
Czasopismo Lekarskie

Sprawozdanie

z czterech ruchomych oddziałów okulistycznych.

Podał Dr. **Józef Marczewski** (z Częstochowy) *).

Sprawozdanie z oddziałów ruchomych okulistycznych: w 1900 r. w Szczuczynie, Łomżyńskiej gubernii; w 1901 r. w Będzinie, Piotrkowskiej gubernii; w 1902 r. w Łasku, Piotrkowskiej gubernii i Włocławku, Warszawskiej gubernii.

Czas pracy na każdym z wyszczególnionych w nagłówku oddziałach był trzydziestodniowy; personel stanowiło dwóch lekarzy i felczer. Prowadzącym na wskazanych oddziałach był wyżej wymieniony, pomocnikami: Dr. Stawecki, lekarz powiatowy w Szczuczynie, Dr. Zóltowski w Będzinie, Dr. Drac w Łasku i Włocławku. Obowiązki felczera oddziałowego pełnił starszy felczer szpitala Ś-go Ducha w Warszawie, R. Jarmułowicz.

Zajęcia na wymienionych oddziałach prowadzone były w ten sposób: od 9 do 10-ej rano opatrunki chorych po operacjach i zapisanie do książki oddziałowej zgłaszających się pierwszy raz po poradę; wynotowanie stanów chorych pooperacyjnych na kartach szpitalnych. Od 10 do 11-ej ambulans pierwszorazowych; od 2—3 (Włocławek), 2—4½ (Szczuczyn) lub nawet od 2—5½ (Łask) porady powtórne i część chorych pierwszorazowych. We wtorki i piątki przed południem wyłącznie operacje, po obiedzie pierwszorazowi chorzy i ważniejsi powtórni. W dni operacyjne niekiedy przerwa obiadowa wynosiła zaledwie 25—30 minut i operacje trwały do 4 po południu (Łask). Plan zajęć tutaj wskazany był ściśle przestrzegany, bez względu na to, czy mieliśmy dni świąteczne, czy powszednie. Recepty, wykazy statystyczne, co tydzień składane Komitetowi, przygotowywano w domu. Przygotowania do operacji były robione poza wskazanymi wyżej godzinami zajęć przez felczera oddziałowego p. Jarmułowicza, tak że ten ostatni

*) Czytane na posiedzeniu Tow. Lek. w Częstochowie d. 4/IV 1903 r.

	Szczuczyn	Będzin	Łask	Włocławek
DANE OGÓLNE				
Chorych szpitalnych	47	34	28	20
Ilość łózek	28	14	16	9
Dni szpitalnych	487	364	313	227
Ogólna ilość chorych na oczy	925	1220	1473	759
Ogólna ilość porad (wraz z opatrunkami)	3444	3380	4918	2199
Chorych płci męskiej	411	614	649	323
„ „ żeńskiej	514	606	824	436
Chrześcian	557	883	905	558
Żydów	368	337	568	201
Dzieci do lat 10	106	239	199	92
Chorych od lat 10 do 20	159	196	237	173
„ „ „ 21—30	136	202	210	96
„ „ „ 31—40	154	204	248	106
„ „ „ 41—50	161	163	257	119
„ „ „ 51—60	108	122	171	86
„ „ „ 61—70	70	68	103	57
„ „ „ 71—80	27	24	45	26
„ „ „ 81—90	4	2	3	4
Z powiatu Szczuczynskiego chorych	778	—	—	—
„ Kolneńskiego	95	—	—	—
„ Łomżyńskiego	24	—	—	—
„ bardziej oddalonych	28	—	—	—
„ Będzińskiego	—	1165	—	—
„ Olkuskiego	—	33	—	—
„ Łaskiego	—	—	1140	—
„ Sieradzkiego	—	—	182	—
„ Piotrkowskiego	—	—	87	—
„ Łódzkiego	—	—	33	—
„ Włocławskiego	—	—	—	659

	Szczuczyn	Będzin	Łask	Włocławek
Z powiatu Lipnowskiego chorych	—	—	—	42
„ Nieszawskiego „	—	—	—	33
Nieuleczalnie ślepych na 1 oko	49	76	75	31
„ „ „ oba oczy	30	24	32	24
Ilość spostrzeganych przypadków danego				
cierpienia oczu.				
A. Conjunctivitis catarrh. acuta	6	16	11	12
Conj. cat. chronica	132	127	287	80
Blenorrhoea neonatorum	—	1	—	—
Blenorrhoea adutorum	—	2	—	—
Conjunctiv. follicularis	57	53	62	40
Trachoma	253	215	259	116
Conjunctivitis phlyctenulosa	24	26	19	6
Echymosis subconjunctivalis	—	2	2	1
Xerosis conjunctivae	—	—	3	1
Ambustura conjunctivae	—	1	—	—
Symblepharon anterius	2	6	—	2
Corpus alienum conjunctivae	—	—	1	—
Polypus conjunctivae	3	1	—	—
Lipoma subconjunctivale	1	—	2	—
B. Blepharitis	103	121	131	91
Trichiasis	17	31	33	20
Distichiasis.	—	1	—	—
Entropion	14	20	18	12
Ectropion	2	12	15	5
Blepharophimosis	8	2	4	—
Lagopthalmus cicatriceus	1	1	—	1
Hordeolum	5	6	4	3
Chalazeon	4	8	7	3

	Szczuczyn	Będzin	Łask	Włocławek
Neoplasma malignum palp.	—	1	1	—
Eczema palpebrarum	1	—	1	2
Ambustura palpebraum	—	—	1	—
Phlegmone palp.	—	1	—	—
Oedema palpebrarum	—	—	—	1
C. Ulcus corneae	9	14	9	3
Ulcus serpens	8	9	3	1
Pannus trachomatosus	51	36	81	48
Keratitis superfic. circumscri.	25	79	47	33
Keratitis parenchymatosa	2	4	2	1
Nubeculae	21	64	36	24
Maculae	9	16	27	11
Leucoma partiale	10	12	8	2
Leucoma totale	2	4	3	8
Leucoma adhaerens	19	30	13	9
Staphyloma partiale	14	5	4	1
Staphyloma totale	6	16	19	9
Keratoconus	1	6	—	—
Cystis dermoidalis corneae	—	2	1	—
Corpus alienum	—	6	1	2
Incrustationes	2	—	8	—
Xerosis corneae	—	—	3	1
Ambustura corneae	—	—	—	3
D. Episcleritis	—	2	—	1
Ambustura sclerae	—	1	—	—
Ruptura sclerae anterior	—	1	—	—
Vulnus sclerae perforans	1	—	—	—
E. Iritis acuta	8	2	2	—
Iritis chronica	8	9	5	2

	Szczuczyn	Będzin	Łask	Włocławek
Synechia circularis	8	4	9	8
Prolapsus iridis	5	3	1	1
Retroflexio iridis	—	—	—	1
Iridodialysis	2	1	—	1
Coloboma iridis congenitum	1	1	—	1
Col. ir. traumaticum	4	1	—	—
Col. ir. operativum	8	20	9	7
Iridocyclitis traumatica	7	10	3	3
Irritatio sympathica	1	2	1	—
Melanosarcoma corp. ciliaris	—	2	—	—
Chorioiditis centralis	2	5	4	1
Chorioiditis disseminata	6	12	15	9
Panophtalmitis	—	—	1	—
Sclerochorioiditis posterior	23	42	49	35
Ruptura chorioideae	2	1	—	1
Coloboma „	1	1	—	1
Atrophia bulbi	11	35	17	5
Phtitis bulbi	18	22	23	7
Glaucoma: incipiens	—	2	5	1
„ evolutum	3	6	7	10
„ absolutum	10	13	14	5
„ consecutivum	2	6	7	6
F. Cataracta senilis: incipiens	12	55	40	26
„ non matura	7	15	23	12
„ hypermatura	6	8	5	1
„ polaris anterior	1	3	6	1
„ polaris posterior	2	7	6	2
„ congenita partialis	—	1	2	—
„ zonularis	2	1	—	—

	Szczuczyn	Będzin	Łask	Włodawek
Cataracta mollis	1	2	4	1
„ traumatica	9	17	4	1
„ diabetica	—	—	2	—
„ glaucomatosa	5	4	7	3
„ complicata	5	7	3	2
„ secundaria	1	2	—	2
„ calcarea	2	4	2	2
„ accreta	1	2	3	1
„ membranacea	4	5	2	4
„ nigra	1	—	—	—
„ natans	—	1	—	—
Aphakia traumatica	—	1	—	—
„ operativa	5	17	6	4
Subluxatio lentis	3	4	2	1
Opacitates corporis vitrei	4	6	7	4
Cysticercus corp. vitrei	—	—	1	—
G. Ablatio retinae	3	4	7	4
Retinitis centralis	1	6	3	2
„ pigmentosa	4	7	7	2
„ albuminurica	—	1	1	—
„ diabetica	2	—	—	—
Haemorrhagiae retinae	1	2	1	1
Glioma retinae	—	1	1	—
Papillitis	—	2	4	2
Neuroretinitis	2	—	—	—
Neuritis retrobulbaris chron.	—	1	—	—
Atrophia n. optici post neuritidem	2	7	6	3
„ „ „ „ retinitid.	2	1	2	—
„ „ „ grisea	5	8	8	6

		Szczecznyn	Będzin	Łask	Włocławek
H.	Caries marginis supraorbitalis	—	1	—	1
	Tumor orbitae	1	1	—	—
I.	Blennorrhoea sacci lacrymalis	59	67	62	46
	Daercyocystitis	—	1	—	1
	Fistula sacci lacrymalis	6	1	2	2
	Stenosis ductus naso-lacrymalis	32	20	33	27
	Atresia punct. lacrymalium	1	3	2	—
	Hydrops sacci lacrymalis	—	1	1	—
K	Paralysis n. recti interni	—	—	—	1
	Insufficiencia n. recti interni	5	10	12	6
	Strabismus divergens	6	4	9	2
	„ convergens	4	14	19	5
	Mydriasis paralytica	1	—	1	2
	Paralysis accomodationis	1	—	1	2
	Nystagmus oscillatorius	1	3	4	2
	„ rotatorius	—	—	1	1
	Ptosis paralytica	1	—	—	—
	Paralysis n. oculomotorii totalis	1	—	—	—
	Asthenopia accomodativa bez wady refrakcyi	—	1	2	1
L.	Myopia	31	72	79	50
	Hypermetropia	32	68	64	37
	Astigmatismus myopicus	1	5	4	6
	„ hypermetropicus	3	3	2	5
	„ myopicus comp.	—	—	2	1
	„ hyperm. compos.	—	—	2	2
	„ mixtus	1	3	4	2
	„ irregularis	2	—	1	1
	Presbyopia	48	50	90	62
M.	Neuralgia I r. n. trigemini	—	—	—	3

	Szczecznym	Będzin	Łask	Włocławek
M. Anophtalmus acquisitus (1 oko)	—	1	1	3
Microphthalmus na 1 oko	—	1	1	—
„ na oba oczy	3	2	2	1
Hyphaema post trauma	—	—	—	1
Buphtalmus	1	2	—	—
Zabiegi operacyjne, wykonane na odziałach:				
1) Operat. trichiasis: a) Spencer-Wattson	—	1	3	3
„ „ b) Jaesche-Arlt	1	—	5	4
„ „ c) cum transplantatione cutis (Jaesche - Arlt-Waldauer)	8	6	4	—
„ „ d) cum transplantatione mucosae	1	2	—	—
„ „ e) cum transplantatione marginis palp. (Flarer-Stellwag)	—	1	—	—
2) Suturae Galliard'i	—	—	—	3
„ Snellen'i (entropion).	—	—	—	2
Operat. entropionis	—	2	13	1
3) Operatio ectropionis	2	—	1	1
„ „ podł. Szymanowskiego	—	—	1	—
4) Kanthoplastica lateralis	6	1	2	1
5) Operatio pterygonis: a) Desmarres'a	2	—	—	—
„ „ b) „Rücklagerung“	—	4	13	2
6) Peritomia	3	—	1	1
7) Cauterisatio ulceris corneae	8	4	2	1
Tatouage	6	2	1	—
Excochleatio incrustationum corn.	—	—	1	—
Extractio corp. alieni corn. et conjunct.	—	—	2	—
Keratotomia Saomisch'a	2	1	—	—

	Szczeczyn	Będzin	Lask	Wloclawek
7) Operat. staphylomatis totalis corneae	3	2	—	—
„ cystidis dermoidalis corn.	—	1	—	—
8) Expressio folliculorum conjunct.	49	6	22	18
Wycięcie fałd przejściowych (Trachoma)	—	—	—	2
Operat. polypi conjunctivae	1	1	—	—
Operatio symblepharonis cum transpl.	—	1	—	—
9) Incisio canaliculi lacrymalis	69	26	21	24
Cauterisatio fistulae sacci lacr.	4	—	—	—
Incisio sacci (podł. Petit). Excochleatio et cauterisatio mucosae sacci	4	—	1	1
Extirpatio sacci lacrymalis	—	1	—	2
10) Operat. chalazeonis	1	4	6	1
11) Tenotomia m. recti interni	1	2	5	1
„ „ „ externi	—	—	—	1
Avancement m. recti interni	—	—	—	1
12) Iridectomia	6	6	5	2
13) Extractio cataractae simplex	—	3	3	—
„ „ cum capula	—	—	1	—
„ „ cum iridectomia	9	11	10	11
Discisio cataractae	2	7	—	2
Difaceratio catar. membr.	—	1	—	2
14) Enucleatio	—	1	1	—
Razem	188	97	124	87

w niektóre dni był zajęty pracą oddziałową od 9 rano do 9 wieczorem z krótkimi odpoczynkami.

Zajęcia ambulatoryjne prowadzone były jak wszędzie, leczenie—ogólnie używane. Mając na uwadze jednak, że ma się tu do czynienia z ludem mało oświeconym, kładliśmy nacisk na to, by wszystkie zlecenia co do zachowania się chorego względem otoczenia (w przypadkach zaraźliwych cierpień), co do stosowania

przepisanych środków i t. d. były dokładnie zrozumiane, i w tym celu wskazówki były kilkakrotnie chorem powtarzane. Następnie, zwracaliśmy baczną uwagę na wpajanie zgłaszającym się chorem przekonania o znaczeniu czystości w utrzymaniu oczu, przestrzegaliśmy przed rozpowszechnionym zwyczajem lizania oczu (przy ciałach obcych), przed leczeniem się u bab i felczerów. Środki do domu stosowaliśmy takie jedynie, które w żadnym razie szkody zrobić nie mogą (sublimat, kwas borny i t. p.), unikając plumbi, atropiny i t. p. środków. Rzeczą bowiem zwykłą jest, że lekarstwo przepisane choremu w danym przypadku, zostaje później przez tegoż chorego i przez jego znajomych stosowane zawsze, ilekroć jakieś cierpienie oczu się zdarzy. Z tym faktem należałoby się częściej liczyć.

Badanie wzornikiem wykonywałem we wszystkich przypadkach refrakcyjnych dla zaoszczędzenia czasu przy dobieraniu szkieł, we wszystkich przypadkach skarg na upośledzenie wzroku, szczególnie u ludzi starszych, gdzie tak łatwo niedopatrzyć jaskry.

Przy traktowaniu wrzodów błony rogowej stosowaliśmy kseroform, jodoform, prócz tego przyżeganie pacquelin'em, paracentesis, keratotomia Saemisch'a. Ten ostatni zabieg w przypadkach ogromnego nagromadzenia ropy w przedniej komorze, bardzo rozległych wrzodach, grożących szybkim przedziurawieniem błony rogowej. Do przemywania worka łzowego przy nieżytach tegoż używałem protargolu i formaliny. Ta ostatnia lepsze dawała rezultaty.

Jaglicę leczyliśmy lapisem (2% rozczynek), cupro sulfurico, przemywaniami sublimatowemi lub Hydrargyri oxycyanati i wyciskaniem jagiel kleszczykami Knappa. U jednego tylko chorego tak olbrzymie spotkałem rozrosty, że uważałem za niezbędne wykonać wycięcie fałd przejściowych — zabieg zmuśny, lecz w tym przypadku był poprostu jedynym, mogącym sprowadzić szybszą poprawę.

Wogóle, licząc się z krótkim trwaniem oddziały i z warunkami materialnymi chorych wszędzie tam, gdzie zabieg operacyjny mógł szybciej doprowadzić do celu, niż leczenie nieoperacyjne, pierwszeństwo oddawałem operacji.

Zaznaczyć jeszcze muszę, że przy leczeniu ambulatoryjnym opaski stosowałem częściej, niż robi się to w praktyce miejskiej, a to z tego powodu, że spotyka się na oddziałach bardzo dużo chorych takich, którzy swymi dodatkowymi zabiegami leczniczymi niweczą wszelkie usiłowania lekarza.

Do operacji rozczynek 2% kocainy 0,5% atropiny, $\frac{1}{2}\%$ rozczynek ezeryny gotuje się w buteleczkach Stroschein'a, rozczynek soli fizjologicznej w kolbach małych, waciki i gazę gotuje się w sublimacie lub Hydrargyri oxycyanato (1 : 10000), wata i bandaże sterylizują się w parze i przechowują w puszkach metalowych aż do operacji. Naczynia do wacików wymywa się starannie eterem i zostawia od dnia poprzedniego napełnione rozczynek 5% kwasu karbolowego. Narzędzia wszystkie gotuje się, przyczem tepe dłużej,

ostre zaś—po obtarciu eterem—5 minut i zaraz się je przenosi do przygotowanego 2% kwasu karbolowego, ostudzonego poprzednio. W ten sposób ostre narzędzia cokolwiek się hartują i nie tak szybko tępią. W czasie operacji narzędzia znajdują się w rozczyne 2% karbolu, przygotowanym poprzednio. Po operacjach narzędzia wodą destylowaną obmyte wyciera się starannie, jeśli jednak czas dłuższy były w karbolu, lub dostają plam, najlepiej na czas jakiś zanurzyć je do 2% rozczyntu boraksu. Rdza schodzi wówczas szybko.

Toaleta chorego przed operacją zwykła. Zawsze się zwraca baczną uwagę na stan worka łzowego, spojówki. Worek łzowy przeszprycowuje się przed operacją na gałce ocznej zawsze. Chory poddający się operacji zaćmy lub wycięcia tęczy zazwyczaj dostaje przed operacją, lub zaraz po niej—bromu. W ten sposób zapobiegamy silnemu podnieceniu, jakie kilkakrotnie już zdarzało mi się spotykać u tego rodzaju operowanych, a co przypisać należy po części obuocznnej opasce, głównie zaś działaniu atropiny z kokainą.

Przy operacjach trzymam się stale metody antyseptycznej (przemywania spojówki sublimatem, często—jodoform po operacji) pomimo twierdzeń wielu poważnych lekarzy, że postępowanie takie nie ma większej wartości praktycznej od przemywania destylowaną wodą. Pod tym względem rozstrzygające są dla mnie badania, wykazujące, że choć żaden odczynnik nie jest w stanie w cieczy wodnistej wykryć atropiny po jej wkropleniu do worka spojówki, ciecz taka jednak atropinę zawiera, co wykazuje reakcja fizyologiczna u zwierząt, którym ciecz taką do oczu wkraplać. Następnie, spostrzeżenia, że nieraz gumma iridis niezwykle szybko ginie po kilkakrotnem podspojówkowym wstrzyknięciu rozczyntu soli rtęciowej. Rozczyn więc sublimatu lub hydrargyri oxycyanati bądź co bądź w tkanki przenika, a jaka koncentracja wystarcza, by żywotność drobnoustrojów zmniejszyć, tego nie możemy przesądzać. Klinicznie mogę tylko to stwierdzić, że od czasu, jak antyseptycznej metody się trzymam, zapalenie tęczówki po operacji iridectomii lub zaćmy spotykam nadzwyczajnie rzadko. Opaska po operacjach zaćmy, iridectomii, była zakładana zawsze tak, jak to dawniej było w powszechnem użyciu: gaza, wata, bandaż. Zwracamy uwagę na to, by nie była za mocno ściągnięta. Opaskę umocowujemy zapomocą 2—3 pasków plastra lepkiego. Ostrożności te są niezbędne w praktyce ludowej, gdyż inaczej napewno przynajmniej co drugi chory opaskę będzie zrzucal, jak tylko bólu nie czuje. Żadne perswazyje nie pomogą tu nic i chory nie da się przekonać, że potrzeba zachować ostrożność! Jak niema bólu, to oko zdrowe i wszelkie ostrożności zbyteczne — takie jest jego przekonanie. To też i opaska często niewystarcza i chorzy ją usuwają, pomimo surowych upomnień, szczególnie tam, gdzie nadzór nad chorymi jest niedostateczny—w szpitalach bez sióstr miłosierdzia.

Z operacji prócz niezbędnych wykonaliśmy kilka kosmetycznych. Na usprawiedliwienie nasze zaznaczam, że kalectwo wśród ludu często sprowadza więcej przykrości upośledzenemu, niż wśród klas oświeconych. Przydomki, nadawane wskutek kalectwa, ścigają tu jednostkę od dzieciństwa do trumny i wrażliwszym zatrzymują życie. To też tatouage, operacje zezą – wśród ludu muszą być wykonywane nie mniej często, jak wśród sfer inteligentniejszych.

Z zabiegów operacyjnych większych na szczególne uwzględnienie zasługują w praktyce oddziałowej operacje wrostu rzęs, entropion, ectropion, skrzydlika. Nieefektywne te zabiegi są jednak najpotrzebniejsze, bardziej potrzebne, niż operacje zaćmy, sztucznej żrenicy. Te ostatnie bowiem tylko na zapadłej prowincji są czemś nadzwyczajnym, zwykle zaś lud wie, że w Warszawie lub zagranicą potrafią wzrok przywrócić i wielu udaje się do Warszawy w tym celu. Zresztą i lekarze niespecjaliści kierują chorych takich do Warszawy lub zagranicę (niestety, najczęściej do Prus, podrywając w ten sposób zaufanie w szerokich masach ludu do wiedzy lekarzy własnych). Natomiast z wymienionymi wyżej stanami chorobowymi chory rzadko da się skłonić do wyjazdu do specjalisty, a zresztą i do lekarza się zazwyczaj nie zwraca, ciągle się ludząc, że przy domowym leczeniu, lub u baby, felczera doczeka się wreszcie poprawy. Zapuszcza kołtun, kupuje w aptekach wodę do oczu, zażegnysza i t. d. aż traci zupełnie wzrok. Nie przeczę, że operacje zaćmy i sztucznej żrenicy, jako więcej efektywne, zjednywają zaufanie do lekarza, że muszą one być bezwarunkowo na oddziałach wykonywane. Myli się jednak ten, kto sądzi, że chłopca olśni operacja zaćmy.

Najudatniej zrobiona operacja rzadko tu wywołuje zachwyt, zwykle zaś bardzo mierne zadowolenie. Tą kroplą goryczy, która psuje chłopu całą radość z odzyskanego wzroku, jest potrzeba używania szkieł. „Toć widzę, ale możeby tak pan jeszcze potrafił zrobić lepiej, żeby nie było potrzeba okularów,?” „prawda, że widzę, ale nie to ta już co dawniej“ – są to uwagi chorych, spotykane bardzo często. Zbyteczne dodawać, że objaśnienia wszelkie spotykają się z niedowierzaniem.

Operacje zaćmy wykonywałem zwykle z iridectomią, gdyż przy niespokojnem zachowywaniu się chorych często bywa wypadnięcie tęczówki po extracto simplex. Nadzwyczajnie starannie wycinam tęczówkę, szczególnie zwracając uwagę na brzegi wycięcia (wycinam tęczówkę zawsze sam, sam też unieruchomiam galkę, pomocnik jedynie podaje narzędzia i waciki). Robione były częściej cięcia bez tworzenia płata spojówkowego, u ludzi bowiem starszych często w tych razach z przeciętych naczyń spojówki ścieka dużo krwi do przedniej komory.

Skrzydlik operowałem najczęściej w ten sposób: po odseparowaniu go, odciągałem w kierunku przeciwnym i brzegi zaszywałem, t. z. „einfache Rücklagerung“ – zabieg nie połączony ze

stratą spojówki, mniej zmuśny, a równie pewny w rezultatach, jak inne racjonalne operacje skrzydlika.

Wycięcia worków łzowych były całkowite, pod narkozą chlороformową.

W jednym przypadku (Włocławek) operowaliśmy zaćmę przy niezycie worka łzowego z niezwykle obfitą ropną wydzieliną, ponieważ chory zjawiał się dopiero koło 20-go dnia pobytu oddziału. Zrobiłem szerokie cięcie przedniej ściany worka (według Petit'a) i po przemyciu sublimatem, założyłem dren z gazy, wystający na zewnątrz. Opatrunek był codziennie zmieniany, do worka łzowego wsypywany jodoform i zakładana gaza. Gojenie rany po operacji zaćmy przebiegało bez żadnych powikłań i zakończyło się zupełnie pomyślnie. Taki sam przebieg pomyślny i zejście miała miejsce operacja zaćmy (w Szczuczynie) przy znacznej jaglicy.

Rezultaty zabiegów, jak na warunki pracy naszej, są bardzo pomyślne. Przy wszystkich bez wyjątku transplantacjach płaty przeniesione się przyjęły, po operacjach wycięcia tęczówki ani razu powikłań, po operacjach zaćmy w dwóch przypadkach małe iritis bez następstw, operacyjnego zakażenia żadnego. Zakażeń poceracyjnych dwa: jedno (Będzin) w 6 dni po operacji zaćmy — panophtalmitis, drugie (w Łasku) piątego dnia po operacji dało się umiejscowić i bez następstw się skończyło. Oba przypadki powstały wyłącznie dzięki temu, że chorzy opaski usuwali dla kontrolowania stanu swego wzroku. W jednym wreszcie przypadku po operacji zaćmy skonstatowałem ablatio retinae.

Po enukleacy (atrophia bulbi post trauma, ossificatio chorioideae, irritatio sympathica) u młodej dziewczyny (Łask) 8-go dnia, kiedy już rana była zupełnie zagojona, wystąpiły objawy hysteryi. Oczywiście, operacja mogła tu być tylko powodem, a nie przyczyną wystąpienia objawów choroby.

Pozostałe operacje z wynikiem pomyślnym.

Na podstawie skreślonego wyżej, pozwolę sobie wypowiedzieć kilka wniosków:

1. Praca oddziałowa, o ile jest prowadzona sumiennie, jest nadzwyczaj ciężka; wynagrodzenie, jakie się za nią otrzymuje, nie może być dostateczną przynętą do podejmowania jej. Przynętę tu stanowi zadowolenie moralne, jakie daje, gdyż praca ta jest bezwarunkowo pożyteczna—więcej pożyteczna, niż skłonni są sądzić ci, którzy jej nie znają.

2. Oddziały ruchome—to niezbędny poprzednik oddziałów stałych, bo lud trzeba przyuczyć do leczenia się u lekarza.

3. Oddziały stałe są potrzebą nagłą, niezbędną. Muszą one: a) być bezwarunkowo liczne, przynajmniej po jednym w powiecie, by były „pod ręką“ dla każdego chorego; b) muszą rozporządzać sporą ilością łóżek, stosunkowo większą, niż w dużych miastach, a to dla tego, że przypadków ciężkich, zapuszczonych mamy wśród ludu bez porównania więcej, niż wśród ludności miejskiej—o wiele zaradniejszej i inteligentniejszej. Tworzenie oddziałów ocznych stałych przy istniejących szpitalach na dwa łóżka

było by naigrawaniem się nad istotną potrzebą pomocy racjonalnej.

Kończąc to sprawozdanie, poczytuję sobie za obowiązek wyrazić uznanie towarzyszącej mi pracy: D-owi Staweckiemu ze Szczuczyna, D-rowi Żółtowskiemu i D-rowi Dracowi, których sumienności i poczuciu obowiązku zawdzięczać mogę te dodatnie rezultaty, jakie osiągnęliśmy w pracy na wszystkich oddziałach. Nie mniej cennym pomocnikiem, niezmordowanym, nigdy nie szmerzącym na nadmiar pracy, pedantycznie wypełniającym swe obowiązki i znającym je wybornie był p. Jarmułowicz, starszy felczer szpitala ś-go Ducha, który mi towarzyszył na czterech oddziałach. Jest to wzorowy nie felczer już, lecz pomocnik lekarza, na którym zupełnie polegać można.

Zaznaczyć też muszę, że koledzy lekarze, z którymi stykaliśmy się na oddziałach, okazywali nam wszędzie uprzejmość i życzliwość, które głęboko w pamięci zachowamy. Ś. p. Kroch w Szczuczynie, Dr. Królikowski, Dr. Dehnel w Będzinie, Dr. Szokal-ski i Gliński w Łasku, Dr. Gruel, Kraszewski i Certowicz w Włocławku; okazywali nam wiele usług koleżeńskich—zawdzięczamy im wiele chwil mile spędzonych w czasie naszej tułaczki po kraju.



Ze szpitala Św. Aleksandra w Łodzi.

Przypadek choroby Banti'ego.

Podał Dr. med. N. Goldblum. *)

Zanim przejdę do opisu spostrzeganego przezemnie przypadku choroby Banti'ego, pozwolę sobie skreślić patologię tego cierpienia; w literaturze bowiem polskiej—o ile wiem—o tem cierpieniu dotąd pisał jedynie Biegański, w 3-em wydaniu swej „Dyagnostyki.“

W r. 1894 i w następnych latach prof. Banti z Florencyi opisał nową postać chorobową, której główne kliniczne objawy polegają na szybko rozwijającej się niedokrwistości, znacznem powiększeniu śledziony i powoli powstającej—w przeciągu kilku następnych lat—zanikowej marskości wątroby z puchliną brzuszną.

*) Chory demonstrowany na posiedzeniu Łódzk. Tow. Lekarskiego z d. 18 Marca 1903 r.

Według Banti'ego przebieg tej choroby podzielić można na trzy okresy: Pierwszy okres, niedokrwistości; objawy: powiększona śledziona i niedokrwistość; zasadniczym objawem jest powiększona śledziona, anemia zaś jest objawem wtórnym. Ten okres trwać może od 3 do 5 lat, nawet do lat 10-ciu i dłużej. Drugi okres, przejściowy; objawy: ilość moczu się zmniejsza, mocz zawiera dużo moczanów, urobilinę, czasami ślady barwnika żółciowego. Ten okres trwa kilka miesięcy i przechodzi w okres trzeci, puchliny brzusznej. Puchlina brzuszna rozwija się bardzo powoli, bez bólów; anemia staje się coraz silniejsza, ciepłota niekiedy wieczorami bywa podniesiona. We krwi stwierdzamy coraz bardziej zmniejszającą się ilość czerwonych ciałek; ilość hemoglobiny zmniejsza się jeszcze w znaczniejszym stopniu, natomiast liczba białych ciałek krwi nieco się zwiększa. Śmierć po upływie 5—7 miesięcy, a najwyżej po roku.

Badania anatomo-patologiczne, wprowadzono dotychczas nieliczne (około 10-ciu pośmiertnych oględzin opisano) wykazały następujące zmiany: a) w wątrobie objawy zanikowej marskości (Cirrhosis hepatis Laennec) b) w intima venae lienalis i w tej części żyły wrotnej, która leży powyżej jej połączenia z żyłą śledzionową —zmiany atermatyczne i sklerotyczne, podobne do spotykanych zwykle w aorcie; c) w śledzionie zmiany, które Banti nazwał „fibroadenie.“

Etyologia choroby Banti'ego jest dotychczas nieznana. Sam Banti uważa ją za chorobę zakaźną, aczkolwiek wszelkie badania prowadzone w celu stwierdzenia tej hipotezy — dały dotychczas wyniki ujemne.

Na zasadzie objawów klinicznych Banti uważa śledzionę jako pierwotne siedlisko cierpienia; tu mają się wytwarzać trujące składniki, które, dostawszy się do krwi, powodują małokrwistość, a drażniąc tkanki wątroby wywołują w niej rozrost tkanki łącznej.

Spostrzegany przezemnie przypadek niezupełnie odpowiada obrazowi klasycznych przypadków opisanych przez Banti'ego; ale obraz kliniczny tej choroby został zmieniony przez badania innych autorów, głównie Senatora, o czem niżej.

11-go Lutego 1902 r. do szpitala Św. Aleksandra przybył z okolic Lutomińska Wojciech K., rolnik, lat 35. Już w młodym wieku skłonny był do krwawień z nosa; cięższa praca, dłuższe i forsowne chodzenie — zawsze krwawienie z nosa wywoływały; krwawienia z dziąseł miewał rzadziej. W r. 1893, służąc w wojsku, w miejscowości o 10 wiorst od morza Kaspjskiego oddalonej — chorował na zimnicę. Napady miewał co 3 dzień, choroba trwała około $\frac{1}{2}$ roku. Innych cierpień nie przechodził. Wysoko nie używał. Przemiotu nie miał. Ma dwoje dzieci, z tych jedno umarło na błonicę. Żona nigdy nie ronila

Już w roku poprzedzającym jego zapisanie się do szpitala uczuwał nieznaczne osłabienie; krwawienia z dziąseł i nosa zdarzały się częściej, ale właściwe nie domaganie datuje od 3 tygodni, gdy zauważył, że brzuch mu puchnie. W miarę powiększania się

brzucha czuł się coraz słabszym, oddech stawał się krótszym.

Przy badaniu okazało się: chory dużego wzrostu, o dobrze rozwiniętym układzie kostnym i mięśniowym, ma nieznaczną tkankę tłuszczową. Skóra i błony śluzowe nieco anemiczne, żółtaczkii niema. Gruczoły nigdzie nie dają się wymacać. Badanie płuc oprócz wysokiego położenia przepony żadnych zbroceń nie wykazało. Serce przesunięte: górna granica znajduje się u górnego brzegu 3 żebra; lewa sięga na szerokość 1 palca na lewo od l. mamillaris Tony czyste. Brzuch bardzo duży, zawiera dużo wolnego płynu, którego granica sięga pępka. Wątroba nie wyczuwalna. Śledziona znacznie powiększona, twarda. Skóra na brzuchu obrzękła. Na nogach obrzęku niema. Mocz w niewielkiej ilości, o zwiększonym ciężarze gatunkowym, białka i cukru nie zawiera. Ciepłota normalna; tętno napięte, miarowe.

W ciągu pierwszych kilku dni pobytu w szpitalu puchlina brzuszna zwiększyła się, wobec czego dnia 14 Lutego z jamy brzusznej wypuszczono około 13--16 litrów przezroczystego, żółtawego surowiczego płynu. Po wypuszczeniu płynu z jamy brzusznej—chory czuje się znacznie lepiej. Granice serca stają się normalne. Śledziona wystaje na szerokości 3 palców pod łukiem żebrowym. Wątroba niewyczuwalna, opukiwanie jej nie wykazuje żadnych zmian. Stan bezgorączkowy.

Badanie krwi wykonane d. 17 Lutego 1902 r. wykazało hemoglobiny 86% (podług Gowensa), czerwonych ciałek krwi 4,200,000; białych ciałek krwi 2800. Stosunek białych ciałek do czerwonych 1 : 1500. Innych wyraźnych zmian we krwi nie było.

Od 18 Lutego daje się zauważyć stałe zwiększenie ilości płynu w jamie brzusznej z przesunięciem przepony i serca i co zatem idzie silną dusznością, tak że 27 Lutego powtórnie zrobiono przekłucie jamy brzusznej, przyczem wypuszczono kilka litrów płynu. Kryoskopowe badanie przesięku i krwi, wykonane tegoż dnia przez kol. Serkowskiego, wykazało Δ przesięku = 0,57°C a Δ krwi = 0,77°C.

Od 2 Marca puchlina wodna znowu się wzmacza, tak, że 8 Marca konieczne było 3-cie przekłucie jamy brzusznej; wypuszczono znaczną ilość płynu. Wobec tego, że już 13 Marca puchlina brzuszna znowu zaczęła się powiększać uradzono wykonać operacyę Talmy.

Dnia 14 Marca 1902 r. kol. Krusche wykonał tę operacyę, przyszywając część sieci do otrzewnej przedniej ścianki brzusznej. Po otwarciu jamy brzusznej można było stwierdzić co następuje: otrzewna zupełnie gładka, zrostów żadnych w jamie brzusznej nie ma. Gruczoły krezkowe niewyczuwalne; śledziona znacznie powiększona, twardawa, błona jej nieco zgrubiała — bez zrostów. Wątroba powiększona, nieco twardawa, lecz na powierzchni zupełnie gładka. Przebieg pooperacyjny bez powikłań.

Dnia 24 Marca w jamie brzusznej znowu nieco wolnego płynu. Dnia 28 Marca 1902 r. chory wypisuje się ze szpitala. Pły-

nu w jamie brzusznej nie przybyło. Samopoczucie chorego dobre.

Co się tyczy rozpoznania w powyższym przypadku, to po otwarciu jamy brzusznej było jasnym, że mamy tutaj do czynienia z pierwotnem cierpieniem śledziony, a nie -wątroby. Chory już od roku czuł się osłabionym, niezdolnym do cięższej pracy, często miał krwawienia. Puchlina brzuszna zaczęła się rozwijać dopiero na kilka tygodni przed przybyciem chorego do szpitala. Na zaburzenia ze strony żołądka i kiszek chory nie cierpiał nigdy. Wątroba makroskopowo nie wykazywała żadnych objawów marskości zanikowej. Jeżeli przypuścimy nawet, że w wątrobie mogły być zmiany drobnowidzowe, to te w żadnym razie nie wystarczyłyby do wywołania puchliny brzusznej tak silnej, że w przeciągu 3-ch tygodni choremu za pomocą trzech nakłóć wypuszczono około 20 litrów płynu. Że niemielśmy tutaj do czynienia z charłactwem zimniczem—było również jasnym. Przedewszystkiem, chory przez 8 lat po swoich napadach zimniczych był zupełnie zdrow. Krwawienie z nosa i dziąseł miał jeszcze przed zachorowaniem na malaryę; niedomagać zaczął dopiero w 9-ym roku po przebytej malaryi. Wreszcie, nie znajdujemy u chorego szczególnych objawów charłactwa: anemia wcale nie jest znaczna (ilość hemoglobiny wynosiła 86%), a puchliny brzusznej przy braku innych objawów nie możemy uważać za objaw hydremii. Możliwym jest, że przebyta przed 9-ciu laty malarya stworzyła grunt dla obecnego cierpienia, w żadnym jednak razie to ostatnie nie może być utożsamione z zimnicą. Przeciwno białaczkę przemawiał wynik badania krwi. Przebieg i objawy cierpienia, jak również obejrzenie śledziony, pozwoliły wykluczyć zwyrodnienie skrobiowate i mięsakowate śledziony. Najwięcej podobieństwa cierpienia naszego chorego ma do tak zwanej pseudoleukaemia lienalis (i gdyby chory został zbadany wcześniej, zanim się rozwinęła puchlina brzuszna, najprawdopodobniej postawilibyśmy to właśnie rozpoznanie).

Natomiast objawy główne i jedyne: niedokrwistość, powiększona śledziona i puchlina brzuszna przypominają nam trzy podstawowe objawy choroby Banti'ego. Jak widzieliśmy, przebieg cierpienia naszego chorego nie zupełnie odpowiada opisowi klasycznych przypadków Banti'ego. Nasz chory pomimo puchliny brzusznej nie ma zanikowej marskości wątroby.

Zdaniem Senatora ¹⁾ musimy albo rozszerzyć pojęcie o chorobie Banti'ego, przyjmując, że marskość zanikowa wątroby nie jest konieczna w przebiegu tego cierpienia, albo uznać za nową formę chorobową współistnienie objawów: anaemia, splenomegalia et ascites bez zanikowej marskości wątroby. Senator radzi wybrać pierwsze. Przypadki takie, przebiegające bez marskości, tylko dwa były dotąd opisane; mój byłby trzecim.

¹⁾ Berlin. klin. Wochenschrift z roku 1901 str. 1147.

Na jeden jeszcze objaw chciałbym zwrócić uwagę, mianowicie na zmniejszoną ilość białych ciałek krwi (było ich 2800; stosunek białych do czerwonych = 1 : 1500 : t. zw. leukopenia). Ten objaw znalazł Senator prawie we wszystkich ogłoszonych przypadkach cierpienia Banti'ego i pseudoleukaemiae lienalis; być może, że to ostatnie cierpienie stanowi pierwszy okres choroby Banti'ego.

Banti i niektórzy autorowie, ostatnio naprzykład Gruzdiew ²⁾ wykluczają z etyologii omawianego cierpienia zimnicę; inni znów, jak Osler, Seuator, są przeciwnego zdania. Słuszność zdaje się być po stronie tych ostatnich. Osobnik, który przebył malaryę nie jest przecież zabezpieczony od innych cierpień zakaźnych; raczej przebyta zimnica może usposobić do choroby Banti'ego, jak to bywa właśnie z pokrewnem mu cierpieniem — pseudoleukaemia lienali.

W rok po operacji, dnia 17 Marca r. 1903, widziałem naszego chorego. Wygląd miał daleko lepszy, aniżeli przed rokiem, nie robił wogóle wrażenia chorego. Opowiadał, że puchlina brzuszna przez cały czas więcej się nie powtórzyła, samopoczucie dobre; krwawienia z nosa trwają, występują po silniejszej pracy, dłuższym chodzeniu i t. p. Badanie klatki piersiowej nie wykazało żadnych zmian chorobowych. Śledziona natomiast przez ten rok znacznie się powiększyła; sięga prawie do małej miednicy. Wątroba nie wyczuwalna; opukiwaniem stwierdzamy jej normalne wymiary. W jamie brzusznej płynu niema. Na ścianie brzusznej rozszerzonych żył nie widać. Gruczoły nie wymacalne. Mocz o normalnym ciężarze gatunkowym, bez białka i cukru. Zaburzeń ze strony żołądka i kiszek nie bywa.

Badanie krwi wykazało: hemoglobiny 90%, czerwonych ciałek krwi 5,100,000, białych ciałek krwi 8,200. Stosunek białych do czerwonych = 1 : 622.

A więc przez ten rok sprawa chorobowa w śledzienie postąpiła, mimo to nie rozwinęła się jeszcze zanikowa marskość wątroby; puchlina brzuszna nie powróciła, pozostała tylko jeszcze nieznaczna leukopenia (stosunek białych ciałek krwi do czerwonych = 1 : 622; normalnie = 1 : 350—500); ilość czerwonych ciałek stała się normalną. To ostatnie zjawisko nie zadziwi nas, jeżeli uprzytomnimy sobie, że u dorosłych nie śledziona, lecz szpik kostny przeważnie wytwarza czerwone ciała krwi.

Cóż wywołało u naszego chorego względnie tak znaczną poprawę? Mówię względnie, gdyż w rzeczywistości sprawa chorobowa w śledzienie postąpiła i łatwo jest przewidzieć smutny jej wynik. Tymczasem jednak stan podmiotowy chorego jest lepszy, jakość krwi lepsza, marskości wątroby i puchliny brzusznej niema — katastrofa ostateczna może na długo została odroczone.

Czy chory zawdzięcza to naszej terapii — operacji Talmy?

²⁾ Russkij Wracz z r. 1902 Nr. 8 9. 10.

Nie możemy tego twierdzić na pewno. Doświadczenie pod tym względem nie daje nam danych, na których oprzeć byśmy się mogli. O ile wnioskować mogę z dostępnej mi literatury, to z dwudziestu kilku opisanych przypadków cierpienia Banti'ego, tylko w trzech wykonana została operacja Talmy. Z tych, przypadek Tansini'ego ¹⁾ powinien być wykluczony, gdyż w przypadku tym oprócz operacji Talmy wykonano jednocześnie doszczętne wycięcie śledziony. W przypadku Murell'a ²⁾ poprawa chorego trwała bardzo krótko; znaczniejsza poprawa podobno nastąpiła tylko w przypadku Vossa ³⁾. Doszczętne zaś wycięcie śledziony dawało tego rodzaju wyniki, że autorzy w chwili ogłaszania swych prac—na przypadków 19 zmuszeni byli w 14-tu stwierdzić zgon operowanych. Wobec takich wyników, należałoby chyba zawsze doradzać wykonywanie operacji Talmy.

Czy operacja Talmy wstrzymała powstanie u naszego chorego marskości wątroby i zapobiegła powtórnemu rozwijaniu się puchliny brzusznej—również rozstrzygnąć nie możemy; co zaś do jej wpływu na rozwój puchliny brzusznej, to przypadek Senatora, gdzie u chorego przy stosowaniu li tylko środków wewnętrznych dość znaczna puchlina brzuszna znikła i po 8 miesiącach jeszcze nie powróciła, poucza nas, że ta operacja nie może być uważaną za jedyną przyczynę zniknięcia puchliny brzusznej w przebiegu choroby Banti'ego.



O nawykowem umiarkowanem spożywaniu napojów wyskokowych.

Podał Dr. **A. Tumpowski** (z Irkucka)

W końcu roku zeszłego znakomity biolog francuski, prof. Duclaux, dyrektor Instytutu Pasteur'a w Paryżu, wystąpił z artykułem zatytułowanym: „Czy alkohol jest środkiem odżywczym?“ ¹⁾ Zarówno dzięki stanowisku autora, jak i niespodziewanym jego

¹⁾ Berl. klin. Wochenschrift z 1902 r. № 37.

²⁾ Cytowane u Grudziewa—Russkij Wracz z r. 1902 № 8. 9. 10.

³⁾ Annales de l'institut Pasteur, 1902 № 11 str. 857. Duclaux, L'alcool est il un aliment?

wywodom, artykuł ten wywołał wielkie zainteresowanie. Przedstawia on właściwie streszczenie wyników badań nad działaniem alkoholu, wykonanych w Ameryce przez Atwatera i Benedicta z wielkim nakładem kosztów i niedoścignioną dotychczas ścisłością i precyzją. Doświadczenia te, wykonywane i dawniej przez wielu badaczy z tym samym lub sprzecznym wynikiem, doprowadziły amerykańskich badaczy do wniosku, iż zastąpienie tłuszczów lub węglowodanów pożywienia izodynamiczną ilością alkoholu nie wywołuje żadnych ujemnych skutków dla organizmu, zarówno odpoczywającego, jak i podczas pracy. Duclaux uważa je za materiał zupełnie wystarczający do obalenia poglądów współczesnych w tej sprawie, na ogół nieprzychylnie oceniających odżywczą wartość alkoholu.

Duclaux oświadcza się stanowczo za dodatniem odżywczem znaczeniem wysokości, stawiając go wyżej nawet od cukru. „Usez, n' abusez pas! Surtout ne raisonnez pas à la façon d'un skopzoï“ (używajcie, lecz nie nadużywajcie, a zwłaszcza nie rozumujcie według logiki kastratów!) kończy Duclaux swój artykuł, mając na myśli skrajne dążenia współczesnych antialkoholistów.

To oświadczenie znakomitego uczonego wywołało powódź protestów i dało powód paryskiej „Revue des Revues“ do urządzenia ankiety wśród uczonych paryskich, z których niemal wszyscy, a między nimi też Miecznikow i Roux, towarzysze Duclaux'a w Instytucie, stanęli na zupełnie przeciwnem stanowisku. Zwłaszcza z gorącą filipiką wystąpił przeciwko niemu Laborde.²⁾ W patetycznej przemowie zarzucił on Duclaux'owi, iż pod przykrywką i pretekstem wymienionych doświadczeń nie zawahał się on lekkomyślnie użyć swej ogromnej powagi, aby wystąpić przeciwko ogólnemu dążeniu do walki z alkoholizmem jako klęską społeczną i stanąć po stronie ludzi, zainteresowanych w opajaniu społeczeństw. Sama sprawa odżywczego wpływu alkoholu jest według L. zagadnieniem czysto naukowem, podlegającym jedynie sądowi fizyologii, nienadającym się do pośpiesznych uogólnień.

Spory, które streściłem, wskazują dostatecznie, w jakim stopniu ta sprawa roznamiętnia świat uczonych, oraz jak na każdym kroku w tej dziedzinie ścierają się teoria z praktyką, wyniki badań naukowych między sobą oraz z obserwacją na gruncie praktyki życiowej. Jest to sprawa, rzeczywiście, ogromnej wagi i nader skomplikowana, posiadające dwa odmienne oblicza janusowe: jedno, budzące grozę i przestach, w postaci alkoholizmu społecznego, jednej z najgorszych bolączek współczesnego życia; drugie—wesołe i uśmiechnięte, przedstawiające źródło rozkoszy, które ludzkość czerpie z alkoholu. Jedni, wpatrzeni w pierwsze, nie dostrzegają wcale drugiego, inni zaś sądzą, iż możliwe jest zdobycie takiego punktu widzenia, z którego ujrzymy jedynie błogo uśmie-

²⁾ Bulletin de l'académie de médecine. 1903 № 5 str. 127.

chniętą twarz i rozjaśnione rysy, a unikniemy widoku twarzy obrzękłej o rysach skrzywionych przetrachem i drganiem konwulsyjnym.

Sądzę, iż ze względu na ważność tej sprawy warto się nad nią zastanowić, co jest właśnie celem uwag niniejszych. ³⁾

Zdawać by się mogło iż wobec ogólnego rozpowszechnienia napojów wysokokowych pole do obserwacji i badania ich wpływu na organizm ludzki jest ogromne i łatwo dostępne. Najogólniejsza choćby znajomość odnośnej literatury wskazuje jednak, iż dalecy jesteśmy od poznania tej sprawy. Pomimo wielkiej ilości prac doświadczalnych, sprawie tej poświęconych, przedstawia ona duże luki i liczne punkty sporne.

Do takich punktów spornych należy przedewszystkiem pytanie o wpływ t. zw. umiarkowanego spożywania alkoholu na zdrowie i życie ludzkie. ⁴⁾ Rozstrzygnięcie tej kwestyi w sensie ujemnym lub dodatnim wytwarza zarazem dwa odmienne programy walki z alkoholizmem, z których jeden wymaga zupełnego wstrzymania się od spożycia wyskoku, drugi zaś — jedynie unikania nadużyć. Radykalne różnice zdań w tej sprawie napotykaemy nietylko w programach obecnego ruchu antialkoholicznego, ale i wśród głosów naukowych badaczy. Jedni, jak np. Bunge, Kraepelin, Dogiel, Flaum wypowiadają się za szkodliwość t. zw. umiarkowania nietylko jako stopnia przejściowego, prowadzącego do nadużyć, ale też jako szkodliwego samego przez się i wywołującego z czasem te zmiany, które zwykle przypisujemy excessibus in Baccho. Oto np. słowa Kraepelina: „prawidłowe spożywanie umiarkowanych ilości alkoholu nie jest bynajmniej obojętnem dla organizmu; przeciwnie, zawsze gdy nowa dawka alkoholu zostaje przyjętą zanim znikło zupełnie dość długotrwałe działanie dawki poprzedzającej, z zadziwiającą szybkością powstają wszystkie zaburzenia, które zwykle określamy nazwą alkoholizmu przewlekłego. ⁵⁾ Notomiast inni, jak nam już wskazał artykuł prof. Duclaux, nie podzielają tego zdania. Prof. Pelman np. mówi: „nie widzę żadnego grzechu w umiarkowanym spożywaniu napojów wysko-

³⁾ Dodać należy, iż Duclaux nie po raz pierwszy wypowiada pogląd o nieszkodliwości umiarkowanego spożywania wyskoku. W Sem. médicale za r. 1898 № 6 znajdujemy referat z prac komisji rządowej w sprawie monopolu we Francji. Ta komisja, pod przewodnictwem Duclaux, również wypowiada zdanie, iż „l'usage modéré de l'alcool est sans inconvénient.“

⁴⁾ Dla uniknięcia nieporozumień nadmieniam, iż mam tu wyłącznie na myśli n a w y k o w e, codzienne spożywanie spirytualiów, a nie przypadkowe. sporadyczne korzystanie z nich.

⁵⁾ Psycholog. stud. Bd. IV Heft 3. Cytowane według książki „Hoppe: Die Thatsachen über Alkohol.“ Berlin. 1901 str. 66. Patrz również referat w piśmie Der Alkoholismus 1901 Heft 1 str. 94.

kowych i nie uznają ani potrzeby, ani pożytku zupełnej wstrzeżności, która jest celem niemożliwym do osiągnięcia.“⁶⁾

Jakkolwiek nieco ostrożniej, ale w gruncie rzeczy to samo zdanie, wypowiada Jacquet w pracy swej nagrodzonej przez towarzystwo lekarskie w Bernie. „Jak na teraz przynajmniej, trudno jest dowieść, żeby używanie małych dawek alkoholu i przytem niezbyt częste, miało pociągać za sobą złe skutki.“⁷⁾ „Alkohol, będąc użytym we właściwej ilości, nie wywiera na organizm wyraźnego szkodliwego wpływu.“⁸⁾ Na pozór może prosta, sprawa ta jest jednak w rzeczywistości nader zawikłaną i trudną do rozstrzygnięcia. Trudności rozpoczynają się od pierwszego zaraz momentu rozbioru, polegającego na ścisłym określeniu różnicy między umiarkowaniem a nadużyciem.

Z ogólnego, czysto logicznego punktu widzenia, dość łatwo wprawdzie określić różnicę między jednym a drugim. Mówimy o umiarkowanym spożywaniu napojów wysokowych wtedy, gdy wywołuje ono tylko zmiany przelotne, szybko wyrównujące się, niepozostawia po sobie żadnych stałych zaburzeń w czynnościach i budowie ustroju; gdy natomiast pozostają po niem stałe, choćby nieznaczne zboczenia, mówimy o nadużyciach. Jeżeli jednak zechcemy tę definicyę przenieść na język praktyki życiowej, przekonamy się, iż zyskaliśmy tylko ogólnik czysto teoretyczny. Próby ilościowego określenia tych idealnych, nieszkodliwych, umiarkowanych dawek (a takie jedynie określenie może dać konkretną życiową treść powyższej definicyi naukowej) nie dały dotychczas żadnych wyników. Wahają się one w granicach nader rozciągliwych, od 15—20 grm. dziennie (Kraepelin) do 30—40 (Ziehen) a nawet 50—60 grm. według Jacquet'a, co zresztą łatwo pojąć, przyjąwszy pod uwagę zależność działania alkoholu od nader licznych i zmiennych warunków indywidualnych, jak płeć, wiek, odżywianie, przyzwyczajenie, rodzaj napoju, sposób spożycia i w. in. Autorzy przytem zaopatrują swe normy w zastrzeżenia, które już same przez się usuwają wszelką możliwość zastosowania ich w życiu praktycznym; tak np. Kraepelin wskazuje, iż działanie małych dawek alkoholu trwa dłużej niż 24 godzin, stanowiących w zwykłych warunkach nałogowego picia maksymalny kres między oddzielnymi dawkami. W gruncie rzeczy nasze pojęcie o umiarkowanym spożywaniu wysokoku w znaczeniu spożycia nieszkodliwego dla zdrowia, jest wytworem czystego empiryzmu życiowego, liczącego się głównie ze znaczeniem alkoholu, jako używki, środka euforycznego. Nie da się ono też nagiąć do najściślejszych choćby, lecz niezgodnych z niem wywodów naukowych,

⁶⁾ Pelman.—Über die Nothw. d. Gründung v. Trinkerheilanst. Der Alkoholismus R. 1901 Heft 1 str. 4.

⁷⁾ Jacquet. Stanowisko lekarza wobec kwestyi alkoholizmu. Str. 24. Odczyty klin. serya IX, zeszyt IV.

⁸⁾ Ibidem str. 26.

w których główną rolę odgrywa jadowity charakter wysokoku. Skoro osobnik, spożywający codziennie pewną porcję napojów wysokokowych, na nic się nie uskarża, czuje się zdrowym, nie upija się, nie traci zdolności do pracy — jest on we własnych oczach i w oczach otoczenia umiarkowanym, bez względu na ilość wypijanego przezeń wysokoku. Pojmowanie takie wprawdzie nie ma w sobie nic ścisłego i znacznie odbiega od podanej już definicyi ogólnej, zbadanie takich osobników często bez wątpienia wykryłoby w nich zmiany chorobowe, jakkolwiek zaprzeczyć też chyba nie można, że i po najskrupulatniejszym badaniu znaleźlibyśmy między nimi wielu, których musimy uważać za zupełnie zdrowych. Pomimo tej nieścisłości wystarcza ono najzupełniej dla naszych celów, polegających nie na wykryciu jakiejś idealnej normy umiarkowania, a jedynie na wyjaśnieniu sobie wpływu tego nałogowego i zarazem umiarkowanego spożywania spirytualiów, z jakim się spotykamy w życiu codziennem ogromnej ilości ludzi. Badania fizyologo-anatomiczne z wielką trudnością przenikają do tej czysto praktycznej dziedziny.

Po większej części są one wykonywane na zwierzętach, dla których alkohol jest ciałem najzupełniej obcem, we wszelkiej dozie mocno jadowitem; więc wyłączone jest tu działanie czynnika bardzo wprawdzie nieokreślonego, lecz niezmiernie ważnego, jakim jest przyzwyczajenie. Z tego samego względu z wielką tylko ostrożnością możemy zastosować do warunków życia codziennego wyniki doświadczeń laboratoryjnych na ludziach: doświadczenie trwać może tylko ograniczony czas, co utrudnia porównywanie jego wyników z zwykłym spożywaniem alkoholu, trwającym życie całe. Wreszcie, w spostrzeżeniach klinicznych rzadko możemy odróżnić, czy dany osobnik był umiarkowanym spożywcą trunków, czy też nadużywał ich, a więc nie możemy też rozstrzygnąć, czy dane zmiany chorobowe powstają na tle umiarkowanego spożywania, czy też nadużycia, i jeśli częściej mówimy w tych wypadkach o nadużyciu, to jedynie mając na myśli skutki, a nie ilość wypijanego alkoholu. To też posiadamy bardzo niewiele badań ścisłych, dających bezpośrednią odpowiedź na zajmujące nas tutaj pytanie i przeprowadzonych nad ludźmi niewątpliwie umiarkowanymi i z zastosowaniem umiarkowanych ilości alkoholu. Nie mam tu zamiaru ich streszczać, ale zdaje mi się, iż wymienniejszy nazwiska Gluźńskiego, Mertensa, Smith'a a zwłaszcza nader cenne prace psychofizyologiczne Kraepelin'a i jego uczniów, wyczerpiemy cały odnośny materyał, wartościowy wprawdzie, ale bynajmniej nie rozstrzygający sprawy i pozostawiający duże pole do sporów i nieporozumień. W rezultacie, zarówno klinika, jak i laboratorium upowazniają nas tylko do skromnego wniosku, iż nawet t. zw. umiarkowane lecz nawykowe spożywanie alkoholu może wprawdzie wywołać ujemne skutki dla organizmu, poczynając od najłżejszych, a kończąc (przy sprzyjających okolicznościach ze strony dziedziczności, odżywiania i t. d.) na najcięższych, nie wykazują jednak bynajmniej, iż stałe ani też jak cze-

st o wogóle ono do nich prowadzi; czy organizm nasz z biegiem czasu nienabywa przyzwyczajenia i zdolności do neutralizowania ujemnych działań alkoholu? Nic dziwnego też, iż zarówno szeroki ogół zapatruje się na umiarkowane picie, jako na nałóg nieszkodliwy i przyjemny, jak też, że większość lekarzy wobec chwiejności i sporności wyników badań naukowych nie uważa za niezbędną walkę z tym nałogiem przy umiarkowanym jego rozwoju. Sam jednak już praktyczny charakter tego zagadnienia nakazuje nieograniczać się danymi, czerpanymi wyłącznie z dziedziny nauk biologicznych. Sprawa alkoholizmu ma wszak swą stronę społeczno-moralną, narówni ze sprawą gruźlicy i chorób wenerycznych. Właściwie z równem uprawnieniem, jak mówimy o dziedzinach pogranicznych (Grenzgebieten) między medycyną wewnętrzną a chirurgią, moglibyśmy sprawy wymienione określić, jako należące do dziedziny pogranicznej między nauką lekarską a wiedzą społeczną. Różnica w obu wypadkach na tem polega, iż dokładna ocena spraw pierwszej kategorii wymaga współpracownictwa lekarzy różnych specjalności, do wyjaśnienia zaś spraw drugiej kategorii niezbędne są wspólne usiłowania przedstawicieli nauk lekarskich i nauk społecznych. Interesujący się sprawą alkoholizmu jurysta, sojolog, ekonomista, chcąc wyrobić sobie wszechstronne o niej pojęcie, musi się zaznajomić z wynikami badań lekarskich i odwrotnie — lekarz nie może pominąć związanych z alkoholizmem zagadnień społecznych. Obraz alkoholizmu w całej jego doniosłości i z wystarczającą plastycznością otrzymujemy dopiero wtedy, gdy jego stronę biologiczną uzupełnimy właściwymi mu rysami społecznymi. To samo odnosi się — *mutatis mutandis* — do poszczególnych punktów tego problematu biologiczno-socjalnego, a więc i do zajmującej nas sprawy umiarkowanego spożywania alkoholu. Dane anatomo-fizjologiczne i kliniczne nie są wystarczające do jej rozstrzygnięcia, zwrócimy się zatem obecnie do danych innego rodzaju, które może przyczynią się do dokładniejszego jej oświetlenia.

Należą tu przede wszystkim dane, otrzymane drogą systematycznej obserwacji mas ludzkich i doświadczeń nad niemi, w których do pewnego stopnia wykluczony jest wpływ zmiennych warunków indywidualnych. Mam tu na myśli liczne spostrzeżenia, poczynione nad żołnierzami. W skład pożywienia żołnierzy wchodziła dawniej stała porcja wódki, rumu i t. p., jako środek, uważany za spożywczy, podniecający, zwiększający wytrzymałość żołnierzy, ich zdolność do przetrwania nadmiernych wysiłków. Dawane żołnierzom ilości alkoholu były umiarkowane w tem praktycznym znaczeniu tego terminu, którego się tu trzymamy, t. j. nie wywoływały one upicia się, ani też widocznego zmniejszenia sprawności. Otóż doświadczenie, osiągnięte podczas wojen ubiegłego stulecia, doprowadziło do wniosku, że i te umiarkowane ilości alkoholu przy dokładniejszej obserwacji wywoływanych przez nie skutków, potwierdzonej licznymi *ad hoc* eksperymentami masowymi, nie są bynajmniej ani obojętne, ani nieszkodliwe. Nie tylko

nie osiąga się za ich pośrednictwem celu zamierzonego, lecz—przeciwnie: wywołują one zmniejszenie sprawności żołnierzy i wzrost wśród nich chorobowości. Spostrzegli to pierwsi anglicy, w armii których znajduje się spora ilość t. zw. teetotallers, nie używających żadnych trunków wysokokowych. Bez względu na niepomyślne warunki klimatu i miejscowości sanitarny stan wojsk był znacznie lepszy, gdy przypadkowo pozostawały one bez alkoholu lub były go pozbawione w celu doświadczenia. Pierwszy wypadek miał miejsce podczas wojny anglików z aszantiami. Uderzony pomyslnym wyhikiem wyczerpania zapasów rumu na zdrowotność wojska i chcąc się przekonać o prawdziwości tego spostrzeżenia, poczynił głównodowodzący jen. Wolseley kilkakrotnie odpowiednie doświadczenia, które zawsze dawały jednakowy wynik. Takie same doświadczenia wykonano w Bawaryi: z trzech oddziałów wojska, przyjmujących udział w manewrach, dwa otrzymywały alkohol, trzeci zaś został go pozbawiony; wynikiem tego było, iż w pierwszych dwóch oddziałach 22 ludzi okazało się niezdolnymi do marszu, a w trzecim—jeden tylko z żołnierzy.

Nie mogę przytaczać wszystkich faktów, przekonywujących; odsyłam czytelnika po szczegóły do prac specjalnych.⁹⁾ Tutaj dodam, iż zgodnie z tem doświadczeniem rządu wszystkich państw cywilizowanych wyłączyły alkohol z pożywienia żołnierzy. Napoje wysokowe zostały wykluczone z pożywienia żołnierzy nie tylko podczas pokoju, ale z większym jeszcze rygiorem usuwano je z zapasów żywnościowych podczas niektórych wypraw wojennych ostatnich czasów, np. wojny sudańskiej i madagaskarskiej.

Drużyna faktów, na które pozwolę sobie zwrócić tu uwagę, wzięta jest z doświadczenia podróżników po krajach podzwrotnikowych i po oceanie lodowatym. Zarówno pierwsi (Livingstone, Emin-pasza, dr. Kolb,¹⁰⁾ i inni), jak i ostatni (Ross, Peyer, Nansen i t. d.) wypowiadają zgodnie zdanie o szkodliwym działaniu alkoholu (rozumie się, iż i tutaj może być mowa tylko o umiarkowanym picu w ogólnie przyjętem znaczeniu tego wyrazu) na zdolność do pracy i zdrowotność załogi. Peyer, który pierwszy odważył się wypłynąć na ocean lodowaty z załogą, składającą się z południowców dalmatyńców, znalazł, iż znosiła ona daleko lepiej trudy podróżne i mniej ulegała chorobom, niż wytrawni skandynawczy „wilecy morscy“ i przyczynę tego upatruje w ich absolutnej wstrzemięźliwości. Również Nansen (jak wiadomo lekarz z wykształcenia) podczas swej wyprawy do bieguna północnego, a za jego przykładem i Gerlach, kierujący ekspedycją do bieguna południowego, nie wzięli ze sobą napojów wysokokowych. Dodam jeszcze, iż niedawno miałem sposobność do rozmowy z lejtenantem marynarki Kołczakiem, udającym się na czele wypra-

⁹⁾ Dr. Matthaci. Die Erhöb d. Kriegstüchtigk. eines Heeres d. Enthaltensam v. Alkohol. Der Alkoholismus, 1900 Heft 2).

¹⁰⁾ „Dla europejczyka pod zwrotnikami—mówi dr. Kolb—wódka, wino i piwo są zgubniejsze od wszelkich plazmody i bakteryi.“

wy na ocean lodowaty w celu odszukania znanego podróżnika barona Tola. W rozmowie potwierdził on, iż zarówno załoga barona Tola, jak i on obecnie, obywateli się zupełnie bez napojów wysokowych których niewielkie tylko ilości bardzo rzadko spożywano dla rozrywki podczas świąt uroczystych, np. w dniu nowego roku.¹¹⁾

Niebrak też przekonywających dowodów o szkodliwości umiarkowanego spożywania alkoholu i w warunkach zwykłej pracy rzemieślniczej i robotniczej. Nie będę tu powtarzał starych już doświadczeń znanego higienisty angielskiego Parkes'a, a wskażę tylko na nowsze prace Aschaffenburga i Fränkel'a dowodzące, iż już po małych ilościach alkoholu zwiększa się ilość pomyłek, popełnianych przez osoby, piszące na maszynie. Stwierdzają to i praktycy inżynierzy; np. znany angielski inżynier Brassey opowiada, iż oddział robotników wstrzemięźliwych w krótszym czasie wykonywa znacznie większą pracę, niż robotnicy pijący. W wyższym jeszcze stopniu daje się to zastosować do pracy, wymagającej przytomności i napięcia sił umysłowych, np. do sportu lub służby kolejowej. Strzelcy szwajcarscy już na kilka tygodni przed igrzyskami narodowymi wyrzekają się zupełnie alkoholu. W wielu angielskich i amerykańskich zakładach przemysłowych i przedsiębiorstwach kolejowych wymagana jest od robotników zupełna wstrzemięźliwość.

Nader wymownie, wreszcie, ilustrują działanie umiarkowanego spożywania alkoholu liczby, wzięte ze statystyki niektórych angielskich towarzystw ubezpieczeniowych, posiadających specjalne oddziały dla pijących i niepijących. Pozwolę sobie przytoczyć tutaj jedną z tych tablic,¹²⁾ wyjętą ze sprawozdania United Kingdom Temperance and General Provident Association:

R O K	Oddział dla wstrzemięźliwych		Oddział ogólny	
	Oczekiwano wypadków śmierci	Nastąpiło w rzeczywistości	Oczekiwano wypadków śmierci	Nastąpiło w rzeczywistości
1866—70 .	549 .	411=74,8% .	1008 .	944= 93,0% .
1871—75 .	723 .	511=70,1 „ .	1268 .	1330=104,9 „ .
1876—80 .	933 .	651=69,6 „ .	1485 .	1480= 99,6 „ .
1881—85 .	1179 .	835=70,8 „ .	1670 .	1530= 91,6 „ .
1886—90 .	1472 .	1015=68,9 „ .	1846 .	1750= 94,8 „ .
1891—95 .	1686 .	1203=70,1 „ .	1958 .	1953= 99,7 „ .
1895—99 .	1506 .	1908=79,9 „ .	1634 .	1482= 90,1 „ .
1866—99	8048 .	5124=71,1 „ .	10864 .	10469= 96,3 „ .

¹¹⁾ Szczegóły przytoczone są w wymienionej książce Hoppe'go, str. 81—87.

¹²⁾ Hoppe—loc. cit. str. 352.

Dane te, za przeszło 30 lat, dowodzą iż ubezpieczeni abstynenci umierają w ilości o 25% mniejszej, niż pijący. Interes własny tych towarzystw ręczy, iż dane statystyczne, służące za podstawę ich działalności, są o tyle ściśle, o ile jest to wogóle możliwe do osiągnięcia. Że towarzystwa same nadają im wartość rzeczywistą i kierują się niemi, dowodzi ta okoliczność, iż towarzystwa angielskie, a za ich przykładem i niektóre lądowe, wyznaczają dla wstrzemięźliwych o 10—15% niższą składkę ubezpieczeniową, niż dla pijących. A i ci ostatni, bezwątpienia, w zasadzie i w ogromnej większości składają się z t. zw. umiarkowanych ludzi, a nie pijaków. Poreką może tutaj służyć zarówno czujność agentów zarządów, jak i ekspertyza lekarska. Jacquet liczbom tym odmawia wartości, gdyż wśród umiarkowanych istnieje zdaniem jego mnóstwo ludzi, pijących szkodliwe ilości alkoholu, ale wskazywałem już dlaczego trudno przypuścić, aby byli wśród nich zdeklarowani opoje.

Musimy się zgodzić, iż ogół tych ubezpieczonych nie przedstawia zmian, stanowiących przeszkodę do ubezpieczenia ich, i należy do umiarkowanie pijących w ogólnem znaczeniu tego wyrazu, bez względu na ilość konsumowanych przez nich trunków, a nam właśnie idzie o wyjaśnienie sobie wpływu tego zwykłego pojmowania umiarkowania¹³⁾. Jak znacznie wpływa to ostatnie nawet na naukowe określenie dozy umiarkowanej dowodzi choćby norma niby nieszkodliwa, wskazywana przez Jacquet'a: wynosi ona 50—60 grm. alkoholu czyli 5—6 kieliszków 40%-ej wódki lub tyleż szklanek 40% piwa, co odpowiada może przyzwyczajeniom szwajcarskim, ale w naszych warunkach przekracza chyba zwykłą dawkę ludzi umiarkowanie pijących.

Zatrzymując się nieco dłużej nad temi wstrzyskami danemi, zaczerpniętymi z obserwacyi w zwykłych warunkach życiowych, uczyniłem to dla tego, iż ilustrują one całokształt działania alkoholu, wskazują na ostateczny jego rezultat, co trudniej jest osiągnąć za pomocą eksperymentu, z konieczności ograniczającego się tylko na jednej z wielu stron badanego zjawiska. Dane te wskazują nam, iż w ostatecznym swym wyniku: w działaniu na zdolność do pracy i na śmiertelność, umiarkowane nałogowe spożywanie napojów wysokowych, jakie jest praktykowane przez ogół ludzi, jest również nadużyciem. Jakkolwiek nie często może sprowadza ono tak jaskrawe następstwa, jak te, które są następstwem nadużyć w tym względzie z ich fizycznymi i moralnymi konsekwencyami, tem niemniej wywołuje ono jednak osłabienie zdolności do pracy, przedwczesne zużycie się, i starzenie organizmu. Ten pogląd powinien, zdaje się być punktem wytycznym w walce z alkoholizmem, która stanowi obecnie jedno z najważniejszych i najtrudniejszych zadań stanu le-

¹³⁾ Patrz jeszcze w tej kwestyi artykuły: Emminghaus'a w d. „Alkoholismus“, 1900 № 1 i 4, oraz Hoppe'go—ibidem № 3.

karskiego. Nie ilościowe nadużycia alkoholowe, ale wszelkie nalogowe spożywanie spirytualiów jest przedmiotem tej walki, a cel jej stanowi nie zapanowanie umiarkowania, lecz odjęcie napojom alkoholowym charakteru środka codziennego spożycia i wyznaczenia im skromniejszej roli w życiu jednostki i społeczeństwa.

Pytanie, czy i w jakim stopniu cel ten możliwy jest do osiągnięcia oraz jakimi środkami dążyć doń należy, wychodzi już poza obręb mych uwag.



Towarzystwa Lekarskie.

Towarzystwo Lekarskie Częstochowskie.

Posiedzenie w d. 21 Marca 1903 r.

Obecnych na posiedzeniu 26 członków.

I) Kol. Marczewski przedstawił dziecko z rozpoznaniem glioma retinae oculi sinistri. Choroba rozpoczęła się we Wrześniu 1902 r.; od kilku miesięcy duży guz, wielkości jabłka, wystający nazewnątrz. Początkowo kol. M. sądził, że ma do czynienia z mięsakiem. Dopiero badanie drobnowidzowe płynu, wyciągniętego strzykawką Pravaz'a, wyjaśniło charakter guza. Wobec olbrzymich rozmiarów nowotworu, szybkiego wzrostu, wielkiego prawdopodobieństwa nawrotu, kol. M. zaniechał operacji wyłuszczenia gałki ocznej.

II) Kol. Czajkowski z Sosnowca dokończył rzecz „O statycznych i mechanicznych zasadach oceny uszkodzeń kośćca.“ Będzie ogłoszone drukiem.

Posiedzenie w d. 14 Kwietnia 1903 r.

Obecnych na posiedzeniu 18 członków.

I) Kol. Biegański odczytał statystykę chorób zakaźnych. W ciągu ostatnich trzech tygodni zanotowano: 20 przypadków tyfusu brzuszego, 1—tyfusu wysypkowego, 4—ospy, 4—szkarlatyny, 1—odry, 13—koklusu, 4—błonicy, 7—krupu, 13—zapalenia płuc włóknikowego, 4—róży, 1—gorączki połogowej, 3—gośćca stawowego, 34—gruźlicy.

II) Kol. Nowak wypowiedział pierwszą część obszernej pracy „O łożysku przodującym w świetle najnowszych badań i poglądów.“ Dane etyologiczne prelegent poprzedził ogólnymi uwagami o powstawaniu łożyska u człowieka i zwierząt ze

stanowiska teorii ewolucji i idei doboru. U człowieka jajo usadawia się najczęściej na przedniej lub tylnej ścianie macicy, jako najkorzystniejszych dla rozwoju pod względem odżywczym i topograficznym, tworząc łożysko tarczowe ze środkiem przyczepieniem się pępowiny i promieniowatym rozgałęzieniem naczyń. Niskie usadowienie się jaja jest następstwem oddziaływania kilku czynników. Przedewszystkiem ma tu znaczenie miejsce zapłodnienia, szybkość wędrówki jaja już zapłodnionego, wielkość przestrzeni, jaką ono ma odbyć przed ostatecznym usadowieniem się na błonie śluzowej. Nadto w pewnych warunkach dolny odcinek macicy przedstawiać może korzystniejsze warunki dla rozwoju jaja, aniżeli przednia lub tylna ściana macicy. W tym kierunku oddziaływać mogą liczne czynniki chorobotwórcze, sprawdzające zmiany błony śluzowej i zmniejszające jej wartość odżywczą (częste porody, poronienia, ręczne oddzielanie łożyska, poprzednie przodowanie łożyska, wady rozwojowe macicy). Zdarzyć się może, że najwięcej szans do rozwoju posiadają te jaja, które usadowiły się w dolnym odcinku macicy. Dalszy rozwój tkanek jaja należy również tłumaczyć ze stanowiska idei doboru. Bujanie kosmków nie odbywa się równomiernie, lecz w kierunku najpomyślniejszym dla ich rozwoju, jest to t. zw. trophotropismus. Okoliczność ta tłumaczy powstawanie wielu zbroceń w kształcie łożyska, w miejscu przyczepienia się pępowiny i rozgałęzieniu naczyń, zbroceń, spotykanych często przy łożysku przodującym i świadczących wogóle o niekorzystnych warunkach rozwoju jaja.

W dyskusji kol. Biegański zaznacza, że niektóre fakty przeczą podkreślonemu przez kol. N. biernemu zachowaniu się błony śluzowej macicy przy usadawianiu się jaja. Przy ciąży zamicznej powstaje w macicy szereg zmian, dowodzących, że czynny udział w tej sprawie przyjmuje nie tylko jajo, lecz i błona śluzowa macicy. Powtore, według Wydra, zapłodnienie następuje nie na całej przestrzeni od jajnika do pochwy, jak to powiedział kol. N., lecz w jamie macicy.

Kol. Pietrasiewicz uważa za nieściśle porównanie jaja z pasorzytem. Dowodów złośliwości jaja nie mamy. Nadto kol. P. sądzi, że łożysko nie jest jedynie właściwością ssących zwierząt. Prototypu łożyska szukać należy na niższych szczeblach rozwoju, między innymi u ptaków (allantois-omoczni). Wreszcie kol. P. zapytuje, na jakiej podstawie odróżnić można łożysko przodujące pierwotnego i wtórnego pochodzenia.

Zdaniem kol. Pasierbińskiego niesłusznie został pominięty wpływ czynników mechanicznych w etyologii łożyska przodującego.

Kol. Wasilewski nie zgadza się z mówcą, żeby częste porody miały sprawzać zanik błony śluzowej. Niezbyt przewlekły jest raczej sprawą przerostową.

W odpowiedzi kol. Biegańskiemu zaznacza kol. Nowak, że doczesna (decidua) zaczyna tworzyć się stopniowo; już po usadowieniu się jaja. U wielu zwierząt ssących niema zupełnie doczesny. Szereg zmian, występujących w macicy przy ciąży trąbkowej, uważać należy, jako sprawę bierną, będącą odczynem na niezwykłą podniecie. Według nowszych poglądów Burchhardt'a Sobotty, Strassman'a, Bischoff'a zapłodnienie nastąpić może na całej przestrzeni od jajnika do pochwy.

Kol. Pietrasiewiczowi odpowiada kol. N., że do zastosowania względem tkanek jaja wyrazu „złośliwy” upoważnia tworzenie się na kosmkach w pierwszych miesiącach ciąży warstwy nabłonkowej, t. zw. syncytium. Warstwa ta tworzy ogromną ilość wyrostków, posiadających szczególną zdolność otwierania naczyń macicy, nie wywołując przytem krzepnięcia krwi. W pewnych przypadkach z warstwy tej powstają nabłoniaki kosmówki po zupełnie prawidłowym porodzie i nabłoniaki w pochwie. W sprawie łożyska u ptaków, kol. N. zaznacza, że omocznią odgrywa u nich rolę narządu oddechowego. Zadanie łożyska, występującego poraz pierwszy u ssących żyworodnych jest zupełnie inne. Odróżnić łożysko przodujące

pierwotnego i wtórnego pochodzenia można na podstawie miejsca przyczepienia się pępowiny i przebiegu naczyń.

W odpowiedzi kol. Wasilewskiemu kol. N. nadmieniam, że miał na względzie zanik błony śluzowej, ograniczony do miejsca przyczepienia łożyska, nie zaś zanik na całej przestrzeni tylnej i przedniej ściany macicy.

Wbrew twierdzeniu kol. Pasierbińskiego teoria mechaniczna została w krótkości omówiona w odczycie.

III) Kol. Pietrasiewicz odczytał „Sprawozdanie z działalności przytułku położniczego w Częstochowie w 1902 r.“. Będzie druk. w „Medycynie.“

IV) Kol. Marczewski odczytał „Sprawozdanie z czterech oddziałów ocznych ruchomych.“ Druk. w „Czasopiśmie lek.“ Str. 189.

Posiedzenie w dniu 18 Kwietnia 1902 r.

Obecnych 20 członków.

I) Postanowiono przesłać podziękowanie D-rowskiemu z Sosnowca za ofiarowane Towarzystwu dzieła i roczniki czasopism lekarskich.

II) Kol. Biegański odczytał statystykę chorób zakaźnych. W ciągu 2-tygodni zanotowano: 8 przypadków tyfusu brzuszego, 21—zapalenia płuc włóknikowego, 1—ospę, 2—szkarlatynę, 1—odry, 6—kokluszu, 2—błonicę, 1—różę, 1—zapalenie opon mózgowych, 15—gruźlicę.

III) Sekretarz odczytał nadesłaną przez kol. Wasserthala z Karlsbadu pracę p. t. „Kilka słów o rozpoznawaniu i leczeniu achylia gastrica.“ W r. 1892 Einhorn pod nazwą achylia gastrica opisał sprawę chorobową żołądka, powstającą z przyczyn niewiadomych i polegającą na zaniku wydzielania kwasu solnego i zączynów. W jednych przypadkach zanikowi funkcji żołądka towarzyszą lekkie objawy dyspeptyczne, w innych—ciężkie zaburzenia żołądkowo-kiszkowe, są jednak przypadki, gdzie osobnik, dotknięty tem cierpieniem, czuje się zupełnie zdrowym. Fakt ten wytłómaczyć można po bliższem zaznajomieniu się z fizjologią trawienia. Funkcja żołądka ujawnia swe działanie w 2-ku kierunkach: I) w kierunku fizykalnym, rozwadniającym i II) w kierunku chemicznym. Pod względem własności rozwadniających funkcja żołądka przy achylia gastrica nie ulega zmianie. Co do własności chemicznych soku żołądkowego, wypada przedewszystkiem zaznaczyć antyseptyczne działanie kwasu solnego. Atoli nowsze spostrzeżenia wykazały, że nawet po wycięciu żołądka i chwilowem wzmożeniu się spraw fermentacyjnych następuje przystosowanie się ustroju, że w pewnych przypadkach sok trzustkowy ujawnić może działanie bakterycydzkie. Funkcję trawienną żołądka, polegającą na rozszczepianiu białka, tłuszczów i działaniu amylolitycznym, przyjmują na siebie kiszki, które posiadają w wysokim stopniu rozwiniętą zdolność przystosowywania się do pokarmów. Ta okoliczność tłómaczy, dla czego osobnik, dotknięty achylia, może cieszyć się zupełnem zdrowiem. Koniecznym jednak warunkiem jest zachowanie sprawności ruchowej żołądka i dobry stan kiszki. O ile jeden z

tych czynników jest upośledzony, achylia staje się chorobą b. ciężką. Etiologia cierpienia niewyjaśniona należyście. Prawdopodobnie najważniejsze znaczenie posiada usposobienie neuropatyczne. Błona śluzowa zdrowa lub anatomicznie mało zmieniona. Hemmeter spostrzegł zwężenie art. mesentericae. Rozpoznanie winno być uskuteczniane na podstawie badania treści żołądkowej. O upośledzonej czynności wydzielniczej świadczyć może odnajdywanie w kale dużych ilości tkanki łącznej. Leczenie dyetytyczne.

Kol. Bięgański zaznacza, że zanik wydzielania przy braku zmian anatomicznych można w pewnym stopniu wytłumaczyć ze stanowiska teorii Pawłowa. Według tego autora, wydzielanie jest następstwem podrażnienia zwojów nerwowych, umiejscowionych w ścianach żołądka. Zwoje te są połączone z ośrodkowym układem nerwowym za pośrednictwem nerwów hamujących i pobudzających, które przebiegają w nerwie sympatycznym i błędnym. Achylia może być zbroczeniem czynnościowym wskutek zahamowania funkcji wydzielniczej. Dalej, kol. B. przypomina przypadek Schmollera, w którym chora po wycięciu całego żołądka czuła się dobrze i nawet przytyła.

Kol. Puterman zwraca uwagę, że przyswajanie substancji azotowych przy achylia ulega upośledzeniu.

Kol. Pisarzewski mówi o mechanicznej funkcji żołądka, polegającej na rozdrabnianiu, rozcieraniu pokarmów.

IV) Kol. Witkowski z Krzepic mówił o 4 przypadkach gorączki pologowej, lezonej surowicą przeciwpaciorkowcową. Jeden przypadek zakończył się śmiercią, trzy chore wyzdrowiały. W pierwszym przypadku wstrzyknięto 20 ctm., w pozostałych po 50 ctm. Surowica zawsze obniżała ciepłotę. Wobec niewielkiego doświadczenia, kol. W. powstrzymuje się od wniosków o wartości leczniczej surowicy Marmocka i proponuje wypowiedzenie się w tej kwestyi kolegom, mającym więcej doświadczenia.

Kol. Pasierbiński w przeciągu 7 lat spostrzegł około 20 przypadków gorączki pologowej, lezonej surowicą. W trzech przypadkach notował b. skrzętnie przebieg ciepłoty i przyszedł do wniosku, że surowica ma przedewszystkiem znaczenie środka, obniżającego na pewien czas ciepłotę. Kol. P. jest zdania, że lekarze stosują surowicę w zbyt małych ilościach. Naddo surowica jest środkiem b. droгим, niedostępnym dla ludzi mniej zamożnych. Leczenie surowicą winno iść w parze z leczeniem miejscowem.

Kol. Zieleniowski spostrzegł 10 przypadków, leczonych surowicą. W jednym w przeciągu 6 tygodni zużyto 20 flakonów, chora zmarła. Wahania ciepłoty ujawniają się dopiero po 2 dniach od chwili wstrzyknięcia. Kol. Z. sądzi, że działanie surowicy, wogóle niepewne, zależy może od czasu jej zastosowania. Należy ją używać możliwie najwcześniej.

Kol. Pisarzewski nie spostrzegł ani spadku ciepłoty, ani dodatniego wpływu surowicy. Nader ważne znaczenie posiada leczenie miejscowe.

Kol. Wasserthal nadmienia, że surowica, ogólnie rzecz biorąc, w sprawach septycznych daje tylko 12% wyzdrowień.

Kol. Kohn po wstrzyknięciu surowicy niejednokrotnie spostrzegł pogarszanie się stanu chorej.

Kol. Wasilewski stosował z dobrym wynikiem zastrzykiwania Ol. Terbint.

Kol. Puterman sądzi, że à priori należy powątpiewać o skuteczności surowicy przeciwpaciorkowcowej, ponieważ gorączka pologowa nie jest etyologicznie jednolitą postacią chorobową.

V) Kol. Nowak dokończył rzecz „O łożysku przodującym.” Stwierdzenie łożyska przodującego jest wskazaniem do przerwania ciąży. Zakładanie tamponów winno być zarzucone ze względu na łatwość zakażenia; rozszerzała metalowe (Bossi) mogą wywołać

pęknięcia szyjki. Kolpeurynter może być stosowany w wyjątkowych przypadkach, natomiast pożyteczną jest metoda ręcznego rozszerzania szyjki. Przy płac. pr. margin. często wystarcza przebiecie pęcherza. Podstawą leczenia przy łożysku przodującym jest wykonanie obrotu na nóżkę i sprowadzenie jej nazewnątrz, bez wydobywania płodu. W pewnych przypadkach, przy otwartem zupełnie ujściu, zależnie od stanu matki i dziecka, można płód wydobyć. Metoda wyczekująca zwiększa śmiertelność płodów, zmniejsza jednak niebezpieczeństwo dla matek. Stosowanie klasycznego cięcia cesarskiego jest nieracjonalne. W trzecim okresie porodowym przy najmniejszym krwotoku należy wydobyć łożysko i zwrócić baczna uwagę na b. niebezpieczne dla matki pęknięcia szyjki. W razie pęknięcia, należy natychmiast zeszyć brzegi rany i zatamponować macicę i pochwę. Niezłe usługi przy krwotoku z szyjki oddaje metoda Henkla, polegająca na zaciśnięciu szyjki wraz z parametrium kleszczykami Muzeux i pozostawienie ich przez 12—24 godziny. W sprawie zapobiegania należy mieć na względzie wszystkie szkodliwe czynniki, które usposabiają do powstawania łożyska przodującego. (Odczyt ten będzie drukowany).

Dyskusya odłożona do następnego posiedzenia.

II) Wybory: na członków rzeczywistych zostali przyjęci kol. Suchodolski z Sosnowca i kol. Kozłowski z Dąbrowy.

Sekretarz: Karol Rozenfeld.

Towarzystwo Lekarskie Radomskie.

Posiedzenie d. 7 Lutego 1903 r.

Przewodniczący kol. F. Kosicki. Obecnych 30 Członków.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto

II. Do biblioteki Towarzystwa nadesłali swe prace: 1) W. Męczkowski — „O udawaniu objawów nerwowych oraz kilka uwag o badaniu i świadectwach lekarskich w przypadkach ciężkich urazowych.“ 2) St. Orłowski — „O hypnotycznie leczniczym.“ 3) K. Rzętkowski: a) „Wyniki i najnowsze metody leczenia suchot płucnych w sanatoryach,“ i b) „Sprawozdanie za rok 1901/2 z leczenia metodą sanatoryjną suchotników na oddziale Dra Med. T. Dunina w Szpitalu Dzieciątka Jezus.“ 4) H. Fidler — „Projekt pomocy lekarskiej gminnej w gub. Radomskiej.“ 5) W. Cennère: „Statystyka śmiertelności m. Radomia w r. 1900.“

III. Odczytano odezwę Warszawskiego Towarzystwa Hygienicznego w sprawie przyjęcia udziału w projektowanych naradach nad higieną małych miast i wsi przez wybór delegatów i przez przedwstępne dokładne rozważenie zbiorowe tych tematów, których opracowanie uzna Zarząd za najpilniejsze i najsmadniej dające się uskutecznić. Odezwa niniejsza była przekazana Komitetowi Hygienicznemu, który, po rozpatrzeniu ogólnego planu narad, w powyższej sprawie przyszedł do przekonania, że za najważniejsze i najpilniejsze sprawy, dotyczące higieny miasteczek i wsi uważać należy:

1) Zaopatrzenie miasteczek i wsi w dobrą wodę (budowanie nowych studziń, sięgających do głębokiej warstwy wodonośnej, pogłębianie i oczyszczanie starych studzien i t. p.); 2) asenizację miasteczek przez zabrukowywanie ulic, regulowanie ścieków, oczyszczanie ulic codziennie po uprzednim polaniu wodą, zaopatrzenie każdego domu w miejsca ustępowe. 3) Zapobieganie chorobom zakaźnym przez pobudowanie w miasteczkach i wsiach domów izolacyjnych odpowiednich rozmiarów z wanną dla użytku przebywających tamże chorych, odkażanie izby i ruchomości chorych za pomocą wapna i wrzącego ługu. 4) Wprowadzenie przymusowego powszechnego szczepienia ochronnego ospy i rewakynacji tejże. 5) Poczynienie odpowiednich starań o zmianę ustawy budowlanej w drodze prawodawczej, aby ta miała na widoku nie tylko bezpieczeństwo co do ognia, ale i co do stanu zdrowia mieszkańców. 6) Uprzyszczenie pomocy akuszerskiej rodzącym na wsi przez powiększenie liczby „babeł wiejskich“, których wykształcenie zawodowe należałoby podnieść i zachęcenie tych że babek do zamieszkiwania w gminie za pomocą zapomóg od gminy. 7) Urządzenie kąpieli ludowych z natryskami i wannami.

W dyskusji przyjęli udział: kol. Przychodzki, Żerański, Fidler i Zbrożek poczem Ogólne Zebranie zatwierdziło powyższe wnioski i poleciło Zarządowi przesłać je Warszawskiemu Towarzystwu Hygienicznemu.

IV. Jako delegaci na narady nad higieną małych miast i wsi w miesiącu Kwietniu r. b. w Warszawie odbyć się mające, wybrani zostali Członkowie Komitetu Hygienicznego, z prośbą, aby z wynikami tych narad zechcieli się z Towarzystwem podzielić.

V. Zatwierdzono wniosek Zarządu: „W sprawach wewnętrznych i administracyjnych (tu należą także i sprawy koleżeńskie) nie wolno jest, ani pojedynczym Członkom, ani zbiorowo robić jakichkolwiek ogłoszeń lub podawać wiadomości do prasy peryodycznej—co odnosi się nie tylko do czasopism ogólnych, lecz i do lekarskich. W kwestyach zaś naukowych, związanych z działalnością Towarzystwa, wolno jest każdemu Członkowi zabierać głos w prasie peryodycznej, lecz tylko w pismach naukowo-lekarskich. Ogłoszenia od Towarzystwa lekarskiego lub w jego imieniu mogą być podawane do druku jedynie tylko z wiedzą i z upoważnienia Zarządu Towarzystwa.“

VI. Zatwierdzono wniosek Komitetu Hygienicznego: Komitet higieniczny, zastanawiając się nad przyszłą swą działalnością w granicach Ustawy Towarzystwa, przyszedł do wniosku, ażeby praca na polu higieny była owocną i przyniosła rzeczywistą korzyść, należy powołać do współdziałania w niej wszystkich Członków Towarzystwa, zostawiając im możliwość pracowania w obranym przez siebie kierunku. Dla tego też komitet uznał za najodpowiedniejsze utworzenie sekcji czyli wydziałów higienicznych, jak następuje: 1) Wydział higieny szpitali, przytułków i uzdrowisk; 2)—hyg. szkół i wychowania; 3)—hyg. miast i mieszkań; 4)—hyg.

ludowej; 5) — hyg. zawodowej i przemysłu oraz 6) wydz. biologiczny-fizyczno-chemiczny i statystyczno-meteorologiczny.

Wybrany przez Członków każdego wydziału przewodniczący zasiadać będzie w Komitecie higienicznym z prawem głosu w sprawach reprezentowanego przez się wydziału.

Do komitetu zaś higienicznego należec będzie: 1-o Nadawanie jednolitego kierunku pracom poszczególnych wydziałów w zakresie spraw bieżących; 2) Wszechstronne zbadanie i wyświetlenie wniosków wydziału i ewentualnie uzupełnienie ich jeszcze opinią innego wydziału w danej kwestyi w celu ostatecznego opracowania konkretnego wniosku pod zatwierdzenie Ogólnego Zebrania. 3) Organizacya publicznych odczytów higienicznych, wydawanie popularnych broszur i t. p. oraz 4) Wyszukiwanie środków materialnych dla celów higienicznych.

VII. Postanowiono porządek dzienny posiedzenia komunikować Członkom na 10 dni przed posiedzeniem.

VIII. Odczytano komunikat prezesa kol. Majkowskiego z powodu odczytu kol. Fiedlera: Z danych statystycznych zamieszczonych w tablicy, dołączonej do odczytu kol. Fiedlera „O gruźlicy“ okazuje się, że choroba ta w guberni Radomskiej jest bardzo rozpowszechniona, gdyż ogólna roczna, przeciętna z lat 5—liczba wynosi 18,750 chorych na gruźlicę, z których umiera 3,165, zatem na 100 zgonów w ogóle przypada 15 wskutek gruźlicy *). Zaś procentowa i porównawcza śmiertelność na gruźlicę jest również dla gubernii Radomskiej bardzo znaczną, gdyż wynosi 32 zgony na 10,000 ludności; gdy tymczasem w Królestwie Polskiem umiera na gruźlicę 26 na 10,000, a w Anglii tylko 13 na 10,000. Jeżeli oprócz tego uwzględnimy wysokie cyfry śmiertelności na gruźlicę w szpitalach gubernii Radomskiej, które przeważnie dotyczą ludzi pomiędzy 20 a 40 i 50-tym rokiem życia — a zatem w wieku najbardziej produkcyjnym, — to cyfry powyższe smutne wzbudzić muszą refleksyę i zachęcić do energiczniejszej niż dotąd walki z tym strasznym wrogiem mieszkańców naszej gubernii. Za najodpowiedniejszy ku temu środek poczytuje wnioskodawca wzniesienie u z d r o w i s k a (sanatorium) gubernialnego dla chorych gruźliczych. Gubernia Radomska posiada bardzo sprzyjające warunki do urzeczywistnienia tego projektu; posiada bowiem w swoim obrębie odnogę gór Śto-Krzyżkich i znaczne przestrzenie leśne, a bogato rozwinięty przemysł fabryczny, zużywający obecnie znaczne summy pieniężne na mało skuteczne leczenie swoich chorych gruźliczych, mógłby, przez zobowiązanie się do erekcyi i utrzymania pewnej liczby łóżek w projektowanym Sanatorium Gubernialnem, przyczynić się do urzeczywistnienia powyższego projektu.

*) Cyfry powyższe zostały zebrane przez kol. W. Cennéro i T. Dunina.

Projektodawca zachęca towarzystwo lekarskie—a w szczególności kolegów, stojących na straży zdrowia robotników fabrycznych, do dokładniejszego opracowania powyższego projektu, spodziewając się także poparcia przez sfery rządowe i pomocy materialnej od szerokich kół naszego—zawsze ofiarnego—społeczeństwa.

Zanim jednak przyjdzie do skutku wybudowanie i urządzenie sanatorium gubernialnego dla suchotników, zachęca projektodawca do jak najrychlejszego zaprowadzenia w szpitalach gubernii Radomskiej sanatoryjnej metody leczenia, przez urządzenie werend i leżałn dla chorych gruźliczych, i na poparcie swego wniosku przytacza następujące motywy:

1) Pozyskanie więcej miejsca w szpitalach dla chorych gruźliczych i przez to ułatwienie niezbędnej separacji tych chorych od innych.

2) Bardzo zachęcające wyniki, otrzymane dotąd z leczenia metodą sanatoryjno-powietrzna w szpitalach Warszawskich. Projektodawca prosi o dyskusyę w tym przedmiocie, o więcej wyczerpujące opracowanie powyższego projektu przez jednego z lekarzy szpitalnych lub o przekazanie tej sprawy wydziałowi higienicznemu szpitali i uzdrowisk. (Autoreferat).

Postanowiono jednogłośnie sprawę powyższą przekazać dla bliższego rozpatrzenia wydziałowi higieny szpitali.

IX) Kol. R a k o w s k i wypowiedział rzecz p. t. „O leczeniu gorączki połogowej wogóle i o wynikach leczenia tejże za pomocą metody Fochier'a.“ Na zasadzie spostrzeganych przez siebie przypadków dochodzi prelegent do takich wniosków: 1) metoda Fauchiera dała na 10 przypadków sześć—zupełnego wyzdrowienia (przypadek siódmy—niepewny); 2) ta metoda w przypadkach phlegmasiae albae dolentis zmniejsza gorączkę, ale samej phlebitis nie usuwa; 3) ta metoda jest tania i—jak obecnie—jedynie racjonalna w praktyce ginekologicznej wśród ludności ubogiej.

W d y s k u s y i kol. I d z i k o w s k i—zaznacza: Ponieważ gorączka połogowa nie jest jednostką chorobową zależną od jednej przyczyny, lecz wywołać ją mogą różne zarazki chorobotwórcze, a nawet zapewne zarazki jednego nazwiska mogą wywoływać chorobę o rozmaitem natężeniu, być może wskutek różnej ich natury, więc i klinicznie raz wystąpi gwałtowna septicemia, kończąca się śmiercią w ciągu 5 do 6 dni, to znowu przewlekła pyaemia, dająca już większe szanse wyzdrowienia, to wreszcie takie zachorowania, które się kończą pomyślnie w ciągu 1-go lub kilku dni właściwie bez interwencji. W ostatnim przypadku wszelka metoda leczenia zdawać się będzie dobrą, gdy w pierwszym—niezem, jak dotąd przynajmniej, nie uratujemy chorej, a o te właśnie formy prawie jedynie chodzi. W każdym cięższym przypadku g. p. pozostaje jak dawniej: utrzymać siły chorej wszelkimi rozporządzalnymi dotąd środkami. Wobec bezsilności środków leczniczych w ciężkich postaciach gorączki połogowej najważniejszą rzeczą będzie zapobieganie zakażeniu. Prawie wszystkie rodzące kobiety po naszych wsiach małych, a nawet większych miastach, korzystają z opieki jedynie babek. Nie czekając do nieprędkiego jeszcze udostępnienia tym babkom uczenia się przy instytucjach, przytułkach położniczych, niech każdy z nas przy każdym zetknięciu się z babką wiejską u rodzącej uczy ją: osłaniać zwykle noszoną odzież czystym wziętym z mieszkania rodzącej lub sąsiad.

ki fartuchem jednym lub dwoma (o prześcieradło do tego u włóścian trudno) zakazywania wysoko rękawów, a przedewszystkiem niech uczy rękę nacierać mydłem i zlewać gorącą wodą trzykrotnie przed każdym zetknięciem się z rodzącą, a jaknajrządziej badać rodzącą wewnątrznie. Aby ta nauka mogła mieć dobry skutek, trzeba jej udzielać z całą łagodnością, nie drażniąc babki wytykaniem nieuctwa—w ten sposób tylko stanie się powolną na przyszłość udzielanym wskazówkom. Naturalną jest rzeczą, że jeżeli lekarz spotyka częściej tę samą babkę w różnych okazyach, to ma możność udzielania jej niektórych wiadomości, niezbędnych do wczesnego rozpoznania ważniejszych nieprawidłowości porodu, a z braku tych właśnie wiadomości tak wiele kobiet i dzieci po wsiach ginie. (Autoreferat)

Kol. Fidler. Medota Fachier'a oparta jest na teorii chemotaxis Pfeffer'a lub fagocytozy Miecznikowa lub też leukocytozy Römer'a. Sam Fochier miał niejasne pojęcie o wpływie ol. terpentynowego na przebieg gorączki połogowej; twierdzi on bowiem, że w okolicy ropnia wytwarzają się jakieś produkty rozpuszczalne, które uodporniają ustrój. Co się tyczy pomyślnego wpływu metody F. przy gorączce połogowej, to takowego uznać nie mogę, jakkolwiek spostrzeżenia moje w tym względzie są nieliczne. gdyż praktyką akuszerijną się nie zajmuję. W tych jednak przypadkach, w których stosowano ol. terpentynowy pomyślnego wyniku nie widziałem: wszystkie te chore zmarły, a chora przesłana przez kol. Rakowskiego do mego szpitala, z ropnymi przerzutami na udzie, goleni i w stawie kolanowym oraz z objawami posocznicy również nie potwierdza pomyślnego wpływu metody F. Wreszcie są posocznice o przewlekłym łagodnym przebiegu i o bardziej ostrym, śmiertelnym. W pierwszym razie wyzdrowienie może nastąpić bez względu na rodzaj użytego środka, zaś w ostrych przypadkach śmierć niechybnie grozi chorej pomimo użycia wszelkich środków. Dla mnie swoim stał się środkiem przeciwko posocznicy będzie ten, który, jak surowica w blonicy, wywoła: spadek ciepłoty w posocziagu 24—36 godzin, ograniczenie miejscowych spraw zapalnych i wsteczny ich rozwój, oraz wywoła w przeciagu jednej doby widoczną poprawę ogólnego stanu; w przeciwnym razie skłonny będę do przypuszczenia, iż poprawa nastąpiła pomimo stosowania danego środka. Co się tyczy surowicy Marmorka, to przyznać również należy, iż zawiódła ona oczekiwania nasze. Lecz tłumaczy się to ostatnimi zdobyczami bakterjologicznymi. W ostatnich czasach odkryto, że każde z cierpień, zawdzięczających swe powstanie paciorkowcom, posiada swojego pasorzyta. Udowodniono to próbami aglutynacyjnymi: surowica zwierząt uodpornionych przeciwko pewnemu gatunkowi paciorkowca np. róży, skupiała tylko paciorkowce róży, a nie wywoływała tego zjawiska wśród paciorkowców szkarlatynny lub pasocznicy i odwrotnie. A ponieważ surowica Marmorka była przygotowaną przez uodpornianie, generalną, że tak powiem, hodowlą paciorkowców, przeto odmówiła swego działania zarówno przy posocznicy, jak i szkarlatynie. Obecnie mnożą się już prace w kierunku wyosobnienia poszczególnych gatunków paciorkowców, a pomyślnie wyniki Moser'a i Aronson'a z nową surowicą przeciwskarlatynową otrzymaną przez szczepienie paciorkowców otrzymanych wprost od chorego szkarlatynowego (Moser) lub takowych hodowanych na odpowiednich podłożach (Aronson), pozwalają mniemać, iż jesteśmy na dobrej drodze i że możemy się spodziewać surowicy przeciwposocznicowej prawdziwej. Na zakończenie powiedzieć muszę, iż kol. Rakowski tyle na raz stosował środków, iż niewiadomo, któremu należy przypisać pomyślny wpływ na przebieg choroby: aby mózż ocenić wartość środka leczniczego pożądanem jest wyłączone stosowanie tego środka, w przeciwnym bowiem razie ocena jego skuteczności jest rzeczą niemożliwą. (Autoreferat).

Kol. Wędrzychowski na zasadzie swych spostrzeżeń nie przyznaje metodzie Fochier'a żadnego swegoistego działania. Kol. Kosiecki zapytuje prelegenta, czy wstrzykiwał wyjałowiony ol. terpentynowy, gdyż R. przy aseptycznym postępowaniu w tych razach otrzymywał ropnie. Kol. Janasiewicz wstrzykiwał wyjałowioną terpentynę, ropni nie miał, tylko w miejscach zastrzyknięcia tkanka ulegała zgorzeli. Ze swej praktyki J. przytacza 2 przypadki tyfusu wysypkowego, nieomal identyczne, tak ze względu na stan zdrowia dotychczasowy pacjentów, jak i na jednakowy przebieg sprawy tyfusowej, u których, już po spadku gorączki, wystąpiły silne objawy toksemii; w jednym z tych przypadków J. stosował metodę Fochier'a i chory ten wkrótce wyzdrowiał; w drugim zaś,—gdzie metoda niebyła zastosowaną chory zmarł. Kol. Marks porównywa metodę Fochier'a do stosowania

zawłoki przez dawniejszych lekarzy; dodaje, iż w wypadkach kol. Rakowskiego chętniej stosowałby ciepłe okłady, jak zimne. Kol. Żerański wspomina, iż w Małorosyi u ludu stosują w celu zapobiegawczym kąpiele ciepłe wkrótce poporodzie i zachęca do wypróbowania tego zabiegu.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes: J. Majkowski. Sekretarz: Cennéré.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 17 Stycznia 1902 r.

1) Prezes przeczytał: 1) Zaproszenie Sekcyi technicznej na odczyt inż. Gębarzewskiego p. t. „O kanalizacji w miastach starożytnych. 2) podziękowanie Tow. Lek. Radomskiego za życzenia, złożone z powodu założenia tego Towarzystwa.

2) Sekretarz, bibliotekarz i skarbnik przeczytali sprawozdanie za r. 1902.

3) Przystąpiono do wyboru Zarządu. Na przewodniczącego zaproszono kol. Krushego, który powołał kol. Goldsobla i kol. Gorskiego na asesorów, a kol. Handelsmana na Sekretarza. Na prezesa wybrano kol. Jonschera (ponownie), na wice-prezesa kol. Rundę (ponownie), na sekretarza kol. Birencweiga, na bibliotekarza kol. Ks. Jaśńskiego (ponownie) i na skarbnika—kol. Littawera (ponownie)

Sprawozdanie bibliotekarza.

W ciągu roku 1902 przybyło	Dzieł	Tomów	Remanent z r. 1901		Ogółem	
			Dzieł	Tomów	Dzieł	Tomów
a) Książek	18	19	664	1083	1082	1102
Uwagi: z tych zakupiono	18	19	—	—	—	—
otrzymano w darze						
b) Broszur	11	11	273	277	284	288
zakupiono						
otrzymano w darze	11	11	—	—	—	—
c) Czasopism	16	17	414	547	480	564
Uwaga: wszystkie zakupione						
d) Wydawnictwa peryodyczne w formie książkowej	11	11	291	346	302	357
Uwaga: wszystkie zakupione						
Razem	56	58	1642	2253	1698	2311

Oprócz tego do księgozbioru weszło 17 zeszytów wydawnictwa Nothnagla.

II) Ubytki. Towarzystwu Lekarskiemu w Częstochowie przesłane w darze.

	Dzieł	To- mów
a) Książek	4	4
b) Wydaw. perjud.	6	10
c) Czasopismu	16	16
Razem	26	30

Z końcem r. 1902 biblio- teka posiadała	Dzieł	To- mów
a) Książek	682	1097
b) Broszur	283	287
c) Czasopi-m	414	548
d) Wydawnictw perjud.	296	347
	682	2279

III) Z biblioteki korzystało 24 Członków Towarzystwa i jeden lekarz nie będący członkiem.

B. Z czytelnicy korzystało nie wielu.

C. Obrot funduszu bibliotecznego: wydano na czasopisma 160 rb. 40 kop., na książki 43 rb. 35 kop., na oprawę książek 21 rb. 95 kop., za brakujące numery czasopisma 2 rb. 25 kop. Ogółem 227 rb. 95 kop.

S P R A W O Z D A N I E S K A R B I K A

W dniu 1 Sierpnia roku 1902 stan kasy	Rb.	Kop.	W przeciągu r. 1902 wydano	Rb.	Kop.
Gotówka	15	44	Na lokal	350	—
W kasie przemysłowców łódzkich	316	80	Na ubezpieczenie od ognia	14	10
W przeciągu roku wpłynęło	—	—	Na książki i gazety	313	68
Ze składek zaległych	305	—	Na oprawę	21	55
Ze składek za rok 1902	477	—	Na materiały piśmienne	4	9
Procent od kapitału	11	30	Na usługi	3	35
Wpisowego	5	—	Na drobne wydatki	5	40
Opłata za korzystanie z biblioteki przez nie członków	6	—	Na przepisanie sprawozdania	4	—
Razem	1136	54	Razem	716	17

Pozostało w d. 1 Sycz. r. 1903 w kasie przemysłowców w rb. 378 k. 10, gotówką rb. 42 k. 27, czyli ogółem rb. 420 k. 37.

Posiedzenie d. 21 Stycznia 1903 r.

1) Kol. Goldman wygłosił odczyt „Przyczynek do nauki o leczeniu ropni pozagardzielowych cięciem zewnętrznem.“ Pierwszy zaproponował cięcie zewnętrzne przy będącem w mowie cierpieniu Johne Chiene w r. 1877, a mianowicie wzdłuż zewnętrznego brzegu m. mostko-obończyko-cycowego. Następnie w początku chronologicznym przemawiali za tą metodą Bréchat w 1880, Watson Cheyne. W r. 1888 Burkhardt ogłasza swe przypadki, w których również z zewnątrz, ale wzdłuż przedniego brzegu wspomnianego mięśnia, otwierał ropnie pozagardzielowe.

Burkhardt jest zdania, że metoda zewnętrznego cięcia wpływa na polepszenie rokowania przy idyopatycznych ropniach u dzieci, szczególnie w przypadkach, gdzie ropnie są duże i głęboko usadowione.

Bokai młodszy, aczkolwiek przeciwnik stosowania zewnętrznego cięcia, nie zaprzecza jednak wyższości tej metody nad cięciem wewnętrznem i nawet rokuje mu ogromną przyszłość, szczególnie w przypadkach, gdzie ropień powstaje na tle cierpienia kości i przy obcych ciałach. Z innych chirurgów König i Mikulicz wypowiadają się za częstszem, niż dotychczas stosowaniem cięcia zewnętrznego.

Metoda Burkhardt'a, aczkolwiek technicznie trudna, znalazła wielu zwolenników, jak Kramer, Revedin, Kummer, Meyer, Schmidt i in.

Według metody Chiene'a do r. 1898 operowano mało. W r. 1898 metodę tę wskrzesił Bruns, którego asynten Maas ogłosił obszerniejszą pracę w „Beitr. zur klinischen Chirurgie.“ Sposób Chiene'a ma ważną przewagę nad sposobem Burkhardt'a pod względem technicznym.

Z 8 obserwowanych przez siebie przypadków w trzech kol. Goldman operował cięciem zewnętrznem, z zejściem pomyślnem; przytacza historie chorób i dokładny opis postępowania w jednym przypadku.

Reasumując dane z literatury i swoje przypadki, kol. Goldman wypowiada wniosek, że cięcie od strony gardzieli przy ropniach pozagardzielowych winniśmy ograniczyć tylko do tych przypadków, gdzie ropień pozagardzielowy idyopatyczny, nieznacznych rozmiarów. leży ściśle w przestrzeni pośrodkowej lub gdzie lekarz wskutek ubocznych wpływów nie jest w stanie dokonać cięcia zewnętrznego; co zaś do rodzaju cięcia, to winniśmy bezwarunkowo oddać pierwszeństwo metodzie Chiene'a, wskrzeszonej ostatnio przez Bruna.

W dyskusyi wzięli udział koledzy Gutentag, Arnstein i Rząd.

2) Kol. Birenweng mówił „O słonoowaciznie (Elephantiasis) jako wyniku usuwania gruczołów chłonnych.

W dyskusyi przemawiali koledzy Goldman, Krusche i Rząd.

3) Kol. Arnstein mówił „O niezwykłym przypadku duru brzuszno, zakończonym śmiercią w 13 tygodniu choroby. U chłopca 9-letniego dur brzuszny przez pierwsze 4 tygodnie przebiegał zupełnie prawidłowo. Po spadkach rannych cie-

ploty nastąpiło znów podniesienie od 39—40° przy braku wszelkich objawów charakterystycznych dla duru brzuszego — prócz upadku sił i osłabionej działalności serca. W końcu 9 tygodnia nastąpił spadek ciepłoty do normy, który jednak trwał tylko 8 dni, poczem znowu wystąpiło podniesienie ciepłoty i obrzęk powiek, brzucha, moszny oraz wolny płyn w jamie brzusznej; wielokrotne badanie moczu nie wykryło ani białka, ani wałeczków szklistych. Badanie dwukrotne krwi na obecność bakteryi, jak również na aglutynację durową i paciorkowcową, dało wyniki ujemne. Przy coraz większych obrzękach, postępującym upadku sił i działalności serca chory w 13 tygodniu zakończył życie. Ostatni okres choroby stanowi zagadkę niewyjaśnioną.

W dyskusyi kol. Sterling wyraził przypuszczenie, że w danym przypadku był t. zw. paratyphus, bardzo podobny do duru brzuszego; cierpienia tego przyczyną bywa swoisty lasecznik. Jest to postać chorobowa, którą klinicznie można rozpoznać na zasadzie aglutynacyi: surowica krwi chorego skleja (aglutynuje) laseczniki rzekomo-tyfusowe zawarte w wydzielinach chorego; taż sama surowica nie aglutynuje laseczników Ebertha. Kol. Birencweig dał krótkie określenie t. zw. para-cierpień, jak np. cierpienie para-syflityczne lub para-eczematyczne.

Posiedzenie z d. 4 Lutego 1903 r.

1) Kol. Koliński miał odczyt „O adrenalinie i jej własnościach“ i demonstrował preparat.

W dyskusyi wzięli udział kol. Rundo, Birencweig i Ronaler.

Posiedzenie, w dniu 18 Lutego 1903 r.

1) Kol. Goldman demonstrował dziecko 9 miesięczne z wodogłowiem niezwykłych rozmiarów.

W dyskusyi przemawiali koledzy: Rząd, Arnstein i Sterling.

2) Kol. Sterling przedstawił 18-letniego mężczyznę ze znacznem powiększeniem serca we wszystkich wymiarach bez wyraźnej przyczyny (badanie radiograficzne).

W dyskusyi wzięli udział kol. Łukasiewicz, Rząd, Steinberg, Krotowski i Sterling.

3) Kol. Goldman mówił „O zewnętrznem stosowaniu wyskoku“. (drukowane w „Czasop. lek.“)

W dyskusyi wzięli udział koledzy: Arnstein, Birencweig, Rząd, Sterling i M. Cohn.

4) Prezes przeczytał odezwę Tow. Hygien. Warsz. „W sprawie zjazdu i narad nad higieną małych miast i wsi.“

Bronisław Handelsman.



Korespondencje

Wakacje studentów medycyny.

Zbliżają się wczasy letnie, a z nimi dla wielu słuchaczy wydziału lekarskiego krzątania za wynalezieniem t. zw. „kondycyi,” któraby umożliwiła im przeżycie owych miesięcy letnich, o ile się da, poza murami miasta. W szczęśliwszych warunkach są słuchacze zakładów specjalnych (politechnik, instytutów górniczych, inżynierskich i t. p.); korzystają oni w znacznej części z płatnej zwykle praktyki letniej w fabrykach, kopalniach i t. p. Słuchacze wydziału lekarskiego tymczasem, by nie umrzeć z głodu, musieli i muszą wczasy letnie poświęcać na „guwernerkę.” A mogłoby być inaczej, przy odrobinie dobrej woli ze strony starszych kolegów, lekarzy! Wszak każdy prawie z nas mógłby na parę letnich miesięcy ugościć przyszłego kolegę, któryby swą pomocą sownie wynagrodził za ofiarowaną gościnność! Oczywiście, przedewszystkiem winni to uczynić lekarze przy szpitalach prowincjonalnych; w tych bowiem warunkach obie strony nawzajem większą by sobie niosły korzyść i pomoc; a przypuszczam, iż chętniej do szpitali dążyliby młodzi koledzy; ale nawet i pobyt letni w osadzie lub małym miasteczku mógłby znakomity przynieść pożytek przysłemu lekarzowi, bowiem zaznajomiłby go z wielu stronami bytu ludu naszego i z warunkami pracy wśród ludu. Nam zaś, lekarzom, gościna młodego kolegi dawała by podniecie do pracy nad samym sobą, ścierała śnieź i rutynę bezmyślną, w której wbrew woli z czasem, pozbawiony wszelkiej kontroli fachowej, każdy z nas ugrzęznąć może! Tymczasem stała asysta młodego kolegi zniewalała by nas do krytycznej oceny własnego postępowania. Tak więc, obie strony niezawodną odnosiły by korzyść. Tem śmielej mogę to twierdzić, iż mam za sobą dwuletnie w tym względzie doświadczenie: dzięki dobrej woli zarządu kopalni już od dwu lat w ciągu 2—3 miesięcy letnich gości w szpitalu fabrycznym, którym kieruję, słuchacz wydziału lekarskiego; ma on przy szpitalu całkowite utrzymanie i pobiera 25 rubli miesięcznie; wstęp mają tylko ci, którzy już ukończyli kurs piąty, t. zw. „kandydaci medycyny;” sądzą bowiem, iż młodszych kursów słuchacze mniejszą by z tego korzyść wyciągnęli i przynieśli nawzajem. *) Mogę upewnić kolegów-lekarzy, iż tylko ogromny zasób przyjem-

*) Wiem z doświadczenia, iż znalazłoby się sporo kandydatów, którzyby chętnie bez żadnego nawet wynagrodzenia w Łotówce, a tylko mając zapewnione utrzymanie, wyjechali na prowincję, by mógł się przygotować praktycznie do obraznego zawodu.

nych wrażeń i wspomnień mam po owych dwu letnich gościnach młodych kolegów, a, o ile wiem, i Oni radzi byli z pobytu.

Kończę tę wzmiankę serdecznem zachęceniem kolegów do przesięwzięcia prób w tym kierunku; pewien jestem, iż skorzysta ją na tem nie tylko obie strony zainteresowane, ale i społeczeństwo.“

Z. Paderewski, Lekarz szpitala Tow. Górn. „Saturn.“



KRONIKA

Kronika bytowa.

33. Zjazd chirurgów polskich w Krakowie odbędzie się 13 i 14 Lipca.

Jako tematy do ogólnej dyskusyi postanowiono:

1). Leczenie chirurgiczne chorób dróg żółciowych. Referenci: Kader (Kraków) i Pruszyński (Warszawa).

2) Leczenie doszczętne przepuklin. Referent Hordyński (st. lekarz sztabowy).

34. Kursy wakacyjne dla lekarzy w uniwersytecie Jagiellońskim odbędą się w czasie od 8 do 29 Lipca.

Wykładać będą profesorowie: Kostancecki, Bujwid, Ciechanowski, Koczyński, Kader, Trzebiicki, Wicherkiewicz, Jordan, Jakubowski, Raczyński, Domański, Browicz i Pieniążek; Docenci: Bochenek, Chlumsky i Krzyształowicz.

35. Zwolane przez Warszawskie Towarzystwo higieniczne „Narady w sprawie zdrowotności małych miast i wsi“ odbyły się w terminie i zakresie programem przewidzianym.

Odkładając krytyczną ocenę przebiegu Narad aż do chwili wyjścia sprawozdania w „Zdrowiu“, na tem miejscu notujemy tylko, że wypadły one — wbrew przewidywaniu wielu pesymistów — doskonale i zadowolili wszystkich, którzy na Narady do Warszawy przybyli. Toż samo powiedzieć należy o Wystawie dydaktycznej, która się w tym czasie odbyła.

36. Przemysłowiec łódzki, p. Herbst, ofiarował na rzecz budowy szpitalika dla dzieci, mającego powstać w

Łodzi z inicjatywy kol. Jonschera. Iu-bli dwieście tysięcy.

Dzięki tej wspaniałej ofierze budowę szpitala można będzie wkrótce rozpocząć.

37. Organizacja pomocy lekarskiej w gubernii płockiej. Do 8 obecnych punktów organizacji pomocy lekarskiej, w których zamieszkują lekarze, przybyło jeszcze 4 punkty. Punkty te wyznaczono: w Sierpcu, w Bodzanowie, w Skrwilnie (p. rypiński) i w Woli Młockiej, (p. ciechanowski („Echa pł. i łomż. Nr. 38)).

38. Odczyty na prowincyi. Kol. B. Margulies uzyskał od władz gubernialnych — na zasadzie nowych przepisów, ogłoszonych w „Czasopiśmie lek.“ na str. 50, pozwolenie na szereg popularnych wykładów z dziedziny fizjologii i higieny w Łodzi.

Kol. Themerson wygłosił w Płocku odczyt na temat „Matężństwo w świetle higieny.“

Kol. Zofia Paperno wygłosiła w Płocku szereg odczytów na temat fizjologii i higieny stroju kobiecego.

39. W dwu artykułach zatytułowanych „Fałszywe drogi“ porusza (w Kur. Codz. Nr. Nr. 130 i 131) kol. L. Lorentowicz sprawę lekarskie.

Jako znający stosunki klinik francuskich i niemieckich rozwiewa złudzenia lekarzy młodych, którzy się na studia specjalności udają za granicę; rozwiewa złudzenia publiczności, patrzającej z przesadzonym szacunkiem na doktora N. N., który „po dłuższych studiach w klinikach zagranicznych“ (jak

opiewa ogłoszenie) osiedlił się tu a tu i udziela porad w takich a takich chorobach.

Co do Paryża, to „młody lekarz obcokrajowiec może być w klinikach paryskich jeno widzem i słuchaczem.“

W klinice akuszerskiej Prof. Pawlika w Pradze czeskiej „cieszącej się u nas niezasłużonym rozgłosem“ też nie wiele uczą, a raczej bardzo mało; jeszcze niżej stoją tam kursy ginekologii.

W małych uniwersytetach niemieckich—tak szczupły jest materiał kliniczny, że asystentom do wprawy nie starczy; cóż mówić o przybyszach, a do tego—polakach.

Kończy swoje artykuły kol. L. tak. „Wnioski, które wysnuwam tyczą w pierwszym rzędzie tych specjalności, w których u podstawy leżą zabiegi chirurgiczne. Zdaniem mojem, wyjazd za granicę na studia ma wtedy jedynie rację bytu, kiedy lekarz praktyk, gruntownie już obeznany z daną gałęzią medycyny, chce się u źródła zapoznać z najnowszemi metodami już to badania klinicznego, już to techniki operacyjnej, lub pragnie pracować teoretycznie.

Kursy miesięczne dla lekarzy w swoim założeniu mają na celu tylko przypomnienie, streszczenie, pewne usystematyzowanie posiadanych wiadomości, nigdy zaś nie mogą zastąpić poważnej, metodycznej nauki.

Wyjazd za granicę w pierwszym albo drugim roku praktyki lekarskiej dla specjalizacji—jest z natury rzeczy chybiony. Wpierw bowiem należy osiąść w zupełności całą teoretyczną stronę danego odcłamu wiedzy lekarskiej, aby się mózdz oryentować i imać jakichkolwiek zabiegów praktycznych.

Optymizm młodych lekarzy co do zagranicy opiera się na zupełnej nieznanomości stosunków zagranicznych, bo skoro u nas całe miesiące wysługiwać się trzeba na oddziale zanim szefowie pozwolą na dokonanie jakiegos drobnego zabiegu chirurgicznego, to gdzież racya przypuszczać, aby w klinikach

wybitnych chirurgów czy ginekologów, w warunkach zwyczajnych istniała jakaś niezrozumiała względność dla obcych gości.“

Zgadając się na wszystko, co pisze kolega L., zapytać jednak musimy, dla czego zapomniał w swej pracy informacyjnej: o potrzebach nie-specjalistów, o potrzebach owych prowincjonalnych omnibusów, którzy na kursy miesięczne jadą nie po to, by „szumnie zawiadamiać publiczność o studiach“ po swym powrocie, nie po to, by zostać specjalistami, lecz aby odświeżyć swe wiadomości.

O takich kursach, istniejących w Krakowie i Lwowie, na czasie byłoby przypomnieć.

I jeszcze jedna uwaga: czy przemawiać do kolegów, w sprawie czysto zawodowej, w sprawie techniki nabywania wiedzy, nie byłoby właściwiej w piśmie fachowem.

Potępić reklamiarzy — trzeba w Kuryerku; ale te wszystkie inne szczegóły (np. o badaniu ginekologicznem i t. p.) raczej na szpaltach pisma fachowego byłyby właściwe.

40. W kwestyi prawa chirurgów do operowania chorego, kiedy niepodobna otrzymać zezwolenia ani od chorego (nieprzytomność) ani od jego krewnych (oddalenie) zdecydował Wojsko-Lekarski Komitet: pozwolenie na operację może dać consilium tego szpitala, w którym ma być wykonana operacya.

Szkoda, że podobnego prawa nie wydano dla szpitali cywilnych. (Więst. Pet. Tow. Wz. pom. lek.).

41. Osobiste. Kol. A. Borowski wyjechał z Łodzi i osiadł w Dąbrowie Górniczej.

Kol. Wł. Sochacki został drugim lekarzem przytułku dla obłąkanych w Kochanówce, pod Łodzią.

Ordynatorem szpitala św. Szymona w Sejnach, g. Suwalskiej, mianowano Dra Urbana.

W Płockim szpitalu d. 2 Maja zmarł na tyfus plamisty kol. Adolph z Kolna.

Komitet redakcyjny:

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

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 5 Мая 1903. г.

Druk. i Lit. R. Resiger, Łódź.