
Czasopismo Lekarskie

Od Redakcyi.



Przystępując przed czterema laty do wydawnictwa „Czasopisma lekarskiego“, wypowiedzieliśmy w naszym programie chęć służenia przedewszystkiem interesom lekarzy prowincjonalnych.

Czyśmy wywiązali się z naszych przyrzeczeń — nie nam sądzić wypada. To jednak możemy stwierdzić, że samo usiłowanie pracy w kierunku wymienionym jeszcze wyraźniej uświadomiło w nas przekonanie o istnieniu pewnych odrębnych potrzeb lekarzy prowincjonalnych, a więc o racyi bytu pisma, które te potrzeby chce odzwierciedlać.

Głównym powodem istnienia tych odrębnych potrzeb jest fakt, że lekarz prowincjonalny bliżej się styka ze społeczeństwem, wśród którego pracuje, aniżeli lekarz stołeczny.

Gdy z lekarzy stołecznych mała tylko cząstka ma chęć i możliwość pracy obywatelskiej (znakomita większość zadawalnia się wyłącznie pracą zawodową i naukową), warunki życia zmuszają wszystkich lekarzy prowincjonalnych do pracy społecznej, a wyjątkowo to lekarz, który zdala od takiej pracy stoi.

Nie jest rzeczą „Czas. lekarskiego“ ogarnianie wszystkich dziedzin pracy obywatelskiej. Ograniczamy się do właściwych granic, uwzględniając — w miarę rozporządzalnego materiału i innych warunków redagowania pisma — na pierwszym miejscu **medycynę publiczną**.

W tym dziale, w którym wiele prac powstało z inicjatywy redakcyi, zamieściliśmy tak poważne artykuły, jak: kol. H. Fidler'a (O szpitalnictwie w gub. Radomskiej), kol. J. Idzikowskiego (Mały szpital ludowy), kol. A. Troczewskiego (O szpitalach prowincjonalnych), kol. S. Kopczyńskiego (O znaczeniu wychowawczo-hygienicznem instytucyi publicznych), kol. K. Rychnińskiego (O opiece nad obłąkanymi), kol. A. Rząd'a (O ochronkach wiejskich na czas robót letnich) i innych.

W sprawie organizacyi służby zdrowia gminnej drukowaliśmy

obszerne prace kolegów: G. Dolińskiego, H. Fiedlera, A. Za-leskiego, M. Zienkiewicza.

O warunkach praktyki wśród ludu pisali w „Czasopiśmie“ koledzy: W. Biegański, T. Dunin, F. Grodecki.

Do tego samego działu, medycyny publicznej, zaliczyć wypada liczne sprawozdanie o działalności szpitali prowincjonalnych (koledzy: J. Brzeziński, S. Dworzańczyk, B. Handelsman, A. Krusche, A. Jarosiński, H. Olszewski, J. Opalski, S. Pitass, H. Rosenthal, J. Sachs, S. Sterling, Z. Tokarski, A. Troczewski, S. Wojnicz), dalej — prace kolegów: M. Berensteina (O koloniach letnich), A. Borowskiego (O transporcie chorych na wsi), F. Grodeckiego (O walce z chorobami nagminnymi na prowincyi. O walce ze syfilisem. O partactwie leczniczem), S. Klarnera (Z przeszłości medycyny w Polsce), S. Sterlinga (O walce z gruźlicą jako chorobą nagminną), A. Tumpowskiego (O służbie w szpitalach dla obłąkanych).

Niespełniliśmy natomiast naszych planów w jednym z działów medycyny publicznej, mianowicie — w dziale *medycyny fabrycznej*. Wprawdzie drukowaliśmy prace z tego zakresu kolegów: M. Berensteina, K. Łazarowicza, B. Peltyna, P. Schroetera, S. Sterlinga, J. Tchórznickiego, M. Warmana, ale jest to bardzo mało w porównaniu z ogromem zadań, jakie na tem polu u nas odłogiem jeszcze leżą.

Na usprawiedliwienie przytoczyć możemy, że niechęć do spraw medycyny fabrycznej panuje nie tylko wśród piszących, ale nawet wśród czytelników, którzy niejednokrotnie żądali usunięcia referatów z tej dziedziny, umieszczanych stale w „Czasopiśmie.“

W dziale *medycyny praktycznej* umieszczaliśmy tylko to, co miało wartość dla lekarza — praktyka. Znalazły się tu prace kolegów: F. Arnsteina, S. Bańkowskiego, K. Ciaglińskiego, E. Flataua, A. Goldenberga, A. Goldmana, F. Grodeckiego, B. Handelsmana, T. Herynga, A. Jarosińskiego, A. Karczewskiego, A. Kędzierskiego, E. Kohna, J. Kolińskiego, A. Kruschego, S. Lewkowicza, S. Łagowskiego, K. Lidmanowskiego, J. Maybauma, A. Michelisa, J. Offenberga, I. Perlisa, L. Pinkusa, J. Poczobuta, Z. Prechnera, W. Puławskiego, S. Rontalera, H. Rozenthala, L. Rutkowskiego, A. Rządą, J. Sachsa, P. Schroettera, S. Serkowskiego, A. Simona, J. Skłodowskiego, F. Skusiewicza, C. Stankiewicza, A. Sokołowskiego, S. Sterlinga, F. Sulikowskiego, J. Świąteckiego, L. Szayerowicza, A. Troczewskiego, A. Tumpowskiego, B. Wieczorkiewicza, A. Wojnicza, A. Wrzoska i J. Zdanowicza.

Do tego działu zaliczyć też można dwa dodatki: „O sposobach przepisywania leków in praxi pauperum“ i: „O ubocznem działaniu nowych leków.“

Dział *hygieny* zawarł szereg prac zarówno z higieny prywatnej (artykuły kolegów: J. Brzezińskiego, H. Dobrzyckie-

go), jak i publicznej (artykuły kolegów: F. Dreckiego, K. Gorskiego, F. Grodeckiego, S. Klarnera, S. Lewkowicza, T. Mogilnickiego, J. Polaka, S. Rutkowskiego, S. Serkowskiego, J. Świąteckiego, A. Tumpowskiego).

W dziale **spraw zawodowych** opracowane były różne kwestye zasadnicze, że wskażemy tylko na dwie prace kol. E. Sonenberga: O tajemnicy zawodowej i O granicach władzy zawodowej lekarza. Liczne kwestye z tej dziedziny poruszano też w **korespondencyach**; najwięcej zaś te sprawy były uwzględniane w **kronice bytowej**.

Kronika naukowa „Czasop. lekarsk.“ notuje wybitne wydarzenia naukowe, o których zazwyczaj dowiaduje się lekarz wcześniej z pism ogólnych, a więc nieściśle, zanim je opiszą pisma specjalne.

Kronika bytowa notuje wszelkie objawy życia, choćby pozornie szare, o ile one dotyczą działalności naszych lekarzy lub naszych instytucyi, związek z medycyną mających.

Umieszczaliśmy stale sprawozdania z **działalności towarzystw lekarskich prowincjonalnych**: częstochowskiego, kaliskiego, kutnowsko-łęczyckiego (zebrania lekarskie), łódzkiego, mińskiego i płockiego (Od roku 1903 go obiecano nam sprawozdania z działalności dwu nowych towarzystw prowincjonalnych: radomskiego i siedleckiego).

W dziale **referatów** uwzględnialiśmy dwie gałęzie medycyny: 1) leczenie fizykalno-dyetyczne, wraz z hipurgią; 2) medycynę publiczną, przeważnie fabryczną; stosownie do żądania większości czytelników ten ostatni dział ograniczymy do minimum.

O pozostałych „Czasopisma“ stałych rubrykach powiedzieć możemy, że: **Wiadomości drobne** zawierają notatki terapeutyczne; **Wspomnienia pośmiertne** poświęcamy li tylko lekarzom prowincjonalnym; **Krytyka i bibliografia** zdaje sprawę ze wszystkich dzieł do redakcyi nadsyłanych.

Powyższy obrachunek zrobiliśmy w równym stopniu dla łaskawych naszych współpracowników, jak i dla czytelników.

Współpracownikom chcieliśmy przypomnieć, w jakim zakresie pożądana jest dla nas ich pomoc.

Co się tyczy czytelników, to tym chcieliśmy uprzytomnić, że cztery lata istnienia „Czasopisma“ dały plon pozytywny. Dla tego pozostajemy przy programie wytkniętym od początku istnienia naszego pisma.

Wreszcie słówko w sprawie materyalnej.

W naszym prospekcie obiecaliśmy wydawać 24 arkusze rocznie, za trzy ruble z przesyłką pocztową.

Dzięki nadspodziewanemu poparciu ze strony czytelników da-
liśmy od pierwszej chwili o wiele więcej, a rocznik bieżący zawiera
36 arkuszy, liczne rysunki w tekście i wiele tablic.

Dalsze poparcie umożliwi nam jeszcze znaczniejsze rozszerzenie
pisma, które i nadal chce iść drogą *własną*, dalekie od chęci *za-
stąpienia* któregośkolwiek z pism lekarskich polskich.



Leczenie ostrego włóknikowego zapalenia płuc

Podał Dr. med. Alfred Sokołowski (Warszawa).

.....
(Dokończenie).

Wybór pożywienia dla chorego na zapalenie płuc również
powinno podlegać szczególnej uwadze ze strony lekarza. Błęd-
nem jest przekonanie, przytaczane nawet w podręcznikach, że od-
żywianie chorego w tak krótkotrwałej chorobie, nie może być u-
względnione. Nie jesteśmy przecież w stanie z góry przewidzieć
jak długo przeciągnie się choroba. W tych zaś przypadkach, kie-
dy mamy do czynienia z osobami wątłymi, wyniszczonymi wskutek
złego uprzednio odżywiania, powinniśmy od samego początku cho-
roby dbać o stosowne posilenie chorego, a nie dopiero pod koniec
z chwilą wystąpienia objawów ogólnego wyczerpania sił. Na o-
koliczność tę zwrócił bardzo słusznie uwagę już przed wielu laty
Juergensen i raził słusznie odżywiać chorych na zapalenie płuc.
Zasada ta jednak dotychczas jeszcze mało bywa uwzględniana,
tembardziej, że w zapaleniu płuc chory zazwyczaj traci niemal zu-
pełnie łaknienie. Należałoby jednak wyzyskać na korzyść odży-
wienia chorego znacznie wzmożone w tej chorobie pragnienie, a
to w ten sposób, żeby zamiast wody lub innych bezpożytecznych
napoi podawać dość często choremu zimne mleko co godzinę lub
nawet i częściej, co wyniesie około 2-ch litrów na dobę. Ilość ta
w zupełności wystarczy do należytego posilenia chorego. Zdarza
się jednak że niektórzy chory nie znoszą, a właściwie mówiąc,
nie chcą pić mleka. W tych razach, zdaniem mojem, usilna na-
mowa wystarczy do stopniowego przyjmowania tego pokarmu. O-
prócz zimnego mleka również bardzo odpowiedni napój stanowi
kwaśne mleko lub kefir dwudniowy, napój dziś niemal wszędzie
rozpowszechniony i bardzo łatwo dający się przygotować, bardzo
pożywny; z wielką chęcią przez chorych nawet przez czas dłuż-
szy przyjmowany. Widziałem chorych, którzy w ciągu całej cho-
roby byli w stanie codziennie wypijać po 2 litry kefiru, natomiast
odrzucaли wszelkie inne pokarmy. Obok mleka i rozmaitych jego

przetworów można chorym zalecać dodatkowo jajka na miękko, polewkę z lekkiego wina, herbatę z mlekiem, kawę mleczną, rosół i t. p. widziałem nawet chorych, którzy w przebiegu zapalenia płuc chętnie spożywali i stałe pokarmy: szynkę surową, kawior, mięso skrobane i t. p. Jestem tego zdania, że otoczenie, skoro tylko zostanie przekonane przez lekarza o potrzebie metodycznego odżywiania chorego, zmusi poniekąd chorego do spożywania odpowiedniej ilości wyżej wymienionych środków odżywczych. W ostatnich czasach zalecano w zapaleniu płuc, jak również i w innych chorobach zakaźnych podawanie chorym wlekiej ilości napojów w celu obfitego przepłukiwania nerek a tem samym szybszego wypędzania z organizmu swoistych toksyn. Postępowanie takie ma znaczenie tylko koretyczne, gdyż, jak wiadomo, obfita ilość moczu wydziela się dopiero z chwilą wystąpienia przełomu, a nadmierne przyjmowanie napojów (woda, limonada i t. p.) bynajmniej nie powodują zwiększenia się ilości moczu, lecz często, szczególnie kwaśne napoje, drażnią kanał pokarmowy, wywołując niepożądany stan rozwołnienia. Oprócz tego chory wskutek nadmiernego wypicia powyższych napojów niechętnie już daje się namówić na inne pożywniejsze pokarmy, a przede wszystkim na mleko. Zresztą jeżeli obfite podawanie płynów ma istotne znaczenie, toć przecież mleko spożywane w dużej ilości w zupełności wymagania powyższe jest w stanie wypełnić. Lekarze niemieccy i francuzcy zalecają również chorym na zapalenie płuc, jako stały napój, lekkie wino, a nawet piwo. Zapewne że dla ludności tranzcuckiej i niemieckiej przywykłych do stałego używania dużych ilości napoi wysokokowych, wypicie w ciągu całej doby butelki lekkiego wina, może poniekąd być pożytecznem. Stosowanie zaś tego zwyczaju wśród naszej ludności stale nie wiele używającej napoi spirytusowych uważam za niewłaściwe. Zbytecznem więc jest wogóle zalecanie dolewania koniaku lub wina do mleka, spożywanego przez chorych na zapalenie płuc. Pozwalam na to w tych wyjątkowych razach, kiedy chora osoba stale przedtem używała napoi spirytusowych.

Zresztą o alkoholu, jako środka leczniczym w zapaleniu płuc, poniżej jeszcze wspomnę.

Obok powyższych higieniczno-dyetetycznych przepisów, zwyczaj zalecam od samego początku choroby stosowanie obmywań całego ciała 2–3 razy dziennie wodą pokojową lub u bardziej drażliwych 5% roztworem spirytusu mentolowego. Postępowanie to zaliczam również do metod higienicznych, a nie leczniczych, ma ono bowiem na celu stałe pobudzanie czynności skóry, dodatnio wpływa na samopoczucie chorego, a drażniąc nerwy naczyńioruchome skóry, przyspiesza krążenie powierzchowne, i tym sposobem poniekąd wpływa na ogólną przemianę materji.

Zbytecznem sędzę przypominać o tem, aby chory podczas przebiegu choroby jako też i w okresie zdrowienia leżał stale w łóżku. Nieraz bowiem zbyt wczesne wstanie chorego, a jeszcze

bardziej wychodzenie na ulicę może wywołać, co już niejednokrotnie spostrzegalem, niepożądany nawrót choroby.

Tak się przedstawiają wszelkie przepisy higieniczno-dyetyczne, które lekarz powinien zalecać chorym w zapaleniu płuc. Może zbyt drobiazgowo zostały one przezemnie opisane, lecz słusznie zaznacza Leyden, że podstawę działalności lekarza powinno stanowić zwracanie uwagi na jednostki, „gdyż wielkie zadania w chorobie dokonywa sama natura.“

Zachowanie wszystkich powyższych przepisów higieniczno-dyetycznych czyni zupełnie zbytecznym zalecanie jakichkolwiek środków farmaceutycznych i w większości przypadków dodatnio wpływa na pomyślny przebieg ostrego zapalenia płuc. Gwoli uświęconej szczególnie u nas wiekowym wymaganiem tradycji, dla której lekarz w każdym przypadku zmuszony bywa koniecznie zapisać receptę, można ograniczyć się do zastosowania lekkiego środka wykrztusnego (np. 2% roztwór bedźwianu sodu—natrium benzoicum) samego przez się lub w razie bardzo mocnego kaszlu z dodatkiem niewielkiej ilości kodeiny (0,06—0,10 na 200,0). U osób starszych, osłabionych, lub wrazie pewnych objawów słabej działalności serca zamiast środka wykrztusnego stosując odrazu słaby środek nasercowy, najczęściej $\frac{1}{2}$ —1% roztwór kofeiny (Cof-feinum natrio-benzoicum) sam przez się lub również z dodatkiem kodeiny.

Metodę higieniczno-dyetyczną, przezemnie tutaj szczegółowo opisaną, od wielu lat stosuje z dobrymi wynikami. Jej prawdopodobnie zawdzięczać należy niewielką odsetkę śmiertelności (7%) wśród chorych na zapalenie płuc, przebywających w ciągu ostatnich kilkunastu lat na moim oddziale szpitalnym.

Zadanie lekarza, jak wyżej zaznaczyłem, polega na bacznym zwracaniu uwagi na chorego, dokładnem jego badaniu, aby nie pominąć żadnego objawu, który wskazywałby, że się tak wyrażę, na pewne zboczenie od normalnego przebiegu choroby. Ztądteż w każdym przypadku zapalenia płuc lekarz powinien dokładnie zdawać sobie sprawę, że sztanu gorączki, charakteru i ilości oddechów, stanu działalności serca, uderzenia tętna, aby na zasadzie otrzymanych tą drogą wyników był w stanie, o ile spostrzeże jakiegokolwiek zboczenia w normalnym przebiegu choroby, pospieszyć z odpowiednią interwencją. Śmiało rzec można, że każdemu poszczególnemu przypadkowi odpowiadają właściwe wskazania lekarskie i że leczenie ciężkich postaci ostrego zapalenia płuc nie da się podciągnąć pod żadną a priori wybraną i ogólnie przyjętą metodę. Nie ulega wątpliwości, co już wyżej zaznaczyłem, że w niektórych przypadkach ciężki przebieg zapalenia płuc przedewszystkiem bywa warunkowym już od samego początku choroby stopniowo wzmagającą się niedomogą serca. Ten więc objaw w większości przypadków ciężkiego przebiegu zapalenia płuc stanowić będzie podstawowe wskazanie do odpowiedniego postępowania ze strony lekarza. Nie będę szczegółowo podawał klinicznych objawów niedomogi sercowej, a przypomnę tylko że tętno

droone i przyspieszone, rozszerzenie prawej komórki, osłabienie 2-go tonu tętnicy płucnej, sinica, znaczne wzmożenie duszności poniekąd winny stanowić dla lekarza owe podstawowe cechy, znie walające go do odpowiedniego czynnego działania. I w tych również przypadkach postępowanie lekarza nie może opierać się na szablonowych przepisach, wybór środka w wysokim stopniu zależy od indywidualnego stanu chorego. Na tem miejscu mogę tylko ogólnie podać pewne wskazówki, oparte na własnym mojem doświadczeniu. U ludzi starszych z wyraźną miażdżycą naczyń, u osób dotkniętych przewlekłym nieżytem oskrzeli, u nałogowych pijaków, wogóle u osób, u których serce uprzednio już było osłabione, objawy niedomogi serca w przebiegu ostrego zapalenia płuc występują szybko, i nieraz już w pierwszych dniach choroby wywołują stan groźny. W tych więc przypadkach uznaje wskazanie do stosowania środków nasercowych, a przedewszystkiem naparstnicy (*digitalis*), podawanej w t. zw. pełnej dawce (1,0 na 200,0 co 2-3 godziny łyżkę stołową) Środek ten stosowany w ciągu 2—3 dni wpływa nieraz na złagodzenie groźnych objawów niedpomogi sercowej. W razie dodatniego skutku, wywołanego przez naparstnicę, stosuję w dalszym ciągu również środek nasercowy, lecz słabiej działający, t. j. kofeinę (0,25 na dawkę — co 3 godziny). U niektórych jednak chorych naparstnica nie wywołuje oczekiwanej poprawy, bądź wskutek tego że toksyny i wysoki stan gorączki wywarły zbyt silne działanie trujące na uprzednio już osłabione serce, bądź też wskutek tego, że naparstnica, jakto wykazały doświadczenia Lauder-Bruhton'a nie działa właściwie na mięsień sercowy i ośrodek nerwu błędnego osłabiony nadmiernem podniesieniem ciepłoty krwi. W tych razach lekarz powinien wybrać grupę środków, działających na serce drogą pośrednią, t. zw. środki pobudzające (*stimulantia et excitantia*) Najchętniej wówczas stosuję kamforę (0,015-0,03 na dawkę) kilka razy dziennie samą przez się lub naprzemian z jednym z wyżej wymienionych środków nasercowych. Jako na środek pobudzający w tym okresie choroby i u tego rodzaju chorych kładę szczególny nacisk na metodyczne obmywania całego ciała zimną (pokojową) wodą w odstępach dwugodzinnych i na staranne odżywianie chorego podług wyżej podanych przepisów. Zdarza się często, że podczas tak groźnego stanu chorego otoczenie, a nawet i lekarz radby podawać coraz to inne środki, zupełnie zaniehbując podstawowe hygieny i odżywiania chorego, które w tych razach ma również doniosłe znaczenie. Leczenie to podniecające często bardzo szybko wywołuje poprawę (tętno staje się pełniejsze, bardziej regularne), a środek nasercowy powoli zaczyna wywierać na serce swój wpływ dodatni. W takich przypadkach ograniczam się zwykle na stosowaniu powyższych środków; chociaż przez innych zalecane bywają jeszcze i liczne pobudzające leki (*valeriana, liquor amonii* i t. p.) a przedewszystkiem *larga mamo mocne napoje spirytusowe* (stare wino, koniak, likier i t. p.). Na innem miejscu ob-

szernie ** wypowiedziałem się za bezpożytecznym, a nieraz i szkodliwym działaniem tych środków wogóle w przebiegu chorób dróg oddechowych. Tutaj nadmienię, że od kilku lat na moim oddziale szpitalnym, jako też i w praktyce prywatnej zupełnie zaniechałem stosowania w zapaleniu płuc napojów wysokokowych, a pomysłne wyniki, otrzymywane przezemnie wymownie świadczą jeżeli nie o szkodliwości, to przynajmniej o zupełnie bezpotrzebnym podawaniu go chorym na ostre zapalenie płuc. Zamieniając alk wyżej wzmiankowanymi środkami pobudzającymi o wiele tańszymi od bardzo drogich starych win i koniaków złatwością da się stosować te leki wśród biednej klasy ludności. Nie jestem jednak znowu zbyt krątcowo uprzedzonym do alkoholu, jako środka leczniczego, o którym trafnie bardzo wyraził się Peel: „il ne merite ni cet excé d'honneur, ni cet excés d'indignité“ i dla tego sądzę, że w odpowiednich przypadkach, t. j. u ludzi zamożniejszych poniekąd może zastąpić wyżej wskazane leki apteczne, (kamforę i t. p. Nie należy jednak stosować napojów spirytusowych w zbyt przesadzonych dawkach, a stosunkowo niewielkich (stare wino węgierskie lub szampańskie co 2-3 godziny po iużce stołowej. Stanowczo zaś jestem przeciwny nadmiernemu podawaniu alkoholów chorym na zapalenie płuc, szczególnie zaś dzieciom i kobietom, u których środek ten obficie podawany może wywołać niepożądane zaburzenia w ustroju nerwowym. Przekonanie wypowiedzane przez niektórych autorów, jakoby w przebiegu ostrego zapalenia płuc u nałogowych pijaków bez zalecania im alkoholu obejść się nie można, uważam za nieuzasadnione. Na moim bowiem oddziale u bardzo wielu typowych pijaków w zapaleniu płuc leczenie ograniczałem jedynie do powyżej wskazanych środków, natomiast nie dawałem im wcale ani kropli alkoholu, i pomimo to w ogromnej większości przypadków otrzymałem zejście pomyślne.

W tym okresie choroby, jako środek pobudzający, niemiecscy autorowie zalecają jeszcze letnie lub nawet zimne kąpiele. Jak wyżej wspominałem, kąpiele w ostrem zapaleniu płuc nie stosuje wcale, uważam obmywania zimną wodą za zupełnie wystarczające, wywołują one w dostatecznym stopniu działanie pobudzające, wpływają na obniżenie gorączki, a natomiast nie powodują wystąpienia stanu zapaści. Pozatein metodyczne stosowanie kąpiele (co 2—3 godziny) szczególnie u nas połączone bywa z wielkimi trudnościami i w wyjątkowych tylko razach mogłoby by staranie i stosownie do wskazanych wymagań być wykonane. Zresztą również i w Niemczech leczenie za pomocą zimnych kąpiele ulega stopniowemu zaniechaniu, gdyż jak doświadczenie wykazało, nie wywołuje ono tych dodatnich skutków, jakich się po niem spodziewano.

** Patrz mój odczyt kliniczny: „Alkohol przy leczeniu chorób dróg oddechowych“

W niektórych jednak przypadkach wyżej omówione leczenie, mające na celu pobudzenie działalności serca, nie prowadzi do pożądanego skutku. Działalność serca pomimo wszystkiego słabnie stopniowo, duszność wzmagą się, sinica staje się coraz wyraźniejszą. Badanie fizykalne wykazuje powiększenie granic stłumienia sercowego, w dolno tylnych odcinkach płuc występują coraz wyraźniejsze rżenia drobno pęcherzykowe — słowem zjawia się najbardziej krytyczna chwila dla życia chorego, grozi mu bowiem najfatalniejsze zaburzenie, w ogromnej większości powodujące śmierć, t. j. obrzęk płuc. Występuje on przeważnie pod koniec rozwoju sprawy zapalnej w płucach na dobę lub kilkanaście godzin przed przełomem. O ile działalność serca nie bywa jeszcze wyczerpaną chory jest w stanie przemódcz obrzęk, w przeciwnym zaś razie, co się jednak zdarza w większości przypadków, następuje śmierć. Otóż powstaje pytanie, jak powinien sobie radzić lekarz w tak niesłychanie ważnej dla życia chorego chwili. Czy ma szablonowo w dalszym ciągu stosować środki pobudzające, zmieniając gwoili uspokojenia otoczenia niemal co kilka godzin dawny lek nowym, czy też może powinien zastosować jakiś bardziej radykalny w tym przypadku środek. Opierając się na mojem własnem doświadczeniu, sądzę, że w tak rozpaczliwym stanie można nieraz jeszcze uratować życie chorego za pomocą *ogólnego krwioupuustu* (renesectio). Wyżej mówiliśmy obszernie o tym ongi ogólnie stosowanym w zapaleniu płuc środku, oraz o podstawach, na których zwolennicy tej metody opierali jej skuteczne działanie. Obecnie wskazaniem do ogólnego krwioupuustu w zapaleniu płuc służy *obrzęk płuc*. Dobroczynny wpływ na przebieg sprawy tego środka nie jest jeszcze dotychczas ściśle naukowo wyjaśnionym. Wprawdzie można przypuszczać, że przez upust pewnej ilości krwi ułatwiamy wyczerpanemu wskutek zastoiny w małym krążeniu, sercu, a głównie prawej komórce, w nadmiernej pracy, z drugiej jednak strony nie należy zapominać, że obrzęk płuc w równej mierze może być warunkowym osłabieniem lewej komórki sercowej. Prawdopodobnie więc nie raptowny upust nadmiernej krwi, który szybko, przynajmniej pod względem ilości, może się zrównoważyć przez wchłanianie wody z tkanek ciała, lecz wogóle chwilowe ułatwienie pracy serca i wzmożenie czynności całego serca wywołuje ten pożądaný skutek. Poza to również doniosłe znaczenie ma ta okoliczność, że przez upust znacznej ilości (zazwyczaj około 200 grm.) krwi pozbawiamy organizm nagromadzonych we krwi toksyn, które, o czem niejednokrotnie już wspominałem, wskutek swego trującego działania, również w pewnym stopniu osłabiają działalność mięśnia sercowego. Opierając się na wielokrotnie przezemnie stwierdzonem skutecznem działaniu tego środka, w ciężkim przebiegu mocznicy, przypuszczam, że również i w obrzęku płuc, jako powikłaniu ostrego zapalenia płuc, dobroczynny jego wpływ wynika z tych samych zasad. Zresztą słusznie zaznacza Liebermeister, zwolennik ogólnego w tych razach krwioupuustu, że obojętną jest sprawa tego lub owego

wyjaśnienia naukowego, dotyczącego działania krwi upustu wystarczy mu w zupełności niezaprzeczony fakt, codziennem niemal stwierdzony doświadczeniem, o skuteczności tej metody.

Tym więc sposobem wskazaniem do uoustu krwi w zapaleniu płuc będzie wystąpienie szczególnie w końcu 1-go tygodnia choroby, groźnego obrzęku płuc. Upustu krwi dokonywam najczęściej sam przez nacięcie żyły szerokie, aby o ile można najszybciej wypuścić, zależnie od stanu chorego pewną ilość (150—250 grm.) krwi. Po upuście krwi w dalszym ciągu stosuję leczenie za pomocą wyżej wyszczególnionych środków pobudzających. Niektórzy autorowie (Peel, Biegański) stosują również upust krwi i w pierwszych dniach choroby w przypadkach znacznej duszności, wyraźnej sinicy, znacznie rozszerzonej prawej komórki, drobnego nieco napiętego tętna. Krwiupust w tych razach ma działać przeważnie na drodze mechanicznej; oswobodzając organizm od nadmiaru krwi tem samem ułatwiają jakoby krążenie w płucach. W tych okresach choroby wskazanie do upustu krwi widzę wyjątkowo tylko u osób pełnokrwistych, w bardzo ciężkim od samego początku przebiegu sprawy w t. zw. przez Finklera toxahmicznych zapaleniach płuc. Dodatni jednak skutek w tych razach bywa krótkotrwały, szybko przemija i polega, zdaniem mojem, raczej na usunięciu z krwi pewnej ilości toksyn, aniżeli na czysto mechanicznym działaniu.

Tyle da się powiedzieć o leczeniu najbardziej groźnego zaburzenia, występującego w przebiegu ostrego zapalenia płuc t. j. niedomogi sercowej. Z przebiegu wyżej opisanego łatwo przekonać się można, że odpowiednie środki lecznicze wpływają nie tylko na niedomogę mięśnia sercowego, lecz wedle wszelkiego prawdopodobieństwa działając pobudzająco na cały organizm, przyczyniają się do ułatwienia ogólnej przemiany materji, a przez to do wytwarzania z jednej strony antytoksyn z drugiej do wydalania nazewnątrz produktów toksycznych.

Do rzędu innych wskazań, w przebiegu ostrego zapalenia płuc mających podrzędniejsze znaczenie należy przedewszystkiem gorączka. *Nadmiernie podniesiona ciepłota* nieraz nawet 41^o przekraczająca uważana była przez wielu autorów jako wskazanie do odpowiedniego leczenia za pomocą t. zw. *środków przeciwgorączkowych*, t. j. albo za pomocą zimnych kąpieli lub też za pomocą leków farmaceutycznych. Zgodnie z poglądami wielu autorów stosowanie środków przeciwgorączkowych uważam za zupełnie zbyteczne, sama bowiem gorączka nie stanowi niebezpieczeństwa dla chorego, jak dawniej przypuszczano, jest ona tylko wyrazem mocnego natężenia zarazka (jego jadowitości) przeciw któremu, t. zw. leczenie przeciwgorączkowe zupełnie jest bezsilne. Kliniczne zaś doświadczenia wykazują, że ogólnie biorąc, zapalenia płuc z wysoką gorączką przebiegają stosunkowo łagodniej od zapaleń z niską gorączką, których przebieg nieraz bywa bardzo ciężki, a nawet niepomysłny. Wrazie nadzwyczaj wysokiej gorączki stosuję tylko częste obmywania ciała wodą zimną, a przy jednocześnie

istniejącym mocnym bólu głowy zalecam przykładanie na głowę pęcherza z lodem. Kąpieli zimnych, jak już zaznaczyłem, w ostatnich czasach nie stosuje wcale

Ból w boku stały niemal objaw w przebiegu większości przypadków zapalenia płuc najlepiej da się złagodzić za pomocą ciepłych okładów. W niektórych jednak przypadkach ból bywa tak dokuczliwym, że może stanowić poważny przedmiot wskazania lekarskiego. Z zalecanych w tych razach rozmaitych środków (okłady, suche lub cięte bańki i t. p.) za najbardziej skuteczny uważam podskórne zastrzykiwania, sprowadzającej ten, którego z powodu bólu chory bywa zupełnie pozbawionym.

Bezsensność niemal stale towarzyszy ostremu zapaleniu płuc, szczególnie zaś w pierwszych dniach choroby, okłady na głowę z lodu często bardzo usuwają brak snu. Wrazie upartej bezsensności przeważnie napotykaney u pijaków dotkniętych zapaleniem płuc nie waham się podać choremu nieznaczną ilość makowca pod postacią t. zw. proszku Dowera lub też nalewki makowca (T-ra Opii).

Bredzenie umiarkowane, występujące stosunkowo dość często nawet w przypadkach lekkiego przebiegu zapalenia płuc wogóle nie jest wskazaniem do jakiegokolwiek leczenia, powstaje ono na skutek zatrucia toksynami i ustępuje z chwilą przelomu. Bredzenie dalsze, występujące w przebiegu ciężkich zapaleń płuc, przeważnie koniec choroby, zależnem bywa nie tylko od działania toksyn, lecz również i od zastoju krwi w oponach mózgowych i w mózgu, i wymaga zastosowania wyżej wskazanych środków pobudzających (lud na głowę, zimne obmywania i t. p. Niektórzy autorowie, między innymi Biegański, objaw ten uważają za wskazanie do zalecania kilka razy dziennie chłodnowych lub letnich (16–27°) kąpieli z jednoczesnem oblewaniem karku wodą zimną. Wreszcie przeciwko bredzeniu i objawom znacznego niepokoju, napotyamy dość często u pijaków, chorych na zapalenie płuc, wskazane będzie przepisanie chloralu (0,6–1,0 na dawkę, 2–3 razy dziennie (lub też, o ile niema po temu wyraźnego przeciwskazania (starczy, osoby bardzo wycieńczone), kilku kropel nalewki makowca (T-ra opii), powtarzając kilka razy dziennie dotychczas, dopóki nie nastąpi sen, po którym zwykle bredzenie ustępuje. Bredzenie, pojwiciające się w okresie zdrowienia, zależne od niedokrwistości ośrodków mózgowych, szybko znika wraz z poprawą ogólnego stanu chorego

Kaszel i utrudnione wydzielanie płwociny spotykamy przeważnie u osób, uprzednio dotkniętych przewlekłym nieżytem oskrzeli. W tych razach stosuję t. zw. środki wykrztuśne same przez się lub z dodatkiem słabego środka kojącego (kodeina). Pożytecznem bywa również stawianie takim chorym co 2-gi dzień suchych baniek.

Różnorodne powikłania, spostrzegane w przebiegu lub w następstwie ostrego zapalenia płuc, wymagają zależnie od ich rodzaju odpowiedniego leczenia. Dla ciężkich powikłań jako to:

zapalenia osierdza, opon mózgowych, osierdza, wskazaniem będzie stosowanie tych samych wyżej opisanych środków i metod co i w ciężkich zapaleniach płuc, a więc przede wszystkim środków pobudzających i wyrównywających działalność serca. Zapalenie opłucnej, które stanowi najczęściej powikłanie kończące pomyślnie dzielniny z punktu widzenia terapeutycznego na zapalenie opłucnej z wysiękiem surowiczym i ropnym. Pierwsze zazwyczaj nie wymagają szczególnej interwencji lekarskiej i w okresie zdrowienia *po niejakiem czasie ustępują zupełnie*. Nieco *obfitsze wysięki autorowie zalecają niektórym surowicze* wypuszczać sztucznie, skoro tylko nie ulegają szybszemu wchłanianiu. Środek ten, zdaniem mojem, jest o wiele skuteczniejszym i bardziej odpowiadającym celowi aniżeli przykładanie, szczególnie u nas bardzo używanych, przyszczydeł, które sprawiają i bez tego mocno osłabionym i chorobą wycieńczonym chorym, dokuczliwy ból, a zresztą nie zawsze domagają wessaniu się wysięku.

Ropne wysięki, również zalecano wyssać za pomocą odpowiedniego przyrządu (aspirator Potin'a), gdyż podług wielokrotnych doświadczeń przekonano się, że raz wyssane wysięki ropne ustępują w zupełności. Jeżeli jednak wysięk ropny okaże się zbyt gęsty, lub też powinno wypuszczenia wysięku gorączka pozostaje w dalszym ciągu, wtedy po kilku dniach należy bezwarunkowo wykonać operację radykalną, t. j. torakotomię.

W okresie zdrowienia, jak już zaznaczyłem, nieraz wysięk ulega bardzo powolnemu wchłanianiu. Najczęściej zależnem to bywa od lichego stanu ogólnego chorych; w miarę zaś poprawy ogólnego stanu również i występ wchłania się powoli bez użycia środków drażniących skórę. Po ciężkiem zapaleniu płuc zwykle dość długo trwa znaczne osłabienie chorego, kaszel objawy niedokrwiistości i niedopomogi sercowej. W tych razach obok leczenia dyetetycznego należy zalecić również choremu leczenie powietrzno klimatyczne. W tym celu nie tylko w lecie lecz również i w początkach wiosny nawet i w zimie chory powinien udać się do odpowiednich miejscowości leczniczych (najlepiej do Zakładów), o których w tomie pierwszym podręcznika mego: „Wykłady kliniczne chorób dróg oddychowych“ w rozdziale o leczeniu przewlekłych nieżytów oskrzeli szczegółowo wspominałem. Uważam więc za zbyt częste powtarzać wszystkie dotyczące tej sprawy szczegóły. Nadmienię jeno, że chorych tych w okresie zdrowienia należy wysyłać do miejsc niezbyt oddalonych od miejsca ich stałego zamieszkania, gdyż, zdaniem mojem, wszędzie, gdzie znajdą dobre warunki zdrowotne i odpowiednie odżywianie szybko powrócą do zupełnego zdrowia.



Pareę uwag z powodu praktykowania wśród ludu wiejskiego.

Odpowiedź na artykuł D-ra T. Dunina

Napisał Dr. Fr. Grodecki

Niema bodaj nic gorszego nad projekty, dotyczące sprawy żywoźnej, oparte na ulotnych wrażeniach, które — zdawałoby się — nie powinny być podstawą do reformy stosunków społecznych. Tu opierać się należy raczej na faktach drogą długoletniego badania danej dziedziny życia zdobytych. To też zdziwiony zostałem, z jaką łatwością tak krytyczny lekarz, jakim jest Dr. Dunin, chce przeciąć bolączkę trapiącą lekarzy prowincjonalnych. Zdziwiony, mówię, dla tego, że przepracowawszy 13 lat wśród ludu w żaden sposób nie mogę przyznać, by kwestya owa tak łatwo rozwiązać się dała.

Przedewszystkiem każdego świadomego rzeczy uderza w oczy nieznamość warunków pracy lekarskiej na prowincyi. Dr. Dunin pisze, że obecnie lekarz prowincjonalny oprzeć się musi na ludzie, bo dworów coraz to mniej, a i te coraz to biedniejsze. O tem my, lekarze prowincjonalni, wiemy i nie tylko, że się tem nie trapimy, ale owszem — nawet bardzo radzi jesteśmy: popierwsze dla tego, że parcelacya dowodzi wzmożenia się zamożności wśród ludu, powtóre dla tego jeszcze, iż lud to twarda opoka, a kto na tej epoce potrafi oprzeć swój byt, ten może śmiało z wszelkiej dworskiej praktyki skwitować. Nie potrzebujemy przy tem, jak to utrzymuje autor, *zniżyć* swej wiedzy lekarskiej do poziomu potrzeb ludności wiejskiej; raczej powinniśmy ją wydoskonalic do tego stopnia, by przy pomocy środków dyetetycznych i fizykalnych można było osiągnąć jaknajwiększy efekt terapeutyczny. I tu właśnie sedno kwestyi leży. Lud ganie się chętnie do lekarza, o ile ten doskonale rozpoznaje, trafnie wyrokuje i umiejętnie leczy, a przy tem nie szczędzi serdecznego ciepła w obejściu się z chorymi. To są zasadnicze postulaty, którym powinien odpowiadać lekarz pragnący sobie zdobyć zaufanie wieśniaka, a co za tem idzie wziętość i byt. A jak dalece grają one rolę, dowodzi wielokrotnie spostrzegany przezemnie fakt, że wieśniak gotów jest jechać o kilka mil drogi dalej i zapłacić większe honorarium, byle tylko zasięgnąć porady u lekarza cieszącego się pewną sławą. Źródło niepowodzenia lekarza na prowincyi leży często w brakach wykształcenia fachowego tudzież nieumiejętności wychodzenia z chorymi.

Tych braków rozdawanie leków nie zastąpi; zresztą, jest ono nadzwyczaj uciążliwe, a nawet w wielu razach wprost niewykonalne. Pomijając bowiem już tę kwestyę, że projekt D-ra Duni-

na stoi w kolizyi z prawem, sądę, że zagraża on bardzo poważnie aptekom, które, bądź co bądź, i na prowincyi są potrzebne, jak to zresztą i sam projektodawca uznaje, gdy radzi, by z maściami używanymi przy chorobach skórnych (a co zrobić np. z oczniami?) lekarz odsyłał chorych do aptek. Wyobrażam sobie, że tylko 50% ludności będzie korzystało z lekarstw wydawanych przez lekarzy, to czy z pozostałych 50% potrafi się apteka utrzymać na tym poziomie, jakiego wymaga współczesna wiedza? Wątpię.

Więc lekarz zmuszony będzie wtedy przyrządzać wszelkie leki, a więc maście, czopki, gałki, zawiesiny. Ale to bodaj że się lekarzowi nie opłaci, zresztą: on tego nawet zrobić nie potrafi. Wprawdzie leki tego rodzaju stosują się rzadziej, bądź co bądź stosować je wypada nawet w praktyce ludowej. Po wtóre, często i lekarze prowincjonalni uciekać się muszą do wstrzykiwań podskórnych lub zakraplań, do czego leki powinny być przygotowane na wodzie destylowanej i przefiltrowane, a to znowu należy do aptekarza. Wreszcie, co robi lekarz, gdy zamiast dla 10-15 chorych zmuszony byłby przyrządzić leki dla 20-30? Czasu mu na to nie wystarczy; więc wypadnie od czasu do czasu najmować jakiegoś pomocnika. Ale kogo?

Tu muszę zaznaczyć, że bynajmniej nie mam zamiaru bronić aptek, zgadzam się bowiem najzupełniej, że taksa na lekarstwa jest obecnie za wysoka. Nie idzie jednak za tem, by apteki prowincjonalne znieść; sądziłbym raczej, że należy dołożyć wszelkich usiłowań o zmianę taksy lub o ustanowienie większych ulg dla ludzi biednych, wreszcie — o zmniejszenie kosztów, na jakie bywa narażony każdy starający się o koncesye na aptekę. Bardzo byłoby pożądanem, aby farmaceutyczna prasa sprawy powyższe podniosła, sądziłbym nawet, że nie zawadziłoby w tym względzie wspólne porozumienie się aptekarzy z lekarzami podczas projektowanego przez Tow. Hyg. zjazdu lekarzy prowincjonalnych w marcu r. p.

Wracając do treści artykułu D-ra Dunina, stanowczo się niezgadzam, by lekarzowi prowincjonalnemu we wszystkich wypadkach wystarczała ta ilość leków, jaką szanowny projektodawca proponuje. I wieśniakowi trzeba nieraz zapisać kokainę, atropinę, ezerynę, diuretynę, tannalbinę i wiele innych. A czy to racya, bym np. dziecku zamiast antypyryny zapisywał antifebrynę dla tego tylko, że jest on tańsza, jakkolwiek znacznie jadowitsza?

Nie! Chorego wieśniaka każdy lekarz powinien leczyć tak samo, jak mieszkańca stolicy; wprawdzie nie powinien on zapominać, że środki lecznicze w pierwszym wypadku powinny być możliwie tanie, ale też nigdy nie może zapominać, by były najodpowiedniej dobrane. Boć z jakiej np. racyi choremu na ostre gościec stawowy *plus* niezbyt żołądka wieśniakowi mam zalecić natrium salicylicum skoro wiem, że aspiryna, nie drażniąc wcale żołądka, działa równie dobrze? Albo: czy mam prawo wdmuchiwać do oka kalomel zwyczajny skoro kalomel Simon'a mniej za-

drażnia? Czy wolno mi np. unikać przy owrzodzeniach podudzia wybornie działającej maści z arystolem dla tego tylko, że jest ona nieco droższa.

Może dr. Duninowi, zajmującemu się wyłącznie praktyką wewnętrzną, wystarcza jeszcze mniej leków, niż to, co polecił szeregowcom prowincjonalnym, zapewniam go jednak, że ci właśnie szeregowcy, mając praktykę ogólną w całym tego wyrazu znaczeniu, muszą rozporządzać wszelkimi tymi lekami, jakie uznają za potrzebne i wskazane.

Wszakże pominął Dr. Dunin w swym spisie nawet surowicę przeciwbłoniczą!

W dalszym ciągu zapewnia dr. Dunin, że przygotowanie lekarstw to wcale łatwa rzecz, którą w wielu razach należy polecić „narzekającym na nudy“ żonom i córkom lekarzy prowincjonalnych.

Podczas letnich wczasów miał dr. Dunin jedynie pacjentów ambulatoryjnych, z którymi łatwiej sobie poradzić. Co by jednak było, gdyby tak autor projektu przyjechał podczas szarugi ze 20—30 wiorst, wrócił zmęczony, przemokły, głodny, musiał jeszcze odwiedzić chorych miejscowych albo przyjąć 10—15 przychodnich; albo: gdyby tak po nieprzespanej nocy, spędzonej przy ciężkim porodzie, musiał się jeszcze zabrać do przyrządzenia lekarstw dla chorych wieśniaków. Czy i wówczas sprawa byłaby tak łatwa?

Lekarz prowincjonalny, cieszący się niejakim zaufaniem, przejeżdża rocznie 4 do 5000 wiorst, słusznie więc i odpoczynek mu się należy; powinien był też szanowny projektodawca nie zapominać, że ten sam lekarz prowincjonalny musi coś niecoś i przeczytać, bo nauka nie stoi na miejscu, a nawet szeregowcy prowincjonalni kroczyć za nią winni.

Gdy to wszystko weźmiemy pod uwagę, gdy jednocześnie zgodzimy się i na to, że lekarzowi prowincjonalnemu *nihil humani alienum esse debet*, przyznamy zapewne, że preparowanie leków wcale nie jest takie łatwe, ani proste, jak to przedstawia dr. Dunin.

Co zaś do zwalania tej czynności na wrzekomo nudzące się żony lub córki, to przedewszystkiem spytam: kto będzie pomagał kawalerom? A powtóre, kto będzie łątał bieliznę, zarządzał całym gospodarstwem, uczył dziatwę, jeżeli żona lekarza stanie się prowizorką? Zapewne poradzi Dr. Dunin wolne od zajęć gospodarskich chwile obracać na zajęcia apteczne? Zdoda, ale żony nasze mają też pewne wymagania duchowe. Zresztą, zdaje mi się, że przygotowaniem chyba tylko bardzo nieszkodliwych leków może się zająć osoba, nieposiadająca fachowego wykształcenia

Ze wszystkiego com tu przytoczył widać, jak dalece projekt Dra Dunina jest niepraktyczny; zresztą, wysnuty z wrażeń innym być nie mógł; gdyby np. dr. Dunin znał dobrze stosunki, nie proponowałby utrzymania konika i bryczki, bo taka zabawka za drogo kosztuje i stanowczo się nie opłaca; mówię to z własnego doświadczenia.

Nie mogę na tem miejscu zamilczeć o jeszcze jednym szczególe, który nawet wart podkreślenia. Oto Dr. Dunin na samym wstępie zaznacza, że nietylko udzielał porad *gratis*, ale nawet dawał bezpłatne lekarstwa.

Oczywiście, każdemu wolno czynić co mu się podoba, ale też wolno i sądzić każdy fakt. Więc zapytam: *Cui bono* czynił to autor, troszczący się o dobro kolegów prowincjonalnych?

Wszakże sam zaznacza, że „niebyłoby nawet do życzenia, żeby bezpłatna (Nb.: a stały podatek—czy to nie zapłata?) pomoc państwowa była rozciągnięta na całą ludność wiejską, w ten bowiem sposób odzwyczałaby włościan od pamiętania o własnych potrzebach, zniosłaby wszelką indywidualną dzielność“ (str. 494) Lecząc przeto nietylko darmo, ale nawet z dopłatą, postępował Dr. Dunin wbrew swemu przekonaniu i w dodatku demoralizował lud, który raz przecież powinien wiedzieć, że praca lekarza powinna być ceniona i opłacana, jeżeli nie więcej, to przynajmniej narówni z każdą inną. Postępując wbrew temu, Dr. Dunin w wysokim stopniu utrudniał położenie okolicznych lekarzy i przyczynił się do szerzenia się niezadowolenia oraz nieufności względem nich, czyli działał wbrew przeciwnie temu, do czego w swym artykule dąży. Sądzę, że od koryfeuszów naszego stanu lekarskiego każdy z nas miałby prawo oczekiwać czegoś innego.

Dobiegłem do końca i zdaje mi się *ad oculos* dowiodłem, że projekt doktora Dunina jest niewykonalny. Mam prawo dla tego jeszcze tak sądzić, żem w pierwszych latach swej praktyki prowincjonalnej próbował postępować w myśl słów dra Dunina; przekonałem się jednnk, że jest to postępowanie wręcz nieodpowiednie. Dziś, nauczony doświadczeniem, jestem wprost innego zdania; sądzę mianowicie, że lekarz prowincjonalny przedewszystkiem dążyć winien do możliwej doskonałości fachowej, do opanowania całego arsenału środków zalecanych przez terapię, szczególnie fizykalną, która jest do dziś u nas po macoszemu traktowana. Czynniki te - obok uprzejmego, serdecznego traktowania chorych, zjednąją lekarzowi całe szeregi siermiężnych pacjentów i zapewnią byt niezależny. Kwestya uprzywilejowania leków powinna być na innej drodze rozwiązana. Czas już przecież wielki, by lekarz przestał być kozłem ofiarnym obowiązany do wszystkiego, nawet do uprawiania farmacyi, jednym słowem *un homme pour tout*. O zdrowie ludu powinien troszczyć się sam lud. Skłońmy go do tego, nauczmy go, że zdrowie to wielki skarb, o który dbać nie tylko należy, ale i można własnymi siłami; wskażmy mu drogę do tego wiodącą, a kwestya rozwiązana zostanie. A droga jest prosta: niech na początek w każdej gminie powstanie kasa pomocy dla biednych chorych; inicjatywę do tej innowacyi powinni podać lekarze, poparcie zaś znajdą z pewnością we wszystkich sferach.

Niestety, w tym względzie u nas nic się nie robi, bośmy—zdaje się—jeszcze do zbiorowego działania nie dorosli.

Pierwsza konferencya Międzynarodowego Biura centralnego do walki z gruźlicą.

Podał Dr. Seweryn Sterling.

(Dokończenie.)

Wystawa, nazwana „Tuberkulose-Museum,“ Konferencyę dopełniała, czy też lepiej: zdobiła.

Najciekawszą część wystawy stanowiła kolekcya Dra Blumentala (z Moskwy).

Były tu przedewszystkiem obrazy projekcyjne, które B. parę razy w ciągu Konferencyi demonstrował przy pomocy latarni magicznej.

Dla przykładu wyliczę kilka „obrazków“ demonstrowanych przez Blumentala.

A więc: № 1. Śmiertelność od gruźlicy w różnych państwach; diagram kolorowany.

№ 2. Toż samo w postaci mapy kolorowanej.

№ 4. Mapa Niemiec przedstawiająca wszystkie sanatoria i polikliniki dla chorych piersiowych. (W Lutym r. b. było 57 sanatoryów ludowych, 20 sanatoryów dla zamożnych; w budowie—27 sanatoryów ludowych).

№ 5. Śmiertelność od gruźlicy we Francyi — ułożona podług departamentów.

№ 9. Śmiertelność ogólna i śm. od gruźlicy w Anglii—przed i po wprowadzeniu prawa t. zw. Public Health Act, w r. 1875. Grafiki tej tablicy pokazują, że na ogólną śmiertelność o wiele silniej ten akt prawodawczy wpłynął, aniżeli na śmiertelność od gruźlicy.

№ 15. Mapa Londynu, podzielonego na cyrkuły—stosownie do gęstości zaludnienia; obok druga mapa, wykazująca śmiertelność od gruźlicy w stosunku do tych samych cyrkułów obliczona. Porównanie obu map przekonywa, że cyrkuły gęsto załudnione są zarazem tymi, które dają największą śm. od gruźlicy.

№ 17—19. Podobne mapy Paryża (stosunek między zamożnością, przeludnieniem i śm. od gruźlicy).

№ 20—21. Podobne dwie mapy Hamburga (stosunek między dochodem a śm. od gruźlicy).

№№ 26 do 33 stanowią kartogramy ilustrujące zależność gruźlicy od zawodu.

Następny szereg diagramów uświadamiał, jaki udział bierze gruźlica jako przyczyna niedołęstwa i niezdolności do pracy czasowej.

№№ 55—59 przedstawiają w barwnych diagramach: wyniki leczenia w sanatoryach ludowych; trwałość poprawy otrzymanej w sanatorium; porównanie wyników leczenia suchot w sanatoryach, w szpitalach i w domu (najgorzej!)

N^o 61. Plan sytuacyjny „Dispensaire Emil Roux“ w Lille (p. wyżej). N^o 62. Plan sytuacyjny „Dispensaire“ XII-go okręgu m. Paryża,

Kolekcya Blumentala zawiera jeszcze ogromny zbiór literatury, rycin, fotografii i t. p., dotyczących się ruchu przeciwgruźliczego.

Właściwe „Muzeum“ podzielono na kilka oddziałów.

W oddziale pierwszym (Historya gruźlicy) na honorowem miejscu wystawił Koch pierwszą hodowlę lasecznika gruźlicy, otrzymaną w r. 1881 z płuc suchotnika.

W tym oddziale zwraca uwagę ciekawa kolekcya Prof. Mayera: habitus phtisicus w sztuce. Okazuje się, że wszystkie Wenery były robione na miarę — suchotniczą!

W oddziale drugim (Rozpowszechnianie się gruźlicy) obok licznych kartogramów złożono wielkie tomy statystyki państwowej Prus i Niemiec.

W dziale trzecim (Etyologia gruźlicy) i piątym (Dyagnoza gruźlicy), przedstawiono przedewszystkiem szereg hodowli laseczników należących do grupy I. gruźliczego.

Prof. Lesser wystawił artystycznie wykonane mulaże, przedstawiające: gruźlicę skóry; tuberkulidy; lupus erythematodes.

Podobne mulaże gruźlicy skóry przedstawił Prof. Lassar.

Dr. Berliner wystawił mulaże gruźlicy krtani i płuc.

Prof. Orth wystawił szereg preparatów anatomo-patologicznych, mianowicie gruźlicę u cielęcia, u kozy, u świni — wywołaną przez zaszczepienie materiału gruźlicy ludzkiej.

Cały szereg podobnych preparatów anatomo-pat. i mikroskopowych wystawili i inni uczeni, zarówno niemieccy, jak i francuzcy.

Prof. Courmont demonstrował swoje hodowle używane do agglutynacji i samą metodę.

O ile niezadowolniły mię widziane w roku zeszłym w Londynie röntgenogramy przypadków gruźlicy płuc, o tyle znów wystawione w Berlinie diapozytywy Prof. Grumnacha pozwalają mi wypowiedzieć przekonanie, że już teraz pewnem jest, że ta metoda badania stanie się pomocną w dyagnostyce nawet początków gruźlicy płuc,

W dziale czwartym (A. Niszczenie laseczników gruźlicy. B. Zapobieganie) znajdujemy z rzeczy nowych: spluwaczki papierowe (do spalania) podług Flüggego; kieszonki gumowe do noszenia chustek papierowych; piec do spalania plwociny i materiałów opatrunkowych (Meissnera).

Po zatem: szereg odmian spluwaczek Dettweilera, masę inhalatorów, maskę Fraenkla, różne linolea, tapety zamywalne, aparaty do sterylizacji mleka i t. d.

W dziale leczenia wystawiono takie przedmioty, jak: przyrząd do wiosłowania w pokoju, parę odmian krzesel pneumatycznych, parę odmian szeslongów do leżalni, wentylatory, piece, kuchnie elektryczne, termofory, aparaty do dezynfekcyi formaliną, i t. p.

Dwa szpitale wystawiły swoje urządzenia, dotyczące się istniejących w nich oddziałów specjalnych dla chorych piersiowych; są to szpitale: ks. Hohenlohego w Sławęcicach i miejski w Szczecinie. Po-

zatem wystawiono plany pięćdziesięciu kilku sanatoryów niemieckich i obcych, bardzo wiele dzieł i broszur; w dziale ostatnim, literackim, obszernie uwzględniono literaturę, traktującą stosowanie tuberkuliny.

Oddzielnie zebrano literaturę popularną w różnych językach europejskich.

Do tego samego działu zaliczyć należy mnóstwo wzorów kart szpitalnych, kart statystycznych, formularzy, instrukcyi dla chorych i t. p. druków, używanych w różnych krajach i różnych lecznicach.

Ciekawem jest jeszcze zestawienie tych książek, broszur i pism okolicznościowych, jakie bezpłatnie rozdawano uczestnikom konferencyi (którzy — notabene — wogóle żadnej wkładki nie płacili).

Takie zestawienie daje pojęcie o środkach, jakimi rozporządza ruch niemiecki.

Rozdano następujące wydawnictwa: 1) Die Arbeiterheilstätten der Landes-Versicherungsanstalt Berlin bei Beelitz. Album in 4^o z 92 stron, z kilkudziesięciu ilustracyami; 2) Deutsche Industrie und Technik bei Einrichtung und Betrieb von Sanatorien und Krankenhäusern. Tom in 4^o, z 180 str., z bardzo licznymi ilustracyami. 3) Das Rothe Kreuz und die Tuberkulose-Bekämpfung. Tom in 8^o. Str. 177. Zawiera opis wszystkich zakładów utrzymywanych przez organizację niemieckiego Czerwonego Krzyża, a poświęconych walce z gruźlicą. 4) Das Auftreten der Tuberkulose als Todesursache in Preussen während der Jahre 1876—1901. Praca statystyczna. Zeszyt in 4^o. Str. 22. 5) Statistik der Heilbehandlung bei den Versicherungsanstalten und zugelassenen Kasseneinrichtungen der Invalidenversicherung für die Jahre 1897—1901. Tom in 4^o. Str. 129. 6) Verhütung und Bekämpfung der Tuberkulose durch die deutsche Arbeitsversicherung Bearbeitet v. Bielefeldt. 7) Ergebnisse der von Landes-Versich. der Hansestädte eingeleiteten Heilverfahrens bei lungenkranken Versicherten bis Ende 1901. Str. 24 i tablice. 8) Die Erholungstätten bei Berlin. Cztery sprawozdania za rok 1901. Str. 32. 9) Bericht über die vier Genesungshäuser der Landes-Versich. Hannover. Zeszyt in 4^o. Str. 25. 10) Moeller-Kayserling: Ueber die Verwendung des Tuberkulins. 11) Berufswahl und Körperliche Anlagen. Broszura popularna. Str. 64. 12) Niels Finsen. Die Bekämpfung des Lupus vulgaris. 52 fotografie. 13) Katalog des Tuberkuloses Museum 14) Blumentala. Tuberkulose-Kollektion. 15) Dziennik kongresu.

Prawie wszystkie pisma wyżej wymienione są poświęcone konferencyi, czyli zostały *ad hoc* wydane.

Prócz powyższych rozdawano jeszcze: 16) Rapports sur les travaux d'institut de bactériologie a Liège 17) Weill-Mantou. Guerre à la Tuberculose. 18) Malvoz. La lutte contre la Tuberculose en Belgique. 19) Oeuvre des Tuberculeux Liège. 20) Oeuvre des Tuberculeux de l'arrondissement de Verviers.

Nie wyliczam ulotnych druków, kartogramów, rysunków.

Dając każdemu uczestnikowi do domu całe plikę materiału do

studyów, więcej jeszcze czyni konferencya dla idei walki z gruźlicą, aniżeli przez same obrady.

Tylko, że na takie środki propagandy pozwolić sobie może jedynie bogaty kraj lub bardzo zamożna instytucya społeczna, jaką jest właśnie Urząd Ubezpieczeniowy Niemiecki.



Spostrzeżenia z praktyki

Przypadek przewlekłego unieruchamiającego zapalenia kręgosłupa (spondylosis rhizomelica).

Przedstawiony na posiedzeniu Towarz. lek. łódz. d. 18/IX 1902 r.

Podał Dr. Med. A. Pański.

Ordyn. oddz. chor. nerw. w szpitalu Poznańskich w Łodzi.

Cierpienie, zeszywnieniem kręgosłupa zwane, było w ostatnich latach tylekrotnie przedmiotem rozpraw we wszystkich niemal piśmiennictwach lekarskich, wśród których i nasze dzięki pracom Rzętkowskiego ¹⁾, Markiewicza, ²⁾ Kędziora ³⁾, Pech kranca, ⁴⁾ Męczkowskiego, ⁵⁾ Puławskiego, ⁶⁾ i innych nie pozostało w tyle, że podanie literatury, lub streszczenie poglądów na istotę cierpienia, jeszcze niedostatecznie zbadaną, jak również omawianie charakterystycznych cech różnych jego typów, uważane być może za zbyteczne.

Ze względu jednak na różnorodność zapatrywań autorów zarówno na istotę cierpienia jakoteż na przyczyny, cierpienie powodujące, nagromadzenie odnośnych spostrzeżeń może się z czasem nie okazać zbytecznem.

P. krawiec, 35 lat wieku liczący, przybył na mój oddział d. 1/IX b. r. Przez 4 lata służył w wojsku. Od lat 14-tu jest żonaty i ma 5 zdrowych dzieci. Życie prowadzi regularne, nadużyć nie popełnia. Chorób wenerycznych, rzerzączki nie przechodził.

- 1) Rzętkowski. Streszczenie zbiorowe w Gaz. Lek. 1901 r.
- 2) Markiewicz. Dwa przypadki w Księdze jubil. Dumina 1901 r.
- 3) Kędzior. 8 przypadków w gaz. Lek. 1901 r.
- 4) Pechkrane. 1 przypadek w Gaz. Lek. 1902 r.
- 5) Męczkowski. 1 przypadek w Gaz. Lek. 1902 r.
- 6) Puławski. 1 przypadek w Gaz. Lek. 1902 r.

Przed 9-ciu miesiącami chory poczał uczuwać bóle w prawej kończynie dolnej, które stawały się coraz częstszymi i silniejszymi. Wkrótce bóle były prawie stałe, a będąc umiejscowione w stawie biodrowym, stanowiły poważną przeszkodę w chodzeniu, przy którym chory musiał powłóczyć tą kończyną. Cierpienie powyższe wystąpiło bez wszelkich jakoby ku temu powodów: chory nie był narażony na przeziębienie, lub na przebywanie w wilgoci, nie uległ urazowi, przymiotu, rzerzączki nie przechodził, w rodzinie podobnych cierpień, jak ostry gościec stawowy i t. p. nie zauważono.

Po niespełna miesiącu cierpienie przeszło na lewą kończynę dolną i na krzyż. Chory mógł tylko chodzić o kiju. Jednocześnie wystąpiło nieznaczne pochylenie tułowia ku przodowi.

Leczenie kąpielami i środkami przeciwgośćcowymi nie przynosiło choremu żadnej ulgi, przeciwnie sprawa chorobowa posuwała się coraz wyżej ku górze, powodując bóle i zeszywnienie kręgosłupa, krępujące jeszcze więcej ruchy chorego.

Po nieznacznym przebiegu czasu ruchy szyi i głowy sprawiały choremu ból a nie długo potem wystąpiła sztywność szyi, ograniczająca coraz bardziej ruchy głowy zarówno w poziomym jakoteż w poprzecznym kierunku.

Obecnie chory nie może chodzić, siedzieć ani leżeć swobodnie. Cały kręgosłup jest prawie nieruchomy, na ucisk nie bolesny, natomiast przy forsownych ruchach biernych chory ma silne bóle. Kręgi szyjowe są sztywne; ruchy głowy minimalne: pochylenie głowy naprzód zbliża podbródek do mostka tylko na 2 ctm.; boczne ruchy głowy są również prawie nie dostrzegalne ku stronie lewej, większe nieco ku stronie prawej; mianowicie linia przeprowadzona od środka podbródka do główki kości ramieniowej jest 26 ctm. długą i gdy głowa jest skierowana w prawą stronę, linia powyższa ma 23 ctm. długości,—w lewą zaś 25.

Gdy chory stoi tułów jest nieco pochylony ku przodowi, głowa osadzona jak na kiju, kończyny dolne zgięte w stawach biodrowych i kolanowych, i tylko nieznacznie od siebie oddalone; chód bardzo drobny, niepewny, przyczem otrzymuje się wrażenie, jakoby chory powłóczył prawą kończynę dolną. Ruchy w stawach barkowych zupełnie swobodne; dowolne ruchy w prawym mniej zręczne i wolniej wykonywane jak w lewym.

Badanie w leżącej pozycji chorego wykazuje: oddychanie ma cechę brzuszniejszego zębra bowiem widocznego przynajmniej udziału w niem nie biorą. Stawy biodrowe i kolanowe nie są zgrubiałe; prawe biodro może być zgięte tylko do utworzenia prostego kąta z poziomą linią miednicy, lewe nieco więcej—do utworzenia tępego kąta (75°); stałe przykurczenie obydwóch stawów biodrowych (którego kąt wynosi około 30°) nie daje się zwalczyć przy ruchach biernych, zupełne wyprostowanie (extensio) przeto kończyn w stawach jest niewykonalne; oddalenie jednej kończyny dolnej od drugiej jest również znacznie ograniczone: przy maximum oddalenia przestrzeń międzykolanowa wynosi 20 ctm. O wiele więcej po

datne są przykurczenia stawów kolanowych, zostaje jednakże pewne minimum zwalczyć się niedające. Przy zbyt silnem wykonywaniu tych ruchów ad maximum możliwości występują bardzo silne bóle. Wszystkie inne stawy są wolne. Zanotować jeszcze muszę, iż gdy chory stoi, siedzi lub leży w wygodnej dla niego pozycji bólów żadnych nie miewa, zmiana jednakże pozycji natychmiast powoduje silne bóle; najwygodniej chory czuje się w łóżku.

Czucie skórne wszędzie zachowane. Mięśnie dobrze rozwinięte; brak zaników mięśni, których pobudliwość na prąd elektryczny wszędzie zachowana. Odruchy kolanowe silnie wzmożone. Odruchy jądrowe i brzuszne bardzo żywe. Pęcherz działa sprawnie. Rozbiór moczu nie wykazuje anormalnych części składowych. Potentia zachowana. W narządach wewnętrznych szczególnych zmian nie wykryto.

Z podanej powyżej historii choroby jakoteż z badania chorego wynika, iż cierpienie rozpoczęło się u podstawy kręgosłupa w prawym stawie biodrowym i, dążąc w kierunku poprzecznym, objęło tenże staw drugiej strony, powodując stałe przykurczenie tychże stawów, w kierunku zaś wstępującym ku górze przeszło na wszystkie kręgi inclusive kręgi szyjowe, ograniczywszy coraz bardziej ruchy między-kręgowe i zamieniwszy cały kręgosłup w jednolity prawie słup pochylony nieco ku przodowi; wreszcie sprawa chorobowa rozprzestrzeniła się w miejscach przyczepu żeber do kręgosłupa powodując ograniczenie ruchów żeber i pośrednio brzuszny typ oddychania. Natomiast nie wykazało badanie zaników mięśni, ani bolesności na ucisk zarówno kręgosłupa, jakoteż pni nerwowych; wywiady zaś nie naprowadziły nas na żaden moment etyologiczny, mogący jakkolwiek odegrać rolę w powstaniu opisanego cierpienia (przeziębienie, ostry gościec stawowy, diateza moczanowa, uraz, przymiot i rzerzączka).

Ponieważ tylko tak zwane „przewlekłe unieruchamiające zeszywnienie kręgosłupa,“ a nie żadne inne cierpienie bądź oddzielnych, lub wielu kręgów kolumny pacierzowej, bądź też rdzenia kręgowego, opon miękkich i twardych tegoż, lub korzonków nerwowych, mogło spowodować objawy, stwierdzone u naszego chorego, rozpoznanie przeto powyższe szczegółowego omówienia nie wymaga.

Natomiast ze względu na dotychczas istniejące poglądy autorów orzec powinniśmy, do którego z dwóch typów, Marie-Strümpella, czy Bechterewa, dany przypadek zaliczony być winien. I pod tym względem odmiennych zdań być nie może, iż objawy, istniejące u naszego chorego, mają wszelkie właściwości typu „wstępującego“ Marie-Strümpella w okresie pełnego rozwoju.

I w rzeczy samej typ Marie-Strümpella różni się zasadniczo od typu Bechterewa brakiem zaburzeń ze strony układu nerwowego, którym Bechterew przypisuje dominującą rolę w powstaniu i w istocie danego cierpienia. Przeto w typie Bechterewa znajdujemy niedowład i zanik mięśni, zaburzenia czuciowe (upośledze-

nie takowego i bóle), zaburzenia ruchowe (skurcze w mięśniach), natomiast duże stawy i więzy kręgosłupa, które głównie ulegają cierpieniu w typie drugim zostają wolne. Sprawa chorobowa w typie Bechterewa posuwa się od góry ku dołowi. Wreszcie jako przyczynę cierpienia podaje Bechterew przymiot, uraz lub dziedziczność.

Z podanej tutaj w streszczeniu różnicy obydwóch typów wynika, iż między objawami, stwierdzonemi u naszego chorego, brak było zupełnie objawów, właściwych typowi Bechterewa, natomiast wszystkie razem i każdy poszczególnie był spostrzegany przy typie Marie-Struempella, do którego też nasz przypadek zaliczyć możemy.



REFERATY

Prof. Dr. W. Jaworski. **O racjonalnym składzie i terapeutycznym stosowaniu leczniczych wód mineralnych i kąpiel.** Rozczyny wodne ciał leczniczych, nasycone kwasem węglowym, nazywamy wogóle wodami leczniczymi; te z rozczyńców, które zawierają w rozpuszczeniu same wody mineralne, nazywają się wodami leczniczymi mineralnemi. Używanie mineralnych wód leczniczych zwiększa się z dnia na dzień; wody lecznicze powinny odpowiadać następującym warunkom co do swego składu i istoty: a) do rozpuszczenia należy używać wody przekroplonej; b) w rozczyńce ma się znajdować działająca sól mineralna wraz z dodatkiem innych soli, które działanie głównego składnika wzmacniają lub czynią wodę łatwiej strawną; stosunki zaś osmotyczne regulują się stosownie do potrzeby; c) zgęszczenie rozczyńca stosuje się odpowiednio do składu chemicznego i stosunków osmotycznych cieczy międzykomórkowych ustroju, jako też zależnie od stopnia działania na stan patologiczny, chorego, jaki zamierzamy osiągnąć; d) rozczyńcy powinny być nasycone kwasem węglowym pod ciśnieniem; e) nazwy wód mineralnych leczniczych należy w ten sposób wybierać, aby przez nie skład ich chemiczny był wyrażony, przy czem winno się przestrzegać pewnego systemu. Oznaczeń dowolnych wód leczniczych należy unikać z tego względu, aby nie uchodziły za leki tajne lub specyfiki. Aby powyższym warunkom za dość uczynić wziął J. za podstawę skład chemiczny popiołu z surowicy krwi.

Jeden litr rozczyńca o przybliżonym składzie surowicy krwi zawiera soli suchych 10 pro mille. Przez rozpuszczenie powyższej ilości soli w jednym litrze wody przekroplonej i po nasyceniu

kwasem węglowym pod ciśnieniem otrzyma się wodę mineralną leczniczą normalną; jest ona, wedle składu chemicznego, wodą słoną alkaliczną i stanowi punkt wyjścia do wytwarzania wszystkich wód mineralnych leczniczych; każda woda lecznicza zawierająca w jednym litrze 10 gr. suchych soli mineralnych, nazywa się normalną; — pięć gr. półnormalną; 3,3 gr. — $\frac{1}{3}$ normalną; 2,5 gr. $\frac{1}{4}$ normalną, 15 gr. $1\frac{1}{2}$ normalną, bez względu na jakość soli.

Ilość gramów, działającej soli, zawartej w wodach mineralnych leczniczych, wyraża się w stopniach; np. 4-o stopniowa bromowa mineralna zawiera w jednym litrze 4 g. bromku sodowego. Do użytku lekarskiego autor proponuje 18 rodzajów wód mineralnych leczniczych, które zawierają prawie wszystkie sole mineralne jakie się stosuje w praktyce klinicznej i balneologicznej. Skład jakościowy i ilościowy wody, jakoteż i zgęszczeniu wody można zmieniać stosownie do przypadku chorobowego.

Korzyści i dogodności, jakie nastęrcza stosowanie wód leczniczych, są następujące: 1) lekarz posiada w ręku przetwórcę leczniczy racjonalny, który w zupełności zastosować może do każdego stanu chorobowego pod względem działania farmakodynamicznego; naturalne zaś wody mineralne są przetworami zanieczyszczonymi; 2) wody lecznicze możemy przystosować do natężenia stanu patologicznego i do indywidualności chorego, możemy ich użyć w stanie rozcieńczonym i zgęszczonym; możemy mieszać jedną wodę z drugą; 3) leczenie wodami leczniczymi odbywa się po większej części w domu; 5) stosowanie wód leczniczych podaje lekarzom sposobność wyrobienia pewnego systemu leczniczego i rozszerzenia swego zakresu działania na nowy specjalizm który więcej odpowiada lekarskiemu wykształceniu, a choremu przyniesie większy pożytek, niż szablonowa praktyka zdrojowa. Leczenie wodami leczniczymi może lekarz samodzielnie wykonywać w specjalnych stacyach leczniczych, które bez wielkich trudności urządzić można w kraju. Należy wyszukać tylko odpowiednią okolicę, któraby pod względem klimatycznym nadawała się do leczenia pewnej grupy chorób i tam założyć stację lub zakład dla wód i kąpiele leczniczych.

J. Maybaum.

L. Jacobsohn. Lekarz domowy i ucho. Wspominając na wstępie o znanej bolączce uniwersytetów — braku programowych wykładów z dziedziny otyaty, autor z zupełną słusnością zarzuca dzisiejszemu kierunkowi studyów uniwersyteckich tradycyjalne lekceważenie i zupełne nieuwzględnianie tej dla lekarza praktycznego tak ważnej gałęzi wiedzy lekarskiej.

Prócz nieznaczej garstki lekarzy którzy, uznając doniosłość tej specjalności, zjeżdżają do uniwersytetów, by drogą kilkutygodniowych kursów wakacyjnych uzupełnić luki w swem wykształceniu, większość przystępuje do działalności praktycznej w charakterze domowego lekarza, nie posiadając zgoła żadnych wiadomości w sztuce rozpoznawania i racjonalnego leczenia chorób uszu, które w praktyce,

szczególniej dziecięcej, należą do cierpień najczęstszych, a niewzględnione lub nieodpowiednio leczone pociągają za sobą najsmutniejsze następstwa, sprowadzając nietylko upośledzenie lub utratę słuchu, lecz nawet podcinając życie.

Choroby narządu słuchowego występują już to samoistnie, już to towarzyszą procesom chorobowym górnego odcinka dróg oddechowych: nosa, jamy noso-gardzielowej, gardzieli, krtani, tchawicy i oskrzeli, co ze względu na blizki związek anatomiczny łatwym jest do zrozumienia. Niezmiernie ważnemi dla lekarza domowego ze względu na ich rozpowszechnienie i złośliwość są te cierpienia narządu słuchowego, które często towarzyszą ostrym chorobom zakaźnym, jak: płonica, odra, błonica, ospa, dur, grypa, zapalenie nagminne opon mózgo-rdzeniowych, zapalenie ślinianki przyusznej, koklusz, zapalenie płuc i choroby ogólne, jak gruźlica, żółty, przymiot, cukromocz i t. p.

Nieżyty górnego odcinka dróg oddechowych, szczególnie błony śluzowej nosa i jamy noso-gardzielowej, mogą bezpośrednio przez trąbkę Eustachyusza rozprzestrzenić się na ucho środkowe i wyrostek sutkowy i wywołać szereg spraw chorobowych groźnych dla słuchu, a nawet i życia.

Niezmiernie częstą przyczyną nieżytów ucha, powstałych na drodze mechanicznej są wybujałe wyrośla adenoidalne, które, zatykając ujście trąbki Eustachyusza, stanowią przeszkodę dla swobodnej komunikacji między powietrzem, znajdującem się w jamie bębenkowej i jamie noso-gardzielowej.

Po upływie pewnego czasu, jeśli przeszkoda nie zostaje usunięta, powietrze zawarte w jamie bębenkowej zostaje wessane przez naczynia śluzówki jamy bębenkowej, warunkując wciągnięcie (*retractio*) bębena wskutek przewagi ciśnienia atmosferycznego i braku zrównoważenia ze strony jamy bębenkowej; często w następstwie powstałego ciśnienia negatywnego tworzy się w jamie bębenkowej przesiek (*hydrops ex vacuo*), co znacznie upośledza słuch i wywołuje przykre dolegliwości subiektywne.

Też same objawy występują wtedy, gdy swobodna komunikacya zostanie naruszoną w inny sposób, czy to w skutek nieżytoowego obrzmienia błony śluzowej trąbki Eustachyusza, czy to przez nowotwory trąbki Eust., bezwład masykulatury—w przebiegu błonicy, blizny w okolicy ujścia trąbki Eust., lub zatkanie tejże zbyt wybujałemi ku tyłowi muszlami nosowymi.

Nieżyty i zapalenia ucha środkowego powstają w drugiej linii przez przenoszenie zarazków z jamy nosowej lub noso-gardzielowej przy chrząkaniu, kichaniu, silnym kaszlu, forsownym oczyszczaniu nosa. W ten sposób mogą powstać krwotoki nietylko w uchu środkowem, ale i w błędniku.

Przyczyn powikłania chorób ogólnych i zakaźnych chorobami ucha w znacznej ilości wypadków szukać należy w zmianach patologicznych dróg oddechowych, towarzyszących omówionym sprawom chorobowym. Nie da się jednak to objaśnienie zastosować bez zastrzeżenia, gdyż często można obserwować samoistne porażenie ucha

wewnętrznego i nerwu słuchowego bez jednoczesnego zajęcia ucha środkowego.

Sprawy chorobowe narządu słuchowego, powstające w przebiegu *szkarlatyny*, należą bezwątpienia do najczęstszych i najniebezpieczniejszych komplikacji i są dobrze znane każdemu lekarzowi. Według Henoch'a podczas niektórych epidemii szkarlatyny w połowie prawie przypadków obserwowano powikłania ze strony ucha; występowały one w okresie łuszczenia lub też znacznie wcześniej i w krótkim czasie czyniły znaczne spustoszenia w organie słuchowym, warunkując częściowe lub całkowite zniszczenie błon bębenkowych, próchnienie i zgorzel kosteczek słuchowych, kości skroniowej, bezwład nerwu twarzowego wskutek zniszczenia kanału Fallopiusza, zapalenie ropne błędnika, zapalenie opon mózgowych, wreszcie ropnicę lub posocznicę.

Mniej znanem i spostrzeganem, choć znacznie częściej występującym, jest porażenie ucha przy *odrze i błonicy gardzieli*.

Sekeye, wykonane przez Rudolph'a, Boezold'a Lomola i Lewina wykazały niemal w każdym przypadku błonicy gardzieliowej lub odry surowicze, a często i ropne, zapalenie ucha środkowego. Cierpienie to łatwo przeoczyć można, nie wywołuje ono bowiem znaczniejszych objawów i, przebiegając z wolna z niewielką gorączką, rzadko prowadzi do przedziurawienia błony bębenkowej, jakkolwiek zapalenie ropne może znacznie później, 5 — 6 tygodni po ukazaniu się wysypki, ujawnić się. Nawet w tych przypadkach, gdzie za życia nie zauważono najmniejszego ropocieku z ucha, znaleziono przy sekcji zaczerwienienie śluzówki jamy bębenkowej, zwiótczenia jej, cuchnącą śluzoworopną wydzielinę i t. p. Wogóle jednak przebieg sprawy chorobowej ucha przy odrze jest mniej złośliwy niż przy szkarlatynie, jakkolwiek nie wykluczona jest i tu możliwość znaczniejszych zniszczeń kości skroniowej z zejściem śmiertelnem, a to w tych przypadkach, gdzie nie zdołano przez odpowiednią interwencję zapobiedz szerzeniu się sprawy chorobowej, chronicznemu ropieniu i jego następstwom.

Skryty przebieg chorób ucha, komplikujących *pierwotną błonicę gardzieli*, daje się również tem objaśnić, że proces chorobowy może pewien czas istnieć, nie wywołując zniszczenia błony bębenkowej, z drugiej zaś strony wobec współistniejących groźnych objawów ogólnych i braku skarg subiektywnych, gdyż ma się do czynienia zazwyczaj z dziećmi, niezdającymi sobie sprawy ze swych dolegliwości, choroba ucha może być łatwo przeoczona.

Pod względem złośliwości przebiegu zapalenie ucha przy *influenzy* zajmuje miejsce dominujące. Występuje ono w postaci zwyczajnego ostrego zapalenia ucha środkowego z przedziurawieniem lub bez przedziurawienia bębena, rzadziej występuje w formie nieżytów, zapalenia przewodu słuchowego lub porażenia błędnika.

Stopień zmian lokalnych znajduje się, w ścisłym związku ze złośliwością i charakterem epidemii. Najczęstsze i najzawilsze komplikacje obserwowano w grudniu i styczniu roku 1899 podczas panującej wówczas groźnej epidemii influenzy. Ropnie podoponowe, zapalenie opon mózgowych, ropienie mózgowia, zakrzep zatok mózgo-

wych w następstwie chorób ucha były, zdaniem lekarzy, najczęstszą przyczyną zejść śmiertelnych podczas tej epidemii.

Choroby narządu słuchowego przy *cukromoczu* mogą przybierać niekiedy złośliwy przebieg, prowadząc w stosunkowo krótkim czasie do kolosalnych spustoszeń kostnego szkieletu organu słuchowego.

Nieżytowe *zapalenia płuc* jak również i *oskrzelików* u dzieci często wnikają się nieżytem lub zapaleniem ucha środkowego, które występują zazwyczaj w 2 lub 3 tygodniu choroby. Wobec niewyraźności i nieznacznego natężenia objawów klinicznych należałoby zawsze pomyśleć o powikłaniu usznem, jeśli w przebiegu sprawy płucnej wznawia się nagle gorączka, jeśli konstatuje się niepokój ze strony dziecka, ciągłe krzyki, kwilenie, utrudnione ssanie, podnoszenie rączki w kierunku ucha lub głowy. Rosch, opierając się na materyale sekcyjnym (w 99% przypadków zapalenia płuc skonstatował on porażenie narządu słuchowego) twierdzi, że zapalenia płuc odgrywają ważną rolę w powstawaniu głuchoniemoty. Pogląd ten potwierdzają spostrzeżenia Ponfick'a, który nadto dodaje, że zapalenie ucha często wywołują ogólną infekcję organizmu, za czem przemawia stan gorączkowy, częste powiększenie śledziony, objawy zwyrodnienia w nerkach, wątrobie, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego i t. d. Groźne te objawy nagle znikają, gdy ropa utoruje sobie drogę na zewnątrz przez przedziurawienie błony bębenkowej.

Tenże autor twierdzi, że dość znaczną ilość wypadków zapalenia płuc i oskrzeli w wieku dziecięcym traktować należy jako następstwa zapalenia ucha środkowego, uwarunkowane wciąganiem, przysysaniem ropy z trąbek Eustachjusza przy ruchach wdechowych. W tenże sposób należałoby często objaśnić sobie powstawanie zaburzeń ze strony przewodu pokarmowego u dzieci.

Przy *naqminnem zapaleniu opon mózgo-rdzeniowych*, jak również przy *epidemicznem porażeniu gruczołu przyusznego* często występują objawy ze strony narządu słuchowego i to najważniejszej jego części — błędnika, kończąc się zazwyczaj nieuleczalną głuchotą i następczą głuchoniemotą.

Wykazawszy, jak rozpowszechnionemi są choroby narządu słuchowego u dzieci, autor następnie opisuje smutne następstwa cierpień usznych u starych ludzi. Według Trötsch'a na 3 ludzi przypada przynajmniej jeden z upośledzeniem lub utratą słuchu. Pomijając wszelkie niedogodności życiowe, wynikające z tego kalectwa, pomijając trudność zdobycia ważniejszego stanowiska społecznego, ograniczenie w spełnieniu obowiązków, niemożność bliższego obcowania z ludźmi, pomijając wreszcie wpływ ujemny, jaki wywiera nabyte w latach młodych upośledzenie słuchu na rozwój intelektualny osobnika, nie należy zapominać o przykrych dolegliwościach, bólach i groźnych następstwach niektórych cierpień ucha.

Prócz bólu, który bywa różnego natężenia w zależności od istoty cierpienia i lokalizacji procesu, należy uwzględnić napotymane tak często przy przewlekłych nieżytych przykre szmery podmiotowe, które często pozbawiają chorych pokrzepiającego snu, uniemożliwiają wszelką pracę, szczególnie umysłową, niekiedy zaś są tak silnego natęże-

nia, że chory tylko w samobójstwie znajduje środek pozbycia się ich. Do dalszych objawów, napotykanych przy nieżytach przewlekłych „suchych,” zaliczyć należy uczucie „pełności,” „zatkania ucha,” zaburzenia równowagi, zawroty głowy, występujące peryodycznie lub też ciągle niepokojące chorego. Zdarzają się dość często przypadki, gdzie żadne objawy subiektywne nie niepokoją chorego, gdzie jednak upośledzenie słuchu nieznacznie i ustawicznie wzmagą się, uchodząc uwagi chorego i otoczenia, jak to często spostrzegać można w pierwszych okresach przewlekłego nieżytego zapalenia ucha środkowego, przy przewlekłych ropieniach i niektórych cierpieniach błędnika. Wobec braku stałego probierza dla określenia normalnego funkcjonowania organu słuchowego, należy uważać jego funkcje za upośledzone, gdy na odczycie, zebraniu, lub w teatrze mowa mówcy lub aktora bywa źle słyszana, nawet na najodleglejszych od sceny miejscach. Zazwyczaj w takich razach kładzie się to na karb rzekomo niewyraźnej dykcji lub złych warunków akustycznych.

Również często skłonni są rodzice przypisywać dziecku „brzydkie przyzwyczajenia,” nieuwagę lub roztargnienie, gdy nie odpowiada natychmiast na zadawane pytania, lub gdy często posługuje się wyrazami: „co?” „jak,” nie domyślając się istotnej przyczyny tego przyzwyczajenia. Toż samo da się zastosować do wielu uczniów szkolnych, którzy bywają karani za nieuwagę lub roztargnienie, a gdzie w rzeczywistości przyczynia się do nieuwagi upośledzenie słuchu. Szczególnie często bywają przeoczane cierpienia narządu słuchowego, gdy są zlokalizowane tylko po jednej stronie; dopiero po kilku lub kilkunastu latach istnienia procesu chorobowego, gdy ten zdążył nieopstrzeżenie poczynić znaczne zmiany, gdy nastąpiły zrosty kostne, unieruchomienia strzemięcia i silne upośledzenie słuchu, chory zaczyna szukać pomocy, lecz, niestety, często zapóźno.

Dziwnem zaiste wydać się może, że ucho, jeden z najważniejszych organów naszych, bywa tak lekceważony i zaniedbywany i to nie tylko przez ludzi biednych, lecz i przez klasę zamożną, gdzie więcej dba się o zakonserwowanie zębów, niż pielęgnowanie organu słuchowego. Do najglówniejszych zadań medycyny współczesnej należy niewątpliwie zapobieganie chorobom i rozpoznawanie takowych w pierwszych początkach ich powstawania; we wszystkich bowiem sprawach chorobowych wyleczenie jest tem łatwiejsze i trwalsze, czem wcześniej leczenie zastosowaniem zostaje, szczególnie zaś dotyczy to chorób narządu słuchowego. Otyatrzy powinni, zdaniem autora, ciągle akcentować to często fatalne i smutne w swych skutkach zaniedbywanie chorób ucha.

Jakżeż złemu zaradzić? Tutaj rola lekarzy domowych występuje na pierwszy plan: jeśli nie potrafią zapobiedz komplikacyom ze strony narządu słuchowego, to przynajmniej często uda im się ochronić chorego od ciężkich następstw tych komplikacji. Pierwszym więc obowiązkiem lekarza domowego jest—zwrócić baczną uwagę i pilnie śledzić stan organu słuchowego przy wszystkich tych cierpieniach ogólnych i miejscowych, które, jak doświadczenie wykazało, wikłają się chorobami ucha, a które już wyżej wyliczone zostały.

Rozpoczynające się cierpienie ucha jest zazwyczaj bardzo trudnem do rozpoznania, a to tembardziej, iż chorzy często znajdują się w stanie apatycznym lub nieprzytomnym, lub są to dzieci, nie potrafiący jeszcze swych bólów lokalizować. Ze względu jednak na szybkie i ciężkie spustoszenia, jakie w stosunkowo krótkim czasie rozwinąć się mogą, ze względu na niebezpieczeństwo, grożące życiu chorego, wczesne rozpoznanie sprawy jest niezwykle ważnem, wobec czego winien lekarz domowy, — jeśli nie wzywa specjalisty, któryby, posiłkując się badaniem wziernikowem, mógł wcześniej sprawę rozpoznać — bacznie śledzić za każdym objawem klinicznym, który wskazywałby na zajęcie ucha.

Ból w uchu, towarzyszący zazwyczaj procesom zapalnym narządu słuchowego, niekiedy jest tak nieznaczny, że nie zwraca na siebie uwagi chorego, jak to często spostrzegamy przy błonicowej formie otitis scarlatiosa. U dzieci, które ze względu na swój wiek lub ciężki stan ogólny, nie są w stanie bólów swych lokalizować, należy zwrócić uwagę na zachowywanie się podczas snu i na jawie: niepokój bez widocznej przyczyny, gorączka, sięganie rączką w kierunku ucha lub głowy, nasuwa podejrzenie na zapalenie narządu słuchowego. Dyagnoza staje się tem pewniejszą, gdy ucisk, stosowany w okolicy wyrostka sutkowego wywołuje objaw bólu. Zapalenie ucha jest, zdaniem Ponfick'a, tak „rażąco częstem zjawiskiem“ w pierwszych okresach życia, że zawsze należy pamiętać o niem, gdy u ssawców lub małych dzieci zjawia się gorączka bez widocznych przyczyn. Wznawianie się gorączki lub jej długotrwałość w przebiegu błonicy i płonicy — pomijając dane badania wziernikiem — są często jedynymi klinicznymi objawami tych ciężkich zapaleń ucha. Niekiedy zapaleniu ucha środkowego u dzieci towarzyszą objawy podrażnienia opon mózgowych, w postaci bredzenia, drgawek, senności. Niejeden też chory umiera z dyagnozą tyfus, malaria, meningitis, eclampsia i t. d., gdy w rzeczywistości przyczynę śmierci upatrywać należało w ropnicy lub posocznicy — następstwach zapalenia ucha i powikłań takowego, które w wielu razach dałyby się usunąć, gdyby we właściwym czasie zwrócono uwagę na ucho i przeprowadzono odpowiednie leczenie.

W celu zapobieżenia głuchocie u dzieci starszych i ludzi dorosłych należałoby, by lekarze domowi przeprowadzali systematyczne badanie słuchu powierzonych ich opiece pacjentów. Gdyby rok rocznie 2 lub 3 razy kontrolować słuch, można by przekonać się, jak często przytępienie słuchu, i to dość znaczne, wcale nie było, zauważone. Jakżeż często zdarza się, że chory dopiero u lekarza ku wielkiemu swemu zdziwieniu przekonywa się o utracie słuchu po jednej stronie i upośledzeniu, niekiedy dość znacznem, po drugiej! Badania słuchu nauczyć się można w przeciągu minut 10. Autor, przytaczając wyrazy najodpowiedniejsze dla przeprowadzenia tych badań, dodaje, że, jeśli dziecko starsze nad lat 3 lub dorosły nie słyszy tych wyrazów, wypowiedzianych „szepem“ na odległości 15 metrów (60 stóp) uznać go należy za upośledzonego na słuchu. Badaniem powinno być jedno ucho przy zatkanem za pomocą palca drugiem

uchu; fale dźwiękowe padać powinny w kierunku prostoliniowym do muszli. Szczególnej ważności nabierają podobne badania słuchu w rodzinach, gdzie daje się konstatować pewną skłonność do głuchoty. Wczesne rozpoznanie upośledzenia słuchu i wczesne zastosowanie racjonalnego leczenia mogłoby wielu nieszczęśliwych uchronić od głuchoty i jej smutnych następstw.

Die Krankenpflege 1901—2. Heft. 7—9.

D. Helman.

Schrader. Zimne kąpiele jako środek zwiększający wydzielność gruczołów mlecznych. Fakt, że każdy zabieg wodolecznicy wywołuje przyływ krwi do piersi, nasunął autorowi przypuszczenie, że w ten sposób możnaby wzmocnić czynność gruczołów mlecznych. Najlepiej nadaje się do tego celu bardzo krótka półkąpiel, mniej męcząca i łatwiej znoszona, niż zwykłe zimne kąpiele. Zaczynamy od 26—24° C. i obniżając ciepłotę codziennie o 2° dochodzimy do 18° C. Przed wejściem do kąpieli dana osoba wycoczywa kilka minut bez odzieży (rodzaj kąpieli powietrznej) następnie wchodzi do wanny napełnionej do wysokości 18—30 cm. i układa się w ten sposób, że głowę opiera o tylną ściankę wanny i nogi zgina w kolanach: całe ciało więc opiera się na piętach, krzyżu i grzbiecie. W tem położeniu porusza ramionami w dół i do góry, aby wywołać falowanie wody, która wtedy głównie uderza w sutki; po pół minucie kąpiel skończona; następuje umiarkowanie mocne wycieranie ciała. Przy tym zabiegu powiększenie ilości wydzielanego mleka dochodzi do 200—400 g. dziennie; w jednym przypadku zabieg powyższy wywołał wybitną galaktorrheam. U kobiet z mało rozwiniętymi gruczołami sutkowymi autor radzi stosować ten zabieg w okresie ciąży aż do rozwiązania; po ustąpieniu wydzieliny krwistej (lochia cruenta) ponownie wanny podobnie stosować.

Revue intern. de Therapie physiqu. 1902 № 4.

Z. P.

J. Jastrzębski. Przedziurawienie nawylot klatki piersiowej kołkiem z płotu; wyzdrowienie. H. T. lat 8, spadł dnia 8 sierpnia 1897 r. z wysokości około 2-metrowej na dębowy kół; kół ten ostro zakończony, a w niższej swej części mający 19 ctm obwodu, przebił mu klatkę piersiową, wchodząc w nią tuż pod dolnym kątem łopatkki lewej, a wyszedł z przodu klatki piersiowej w 3-im przestworze międzybrownym, około 5 ctm. na lewo od środkowej linii mostka; został zatem przebity kołem, jak owad szpilką.

Chłopiec ten został ściągnięty z tego kołka zapomocą podniesienia za ręce do góry przez drugiego, również jak on małego chłopca. Po chwilowym wycoczynku na ziemi—poszedł sam do domu odległego o jakie 100 kroków. Domownicy, dowiedziawszy się, co się stało, obwinęli go mokrem prześcieradłem i posłali po lekarza.

W trzy godziny po wypadku; tętno pełne, mocne i nieco przyspieszone; oddechanie również było nieco częstsze. Z początku swobodne wejrzenie lekko zaczerwienionej twarzy zaczęło się

zmieniać na trwożne, a skóra twarzy poczęła sinieć. Z rany tylnej wypada z pomiędzy nieuszkodzonych żeber część płuca o powierzchni nieuszkodzonej, gładkiej i lśniącej. Po sprawdzeniu, że płuco i opłucna żebrowa w kierunku obu ran nie zostały uszkodzone, J. przepłókał przestrzeń opłucnowo-żebrową roztworem sublimatowym, zaszył ranę skórną i pokrył gazą jodoformową i watą; poczem zaszył ranę przednią i zamknął ją w czasie głębokiego wdechu, w chwili, kiedy powietrze z przestrzeni opłucnowej zostało przez rozdęte płuco wydalone.

W dniu 12 sierpnia ciepłota wynosiła 39°C., a tętno szybkie 110 uderzeń, przytem lekka sinica. Brzegi rany z tyłu zlepione, z przodu szwy puściły, a z rany wydziela się ciecz żółtawa, nie cuchnąca. Przez tę ranę przestrzyknięto przestrzeń opłucnową.

W dniu 16 sierpnia tętno wynosiło 120 uderzeń słabych, sinica była lekka, ciepłota 39°C. Z rany przedniej wydobywa się znaczna ilość cieczy żółtawej, która w czasie wdechu obficie wypływa. Przestrzyknięto po kilka razy jamę opłucnową. Napływ cieczy wywołuje lekki ból, przepłókiwania codzienne przez dalsze 14 dni. Po paru tygodniach wyzdrowienie zupełne.

(Przegląd Lek. 1902. № Str. 287)

Grauert. Przyczynę do znajomości pęknięć nerek. Zastanawiając się nad etyologią obrażeń nerek, autor szczegółowo omawia teorię Küster'a, który przyjmuje, że pęknięcie nerki powstaje wskutek ucisku, jaki z jednej strony wywierają na okolice nerek żebra, z drugiej zaś — kurcząca się przepona i mięśnie brzuszne; jednocześnie w samej nerce zachodzi ucisk hydrauliczny. Obrażenia najczęściej mają kierunek promienisty i wielkość ich bywa rozmaita; dochodzi niekiedy do zupełnego zmiążdżenia tkanki nerkowej. Głównym objawem jest krwawienie, które może być bardzo nieznaczne, bądź też może spowodować wykrwawienie, zwłaszcza gdy jednocześnie zachodzi pęknięcie otrzewny. Krwawienie następne mniej bywa niebezpieczne i może doprowadzić bądź do krwisteku kołonerkowego, bądź do torbieli w miedniczce nerkowej; zejście bywa dwojakie: wessanie się lub zropienie. Prócz powyższych następstw uraz nerki może spowodować hydro- lub pseudo — hydronefrozę, wreszcie nerkę wędrującą.

Objawy miejscowe, jakoteż czynnościowe, odpowiadają tylko co naszkicowanym zmianom anatomo-patologicznym. Co do prognozy, to podług Gravitz'a ze 108 chorych wyzdrowiało 68, zmarło 50, jako to:

18 wskutek jednoczesnego uszkodzenia innych narządów.

14 wskutek nagłego	}	wykrwawienia
8 „ późniejszego		
7 „ zropienia		
3 „ zatrzymania moczu.		

Co się tyczy leczenia, to w przypadkach ciężkich i średnich zaleca się postępować wyczekująco, gdy natomiast mamy do czynienia z natychmiastowym lub następczym krwotokiem, sprawą ropną lub zatrzymaniem moczu, wskazany jest zabieg operacyjny, który polega bądź na prostym nacięciu, bądź na częściowej nefrotomii, wreszcie na pierwotnym lub następczym wycięciu nerki. W przypadku spostrzeganym w klinice Kilońskiej powstał wskutek pęknięcia nerki krwistek kołonerkowy, uleczony za pomocą nacięcia.

Podług ref. w Monatschr. f. Unfallheilkunde 1902 Nr. 7.

F. G.



KRONIKA

a) Kronika naukowa.

Wstrzykiwania wewnętrzne argenti Colloidalis Credé w chorobach zakaźnych.— Dekortykacja płuc.—Zastosowanie magnetyzacji w leczeniu schorzeń naczyń krwionośnych.—Wskazania do przerwania ciąży. Dr. J. Bütow, wstrzykując do żył kollargol, w 30 przypadkach chorób zakaźnych otrzymał tak prędką poprawę, że działanie środka powyższego uważać gotów za równe działaniu surowicy przeciwbłoniczej. Przypadki autora obejmują; ciężką różę, mening. cerebrospinalis, perimetritis, mastitis, długotrwałe lymphangitis, phlegmone, rheum. art. acut, pleuritis exsud. appendicitis, peritonitis i t. d. 2-krotnie stosował autor wstrzykiwania po rezekcji żeber wskutek posoczniczego zapalenia opłucny, przy czem zły zapaść znikł odrazu, zdrowienie zaś odbywało się prędzej, niż zwykle. W przyp. phtisis septica otrzymał autor 2-krotne polepszenie, wyrażające się w zniknięciu gorączki tużdzień potów nocnych, podniesieniu łaknienia, zwiększeniu się wagi. Autor wstrzykuje do jednej z powierzch-

chownych żył ramionowych dorosłym 5 gr., dzieciom zaś 2.5—4.0 grm 1% roztworu Collargoli. W razie potrzeby wstrzykiwanie następnego dnia można powtórzyć. Prócz dreszczów, jakie zwykle po upływie 1—4 godz. po wstrzyknięciu występują, autor nie spostrzegł innego ubocznego działania, nawet po użyciu większych dawek u dzieci.

Dr. Kurpjurreit, w przypadkach długotrwałego otoku ropnego, w celu przywrócenia sprawności płuc, zaleca usunięcie z powierzchni płuc tęgiej błony powstałej dzięki przewlekłej sprawie ropnej. Zabieg ten wykonywa się b. łatwo: po nacięciu błony aż ukazania się niebieskawej powierzchni płuc, palcem oddzielamy ją na całej przestrzeni. Wrazie naddarcia płuc, należy nałożyć szew. Dekortykacja, zdaniem autora, usuwając przyczynę, która uniemożliwiała rozszerzanie się oddechowe płuc, przywraca sprawność

narządu i w znacznym stopniu prze-
wyższa wszelkie inne w tym celu
proponowane rękoczyny.

Dr. Payr, za propozycją Ni-
coladonego, w celu usunięcia na-
czyniaków stosuje następujący za-
bieg: wyciąwszy odpowiednią do
wielkości guza ilość przecików z blasz-
ki magnezowej (14—18 mm. dłu-
gich 2 mm. szerokich) wkłada je
przez uprzednio zrobione nacięcia,
w rozmaitych kierunkach w guz.
Małą rankę zaszywa i zalepia ko-
lodium. Już tego samego dnia mo-
żna skonstatować w guzie wyraźne
trzeszczenie zależne od wywiązy-
wania się wodoru, zaś po upływie
tygodnia guz twardnieje, wreszcie
ginie bez śladu i na zawsze. Spo-
sób powyższy nadaje się zwłaszcza
do leczenia naczynek, których
dla jakich bądź powodów niemożna
radykałnie operować, tę zaś posia-
da zaletę, że nie pozostawia blizny.
Niezbędnym warunkiem powodzenia
jest bezwzględna aseptyka.

Prof. Pinard na wrześnio-
wym kongresie w Rzymie wska-
zania do przerywania ciąży sfor-
mułował w ten sposób: Ilekroć
jakakolwiek choroba, spowodowana
lub pogorszająca się w skutek ciąż-
y, zagraża życiu kobiety, ciążę na-
leży przerywać. Odróżniamy tu 2
rodzaje chorób: jedne pochodzenie
swe zawdzięczają ciąży, drugie zaś,
chronicznie istniejąc już przed ciążą,
pogarszają się pod wpływem osta-
tniej. Choroby ostre Pinard po-
mija, żadna bowiem z nich, na-
wet cholera, nie stanowi dostatecz-
nego powodu do przerywania ciąży.
Przechodząc do szczegółów, Pinard
podaje następujące wskazówki.

I) Choroby wywołane przez

ciążę:

a) Krwotoki maciczne. Tu
interwenjować winniśmy ilekroć tę-
tu dłuższy czas trzyma się powy-
żej stu, o ile to oczywiście nie
zależy od stanu nerwowego.

b) Hydranmim daje powód do
przerwania ciąży, gdy występuje
nagle i dochodzi do znacznych roz-
miarów, sprawiając szkodliwy wpływ
na ciężarną.

c) Cięża zasnadowa usposo-
bia do krwotoków tudzież do ogół-
nego zatrucia, ujawniającego się w
kachektycznej cerze oraz zniknię-
ciu kurczliwości macicy; stanowi
wskazanie stanowcze.

d) Toksemia wskutek ciąży,
wymioty nieustające, białkomocz i
eklampsia w rzadkich tylko wypad-
kach zniewalają lekarza do inter-
wencji.

II) Choroby chroniczne, po-
garszające się pod wpływem ciąży.

a) Cierpienia narządów krą-
żenia wówczas tylko upoważniają
do przerywania ciąży, gdy zapomocą
zabiegów leczniczych niemożemy u-
sunąć zagrażających życiu objawów;
lepsze wyniki daje operacja wyko-
na w pierwszym okresie ciąży.

b) Choroby narządów mo-
czowych; zapalenie nerek. Ilekroć
ilość moczu spadnie do 800—1000
cm. stan zaś ogólny, pomimo lecze-
nia, budzi obawy, należy ciążę przer-
wać. Przy pyelo-nephritis będzie-
my wyczekiwać jaknajdłużej i do-
piero gorączka i zaburzenia w odda-
waniu moczu zniewalają nas do
interwencji czynnej.

c) Choroby narządów odde-
chowych. Gruźlica, zdaniem Pinar-
d'a, nie stanowi dostatecznego po-
wodu do wywołania poronienia, al-
bowiem nie dowiedziono, aby zabieg
ten zawsze wpływał na poprawę

zdrowia ciężarnej.

b) Kronika bytowa.

93. Szpital miejski w Łodzi (p. str. 345). Komisja, wydelegowana przez miejską radę dobroczynności w Czerwcu r. b. za granicę dla obejrzenia nowych szpitali, zwiedziła szpitale już egzystujące i nowobudujące się w Berlinie, Magdeburgu, Brunświku, Hannoveru, Hamburgu, Frankfurcie nad Menem, Norymbergii, Pradze, Wiedniu, Lucernie i Dreźnie. Po powrocie Komisja wypracowała sprawozdanie i ostateczny projekt szpitala i przedstawiła takowy miejskiej radzie dobroczynności. Rada na swem posiedzeniu d. 22 Listopada r. b. przyjęła do wiadomości i zgodziła się na przedstawiony projekt. Projekt ten przedstawia się w ogólnych zarysach jak następuję:

Szpital, obliczony na 1000 chorych, stanie w lasku miejskim w bliskości Szosy Rokiecińskiej, na obszarze 30 morgowym; składać się będzie z 22 jedno lub 2 piętrowych pawilonów, przeznaczonych dla chorych; budynku administracyjnego, kąpielowego, mechano-terapeutycznego, kuchni, pralni, trupiarni, budynku dla dezynfekcyi, kotłowni i t. d.

Koszt całego szpitala wyniesie, prawdopodobnie, nie mniej jak dwa miliony rubli.

W obecnej chwili Komisja szpitalna zajęta jest wypracowaniem szczegółowego planu budynków przyszłego szpitala.

94. Wodociągi w Łodzi. Miasto Łódź w dość rozległym promieniu nie posiada nigdzie obfitszych źródeł wody, zdatnej do użytku. W poszukiwaniu ich inż. Lindley dotarł aż do Pilicy, której dopływy i źródła zbadał na przestrzeni 100 wiorst; następnie udał się nad Wartę i jej dopływ Wiдавkę. W celu dokładnego zorientowania się w sytuacji, trzeba będzie jeszcze w najbliższym czasie przedsięwziąć roboty następujące: zniwelować miejscowości na zachód od kolei Kaliskiej, we wsiach Retkinia, Rokicie, Brus i Żabieniec. Wkrótce też biuro kanalizacyi i wodociągów w Łodzi przystąpi do robót około wierceń próbnych pod Sulejowem i Tomaszowem. Bardzo być może, iż wodę wypadnie sprowadzać z jednej z wymienionych powyżej miejscowości. Warto nadmienić, iż odległość ich od Łodzi wynosi około 6-7 mil.

Wydatki na dotychczasowe przedwstępne roboty wynoszą już 9,800 rb. Tymczasowy kredyt na studia wyznaczony był w wysokości 15,000 rb.; suma ta jednak okazała się zbyt małą, wobec czego komisja kanalizacyjno-wodociągowa wystąpiła do władz wyższych z prośbą, o powiększenie tej sumy o 29,000 rb., mianowicie: 12,000 rb. na utrzymanie biura i robotników, 10,000 rb. na przeprowadzenie robót wiertniczych i 7,000 na urządzenie próbnej stacyi oczyszczania ścieków.

95. Z powodu odczytu kol. T. Dunina (p. str. 492) pisze w № 45 „Zorza“

„Do spraw, któremi ze względu na dobro ludności wiejskiej, zajmowano się w tych czasach w Warszawie, należy także i lecznictwo, czyli porady lekarskie w chorobach ludzkich po wsiach. Szeroko mówiono o tem, najpierw w Towarzystwie higienicznem, a potem i w gazetach. Rzecz się miała tak: Jeden z wybitniejszych lekarzy warszawskich wygłosił tu odczyt, w którym udowadniał, że lud wiejski dlatego stroni od leczenia się u doktorów i od brania lekarstw w aptekach, że doktorzy za porady swoje, a aptekarze za lekarstwa biorą zbyt drogo.

Na dość nawet ostre przygany owego lekarza warszawskiego odezwali się inni, z życiem wiejskiem większą mający styczność, i zarzuty czynione lekarzom małomiasteczkowym gorąco odparli.

— Jaką pracę - powiadali oni - ma lekarz małomiasteczkowy? Ciągłe musi on być w pogotowiu, na każde wezwanie czy dniem czy nocą, czy w pogodę, czy w deszcz, czy w szarogę, musi do chorego jechać, często o mil parę. Przyjedzie z jednej wioski, już czeka na niego bryczka w drugą stronę. I jedzie za rubla, albo za dwa. Ani spokoju, ani wyczasu taki lekarz nie zna; za poradę w domu lub miasteczku bierze zwykle po 30 kop. To też po pewnym czasie traci on zdrowie, a do majątku wcale nie przychodzi. Owszem, niejednokrotnie bywa tak, że po śmierci jego wdowa i sieroty muszą korzystać z dobroczynności publicznej. Gdzież tu więc zdzierstwo i wyzysk, gdzie odstraszenie ludności wiejskiej od prawdziwego lekarza?“

W tej samej sprawie, poruszo-

nej przez kol. T. Dunina, nadesłali nam artykuły koledzy: A. Goldenberg (ze Mszczonowa), A. Kędzierski (z Serocka) i F. Wychowski (z Soczewki); wydrukujemy je w zeszytach Styczyńskim.

96. Geo-hygiena pow. ciechanowskiego. Pod tym tytułem wyszła niewielka książeczka napisana przez dra A. Buckiewicza, która według autora ma stanowić przyczynek do badania zdrowotności okolic wiejskich zależnie od położenia miejscowości i od pokładów geologicznych. Jest to więc geo-hygiena, jak w danym razie pow. ciechanowskiego. Zależność zdrowotności ludzi od położenia pokładów ziemnych jest wogóle znana. Wszyscy praktycy wiedzą, że glina i piasek są więcej odpowiednimi dla zdrowia mieszkańców podścieliskami, niż inne pokłady np.: czarnoziem, torfowiska i t. p.

Glina stanowi dla pow. ciechanowskiego najwięcej rozpowszechniony pierwiastek składowy ziemi, niemal prawie wyłączny. Pokłady gliny, znajdujące się najczęściej bezpośrednio pod powierzchnią gleby urodzajnej, a bardzo często stanowiące jej warstwę wierzchnią, nadają fizyczno-geologiczny charakter ziemi, od którego zależne są stosunki zdrowotne ludności.

Większa, północna, część pow. ciechanowskiego składa się przeważnie z glin ciężkich, zwanych ilami. Ziemie te, zimne i wilgotne, odznaczają się brakiem wapna, utrzymują natomiast dłuższą wilgoć. Ziemie tego rodzaju uważane są za mało sprzyjające zdrowotności, autor wykazuje jednak iż w czasie cholery w r. 1892 i 3-im strony te nie wykazały wcale większej śmiertelności, niż inne okolice kraju.

Czarnoziemny wapniowe charakteryzują dolne przeczka rzeczek Łydyń i Sony. Są to ziemie bogate w wapno, o własnościach dodatnich dla siedlisk ludzkich. Sapy (borowiny margłowe) istnieją w niektórych miejscowościach, jednak bez zwykłych właściwości, jakie charakteryzują takie ziemie. Ludność w okolicach z sapani zapada częściej, niż gdzieindziej, na febrę i reumatyzmy. Mokradel w ścisłem znaczeniu tego słowa w ciechanowskim niema. Gliny chude w bliskości samego Ciechanowa t. zw. szezarki są bardzo przydatne ze stanowiska higieny. Torfy w ciechanowskim nie są ani rozległe, ani głębokie (Kanigówka, Luboradz, Niestumie i t. d.). Torfowiska ciechanowskie nie należą do malarycznych.

W książeczce jest za mało danych, stwierdzających faktycznie zdrowotność ludności pow. ciechanowskiego w zależności od pokładów ziemnych.

Są to myśli rzucone oderwanie, chyba bez wielkich pretensji do ścisłości naukowej. Ale jako przyczynek do tego rodzaju badań broszurka godną jest zaznaczenia

(Echa płoćkie i łomż. 1902 № 464).

97. W majątku Brzezie (własność bar. Kronenberga) założone zostały kąpiele ludowe, oraz ochrona dla dzieci wiejskich.

Budynek kąpielowy murowany oprócz ubieralni i składu na opał, mieści pokój z wannami oraz oddzielną łaźnię parową.

Wbrew utartemu aforyzmowi, że lud nasz kocha się w brudzie, co sobotę korzysta tak z łaźni, jak i z wanien do 200 osób płci obojga.

Koszt jednej kąpeli, jak obliczono, jest bardzo niewielki, wynosi bowiem niespełna 1 kop.

W ochronie już dziś znajduje się do 60 dzieci od lat 2 do 7, któremi opiekuje się specjalna dozorczyńni. Ochrona, również murowana, z wyżywianym dzieidzińcem, przeznaczonym na miejsce do zabaw w czasie pogody, mieści oprócz mieszkania dozorczyńni, trzy wysokie widne sale, gdzie dziatwa spędza czas, bądź na zabawie, bądź na robotach. („Zdrowie № XI).

98. Przepisy prawne dotyczące zakładania ochron wiejskich i miejskich. Pozwolenie na zakładanie ochrony dziennej wydaje gubernator na mocy podania gmin wiejskich, magistratów miejskich i osób prywatnych, jako założycieli i opiekunów ochron. Założyciele obowiązują się zawiadamić miejscową władzę policyjną o tych osobach, które będą zaproszone przez nich do zajmowania się dziećmi, oraz o wszelkich zmianach w personelu tych osób. Osoby, uznane za nieodpowiadające swemu przeznaczeniu, na żądanie władzy gubernamentalnej, powinny być niezwłocznie usunięte od zajmowania się dziećmi. Dzieci starsze ponad lat siedem do ochron dziennej nie mogą być przyjęte tak w miastach jak i po wsiach. W każdej ochronie powinna być prowadzona księga do zapisywania dzieci, przychodzących do ochrony. Na żadne nauki szkolne ani ustne, ani piśmienne z książek lub kajetów w ochronach nie pozwala się; w razie ujawnienia potajem-

nego w nich nauczania winne tego osoby oraz założyciele pociągani są do odpowiedzialności w drodze administracyjnej. Co do urządzenia wewnętrznego, ochrony te kierują się zatwierdzoną przez b. radę administracyjną Królestwa Polskiego instrukcją dla ochron warszawskiego Towarzystwa dobroczynności (Zbiór rozporządzeń administracyjnych Królestwa Polskiego tom IV, cz. 3, str. 262). Najbliższy nadzór nad ochronami dziennymi spoczywa na naczelnikach powiatów i naczelnikach straży ziemskiej, na komisarzach do spraw włościąńskich, naczelnikach dyrekcyi naukowych i inspektorach szkół ludowych. W miejscowościach z ludnością mieszaną rosyjską i polską, w gubernjach siedleckiej i lubelskiej, zakładanie ochron dziennych dopuszcza się na podstawie przepisów specjalnych.⁴

99. 2-gie sprawozdanie roczne Towarzystwa uczącej się młodzieży polskiej „Pomoc Bratnia” w Zakopanem. (Za czas od 1/IX 1901 do 1/VII 1902) podaje o tej instytucyi następujące szczegóły: „Pomoc udzielana przez Towarzystwo w poprzednim roku administracyjnym polegała na udzieleniu chorym kolegom pożyczek na koszt kuracyi w Zakopanem, na wyrabianiu zniżek w pensyonatach i t. d., natomiast Walne Zgromadzenie z 23 sierpnia 1901 r. poleciło nowo wybranemu Zarządowi urządzenie własnego pensyonatu w wynajętych na ten cel domach.

W grudniu 1901 r. było 3 domy z 15 chorymi. Przy końcu zimy donajęty został jeszcze jeden dom tak, że przez marzec, kwiecień i maj b. r. prowadzone były 4 domy z 15—18 chorymi.

Obecnie jest znów domów 3, a od 17 października b. r. będą tylko dwa domy obok siebie położone i ze wszystkich dotąd odnajmowanych stosunkowo najdogodniejsze. Domy te posiadają łącznie 14 pokoi, dwie kuchnie i dwie werendy kuracyjne.

Dążeniem Towarzystwa jest, ażeby stworzyć, o ile możliwości, instytucyę *koleżeńską*, a nie *filantropijną*.

Spoleczeństwo wogóle powinno pomóc, powinno dać *materyjalną* możność do stworzenia *uzorowego* Domu Zdrowia dla *niezamożnej* uczącej się *młodzieży chorej na płuca*, ale w domu tym chory nie *filantropię* lecz *koleżeńską* pomoc otrzymywać powinien. Dlatego z

jednej strony ogół młodzieży starać się musi, ażeby Dom zdrowia „Pomoc Bratniej” jej w pierwszym rzędzie był swój i rozwój zawdzięczał, z drugiej strony każdy kuracusz zwrócić powinien koszt swego utrzymania i leczenia czy to gotówką, czy choćby płatnym w przyszłości rewersem, o ile stan fundusów towarzystwa na to pozwala.

W myśl powyższego ułożone zostały przez Zarząd i posyłane są każdemu zgłaszającemu się następujące:

Warunki przyjęcia chorych do domu zdrowia „Pomoc Bratnia w Zakopanem:

1. Towarzystwo Domu Zdrowia „Pomoc Bratnia w Zakopanem” udziela pomocy tylko niezamożnej uczącej się młodzieży polskiej, chorej na płuca. Pierwszeństwo mają członkowie Towarzystwa.

2. Potrzebujący pomocy, a mający powyższe warunki, zgłasza się listownie do Zarządu stowarzyszenia w Zakopanem lub osobiście do delegata Towarzystwa, o ile taki w danej miejscowości jest zamianowany. Zarząd Domu Zdrowia przesyła (względnie delegat wręcza) kandydatowi:

A) niniejsze określenie warunków przyjęcia,

B) załączone „Zobowiązanie,”

C) blankiet na „sprawozdanie” ordynującego lekarza (w osobnej kopercie).

Uwaga ad C) Pensyonarze „Domu Zdrowia” opłacają za mieszkanie z całkowitem utrzymaniem i kuracją 100 koron miesięcznie. Jeżeli kandydat tej kwoty na razie rzeczywiście płacić nie jest w stanie, może być i za opłatą mniejszą do „Domu Zdrowia” przyjętym, lecz w takim razie pozostaje dłużnikiem stowarzyszenia; w każdym jednak wypadku winien w „Zobowiązaniu” wymienić ile może płacić.

Uwaga ad B) Blankiet na sprawozdanie lekarza wypełnia tylko lekarz ordynujący i podpisawszy przesyła go Zarządowi „Domu Zdrowia” w Zakopanem.

3. Prócz tych 2 dokumentów ma kandydat wystarać się o poświadczenie, że jest uczniem lub studentem jakiegoś zakładu naukowego i że jest niezamożnym. Poświadczenie to ma być wydane albo przez członków Tow. „Bratnia Pomoc” w Zakopanem, zamieszkałych w danej miejscowości, albo przez zarząd stowarzyszenia aka-

demickiego, do którego kandydat należy, albo też przez władze szkolne.

4. Te trzy dokumenty dokładnie wypełnione i podpisane (n. b. sprawozdanie lekarskie może być wysłane osobno przez lekarza) przesyła kandydat pod adresem: Zarząd Domu Zdrowia „Pomoc Bratnia“ w Zakopanem.

5. Wypełnianie i przesłanie papierów wymienionych w punkcie 2 B. C. i p. 3 nie upoważnia kandydata do przyjazdu do „Domu Zdrowia“ przed otrzymaniem od Zarządu ostatecznej odpowiedzi co do przyjęcia.

W razie przyjęcia otrzymuje kandydat od Zarządu odpowiednie zawiadomienie z następującymi uwagami:

1. Po otrzymaniu ostatecznej decyzji Zarządu kandydat w razie przyjęcia go do „Domu Zdrowia“ winien w ciągu tygodnia donieść o terminie swego przyjazdu; o ile zaś w terminie przez siebie oznaczonym nie zgłosi się bez należytego uprzedniego uprzedniego usprawiedliwienia zwłoki w przyjeździe, Zarząd może wyznaczone dla niego miejsce oddać innemu kandydatowi.

2. Przybywający do „Domu Zdrowia“ jako zobowiązany jest z sobą: pościel, bieliznę i ciepłe ubranie.

3. Przybyły do domu Zdrowia jest pensjonarzem „Bratniej Pomocy“ i jako taki zobowiązany jest stosować się ściśle do ogólnego regulaminu i rozporządzeń Zarządu pod groźbą wydalenia z Domu Zdrowia.

Fundusze. Pensjonarze Domu Zdrowia „Pomocy Bratniej“ opłacać mają za swe utrzymanie wraz z kuracją po 100 koron miesięcznie.

Niestety pomocy Towarzystwa potrzebują przeważnie ludzie, dla których i ta kwota jest niemożliwą do opłacenia, toteż na 27 chorych z okresu sprawozdawczego tylko 4-ch wypłacać mogło całą wymaganą kwotę, a 7-iu nie nie płaciło, pozostając dłużnikami Towarzystwa; zauważyć przytem wypada, że z opłacających wszystko—jeden tylko pozostawał w Domu Zdrowia 5 miesięcy, drugi przebył 2¹/₂ miesiąca, trzeci 1¹/₂ miesięcy, a czwarty—tydzień. Z powyższego wynika, że przagnąć, by instytucja mogła istnieć i rozwijać się, Zarząd musiał jednocześnie z urządzeniem i prowadzeniem domu starać się usilnie o zdobywanie potrzebnych na ten cel środków.

Statystyka Domu Zdrowia. Z ku-

racy korzystało w Domu Zdrowia „Pomocy Bratniej“ 27 chorych.

W tem z zakładów naukowych galicyjskich było 13, z zakładów naukowych Imperyum Rossyjskiego 14.

Słuchaczów uniwersytetów było 11, słuchaczów wyższych szkół technicznych 4, razem słuchaczów wyższych zakładów naukowych 15.

Uczniów gimnazyów i szkół realnych było 8, uczniów średnich szkół technicznych i handlowych—4, razem uczniów średnich zakładów naukowych—12.

Co do wieku, najmłodszy pensjonarz liczył lat 14, najstarszy 28, wiek pozostałych wahał się od 19 do 27 lat.

Co do ilości czasu przebytego przez poszczególnych pensjonarzy w Domu Zdrowia w okresie sprawozdawczym, to

2 pensjonarzy przebyło mniej więcej po 8 miesiący 5 po 7 miesięcy 2 po 6 miesięcy; 2 po 5 miesięcy; 2 po 4 miesiące; 2 po 3 miesiące; 5, po 2 miesiące; 3 po miesiącu; 4 po kilka lub kilkanaście dni.

Przy szczegółowem obliczeniu wszyscy (27) pensjonarze przebyli łącznie 102 miesiące i 18 dni.

Należytość za czas ten, licząc po 100 koron miesięcznie, wynosi 10.260 koron. Gotówką uiścili z tego pensjonarze zaledwie 2835 kor. 4 hal., t. j. 27 proc., pozostając na resztę t. j. na 7424 kor. dłużnikami Towarzystwa.

Sprawa budowy własnego Domu Zdrowia. Obok prowadzenia spraw bieżących Towarzystwa i Domu Zdrowia w najetych domach, rozwijał Zarząd w dalszym ciągu rozpoczętą już w poprzednim roku akcyę zbierania fundusów na budowę własnego domu.

Ze sprawozdania lekarza Domu Zdrowia „Pomocy Bratniej.“ W czasie, od chwili otwarcia naszego Domu Zdrowia do 1 lipca b. r., mieliśmy pensjonarzy, a więc leczących się—27.

Z tych 2 czekało pod naszą opieką na otwarcie Domu Zdrowia, 25 zgłosiło się po jego urządzeniu. 20 opuściło dotąd Dom Zdrowia, 7 zaś pozostało do dalszego leczenia. 20 zgłosiło się o pomoc poraz pierwszy, 7 korzystało już z opieki Stowarzyszenia w roku poprzednim.

Co do zmian chorobowych, to badanie u jednego nie wykazało żadnych zmian w płucach, u 26 znaleziono zmiany w mniejszym lub większym

stopniu; z tych znova u 19 znaleziono zmiany tylko w płucach, u 7 zaś w płucach i innych narządach.

Tn wspomnieć muszę, że 6 chorych przyjechało lub zgłosiło się do Domu Zdrowia w stanie nie nadającym się do leczenia klimatycznego w Zakopanem, a to z powodu zbyt rozległych, lub ogólnych zmian gruźliczych.

U 2 pensjonarzy wykonano operacje w szpitalu zakopiańskim (1 *Abcessus periproctiticus, fistula ani tbc.* 1 *Lymphomata colli*).

U 1 wykonano operację w Domu Zdrowia (*Pleuritis exud ser. sin.*).

Co do wyników leczenia osiągniętych w tym czasie, to nastąpiło:

Wyraźne polepszenie (i zupełna zdolność do pracy)	u 8 (308.%)
poprawa	u 9 (34.7%)
stan bez zmiany pozostał u 3 (11.5%)	
pogorszenie wystąpiło u 5 (19.2%)	
śmierć	u 1 (3.8%)

Razem . . . 26“

Przytoczone wyżej wyjątki ze sprawozdania Towarzystwa „Bratnia Pomoc” mówią same za siebie.

Jest to tak piękna i pożyteczna instytucja, że chyba sztucznie nie potrzeba zagrzewać ogółu do jej popierania.

Kierownikiem i duszą Domu Zdrowia jest kolega Dr. Józef Żychoń w Zakopanem.

100. Dnia 26 listopada odbyło się uroczyste otwarcie sanatorium dla pierśsiowych w Zakopanem.

Dyrektorem nowego zakładu jest Dr. Dłuski.

101. Nagrodę konkursową (w kwocie rb. 235) imienia Dra L. Konitza przyznało Tow. Lek. Warszawskie koleźde Czesławowi Stankiewiczowi za jego pracę p. t. „W sprawie operacyjnego leczenia tyłopochylenia—zgięcia macicy.”

102. Wyszedł z druku kalendarz lekarski D-ra Polaka na rok 1903-ci.



Skorowidz.

Apteczny monopol—186. Adrenalina—283. Areszty i więzienia a higiena—138.

Babki wiejskie—25. Bezsensność nerwowa—477. Biegunki przewlekłe; dyeta przy nich—432. Bismutozy działanie—471. Błękit metylenowy przy ospie—43.

Ciąża jajowodowa dwukrotna—370. Cięży zamacicznej symptomatologia—223. Chorea chronica—167. Chorych tykanie 138. Chininy roztwór—42. Chinozol jako stypticum—42. Chloroformowanie sercowych—137. Cukiernictwa szkodliwości zawodowe—181. Cukru znaczenie odżywcze—36. Cukru wpływ na wydzielanie żołądkowe—177. Czaszki złamanie—520.

Dermatitis exfoliativa—420. Dna; dyeta przy niej—82. Domy przedpogrzebowe—137. Drżączka—73. Dychawica histeryczna 425. Duru brzuszego leczenie—175.

Eklampsyi leczenie za pomocą zawijań—134. Elektropsychrofor—421. Erythema ersudativum 169.

Felczeryzm—284. Finsena metoda—171. Foetor ex ore—279. Formaliny własności odkażające—355, 394, 456.

Gastro-enterostomii przypadek—130. Gośca epidemia—169. Gruźlica a uraz—88. Gruźlica gardzieli pierwotna—374. Gruźlicy płuc leczenie—174, 234. Gruźlicy szczepienie 379.

Herpes zoster—42. Honorarya lekarskie—138, 382. Hygieniczne zarządzenie w Wieliczce—86. Hyoscinum hydrobromicum—42. Hysteria u żołnierzy—52.

Infirmacja domowa—184. **Influenza w przebiegu odry**—283. **Introligatorstwa szkodliwości zawodowe**—181.

Jubilerstwa szkodliwości zawodowe—99.

Kasa lekarzy m. Łodzi—283. **Kesonowych robotników stan zdrowotny**—97. **Kolechicya** 42. **Kolpohexis**—375 **Konferencya gruźlicza**—510. **Kowalstwa szkodliwości zawodowe**—40. **Kręgosłupa zeszytowanie**—419. **Krwotoków płucnych leczenie**—431. **Krwotoki śmiertelne potracheotomii**—147, 193.

Lakiernictwa szkodliwości zawodowe—181. **Laparotomii wskazania**—282. **Laseczniki pseudo-gruźlicze**—237. **Lekarzy prowincjonalnych praca naukowa**—172. **Lekarstwa z aptek**—93. **Linoleum na szyny**—43. **Lupa binokularna**—27.

Macicy pęknięć leczenie—423. **Malum coxae senile**—88. **Medycyna prowincjonalna; z przeszłości**—464. **Medycyna ziemską**—185. **Mleka nadużywanie**—262. **Mocznicy leczenie za pomocą upustu krwi**—433. **Morfina jako środek oszczędzający**—238. **Mózgu przymiotu objaw wczesny**—29.

Nerek zapalenia leczenie chirurgiczne—436. **Nerwie urazowych teoria**—430. **Nerwowych objawów udawanie**—38. **Niedrożność przewodu płciowego**—517.

Obłąkani; opieka nad nimi—012. **Odżywianie służby dworskiej**—180. **Ogrodnictwa szkodliwości zawodowe**—41. **Okulistyczne oddziały**—245. **Opaska Priesnitza**—31. **Opcerebryna**—135. **Oskarżenia głosowne**—92. —anonimowe—285, 438. **Osmotyczne ciśnienie**—525, 526. **Otyłości leczenie**—34.

Papillomata multiplicia jamy ustnej—75. **Parafina**—436. **Paractwo lecznicze**—93, 325. **Pęcherzyka żółciowego pęknięcie**—475. **Pensye lekarskie**—90. **Pielęgarki**—36. **Plwociny badanie**—347, 404. **Płciowych narządów zboczenie**—75. **Płuc zapalenie; wpływ przewożenia chorych**—342. **Płuc zapalenia leczenie**—483, 533. **Podjęzykowego nerwu porażenie**—271. **Pomoc lekarska gminna**—14, 92, 93, 109, 152, 204, 254, 300, 531. **Postępowanie przy uszkodzeniach fabrycznych**—287. **Praktyka ludowa**—492. **Produktów spożywczych badanie**—227, 245, 314, 362. **Promienicy przypadek**—76. **Promieniowego nerwu gałązki porażenia**—272. **Przepuklin pachwinowych wyleczenie**—429. **Przewożenie chorych** 242, 443, 500, 532. **Przymiotu lasecznik** 227, 519, 527. **Psoriasis diffusa**—518.

Rak antri Highmori—75. **Raka badanie**—381. **Rdzenia ostre zapalenie**—27. **Respirator**—40. **Roślinnego pożywienia wartość**—85. **Rzeźączki leczenie**—475. **Röntgenografia w med. wewn.**—40, 182.

Sen i położenie ciała podczas snu—275. **Serca cierpienia; kąpiele, gimnastyka przy nich**—230. **Serca zranienia i śmierć**—273. **Serca pęknięcie**—87. **Sercowego mięśnia cierpienia leczenie dyetetyczne**—232. **Skiagrafia**—40, 182. **Skłonność do gruźlicy**—135. **Słoma w cewce moczowej**—39. **Sól kuchenna w padaczce**—183. **Stacya bak-**

teryolog. w Miechowie—43. Stwardnienia rozsianego etyologia—431. Suchot leczenie—66, 174, 234. Suchoty: wpływ ubezpieczeń—333. Surowica Jeża—283. Surowica przeciw paciorkowca — 428. Surowica rakowa—529. Surowica szkarlatynowa—134, 529. Szczołkarstwa szkodliwości zawodowe—181. Szpital ludowy—**1, 49**. Szpital mały—337. Szpital w Płocku—43, 239,—w Przasnyszu—44,—w Rawie—480,—w Staszowie—138,—w Częstochowie—167,—w Łodzi—344, 345, 438,—w Kaliszu—425. Szpitalnictwo w Londynie—170.

Tajemnica zawodowa—439. Teobrominy działanie namoczące—20. Terapia fizykalna—77. Tętno przy działaniu wpływów mechanicznych—275. Tężec po żelatynie—43, 183. Tężec po szczepieniu krowianki—529. Tężec po żelatynie 43, 183, Thomsena choroba—227. Tlenu zastosowanie lecznicze—233, 437. Tokarstwa szkodliwości zawodowe—179. Towarzystw lekarskich prowincjonalnych zadanie—330. Towarzystwo przeciwgruźlicze—381. Tyfus o dwu recydwach **70**. Tuberkulina—427.

Uraz tępy a gruźlica—88. Uraz a cierpienia pęcherzyka żółciowego—275. Uraz a porażenie peryodyczne—429.

Validol—219.

Wątroby podskórne pęknięcie—475. Wątroby rany postrzało-we—178. Wątroby przymiotu przypadek—128. Wiądu rdzenia leczenie—83. Windowa choroba—183. Wodolecnictwo w praktyce codziennej—133. Wodociągi w Łodzi—94,—w Radomiu 185. Wychowanie higieniczne—387, 448**. Wymioty krwawe—236. Wystawa higieniczno-spożywcza w Łodzi—531.**

Zaępy leczenie za pomocą leżenia—247. „Zapiski Wracza“—383. Zawał płuc—425. Zatory tłuszczowe—177. Zegarmistrzostwa szkodliwości zawodowe—91. Zębów badanie u młodzieży—28. Zimnica i nowotwory—184. Znieczulanie miejscowe—270.

Żelatyna i tężec—43, 183.

Źródół spis—184.

SKOROWIDZ AUTORÓW.

Ahlfeld 134. Albu 85. Biegański 172. Bielefeld 333. Boas 277. **Borowski** 443. 500. Brzeziński 287. Busse 177. Clomm 177. Cohn 36. Donath 429. **Dunin** 492. Erben 38. **Fidler** 204. 254. 300. Flatau 477. Flerow 87. Fraenkel 475. Friedlander 77. Giedroyć 86. Golding 40. **Goldman** 174. Goldscheider 430. **Grodecki** 214. 545. Hampeln 342. Hefter 230. Homme 36. **Idzikowski** 1. 49. Jordan 88. Kaufman 275. Kellog 133. **Klarner** 464. Klausner 431. Klemperer 233. König 337. **Kopczyński** 387. Krieger 429. Luffan 81. Lemoine 175. **Łagowski** 66. **Maybaum** 471. Marcuse 31. **Mogilnicki** 355. 394. 456. Munter 174. Niedner 431. Noorden 34. **Pinkus** 374. 404. Quincke 275. **Pański** Richter 82. Ritter 279. Rosenfeldt 433. **Rosenthal** 70. Rosin 173. **Rychliński** 102. Rubner 35. **Rząd** 25. **Serkowski** 197. 245. 314. 362. Slavik 273. **Sokołowski** 482. Stadelmann 85. Stempel 88. **Sterling** 2. 262. Stuckert 178. **Suligowski** 97. Urbantschitsch 275. Waliński 39. Walko 433. Weber 234. Weiss 476. Winternitz 83. Wolrad 232. **Wyrowski** 370. **Zalewski** 109. 152. **Zienkiewicz** 14. 58. 117. 160.

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. S. Serkowski.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 21 Ноября 1902. г.

Druk. i Lit. R. Resiger, Łódź.

