P. jedynie na lekką karę, za zadanie rany.

Opisana sprawa powinna być przestrożą dla tych kolegów, którzy z urzędu mają sobie polecone badanie uszkodzowanych po jakimś urazie. Bardzo często się zdarza, że chory, opatrzone przez lekarza, jest oglądany (nie w celach leczniczych, tylko — spisania protokołu) przez innego kolegę, niemającego pod ręką ani środków opatrunkowych, ani nawet środków do odkażania własnych rąk i t. p. Zdarza się, że po obejrzeniu chorego zostawia się go wprost bez opatrunku, lub też poleca felczerowi nałożenie opatrunku z materiału uprzednio już użytego.

Że takie postępowanie może przynieść szkodę — dowodzić zbyt jest; że niejednokrotnie zaszkodziło chorym — o tem przekonali się nieraz koledzy, lekarze fabryczni.

Primum non nocere!

50. Cenzura lekarska rekla m. W. „Zbiorze praw“ ogłoszono przepisy o ogłaszaniu reklam, podlegających cenzurze lekarskiej. Na mocy tych przepisów niewolno nazywać środków określeniami, wskazującymi chorobę, pomieszczać pochwał w ogłoszeniach, dotyczących praktyki lekarskiej i farmaceutycznej, ani też w ogłoszeniach o środkach pomieszczać wskazówek o własnościach leczniczych i o udzielaniu pozwolenia na sprzedaż.

Wspomnienia pośmiertne:

B. p. Dr. med. Adolf Wolberg.

Urodził się w Częstochowie dnia 25 Grudnia roku 1825-go zmarł w Łodzi 11 Maja roku 1902-go.

Po ukończeniu, w r. 1853-im, za prezydentury Prof. Pelikana, akademii wojenno-lekarskiej w Petersburgu, ze stopniem lekarza, osiedlił się w Piotrkowie trybunalskim, gdzie praktykował do roku 1857-go, poczem przez rok praktykował w Warszawie. W Warszawie też, w r. 1858-ym, uzyskał stopień doktora od Komissy rządowej do spraw wewnętrznych i duchownych — za prezydentury r. t. Muchanowa, po przedstawieniu rozprawy na temat „De tuberculosi testiculii“.

W r. 1858-ym, zaproszony przez grono obywateli łódzkich, zamieszkał w Łodzi, gdzie przebywał, z przerwą dwuletnią (lata 1862 i 1863 zmuszony był przemieszczać w Cesarstwie), przez lat zgórą czterdzieści i należał do najwięcej wziętych lekarzy.

Od r. 1867 pełnił obowiązki lekarza niemieckiego realnego gimnazjum łódzkiego, przekształconego następnie na szkołę rzemieślniczą; na tem stanowisku pozostawał aż do zgonu, uzyskawszy też na niem stopień radcy kolegielnego.

B. p. Dr. med. Adolf Wolberg należał do lekarzy poważnie traktujących naszą naukę, szedł zawsze z postępem wiedzy lekarskiej, a wiek sędziwy nie pozbawił go aż do ostatniej chwili życia zapału i energii, z jaką niósł racjonalną pomoc szerokim warstwom miejscowej ludności.

Krytyka i bibliografia.

Prof. Dr F. Moritz. Zasady żywienia chorych. Dwadzieścia jeden odczytów dla studentów i lekarzy. Przełożył z niemieckiego Dr. Henryk Landau. Wydanie Dra med. Teodora Dunina. Warszawa 1902. (Str. II + 348, z dwiema tablicami). Cena 2 rub. 50 kop.

Zpośród wielu dzieł z zakresu dyetyki chorych (Langerman, Wiel, Dornblüth i in.) wyróżniają się odczyty F. Moritz'a zarówno pod względem przystępnej i urozmaiconej treści, jak i umiejętności zgrupowanego materiału. W I części po ogólnych treściwych wiadomościach (pojęcie wartości odżywczej pokarmów, odrębne właściwości pierwiastków, wartości odżywczo-pieniężne i kaloryczne, własności użytkowe pokarmów, o strawności i znaczeniu kuchni w dyetyce), następuje przegląd szczegółowy zwierzęcych i roślinnych pokarmów, używek i sztucznych preparatów odżywczych. Nauka o żywieniu chorych — stanowi treść części II, w której autor opisuje dyetę, uwzględniając stan narządów trawienia, przemianę materii, uboczny wpływ pokarmów na narządy wewnętrzne, a także i żywienie sztuczne.

Zagranicą dzieło F. Moritz'a ogólnie przyjęto nader przychylnie; powtarzać więc oceny niemamy potrzeby. Tłomacz wywiązał się z zadania bardzo dobrze: nieznaczne usterki językowe (jak np. „węglowodany“ zamiast: wodany węgla) i niektóre nieco dziwaczne wyrażenia („wypotrzebawalność“ i in.) nie mogą zgoła zmniejszyć wysokiej wartości omawianego dzieła; zwłaszcza odczyt XV o celu żywienia chorych i dyecie indywidualnej napisany jest świetnie.

Wydawca mówi na wstępie: „Pomimo zainteresowania, jakie choroby, na tle zaburzeń przemiany materii powstałe, wszędzie budzą i pomimo ogromnego znaczenia, jakie dla lekarza przedstawiają, nasza literatura w tym właśnie kierunku jest najuboższą. Postanowiłem choć w części lukę tę zapełnić, a ponieważ nie można było na razie marzyć o pozyskaniu dzieł oryginalnych, musieliśmy się zwrócić do tłumaczeń. Na początek wybraliśmy dzieło, które podaje zasady odżywiania chorych w stanie zdrowia i choroby. Jest to naturalny wstęp do całego działu chorób, polegających na zбочnieniach w przemianie materii. Dalsze losy wydawnictwa zależą od przyjęcia, jakie znajdzie to dzieło“.

Literatura przekładów może się prawdziwie poszczycić nowo wydaną książką, która *znaleść się winna w rękach każdego lekarza*. Z niecierpliwością oczekiwaliśmy dalszej zapowiedzianej seryi wydawnictw, zwłaszcza jeśli wśród nich znajdą się nietylko dzieła tłumaczone, lecz i oryginalne. Dr. T. Duninowi za piękne i pożyteczne wydawnictwo należą się wyrazy prawdziwego uznania.

St. Serkowski.

Wacław Sterling. Trąd. Odczyty kliniczne 1901, zeszyty 11, 12

W pracy swej, poświęconej kwestyi trądu, która w dobie obecnej na nowo stała się aktualną, musiał autor, jak to zaraz na wstępie zaznacza, z natury rzeczy „poprzestać na roli zupełnie biernej i zadowolnić się jedynie przedstawieniem obecnego stanu nauki o trądzie w świetle ostatnich badań kliniki i pracowni“. W tych ramach wyczerpującego referatu spełnił swe zadanie bardzo sumiennie i umiejętnie.

Autor daje najprzód rys historyczny i geograficzny trądu i rozważa w następnych rozdziałach sprawy zaraźliwości i dziedziczności, dalej bakterjologię, patogenezę, anatomję patologiczną, klinikę i dyagnozę choroby; ostatni rozdział poświęca profilaktyce ogólnej i osobistej oraz, wcięż jeszcze, niestety, negatywnej terapii trądu. Przytoczona w końcu zeszytu literatura zawiera najważniejsze prace przedmiotu lat ostatnich; tu pominał autor obszerne i pierwszorzędne znaczenia dzieło *Dom S a n t o n a. La leprose* (C. Naud Editeur, Paris w połowie 1901 r.)
W. Glass (Tomaszów R.)

W. Tołwiński. Rozwój fizyczny ludności powiatu lubartowskiego. Warszawa. 1902 str. 44.


Niebogata naszą literaturę antropologiczną, właściwie antropometryczną, powiększyła ta sumienna i — ze względu na swe wyniki — ważna praca kol. Tołwińskiego. Powstała ona na podstawie pomiarów rekrutów w ciągu lat dwunastu dokonywanych przez autora. Jakkolwiek dotyczy jedynie jednej tylko grupy ludności, daje już miarę rozwoju fizycznego tej ludności i pozwala na porównanie z podobnemi danemi innych narodów.

Wniosek zaś zasadniczy, jaki z poszukiwań kol. Tołwińskiego wyprowadzić wolno, brzmi pocieszająco, albowiem wykazuje, że rozwój fizyczny ludności przez niego badanej zupełnie nie upoważnia do jakichś pesymistycznych badań nad zwyrodnieniem naszego ludu. Przeciwnie, ten lud jest zupełnie dobrze rozwinięty fizycznie, nie ustępuje innym ludom.

Wszakże badania kolegi T. objęły jeden tylko powiat. W innych — ta wdzięczna praca naukowa czeka na pracowników!

L. Wolberg. Zdrowie dziecka. Przewodnik dla rodziców. Podług dzieła K. Hochsingera. Warszawa 1902. Nakładem M. Arcta. Str. 172.

Podręcznik pod powyższym nagłówkiem bardzo dodatnio wyróżnia się wśród innych, podobnych. Zawiera wskazówki uznane przez wiedzę, a opisane wyczerpująco i brdzo zrozumiale. Wyróżnia się też bardzo treściwie i starannie opracowanym rozdziałem, mówiącym o pielęgnowaniu dzieci w okresie szkolnym. Ze wszech miar zasługuje na to, byśmy go polecali rodzicom i wychowawcom.



Listy do Redakcyi

Płock, d. 27 Marca 1902 roku.

Szanowny Redaktorze!

W styczniowym zeszycie „Czasopisma Lekarskiego“ kol. Zienkiewicz z Ciechanowa w artykule swym „Z działalności pomocy lekarskiej wiejskiej gub. Płockiej. Działalność w obwodzie Ciechanowskim“ porusza sprawę opracowania danych statystycznych, zawartych w książkach, do których lekarze obwodowi zapisują wszystkich zgłaszających się po poradę. W tej sprawie kol. Z pisze:... „Najgłówniej — z niedokładności omawianej statystyki tyczą się liczby chorych, zgłaszających się powtórnie, jak również sprawy rozpoznawania chorób. Liczba chorych, zgłaszających się po raz drugi do lekarza, jest prawdopodobnie w statystyce zbyt małą. Na 58098 porad tylko 8545 powtórnycy. Zbyt też wielka ilość chorób jest zakwalifikowana do rozdziału chorób nieokreślonych: na 58008 aż 3123“.

Otóż co do liczby chorych, zgłaszających się powtórnie po poradę, to w statystyce jest ona napewno taką (a nie „prawdopodobnie zbyt małą“) na zasadzie materiału, dostarczonego przez lekarzy obwodowych. Jeżeliby kol. Z. zakwestyjonował zgodność liczby tej, zaczerpniętej z książek, dostarczonych przez lekarzy obwodowych, z rzeczywistością, to w zupełności bym się z nim zgodził.

Co do zarzutu, że zbyt wielka ilość chorób jest zakwalifikowana do rozdziału chorób nieokreślonych, to w tym względzie nadmienić muszę, że do rozdziału tego zakwalifikowano rozpoznania wątpliwe i wypadki z brakiem rozpoznania. Gdybyśmy się trzymali więcej naukowej nomenklatury chorób, jak np. Nomenklatura chorób przyjęta przez lekarzy Ziemstwa Moskiewskiego (Russkaja Ziemskaja Medicina 1899. Moskwa), to cyfra ta byłaby znacznie większą. Z powyższego widzimy, że owe „nieodkładności statystyki“ są li tylko niedokładnościami dostarczonego materiału statystycznego i w tę przedewszystkiem stronę skierowaną być winna uwaga „surowszego krytyka“. Też niedokładności są przyczyną, że materiał nie był opracowany według więcej naukowej nomenklatury chorób, gdyż korzyść z tego byłaby niewielka, bo większość rubryk świeciłaby pustkami.

Prosząc o umieszczenie powyższego sprostowania w „Czasopiśmie Lekarskiem“ załączam wyrazy poważania dla Szanownego Kolegi.

Br. Mazowiecki.

Program kursów dla lekarzy, które odbędą się od 7-go do 26-go lipca 1902 r. w Krakowie.

1) Prof. dr. K o s t a n e c k i: Anatomia narządu moczopłciowego; między 7 a 12 lipca, codziennie od 5 do 6 wieczorem. Czesne 10 koron.

2) Docent dr. B o c h e n e k. Anatomia topograficzna klatki piersiowej i jamy brzusznej; 2 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.

3) Prof. dr. C y b u l s k i: Najnowsze teorye o unerwieniu serca. Ogółem 5 godzin. Czesne 10 koron.

4) Prof. dr. S t o p e z a ń s k i: O sposobach badań chemicznych wydzielin i wydalini ustroju ludzkiego i wynikach uzyskanych przez nie dla celów fizyopatologicznych; raz na tydzień po dwie godziny. Czesne 4 korony.

4) Prof. dr. B u j w i d: a) Praktyczne metody badania wody, powietrza i ważniejszych artykułów spożywczych. Ogółem 10 godzin. Czesne 10 koron. b) Rozpoznawanie najważniejszych bakterji i pasożytów. Ogółem 4 godziny. Czesne 4 korony. c) Szczepionki zapobiegawcze, ich badanie, oraz przyrządzanie. Ogółem 5 godzin. Czesne 5 koron.

6) Prof. dr. K l e c k i: Podstawy naukowe najnowszych kierunków terapeutycznych. Ogółem 6 godzin, od 6 do 7 wieczorem. Czesne 10 koron.

7) Prof. dr. C i e c h a n o w s k i: a) Dyagnostyka anatomiczno-patologiczna 7 godzin tygodniowo, od godziny 8 do 9 rano. Czesne 15 koron. b) Dyagnostyka mikroskopowa nowotworów; 3 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron [najwyżej dla 6 uczestników].

8) Prof. dr. Ł a z a r s k i: O nowszych lekach i lekach działających heroicznie; 5 godzin tygodniowo. Czesne 10 koron.

9) Prof. dr. K o r e z y ń s k i wraz z prof. drem J a w o r s k i m: Kurs praktyczny dyagnostyki chorób wewnętrznych, z szczegółowem uwzględnieniem metod badania chemicznego, bakteriologicznego i drobnowidzowego; 3 razy tygodniowo, od godziny 8 do 10 rano. Czesne 12 koron.

10) Prof. dr. K a d e r: a) Ćwiczenia kliniczne w badaniu i leczeniu chorych chirurgicznych z specjalnem uwzględnieniem ortopedji; 3 razy tygodniowo, od godziny 12 do 2. Czesne 12 koron. b) Ćwiczenia operacyjne na zwłokach ludzkich i zwierzętach żywych; 3 razy tygodniowo od 12 do 2. Czesne 36 koron, [najwyżej dla 6 uczestników].

11) Prof. dr. Trzebicki: Ćwiczenia w operacjach i opatrunkach chirurgicznych z uwzględnieniem potrzeb lekarzy praktycznych; 6 razy tygodniowo po 2 godziny. Czesne 24 korony.

12) Docent dr. Bossowski: Chirurgia w zakresie niezbędnym dla lekarza wykonywającego praktykę; 5 godzin tygodniowo. Czesne 30 koron.

13) Prof. dr. Wicherkiewicz: Ćwiczenia w rozpoznawaniu i leczeniu najważniejszych chorób ocznych, ćwiczenia w wziernikowaniu, demonstracje operacji ocznych; 3 razy tygodniowo od 8 do 10 godziny rano. Czesne 12 koron.

14) Prof. dr. Jordan: Ćwiczenia w badaniu, rozpoznawaniu i leczeniu chorych ginekologicznych; 5 razy tygodniowo, od godziny 10 do 12. Czesne 20 koron, [najwyżej dla 20 uczestników; zamiejscowi mają pierwszeństwo].

15) Docent dr. Rosner: a) Ćwiczenia w badaniu ciężarnych, rodzących i położnic 5 razy tygodniowo; od 8 do 10 rano. Czesne 20 koron. b) O wskazaniach, warunkach i technice operacji położniczych, 3 razy tygodniowo, od 5 do 6 wieczorem. Czesne 6 koron. Oba kursy najwyżej dla 20 uczestników; zamiejscowi mają pierwszeństwo.

16) Prof. dr. Jakubowski: Pogląd na nowoczesne sposoby badania, rozpoznawania i leczenia chorób dzieci, w raz z demonstracjami na chorych w klinice i ambulatoryum pediatrycznym; 5 godzin tygodniowo, od 9 do 10 rano. Czesne 10 koron.

17) Docent dr. Raczynski: Nowsze metody leczenia chorób zakaźnych z szczególnem uwzględnieniem seroterapii i intubacji. W pierwszym tygodniu 6 razy, od godziny 9 do 11, potem w miarę materiału. Czesne 24 korony.

18) Prof. dr. Reiss: Ćwiczenia praktyczne w rozpoznawaniu i leczeniu chorób skórnych i wenerycznych 4 razy tygodniowa, od 9 do 10 rano. Czesne 8 koron.

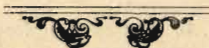
19) Prof. dr. Wachholz: Ćwiczenia w badaniach i orzeczeniach sądowo-lekarskich; 2 razy tygodniowo, od godziny 12 do 1 i pół. Czesne 6 koron.

20) Prof. dr. Żuławski: Dyagnostyka chorób umysłowych; 5 razy tygodniowo, od godziny 10 do 12. Czesne 50 koron.

21) Prof. dr. Pieniążek: Kurs praktyczny o chorobach górnych dróg oddechowych z szczególnem uwzględnieniem ich zwięźeń; 5 razy tygodniowo, od godziny 10 do 11 rano. Czesne 10 koron.

22) Prof. dr. Browicz: Kurs otyatrii 5 razy tygodniowo, po godzinie. Czesne 10 koron.

23) Docent dr. Łepkowski: Kurs wrywania zębów, 2 godziny tygodniowo. Czesne 10 koron.



Komitet redakcyjny:

L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Serkowski, E. Sonnenberg.

Wydawca: Dr. Cz. Stankiewicz.

Redaktor: Dr S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 3 Мая 1902. г.

Druk. i Lit. R. Resiger. Łódź.