

O zrostach opłucnej.

Podał Dr. Med. Alfred Sokolowski (Warszawa)*).

Różnorodne rodzaje zapaleń opłucnej, nawet w zupełności pomysłnie zakończone, pozostawiają jednakże dla organizmu większe lub mniejsze zaburzenia, z których niektóre z biegiem czasu bywają całkowicie usunięte, właściwiej mówiąc—skompensowane; inne zaś nieraz na przeciąg całego życia pozostawiają mniej lub więcej znaczne dla organizmu zaburzenia. Do tych zaburzeń należą: różnorodne stopnie zapadnięcia klatki piersiowej z odpowiednim zбочeniem kolumny kręgosłupa; dalej, rozwój wtórnego łącznotkankowego zapalenia mięszu płucnego z wytworzeniem następczego rozszerzenia oskrzeli; stałe rozszerzenie prawej komory sercowej lub też całego serca, warunkowane zrostami jego z narządami śródpiersia wskutek rozprzeżnienia się sprawy zapalnej z opłucnej na błonę osierdziową, a stąd—stałe pozostające zaburzenia w krążeniu, spowodowane rozwijającą się stopniowo niedomogą mięśnia sercowego.

Do najpospolitszych jednakże i najczęstszych następstw przebytych zapaleń opłucnej zaliczamy tworzenie się tak zw. *zrostów opłucnej*, które stanowią niemal stałe następstwo przebytych, nawet stosunkowo lekkich, zapaleń. Tylko bowiem wyjątkowo przebyte zapalenie opłucnej nie wytwarza zrostów, a w klinice do rzadkich przypadków zaliczają się ci chorzy, u których po wysiękowem zapaleniu, po upływie pewnego czasu, występuje znowu wysięk w tej że samej opłucnej. Zrosty opłucnej bywają jednakże również często następstwem uprzednio przebytych różnorodnych ostrych, a częściej przewlekłych zapaleń samego mięszu płucnego, jako to: ostrego włóknikowego lub zrazikowego zapalenia płuc, ropnych zrazikowych zapaleń, najczęściej zaś przewlekłej gruźlicy, t. j. wogóle tych spraw, przy których wytwarza się wtórnice lub nieraz współ-

cznie wysiękowe, a częściej jeszcze suche zapalenie opłucnej. Nic więc dziwnego, że zrosty opłucnej są zjawiskiem tak często napotykanem na stole sekcyjnym, gdzie wyjątkowo tylko daje się widzieć płuca ich pozbawione. Sądzę więc, że nie będzie zbyt cennym na zakończenie rozdziału o zapaleniach opłucnej, jeśli poświęcę jeszcze nieco miejsca opisom następstw zapalenia opłucnej, a przede wszystkim *zrostom* takowej. Czynię to tem chętniej, że w podręcznikach zagranicznych wogóle sprawy te pobieżnie bywają tylko omawiane i jedynie w dawniejszej literaturze francuskiej zajmowano się nią więcej; z nowych klinicystów Grancher*) w swoich odczytach klinicznych na podstawie prac dawniejszych i własnych spostrzeżeń skreślił o nich obszerny wykład.

Zrosty opłucnowe przedstawiają się z punktu widzenia anatomicznego w wielce różnorodnej postaci. Stanowią nieraz cienkie włókniste nici, łatwo rozrywające się, które dzielą tylko jamę opłucnej na odcinki; w większości zaś przypadków jama opłucnej nie istnieje wcale, a całkowicie płuco, lub jego pojedyncze zrazy, jest umocowane do klatki piersiowej za pomocą tęgich włóknistych twardych błon dochodzących nieraz do grubości 1-go centymetra. Tej ostatniej kategorii zrosty spostrzegamy najczęściej po przebytych surowicznych a bardziej jeszcze ropno-wysiękowych zapaleniach. Natomiast zrosty niezbyt mocne widzi się częściej jako następstwo zapaleń błony trzewiowej opłucnej, będącej następstwem różnorodnych spraw patologicznych, a szczególnie gruźlicy płuc, rozwijających się pierwotnie w samym mięszu płucnym. Grancher ten różnorodny charakter zrostów stara się wyjaśnić na podstawie odrębnego poniekąd histologicznego utkania obu listków opłucnej, a nawet odrębnej ich embryologicznej genezy. Listek bowiem trzewiowy przedstawia błonę bardzo cienką, pokrytą nabłonkiem wielokątnym z wyraźnymi otworami (stomata), komunikującymi się z naczynia-

*) Z tomu III-go, przygotowującego się do druku „Wykładów klinicznych chorób dróg oddechowych“.

*) Grancher. *Maladies de l'appareil respiratoire*. Paris 1890.

mi limfatycznymi podopłucniami, i spoczywa na pokładzie delikatnej stosunkowo błony, złożonej z tkanki łącznej i włókien elastycznych, do której dochodzą ostateczne rozgałęzienia się naczyń krwionośnych. Przeciwnie, listek ścienny płucnej przedstawia błonę o wiele tęższą w skutek mocniejszej i bardziej zbitej tkanki łącznej i włókien sprężystych, a pokryty jest delikatnym wielokątnym nabłonkiem. Płucna ścienna unaczyniona jest gałązkami, pochodzącymi z tętnic międzyżebrowych, łączy się więc z unaczynieniem powłok zewnętrznych klatki piersiowej, podczas gdy listek trzewiowy bierze swe źródło w naczyniach tętniczych płucnych i oskrzelowych. Tym więc sposobem zaburzenie cyrkulacji oskrzelowej i pęcherzyka płucnego odbić się musi jedynie na listku trzewiowym płucnej. Toż samo i zaburzenia głębsze, a przede wszystkim zapalne, pęcherzyków płucnych, muszą pociągać za sobą zapalenie suche lub wysiękowe tego listka, z wytworzeniem włóknikowego nalotu, a dopiero następnie—wskutek bezustannego zetknięcia z opłucną ścienną—występuje i na niej podobny rodzaj zapalenia, kończący się wreszcie wytworzeniem zrostów, nazwanych przez autorów francuskich *zrostami opłucno-trzewiowymi, symphyse pleuro-viscerale*. Zrosty tej kategorii zwykle są ograniczone tylko do części płuca, przeważnie do zrazu górnego lub nawet jego szczytu, tworzą zrosty niezbyt tęgie i unieruchamiające górne odcinki płucne. Objawy, przez nie w pierwszym okresie wywołane, przedstawiają, właściwie mówiąc, objawy zapalenia suchego; istnieją więc bóle, mniej lub więcej wyraźne tarcie opłucnej, dość długi przeciąg czasu stale w górnym odcinku klatki umiejscowione. W drugim okresie, gdy zrosty już nastąpiły, powyższe objawy znikają w zupełności, a jedynym objawem, jaki pociągają za sobą obszerniejsze i nieco grubsze zrosty, jest oddech nieco osłabiony przy wysłuchiwanym szczytu płucnego; głos i drżenie klatki piersiowej mogą być również przy tych warunkach nieco osłabione. Grancher cechy owe uważa za bardzo charakterystyczne, podając nawet formułę, mającą służyć, jako cecha rozpoznawcza tej kategorii zrostów. W praktyce jednakże rzadko wyłącznie na ich podstawie dają się zrosty owe rozeznąć; w większości bowiem przypadków obok zrostów istnieją zmiany miąższu płucnego, t. j. mniej lub więcej różległe stwardnienie, które, naturalnie, warunkuje wprost przeciwne objawy

fizykalne, a więc: oddech wzmożony, głos i drżenie klatki wzmocnione; jedynie więc w przypadkach, w których ogniska stwardnień są rozsiane i niewielkie, można na podstawie powyższych cech przypuszczać istnienie tej kategorii zrostu. W większości więc przypadków nie dają one objawów właściwych, przy pomocy których można by je napewno rozpoznać. Tembardziej, że nie wywołują one wyraźniejszych zaburzeń czynnościowych, a zmieniony typ oddychania występować może jedynie przy bardzo obszernych zrostach, najczęściej przy tej ich kategorii, które nazywamy zrostami opłucno-ściennymi. Ta kategoria zrostów bywa najczęściej następstwem zapaleń wysiękowych opłucnej, szczególnie ropnej natury. Wlokące się długo sprawy tej kategorii powodują owe kolosalne zgrubienia i zrosty płuc tak tęgie, że nieraz na sekcji jedynie nożem dają się rozdzielić; one to najczęściej zajmują większą część opłucnych, przymocowując i unieruchamiając płuco, i znosząc w zupełności lub w znacznej części właściwą jamę opłucną. Tej kategorii zrosty muszą bezwarunkowo wywierać swój wpływ szkodliwy na organizm dotkniętego nimi osobnika, upośledzając nie tylko czynności oddechowe, lecz i cyrkulacyjne. *W płucu bowiem, pozbawionemu częściowo lub w całości przez zarośnięcie jamy opłucnej istniejącego w niej ujemnego ciśnienia, warunkującego, jak wiadomo, normalne funkcje krążenia krwi i limfy oraz pośrednio wymianę gazów, musi wytwarzać się stopniowo zastój, szczególnie w częściach zarośniętych, następstwem czego bywają powoli rozwijające się objawy niedomogi sercowej.* Organizm stara się temu w pierwszych okresach przeciwdziałać przez zmienienie poniekąd typu oddechowego, który zaczyna być stale przyspieszonym; z biegiem czasu rozwija się coraz wyraźniejszy typ oddychania żebrowego. Przy istniejących bowiem zrostach nie może klatka piersiowa rozszerzać się równomiernie we wszystkich wymiarach, jak to bywa w stanie zdrowia; płuca, będąc unieruchomione i nie mogąc się rozszerzać należycie, usiłują odruchowo coraz głębiej i częściej oddychać, przez co powstaje rozszerzenie nadmierne klatki w niektórych jej częściach, mianowicie niezapadniętych, z wytworzeniem z czasem typu oddechu żebrowego. Naturalnie, powoli objawy zastoju występują coraz widoczniej, ujawniając się szczególnie po każdym nowym zaburzeniu cyrkulacji (świeże katary oskrzeli i t. p.); wreszcie, występują wyraźniejsze oznaki niedomogi

sercowej, wywołując szereg charakterystycznych objawów, podobnych do tych, jakie występują w okresie niedomogi sercowej przy rozedmie płucnej. Dalszym następstwem obszernych zrostów tej kategorii bywają zapalenia łącznotkankowe odpowiedniej części płuca, powodujące sprawę t. zw. marskości jego (cirrhosis), która również w wysokim stopniu upośledza czynność oddechową płuc, przyczyniając się również w następstwie do wytworzenia niedomogi sercowej.

Objawy właściwe znacznym i grubym zrostom opłucnej są wielce typowe, a opisane zostały w klasyczny sposób jeszcze przez Laënnec'a. Na miejscu przebytego zapalenia opłucnej, zakończonego mocnym wytworzeniem się zrostów, pozostaje stale głos opukowy nieco przytępiony, a oddech mocno osłabiony; tak samo i drżenie klatki piersiowej; jedynie w przypadkach, w których rozwinęło się następnie sklerotyczne stwardnienie pod zrostem przytykającego płuca, wystąpić może głos wzmożony, a nawet wydech z charakterem oskrzelowym. Obok powyższych znaków fizykalnych istnieją inne, wielce typowe objawy, a mianowicie: zapadnięcie w odpowiednim miejscu klatki piersiowej z następczym zbroczeniem kolumny kręgosłupowej wskutek zbroczeniem się chorego ku stronie zapadniętej; stąd też i chód tych chorych bywa wielce charakterystyczny, przypominając poniekąd chromanie. Rozpoznanie tej kategorii obszernych zrostów nie może przedstawiać ważniejszych trudności. Wyraźne zapadnięcie klatki, osłabiony oddech, głos i drżenie na znacznej przestrzeni, a wreszcie wywiady, wskazujące na przebyte, nieraz przed wielu laty, zapalenie wysiękowe opłucnej, pozwolą z wszelką ścisłością rozeznąć istnienie obszernych zrostów. Jeśli jednocześnie istnieją i w płucu zmiany następcze sklerotycznej natury, i do tego obszerne, to dają się one rozeznąć na podstawie wyżej skreślonych cech im właściwych. Zmiany niewielkie trudno napewno rozeznąć. Często objawy funkcjonalne ze strony oskrzeli, współcześnie istniejące, t. j. kaszel i wyrzucanie w obfitej ilości płwociny charakterystycznej, mogą pozwolić na rozeznanie jednocześnie istniejących rozszerzeń oskrzeli.

Tak się przedstawiają typowe szerokie zrosty, wywołujące wyżej wzmiankowane objawy. Występowały one w dawniejszych czasach prawdopodobnie o wiele częściej, niż dzisiaj w praktyce je widzimy. Zapewne wskutek tej okoliczności,

że postępy w rozpoznawaniu i leczeniu, szczególnie ropnych, wysięków nie doprowadzają do tak przewlekłych i długotrwałych, jak przedtem zapaleń, a stąd i następstwa ich pod postacią zrostów i wielkich zapadnięć widzimy dzisiaj stosunkowo rzadko. Zrosty występujące jednakże tak często po zapaleniach opłucnej, jak to wyżej wzmiankowaliśmy, w większości przypadków tylko przez pewien czas, nieraz kilka miesięcy z rzędu lub dłużej, powodują lekkie przytępienie i osłabienie oddechu. Powoli zaś, jak to wielokrotnie przekonać się mogłem, powraca normalny ton opukowy, a jedynie oddech i głos pozostaje, i to nie zawsze, nieco osłabionym. Natomiast zrosty, warunkujące ograniczenie ruchów oddechowych, powodują ograniczone ruchy dolnych granic płucnych, co daje się na drodze opukowej nieraz dokładnie określić. Badanie promieniami Roentgena może być również w tym kierunku wielce pożytecznym, wykazując upośledzone ruchy odpowiedniej połowy przepony. Wogóle jednakże można powiedzieć, że po kilku latach przebytego zapalenia opłucnej wytworzone zrosty mogą nie dawać żadnych wyraźniejszych zmian fizykalnych, pomimo że autopsya wykaże ich obecność, nieraz z zupełnym zarośnięciem jamy opłucnej. W większości więc przypadków, gdzie niemamy typowego zapadnięcia klatki, obecność ich jedynie przypuszczać będziemy mogli na podstawie stopniowo rozwijających się zaburzeń cyrkulacyjnych, które przy braku i innych mogących je powodować przyczyn (wyraźnej rozedmy płucnej) jedynie do obecności obszernych zrostów po przebytem nieraz przed wielu bardzo laty zapaleniu opłucnej odnieść będziemy mogli.



Przypadek przebicia macicy przy zbrodniczym spędzaniu płodu.

Podał Dr. Józef Bogdanik.

(Dyrektor szpitala w Białej — Galicya).

Austryacka ustawa karna srogie nakłada kary na zbrodniarzy dopuszczających się spędzenia płodu niewiasty. Wogóle § 145 u. k. grozi niewieście, która przedsięwzięła jakkolwiek czynność zmierzającą do spędzenia swego płodu karą od sześciu miesięcy do jednego roku, jeżeli zamiar nie powiódł się. Jeżeli zaś czynność ta pomyślnym uwieńczona została

skutkiem, to jest, jeżeli jej się istotnie udało płód spędzić, wtedy kara więzienia wynosi od roku do lat pięciu. § 146 u. k. nakłada tę samą karę na ojca spędzonego płodu, jeżeli się w jakikolwiek sposób do zbrodni tej przyczynił. Jeżeli zaś ktoś trzeci spędził płód bez wiedzy i woli matki, wtedy go czeka kara więzienia od roku do pięciu, a jeżeli matka przy tem życie straciła lub zdrowie jej szwank poniosło, wynosi kara od lat 5 do 10. Nadmienić się należy, że kara przewidziana § 145 u. k. czeka także każdego, który się do spędzania płodu przyczyni w myśl § 5 u. k. który mówi, że współwinny tę samą karę ponosi co ten, który się zbrodni jakiegokolwiek dopuścił. Pomimo tak wysokich kar śmiało można twierdzić, że niemal każda nieślubna ciężarna pozbyć się chce płodu i w tym celu udaje się o poradę do przyjaciół, akuszerok lub lekarzy, a tem samem już jej grozi kara przewidziana § 145; czynią to i mężatki zwłaszcza wtedy, jeżeli błogosławione są dziećmi.*) Do wiadomości sądowej

*) Obowiązujący w państwie Rosyjskim kodeks różnią spędzenie płodu, dokonano bez woli i wiedzy ciężarnej kobiety od takiegoż przestępstwa, dokonanego z przyzwoleniem i wiedzą ciężarnej. Na karygodność wpływają następstwa dla matki ze spędzenia płodu wynikłe, jak również względ, kto się czynu tego dopuścił. Jeżeli skutkiem będącego w mowie czynu jest uszkodzenie na zdrowiu lub śmierć matki, winny spędzenia płodu podlega surowej karze. Dokonanie spędzenia przez personel lekarski pociąga za sobą większe jeszcze obostrenie kary. W jednym tylko wypadku spędzenie płodu nie jest przestępstwem, a mianowicie, gdy przerwanie ciąży jest rzeczą niezbędną dla zachowania życia matki. Wynika to z zasad prawnej samoobrony. Dosłownie odpowiednie artykuły kodeksu kar głównych i poprawczych brzmią:

Art. 1461: Kto bez wiedzy i przyzwolenia kobiety ciężarnej w jakikolwiek sposób dopuści się spędzenia płodu, będzie karany: pozbawieniem wszystkich praw i zesłaniem do robót ciężkich w zakładach fabrycznych na przeciąg czasu od lat 4 do 6. Gdy występki ten, prócz spędzenia płodu, spowoduje u ciężarnej ciężki uszczerbek na zdrowiu, winny po pozbawieniu wszystkich praw skazany zostaje na zesłaniu do robót ciężkich w zakładach fabrycznych na czas od 6 do 8 lat. Gdy spędzenie płodu spowodowało śmierć ciężarnej, winny podlega po pozbawieniu wszystkich praw, zesłaniu do robót ciężkich w twierdzy na czas od 8 do 10 lat.

Art. 1462: Kto za wiedzą i przyzwoleniem kobiety ciężarnej rozmyślnie użyje środków, prowadzących do spędzania płodu, podlega: pozbawieniu wszystkich praw i osiedleniu w Syberyi. Sama zaś ciężarna, która z własnego popędu lub za zgodą osoby trzeciej użyje środków, prowadzących do spędzenia płodu, skazaną zostaje na: pozbawienie wszystkich praw i osiedlenie w Syberyi.

Art. 1463: Kary, zagrożone w art. 1461 i 1462, obostrza się: jeżeli spędzenia płodu dokonał lekarz, akuszer, akuszerka lub aptekarz i jeżeli zostało stwierdzone, że winny już przedtem dopuścił się takiegoż przestępstwa.

atoli stosunkowo dość rzadko zbrodnia ta dochodzi, bo zazwyczaj wtedy dopiero, jeżeli zabieg ten nieszczęśliwie się zakończył, albowiem wtedy przykry obowiązek zmusza lekarza do doniesienia. Mając w swej praktyce taki przypadek interesujący swą rzadkością, opiszę go niniejszem.

W dniu 26 września 1902 r. wezwano mnie do ciężko chorej Z. S., liczącej lat 34. Dowiedziałem się, że dotąd była 6 razy w ciąży i powiła dzieci zdrowe, obecnie zaś czuje się w ciąży od 2 miesięcy. W dniu 23 września wystąpiło krwawienie bez żadnej przyczyny podobno, a następnego dnia miała dreszcze, gorączkę i duszność. Od ubiegłej nocy nie oddaje moczu. Badanie wykazało sinicę, bezdech, brzuch wzdęty, bolesny. Tętno nitkowate, bardzo przyspieszone (140), ciepota ciała 36.2°C. Badanie miejscowe wykazuje powiększenie ciała macicy na 2 palce powyżej spojenia kości łonowych, ujście maciczne drożne dla końca palca, wydzielina z sromu brudna, mocno cuchnąca. W pęcherzu moczowym nieco moczu, który odprowadzono cewnikiem. Przedstawiłem chorą, że stan jej jest groźnym z powodu gnilnego zapalenia macicy, że tylko operacja jeszcze uratować ją może, żeby się zatem bezzwłocznie do szpitala udała. Usłuchano mej rady i tego samego poranka wyskrobałem z macicy resztki płodu ostrą łyżeczką. Pierwsze kawałki były zgniłe, mocno cuchnące, w miarę gdy m skrobał coraz głębiej miały strzępy wyskrobane wejrzenie coraz zdrowsze a cuchnienie zupełnie ustało. Po przepłókaniu jamy macicy roztworem sublimatu, wytamponowałem ją gazą jodoformową. Chorą podano wino, czarną kawę, okłady kreolinowe 1/2% na brzuch, ciepłe okłady na nogi. Stan chorej mimo to się nie poprawił i wieczorem tegoż samego dnia umarła.

Wobec tak gwałtownego przebiegu zapalenia otrzewnej podczas poronienia nie mogłem oprzeć się przypuszczeniu, że mamy do czynienia ze zbrodnią spędzenia płodu i doniosłem o tem c. k. sądowi powiatowemu pomimo, że mąż i rodzina zmarłej stanowczo twierdzili, że u niej żadna akuszerka nie była, ani nawet niejaka M. znana w tej miejscowości z tego, „że kobietom pomaga“. Sekcja sądowa lekarska zwłok przez władzę przeprowadzona potwierdziła w zupełności moje przypuszczenie. Znaleźliśmy *septyczne zapalenie otrzewnej powstałe wskutek przedziurawienia na ryłot dna macicy*. Oto okazuje Panom macicę wyciętą. Jest ona

znacznie powiększona, długość jej bowiem wynosi od ujścia pochwowego do dna macicy 10 cm. a ściana je ma 2 — 3 cm. grubości. Na wewnętrznej powierzchni jamy macicy widać resztki przyczepionego łożyska, a na dnie macicy jest początek kanału przebiegającego nieco skośnie ku górze i ku prawej stronie, przez całą grubość dna macicznego. W kanał ten z łatwością wsunąć można pręcik szklany o średnicy 5 m.m. Na wylocie otrzewnym tego kanału okrągłego była ziarnina wielkości dużego ziarna soczewicy, będąca w związku z otrzewną maciczną i tworząca rodzaj zastawki. Ziarnina ta oderwała się podczas demonstrowania preparatu kolegom z Białej.

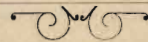
Mamy więc jeden z rzadkich przypadków mechanicznego spędzenia płodu, w którym dno macicy na wylot przebite zostało. Płód obumarły wywołał septyczne zapalenie śródmaciczne a kanałem zrobionym przedostały się istoty gnilne do jamy otrzewnowej, wznecając gwałtowne zapalenie otrzewnej z zejściem śmiertelnym.

Ze stanowiska sądowno lekarskiego rozchodziło się jeszcze o odpowiedź na pytanie, czy macicę przebiła sobie kobieta ciężarna sama, czy to uczyniła ręka obca. Znane są bowiem w literaturze przypadki, w których sobie ciężarne same zadały zranienia macicy celem spędzenia płodu. Nie znając atoli anatomicznego położenia macicy, nie mogąc natrafić na ujście maciczne narzędziem zazwyczaj nieodpowiedniemi wywoływały zranienia pochwy, szyjki macicznej z przedziurawieniem narządów sąsiednich, częstokroć nawet bez naruszenia płodu. Przeciwno temu zdaniu wystąpił Tarnier na posiedzeniu towarzystwa ginekologiczno-położniczego w Paryżu w dniu 9 czerwca 1902, twierdząc, że w literaturze nie ma dowodu, aby ciężarna zdołała sama sobie spędzić płód.

W niniejszym przypadku oświadczyliśmy się raczej za przebicciem macicy przez ręcę obcą, boć za tem przemawiał kierunek kanału w macicy o ścianach grubych, a przytem nie można przypuścić, aby wieśniaczka bez żadnego wykształcenia mogła mieć tyle wiadomości o anatomicznem położeniu macicy, żeby do jej wnętrza trafić mogła. Osoba wreszcie, na którą padło podejrzenie, że to uczyniła, znaną była z tego, że się dopuszczała spędzania płodu, co świadkowie potwierdzili.

Czyni te przyplaciła więzieniem a kobieta ciężarna, zbyt błogosławiona dziećmi, życie straciła. Mimo wysokich kar tedy nie usuwa się tej zbrodni, chodzi zatem jeszcze o wskazanie dróg ku zaradzeniu temu. Ustawodawca, nakładając kary, miał niewątpliwie na oku ochronienie matki, jako też płodu, celem przysporzenia ludności. Ciężkie warunki bytu, zwłaszcza u ludności biedniejszej a cóż dopiero u ciężarnych choć niezamężnych, niepohamowaną siłą pchają do zbrodni. Jeżeli tedy w interesie państwa leży zachowanie życia matki i płodu, wtedy zająć się powinno wychowaniem dzieci, nieślubnych przynajmniej. Jakież bowiem czeka los dzieci nieślubnie narodzone? Jeżeli się matka nie dopuści dzieciobójstwa, co łatwiej bezkarne uchodzi, aniżeli spędzenie płodu, to dzieci takie przeważnie giną z powodu niedostatecznego odżywienia a te, które się wychowają, zazwyczaj idą na bezdroża, mając wyciśnięte piętno swego nieślubnego pochodzenia. Opieka państwa — jedynie dobroczynny swój wpływ ten wyrzeć może.

Jak długo zaś państwo tego obowiązku nie uznaje, tak długo i jednostki nie zdołają spełnić swego obowiązku względem państwa, aby mu wydać zdrowych obywateli na ciele i umyśle. Lepszyby tedy państwo wyszło, gdyby nie miało tego balastu a wtedy należałoby się zezwolić na spędzenie płodu po zakładach. Tym sposobem możnaby uratować życie matek, a często spokój i cześć całych rodzin.



O mechanicznem leczeniu jaglicy.

Podał Dr. M. Likiernik (Łódź).

Kto dużo ma do czynienia z jaglicą wśród ubogiej ludności, przekonywa się, że nie tyle brak skutecznych środków leczniczych, ile niemożność dosyć częstego odwiedzania lekarza sprawia, że względnie mały procent tych chorych ma tyle wytrwałości, ile potrzeba do doszczętnego wyleczenia. Wskutek tego, jak również wskutek braku lekarzy, mających obowiązek bezpłatnego leczenia jaglicowych, choroba się rozszerza w rodzinach proletaryatu.

Ponieważ leczenie tych chorych w szpitalu jest u nas niewykonalne, przeto leczenie za pomocą takich środków, które chory sam albo ktoś z otoczenia zastosować może — staje się dobrodziejstwem, o ile

środek zastosowany rzeczywiście jest skutecznym.

W tym celu mogą polecić następujący sposób leczenia, który może być stosowany i przez nielekarza.

Przez odciągnięcie dolnej powieki palcem lewej ręki obnaża się fałdę przejściową dolną. Do fałdy przykładają się kulkę małego (9—10 ctm. długiego) mocnego termometru albo kulkę metalową, np. niklową, osadzoną na pręciku; taka kulka ma 8 do 10 milim. średnicy. Przed użyciem opłukuje się tę kulkę w półprocentowym roztworze Hydrargyri oxycyanati, co powtarzać należy parokrotnie podczas zabiegu.

Tą zwilżoną kulką wykonywa się przede wszystkim silny masaż fałdy przejściowej w kierunku poziomym, przy czem przyciska się ją wielokrotnie do krawędzi kostnej dolnego brzegu oczodołu. Po tem kulkę przyrządu opłukuje się w roztworze Hyd. oxycyanati i wilgotną wprowadza pod kąt zewnętrzny powieki, a następnie, odpychając, ile się da, powiekę górną od gałki ocznej, wprowadzamy kulkę aż do stropu worka łącznicowego, co się udaje niedotykając kulką zupełnie gałki ocznej; przy tem położeniu kulki w górnej fałdzie przejściowej powieka górna niby „jeździ“ na pręcie. Przez ruchy wykonywane kulką na prawo i lewo i przez forsowne jej odsuwanie od gałki ocznej; przez przyciskanie fałdy przejściowej górnej do brzegu oczodołowego górnego—wyciska się mechanicznie worek łącznicowy, rozciąga się chrząstka powiekową i mięsień okrężny powiek (m. orbicularis). To mechaniczne wyciskanie łącznicy i tkanek sąsiednich daje się dozować w miarę użytej do rozciągania i przyciskania (zawsze do brzegu oczodołowego) siły; może być ono ograniczone i do jakiejś tylko części worka łącznicowego. W przypadkach, w których zamierzamy jeszcze silniej rozciągnąć worek łącznicy, wprowadzamy pod górną powiekę obok kulki (10 mil.) jeszcze drugi gruby, gładki pręcik ze szkła i przez ruchy w różne strony, wzdłuż szpary powiekowej,—uciskamy wewnętrzną stronę powieki górnej.

W płynie używanym do spłukiwania (roztwór Hyd. oxycyan.) kulki instrumentu zbiera się dużo ropy, nabłonka, produktów wyciskania jaglicy, od których płyn mętnieje, opalizuje.

Rękoczyn może być wykonany kilkakrotnie jednego dnia—przez samego chorego, lub osoby z jego otoczenia, ewent. służby pomocniczej ambulatoryum lekarskiego.

Opisane działanie mechaniczne ma następujące wyniki:

1) Rękoczyn jest niebolesny, nie wymaga użycia kokainy. Tylko w przypadkach, w których niezwykle silnie rozciągamy worek łącznicowy, chorey się niecierpliwi.

2) Chorzy, którzy całymi miesiącami byli tuszowani Arg. nitrico. Cupro sulf., którym kilkakrotnie wyciskałem jaglicę, za pomocą szczypczyków Knappa—odczuwali poprawę od codziennie raz, przez mego posługacza, wykonanego rozciągania worka łącznicowego—bez używania innych środków lekarskich, a to: a) wskutek usunięcia skurczu mięśnia okrężnego, który istniał przed leczeniem lub też powstał od drażniącego tuszowania; b) wskutek usunięcia mechanicznego wielkiej ilości ropy, błon, i innych produktów jaglicy (o czem przekonać się można, kontrolując płyn, służący do opłukiwań); szczelina oczna rozszerza się, powieka staje się lżejszą, chorey traci uczucie ciała obcego pod powieką, które go do tarcia oka brudną chustką pobudzało.

3) Łącznica staje się wkrótce bladą, przezroczystą, a gruczoły Meiboma—widocznymi.

4) Chrząstka powiekowa traci swą charakterystyczną dla jaglicy, sztywność.

5) Wydzielina staje się skąpą; oczy które całymi latami były zrana sklezione a we dnie ciągle ropiały—już nie wydzielają płynu śluzowo-ropnego.

6) Nieznaczne stopnie podwinięcia powieki ku wewnątrz (entropion), przy których rzęsy chwilowo wskutek kurczu części rzęsowej mięśnia okrężnego drażnią gałkę oczną, ustępują normalnemu układowi się brzegu powiekowego.

7) Początki ectropionu (odwinięcia powieki) niezwykle prędko znikają.

8) Panus trachomatosus (łuszcza) goi się bez użycia innych środków, jak mechaniczne rozciągnięcie worka łącznicy.

W najcięższych przypadkach używam atropiny i maści żółtej (Hg. praecip. flav.)

Na początku leczenia—wskutek forsownego rozciągnięcia worka łącznicowego—następują lekkie wybroczyny krwi w wydzielinie oczów; znikają one po kilku sesansach.

W przypadkach świeżego nacieczenia rogówki, przy istniejącej jaglicy, kulkę instrumentu maczałem w ciepłym roztworze Hdr. oxycyanati i masaż, aż do usunięcia ostrych objawów, ostrożniej wykonywałem, powoli i stopniowo rozciąganie energiczniej stosując I w tych wypad-

kach widywałem prędką poprawę ostrej sprawy rogówkowej.

W przypadkach, w których szło o umiejscowienie i silniejsze działanie, masowałem palcem ułożonym na powiece, pod którą kulka była umieszczona.

Wycinając fałdę przejściową, i część chrząstki podług metody Jakobson-Heisrat-Kuhnt, zwalniamy biednych chorych prędko z kuracji; ale niekażdy jaglicowy kwalifikuje się do tak radykalnego postępowania. Najmniej tkanki obrażające leczenie Arg. nitrico, Cupr. sulf.—trwa za długo, a przytem musi być wykonane ręką lekarza. I inne metody mają swoich zwolenników, bo w rękach mistrza każda ma swoje zalety (elektrokaustyka, wyłączenie jaglicy, pędzlowanie ostrą szczotką metaliczną) Ale środki walki z jaglicą powinny być dostępne dla każdego lekarza, niemal—dla otoczenia chorego. Bo tylko tą drogą można do leczenia przekonać.

Taką metodą jest właśnie leczenie środkami mechanicznymi, jaką wyżej opisałem, którą posługiwać się może posługacz lekarski pod opieką lekarza, chory sam po wyuczeniu go prostej manipulacji, zresztą—osoby z otoczenia. Odkazujące działanie rozczyznu Hydr. oxycyanatu prawdopodobnie również nie jest bez wpływu leczniczego.

W przeciągu 2 miesięcy leczyłem w powyższy sposób 70 chorych. Rozszerzenia powieki za pomocą operacji kantoplastyki, którą przedtem często wykonywałem—zaniechałem; tuszowanie zaś miejscowe odwróconej powieki okazało się zbyt niebezpiecznym i chorzy, którzy doznawali dobrodziejstwa mechanicznego rozciągania worka łącznicowego, niechcieli się później poddawać innemu leczeniu. Część chorych wyciskanie załatwiała w domu i z poprawą przedstawiała się dla kontroli.

Jednym słowem, leczenie większej ilości ludzi ubogich, cierpiących na jaglicę, którzy ambulanse zapełniają, stało się prostym i niekłopotliwym.

Wreszcie, muszę dodać, że na sobie samym skutków mechanicznego leczenia doznałem. W przeciągu 5 lat—kilka razy tygodniowo—tuszowałem sobie łącznicę roztworem Arg. nitr.; raz zrobiono mi operację Knappa; mechaniczne leczenie samemu na sobie wykonywane usunęło cierpienie łącznicy doszczętnie w przeciągu kilku tygodni.

Spostrzeżenia z praktyki.

Przypadek zaczadzenia czadem z lampy.

Podał S. N. Godlewski (Kalisz) *)

W nocy z dnia 22 na 23 Marca r. b. dwaj officialiści kolei kaliskiej, P. i R., zostali znaleźieni w stanie nieprzytomnym, ze słabymi oznakami życia.

Ponieważ w pokoju, w którym znaleziono wspomnianych officialistów, był straszny swąd wyniesiono chorych na dwór, a następnie przewieziono do ambulatorium kolejowego.

Zaalarmowany przez służbę, przybyłem niezwłocznie na stacyę i znalazłem obydwóch chorych w stanie głębokiej śpiączki (coma).

Przy badaniu znalazłem: sinica; bardzo niska ciepłota; oddech powierzchowny; tętno nitkowate; nastrzyknięcie naczyni spojówki gąłkowej; umiarkowanie rozszerzone zrenice nie reagują na światła; bielizna i ubranie powalane wymiocinami oraz kałem.

Na podstawie wyników badania oraz wywiadów uznałem, że w danym wypadku mamy do czynienia z zaczadzeniem, czyli z zagorzeniem.

Po zastosowaniu środków pobudzających P. i R. zostali przewiezieni do szpitala Ś-tej Trójcy w Kaliszu, gdzie byli pod obserwacją i opieką lekarską kol. Wilczewskiego.

Z udzielonych mi informacji okazuje się, iż stan nieprzytomności trwał około 20 godzin.

Po odzyskaniu świadomości chorzy dodali następujące szczegóły: Wieczorem dnia 22 Marca, około godz. 9-ej wieczór, po spożyciu kolacji P. i R. położyli się do łóżek i czytali książki do jakiejś godz. 10-ej; następnie, przykręciwszy lampę, zasnęli.

R. obudził się w nocy ze strasznym bólem głowy i, poczuwszy potrzebę oddania stolca, wstał z łóżka, aby wyjść na dwór; nie był jednakże w stanie tego dokonać i oddał stolec w pokoju; następnie, widząc, iż lampka kopci, chciał ją zagasić; próbując to uczynić, upadł około stołu i stracił przytomność.

Drugi chory P., prawdopodobnie też próbował wyjść na powietrze, gdyż znaleziony został na ziemi przy drzwiach.

Po trzydniowym pobycie w szpitalu P. i R. zostali wypisani, jako zdrowi. Ze

*) Czytane na posiedzeniu Tow. Lek. w Kaliszu dnia 21/XI. 1903 r.

środków leczniczych w pierwszym dniu stosowano zastrzykiwanie podskórne eteru i kamfory; w drugim i trzecim dniu nie stosowano już żadnych leków. Przez pierwsze 24 godziny leżeli przy otwartych oknach.

W celu wykrycia przyczyny wypadku zostało wzdrożone urzędowe śledztwo z którego okazuje się, co następuje:

P. i R. nocowali w budynku położonym obok remizy parowozowej, przeznaczonym specjalnie na noclegi dla służby ruchu; pokój, w którym spali, miał długości 16½ stóp, szerokości 10 stóp i 8 cali, wysokości 11 stóp; był zupełnie oddzielony od innych pokoi, posiadał piec, jedno okno, i jedne drzwi, prowadzące do wspólnej sieni; wentylatora w pokoju nie było.

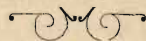
Poszukując źródła, któreby mogło wytworzyć czad, w pierwszym rzędzie zwróciliśmy uwagę na piec; ale wypadek nie mógł zależeć od tego pieca, który ma dobry ciąg i hermetyczne drzwiczki w dobrym stanie; t. zw. zasuwy nie ma. Nie było też w pokoju ani samowara, ani żelazka węglowego lub innego źródła, z którego mógłby powstać czad.

Oglądając i próbując potrawy, które pozostały w menażkach na stole, zauważyłem, iż lampa ma zakopcony cylinder, w rezerwoarze zaś nie ma prawie wcale nafty; służący zaś zeznał, iż poprzedniego dnia rezerwoar naftą napełnił, co zwykle wystarczało na 2 do 3 wieczorów. Lampkę na próbę zapalono i okazało się, iż śwędzi i kopci; oglądając palnik, zauważyliśmy, iż jest on brudno utrzymany i w dodatku znaleźliśmy w nim dużą muchę z opalonemi skrzydłami; po wyrzuceniu muchy lampa śwędziła, lecz niekopiła. Nie ulegało tedy wątpliwości, iż P. i R. zasnęli z wieczora i zostawili na noc zapaloną, lecz przyciemnioną lampę, co spowodowało wytwarzanie się znanego śwędu; podczas ich snu do lampy wpadła duża mucha i dostała się pod guziczek palnika; ta okoliczność spowodowała kopcenie lampy.

Obecny przy śledztwie naczelnik depôt, pan K., który, pierwszy przybył na na miejsce wypadku, zeznał, iż tym samym śwędem był przepelniony pokój, w którym pp. P. i R. ulegli zaczadzeniu; tym śwędem przeszło ubranie zaczadzonych, oraz wszystkie przedmioty, które się w pokoju znajdowały; świad ten czuć było w pokoju jeszcze w parę dni po wypadku, pomimo iż piec był otwarty przez ten cały czas.

Opisany przypadek zasługuje na uwagę z tego powodu, iż lampa rzadko bywa przyczyną zagorzenia. Niewspominają o tem ani Kasper i Liman w podręczniku medycyny sądowej, ani Ziemssen w swoim wykładzie chorób z zatrucia. Z obecnych tu kolegów jedynie doktorowi Wilczewskiemu znany jest wypadek zagorzenia od lampy, z zejściem śmiertelnem. Organy policyi kolejowej, znalazzsy ślady wymiotów i wypróżnień, przypuszczały otrucie, a niemając pod ręką winowajców — samobójstwo w celu uzyskania premii ubezpieczeniowej dla rodzin.

Jednakże dane badania lekarskiego, przebieg choroby, jak również zeznanie otoczenia i samych poszkodowanych, wyraźnie wskazują, iż mieliśmy do czynienia z przypadkowym zaczadzeniem czadem z lampy.



St. Serkowski i J. Maybaum.

Projekt ankiety w sprawie częstości raka w Królestwie Polskim*)

I.

Dotychczasowe badania nad etyologią raka postępowały albo drogą anatomiczną (Virchow, Thiersch, Waldeyer, Cohnheim, Lubarsch, Ribbert, Hansemann i in.) albo też — w czem głównie wzięli udział klinicyści i bakterjodzy (Leyden, Leopold, Doyen, Adamkiewicz, Busse, Sanfelice, Klein, Brai t. d.) — drogą biologiczną, uznającą swoiste paserzyty za przyczynę raka.

Etyologia guzów nie jest jednolitą; przyczyny w jednych wypadkach nie można wcale stwierdzić z pewnością, a w innych — równocześnie może oddziaływać kilka bodźców (Czerny).

Istnieją guzy, powstałe *ze szczególnych wrodzonych zaczątków*, tak, iż poniekąd można je uważać za miejscowe potworności tkankowe, które rozwijają się albo już w embryonalnem życiu albo też w późniejszych okresach, przyczem *uraz* może służyć jako bliższy powód do rozwoju istniejącego już zaczątku. Embryonalna teoria Cohnheima ma zastosowanie tylko do pewnych guzów, ale niemożliwym jest uznać

*) Streszczenie odczytu, wygłoszonego dnia 25/XI. 1903 roku w Tow. Lek. Łódzkim.

ją za ogólną przyczynę wszelkich nowotworów. W pewnej odsetce przypadków (7 do 14%) złośliwe nowotwory powstają po *urazowych* uszkodzeniach tkanek. Nie raz tworzenie się guza przyłącza się do *stanów zapalnych*, niezależnie od przyczyny. Czerny jest tego zdania, że uraz wytwarza tylke locum minoris resistentiae, w którym może okazać swe działanie swoisty pasorzyt.

Podług teorii Ribberta, rozpoczyna się od zapalnego procesu w tkance łącznej; skutek tego nabłonki tracą z ostatnią organiczny związek i rosna samoistnie. Lubarsch przemawia za tą teorią, Katz zaś twierdzi, że przy wielu rakach, zwłaszcza w początkowych okresach, niema żadnego wyosobnienia nabłonków od tkanki łącznej.

Inna zaś teoria objaśnia powstanie raka *niejednako wmi zmianami wstecznymi* różnych części tkanki: przy rozwoju raka skóry łączna tkanka ma ulegać degeneracji, podczas gdy nabłonki znajdują się w pełnym posiadaniu zdolności bujania. Teorie Thierscha, Waldeyera, Cohnheima, Hansemana i in., nad którymi tu zatrzymywać się nie możemy, nie tłumaczą nam ani dlaczego pod wpływem jednakowej przyczyny raz powstaje nieznaczne wybujanie tkanki, a kiedy indziej—złośliwy nowotwór, skłonny do nieograniczonego rozwoju, ani też dostatecznie nie objaśniają istoty odrodzenia nabłonków w starszym wieku, w okresie ogólnego zwyrodnienia.

Verneuil i jego uczniowie twierdzili, że gościec gra ważną rolę w genezie raka, a Braithwaite wskazywał na nadmiar soli w pożywieniu i nadmiar wogóle pożywienia, zwłaszcza mięsa. Pośrednią drogę między teorią anatomiczną a pasorzytniczą wybrał Kelling, który uważa elementy nowotworu nie za komórki ustroju, lecz za przeszczepione drogą transplantacji do ustroju komórki „obce“ i rozmnażające się w nim: komórki nowotworu odróżniają się od normalnych komórek morfologicznie i chemicznie; takie „obce“ komórki mogą pochodzić albo od osobnika tegoż samego gatunku, z rakowych nowotworów, albo nawet od niższych zwierząt i wyrastać w postaci samoistnej, swoistej tkanki nowotworowej. Wogóle, obce komórki mogą przedostać się do ustroju bądź bezpośrednio od chorych lub drogą pośrednią (narzędzia lekarskie, owoady, woda, produkty spożywcze i t. d.). Przez zaszczerpienie osłabionym psom (zdrowe nie reagowały!) komórek ślimaka, K.

wywoływał złośliwe nowotwory. Dodatni wynik szczepień na zwierzętach Jensen uważa nie za infekcję, lecz za transplantację. Ostatni autor w ciągu 2 i pół lat przeszczepiał złośliwe nowotwory z jednej białej myszy na drugą z pomyslnym skutkiem — przez 19 pokoleń! Charakterystycznym zjawiskiem w doświadczeniach Jensen a, spostrzeganem też w pracach innych autorów (Sanfelice), jest ta okoliczność, że początkowo ma miejsce rozpad i nekroza dużej części zaszczerpionej tkanki, a następnie dopiero jedna lub kilka grup komórkowych zaczynają rozrastać się szybko. W związku z teorią Kelling a, przypominamy, że A. Klug przypisuje rolę bodźca przy tworzeniu się raka meruliocytom (*merulius lacrymans*), których dużo znajduje się w domach wilgotnych i po powodziach, a do ustroju mogą przenikać z wodą i surowemi owocami.

W 8 i 9 dziesięcioleciu ubiegłego wieku za przyczynę raka uważano bądź to *sporoza* wogóle, bądź też *coccidia* w szczególności; w tym-że czasie zjawił się też *rhopalocephalus carcinomatosus* Korotniewa, a także *ziarnka fuchsiny Russela*. Wślad za tym nastąpił drugi okres ogólnego zwątpienia: autorowie wielu prac starali się dowieść, że rzekome pasorzyty są to zwyrodniałe komórki albo przypadkowe komórkowe wpojenia, jakich zwłaszcza dużo bywa w nabłoniakach. Takie rzekome pasorzyty Virchow w swoim czasie nazwał „cellulae physaliphorae“. Okres drugi należy do prac Thoma, Sjöbringa, Sudakiewicza i wielu in. Od r. 1895 i 1896 rozpoczął się znów szereg prac, przemawiających za pasorzytniczą teorią raka, a początek temu ruchowi dali Bussel i Leyden. O ścisłym podziale rozwoju nauki o etyologii raka na pewne trzy okresy niemoże być mowy, i w nowszych bowiem czasach zjawiają się zwolennicy teorii pierwszego okresu (Feinberg, Adankiewicz, Miecznikow, Bose), niemało też do dzisiejszego dnia pozostało pionierów anatomicznej teorii (Ribbert, Lubarsch Petersen-Exner, Spirlas i in.) którzy nie myślą wcale złożyć broni; a w najnowszych czasach zjawiła się też oryginalna teoria Kelling a o „obcych“ komórkach.

Trzeba przyznać, że istnieje dużo powodów do omyłek rozpoznawczych przy badaniu raka i uznania rzekomych pasorzytów za rzeczywiste: stąd też wyradza się sceptyczne zapatrywania na mnożące się odkrycia i wynalazki klinicystów. Przyczynić się też może do tego w znacznym

stopniu spór między Schüllerem a Vöckerem. To, co pierwszy uznał za swoiste pasorzyty, to samo drugi uważał za najwyraźniejsze komórki korkowe. Również sceptycznie zapatrujemy się na badania Feinberga, Kydena, Doyena i wielu innych autorów, choćby dlatego, że grzeszą brakiem ścisłej metodyki.

Jak to już zgóry można było przewidzieć, znajdowano wielokrotnie w charakterze pasorzytów raka przeróżne bakterye. Tu wspomnieć należy o *bacillus carcinomatis Scheuerlena* (1887 r.), t. zw. „Krebsbacillus“. Ross w roku zeszyłem w Kalkucie miał wyosobnić czystą hodowlę laseczników raka na stałych podłożach i wywoływać u morświnek rakowe nowotwory przez szczepienie czystych hodowli. Prof. Doyen stale znajdował w nowotworach ziarniaki—*micrococcus neoformans*, które znajdują się w obwodowej części nowotworu. Zdaniem Bosca, żadnym bakterjom nie można przepisywać roli bodźca w tworzeniu się nabłonniaków, a—podług Curtisa, wszelkie, nawet nie ulcerowane guzy obfitują w drobnoustroje.

W wysiękowym płynie przy ascites znalazł Leyden ruchome komórki o ruchach pełzakowych, które Schaudin u uznał za samodzielne ustroje, za ameby. „*Leydenia gemmipara Schaudinni*“ była znaleziona jeszcze kilkakrotnie w tychże warunkach przez Leydena i raz przez Launsteina. Również ameby stale znajdował w soku, wyciskanym nożem z powierzchni przekroju raka, i Kyden. Ten ostatni, zarówno jak i Podwysocki, stwierdza analogię między nowotworami a naroślami kapusty, wywoływanemi przez *plasmiodiophora brassicae*; szczepienie zabitych zarodników tego pasorzyta nie wytworza narośli, w których tworzeniu się biorą udział żywe ustroje komórkowe, a nie mechaniczne rozdrażnienie. G. Eisen uważa jako przyczynę raka, „*cancriamoeba macroglossa*“, a Sjöbring znalazł pasorzyty o ruchach pełzakowych, zbliżone do amebosporydii, i nazwał je „*Pimelodea*“. Bosc, na mocy analogii z nabłonniakami owczej ospy („*claveloux*“), przypisuje *sporozoa* przyczynową rolę w powstawaniu nabłonniaków. Do tejże grupy zalicza pasorzyty raka i Feinberg.

Znany z wprowadzenia kankroiny Adamkiewicz już w r. 1892 wypowiedział twierdzenie, że kankroidy wcale nie składają się z nabłonkowych komórek, lecz że są to konglomeraty (zbliżonych morfologicznie do nabłonków) pasorzytów, a mianowicie *kolegdyi*, które mogą być

wprowadzone do ustroju przez ukłócie owadów.

Przechodząc do mającej najwięcej zwolenników *teorii blastomycetów*, zwracamy uwagę, że chaos pojęć jest tu jeszcze większy: dość powiedzieć, że wyosobniono już 19 gatunków w chorobotwórczych drożdży, jako pasorzytów raka; identyczność wielu z tych gatunków wykazali w całym szeregu prac Busse i Sanfelice. Chorobotwórcze dla ludzi i zwierząt drożdże znane już były od roku 1884 (Miecznikow). Busse wyosobnił w jednym przypadku przewlekłego ropnego cierpienia, mającego pierwotnie charakter sarcoma tibiae, — grzybki drożdżowe i pierwszy też wskazał na zbliżony morfologicznie kształt tych grzybków z wewnątrzkomórkowymi tworami złośliwych nowotworów.

Wśląd za nim Sanfelice publikuje cały szereg prac o chorobotwórczych drożdżach. Już w r. 1895 wypowiedział mniemanie, że *pasorzytami nowotworów są drożdże* i wyosobnił *saccharomyces neoformans, granulomathogenes i lithogenes*, dowodząc, że *drożdże mogą zakażać nabłonek, wywoływać jego bujanie, lecz same pod wpływem biologicznych warunków w komórce — zatracają przytem zupełnie swą pierwotną budowę*.

Sanfelice rozróżnia w pasorzytniczych komórkach zawartość i otoczkę: pierwsza bywa albo jednolitą albo też w postaci ciemniej zabarwionej środkowej masy, otoczonej nieraz koncentrycznemi pierścieniami; w świeżo wyosobnionych z ustroju blastomycetach widoczną jest silnie załamująca światło otoczka o różnej grubości; nazewnątrz niej bywa jeszcze druga hyalinowa obwódka. W zarodki komórek nabłonkowych tworzy się pusta przestrzeń w postaci przejrzystego pierścienia wokół pasorzyta; w jednym nabłonku może się gnieździć kilka pasorzytów. Bezpośredniego stosunku między rozwojem nowotworu a ilością drożdży niema: początkowo duża obfitość drożdży zmniejsza się z rozwojem guza. *Sacch. neoformans zaszczipione* w czystej hodowli psom mogą wywołać w narządach — *nabłonkowe nowotwory*, co do przebiegu i budowy zupełnie identyczne ze złośliwymi nowotworami u człowieka; te same *drożdże, zaszczipione zaś do żył, wytwarzają guzy charakteru tkankolącznego*. Wewnątrzżylnie szczepienia częściej (70%) dają dodatni wynik, aniżeli szczepienia do narządów.

Wogóle, większość autorów (Foa, Borrel, Ruffer, Walker, Plimmer, Clarke, Goloway, Sawczon-

ko, Suda k i e w i c z i w. in.) zawsze stwierdzała w endotheliomatach i czasami w rakowych nowotworach skórno-pochodzenia obecność wewnątrz komórek swoistych pasorzytów, identycznych z opisanymi przez San felice, a W ł a j e w wyosobnił blastomycety z mięsaka macicy. W ciągu 6 lat Plimmer zbadał 1278 rakowych nowotworów różnych narządów i w znacznej większości (1130) znajdował wewnątrz komórek drożdże. W 9 przypadkach stwierdził je w tak wielkiej obfitości, iż prawie nie było nabłonka od nich wolnego. G a y l o r d potwierdził wniosek Plimmera. Dodatni wynik szczepień na zwierzętach otrzymali Klein i M a y e t. Według badań L. L o e b a dodatni wynik szczepień może dać transplantacja nowotworu z jednego zwierzęcia *na te same odmiany zwierząt*. Niedawno L e y d e n z powodzeniem przeszczepił na psa carcinoma penis, a w jednym przypadku stwierdził potem nawet przerzuty. Również dodatnie wyniki transplantacji otrzymali M a f u c c i, H a n a u, M o r a u, B r a, V e l i c h, L i v i n g o o d, B o r r e l, J e n s e n i in.

Z nowszych zwolenników pasorzytniczej teorii możemy wymienić znanego ginekologa L e o p o l d a, który w setkach rakowych nowotworów różnego umiejscowienia wyosobnił drożdże i potępia tych autorów, co przemawiają przeciw pasorzytniczemu pochodzeniu raka jedynie na mocy drobnowidzowych preparatów. Również B r a z wielkiej liczby złośliwych guzów wyosobnił drożdże, które zalicza do rodziny askomycetów. W r. 1899 C a s a g r a n d i z mięsa wyosobnił *saccharomyces infiltrans*.

W tem krótkim streszczeniu nie możemy przytaczać ani szczegółów badań nad chorobotwórczymi drożdżami i własnościami surowicy chorych na raka (M a l v o z, B r o u h), ani seroterapii raka (B r a, W ł a j e w, E n g e l), ani też prób wytwarzania antagonizmu między rakiem z jednej a febris interm. tert. (F. L o e f f l e r), gruźlicą lub paciorkowcami — z drugiej strony.

W nowszych czasach, jak i dawniej, istnieje niemało przeciwników pasorzytniczej teorii raka; do nich należą J. S c h ü t z, J e n s e n, P e t e r s e n i E x n e r, S p i r l a s, C u r t i s, L u b a r s c h i w. in. „Drobnoustroju raka,—mówi Curtis—jeżeli wogóle istnieje, nie można wykryć żadnymi, dotychczas znanymi histologicznymi, bakteriologicznymi i doświadczalnymi badaniami“ Jensen obecność rze-

komych pasorzytów w niektórych guzach objaśnia „*keratohyalinową degeneracją*“.

O. L u b a r s c h wypowiada następujące tezy:

1) Dotychczas nie udało się stwierdzić jakichkolwiek drobnoustrojów, jako swoistej przyczyny raka lub innych rzeczywistych nowotworów.

2) Dotychczas nie udało się udowodnić jakiegokolwiek analogii z państwem zwierzęcego lub roślinnego, która mogła by objaśnić pasorzytnicze pochodzenie nowotworów.

3) Ani wnioski statystyczne i epidemiologiczne, ani badania doświadczalne lub spostrzeżenia kliniczne nie przemawiają na korzyść pasorzytniczej teorii raka.

Jakkolwiek większość badaczy przemawia kategorycznie za teorią blastomycetów, my nie czujemy się w prawie, na mocy zestawionych danych, wypowiedzieć się ani za tą teorią, ani przeciw niej. Być może obecność drożdży w rakowej tkance, bardziej częsta, aniżeli bakteryi, dałaby się objaśnić przypomnieniem ogólnie zapomnianej dzisiaj pracy F r e u n d a, który w r. 1889 stwierdził, iż *tkanki nowotworowe przy raku zawierają dwadzieścia do trzydziestu razy więcej wodoranów węgla od normalnej tkanki (nawet w początku choroby, kiedy niema żadnego charłactwa), a krew zawiera stosunkową ilość cukru i wodoranów węgla dwa i trzy razy większą od normalnej krwi: zarówno więc krew chorych na raka, jak i same rakowe nowotwory mogą być najbardziej odpowiedniemi podłożem do rozwoju przypadkowych saprofitujących drożdży*.

Dążenie do wyjaśnienia tych zawiłych kwestyi pobudziło nas do ogłoszenia niniejszej ankiety i zebrania tą drogą jak najobszerniejszego materiału statystycznego.

II.

Na skutek doniesień różnych autorów, że liczba chorych na raka wzrasta z roku na rok, zaczęto w latach ostatnich pilną na tę sprawę zwracać uwagę. Jednocześnie z pracami nad powstawaniem raka wyszły z druku mniej lub więcej wyczerpujące dane statystyczne, dotyczące rozpowszechnienia raka wogóle i śmiertelności z powodu raka w pojedynczych wsiach, miastach, okręgach i całych państwach.

Badania nad rozpowszechnieniem raka pod względem geograficznym wykazują, że rak jest nieznany w klimacie chłodnym, mało znany w sferach podzwrot-

nikowych, a najczęściej się spotyka w paśmie umiarkowanym.

Spisu jednodniowego chorych na raka w całym państwie dokonano dn. 15 października 1900 r. w Niemczech i Holandyi. Obie te statystyki wykazują rozpowszechnienie raka w danych państwach w stosunku do gęstości zaludnienia pówsiach i w miastach, wpływ zajęcia, dziedziczności, określają stopień zaraźliwości, a także rolę wody w powstawaniu raka, rolę mieszkań i t. d.

Zestawienia porównawcze przypadków śmierci z powodu raka dały wynik następujący:

1) w Niemczech wzrasta rak od r. 1892 do 1898, z roku na rok (Wutzdorf);

a) w Prusiech zmarło w r. 1881 na sto tysięcy mieszkańców osób 31,2 na raka, w r. 1900 osób 43,1 (Finkelburg);

b) w szpitalach pruskich przypadało na 100 chorych nowotworów złośliwych w 1877 roku 1,4, a w 1896 r.—2,4 (Heiman);

c) w Berlinie zmarło na raka w roku 1876 osób 1783 na milion mieszkańców, w roku zaś 1895—osób 3312 (Hirschner);

d) w Hamburgu wynosi przyrost śmiertelności zmarłych na raka od 1872 do 1898 z 71,03 do 97,82 w obliczeniu na 100,000 żyjących (Reind);

2) w Anglii wynosiła śmiertelność z powodu raka

w latach 1861-1870 pro mille 2,42

„ 1871-1880 „ „ 3,12

„ 1880-1890 „ „ 4,30

3) w Ameryce północnej zmarło na raka na 100,000 mieszkańców

w roku 1870 osób 35,4

„ 1898 „ 66,4;

4) we Włoszech wzrosła liczba chorych na raka za czas od 1887 do 1899 roku ogółem o 30%;

5) w Szwecyi stanowiła śmiertelność na raka w latach

1875-1879 przeciętnie 3,57% ogóln. śmiertelności

1895-1899 „ 6,27% „ „

Zmarło na 100,000 mieszkańców

w latach 1880 1888 1900

6) w Szwajcaryi 114,4 132,4

7) „ Austrii 37,6 49,1 73,9

8) „ Holandyi 50,1 69,0 96,9

9) „ Norwegii 43,0 54,0 85,0

10) „ Szkocyi 46,3 62,8 88,0

11) „ Irlandyi 34,3 43,0 58,0

12) „ Paryżu 98,2 107,1 121,0

Dane powyższe, pochodzące ze źródeł urzędowych, wykazują znaczny przyrost śmiertelności z powodu raka.

Wprawdzie możnaby przyrost ten uważać jako pozorny, a wywołany przez to, że rak bywa obecnie—dzięki postępom w metodach badania—częściej rozpoznawany lub przez to, że wskutek poprawy warunków higienicznych więcej osób dochodzi do wieku późniejszego, uspasabiającego do raka i t. d., to jednak, nawet w takim razie, cyfry śmiertelności z powodu raka są tak bezwzględnie wysokie, że wzrastające z tego powodu zaniepokojenie jest w zupełności usprawiedliwione.

W całym świecie pilną zwracają obecnie uwagę na sprawę raka i czynią kroki do walki z tem strasznym cierpieniem; w Anglii, Niemczech i Holandyi zawiązały się komitety w celu zbadania raka, w Chicago odbył się zjazd specjalny, aby wynaleźć środki zwalczania raka, w Berlinie wychodzi czasopismo wyłącznie kwestyi raka poświęcone, w Moskwie powstał szpital dla rakowatych i t. d.—a we wszystkich prawie państwach zajęto się układaniem statystyk zbiorowych, dotyczących raka. I słusznie, bo tylko wspólna praca owocną być może, a rozwiązanie sprawy raka, przynajmniej jej wszechstronne zbadanie, to obowiązek naszego wieku.

Jako wzór do zbierania danych statystycznych będzie służył szemat następujący.

O d e z w a.

Szanowny Kolego!

Ogłaszane w ostatnich latach z różnych krajów wiadomości i dane statystyczne, dotyczące raka, zaniepokoiły świat lekarski i szeroki ogół.

Zewsząd donoszą, że liczba chorych na raka wzrasta z roku na rok, że straszna ta choroba, o ile dotyczyła dotąd przeważnie ludzi starszych, porywa obecnie coraz częściej ludzi młodych, że rak jest dziedziczny, zaraźliwy i t. d., i t. d.

W celu zbadania sprawy, wszechstronnego jej oświetlenia i wynalezienia środków do zwalczania raka zawiązały się w rozmaitych krajach komitety specjalne.

Pierwszem zadaniem komitetów było ułożenie statystyki zbiorowej chorych na raka w danym kraju.

Statystyki takie niewątpliwie się przyczynią do rozjaśnienia kwestyi i posłużą jako bodziec do dalszej w tym kierunku pracy.

Wobec raka jesteśmy tymczasem zupełnie bezsilni. Rozpoznanie tego cierpienia równa się zwykle wyrokowi śmierci,

Założenie zakładu.

W 1896 roku zbudowało Łódzkie Chrześcijańskie Towarzystwo Dobroczynności przy ul. Dzielnej przytułek dla starców i kalek w dużych rozmiarach, na 300 łózek.

Wobec naglącej potrzeby, wykazywanej wciąż na posiedzeniach Zarządu Towarzystwa przez p. R. Finstra, dobudowano w roku następnym przy przytułku starców pawilon, który miał służyć jako tymczasowe schronisko dla dwudziestu kilku umysłowo-chorych, z lekarzem przychodnim. Niedostateczność tego pierwszego w czterechsettyśmiesięcznym mieście schroniska dała się prędko we znaki i już urzędowe „Sprawozdanie z działalności Łódzkiego Chrześcijańskiego Towarzystwa Dobroczynności“ za rok 1898 wyraźnie stwierdza, że „obecny lokal schroniska dla obłąkanych jest nieodpowiedni, bo jest ciasny, a co najgłówniejsze — nie odpowiada obecnemu swemu przeznaczeniu. Pierwotny lokal miał służyć jako *czasowe* schronisko dla obłąkanych, tymczasem siłą rzeczy tymczasowość zmieniło się w stan *trwały*, głównie z tej przyczyny, iż chorzy na miejsca w Tworkach doczekać się nie mogą“. Zaszły w tym czasie, według powyższego sprawozdania, wypadek pobicia chorej przez służącego, przynaglał do zaprowadzenia radykalnej reformy. Wobec takiego stanu rzeczy zdecydował się Zarząd Tow. rozpatrzyć bliżej myśl „zbudowania odpowiedniego zakładu poza miastem w takim rozmiarze, na jaki pozwoli obecny stan fundusów Towarzystwa“.

Wyznaczona przez Zarząd dla zbadania i przeprowadzenia tego projektu specjalna komisja wzięła się tak energicznie do dzieła, iż już sprawozdanie z roku następnego 1899 zawiadamia o nabyciu posiadłości „Kochanówka“, odległej o 8 wiorst od Łodzi i położonej tuż przy szosie Aleksandryjskiej. Jeżeli taka odległość od miasta w pierwszych paru latach daje się nieraz dotkliwie odczuwać, wskutek trudności porozumiewania się z Zarządem szpitalnym, trudności komunikacyjnych, dostaw żywności szczególniej i t. d., to jednak niewątpliwie jest, iż zalety wiejskiego życia, powietrze, duża przestrzeń spacerowa, możliwość pracy ogrodowej, polnej i t. d. stokrotnie owe przejściowe przykrości wynagradzają.

Kupiona posiadłość składała się z 40-morgowego obszaru ziemi, z którego około 9 morgów przypada na grunt orny,

około pół morga na łączkę, resztę zaś, około 30 morgów, zajmuje przeważnie las sosnowo-brzozowy. Cała ta przestrzeń 30-morgowa okolona jest zwykłym wiejskim płotem i stanowi ogród, przecięty na dwie mniej więcej równe części przez dwanaście wyciągniętych w jedną linię skromnych domków drewnianych, które podówczas były bez pieców i innych urządzeń zimowych, gdyż służyły łodzianom jako „letnie mieszkania“. Parę zabudowań gospodarskich, mieszczących kuchnię, stajnię, wozownię, pokoje dla służby, uzupełniało całość nieruchomości owoczesnej Kochanówki.

Prawdziwe trudności rozpoczęły się dopiero od chwili nabycia posiadłości. Pierwotny projekt wzniesienia czterech dużych pawilonów dla chorych widział się Zarząd Tow. zmuszonym cofnąć, dla braku funduszków, wywołanego ciężkim zastojem w świecie przemysłowo-handlowym, na co się uskarżają sprawozdania z tych lat. Trzeba się było wskutek tego ograniczyć do budowy dwóch tylko pawilonów, a także zaniechać myśli wzniesienia murowanego budynku gospodarczego, poprzestając na przeróbce istniejących zabudowań drewnianych. W trakcie wznoszenia pawilonów i ich urządzeń okazało się znowuż, iż Zarząd zmuszonym był „osuszyć część gruntu w Kochanówce, aby umożliwić rozpoczęcie robót około założenia ogrodu, co z przyczyny wilgoci gruntu dotychczas nie było możliwym“.

Bez żadnej pomocy zewnętrznej, czerpiąc środki pieniężne wyłącznie z kasy Tow. Dobr. i ze składek*) przewyciężył Zarząd Tow. i Komitet Kochanówki wszelkie trudności, i powstał zakład na sto etatowych łózek, do którego już w dniu 17 września 1902 roku**) można było przeprowadzić aż 53 chorych z dotychczasowego przytułku, ogromnie już spełnionego à conto blizkiego otwarcia Kochanówki.

Przeprowadzka ta nie była jeszcze bynajmniej równoznaczną ze spoczęciem na laurach. Zakład został wyekwipowany skromnie dla tej właśnie ilości chorych, która została przeniesioną z przytułku. Szybki napływ dalszych chorych, zupełnie nieproporcjonalny do napływu dochodów, powodował ciągły brak wszystkiego — łózek, mebli, pościeli, naczyń

*) Szczegółowe sprawozdania finansowe Kochanówki pomieszczone są w ogólnych sprawozdaniach z działalności Łódz. Chrz. Tow. Dobr.

**) Data 17 października, podana w sprawozdaniu z działalności Tow. Dobr., jest omyłką druku.

kuchennych, bielizny itd. itd., słowem wszystkich urządzeń instalacyjnych, które można było nabywać dopiero po pokryciu wszystkich bieżących wydatków zakładu. Zdarzało się przytem w nowym szpitalu, z nowemi urządzeniami, które chwilowo jeszcze zawodziły, że bywało i chłodno, i ciemno, i wody brakło, i ludzi było niewiele do latania tych braków środkami zastępczymi.

Dziś, po roku istnienia, kiedy zakład mieści już stale i wygodnie stu kilkudziesięciu chorych i zadawalnia większość ich potrzeb w sposób zupełnie wystarczający, są jeszcze dwie potrzeby rzeczywiście naglące. Jedną z nich jest kanalizacja, która dotąd mogła być przeprowadzona w niedostatecznych jeszcze rozmiarach, mianowicie samych tylko pawilonów. Grunt jest w Kochanówce wszędzie piaszczysty (około 10 łokci w głąb); pod piaskiem — mułek gliniasty na głębokości kilkudziesięciu łokci. Woda gruntowa stoi na $1\frac{1}{2}$ — 2 łokci pod powierzchnią, wskutek czego — lub może wskutek właściwości piaszczystej powierzchni, gdyż piasek ten nie jest żwirowym, ale drobnoziarnistym, — w niektórych częściach ogrodu jest wilgoć, tak iż projektowaną jest gruntowna kanalizacja terenu.

Drugą, również nagłącą potrzebą Kochanówki, jest woda. Studnia dostarcza jej w ilości całkiem niedostatecznej, a i ta mała ilość, jaką zakład posiada, jest według łaskawej analizy kol. Serkowskiego do picia zupełnie niezdatną, gdyż zawiera resztki organiczne i w dużej ilości bakterye gnilne i bact. coli comm. Stąd częstość zaburzeń żołądkowo-kiszczowych w ubiegłym roku, pomimo przestrzegania, aby chorzy i zdrowi pili wodę tylko przegotowaną. Dotkliwy ten brak będzie już w blizkiej przyszłości usunięty, dzięki otiarności p. Edmunda Stephanausa, który będąc w komitecie gospodarzem honorowym zakładu, z okazji srebrnego swego wesela rozpoczął już przed dwoma miesiącami wiercenie studni artezyjskiej przy budynku, mieszczącym motor i dynamomaszynę, aby siłę konia zastąpić czysto mechaniczną.

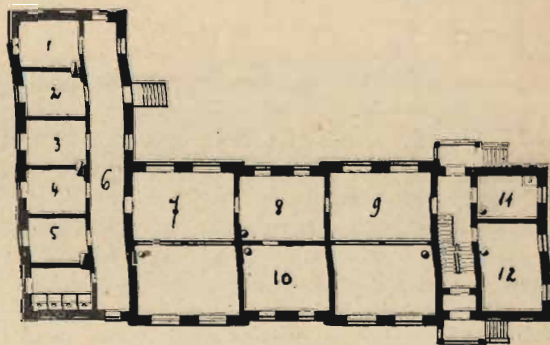
Jak u nas zakłady dla umysłowochorych są potrzebne, tego dowodzi już po roku istnienia powstałe w Kochanówce przepełnienie chorych, pomimo jej braków, i jak dalece te zakłady mogą liczyć na poparcie społeczeństwa, tego dowodzi fakt, iż już po roku istnienia większość tych braków albo została usunięta,

albo też usunięcie ich jest zapewnionem w najbliższej przyszłości.

Przedsięwzięcie stworzenia szpitala ze składek dobroczynnych jest śmiałem i trudnem do wykonania, ale może być szczęśliwie doprowadzone do końca, jeśli się doń weźmie człowiek z dużem poświęceniem i z wielką wytrwałością, jakim jest właśnie moralny twórca Kochanówki obecnej, dr. Karol Jonscher.

Opis zakładu.

Dwa główne budynki zakładowe, zwane przez służbę miejscową „babilonem“ męzkim i kobiecym, są zbudowane zupełnie identycznie i mieszczą etatowo po 50 chorych. Podmurowanie mają wysokie, ale piwnic niestety niema, pomijając kotłownię, znajdującą się pod pokojem kąpielowym.



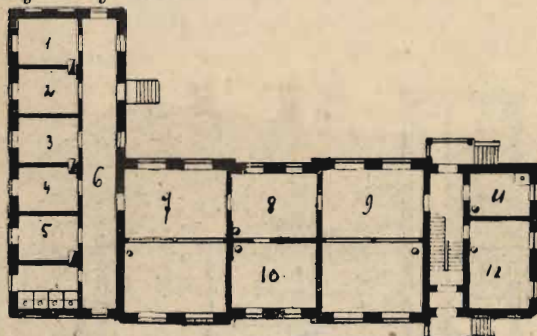
Parter. 1, 2, 3, 4, 5 — Pokoje pensjonarzy II klasy, 6 — Korytarz, 7 — Ogólna (18 łózek), 8 — mała (3 łóżka) sypialnia spokojnych, 9 — Sala dziennego pobytu spokojnych chorych, 10 — Pokój kąpielowy, 11 — Kancelarya, 12 — Pokój pensjonarza I klasy.

Parter każdego pawilonu, mieszczący chorych spokojnych i przytomnych, ma rozkład zupełnie identyczny z pierwszym piętrem, gdzie się lokują chorzy niespokojni i zanieczyszczający się.

Od strony południowej są w każdym pawilonie dwa pokoje na dole. W budynku męzkim większy pokój mieści pensjonarza I klasy, a mniejszy jest kancelarya, w której złożone są księgi szpitalne, dokumenty chorych, historye chorób, kwitaryusze itd. Analogiczny pokój w pawilonie kobiecym służy dla pensjonarki I klasy, zaś większy pokój jest kancelarya, gdyż mieści się w niej jednocześnie apteka. Apteczka miejscowa zupełnie wystarczająca, zawiera przeszło sto najpotrzebniejszych środków farmaceutycznych; z instrumentów posiada tu zakład tylko najniezbędniejsze chirurgiczne (parę lancetów, peanów itd.), kilka par

kleszczy, mających duży odbyt, do rwnia zębów, wreszcie komplet narzędzi sekcyjnych.

Z kancelaryi przechodzi się przez mały korytarz do obszernej sali dziennego pobytu, słabo dotąd umeblowanej, ale posiadającej w obu pawilonach pianina, które mają ogromne powodzenie u chorych, i franki, których niestety brak we wszystkich innych pokojach. W męskiej sali dziennego pobytu są nadto dwie szafy biblioteczne dla chorych, utrzymywane we wzorowym porządku przez hebe-phenika o łagodnej postaci tego cierpienia. Zawartość tych szaf składa się wyłącznie z darowizn, książek i czasopism, których ruch czytelniany wykażemy poniżej w cyfrach.



I piętro. 1, 2, 3 — Pokoiki dla pensjonarzy II klasy. 4, 5 — Pokoiki dla gwałtownych chorych. 6 — Korytarz. 7 — Ogólna (20 łóżek), 8 — mała (5 łóżek) sypialnie niespokojnych chorych. 9 — Sala dziennego pobytu niespokojnych. 10 — Pokój kąpielowy. 11 — Pokój dozorczy, 12 — Pokój służby pawilonowej.

Z sali dziennego pobytu, zajmującej całą szerokość budynku i oświetlonej z 2-ech stron (od wschodu i zachodu) czterema weneckimi oknami, wchodzi się do mniejszego pokoju o 2-ach oknach, stanowiącego sypialnie dla 5 chorych, obok której mieści się pokój kąpielowy z jedną wanną i 3-ma umywalkami. Z małej sypialni przechodzi się dalej do dużej sypialni, będącej salą zupełnie identyczną z salą dziennego pobytu. Wreszcie z dużej sypialni wychodzi się na dłuższy korytarz, prowadzący do 5 pokoiików dla pensjonarzy II klasy i do skanalizowanego klozetu.

Pierwsze piętro mieści chorych niespokojnych, których sala dziennego pobytu i sypialnie znajdują się nad analogicznymi salami dolnymi. Sypialnie ogólne, prócz łóżek, nie posiadają innego umeblowania, szafek nocnych brak jeszcze. W sali dziennego pobytu niespokojnych są tylko stoły i ławki, odznaczające się ciężkością, aby chorzy nie mogli ich zbyt

łatwo przesuwac lub, co gorsze, używac jako broni. Dwa pokoje od strony południowej przeznaczone są dla służby i starszego dozorczy. Z pomiędzy zaś 5 pokoiów od strony północnej gmachu, dwa mają otwieralne okienkie wewnętrzne (nie zasłaniające jednak górnych okien) i służą jako izolatki dla gwałtownych chorych. Pierwsze piętro posiada własny pokój kąpielowy, nawet z dwiema wannami a także klozety.

Na pierwsze piętro prowadzą z dołu schody z obu korytarzy. Pod schodami porobiono wszędzie schroniska na szczotki, kubły itd. Sprzęt stołowy, jak talerze, kubki, i inne, których zmywanie należy do służby pawilonowej, schowane są w szafkach i pokojach kąpielowych. Rzeczy, przywożone przez chorych, składane są do szaf, które w pawilonie kobiecym stoją w kancelaryi, zaś w męskim, z powodu braku miejsca, na korytarzyku pierwszego piętra.

Każda sala ogólna (zarówno sypialnie, jak dziennego pobytu, na górze i na dole) ma objętość 272 metrów sześciennych i etatowo przeznaczona jest na 15 chorych, tj. już liczby znacznie większej od teoretycznie wymagalnej normy. W rzeczywistości jednak śpi na dolnej sali zwykle 18 chorych, na górnej nawet do 20, a dla niektórych chorych trzeba jeszcze urządzać spanie na siennikach w sali dziennego pobytu. Oświetlenie dzienne sal ogólnych (ze wschodu i z zachodu) jeśli doskonale, stosunek powierzchni okien do podłogi wynosi 1:3,5. W 10 pokojkach północnych, mieszczących jednego, a najwyżej dwóch chorych, stosunek ten jest jeszcze lepszym — 1:3,1. Objętość każdego z tych pokoiików wynosi 44,1 metr sześć.

W oknach krat wmurowanych niema nigdzie, co sprawia niezmiernie dodatnie wrażenie. Małe szyby wprawione są w przedziałki okienne z żelaza, pomalowanego na ten sam kolor, co i framugi — unika się przez to wstrętne wrażenie więziennego, a bezpieczeństwo chorych jest jednak zapewnione. Wprawdzie ciężkie, żelazne okna w pierwszym roku osuwają się nieco nadół, tworząc u góry szpary i uniemożliwiając zamknięcie okna do czasu reperacji, ale przejściowa ta wadliwość winna być darowaną dla zalet. Górne okna na salach ogólnych mają duże szyby i są bez żadnych żelaznych przegródek.

Ogrzewanie centralne parowe, mające, jak wiadomo, tę stronę ujemną, iż

zbyt wysusza powietrze, jest ze względów bezpieczeństwa niewątpliwie najlepszym w zakładach dla umysłowo-chorych. Okazało się ono niedostatecznym dla pokojów północnych (w których wilgoć świeżych murów była w pierwszym roku dotkliwą), wskutek czego obecnie są w nich zwiększane powierzchnie ogrzewające. Podczas pierwszego zimowego pobytu chorych w budynkach bardzo przykrem było nagłe oziębianie się temperatury pokojowej, nawet na salach ogólnych, w tej chwili po zniknięciu pary — co zmuszało do palenia przez 24 godziny na dobę. Zdaje się jednak, iż winny były i w tym wypadku przedewszystkiem nowe, wilgotne jeszcze mury dotąd nieogrzewa-

rowemi. Kardynalnym brakiem Kochanówki pozostaje do dnia dzisiejszego zbyt mała ilość tych budynków. Zmniejszenie liczby projektowanych początkowo 4-ch pawilonów do dwóch—było zniesieniem w Kochanówce systemu pawilonowego, który umożliwia segregację chorych nie tylko według płci, ale i według różnych kategorii ich cierpień, w celu odseparowania wzajemnego takich chorych, których współżycie jest z jakichkolwiek względów szkodliwe i niedogodne.

Ponieważ stworzenie systemu pawilonowego wymaga, oczywiście, bardzo dużych nakładów pieniężnych, więc przewyciężenie tego szkopału, tam, gdzie ich niema, jest bardzo trudnem. A jednak



Jeden z pawilonów

nego i niezamieszkanego budynku, gdyż obecnie już tego nie spostrzegamy, przynajmniej w tym stopniu, jak roku zeszłego.

Wentylacja, również centralna, jest wobec przepełnienia sal niewystarczająca, i musi być uzupełniana otwieraniem okien.

Pawilony oświetlone są lampkami gazowymi 10^o i 16^o świecowemi, wysoko zawieszonemi, po 4 na salach ogólnych, po jednej w pokojach. Smutna konieczność oświetlania dużych gmachów, mieszczących i nieprzytomnych i gwałtownych chorych, świecami w razie zepsucia się czego w motorze—jest bądź co bądź jeszcze sowiec wynagradzana dodatniemi stronami oświetlenia elektrycznego wtedy, kiedy ono funkcjonuje.

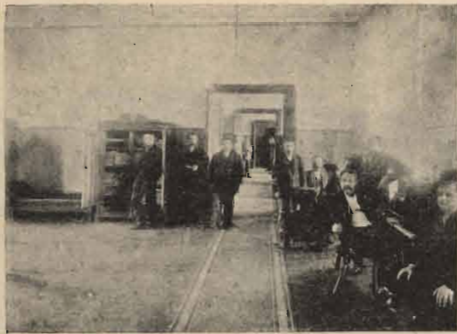
Ogółem biorąc, można zatem urządzenia głównych budynków nazwać wzo-

nawet i pod tym względem jest zakład w Kochanówce na najlepszej drodze.

Z pomiędzy dwunastu domków drewnianych, stanowiących dawniejsze letnie mieszkania, trzy zostały wyrestaurowane w końcu pierwszego roku istnienia zakładu w tym celu, aby służyły wyłącznie dla pensjonarzy I i II klasy. Ponieważ i po restauracji nie mają one żadnych specjalnych urządzeń — zwykłe okna, zwykłe piece, oświetlenie naftowe lub świecowe itd. — zatem z natury rzeczy wynikło, iż można w nich było umieszczać tylko pewną kategorię chorych, mianowicie zupełnie spokojnych i przytomnych, tj. przeważnie zdrowiejących lub tylko nerwowo-chorych, słowem tych, dla których pobyt w pawilonie pomiędzy umysłowo-chorymi stawał się z postępem zdrowienia coraz uciążliwym i którzy mo-

gli pozostawać na zupełnej swobodzie, — bez względu na to, ile lub wogóle czy cokolwiek płacą ci chorzy.

Po usunięciu tych chorych z pawilonów najbardziej się daje odczuwać potrzeba usunięcia i chorych gwałtownych, którzy obecnością swoją podniecają spokojniejszych, przerywają im sen, napastują niekiedy, wreszcie powodują nawet straty materialne zakładowi, tłukąc porcelanowe klozety, szyby, wrywając przerwacze elektryczne etc., słowem niszcząc w pawilonach wszystkie delikatniejsze urządzenia, któreby mogły doskonale się ostać przy głównej masie chorych, gdyby się z niej usunęło kilku największych szkodników.



Sale dzienne

Jakkolwiek segregacja gwałtownych możliwa jest tylko w razie budowy nowego pawilonu ze specjalnymi urządzeniami, to jednak i ona stanie się wkrótce faktem dokonany, gdyż dzięki ofiarności pp. G e y e r ó w odpowiednia budowa rozpoczęta będzie już wczesną wiosną.

W ten sposób dobroczynna zasada systemu pawilonowego byłaby w Kochanówce w głównych przynajmniej zarysach przeprowadzoną. Gwałtowni obu płci posiadać będą budynek osobny na 20 łóżek, w obecnych pawilonach na I piętrze zostanie infirmarya, zanieczyszczający się i niezupełnie spokojni chorzy; na dole, jak i obecnie, będą spokojni i przytomniejsi, wymagający jednak pewnego dozoru; domki drewniane zaś będą nadal mieścić tych, którzy pozostają już na zupełnej swobodzie. Oddzielenie całkowite pensjonarzy I i II klasy od ogólnych chorych jest sprawą mniejszej wagi; nieprzyjemną rzeczywistością jest tu tylko zażdrość ostatnich na widok dostatniejszego jada, przynoszonego pensjonarzom; kwestya zaś inteligencji i wychowania niegra tu większej roli, gdyż na sali ogól-

nej zwykle bywa pewna ilość chorych bardziej wykształconych.

Personel zakładu, z wyjątkiem służby przy chorych, mieszczącej się w pawilonach, zamieszkuje kilka dalszych domków drewnianych. Składa się on obecnie z 2-ch lekarzy (przez pierwsze osm miesięcy był jeden lekarz), ogrodnika i 3-ch stróżów, gospodyni z 3-ma kucharkami, garderobianej z 3-ma praczkami i maszynisty z palaczem. Indendentą niema, wszelkie ważniejsze sprawy finansowe załatwia komitet, drobne zaś — miejscowi lekarze. Również niema felczera, tego szkodliwego zabytku średniowieczyzny; rękoczyni, wymagające pewnej wprawy i dużej czystości, jak np. sondowanie pęcherza, sztuczne karmienie itd., dokonywane są przez lekarzy, zaś inne t. zw. felcherskie funkcje, jak np. lawatywy etc. wykonywane są przez lepiej wykszoloną służbę. Apteka, kancelarya, kasa miejscowa pozostają również w rękach lekarzy.

Dalsze domki mieszczą składy, kuźnię, warsztat stolarski pod kierunkiem starszka-pensjonarza, przeniesionego z Domu Starców; w jednym z pustych domków wzięty został jeden pokój na trupiarnię, drugi — na salkę sekcynją*).

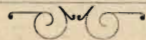
Jeśli obejmiemy teraz całość tego, co w kierunku instalacyjnym dotąd zostało dokonane w Kochanówce, to możemy jeszcze bezwątpienia stwierdzić szereg braków — niema żadnej kaplicy, brak biblioteki lekarskiej, laboratorium, brak wody, brak kanalizacji całego terenu itd. itd. Ale można wyliczyć jeszcze dłuższy szereg tych braków, które już zostały i zostaną wkrótce usunięte. Sam fakt ist-

*) Wprost nie do uwierzenia jest doniesienie gazet łódzkich, iż w nowo-projektowanym szpitalu miejskim (kosztorys dwumiljonowy!) jakoby nie będzie sal sekcynnych, bo brak na to pieniędzy i nie jest to potrzebne, gdyż w Łodzi niema uniwersytetu. Niema tu ani Kwirynału, ani Watykanu, więc możeby łodzianom i chustki do nosa w ten sposób nie były potrzebne. Ale gdzieindziej, w miejscowościach, nie posiadających uniwersytetu, tembardziej budują przy szpitalach sale sekcynne i tworzą osobne posady lekarzy-prosektorów, gdyż sekcya własnego przypadku jest dla lekarza stokroć bardziej pouczającą, niż dziesięć teoretycznych wykładów, które każdy za parę złotych może sobie w druku kupić.

W Kochanówce niema uniwersytetu, ale pokój sekcynny jest, chociaż bez szczególnych urządzeń, a co smutniejsza, nawet bez pieca. Jeszcze przed otwarciem zakładu zakupił narzędzia sekcynne komitet, który się też chętnie zgadza wyasygnować pewną sumę na założenie laboratorium i biblioteki fachowej lekarskiej. Jest to zrozumienie pewnika, że doświadczenie i wykształcenie lekarza nie jest obojętną rzeczą dla jego pacjentów.

nienia i wyraźnego rozwoju dalszego szpitala dla umysłowo-chorych, stworzonego wyłącznie prywatnymi siłami, powinienby zachęcić do naśladowania tej pierwszej w kraju próby. Może i w innych naszych miastach znajdzie się nowy dr. J o n s c h e r, który poruszy towarzystwo dobroczynne, zbierze składki prywatne, uzyska zapomogi miejskie, i dopóty z cierpliwością psychiatry znosić będzie skargi ofiarodawców na niesłychane wydatki z jednej strony, zaś lamenty lekarzy zakładowych na niesłychane braki z drugiej strony, aż postawi instytucję dobroczynną na rzeczywiście przyzwoitej stopie.

d. c. u.



O błędach lekarskich ze stanowiska nauki i w obliczu prawa.

Podał Dr. E. Sonnenberg*1

I.

Odstępstwo od przyjętych sposobów leczenia ze stanowiska dziejowego i naukowego.

Treść: Procesy Kirschgessera i Hirschfelda, jako dokumenty wartościowe. Zmienność poglądów na sprawy leczenia, ruchomość i przeistaczanie się lecznictwa. Dogmatyczny charakter norm leczniczych w starożytnym Egipcie. Prawowity zakres działania lekarskiego w wiekach średnich i później. Częściowa reglamentacja lecznictwa w dziejach medycyny. Kanony lecznicze i pojmowanie istoty lecznictwa. Kanony lecznicze i zasadnicze warunki ewolucji lecznictwa. Osobiste przekonanie lekarza w sprawach leczenia. Odstępstwo lekarza od przyjętych metod leczenia i poglądów powag, jako miara przewinienia lekarskiego.

W połowie ubiegłego stulecia podawanie wysokoku chorym gorączkującym było czemś niezwykle. Na lekarza, stępującego przy gorączce alkohol, patrzano jak na nieuka i człowieka szkodliwego. Są notowane zdarzenia, kiedy pociągano za to do odpowiedzialności sądowej. W roku, naprzykład, 1844-ym lekarz Kirschgesser z Kobleneyi był pociągnięty do odpowiedzialności sądowej za to, że choremu na tyfus zalecił wino szampańskie*). Z wysokości katedr uniwersyteckich ciskano gromy na podobne postępowanie. W kilka lat po procesie Kirschgessera, chirurg heidelbarski, Weber, najuroczyściej zawyrokował z katedry, że zalecanie chorym gorączkującym wina jest postępkim nadzwyczaj lekkomyślnym. A jednak w o-

statnich dwóch dziesięcioleciach ubiegłego wieku stosowanie alkoholu u gorączkujących dostąpiło najzupełniejszego prawa obywatelstwa i było uważane za metodę racjonalną. Przechowuję jeszcze żywo w pamięci słowa jednego z lekarzy, człowieka wysoce wykształconego i stojącego na wysokości nauki, który przed 10-ma laty niejednokrotnie powtarzał, że bez wina i koniaku nie potrafi leczyć chorych tyfusowych.

Otóż w owej dobie, kiedy powszechnie stosowano wysokok przy cierpieniach gorączkowych, miało miejsce następujące zdarzenie. Lekarz szarlottenburski, Hirschfeld, nie trzymał się panującego prądu i alkoholu przy gorączce nie stosował: z przekonania był przeciwnikiem alkoholu. Po śmierci jednego z jego pacjentów, sąsiadki zmarłego zaczęły głośno się zastanawiać nad niezwykłą metodą d-ra Hirschfelda. Opinia kumoszek skłaniała się ku temu, że zmarły był przez H. źle leczony. Krążące pogłoski doszły do uszu prokuratora. Pewnego dnia Dr. H. otrzymał wezwanie stawienia się przed sądem, jako oskarżony o spowodowanie śmierci przez nieumiejętne leczenie. Śledztwo pierwiastkowe oparło się na opinii D-ra Böhma. Ten uzasadnił myśl, iż niedawanie choremu wysokoku wpłynęło na przyspieszenie śmierci. Sprawa odbyła się w Magdeburgu. Opinie Böhma przeciwstawiono opinie innych biegłych. Sąd zwrócił się nawet do kolegium lekarskiego w Saksonji i t. d., i t. d.*)

Zestawienie przytoczonych procesów, Kirschgessera i Hirschfelda, stanowi wartościowy dokument. Otóż wystarczało odstępstwo od praktykowanego sposobu leczenia, aby ściągnąć na lekarza zarzut złego leczenia.

Wyżej omówiliśmy koleje, jakie w ciągu stosunkowo krótkiego czasu przechodziło stosowanie alkoholu przy gorączce. A dziś? Pogląd na wartość omawianego środka znów inną przechodzi fazę: po krótkotrwałych sukcesach, wobec wielu doświadczeń i faktów doby najnowszej, mamy w tym kierunku zapowiedź reakcyi: stosowanie wysokoku przy gorączce zaczyna coraz bardziej grunt tracić i ma coraz liczniejszych przeciwników.

To cośmy powiedzieli o alkoholu, wcale nie jest zjawiskiem odosobnionem.

*1) Czytane na posiedzeniu Tow. Lek. Łódzkiego w dniu 2/XII 1903 r.

***) Allgem. medic. Central-Zeitung 28. IV. 1888

*) München. med. Wochenschr. 9 VI. 1896.

Nie są jeszcze bardzo odległe te czasy, kiedy czyniono zarzuty i oskarżano lekarzy, którzy karmili chorych gorączkującymi. Niewielki przedział czasu dzieli nas od owej doby, kiedy podawanie wody spragnionym chorym, gorączkującym, uważano za błąd. Przed dziesięcioma laty zjawia się wprost przeciwna metoda: podawanie chorym gorączkującym płynów w obfitej ilości, i conajmniej za zocofanego był uważany ten, co się poglądu ówczesnego nie trzymał. A jak to jeszcze niedawno zaniedbanie upustu krwi było poczytywane za karygodne uchybienie? Był okres, kiedy uważano za błąd i pociągano do odpowiedzialności lekarza, usiłującego powstrzymać ropienie i t. p., i t. d.

Widzimy więc, jak dalece zmienne są poglądy w lecznictwie.

To, co dziś nam się wydaje prawdą, przed czym w religijnem niemal skupieniu pochylamy głowy, jutro, wobec nowych prądów może się nam wydać błędem. A z biegiem postępu myśli lekarskiej takiemu samemu losowi uleść może to, co dziś ma wartość pewnika.

Bywa i inaczej: poglądy już raz pochowane, pleśnią czasu pokryte, wydobywane bywają z pyłu zapomnienia i doznają powtórnych narodzin. Jako przykład takiego odmładzania starych, zarzuconych zabiegów terapeutycznych, służyć może rinoplastyka. Otóż świetny ten zabytek chirurgii poszedł w połowie XVIII wieku poraz wtóry w zapomnienie, z którego wydobyty został dopiero w XIX wieku. Podobna kolej powtarza się wielokrotnie w dziejach lecznictwa. Droga naprzemian twierdzenia, zaprzeczania, cofania się i powracania, sprzecznych sądów, chaotycznego zamętu pojęć, przejść do nowych wierzeń i odwracania się od wczorajszych, powstaje z biegiem czasu pełniejsze wyrobienie właściwego kierunku.

Przeistaczanie się więc i ruchomość — oto co charakteryzuje poglądy medycyny, więc i lecznictwa. Tu więcej, niż w każdej innej dziedzinie wiedzy ludzkiej, uwidoczni się owa prawda, która głosi:

Multa renascentur, quae jam ceci-
[dere cadentque
Quae sunt in honore...

Lecz nietylko w rozmaitych dobach lecznictwa poglądy na sposoby leczenia są rozmaite. W jednej i tej samej dobie największe powagi wygłaszają sprzeczne sądy. Nie będzie więc dalekiem od praw-

dy twierdzenie, że zwalczanie wielu cierpień, to zagadnienia, które nie mają rozwiązania stałego, lecz rozwiązania poszczególnie, do pewnego tylko stopnia posunięte i zależne od tej lub innej teorii naukowej. Są one mniej lub więcej zbliżone do prawdy, lecz zawsze dalekie od prawdy całkowitej i od wniosków ostatecznych, ztąd też mniej lub więcej niedokładne.

Weźmy, na przykład, tak aktualne zagadnienie, jak pytanie, kiedy rozpocząć należy leczenie przymiotu. Jedni mówią, że czekać to należy wcześniej, inni radzą czekać objawów ogólnych. Niema ani jednego kongresu, ani jednego zjazdu naukowego, na którym pytanie powyższe nie byłoby przedmiotem wymiany zdań, uzasadnień naukowych i sporów gorących. Każdy z dwóch tych poglądów jest na głębokich spostrzeżeniach oparty. Zarówno zwolennikom czekania, jak i orędownikom wczesnego leczenia, ich przekonania narzucają się obrazem prawdy. Nikt z nich nie jest jednak w stanie wyjaśnić niezbitcie i wylegitymować swego poglądu, jako jedynie usprawiedliwionego, aby mógł stać poza wszelką wątpliwością.

Z powyższego samo przez się nasuwa się pytanie: czy wobec chwiejności i zmienności wielu poglądów na metody i zabiegi lecznicze oraz wobec istniejących przeciwieństw pojmowania wielu zasadniczych zagadnień lecznictwa, fakt odstępstwa od przyjętych metod postępowania może być ze stanowiska słuszności podstawą wystarczającą w sprawach o uchybienie lekarskie?

To pytanie jest dla zajmującej nas kwestyi nadzwyczajnie ważne i dlatego pozwolę sobie rozważeniu jego poświęcić słowa kilka.

Próbie rozwiązania powyższego zagadnienia znajdujemy już w zamierzchłej starożytności. W Egipcie, w czasach przedziejowych, w sprawach, dotyczących leczenia, istniały przepisy ksiąg świętych, w których skupiało się wszystko, co lecznictwo ówczesne posiadało. Przepisy były w sposób ścisły sformułowane, ujęte w formy prawne, posiadały urzędową powagę i uważane były za nietykalne. Nie dopuszczały one żadnych przeistoczeń. Lekarzowi nie wolno było bezkarnie z pod nich się wylamywać i sięgać poza ramki przepisane. Jeśli, trzymając się ich, miał złe wyniki, nikt nie mógł go skarżyć, przeciwnie, gdy zapragnął wyzwolić się z krępujących go więzów i odstępował od nich, był skazywany za zuchwałę porywanie się

na porządek istniejący. Śmiercią okupował swój czyn nawet wówczas, gdy wyniki miał jaknajlepsze*).

Z usiłowaniami, zmierzającymi do stworzenia prawidłowego zakresu działalności lekarskiej, spotykamy się niejednokrotnie jeszcze w dziejach medycyny. I tak, uświęcenie stosunków stworzonych przez medycynę egipską, spostrzegamy w XIII i XIV stuleciach, a nawet znacznie jeszcze później, bo w XVIII w. O istnieniu takiego stanu rzeczy w XVIII w. świadczą wydane w r. 1796 prawidła, dotyczące się lecznictwa, jakiego lekarze trzymać się byli obowiązani, a odstępstwo od tych prawideł było im poczytywane za winę**). Spotykamy się również z częścią reglamentacją lecznictwa, pojmowaną w ten sposób, że oznaczała ona wyraz zewnętrznego przymusu lub powściągnięcia lekarzy od stosowania pewnych środków i zabiegów. Tak np. w XVII stuleciu parlament francuzki kilkakrotnie zabraniał i znów pozwalał leczenia przetworami antymonowymi. Były wydawane zakazy, które dotyczyły dokonywania upustu krwi, wykonywania transfuzji i t. d., i t. d.***).

Dziwnymi nam się wydają dziś owe kanony lecznicze, kiedy się na nie patrzymy z odległości wieków. A jednak, zerwane nici dawnych tradycji od czasu do czasu znów się nawiązuje. Dziś jeszcze możemy nieraz się spotkać z przekonaniami, w których stary motyw obowiązujących norm leczniczych pozostał osiłą, około której obracają się te rozumowania.

Niedawno oto miałem sposobność czytania o pewnym lekarzu wojskowym, któremu jego zwierzchność kazała podać się do dymisji, ponieważ nie podzielał ogólnego sądu o wartości surowicy przeciwbłoniczej i środka tego nie stosował. Daleko ciekawszymi i wymowniejszymi od samego zdarzenia są uwagi, wypowiedziane przez pismo, które fakt cytowany podało. „Trudno pojąć—mówi „La Vigie“—jak może lekarz nie wierzyć nauce, której przedstawicielami są Pasteur i Roux. Podobne niedowiarstwo jedynie można sobie tłumaczyć niezwykłą zarozumiałością****).

Że takie pojmowanie zasad lecznictwa jest powierzchowne—dowodzić chyba nie potrzeba. Jeśli bowiem lecznictwo nie jest zamkniętą i wykończoną całością—a takim ono pewnie nigdy nie będzie—to czyż można krępować lekarza zakreślonymi z góry ramami i narzucać mu rezultaty nauki, często niezupełne i chwiejne, jako nakazy? Rzecz prawdziwie wartościowa zawsze dozna zastosowania i rozpowszechnienia, bez potrzeby ukodyfikowania przepisów leczniczych, i odwrotnie—w zapomnienie pójść środki i zabiegi, w których niema treści wartościowej. W sprawach tego rodzaju, gdzie chodzi o wykazanie tego, co pożyteczne, a co szkodliwe najlepiej orientuje się zmysł praktyczny lekarza, a rozstrzyga — czas.

Zresztą, dogmatyczny charakter norm leczniczych przeczy zasadniczym warunkom postępu i niema nawet teoretycznego usprawiedliwienia. Gdybyśmy bowiem obowiązali do roli wzoru i uświęcili to, co w danej chwili uważamy za najlepsze, owoc pracy minionej musielibyśmy przyjąć za metę, za artykuł wiary. Wobec przymusowej organizacji leczniczej dzisiejszy dorobek musiałby pozostać testamentem naukowym, co uniemożliwiłoby rozwój medycyny.

Jakikolwiekby więc uznać rodzaj powagi w sprawach leczenia, wobec przeciwnieństw i różnic pojmowania, niezgodności zapatrywań, zawsze jedynie decydującym winno być osobiste, na wiedzy oparte, przekonanie lekarza. Każdy lekarz powinien czuć się obowiązany do posłuchu względem tego, co ma dla niego najwięcej przekonywającą siłą, co mu się wydaje prawdziwym i iść za tem, co mu się wydaje prawdopodobnem, słowem czerpać ze skarbnicy wiedzy i doświadczenia to, co jego przekonaniu najbardziej odpowiada. Ponieważ zagadnienia patologiczne nie dają się ująć z matematyczną ścisłością, a lecznictwo nie składa się z pewników i prawideł niezaprzeczalnych, indywidualności więc lekarza musi być pozostawiony znaczny obszar, na którymby się lekarz mógł poruszać. Rozumie się samo przez się, że ten obszar swobody powinien mieć swoje granice. Trudnoby, na przykład, pogodzić się z myślą, że każdy lekarz może leczyć na własny sposób, snuć sam z siebie podstawowe pojęcia lecznicze i czerpać ośnowę leczniczą z fantazyi... Byłoby to już nadużycie, któreby z nauką nie miało nic wspólnego.

*) Real-Encyklopaedie der gesamt. Heilkunde. B. XIII 1897. S. 163.

**) П. А. Опоурієнко: „Исследование по вопросу объ отвѣтств.ности врачей“ 1899. С-Петербургъ стр. 21.

*) *) Haeser: „Historia medycyny“ Przekład Prof. Luczkiewicza, tom drugi 1886 str 57 i inne.

****) „La France médicale 1895 12. VII. cyt. Wracz 1895. № 28.

Z powyższego wynika, że tam, gdzie chodzi o rozstrzygnięcie pytania, czy leczenie, jakie lekarz stosował, było złe, sam fakt odstępstwa od przyjętego sposobu leczenia, sam fakt odstępstwa, jako taki, nie może być dowodem obciążającym lekarza, ani też podstawą wystarczającą do rozstrzygnięcia pytania o winie. Pamiętać bowiem należy, że istnieją w lecznictwie prawły, będące dopiero w ruchu i wymykające się z pod ścisłej oceny. Nie należy również zapominać, że istnieją różnice pojmowania bardzo wielu, nawet zasadniczych zagadnień. Odstępstwo więc od panujących w danej chwili lub w danej szkole poglądów — nie zawsze jest nieuctwem.

Tam, gdzie chodzi o wykazanie uchybienia, usterki technicznej lekarza, należy szukać elementów winy opartych na więcej stałych podstawach, aniżeli niepodzielnie przez oskarżonego poglądów powagę; do istoty błędu należy przyłożyć miarę inną, niż nietrzymanie się zmiennych prądów i hipotez.

Dopiero wówczas, gdy znajdziemy pewniejsze oparcie dla interesującej nas kwestyi, będziemy w stanie, jako tako, oryentować się w tem tak zawiśłym zagadnieniu.

Zobaczymy, czy nie znajdziemy takiego wyjaśnienia w warunkach ogólniejszej natury.

II.

Skład obiektywny i subiektywny usterki technicznej.

Treść: Stwierdzenie w postępowaniu dowodowym związku przyczynowego między złym wynikiem cierpienia a działaniem lekarza. Formalna strona uchybienia lekarskiego. Co stanowi element podmiotowy winy lekarza? Współistnienie dwóch warunków w składzie uchybienia lekarskiego.

Gdy chodzi o szkodę zrzadzoną na zdrowiu przez nieodpowiednie leczenie, należy przedewszystkiem ustalić fakt, czy w samej rzeczy owe pogorszenie, jakie miało miejsce, nastąpiło z powodu zastosowanych przez lekarza zabiegów. Innemi słowy — musi być rzeczą pewną, że między tem, co się stało, a tem, co lekarz stosował, istnieje stosunek przyczyny do skutku, to jest, że niepożądany wynik nastąpił tylko wskutek dających się ściśle określić warunków. Wykazanie związku przyczynowego będzie stwierdzeniem istoty uszkodzenia i stanowi *obiektywny* skład uchybienia.

Stwierdzenie więc związku przyczynowego jest w postępowaniu dowodowym rzeczą pierwszą.

Istnienie związku przyczynowego jest dopiero podstawą faktyczną i stanowi zewnętrzna, formalną obronę tego, się stało. Od istnienia, ewentualnie stwierdzenia, owego związku do winy lekarza — jeszcze daleko.

Weźmy przykład.

Chloroformujemy chorego, upewniwszy się przedtem, że chory niema ani wady serca, ani cierpienia dróg oddechowych i t. d. Podczas uśpienia dokonanego lege artis — chory umiera. Między wymienionym zabiegiem a wynikłą katastrofą istnieje bezsprzecznie związek, lecz dla nas jest on nieuchwytny. Jakkolwiek zdarzenia podobne od czasu do czasu się powtarzają, lekarz jednak w danym wypadku nie jest w stanie na podstawie prawdopodobieństwa wiedzieć, że niebezpieczeństwo jest tak blizkie. Stoi więc wobec podobnego zdarzenia bezradny i bez winy.

Widzimy więc, że stwierdzenie istnienia związku przyczynowego między tem, co się stało a tem, co stosował lekarz, nie wystarcza, gdy chodzi o odpowiedzialność za czyn. Trzeba tu czegoś więcej, niż skontantowanie faktu.

Czego innego uczy następujący przykład.

Lekarza wezwano do pacjenta z uwięzniętą przepukliną. Uwężnienie trwa — dajmy na to — już dni kilka i wystąpiły objawy zgorzeli kiszek. Lekarz usiłuje uwięzniętą przepuklinę wprowadzić, co mu się też udaje; chory w krótkim czasie umiera. Tu między śmiercią chorego i czynnością lekarza również istnieje związek przyczynowy. Jak bowiem wykazuje doświadczenie, wprowadzenie en bloc uwięzniętej przepukliny, przy istniejącej zgorzeli kiszek, stale daje jaknajfatalniejsze następstwa; to też podobne manipulacje są przewidziane i uważane za bezwzględnie szkodliwe, o czem lekarz niemoże niewiedzieć. W tym przypadku lekarz przyczynił się do złych następstw.

„Wiedzieć“ „przewidywać“ „spodziewać się“ i t. d. oto owe czynniki wewnętrzne, które wobec istnienia związku przyczynowego między tem, co się stało, a tem co zrobił lekarz, nadają nagiemu faktowi zabarwienie. W tem zabarwieniu, przy współbytności wspomnianego związku, tkwią *elementy subiektywne winy*.

O uszkodzeniu zdrowia z winy lekarza można więc mówić dopiero wówczas,

kiedy istnieje nie tylko obiektywny skład uchybienia czyli związek przyczynowy między działaniem lekarza a niepożądanym skutkiem, lecz kiedy jest rzeczą pewną, że ów niepożądany skutek mógł być przez lekarza *przewidziany i możliwy do ominięcia*. Słowem—w składzie uchybienia musi istnieć współbytność dwóch wyżej omawianych czynników: podstawy faktycznej oraz prawnej uchybienia.

Rozbiór przykładu z uwięzniętą przepukliną uczy, że w lecznictwie istnieją jednak zasady, które są już dostatecznie poznane i przez wielowiekowe doświadczenia sprawdzone. Dają nam one w pewnych określonych warunkach możliwość przewidywania i oczekiwania powtórzenia się stosunków, stale zachodzących między zjawiskami.

W pierwszym więc rzędzie, rzecz oczywista, wysuwa się uchybienie, jakie powoduje lekarz, jeżeli ze szkodą dla chorego nie zastosuje takich wiadomości, które odbyły już daleką drogą i należą do kategorii rzeczy, których oczywistości już sprawdzać ani prostować niema potrzeby. Jako dokładne informacje następności przyczyn i skutków pewnych zabiegów leczniczych—takie wiadomości stanowią wytyczne kierunki, które pozwalają wysnuwać rozwiązania niektórych zagadnień praktycznych w tem znaczeniu, iż zawsze dają teoretycznie uzasadnione przepisy dla uniknięcia tego, co nie jest pożądane.

Jeśli więc lekarz odprowadzi uwięzniętą, dotkniętą zgorzelą kiszkę przypieklinę lub przepisze taką dawkę silnie działającego środka, która przekracza granicę maksymalną—uczyni szkodę na zdrowiu pacyenta, której mógł uniknąć. To samo będzie, gdy nie zastosuje przeciwnilnego opatrunku, gdy nie zestawi złamanych części kości i t. d.

Słowem, mamy cały szereg czynów i opuszczeń przez nankę i doświadczenie uznanych za złe i pociągających jaknajgorsze skutki prawie zawsze, ilokrotnie są popełniane.

Podobne odstępstwa od zasadniczych wiadomości, które mogą rościć prawo do trwałego w nauce znaczenia, stanowią usterki naukowe doniosłości największej. Są to usterki techniczne ciężkie.

III.

Momenty osłabiające obiektywny skład usterki technicznej.

Treść: Rozmaitość postaci patologicznych. Ilościowa strona przypadku chorobowego. Trudność w orientowaniu się. Faktyczne usterki i brak winy.

W poprzednim rozdziale wykazaliśmy, że w szeregu naszych niedoskonałych środków istnieją jednak zasady, które nie podlegają wahaniom i trwają wobec wichru dziejowego nienaruszone, mając poniekąd charakter oczywistej, niezbitej prawdy. Wzmiankowaliśmy, naprzykład, o wprowadzeniu en bloc uwięzniętej, zgorzelą dotkniętej przepukliny, jako o czynie, grzeszącym jaskrawym nieuctwem. Nikt nie zaprzeczy, że podobne postępowanie jest usterką, i to usterką ciężką. Lecz może się zdarzyć, że lekarz dokonywa tego zabiegu, gdy zgorzeli rozpoznać niemożna. Nie zawsze istnieje granica wyraźna między uwięzieniem, które można jeszcze bez szkody dla chorego odprowadzić, a takim, którego odprowadzać już nie wolno. Choroba nie zawsze przedstawia się w obrazach jasnych, przejrzystych, wyraźnie uzewnętrzniających się, lecz często przemawia do nas głosem urwanym, fragmentami niedomówionymi. Kształty, w jakie się przyobleka nie zawsze są uplastycznione i dotykalne, lecz często rozplywają się w postaci przyćmionych, rozwiewnych i trudnych do uchwycenia zarysów.

Słowem, każdy przypadek chorobowy ma nie tylko jakościową stronę, lecz i stronę ilościową. Tę ilościową stronę przypadku stanowią owe przejściowe postaci patologiczne, które utrudniają położenie lekarza. Lekarz może wiedzieć doskonale o tem, co jest wskazane i co przeciwwskazane, posiadać dokładne wiadomości o tem, co w szeregu podobnych przypadków czynić należy, a jednak w danym przypadku źle postąpić i zaszkodzić choremu.

Ze stanowiska więc faktycznego może zachodzić ciężka usterka techniczna, a jednak przewinienie lekarza nie istnieje, warunki bowiem przypadku chorobowego postawiły lekarza poza granicami możliwości ścisłego rozpoznania.

IV.

Uchybienie wskutek nieostrożności.

Treść: Przygotowanie naukowe i karność indywidualna lekarza, jako dwa niezbędne warunki jego pracy produkcyjnej. Skutki z przyczyny braku karności indywidualnej. Uszkodzenia na zdrowiu chorych wskutek lekkomyślności, nieuwagi i niezwrócenia uwagi. Przykłady. Inne odmiany winy nieumyślnej.

W działalności lekarza spostrzegamy dwa momenty. Jeden moment — to tło naukowe, które wyraża przynależność lekarza do szerszej całości, jaką jest nauka. Drugi moment — to owa, że się tak wyrażę, karność indywidualna, czyli miara staranności, jaką każdy człowiek stosuje przy wykonywaniu swych zobowiązań. Równoległy rozwój i zespolenie obydwóch wspomnianych momentów nadaje pracy zawodowej lekarza wartość produkcyjną i czyni ją ogniwem pracy zbiorowej. Żaden z tych momentów niemoże stać osobno. Oderwanie się od tła naukowego lub zaniedbanie się w staranności i przezorności nadaje pracy lekarza kierunek różbieżny, odbiera jej rękojmię bezpieczeństwa, czyniąc ją dyletancką i burzycki.

Rozbiorem tego, co rozumieć należy przez usterkę techniczną, zajmowaliśmy się wyżej i do kwestyi tej jeszcze niejednokrotnie powrócimy. Obecnie pragnąłbym poświęcić słów kilka czynom nieostrożności w praktyce lekarza.

Zacznę od przykładu, jaki w rzeczywistości miał miejsce.

Pewien chirurg pragnął przywrócić prawidłową ruchomość — dotkniętego stężeniem — stawu. Nie wziął się jednak do rzeczy tak, jak to się czynić zwykło, lecz zamierzał dojść do celu w sposób prostszy i krótszy: zrosty postanowił zniszczyć za pomocą... kuli rewolwerowej. Przyłożył do chorego stawu lufę i wystrzelił. Czyn ten, jak widzimy, olśniewa... pomysłem i w harmonijny sposób jednoczy natchnienie oraz śmiałość z uproszczeniem manipulacji. Niestety, chory z tej ogniowej próby nie wyszedł cało.

Przyjrzymy się opisanemu zdarzeniu bliżej.

Zastosowując ten tak niezwykle zabieg, chirurg, rzecz oczywista, miał przeświadczenie, że krok, jaki czyni, jest dla chorego niebezpieczny, jednakże nie zważał na prawdopodobieństwo zrzędzenia choremu szkody, przypuszczał bowiem, że zabieg mu się uda. Ufając w swą zręczność, sądził, że kula te tylko części rozerwie, jakie on rozerwać pragnął. Jednakże zawiódł się w oczekiwaniu, kula bowiem odbiegła o jeden centymetr dalej, niż obliczył. Improwizowany ten zabieg rzuca posępny cień na chirurga, który igrał życiem swego pacjenta, stawiając je bez potrzeby na kartę.

Weźmy przykład prostszy.

Ktoś przystępuje do operacji z nie-nieczystym instrumentem. Rzecz oczywista, że operującemu znane są złe następstwa, jakie się z tego powodu zdarzają; liczy on wszakże, iż w tym razie następstw złych nie będzie i, ulegając lenistwu, dokonywa operacji bez uprzedniego wyjawienia narzędzi.

Jeszcze przykład.

Chory jest dotknięty ciężką, niemocą dajmy na to, nowotworem złośliwym. Pomimo że w sprawie, co czynić tu należy, istnieje w nauce sąd ustalony i odpowiedź gotowa, lekarz jednak większą wiarę przykładu do własnych przywidzeń i stosuje banalne zabiegi, które do tego jedynie prowadzą, że cierpienie się rozszerza i czas najlepszy do wykonania radykalnego zabiegu schodzi.

Powyższe przykłady charakteryzują najwyższy stopień nieostrożności lekarza, ilustrują bowiem czyny zależne od *lekkomyślności i opieszałości*. W lekkomyślności i opieszałości dlatego upatrujemy najwyższy stopień nieostrożności, ponieważ te wykroczenia są bardzo zbliżone do wykroczeń, popełnianych umyślnie. Zarówno bowiem tu, jak i w wykroczeniach, popełnianych umyślnie, możliwe zgubne następstwa naszego czynu są nam wiadome lub przez nas przewidziane, różnica na tem jedynie polega, że w wykroczeniach umyślnych pragniemy następstw naszego działania, dążymy do ich ziszczenia się, w winie zaś, spowodowanej przez lekkomyślność lub niedbalstwo, następstw takich wprawdzie nie pragniemy, lecz, przewidując je, nie zdobywamy się na dosyć siły i woli, aby przezwyciężyć nasze lenistwo, naszą opieszałość, lecz, uspokoiwszy się myślą, że one być może nie nastąpią, nic nie czynimy dla ich uniknięcia.

Przyjrzymy się innym odmianom nieostrożnej czynności lekarza.

Lekarz przepisuje choremu na serce, dajmy na to, naparstnicę. Lekarstwo sprawia choremu ulgę, po wyżycie więc jednej flaszki kupuje w aptece drugą, następnie trzecią i t. d. Po pewnym czasie następuje w stanie chorego pogorszenie. Powodem tego — zbyt długie używanie leku, który jak wiemy, posiada własności kumulacyjne. Złych następstw niebyłoby, gdyby lekarz zwrócił choremu uwagę, że leku nie należy bez miary powtarzać; były więc one do przewidzenia i łatwe do uniknięcia.

Uchybienie lekarza w powyższym przypadku możemy określić, jako nieo-

strożność wskutek *nieuwagi* lub *odwrócenia uwagi*.

Różnica między nieostrożnością wskutek lekkomyślności oraz niedbalstwa, jak tego mieliśmy przykłady, a nieostrożnością wskutek odwrócenia uwagi, jest znaczna. W wypadku lekkomyślności i niedbalstwa lekarz upatruje w swym czynnie niebezpieczeństwo, lecz to go od czynu nie powstrzymuje; w wypadku zaś *nieuwagi* lekarz również posiada świadomość możliwych następstw swego czynu, lecz w danej chwili zupełnie o nich zapomina. W wypadku lekkomyślności i niedbalstwa, sama czynność, jaką lekarz podejmuje jest ze stanowiska nauki niebezpieczną i niedozwoloną, w wypadku *nieuwagi*—czynność lekarza jest prawowita, lecz przy nieuwzględnieniu pewnych warunków, jak na przykład w wypadku z napastnicą, może stać się dla chorego niebezpieczną.

Bardzo zbliżoną do nieostrożności wskutek *nieuwagi* jest inna odmiana uchybienia lekarskiego.

Wprowadzamy choremu cewnik i przyrząd ten, bądź to wskutek zużycia, bądź też długiego leżenia, przerywa się podczas wykonywania zabiegu i część cewnika pozostaje w pęcherzu. Zakładamy zgłębnik żołądkowy i część zgłębnika urywa się w przewodzie pokarmowym.

Pragniemy saletranem srebra przypalić chore miejsce w gardzieli. W tym celu bierzemy umocowany w pochewce kawałek soli srebra, lecz podczas przypalania lapis z pochewki wypada i chory go połyka.

Chcemy za pomocą wody gorącej zatamować krwotok z macicy i wstrzykujemy wodę tak gorącą, iż powodujemy silne oparzenie części rodnych.*)

Jeszcze przykład.

Akuszerek, chcąc ułatwić sobie dokonanie obrotu i przypuszczając, że płód nieżyje, decyduje się na odjęcie wypadłej rączki. Rączka zostaje odjęta, dziecko odebrane, lecz ku przerażeniu otaczających i samego lekarza—przychodzi ono na świat żywe.

We wszystkich powyższych przykładach wina lekarza jest widoczna. Lekarz powinien był nim przystąpił do wykonania zabiegu leczniczego, upewnić się o stanie przyrządu, jaki użyje. Powinien był obejrzeć i wypróbować, czy sonda żołądkowa lub cewnik nie są uszkodzone, czy pałeczka lapisu jest dobrze osadzona.

Należało upewnić się, czy woda, którą miał wstrzyknąć do pochwy, nie jest zbyt gorącą, a w przypadku akuszeryjnym należało upewnić się, czy płód nie żyje.

Uchybienia więc powyższe wynikły wskutek zaniedbania się w zebraniu pewnych informacji co do bezpieczeństwa technicznej strony wykonywanego zabiegu.

Tego rodzaju wina jest nieostrożnością wskutek *niezwrócenia uwagi*.

A oto innego rodzaju przykład uchybienia, wynikłego wskutek zaniedbania się w zebraniu pewnych informacji. Dotyczy on już nie zabiegu leczniczego, lecz rozpoznania rodzaju cierpienia.

Wezmę przykład autentyczny.

Było to przed kilkoma laty w Wiedniu. Lekarza wezwano do robotnika. Pacjent leżał na ziemi, nieprzytomny. Przy nim znajdowało się kilka osób, a ich zachowanie się najwyraźniej wskazywało że są mocno pijani. W izdebce panował rozgardyasz. Na stole stała szklanka z niedopitem winem. Lekarz rzucił jedno spojrzenie: pijano towarzystwo, niedopity trunek, a tu zwałony z nóg klient... Przyjął snadź to wszystko za szczegóły leżącego na ziemi, rażno uwinął się z rozpoznaniem i zaopiniowaniem, że ma do czynienia z pijanym, zalecił wodę gazowaną, zimne okłady na głowę i poszedł. Ponieważ stan leżącego nie poprawiał się, wezwano innego lekarza, który stwierdził apopleksyę. Gdy chory zmarł, rodzina pierwszego lekarza zaskarżyła. Sąd skazał go na zapłacenie 60 fl. kary.*)

V.

Uzupełnianie braków lecznictwa — jako źródło błędów lekarskich.

Treść: Stosowanie nowych zabiegów leczniczych. Mniejsza wyrazistość następstw nowego środka i uszkodzenia na zdrowiu chorych. Na czem polega w podobnych wypadkach wina lekarza? Posiłkowanie się doświadczeniami innych. Optymizm lekarzy i zbytńia wiara w nieomyślność powag na polu medycyny. Zawody.

Omawiając rozmaite uchybienia wskutek nieostrożności oraz ilustrując ich odmiany, dałem zaledwie typowe przykłady lekkomyślnego i niedbałego postępowania lekarza oraz usterek z powodu *nieuwagi* i *niezwrócenia uwagi*. Rzecz jasna, że oprócz wymienionych wyraźnych rozgraniczeń, uchybienia lekarskie, przez nieostrożność popełnione, mogą występować

*) Zdarzenie w Leeds, (The Lancet 11 IV 1896.

*) München medic. Wochenschr 1895 14/V.

w najrozmaitszych odcieniach przejściowych oraz kombinacjach. Mogą więc mieć miejsce usterki wskutek lekkomyślnego kroku i nieuwagi, niedbalstwa i niezwrócenia uwagi i t. p., i t. p.

Przejdę obecnie do innego rodzaju uszkodzeń, popełnianych nieostrożnie przez lekarza. Mam na myśli uszkodzenia na zdrowiu, jakie się dosyć często zdarzają przy uzupełnianiu braków lecznictwa.

Jak wiemy, lecznictwo przeistacza się za sprawą aktu twórczego jednostek oraz za sprawą postępu i rozkwitu nauk przyrodniczych, które je zasilają nowymi motywami. Te motywy stanowią uzupełniającą treść a ich wchłanianie uskutecznia się drogą nowych doświadczeń.

Tu jednak, w miarę jak przechodzimy od danych faktycznych, od wiadomości pewnych i zbadanych, ku mniej lub wcale nieznanym—usuwa się grunt stały i stajemy na chwiejnych podstawach rzeczy, które mogą zawieść i nigdy nie jesteśmy pewni, czy wynik, jakiego oczekujemy, nastąpi, a jeśli nastąpi, czy w tym stopniu, jakbyśmy tego pragnęli. Tu już przewidywać można zaledwie z prawdopodobieństwem. Stosujemy, naprzykład, środek, którego nikt dotychczas nie stosował i spodziewamy się, że będzie on dla chorego korzystny, lecz w skutkach środek okazuje się niestosowny i wyrządza szkodę. Mamy więc przed sobą kategorię czynów, gdzie nie zachodzi już łatwość przewidywania, gdzie na niczem nie można oprzeć pewności, że z przedsiębranego przez nas czynu uszkodzenie nie nastąpi, mniejsza bowiem wyrazistość następstwa naszego kroku leży już w naturze samej rzeczy.

Rzecz naturalna, że w razie spowodowania w podobnych warunkach uszkodzenia, możemy być za nie odpowiedzialni. Do istnienia bowiem przestępstwa dostateczne jest przewidywanie możliwości skutku, a tam gdzie nie można przewidywać wszystkich następstw, należy przypuszczać wszystkie możliwe złe skutki.

Wina w podobnym wypadku polega na tem, że nieraz zaniedbujemy zbadać gruntownie wybrany środek, mamy błędne wyobrażenie o pewnych okolicznościach naszego czynu, nie obmyślamy sposobów uniknięcia złych następstw, lecz niebacznie powierzamy część skutku—losowi. Brak zastanowienia i obojętność na wynik — stanowią składniki winy.

To samo można powiedzieć o korzystaniu z cudzego doświadczenia. Przejęci zbytnim optymizmem i czuli na urok

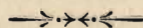
rzeczy nowych, lekarze często nierozważnie dają się im unieść, łatwo i bezkrytycznie chwytają w lot każde głoszone hasło, stosując je bez pamięci na możliwość złych następstw, z wiarą niemal dogmatyczną w nieomyślność mistrza i często gorzko się zawodzą.

Przypomnijmy tylko sobie jaki to wpływ wywarło odkrycie Kocha.

Metoda, która była jeszcze w swoim poczęciu, w dobie powstawania, kiedy zaledwie był przygotowany grunt ideowy, a rzecz nie wyszła jeszcze z okresu szukania i prób, już znalazła bezkrytycznych wyznawców.

Dzieje tych bolesnych doświadczeń są zbyt jeszcze świeże i mocno wyłobily się w pamięci naszej: krótkie chwile podniosłych wzruszeń, przedczesne tryumfalne hejnały — prędko okupiliśmy rozczarowaniem!

d. c. n.



W sprawie kas emerytalnych dla lekarzy.

Sprawozdanie Komisji przy Częstochofskim Towarzystwie lekarskiem.

Komisję składali kol.: Batawia, Biegański, Marczewski, Pietrasiewicz, Rozenfeld i Wrześniowski.

Komisya rozpatrzyła przedewszystkiem ustawę Kasy Pogrzebowej, projektowanej dla uczestników kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy w Warszawie. Po szczegółowem rozpatrzeniu ustawy, komisya jednogłośnie uznała, że kasa pogrzebowa nie zabezpiecza stałej zapomogi rodzinie po śmierci lekarza. Wysokość sumy wypłacanej zależy od liczby uczestników, która może być nader zmienną. Lekarz, należący do tej kasy, nie może nigdy przewidzieć, jaką sumę otrzyma rodzina po jego śmierci. Powtóre, jednakowa składka (około 5 rb), pobierana od lekarzy młodych i starszych, stanowi wybitną wadę kasy. Warunki ubezpieczenia się są znacznie gorsze dla lekarzy młodych, aniżeli starszych. Przypuszczalnie przeciętny wiek lekarzy wynosi 57 lat. Wypada więc, że dla otrzymania jednakowej zapomogi pośmiertnej lekarz 25-letni opłacać będzie składki przez 32 lata, podczas gdy 50-letni tylko przez lat 7. Zwyczajne ubezpieczenia się w Towarzystwach prywatnych zapewnia młodszym lekarzom warunki znacznie lepsze. Przypuszczając tylko 25 przypadków śmier-

ci na 1000 lekarzy, co w naszych warunkach stanowi odsetek b. skromny, wypada, że lekarz młody opłacać będzie rocznie około 140 rb. Stanowi to 35 rb. od 1000 premii pośmiertnej. Tymczasem w Towarzystwach ubezpieczeniowych prywatnych lekarz ten płacić będzie od 26 do 30 rb. Wreszcie, opłata składek w terminie niestałym, przypadkowym, jest niedogodną, ponieważ nie daje się obliczyć w budżecie wydatków.

Na zasadzie powyżej wyliczonych braków, komisya nie sądzi, żeby zapisywanie się na członków kasy pogrzebowej leżało w interesie młodych lekarzy, zwłaszcza wobec organizacyi kasy, objętej dotychczasową ustawą.

Co się tyczy kasy emerytalnej, projektowanej przez kol. Fidlera z Radomia, wobec braku szczegółowej ustawy, komisya nie może orzec nic stanowczego. Gdyby ta kasa miała być zorganizowaną na wzór kasy emerytalnej państwowej, jak o tem wspomina kol. Fiedler, nie zabezpieczałaby bytu rodzin lekarzy młodych i przedwcześnie zmarłych. Kasa emerytalna, przyznając rodzinom emerytury dopiero po 20 latach opłacania składek, pomija najważniejszą potrzebę w życiu ekonomicznym lekarzy. Gdyby zaś kasa chciała ten fakt uwzględnić, powstać może słuszna obawa co do jej wypłacalności. Zupełną pewność i dobre warunki mogą zapewnić tylko takie kasy, które posiadają znaczną liczbę uczestników. Kasa, oparta na udziale 1000 lub 1500 uczestników (taką bowiem może być kasa, projektowana przez kol. Fidlera), budzić będzie obawę, że albo nie da dobrych warunków, jeżeli chce być pewną, wypłacalną, albo naodwrot—rękojmię pewności osiągnie drogą pogorszenia warunków. Wobec tego, komisya wątpi w powodzenie projektu kol. Fidlera, zastrzegając się z wypowiedzeniem ostatecznego zdania aż do czasu otrzymania szczegółowej ustawy.

Ostatecznie w komisyi przeważało zdanie, że najodpowiedniejszą formę zabezpieczenia bytu rodzin na starość lub w razie śmierci lekarzy, pozostanie ubezpieczenie bądź w Towarz. Asek. prywatnych, bądź w Towarzystwach Wzajemnych ubezpieczeń. Na posiedzeniu komisyi została szczegółowo rozpatrzona ustawa Towarzystwa Wzajemnego Ubezpieczenia w Białymstoku. Z porównania ustawy tego Towarzystwa z ustawami różnych Towarzystw ubezpieczeniowych prywatnych wynika, że pierwsze daje naj-

lepsze warunki obok zupełnej pewności. Powstaje tylko pytanie, czy należy stworzyć osobne Towarzystwo, składające się wyłącznie z lekarzy, czy też przystąpić do istniejących już stowarzyszeń. Wobec znanej ogólnie i znacznej śmiertelności lekarzy, przyłączenie się do powstałego niedawno w Warszawie Towarzystwa Wzajemnej pomocy, byłoby może najracjonalniejsze.



Prace tymczasowej Komisji przemysłowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego lubelskiego.

Tymczasowa komisya przemysłowo-lekarska utworzoną została uchwałą z dnia 18 października 1902 roku przy Towarzystwie lekarskiem lubelskiem w celu zebrania danych, dotyczących stanu obecnego krajowego przemysłu i handlu lekarskiego i stosunku tegoż przemysłu do wytwórczości obcekrajowej, głównie niemieckiej.

Komisya odbyła do dnia 18 czerwca 1903 r. — sześć posiedzeń, na których przeczytano i przedyskutowano cały przytoczony niżej materiał i uchwalono wypływające zeń wnioski.

Wnioski te zostały następnie poddane dyskusyi i uchwalone na posiedzeniu zwyczajnem Towarzystwa lekarskiego lubelskiego w dniu 18 czerwca 1903 r.

Skład osobisty komisyi był następujący:

Wice-prezes Tow. lek. lub. Dr. Jaworowski jako przewodniczący, Dr. Majewski jako sekretarz i członkowie: Dr. Brzeziński, Dr. Chodźko, Dr. Jaczewski, Dr. Markiewicz, Dr. Rudzki, Dr. Tymiński, Dr. Zajdeman i jako zaproszony rzeczoznawca i współpracownik p. J. Magierski, właściciel składu aptecznego w Lublinie.

W uznaniu ogromnej doniosłości sprawy wyzwolenia naszego przemysłu i handlu lekarskiego od zależności—wśród Towarzystwa lekarskiego lubelskiego wyłoniła się myśl ograniczenia stosunków handlowych z Niemcami choć w skromnym zakresie, a mianowicie chodziło nam pierwotnie o zupełne usunięcie narzędzi chirurgicznych i środków opatrunkowych pochodzenia niemieckiego z handlu lekarskiego Lublina i jego okolic. Gdy jednak nasza chęć porozumienia się w tej sprawie z przedstawicielami miejscowego handlu lekarskiego rozbiła się o ich opór

i brak wszelkiego poczucia obowiązków społecznych, postanowiliśmy na zebraniu zwyczajnem Towarzystwa w dniu 18 października 1902 r. utworzyć t. zw. tymczasową Komisję przemysłowo-lekarską, złożoną ze specjalistów w różnych gałęziach wiedzy lekarskiej. Komisya ta miała się zająć ułożeniem, na podstawie odnośnych cenników, wykazu porównawczego cen wszelkich przedmiotów przemysłu lekarskiego w celu wskazania lekarzom praktykującym możliwie tanich a dobrych źródeł wszelkich potrzebnych im narzędzi, lekarstw i środków opatrunkowych, z pominięciem całkowitem wyrobów niemieckich, a uwzględnieniem na pierwszym planie wytwórczości lekarskiej polskiej.

Komisya ta, której skład osobisty wyżej wymieniliśmy, zebrała się po raz pierwszy w dniu 15 grudnia 1902 roku i w następujący sposób dokonała podziału pracy między swoich członków:

Środki farmaceutyczne i opatrunkowe podjął się opracować pan Magierski;
wody mineralne—kol. Rudzki;
narzędzia chirurgiczne wogóle — kol. Majewski;

narzędzia położnicze — kol. Jaworowski;

narzędzia ginekologiczne — kol. Markiewicz;

narzędzia urologiczne — kol. Jarczowski;

narzędzia i przybory okulistyczne — kol. Zejdeman;

narzędzia i potrzeby dentystyczne — kol. Brzeziński;

przyrządy do elektroterapii — kol. Chodźko.

wyroby lekarskie gumowe — kol. Tymiński;

narzędzia i przybory do pracowni lekarskich—kol. Rudzki.

W pracach komisji, oprócz wymienionych osób, przyjmowali też udział koledzy Dobrucki i Modrzewski.

Wobec braku u nas odpowiedniego pierwszorzutu pracy Komisya nasza zwróciła się do Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i lwowskiego z prośbą o udzielenie szczegółów co do zakresu i rodzaju działalności istniejących przy tych ciałach Komisji przemysłowo-lekarskich. Niestety, na listy nasze nie otrzymaliśmy żadnej odpowiedzi. Natomiast podkreślić tu musimy nadzwyczajną uprzejmość i prawdziwie obywatelską uczynność prof. d-ra Ciechanowskiego w Krakowie, którego cennym wskazówkom wiele mamy

do zawdzięczenia. Szczupła ilość cenników, które mieliśmy w swoim rozporządzeniu, zmuszała nas do zwracania się o te podstawowe materiały naszej pracy do firm mniej lub więcej nam znanych. Ażeby nie pominąć żadnej wybitniejszej firmy francuskiej zwróciliśmy się z prośbą o katalogi ze wszystkich działów do Agencji francusko-polskiej w Paryżu. Ażeby możliwie najsumienniej odpowiedzieć swojemu zadaniu, zwróciliśmy się też z prośbą o dostarczenie nam adresów firm do konsulatu angielskiego, austro-węgierskiego, belgijskiego, francuskiego, holenderskiego, szwajcarskiego i włoskiego w Warszawie i do „Pharmacie Centrale des Hôpitaux de Paris“ w Paryżu; w celu zapoznania się z najcelniejszymi źródłami przemysłu lekarskiego rosyjskiego udaliśmy się do prezydium Towarzystwa popierania rosyjskiego przemysłu i handlu w Petersburgu. Nie otrzymaliśmy żadnej odpowiedzi od konsulatu angielskiego i Towarzystwa popierania ros. przem. i handlu w Petersburgu; konsul włoski w liście swoim przyrzekł zebrać dane później, wice-konsul francuski odpowiedział nam z podziwu godną nieznaną własnego przemysłu, że istnieje w Paryżu firma niejakiego p. Collin'a, od którego otrzymamy wszelkie potrzebne nam informacje; list ten jest zachowany w archiwum naszego Towarzystwa. Wiele bardzo uprzejmości okazali nam wytwórcy i składnicy czescy.

Po zgromadzeniu możliwie obszernego materiału w postaci katalogów przystąpiliśmy do układania wykazów porównawczych i po kilkumiesięcznej pracy doszliśmy do pewnych ogólnych wniosków, które wraz z dowodami cyfrowymi poniżej przytaczamy.

Zanim wszakże przejdziemy do szczegółowego rozejrzenia się w zebranych przez nas materiałach faktycznych, chcemy zwrócić uwagę naszego grona lekarskiego na pewien ważny zwrot dziejowy, który w ugruntowaniu wpływów niemieckich w medycynie polskiej odegrał bardzo ważną rolę.

Wielki zwrot do anatomii patologicznej, dokonany w medycynie klinicznej za przemożnym wpływem nauki niemieckiej zatoczył szeroko swoje kregi i u nas w latach siedmdziesiątych i zapewnił na długie lata wyłączne panowanie kierunkowi niemieckiemu w medycynie polskiej, przytłumiając ślady usiłowań Chałubińskiego ku wytworzeniu samodzielnej myśli lekarskiej polskiej, spokrewnionej w ogólnych za-

rysach z najbliższą umysłowości naszej medycyną francuską. Przez lat 30 nauka niemiecka ciążyła nieprzerwanie nad medycyną naszą—po za tą nauką nie chcieliśmy widzieć i słyszeć o żadnej innej, traktując je pogardliwie jako „biagę“; Niemców tylko poczytywaliśmy za ludzi zdolnych do sumiennego badania i popychania nauki naszej naprzód; nawet wielki krach tuberkuliny Kocha, tak kompromitujący ową sumiennosc i solidnosc nauki niemieckiej, nie wpłynął na nas trzeźwiąco; i szliśmy wciąż zahypnotyzowani przez medycynę niemiecką, nie usiłując nawet zdać sobie dokładnie sprawy z prawdziwej wartości tejże i nie chcąc zadać sobie trudu samodzielnego myślenia. Nad każdym nowym pomysłem, nie wychodzącym od Niemców, nie myśleliśmy łamać sobie głowy i popracować sami, ale od razu wyrokowaliśmy: „może to i dobre, ale czekajmy, co na to Niemcy powiedzą“. Przecież nawet genialny Charcot był uważany przez większość lekarzy naszych nieomal za blagiera, głównie z powodu jego badań nad hypnozą w historii; tłumacząc masę rozmaitych mniejszych i większych książek i broszur niemieckich, nie pomyślano u nas o przełożeniu na język polski choćby tylko najwybitniejszych dzieł tego wielkiego klinicysty — szczegóły to dość charakterystyczny. Za najlepsze podręczniki uchodzili, nie zawsze słusznie, wyjącznie utwory niemieckie—a więc w medycynie wewnętrznej: dawniej Niemeyer, potem Eichhorst, Strümpell, Jürgensen; w chirurgii: Pitha-Billroth, König, Hueter-Lossen, Winiwarter, Tillmans, Landerer; w ginekologii — Veit, Schröder, Fritsch, Olshausen, Runge itd. Takie jednostronne panowanie nauki niemieckiej u nas odebrało nam wszelką samodzielność myślenia i krytyki i wyjałowiło naszą myśl naukową: przecież od czasów Girsztowta aż do Biegańskiego nie ukazało się w literaturze lekarskiej naszej żadne cenniejsze dzieło oryginalne. Taż jednostronna przewaga Niemców w naszej medycynie naukowej poddała pod panowanie Niemców cały handel lekarski w krajach polskich, i to bez żadnej konkurencji. Czytając podręczniki i monografie niemieckie i tylko niemieckie, polecające preparaty Scheringa i Merck'a itp., podnoszące skuteczność Kreüznachu, Reichenhallu, Wiesbadenu, Kissingenu etc. zapomnieliśmy zupełnie, w swej ślepej a bezkrytycznej wierze, że podobnie czyste, a czasem i czystsze preparaty wyrabiają i gdzieindziej, że oprócz Kies-

singen, Reichenhallu i t. d. istnieje Ciechocinek, Szczawnica, Rymanów, Birsztany, Morszyn, Krościenko... Jak szkodliwym było to zaślepienie i ile kosztowało naród nasz pieniędzy, bez żadnej potrzeby oddawanych największym naszym wrogom—z winy lekarzy polskich, nie trzeba tego dowodzić. Będzie było wyraźnie z kart naszej pracy to przeświadczenie, że my, lekarze polscy, z własnej winy zaprzepaściliśmy i myśl naukową polską i moc pieniędzy polskich wydaliśmy we wrogie ręce. Sądzimy, że cyfry, przez nas przedstawione, dadzą ogółowi naszemu dowód naoczny, a przerażający, jak wielkie sumy płacimy corocznie Niemcom bez żadnej potrzeby, mogąc mieć to samo, a nawet lepsze i za tańsze pieniądze od innych, a bardzo wiele znaleźć i we własnym kraju.

Prosimy czytelników, którzy zechcą zainteresować się pracą naszą, o pobłażliwość — doskonale wiemy o tem, że posiada ona liczne braki i usterki, sądziliśmy wszakże, że będzie ona pierwszą z kolei, ale nie ostatnią, i że koledzy nasi z innych Towarzystw lekarskich, tworząc odpowiednie komisje przemysłowo-lekarskie, podejmą ją, udoskonalą, a co najważniejsza, przeprowadzą jej postulaty. Pracowaliśmy nad swoim zadaniem gorliwie i sumiennie w ciągu wielu miesięcy, poświęcając pracy naszej czas wypoczynku, nie dla własnego tylko zadowolenia, ale dla dobra całego ogółu naszego i w tej nadziei niepłonnej, że za przykładem lekarzy pójdą inne zawody — przemysłowe, rzemieślnicze, handlowe — i wspólnymi siłami dopomogą społeczeństwu naszemu do wydobywania się z dławiących szpon umysłowości i kapitalistów niemieckich.

Praca nasza ma przedewszystkiem na celu uświadomienie lekarzy naszych i ogółu o ciężących na nich ciężkich obowiązkach, gdyż sądzimy, że tylko społeczeństwo doskonale świadome swoich celów i dokładnie pewne w swoich działaniach zasługuje na miano narodu cywilizowanego.

DZIAŁ I.

Środki farmaceutyczne i opatrunkowe.

Opracował p. J. Magierski.

Rozpoczynamy od działu środków farmaceutycznych i opatrunkowych pracę naszą dlatego, że za przedmioty wymienione najwięcej idzie od nas pieniędzy do Niemiec. Obrót coroczny Kró-

NAZWA ŚRODKA		Ilość	Fabryki Krajowe	Cena kop.	Fabryki Francuskie	Cena kop.	Fabryki Szwajcarskie	Cena Kop.	Fabryki Niemieckie	Cena kop.
1	Acetum pyrologinosum crudum	1 Kg	Zawiercie	25	—	—	—	—	—	—
2	Acidum aceticum 80%	1 Kg	Krell	60	—	—	—	—	Merck	197
3	Acidum benzoicum	1 Kg	—	—	Buchet	400	—	—	"	520
4	Acidum boricum	1 Kg	Wilno	50	—	—	—	—	"	58
5	Acidum carbonicum cryst.	1 Kg	Krell	120	Buchet	160	—	—	Schering	225
6	Acidum muriaticum crudum	1 Kg	Kijewski	15	—	—	—	—	"	25
7	Acidum nitricum crudum	1 Kg	"	30	—	—	—	—	"	62
8	Acidum salicylicum	1 Kg	Krell	160	Lyon	190	—	—	Bauer	195
9	Acidum sulfuricum crudum	1 Kg	Kijewski	12	—	—	—	—	Merck	20
10	Acidum sulfuricum purum	1 Kg	Pabianice	34	—	—	—	—	Kahlbaum	36
11	Acidum tannicum	1 Kg	—	—	Buchet	360	Roche	350	Schering	360
12	Acidum tartaricum	1 funt	Częstochowa	70	—	—	—	—	"	200
13	Aether sulfuricus	1 Kg	"	120	—	—	—	—	"	160
14	Aether nitricus	1 Kg	—	—	Buchet	260	—	—	"	280
15	Aether aceticus	1 Kg	Krell	210	"	240	—	—	"	360
16	Agaricinum	1 g	—	—	"	10	Roche	14	Kahlbaum	16
17	Airolum	25 g	Manduk	50	—	—	—	—	Bauer	80
18	Alumen crudum	1 Kg	Kijewski	10	—	—	"	60	"	28
19	Alumen ustum	1 Kg	Motor	50	—	—	—	—	—	—
20	Ammonium bromatum	1 Kg	—	—	Roques	280	—	—	—	—
21	Ammonium chloratum	1 Kg	Motor	34	—	—	—	—	Schering	290
22	Ammonium sulfoichthyolicum sive „Litol“	1 Kg	Pabianice	840	—	—	Roche	1000	"	40
23	Ammonium valerianicum	25 g	Motor	42	—	—	Roche	60	Cordees	1350
24	Amylium nitrosum	100 g	"	60	—	—	Roche	63	Merck	60
25	Antifebrinum	1 Kg	Krell	150	—	—	Roche	62	"	63
26	Antinervinum	50 g	—	—	—	—	"	158	Bauer	180
27	Antipyrinum	25 g	—	—	—	—	Schlieren	85	Merck	90
28	Antipyrinum coffeino-citricum (Migracium)	25 g	—	—	Lyon	26	Basel	25	Knorr	40
29	Apomorphinum muriaticum	25 g	Manduk	35	"	42	Roche	60	Bauer	125
30	Argentum nitricum	4 g	—	—	Roques	157	"	160	Knoll	165
31	Aristolum	1 Kg	—	—	Buchet	3520	Roche	—	Schering	3600
32	Aspirinum	25 g	—	—	—	—	—	—	Bauer	225
33	Atropinum sulfuricum	25 g	Manduk	25	Buchet	50	"	27	Bayer	62
		25 g	—	—	—	—	"	860	Merck	815

34	Balsamum copaivae	100 g	czeska Janousek	80	—	—	—	—	—	840	Schimmel	85
35	Balsamum peruvianicum	1 Kg	Czeska	840	—	—	—	—	—	—	"	860
36	Balsamum toltanianum	1 Kg	Janousek	320	—	—	—	—	—	—	"	340
37	Benzonaphtholum	25 g	—	—	14	Lyon	—	—	—	16	Bauer	20
38	Betolum	100 g	—	—	400	—	—	—	—	—	Schering	420
39	Bismuthum salicylicum	1 Kg	—	—	720	—	—	—	—	840	Merck	860
40	Bismuthum subgallicum (Dermatolum)	25 g	Manduk	35	20	"	—	—	—	28	Bauer	45
41	Bismuthum subnitricum	1 Kg	—	—	930	"	—	—	—	930	Merck	930
42	Bromaethylum	rurka	—	—	45	"	—	—	—	—	"	55
43	Calcaria hypochlorosa	1 Kg	Kijewski	24	—	—	—	—	—	—	Schering	30
44	Calcaria carbonica praecipitata	1 Kg	Wilno	30	36	Lyon	—	—	—	—	"	36
45	Camphora	—	—	—	—	Rogues	transito	—	—	—	Niemcy.	78
46	Camphora monobromata	100 g	Motor	75	—	—	—	—	—	—	Schering	25
47	Cerium oxalicum	100 g	—	—	—	—	—	—	—	24	"	3000
48	Chininum muriaticum	1 Kg	—	—	2500	Salle	—	—	—	—	Jobst	2200
49	Chininum sulfuricum	1 Kg	—	—	2000	"	—	—	—	—	"	1210
50	Chininum tannicum	1 Kg	—	—	1150	Buchet	—	—	—	—	"	2750
51	Chininum valerianicum	1 Kg	—	—	2750	Salle	—	—	—	—	"	430
52	Chloroethylum	10 rurak	—	—	420	Lyon	—	—	—	—	Schering	—
53	Chloroformium pro usu interno et externo	1 Kg	—	—	600	Lambiotte	angiels. Duncan	—	—	630	—	95
54	Chrysarobinum	100 g	—	—	92	Buchet	—	—	—	—	Schering	37
55	Cocainum muriaticum	1 g	—	—	32	"	—	—	—	34	Merck	680
56	Codeinum phosphoricum	30 g	—	—	—	—	—	—	—	620	"	680
57	Codeinum purum	30 g	—	—	—	—	—	—	—	620	"	192
58	Coffeinum purum	100 g	—	—	—	—	—	—	—	184	"	192
59	Coffeinum citricum	100 g	—	—	145	Buchet	—	—	—	185	"	125
60	Coffeinum natrio-benzoicum	100 g	—	—	—	—	—	—	—	128	"	125
61	Coffeinum natrio-salicylicum	100 g	—	—	—	—	—	—	—	128	"	18
62	Cuprum aluminatum	100 g	—	15	—	—	—	—	—	—	"	42
63	Cuprum sulfuricum crudum	1 Kg	Motor	34	—	—	—	—	—	—	Saksonia	70
64	Cuprum sulfuricum purum	1 Kg	Kijewski	65	—	—	—	—	—	—	Schering	45
65	Dermatolum	25 g	Motor	35	20	Lyon	—	—	—	28	Bauer	40
66	Dioninum hydrochloricum	1 g	Manduk	—	37½	Rogues	—	—	—	—	Merck	60
67	Ergotinum	25 g	—	70	—	—	—	—	—	—	"	420
68	Eserinum salicylicum (Physostigminum salicylicum)	1 g	—	—	380	Buchet	—	—	—	—	"	26
69	Eucainum purum	1 g	—	—	—	—	—	—	—	—	Schering	220
70	Euchininum	25 g	—	—	190	Buchet	—	—	—	24	Jobst	—

N A Z W A S R O D K A		Ilość	Fabryki Krajowe	Cena kop.	Fabryki Francuskie	Cena kop.	Fabryki Szwajcarskie	Cena kop.	Fabryki Niemieckie	Cena kop.
71	Extracta omnia	25 g	Motor	—	Buchet	95	—	—	—	—
72	Ferratinum	25 g	—	—	—	—	Roche	125	Merck	95
73	Ferripyrrinum	100 g	Motor	65	—	—	—	72	"	130
74	Ferrum albuminatum	100 g	"	72	—	—	—	—	Schering	70
75	Ferrum bromatum	1 Kg	"	125	—	—	—	—	"	75
76	Ferrum carbonicum sacch.	100 g	"	40	—	—	—	—	"	150
77	Ferrum citricum oxydat.	100 g	"	36	—	—	—	—	"	45
78	Ferrum hydrogenio reduct.	100 g	"	120	—	—	—	—	Merck	40
79	Ferrum iodatum sacchar.	100 g	"	—	—	—	—	—	—	—
80	Ferrum oxydatum	1 Kg	—	—	—	—	Roche	190	Merck	200
81	Ferrum peptonatum	100 g	Motor	75	—	—	—	—	—	80
82	Ferrum pyrophosphoricum	1 Kg	"	280	—	—	Roche	245	"	260
83	Ferrum sesquichloratum cryst.	1 Kg	"	80	—	—	"	78	"	80
84	Ferrum sulfuricum crud.	1 Kg	Kijewski	10	—	—	"	39	Schering	36
85	Ferrum sulfuricum purum	1 Kg	Pabianice	43	—	—	"	32	"	35
86	Folia —	—	Transito	—	od firm	—	niemieckich	—	"	—
87	Formalinum	1 Kg	Krell	90	Lambiotte	165	—	—	Schering	180
88	Fructus —	—	Transito	—	za pośred-	—	dnictwem	firm	niemieckich	—
89	Gelatina alba	—	Częstochowa	—	faryka Kres-	—	townikowa	w	Kazaniu	3000
90	Glycerinum pur.	1 Kg	Rosyjska	—	—	—	Roche	2600	Sarg	95
91	Gonorolum	25 g	—	—	—	15	"	90	Heyden	25
92	Goretum (Calcium superoxyd)	25 g	—	—	Lambiotte	45	"	23	"	25
93	Guajacolum	25 g	—	—	—	—	"	50	"	55
94	Guajacolum carbonicum	25 g	—	—	przez firmy	—	niemieckie	—	"	—
95	Guajacolum resinatum	25 g	Transitowe	—	"	—	"	—	—	—
96	Gummi arabicum	—	"	—	"	—	"	—	—	—
97	Gutta Percha	—	"	—	"	—	"	—	—	—
98	Haematogenum liquidum	flaszka	Gesner	125	Buchet	—	Hommel	130	Kobert	—
99	Haematogenum siccum	25 g	—	—	—	40	—	—	"	42
100	Haemogallolum	25 g	—	—	—	—	Roche	75	"	45
101	Haemoglobinum	100 g	—	—	—	—	"	90	"	95
102	Hazelinum	100 g	—	—	—	—	"	95	"	30
103	Hedonalum	25 g	—	—	Buchet	126	—	—	"	140

N A Z W A Ś R O D K A	Ilość	Fabryki Krajowe	Cena kop.	Fabryki Francuskie	Cena kop.	Fabryki Szwajcarskie	Cena kop.	Fabryki Niemieckie	Cena kop.
142 Lactaninum	—	—	—	—	—	—	—	—	—
143 Lactopheninum	25 g	—	—	Lyon	—	Roche	45	Heyden	60
144 Lanolinum puriss.	1 Kg	—	—	Buchet	440	—	—	Liebreich	300
145 Larginum	25 g	—	—	"	135	—	—	Merck	135
146 Lecithinum	1 g	—	—	Clin	80	—	—	—	—
147 Lipaninum	100 g	Motor	120	Buchet	132	—	—	Merck	135
148 Liquor ammonii caustici	100 g	Pabianice	24	—	—	—	—	Kahlbaum	115
149 Liquor ferri albuminati	1 Kg	Motor	140	—	—	—	—	Grüning	150
150 Liquor ferri iodati	1 Kg	"	160	—	—	—	—	—	—
151 Liquor ferri peptonati	1 Kg	"	180	Robin	550	—	—	—	—
152 Liquor mangano-ferri peptonati	1 Kg	"	180	—	—	—	—	—	—
153 Lithium iodatum	100 g	"	300	Roques	310	—	—	Schering	320
154 Lysolum	1 Kg	Grodzisk	150	Buchet	160	—	—	Schüleke	165
155 Magnesia usta	—	—	—	angielska	—	—	—	—	—
156 Magnesium carbonicum	1 Kg	—	—	Buchet	68	—	—	Schering	70
157 Magnesium citricum efferv.	—	—	—	angielskie	—	—	—	—	—
158 Magnesium sulfuricum pur.	10	—	10	Buchet	15	—	—	Schering	16
159 Mentholum	1 Kg	Kijewski	?	—	—	—	—	Merck	75
160 Methylen-blau	1 Kg	ezez. Janousek	?	Lyon	72	—	—	"	25
161 Methylium salicylicum.	25 g	—	—	"	22	—	—	Bauer	125
162 Migraeninum.	25 g	—	35	Salle	35	Roche	60	Knoll	345
163 Morphiium muriaticum.	25 g	Manduk	—	—	310	—	—	Lucius	210
164 Naphthalinum	30 g	—	—	—	—	—	—	Merck	135
165 Naphthalinum alb.	1 Kg	Kaukazka	120	—	—	—	—	Kahlbaum	250
166 Naphthalinum purissn.	1 Kg	Zawiercie	25	—	—	—	—	Schering	400
167 Naphtholum-B.	1 Kg	Motor	140	—	—	—	—	Merck, Bauer	480
168 Natrium benzoicum.	1 Kg	—	—	Buchet	200	Roche	420	—	—
169 Natrium bicarbonicum	1 Kg	Wilno	20	"	440	"	460	Schering	300
170 Natrium bromatum	1 Kg	—	—	Roques	292	—	—	Merck	105
171 Natrium cacodylicum	1 Kg	—	—	Salle	90	—	—	—	—
172 Natrium carbonicum erud.	25 g	—	10	—	—	—	—	—	—
173 Natrium carbonicum pur.	1 Kg	Kijewski	?	—	—	—	—	—	—
174 Natrium chloratum pur.	1 Kg	Motor	36	—	—	Roche	45	—	—

	25 g			Buchet	32	Roche	32	Schering	35
175 Natrium glycerino-phosph.									
176 Natrium et calcium glycerino-phosphoricum („Glycerophosphates“)									
177 Natrium hyposulfurosum	1 Kg	Wilno	12	Robin	—	—	—	—	—
178 Natrium iodatum	1 Kg	—	—	Ropues	1240	Roche	20	Merck	28
179 Natrium nitricum pur.	1 Kg	Motor	42	—	—	—	—	Schering	1420
180 Natrium salicylicum	1 Kg	—	—	Lyon	185	—	—	”	45
181 Natrium sulfurosum	1 Kg	Wilno	29	”	36	—	—	Bauer	195
182 Oleum amygdalar dulc.	100 g	czes. Janousek	115	—	—	—	—	Merck	38
183 Oleum anisi stell.	1 Kg	”	1180	—	—	—	—	Schimel	135
184 Oleum anisi vulgaris	100 g	”	80	Robert	80	—	—	”	1250
185 Oleum aurantiorum	100 g	”	125	”	125	—	—	”	86
186 Oleum Bergamottae	1 Kg	”	1260	”	1260	—	—	”	130
187 Oleum cacao	100 g	”	250	—	—	—	—	”	1350
188 Oleum cadini	100 g	ros. Gadigow Janousek	48	—	—	—	—	”	270
189 Oleum carvi	1 Kg	”	74	—	—	—	—	”	72
190 Oleum caryophyllorum	1 Kg	”	580	Robert	580	—	—	”	620
191 Oleum citri	1 Kg	”	540	”	560	—	—	”	560
192 Oleum cubebarum	1 Kg	”	720	”	735	—	—	”	720
193 Oleum eucalypti glob.	100 g	”	76	”	78	—	—	”	86
194 Oleum flor. aurantii	1 Kg	”	395	”	420	—	—	”	480
195 Oleum geranii	10 g	”	205	”	220	—	—	”	210
196 Oleum hyoscyami	100 g	”	305	”	315	—	—	”	320
197 Oleum jecoris aselli	1 Kg	Motor	160	—	—	—	—	”	—
198 Oleum juniperi bacc.	—	transitò	—	przez firmy	—	niemieckie	—	—	—
199 Oleum lavandulae	1 Kg	Janousek	960	Robert	980	—	—	Schimel	1050
200 Oleum lini	1 Kg	”	780	”	780	—	—	”	720
201 Oleum melissae	100 g	Krajowe	420	—	—	—	—	—	—
202 Oleum menthae pip. polonic.	1 Kg	Janousek	2000	Robert	440	—	—	Schimel	450
203 Oleum pini pumilionis	1 Kg	Majewski	1170	—	—	—	—	”	2100
204 Oleum ricini italicum	—	Janousek	—	—	—	—	—	”	1150
205 Oleum rosarum	10 g	Janousek	300	—	—	—	—	Schimel	—
206 Oleum salviae	100 g	”	120	—	—	—	—	”	340
207 Oleum santali	1 Kg	”	1580	Robert	1600	angielska Bush	1480	”	135
208 Oleum serpylli	100 g	”	86	—	—	—	—	”	1680
209 Oleum sinapis	100 g	”	190	—	—	—	—	”	90
210 Opium	—	transito	—	—	—	—	—	”	210
211 Orexinum tannicum	25 g	—	za po	srednictwem	—	firm Roche	180	niemieckich Knoll	210

N A Z W A Ś R O D K A

	Ilość	Fabryki Krajowe	Cena kop.	Fabryki Francuskie	Cena kop.	Fabryki Szwajcarskie	Cena kop.	Fabryki Niemieckie	Cena kop.
212 Orthoformium	25 g	—	—	—	—	Roche	150	Lucius Merck	165
213 Papainum	1 g	—	—	—	—	"	6	Merck	10
214 Paraffinum	—	Kaukaz	—	—	—	—	—	—	—
215 Pepsinum purum	1 Kg	ross. Witte	800	—	—	Roche	900	Merck	820
216 Peptonum siccum	100 g	"	90	—	—	"	110	Taeschner	120
217 Pertussinum	160 g	Bukowski	—	—	—	"	—	"	130
218 Phenacetinum	25 g	—	—	—	—	Roche	18	Bayer	20
219 Physostigminum salicyl.	1 g	—	—	Buchet	380	—	—	Merck	420
220 Pilocarpinum muriat.	1 g	—	—	Salle	50	Roche	30	Knoll Merck	34
221 Pilocarpinum nitricum	1 g	—	—	Salle	50	—	—	Merck	55
222 Piperazinum	5 g	—	—	Buchet	20	Roche	90	"	110
223 Pix liquida	1 Kg	Krajowe	—	—	—	—	—	—	—
224 Plumbum aceticum crud.	100 g	Kijewski	46	—	—	—	—	Schering	56
225 Plumbum aceticum pur.	100 g	Motor	7	—	—	—	—	"	15
226 Protargolum	25 g	—	—	Buchet	175	Roche	190	Bauer	220
227 Pyoktaninum aur.	10 g	—	—	"	40	—	—	Merck	42
228 Pyoktaninum coerul.	10 g	—	—	"	39	—	—	Heyden	42
229 Resorcinum puris.	1 Kg	—	—	Lyon	650	—	—	Merck	710
230 Radix Rhei	—	transito	przez	firmy	—	niemieckie	—	—	—
231 Radix sarsaparillae	—	"	"	"	—	"	—	—	—
232 Radix senegae	—	"	"	"	—	"	—	—	—
233 Resina Jalapae	—	"	"	"	—	"	—	—	—
234 Rhizoma Irid. florent.	—	"	"	"	—	"	—	—	—
235 Rhizoma Zingiberis	—	"	"	"	—	"	—	—	—
236 Saccharinum	1 Kg	—	—	Lyon	1200	—	—	—	—
237 Saccharum lactis	1 Kg	—	—	Buchet	85	—	—	Riedel	85
238 Sal carolinens. artific.	1 Kg	Wilno	20	—	—	—	—	—	—
239 Sal marinum	1 Kg	Odessa	24	—	—	—	—	—	—
240 Salipyrinum	25 g	Manduk	30	Lyon	30	Roche	25	Riedel	25
241 Salolum	1 Kg	—	—	Lyon	250	"	360	Bauer	400
242 Santoninum pur.	100 g	—	—	Buchet	208	"	225	Merck	245
243 Secale cornutum	—	Krajowe	—	—	—	—	—	—	—
244 Semen Colchici	—	transito	przez	firmy	—	niemieckie	—	—	—

lestwa Polskiego w tej gałęzi handlu lekarskiego dostęga zapewne miliona rubli i prawie cała ogromna ta suma co rok przechodzi w ręce niemieckie.

Podajemy poniżej zestawienie porównawcze cen niemieckich z cenami fabrykatów innych krajów; dodamy, że z tych ostatnich uwzględniliśmy jedynie wyroby firm uznanej sławy. Ceny podajemy w walucie rosyjskiej*) z doliczeniem kosztów cła i przesyłki i w warunkach sprzedaży detalicznej. (P. str.: 31 do 37).

Wykaz ziół i korzeni zbieranych w kraju:

Baccæ Juniperi	Herba Menthae piper.
Baccæ Myrtillorum.	Herba Millefolii
Flores Chamomilae vulgar.	Herba Hyoscyami
Flores Convallariæ majalis.	Herba Lobeliae
Flores Malvæ	Herba Thymi
Flores Sambuci	Herba Trifolii
Flores Tiliae	Herba Viola tricol.
Flores Verbasci	Lycopodium
Gallæ	Radix Angelicæ
Herba Absinthii	Radix Calami
Herba Cardui benedicti	Radix Gentianæ
Herba Centaurii minor	Radix Saponariæ
Herba Equiseti arvens.	Radix Valerianæ
Herba Farfaræ	Secale cornutum
Herba Majoranæ	Semen Lini
Herba Melissa	Semen Papaveris
Herba Menthae crispæ	Semen Sinapis

Objaśnienie nazw fabryk, przytoczonych

w spisie:

Bartkiewicz — Pierwsza Krajowa fabryka waty hygr. D-ra Bartkiewicza w Zapolu p. Grodziskiem.
 Bukowski** — Apteka magistra Bukowskiego w Warszawie, ul. Marszałkowska № 54.
 Częstochowa — Towarzystwo Akcyjne Zakładów Chemicznych w Częstochowie.
 Gessner — Apteka E. Gessnera w Warszawie Al. Jerozolimskie № 29.
 Grodzisk — Fabryka chemiczna Krell i Co. w Grodzisku (gub. warszawska).
 Kijewski — Fabryka chemiczna Kijewski i Scholtze w Warszawie ul. Solec.
 Krell patrz Grodzisk.
 Majewski — Warszawskie Laboratorium Chemiczne — Hipolit Majewski i Synowie
 Manduk — Apteka A. Manduka w Warszawie, ul. Wojska № 10.
 Motor — Warszawskie Towarzystwo Akcyjne „Motor“ w Warszawie ul. Marszałkowska № 23.
 Pabianice — Fabryka przetworów chemicznych w Pabianicach pod Łodzią (Towarzystwo Bazylejskiej Fabryki chemicznej).
 Palmirski — Dr. Palmirski, Warszawa ul. Wielka 4, — skład: apteka K. Wendy.
 Pruszków — Fabryka chemiczna w Pruszkowie (gub. warszawska).

*) W obliczeniach waluty zagranicznej przyjmowaliśmy: frank=38 kopiejek, korona austr.=40 kop, marka niemiecka=47 kop, funt sterling.=r. 9 k. 40.

**) Firma Bukowski ma na składzie surowice wyrobu laboratorium prof. Bujwida w Krakowie (surowica przeciwlonicza, przeciwplonicza, paciorkowca, pneumokokkowa)

Szczakowa — Fabryka wody amoniakowej w Szczakowej (Galicya).
 Spicss — Warsz. Towarzystwo Akcyjne handlu towarami aptecznymi, w Warszawie Senatorska.
 Tlen — Lwowska Fabryka Chemiczna „Tlen“ — Lwów — Zamarstynów (Galicya).
 Warszawska fabryka gazowa — Warszawa, Senatorska.
 Wilno — Wilenskie Zakłady Chemiczne (Виленскій Химическій Заводъ) w Wilnie.
 Zawiercie — Rapaport, Leskiewicz i Kunze w Zawierciu (gub. piotrkowska).
 Auerbach — przedstawiciel na Królestwo Polskie, firma L. Spiess i Syn. (Warsz. Towarzystwo akcyjne handlu towarami aptecznymi).
 Krestownikow — Newska Fabryka świec.
 Witte — Fabryka chemiczna w Rostowie nad Donem.
 Bush and Co, London — przedstawicielstwo w Moskwie, ul. Suworowska.
 Janousek — Bracia Janouskowie — Praga — Karlin (Czechy)
 Buchet* = Ch. Buschet & Co (Pharmacie Centrale de France) 21, rue de Nonnains d'Hyères, Paris.
 Clin = Clin et Comar 20, rue des Fossés-Saint-Jacques, Paris (France).
 Lambiotte — Lambiotte Frères, 124, Avenue Rogier, Bruxelles (Belgique), agenci w Warszawie, ul. Bracka № 4: pp. Löwenstein i Kirsztrot.
 Lyon — Société Chimique des Usines du Rhône à Lyon (France), agent w Warszawie ul. Wróbla 12 p. J. Hoser.
 Montereau — Société Parisienne de Produits chimiques à Montereau (France).
 Robert — Roare-Bertrand fils — Essences et Parfumerie — à Grasse (France).
 Robin — M. Robin — Pharmacien 13, rue de Poissy, Paris (France).
 Roques — Ferd. Roques et Cie rue S-te Croix-de-la-Bretonnerie, Paris (France) Agent w Warszawie Królewska № 20 p. Wł. Hofman.
 Salle — H. Salle et Co 4, rue Elzévir, Paris (France). — Przedstawiciel w Warszawie Królewska № 20 — p. Wł. Hofman.
 Génér — Société Générale Parisienne d'Antiseptie, 15, rue d'Argenteuil, Paris.
 Franc — Société Française des Produits Sanitaires et Antiseptiques, 35, rue des Francs-Bourgeois, Paris
 Basel — Baseler Chemische Fabrik in Basel (Schweiz) patrz Pabianice.
 Hommel — Nicolai und Co, Zürich (Schweiz)
 Poulenc — Les établissements Poulenc Freres, fabrique de produits chimiques 92, rue Vieille-du-Temple, Paris—Przedstawiciel w Warszawie p. H. Mendelssohn, Leszno 12.
 Roche — Hoffman-La Roche, Chemische Fabrik in Basel (Schweiz),
 Schlieren — Chemische Fabrik Schlieren in Zürich (Schweiz). Przedstawiciel w Warszawie, dom handlowy, J. Salzmann, Senatorska 38
 Wolfensberger — Chemische Fabrik Wolfensberger in Basel (Schweiz).
 Davis — Parke, Davis and Comp. Détroit, Michigan, U. S. America. Przedstawicielstwo w Petersburgu.
 Uwaga: Oglaszająca się w dziennikach lekarskich francuskich firma: Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline jest filią fabryki niemieckiej — Meister—Lucius w Höchst (!)

* W Warszawie wyroby firmy Buchet posiada na składzie apteka p. K. Wendy, Krakowskie Przedmieście № 45.

Z powyżej przytoczonego wykazu porównawczego cen środków farmaceutycznych wysnuwają się wnioski następujące:

1-o. *Ogromna większość cen przetworów pochodzenia francuskiego i szwajcarskiego jest niższą od cen odpowiednich przetworów niemieckich albo też jest im równą** (na paręset wymienionych w wykazie środków zaledwie w kilku ceny fabryk niemieckich są niższe od francuskich i szwajcarskich).

2-o. Już teraz, nietylko bez żadnych ofiar meteryalnych, ale *nawet ze znaczną korzyścią dla kieszeni polskiego spożywcy* możemy usunąć przeważającą większość (więcej niż $\frac{9}{10}$) przetworów farmaceutycznych niemieckich, dotychczas panujących na rynku naszym bez konkurencyi, i zastąpić takowe przetworami szwajcarskimi i francuskimi.

3-o. W dziale *cruda* możemy zupełnie obejść się bez Niemiec, gdyż produkcya chemiczna polska i rosyjska wyklucza, wobec wysokich ceł ochronnych, wszelką konkurencyę niemców, a może już dostarczyć prawie wszystkich przetworów z tego działu.

4-o. W dziale środków do użytku wewnętrznego (*pura*) mamy kilkanaście przetworów, wyrabianych w kraju (Manduk, Pabianice etc.), ilość ich jednak jest jeszcze zbyt małą.

5-o. W dziale środków opatrunkowych posiadamy wyrabianą w kraju tylko watę hygroskopijną fabryki D-ra Bartkiewicza w Zapolu—jest ona wprawdzie

dobrego gatunku, ale ceną przewyższa watę zagraniczną, pomimo nawet wysokiego cła ochronnego. Można by spróbować sprowadzać watę hygroskopijną z fabryki „Tlen“ we Lwowie. Gazy opatrunkowej, o ile nam wiadomo, w kraju się nie wyrabia.

Wobec tych wniosków, wysnuwających się z naszego wykazu, stawiamy następujące postulaty:

1-o. Dla ostatecznego wyparcia produkcji farmaceutycznej niemieckiej z handlu lekarskiego polskiego należy się postarać, aby wszystkie wymienione firmy chemiczne francuskie i szwajcarskie miały swoich przedstawicieli w Warszawie i aby idące do nas transito przez firmy niemieckie środki surowe (liście, korzenie etc.) były sprowadzane inną drogą*;

2-o, należy zwrócić uwagę producentów krajowych na konieczność wyrabiania subtelniejszych przetworów farmaceutycznych (do użytku wewnętrznego), zapewniając im w takim razie solidarne poparcie wszystkich lekarzy polskich; koniecznym też jest obniżenie ceny waty hygroskopijnej krajowej;

3-o, *dla osiągnięcia powyższych celów wszyscy lekarze polscy powinni bezwarunkowo zobowiązać się do oznaczania na receptach po nazwie środka — nazwy fabryki, z której ma dany środek pochodzić; ten sposób postępowania musimy stosować dotąd, dopóki z aptek naszych nie usuniemy zupełnie leków niemieckich.*

d. c. n.

Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie w Częstochowie.

Posiedzenie uroczyste w. d. 3 Października 1903 r.

Obecnych 28 członków, wraz z udziałem publiczności, zaproszonej na posiedzenie.—85 osób.

I. Kol. Rozenfeld wygłosił odczyt „*O śnie ze stanowiska fizjologii i psychologii*“. Będzie drukowane.

II. Kol. Nowak mówił „*o alkoholizmie*“. Prelegent na wstępie skreślił kliniczny obraz przewlekłego zatrucia wysokiem, omówił znaczenie alkoholizmu ze stanowiska społecznego, wreszcie podał przyczyny i sposoby zwalczania tej kłęski.

*) Wysokie ceny przetworów niemieckich tłumaczą się patentowaniem przez Niemców nazwy każdego nowego środka, nte zaś jakością wyrobu.

Posiedzenie w d. 17 Października 1903 r.
Obecnych 24 członków.

I. Odczytano korespondencyę bieżącą: a) Uchwałę Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego w sprawie stosowania wód mineralnych, leków oraz środków opatrunkowych krajowych. Żeby myśl tę urzeczywistnić w praktyce, postanowiono prosić Towarzystwo Lubelskie o nadesłanie 100 egzemplarzy powyższej uchwały w celu rozpowszechnienia jej między lekarzami.

b). Odczytano odezwę komisji emerytalnej przy Towarzystwie Lekarskiem Radomskiem. W dyskusyi zabierali głos

(*) Uwaga: o ile nam wiadomo, handlem tranzytowym w tej gałęzi zajmuje się firma Salle et Co w Paryżu 4, rue Elzévir.

kol.: Biegański, Batawia, Kohn, Marczewski, Pietrasiewicz, Wrześniowski. W celu bliższego rozważania projektu komisji emerytalnej i ustawy kasy pogrzebowej powołano do życia osobną komisję, która wnioski powyższe ma przedstawić na posiedzeniu następnym.

c). Odczytano odezwę kol. Chełchowskiego, Męczkowskiego i Sawickiego z Warszawy w sprawie zbadania stanu naszych szpitali prowincjonalnych.

III Kol. Biegański przedstawił dwuletniego chłopca, *dotkniętego chorobą Little'a*. Dziecko urodziło się bez pomocy chirurgicznej, w pierwszych miesiącach było zupełnie zdrowe. W trzecim kwartale zauważono osłabienie lewej kończyny górnej. Obecnie niepełne porażenie lewostronne z udziałem twarzy. W mięśniach porażonych lekka sztywność, zaników niema. Odruchy ścięgniste wzmożone. W palcach lewej ręki i stopy ruchy atetotyczne. Dziecko nie chodzi, nie mówi, zdradza oznaki idiotyzmu. W końcu kol. B. omawia patogenezę porażień różniczkowych i najważniejsze objawy różniczkowe porażień mózgowych i rdzeniowych.

III Kol. Wrześniowski przedstawił chłopca 7 lat, po radykalnej *operacji wyrostka sutkowego*. Przy operacji stwierdzono znacznych rozmiarów ropień podoponowy. Usunięto część kości skroniowej, część kostnego przewodu usznego aż do jamy bębnekowej. Gojenie trwało około 2 miesięcy, bez żadnych powikłań.

IV Sekretarz kol. Rozenfeld odczytał sprawozdanie z działalności naukowej Towarzystwa w ciągu ubiegłego roku (od 1 Października 1902 r. do 1 Października 1903 r.). Na początku roku sprawozdawczego Towarzystwo liczyło 49 członków rzeczywistych, 5 korespondentów i 11 ofiarodawców. W ciągu roku, ubył jeden członek, przybyło natomiast 13 członków rzeczywistych. Obecnie Towarzystwo liczy 61 członków rzeczywistych i 5 członków korespondentów. Z powodu założenia oddziału Towarzystwa Hygien. Warsz. ubyli wszyscy członkowie ofiarodawcy, z wyjątkiem jednego. W liczbie 67 wszystkich członków znajduje się 58 lekarzy, 6 aptekarzy, 2 lekarzy weterynaryi i 1 dentysta. Towarzystwo odbyło 15 posiedzeń, w roku poprzednim 12. Na posiedzeniach było obecnych każdorazowo od 25 do 36 członków. Referatów naukowych i demonstracyj było 38, w roku poprzednim 34.

Sprawom ogólnym poświęcono 5 referatów, medycynie wewnętrznej 13, ginekologii i arkuszerii 9, okulistyce 2, higienie 3, medycynie sądowej 1, chirurgii 1, sprawom zawodowym 4. Z referatów powyższych ogłoszono drukiem w pismach lekarskich 16, w roku poprzednim 8. Protokoły były drukowane w „Czasopiśmie Lekarskim“. Ze względu na charakter treści, referaty wygłoszone podzielić można na następujące grupy. I) Referaty, zdające sprawę z nowych postępów nauki. Tutaj należą ref. kol. Flatau'a (o bndowie układu nerwowego), kol. Czajkowskiego (o statycznomechanicznej ocenie uszkodzeń kośćca), kol. Putermana (kilka uwag w sprawie najnowszych odkryć bakterjologii), kol. Nowaka (o etyologii łożyska przoduującego), kol. Wasserthala (Achylija gastrica) II Przyczynki kazuistyczne, do których należą ref. kol. Wasilewskiego (Dwa przypadki wynicowania macicy), kol. Batawii (Przypadek krwawienia na tle hysterji), kol. Dehnela (Z kazuistyki sądowolekarskiej), kol. Marynowskiego (Przypadek porodu po śmierci matki), kol. Biegańskiego (przyp. zgorzeli kończyny dolnej po zapaleniu płuc). III Odczyty, poświęcone krytycznemu rozpatrywaniu pewnych zabiegów i metod leczniczych. Tutaj zaliczyć można ref. kol. Pietrasiewicza (o opatrywaniu pępownicy), kol. Witkowskiego (o leczeniu gorączki połogowej surowicą) kol. Nowaka (o wygniataniu główki następującej), kol. Rozenfelda (o leczeniu niepłodności, o leczeniu polucji) kol. Wołkowicza (o błędnem pojmowaniu zasad odżywiania). IV Referaty, poświęcone sprawom ogólnym i bytowym: kol. Dehnela (sprawozdanie z kursów dla lekarzy w Krakowie), kol. Witkowskiego (o praktyce lekarskiej w okolicach Krzepic, (kol. Brzozowskiego (o praktyce lekarskiej wśród ludu), kol. Brzezińskiego (o ambulatoriach fabrycznych), kol. Żołędzińskiego (o szpitalach fabrycznych). V Pokazy (demonstracje przypadków chorobowych): kol. Batawia, Biegański, Brzeziński, Marczewski, Lewenstein, Puterman, Rozenfeld, Wrześniowski, Żołędziowski. VI Sprawozdania: kol. Kołudzkiego (ze zjazdu ginekologów w Rzymie), kol. Marczewskiego (sprawozdanie z oddziałów ruchomych ocznych), kol. Pietrasiewicza (sprawozdanie z przytułku położniczego w Częstochowie) Wskutek powstania Oddziału Tow. Hygien. Warsz. działalność sanitarnospołeczna Towarzystwa Lekarskiego została ograniczoną do następujących czynności:

1) do zbierania statystyki chorób zakaźnych, 2) rozpraw teoretycznych z dziedziny higieny, 3) rozpatrywania spraw zawodowych i 4) urządzania odczytów ludowych. Program ten został przyjęty na posiedzeniu w d. 7 Lutego 1903 r. Odpowiednio do tej uchwały, od początku Marca r. b. zaczęto zbierać statystykę chorób zakaźnych i rozpatrzono sprawę praktyki lekarskiej ludowej i fabrycznej. Wyniki obrad o praktyce lekarskiej wśród ludu Towarzystwo przedstawiło w zbiorowym referacie na Zjeździe Hygienicznym w Warszawie. Nieukończone dotąd obrady w sprawie praktyki lekarskiej fabrycznej będą prowadzone nadal w roku przyszłym. Co się tyczy odczytów popularnych urzędnie ich zostało czasowo wstrzymane, ponieważ tą sprawą miał się zająć Częst. Oddział Tow. Hygien. Warsz.

V. Kol. K o h n odczytał sprawozdanie ze stanu biblioteki. Na początku roku sprawozdawczego Towarzystwo posiadało 176 dzieł w 266 tomach. Obecnie biblioteka posiada dzieł i czasopism 241 w 345 tomach, a mianowicie 57 dzieł w języku polskim, 72 w rosyjskim, 70 w niemieckim, 31—we francuskim, 10—w łacińskim, 1—w angielskim. Ogólna liczba roczników czasopism lekarskich—210 tomów. W tem 11 różnych czasopism polskich, 11 niemieckich, 5 francuskich.

VI Skarbnik kol. R e j m a n odczytał sprawozdanie ze stanu kasy. W ciągu roku sprawozdawczego ze składki wpłynęło 304 rs. 50 kop. Remanent z ubiegłego roku 107 rs. 44 kop. Ogólny dochód 411 rs 94 kop. Rozchód—350 rs. 75 kop, w tem dzieła i czasopisma 198 rs. 30 k. Remanent na rok przyszły 61 rs. 19 kop.

VII Wybory: na prezesa wybrano kol. Biegańskiego (ponownie), na wiceprezesa kol. Pisarzewskiego (ponownie), na sekretarza kol. Rozenfelda (ponownie), na skarbnika kol. Rejmana (ponownie), na bibliotekarza kol. Kohna (ponownie), na członków Zarządu kol. Wrześniowskiego (ponownie), kol. Kunickiego, na członków komisji rewizyjnej: kol. Marczewskiego, Wasilewskiego i Pietrasiewicza. Na pomocnika bibliotekarza wybrany został kol. Łokczewski.

K. Rozenfeld,

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 18 Listopada r. 1903.

1) Kol. G o l d m a n pokazuje chorego ze złamaniem szczęki dolnej, które się

Czas. Lek.

zrosło pod kątem, wskutek czego chory niemoże należycie otwierać ust. Za pomocą odpowiedniego przyrządu (rozszerzadła) chory uczy się co raz więcej otwierać usta.

2) Kol. G r o s g l i k demonstruje chorą z guzami skóry na karku. Z prawej strony na wysokości środkowej części karku kilka płasko-wzniosłych guzów wielkości monety kopiejkowej, nieprawidłowego kształtu, ściśle ograniczonych, wzniesionych nad poziom skóry, barwy ciemnoczerwonej. Guzy są pokryte normalnym nabłonkiem. Otwory torebek włosowych rozszerzone. Cierpienie trwa od miesiąca. Kol. G. sądzi, że ma przed sobą przyp. *dermatitis papillaris capillitii*. Cierpienie rzadkie, polegające na przewlekłym zapaleniu torebek włosowych i tkanki otaczającej.

3) Kol. K r o t o w s k i pokazuje 2 kamiki, składające się ze szczawianu wapna, rozpoznane za pomocą promieni Roentgena i usunięte przy nefrotomii.

4) Kol. M a y b a u m pokazał kamień żółciowy dużych rozmiarów, który wyszedł *per vias naturales*.

5) Kol. S a k s przeczytał: Sprawozdanie z działalności oddziału położniczego przy szpitalu małż. Poznańskich za 1900—1902 r. (Druk. w № 11 i 12 C. L. z r. 1903).

Dyskusya. Kol. S z a y e r o w i c z zapytuje prelegenta, dla czego nie robił cięcia cesarskiego w przypadkach, w których dokonał wymóżdżenia u dzieci żywych. Kol. K o l i Ń s k i zamiast 20% roztworu azotanu srebra zaleca do wkraplań do łącznie 20% roztworu protargolu, jako łagodniejszy. Kol. L i k i e r n i k w tym samym celu zaleca sok cytrynowy. Kol. R u n d o zadaje pytanie, dla czego we względnie znacznej ilości przypadków po zeszytciu międzykroczna nie nastąpiło zagojenie przez rychłość.

Kol. S a k s opowiada: Wielokrotne badanie wewnętrzne stanowi przeciwskazanie do cięcia cesarskiego, gdyż w tych przypadkach wynik bywa niepomysłny dla matki. Względnie niepomysłne rezultaty po zeszywaniu międzykroczna prelegent tłumaczy usterekami technicznymi przy zeszywaniu przez lekarzy miejscowych, zazwyczaj niedoświadczonych.

W końcu przewodniczący wyraził prelegentowi podziękowanie za treściwy i staranne opracowany odczyt i zachęca kierowników oddziałów szpitalnych do podjęcia podobnych prac.

W dyskusji nad przyp. kol. G r o s g l i k a, demonstrowanym na poprzednim posiedzeniu, jako lupus erythematoses disseminatus, kol. B i r e n c w e i g zauważył, że to będą późne objawy przymiotu, ponieważ wykwity składają się z nacieczenia stałego, ściśle ograniczonego, zmieniającego się pod naciskiem palca; brak przekrwienia przemawia przeciwko rozpoznaniu lupus eryth.; również policzki, grzbiet nosa i uszu — loci electionis dla lupus eryth. w danym przypadku są wolne od wysypki. Kol. S o n n e n b e r g również rozpoznaje późny okres przymiotu. Uszkodzenia skóry o charakterze wrzodziejącym, pokrytej strupami przylegającymi do nacieczonej powierzchni, oraz forma mniej lub więcej zamkniętych pęcherzy, wygląd czolągający—

wszystko to najwyraźniej świadczy o charakterze cierpienia. Mamy przed sobą gumaty skórne, a w niektórych miejscach, odznaczających się wielowarstwowością strupów i intensywnością nacieczeń, nawet brudzące syfilityczne.

W dyskusji nad przyp. kol. Groszlika, zatyłowanym: dermatitis papillaris capilliti kol. Sonnenberg sędzi że mamy do czynienia ze złośliwym nowotworem. S. widział przyp. dermatitis pap. capill. demonstrowany przez prof. Kaposiego. Sprawa zajmowała uwłosioną część okolicy potylicznej pogranicza okolicy karkowej, wykwity przedstawiały się w postaci twardych, białych, wydłużonych, do kilku cm. wysokich odosobnionych lub gęsto skupionych i płaskich narośli z włoskami w postaci pędzla. Kol. Birenweig również sędzi, że dane guzy zbliżone są bardzo z wyglądu i przebiegu do złośliwych nowotworów. Naturalnie, badanie drobnowidzowe może rozstrzygnąć wszelkie wątpliwości.

B. Handelsman.

Towarzystwo Lekarskie Mińskie.

Posiedzenie doroczne z d 15 Października 1903 roku.

1. Odczytano sprawozdanie doroczne sekretarza, bibliotekarza, skarbnika i komisji odczytów ludowych.

2. W sprawie zaprojektowanego przez Tow. lekarskie zjazdu lekarzy gub. Mińskiej — prezes komisji zjazdowej dr. Fiedorowicz poinformował, iż kwestyą zjazdu zainteresowało się Ziemstwo Mińskie i przeznaczyło ze swych funduszków na organizację zjazdu rb. 500.

3. Wysłuchano odczytu d-rów Eisenstadta i Fiedorowicza: „Przypadek ciąży zamacicznej w rogu zarodkowym macicy. Laparatomia“.

Opis niezwykłe rzadkiego pod względem kazuistycznym przypadku ciąży i zrzęcznie dokonanej operacji wzbudził wielkie zainteresowanie słuchaczy.

W dyskusji dr. Janowski wyraża powątpiewanie, czy istotnie autorowie mieli do czynienia z rogiem zarodkowym macicy i wyraża ubolewanie, że nie została zbadana podejrzana tkanka na obecność włókien mięsnych. Dr. Lunz znów przypuszcza, że była to ciąża peritonealna. Przypuszczenie to obala jednak dr. Grabowiecki powiędzeniem, że otrzewna w tym wypadku znajduje się ponad płodem. Dr. Święcicki zastanawia się nad przytoczonym przez autorów tłumaczeniem drogi zapłodnienia przy zarośniętym jajowodzie lewym; autorowie przypuszczają transmigrację seminis przez jamę brzuszną do rogu, dr. Święcicki zaś sądzi, że istniało tu połączenie pomiędzy rogiem a jamą macicy, podczas ciąży jednak połączenie to zarosło. Dr. Obieziński zarzuca, że w podobnych wypadkach operacja jest zbyteczna; wszak martwy płód może podlegać rozmaitym przeistoczeniom, zmniejszyć się w swej objętości, — wówczas niema żadnego niebezpieczeństwa dla chorej. Dr. Eisenstadt, w odpowiedzi na powyższe zarzuty, powiada, że jego chora doznawała silnych boleści, była niezdolną wskutek tego do pracy i sama domagała się operacji; oprócz tego, zdaniem d-ra Eisenstadta, wyciekwanie przyciaży zamacicznej przedstawia wiele niebezpieczeństw: płód może uleść niepożądanym zmianom, rozkładowi, również może nastąpić pęknięcie

worka. Dr. Eisenstadt broni też swego dowodzenia, że miał do czynienia z ciążą w rogu zarodkowym, jajowód bowiem (zarośnięty) znajdował się osobno.

4. Dokonano wyboru zarządu Tow. Lek. Na prezesa wybrano — d-ra Ryszarda Janowskiego, na wiceprezesa — d-ra Lunza, na pierwszego sekretarza — d-ra Offenberga, na drugiego sekretarza — d-ra Kamińskiego, na skarbnika — d-ra Berlanda, bibliotekarza — d-ra Szabada. Dr. Offenberg prosił Towarzystwo o zwolnienie go od obowiązków sekretarza. Pierwszym sekretarzem obrany został dr. Jan Malkiewicz. Na członka honorowego powołano d-ra F. Kamockiego, który w roku bieżącym obchodzi złote gody z medycyną. Wybrana też została komisja rewizyjna i do kompletowania skład komisji zjazdowej.

Posiedzenie z d. 19 listopada 1903 r.

1. Dr. Eisenstadt odczytał rzecz p. t.: „Dwa przypadki rezekcji kiszki przy gangrenie przepukliny uciężnionej“. W ogólnej części swej pracy prelegent przytacza statystykę wyzdrowień po dokonywanej w takich okolicznościach operacji: otóż tak rezekcya kiszki, jak i anus praeternaturalis, dają 50% śmiertelności; właściwiej więc od razu robić rezekcję, niż zadawałniać się sztucznym odbytem. W pierwszym swym przypadku prelegent usunął pół łokcia zgangrenowanej kiszki; drugi znów przypadek jest niezmiernie ciekawy ze względu na zupełne zarośnięcie światła doprowadzającego odcinka kiszki, która po zgangrenowaniu się zabiła. Obiedwie operacye zakończyły się uzdrowieniem.

2. Dr. Sack pokazał chorą z „Ophthalmoplegia totalis dextra“. Przytoczywszy opis objawów i różniczkową dyagnozę, prelegent się zatrzymał na przypuszczeniu, że jest to rozległe porażenie systemu nerwowego w postaci rozrzuconych ognisk, na tle przymiotu. Chora miewa napady padaczkowe, objawy porażenia kończyn, zaburzenia we wzroku i porażenie wszystkich mięśni oka prawego.

W dyskusji dr. Kamiński wyraża powątpiewanie co do amaurosis u chorej, dr. Uljanow — całe cierpienie tłumaczy hysteryą, dr. Offenberg znów znajduje, że opisane objawy najbardziej mu przypominają t zw. Pseudo-Ophthalmoplegia externa (zajęcie nie jąder nerwowych, jak to bywa przy Ophthalmoplegia vera, lecz odpowiednich ośrodków w korze mózgowej). Dr. Sack odpowiada, że to ostanie cierpienie przebiega ostro, jego zaś chora jest cierpiąca od 8 lat; przeciwko zaś hysteryi przemawia porażenie mięśni ocznych.

Jan Offenberg.

Towarzystwo Lekarskie Radomskie.

Posiedzenie d. 3 Października 1903 r.

Przewodniczący: kol. A. Janasiewicz.

Obecnych 25 członków.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. S. Łagowski nadesłał w darze dla biblioteki pracę swą: „Jędrzeja Śniadeckiego traktat o gorączce w świetle pojęć dzisiejszych“.

III. Kol. Raszkes przedstawił preparaty mikroskopowe; kol. Fidler — tonometr Gärtner'a.

IV. Kol. Raszkes odczytał rzecz: „O używaniu rękawiczek w praktyce położniczej“.

W klinice położniczej prof. Winckel'a w Monachium, gdzie R. uprzednio pracował, w celach doświadczalnych przeprowadzono przeszło 600 porodów w rękawiczkach gumowych. Wyniki tych doświadczeń R. porównywa z wynikami otrzymanymi przy prowadzeniu w tej-że klinice i w tym samym roku 600 porodów, lecz bez użycia rękawiczek. Materiał w obydwóch seryach był prawie jednakowy, również liczba badań wewnętrznych w każdym przypadku. Za gorączkującą uważa się każdą położnicę, u której T. chociaż-by raz jeden podniosła się do 38° albo wyżej, przy mierzeniu pod pachą. Dla otrzymania ścisłych liczb R. odrzuca w obydwóch seryach wszystkie te przypadki, w których badanie wewnętrzne wcale nie było dokonywane lub też dokonane przez kogokolwiek przed przybyciem położnicy do kliniki, jak również i te przypadki gorączkowe, w których podniesienie ciepłoty należało przypisać jakiej-bądź infekcyjnej chorobie, a nie poporodowej. Z porównania powyższego okazało się, iż na 547 przypadków prowadzonych i badanych tylko

w klinice i przytem *tylko w rękawiczkach* (serya A) gorączkowało 75 położnic, czyli 13,7%, na 474 zaś porodów, prowadzonych i badanych również tylko w klinice, lecz *bez rękawiczek* (serya B) gorączkowało 56 czyli 11,8%. Natężenie gorączki połogowej w seryach A. i B. jest też prawie jednakowe: jeżeli w seryi A. znajduje się mniej przypadków z nieznacznym podniesieniem T° (do 39°), a przypadków o znaczniejszem podniesieniu ciepłoty — więcej, niż w seryi B., bo natomiast w seryi A. niższe podniesienia T° trzymały się dłużej, a wyższe — stosunkowo krócej, niż w seryi B. Krytyczne zestawienie przypadków operacyjnych również nie przemawia na korzyść rękawiczek. Chociaż liczba i rodzaj operacji były w obydwóch seryach prawie jednakowe, jednak % zachorowań poporodowych w seryi A jest 31,9%, zaś w seryi B — 16,2%. Następnie R. porównywa śmiertelność w obydwóch seryach. W seryi A. był jeden tylko przypadek śmierci, ale wskutek niedomykalności zastawki dwudzielnej, zaś w seryi B. były aż 4 przypadki śmierci. Lecz przy dokładnem zbadaniu tych przypadków (R. przytacza dokładne historie choroby) okazuje się, że takiej znacznej śmiertelności bynajmniej nie można objaśnić bezpośrednio zachorowaniem popołożogowem. Na zasadzie powyższych wyników R. przychodzi do wniosku, iż używanie rękawiczek gumowych wcale nie wpływa na zmniejszenie gorączki połogowej, jak przypuszczano dawniej. Do tego samego wniosku przychodzi Dr. med. Sycynski, opisujący wyniki doświadczeń, przeprowadzonych w klinicznym instytucie położniczym prof. Otta w Petersburgu. (Autoreferat).

Prezes: J. Majkowski.

Sekretarz: Cennère.

Krytyka i bibliografia.

Max Runge. **Podręcznik położnictwa.** Z VI wydania spolszczył dr. Maksymilian Warszawski. Rok. 1903. Stronic 347. Rysunków 73. Warszawa. Nakład Biblioteki lekarskiej.

Za szczęśliwą myśl poczytywać należy wydawnictwo „Biblioteki lekarskiej“, która za cenę bardzo przystępną dać zamierza lekarzom tłumaczenia wybitnych

dzieł lekarskich; spodziewać się należy, że w miarę rozwoju wspomnianego wydawnictwa i oryginalne dzieła polskie nakładem „Biblioteki lekarskiej“ ukazywać się będą. Jako drugie dzieło wydała Biblioteka wyżej cytowany podręcznik; brak w języku polskim nowszego dzieła z dziedziny położnictwa dotkliwie odczuwać się dawał, z uznaniem przeto powitać należy

wydanie dzieła Rungego, cieszącego się dużym i zasłużonym uznaniem w ojczyźnie autora. W dziele Rungego znajdzie lekarz treściwy i jasny wykład; autor pomija mnóstwo hipotez i metod leczniczych niedostatecznie ustalonych, szczególnie natomiast opisuje zabiegi operacyjne i metody lecznicze już wypróbowane. Dotychczas wyszła w tłumaczeniu I część podręcznika, omawiająca fizjologię i dyetytykę ciąży, porodu i położu i operacje akuszeryjne. Tłumaczenie jest nader staranne, miejscami barwne. Rysunki, ilustrujące tekst, są bardzo wyraźne, co ma niepoślednie znaczenie dla zrozumienia odpowiednich zabiegów operacyjnych. Byłoby może do życzenia, aby papier był cokolwiek lepszy; taniść jednak wydawnictwa stanie zapewne na przeszkodzie wykonaniu tego życzenia. Terminologia polska jest na ogół prawidłowa i udatna; właściwszem mi się tylko wydaje użycie wyrazu „zakładanie kleszczy” zamiast często się powtarzającego „nakładanie kleszczy”. Dzieło Rungego powinno się znaleźć, i znajdzie się zapewne, w rękę każdego lekarza, położnictwem się zajmującego. Na zakończenie prośba pod adresem tłumacza. Czy nie zechciałby tłumacz choćby w drugiej części uwzględnić w odpowiednich miejscach i piśmiennictwo polskie (zwykli cytować ojczystą literaturę tłumacze np. rosyjscy); przysporzy to niewątpliwie pracy tłumaczowi, lecz zasługa jego przed polskimi lekarzami będzie niezrównanie większą.

Józef Saks.

G. Dieulafoy. Podręcznik chorób wewnętrznych. Tom I. Choroby narządów oddechania i krążenia. Z 13-go zupełnie przerobionego wydania z upoważnienia autora spolszczył *Dr. Józef Zawadzki*. Warszawa 1903. Biblioteka Lekarska. Tom I. R. 1903. Podręcznik, którego tom pierwszy wyszedł w polskim przekładzie ma wielkie zalety pedagogiczne; nadaje się przede wszystkim dla studentów medycyny; rzecz prosta, że i każdy lekarz z przeczytania tych szeroko zakreślonych, niegubiących się w szczegółach obrazów klinicznych znakomitą odniesie korzyść.

Przekładowi niemożna zarzucić żadnych usterek rażących; na ogół jednak znać pewien pośpiech roboty, dowodem — brak wygładzenia stylu.

Tłumacz miał zamiar nie tylko przełożyć ale i *spolszczyć* podręcznik Dieulafoy. Ten bardzo chwalebny zamiar wy-

konał jednak w rażąco skromnym zakresie.

Trzykrotnie (str.: 5, 49, 570) przytoczył zamiast źródeł mineralnych francuskich — odpowiednie polskie; dwa razy (str. 295 i 296) powołał się na zdania innych polskich lekarzy; po za tem albo cytuje własne prace (str.: 202 i 291), albo przytacza w przypiskach własne poglądy (str. 117, 280, 642, 708) w takiej np. formie: „W początkach napadu zalecam” itd.

Takie „lokalizowanie” nie jest właściwe*).

S. Sterling.

Nauka o chorobach wewnętrznych opracowali: *W. Biegański, S. Domański, A. Gluziński, W. Jaworski, E. Korczyński, L. Korczyński, J. Marischler, P. Pieniążek, W. Pisek, J. Prus, R. Rencki, J. Wiczkowski, L. Wilczyński* Pod redakcją *Prof. W. Jaworskiego*.

Pierwszy to oryginalny, siłami zbiorowemu opracowany, polski podręcznik chorób wewnętrznych.

O potrzebie takiego dzieła dwu zdań być niemoże.

Witając je serdecznie, ocenę odkładamy do wyjścia pierwszego tomu.

Nie można się jednak oprzeć pokusie wyrażenia pewnego żalu widząc, jak dobrowolnie akceptujemy sztuczną linię dzielącą Kraków i Lwów od Warszawy i Poznania.

Bezwątpienia, wszyscy współpracownicy noszą nazwiska znane zaszczytnie w literaturze medycznej. Ale czyż nie należałoby poszukać tych nazwisk i poza granicami Galicji?

Wyjątek jedyny (czeigodny kol. Władysław Biegański z Częstochowy) nie osłabia jeszcze tego zarzutu, jak wogóle ten zarzut raczej stronie formalnej, aniżeli wartości podręcznika ośmielam się uczynić.

Tę wyłączość — jak mi się zdaje — odczuje każdy lekarz z Królestwa i z Pozańskiego; szkodzi ona stronie ideowej wydawnictwa.

Dzieło będzie wychodziło zeszytami, których będzie dziesięć, po 3 korony. Kto

*) Jeszcze jaskrawiej ta jednostronność występuje w przekładzie drugiego tomu, który obecnie wychodzi w „Bibliotece lekarskiej”. Własne poglądy przytacza autor na stronicach: 14, 163, 172, 178, 190, 240, 261, 271, 286, 309; poglądy innych polaków — raz jeden, na str. 181. Własne prace przytacza z literatury na str.: 163, 180, 182, 275, 294; w jedynej cytacji (str. 284) obok pracy własnej wymienia i drugą o tej samej sprawie po polsku drukowaną.

z góry zapłaci 30 koron (12 rubli), ten kosztów przesyłki nie ponosi.

Dzieło, sądząc z pierwszego zeszytu, będzie wydawane bardzo wykwitnie i bogato ilustrowane.

„Wpisując się na listę prenumeratorów, uzyska każdy lekarz polski i każdy polski słuchacz medycyny to przeświadczenie, że oprócz własnej korzyści oddaje usługę polskiemu piśmiennictwu lekarskiemu“.

To zdanie prospektu w całej jego rozciągłości podzielamy!

J. Rosenthal. Podręcznik fizjologii ogólnej. Przełożył dr. med. M. Flaum. 137 rysunków w tekście. Wydanie kasy Mianowskiego. Warszawa 1903. Stronic 610. Cena rubli dwa.

Nie czując się powołanym do oceny tego dzieła, chcę tylko w tej wzmiance zwrócić nań uwagę ogółu kolegów.

Wiem, że dzieł lekarskich, nawet z dziedziny medycyny praktycznej, niewiele się u nas kupuje.

A ja chcę zachęcić do kupienia dzieła z zakresu raczej przyrodznawstwa, aniżeli medycyny.

Bo wierzę, że rozszerzenie horyzontu wiedzy ogólnej, głównie zaś przyrodniczej, musi dodatnio wpłynąć i na praktyczną działalność każdego lekarza.

Treścią dzieła jest: sprawozdanie o obecnym stanie wiedzy o zjawiskach życiowych. Nie jest to więc szkolny podręcznik fizjologii, ale szeroko zakresłony wykład biologii ogólnej.

Wybór dzieła i przekład dokonany jest przez kol. Flaumę; cena wynosi dwa ruble za tom o 610 stronicach, ozdobiony 137-ma rysunkami.

St.

K R O N I K A .

— 1. — *Szpital gubernialny dla obłąkanych.* Władze guberni Kaliskiej — jak slyszelismy — postanowiły zająć zabudowania po b. klasztorze bernadyńskim w Warcie na schronisko dla umysłowo chorych. Jeśli projekt przyjdzie do skutku, to ten tak niezbędny zakład humanitarny mieścił by się nie tylko w zabudowaniach b. klasztoru męskiego, ale jednocześnie zajął by i sąsiedni b. klasztor pańien bernadynek. Że na pomieszczenie podobnego zakładu trudno było by znaleźć lepszy i obszerniejszy lokal już gotowy i wymagający tylko restauracji oraz małych przeróbek, o tem nie ma wątpliwości. Nadto zauważyć należy, iż Warta leży we środku gubernii i ma korzystne położenie pod względem zdrowotności. Wszystkie te względy pozwalają przypuszczać, iż zamierzone otwarcie tego schroniska nastąpi niewątpliwie w niedalekiej przyszłości.

— 2. — *Wodociągi w Rypinie.* M. Rypin otrzymało pozwolenie na zaprowadzenie wodociągów. Na roboty wstępne asygnowano z sum miejskich rubli pięć tysięcy.

— 3. — Jak niefortunnie obchodzą się u nas ludzie niepowołani *ze statystyką lekarską*, uczy zdarzenie następujące:

Korespondent „Izraelity“ zestawiając dane statystyczne ze szpitali radomskiej gubernii, doszedł do wniosku, że ponieważ wydatki na lekarstwa w szpitalu żydowskim w Radomiu są wyższe, aniżeli w innych szpitalach, a śmiertelność jest tam niższa, więc: pierwsze jest przyczyną drugiego!

Zbyt wiele zaszczytu zrobił autorowi tego rozumowania starszy ordynator szpitala św. Kazimierza w Radomiu, wdając się z nim w polemikę i przekonując, że pisze o rzeczach, których nie rozumie.

Każdy bowiem chociaż trochę obznajomiony z życiem szpitalnym wie, że ogólne cyfry śmiertelności rocznej nie a nie mówią o doskonałości szpitala.

— 4. — *Hygieniczne muzeum ludowe na Jasnej Górze.* Prezes Warsz. T-wa Hygien. dr. Polak, powziął myśl założenia muzeum higienicznego w Częstochowie przy

klasztorze w celu rozpowszechnienia zasad zdrowotności wśród ludu, do którego one z taką trudnością dotychczas przedostawać się mogą: wybór miejsca, oczywiście, obrachowany jest na te masy ludowe, które, jako kompanie pątników, tak licznie nawiedzają Jasną Górę.

Dążąc do urzeczywistnienia powziętej myśli, prezes T-wa Hygien., w porozumieniu z Zarządem Oddziału Częstochowskiego T-wa Hygien. postanowili urządzać nadzwyczajne posiedzenie w celu omówienia projektu, a ze względu na charakter miejsca i okoliczności, w jakich muzeum takie ma działać, zaproszono do udziału w obradach przedstawiciela klasztoru. O. J. Paulinów, ks. przeora Rejmana. Narady odbyły się w sobotę ubiegłą i wynikiem ich jest orzeczenie, że muzeum takie jest potrzebne i może mieć doniosłe znaczenie w sprawie rozszerzenia pojęć o zdrowotności wśród ludu i że Częstochowa, jako miejsce pielgrzymek ludowych, odpowiada zupełnie temu celowi.

Postanowiono zatem, opierając się na ustawie T-wa, wystąpić do władz odnośnych z prośbą o zatwierdzenie projektu ustawy muzeum, Ks. przeor Rejman obiecał w imieniu klasztoru poparcie sprawy przez zachęcanie pątników do odwiedzania muzeum, a p. prezydent miasta Częstochowy wyraził się, że, w razie budowy przez T-wo własnego pomieszczenia na muzeum, miasto prawdopodobnie zaoferowałoby na ten cel kawałek gruntu w pobliżu samego klasztoru. Omawiając sposób wykonania zamierzonego dzieła w razie zatwierdzenia go przez władze, zebrani orzekli, że, ażeby nie zwlekać z zapoczątkowaniem sprawy, należy z powodu braku odpowiednich funduszy odroczyć budowę specjalnego muzeum ad feliciora tempora, kiedy napłyną na ten cel fundusze, a tymczasem wynajmując w pobliżu klasztoru kilka pokoi i pomieszczeń tamte zbiory, które już obecnie są w posiadaniu Warsz. Wydziału higieny ludowej. Koszt utrzymania takiego prowizorycznego muzeum wynosilby około 800 rb. rocznie.

Opracowaniem ustawy ma się zająć prezes T-wa łącznie z Wydziałem higieny ludowej i przez Zarząd

Warsz. T-wa Hygieny wystąpić do władz z prośbą o zatwierdzenie. (Kur. Sosnow. 1903, № 49)

—5.— W szeregu ciekawych artykułów p. t. „Na czasie“ porusza Prof. dr. Kryński (w „Gazecie lekarskiej“ № 43—45) sprawę warunków bytu lekarzy polskich.

Zgadzać się na wszystkie postulaty Sz. Profesora, pozwalamy sobie jedynie nawiązać parę uwag do ustępu, którym au'or kończy swą pracę; czynimy to już choćby dla tego, że tę właśnie cząstkę artykułu Prof. K. przedrukowały pisma codzienne.

Oto brzmienie tego ustępu:

„Jest jeszcze jedna okoliczność, utrudniająca należyte postawienie kwestyi lekarskiej u nas, a jest nią błędne pojmowanie stanowiska lekarzy w społeczeństwie i wzajemnego ich stosunku. Stanowi ono jakiś odgłos „dawnych, dobrych“ czasów, występujący w spaczony postaci i fałszywą dźwięczący nuta.

Ciągle jeszcze spotykamy się w druku i w mowie z frazesem o szczytnym powołaniu lekarza, o czystej jego filantropii, brzydzącej się groszem, o bezinteresownem poświęcaniu się bez granic, o nieziemskim niedwie postannictwie jego tu na ziemi. Kolportuje się to nieraz w najlepszej wierze i jako takie byłoby nieszkodliwem, gdyby nie to, że poza tą tanią deklamacją kryje się częstokroć wyzysk lub dobroczynność z cudzej kieszeni. Usunąć to należy i wpoić w społeczeństwo zrozumienie tego, iż w brew wszelkim nadzwyczajnościom, lekarz jest tylko jednym ze składników organizmu społecznego, różniącym od innych tem, że oprócz najlepszej swej wiedzy i woli, oprócz całych zasobów swego umysłu i serca nieś wina dla jego dobra w każdej chwili swe zdrowie i życie, ale przytem... i on sam żyć musi. Jest to stanowisko może mniej poetyczne, lecz bardziej zbliżone do rzeczywistości, poważniejsze a przedewszystkiem daleko sprawiedliwsze i korzystniejsze i dla społeczeństwa i dla lekarzy“.

„Wbrew wszelkim nadzwyczajnościom lekarz jest tylko jednym ze składników organizmu społecznego“.

A jednak nie my sami, ani też ogół świadomości, ale fale życia wyniosły nas na pewną wyżynę, której nie należałoby z tak lekkim sercem porzucać!

„Swe zdrowie i życie“ niesie przecież przy wykonywaniu pracy zawodowej i maszynista pociągu, i kapitan statku, i hutnik, i górnik i tylu innych!

A jednak — jak odrębne stanowisko zajmuje lekarz!

Niwelujący wszelkie różnice, prócz ekonomicznych, prąd życia współczesnego chce nas gwałtem zepchnąć do roli najmitów, do roli wykształconych i, mniej lub więcej, utalentowanych rzemieślników.

Lekarze Europy Zachodniej, a za tymi i wielu z nas, temu prądowi sprzyjają, widząc w nim drogę do poprawy materialnego bytu lekarzy.

Ten wszakże, któremu się najwyższe dobro ludzkie powierza, zdrowie i życie, nie powinien i nie może być takim sobie „tylko jednym ze składników organizmu społecznego“.

Obawiać się należy, by dążenie do zatracenia tego wyjątkowego stanowiska, jakie do dziś lekarz u nas zajmuje, nie odbiło się raczej ujemnie na naszym stanie.

Kto wie, czy ta pozbawiona wszelkich cech „posłannictwa“ rola lekarza, jaką już zajął w Europie Zachodniej, nie jest tam przyczyną rozrostu partaczy różnego pokroju.

Jeśli bowiem partactwo lecznicze u nas tłómaczy się niskim stanem oświaty ogółu, to w tych kulturalnych krajach zależy—najprawdopodobniej— od tego, że lekarz programowo zerwał z „frazesem o szczytnem powołaniu lekarza“.

Zastanowić się nad tem warto poważnie, czy nam we wszystkim należy tak bezwzględnie naśladować zagranicę.

—6.— W artykule „Stara bolączka“ p. B. Holewiński, Student medycyny, pisze w „Kurjerze Codziennym“, № 325 z r. 1903 go:

„Za miesiąc skończę medycynę... Za miesiąc otrzymam dyplom, który upoważni mnie do samodzielnej praktyki i włoży obowiązek niesienia w każdej chwili pomocy chorym. Za miesiąc, nie mając środków do przedłużenia swego pobytu w Warszawie, zmuszony będę wyjechać na prowincję.

Za miesiąc — myślę o tem z przerażeniem — ja, który dotąd mieniłem się człowiekiem uczciwym, rozpocznę życie pełne kl.mstw, udawania, zaczęę popelniać szereg błędów niedozwolonych, czynów—karygodnych. Co mam uczynić, jeżeli mnie wezwą do położnicy, jeżeli mi każą zestawić złamaną nogę lub nastawić zwichnięta, zszyc ranę, ratować dziecko, leczyć chore oczy, krtań, skórę—kiedy ja się na tych cierpieniach nie znam.

Wezwany, przecież nie powiem chorym—idźcie do innego lekarza, gdyż ja wam w waszej chorobie nic pomódz nie mogę — nie powiem, bo wtedy ogłoszono by mnie powszechnie za nieuka i przestano szukać moich porad. Podczas pobytu w uniwersytecie poduczyłem się tylko nieco medycyny wewnętrznej, lecz i tej w żadnym razie nie posiadam na tyle, abym był w stanie odrazu leczyć samodzielnie. Dobrze rozumiem, iż mi potrzeba jeszcze najmniej dwóch lat poważnej pracy na różnych oddziałach szpitalnych, pod kierownictwem doświadczonych kolegów, nim zyskam przeświadczenie, że będę mógł uczciwie korzystać z praw, nadanych mi przez dyplom.

Pojadę więc na prowincję. Tam, przy odrobinie inteligencji z mej strony i nieznamości medycyny ze strony chorego, pewno uda mi się niejednokrotnie otumanić go, uda przekonać, iż moja niemoc osobista jest niemocą wiedzy lekarskiej. Będę doznawał ciągle niesmaku moralnego, a mimo to z konieczności będę ciągle kłamał. I tak mi ciężko, że sam nie, zupełnie nie nie mogę na to poradzić.

Lecz wy możecie, wy, ludzie moi, którzy dobro społeczne leży na sercu, możecie nam przyjść z pomocą w sposób, nie obrażający naszej godności. Tylko — precz ze stypendyami, precz z wszelką jałmużną czy darowizną! Dajcie nam tani a długoterminowy kredyt. Ufundujcie kapitał przy jednej z istniejących instytucyj, pozwólcie nam niezamownym na rewersa zaciągać pożyczki w ciągu pobytu w uniwersytecie i dwóch lat studyów szpitalnych, a następnie kaźcie nam spłacać dług ratami, poczynając od szóstego roku praktyki samodzielnej. Tą drogą uwolnicie nas od korepetycyj, zabijających nam czas i energię i odciągających od właściwych studyów, umożliwicie stworzenie zastępu studentów i lekarzy, gorąco oddanych medycynie, pozwolicie ludziom uczciwym spełniać swoje obowiązki bez ustawicznych rozterek moralnych.

Pomoc, nam ofiarowana, w okresie ciężkiej walki o byt materialny, oddaną wam będzie kiedyś stokrotnie skuteczniejszem ratowaniem waszych dzieci, rodzin, krewnych.

Stwórcie nam kredyt!“

Tę samą sprawę poruszył Profesor Kryński w pracy „Na czasie“ (Gaz. lek. № 45, 1903) w tych słowach:

„Kwestya osiedlania się gęstszego lekarzy na prowincyi i podniesienia przez to stanu zdrowotności i kultury wśród ludu jest w ścisłym związku i zależności od dwóch spraw ogromnej wagi. Pierwszą z nich, na którą ogół nasz pośrednio tylko wpływ mieć może, jest sprawa wykształcenia zawodowego naszych lekarzy. Widząc, jak niedostatecznym jest zapas wiedzy, który mu daje u nas szkoła lekarska, jak mało przygotowanym do wykonywania w praktyce swego zawodu wychodzi z niej w życie, młody

lekarz po otrzymaniu dyplomu dąży do wypełnienia tych braków. Stara się więc zdobyć możność uczenia się w oddziałach szpitalnych, niekiedy w klinikach i pracowniach. Wprawdzie te studia skutkiem zupełnego braku odpowiedniej celowości organizacji są zwykle niesystematyczne i dorywcze; wprawdzie reforma w tym kierunku jest konieczna i nagła, lecz rozbija się o zupełną u nas bezsilność inicjatywy prywatnej, — jednakże usiłowania młodych lekarzy rozszerzenia swej wiedzy ze wszech miar zasługują na pomoc i współdziałanie. A ci właśnie młodzi lekarze cierpią największą biedę, będąc pozbawionymi dochodów, jakie mieli za czasów studenckich, a niemając jeszcze zarobków ze swego zawodu.

I tę właśnie sprawę uważam za pole, ra którym dużo pomódzby można i należy, a przyczynić się do tego muszą i sami lekarze i społeczeństwo. Pierwsi przedewszystkiem w osobie kierowników oddziałów szpitalnych, powołani są do wprowadzenia tych młodych kolegów w cały zakres praktyczny swej nauki i sztuki, jakim rozporządzają, poświęcając dużo pracy i dobrej w tym kierunku woli. Społeczeństwo zaś powinno zrozumieć, jak bardzo w jego interesie leży posiadanie dobrych lekarzy i materyalnie się do tego przyczyniać, umożliwiając w ten lub inny sposób egzystencję choć roczną w Warszawie młodemu lekarzowi przed wyjazdem na wieś. Stypendya i zapomogi, jakie otrzymuje młodzież podczas studiów uniwersyteckich, tu byłyby tembardziej odpowiednie i niewątpliwie dla społeczeństwa korzystniejsze. Gdyby udało się naszemu ogółowi lekarskiemu zorganizować sprawę kształcenia się młodych lekarzy i nadać jej najbardziej odpowiedni kierunek, a mianowicie możność w ciągu krótkiego czasu, choćby roku, zetknięcia się bezpośredniego z najważniejszymi dla lekarza wiejskiego gałęziami medycyny praktycznej, gdyby w tych pożytecznych usiłowaniach znaleźli poparcie społeczeństwa, — wtedy sprawa zaopatrzenia prowincyi w odpowiedniejszą potrzebom ludności liczbę dobrych sił lekarskich i organizacjami następstw nadmiaru lekarzy w Warszawie zrobiłaby duży krok naprzód.

Jako drugą z tych spraw wymienia Prof. K.: brak szpitali na prowincyi.

O poprawę szpitalnictwa możemy tylko kołatać. Natomiast w pierwszej sprawie musimy sami sobie radzić.

Czyby inicjatywy w tej sprawie nie chciały wziąć na siebie — siłami zjednoczonymi — towarzystwa lekarskie? Choćby zapoczątkowano najskromniej — pożyteczność podobnego urządzenia kredytowego zachęciłaby z czasem do co raz znacniejszej ofiarności w tym kierunku.

-7.- W sposób radykalny, chociaż przez pewne odłamy społeczeństwa już od wieków proponowany, chce kwestyę przez p. Holewińskiego poruszoną rozwiązać kol. Zygmunt Srebrny (Medycyna 1903 № 49.)

„Najsluszniej możeby było odciągać od studiów lekarskich ludzi niezamożnych, którzy nieposiadają środków dostatecznych do sumiennego kształcenia się w uniwersytecie i późniejszego uzupełnienia nabytych tam wiadomości.“

Gdyby się zadość stało temu projektowi, na medycynę wstępowałoby jedynie ludźmi zamożni; a i ci, o ile by się ich położenie materyalne podczas trwania studiów zmieniło (w ciągu lat pięciu wiele zmian losowych się zdarza!) — powinni by studia porzucić.

Czy podobny punkt widzenia wyszedłby na dobre nauce i społeczeństwu, niech świadczy cały szereg głośnych lekarzy, którzy bez środków, walcząc o chleb, stali się chlubą medycyny.

-8- Zeszyt grudniowy „Krytyki lekarskiej“ przynosi pięknie napisany i tak prawdziwy opis wyjątkowego stanowiska lekarza.

„Przed sądem instyktu“ stoi zawsze lekarz, przed sądem ślepego instyktu samozachowawczego. Lekarz staje „przed trybunałem, gdzie wyrokować wolno każdemu, gdzie sędzia jest zarazem i oskarzycielem, a kodeksem — roznamiętniony instykt samozachowawczy“. A kiedy ten instykt wchodzi w swe prawa — mówi dalej kol. G. F. Drozdowski — „milknij rozum nawet u mądrych, niknie poczucie sprawiedliwości u sprawiedliwych“.

Apelacyi od tych wyroków darmo szukałby lekarz w opinii!

„W sobie samym musi lekarz dla siebie stworzyć najwyższą rozstrzygającą instancję.“

„Przeestrogi dla młodzieży, chcące oddać się medycynie, nie powinny straszyć tylko tyfusami i biedą, lecz przedewszystkiem zwracać uwagę kandydatów na to, jakich sił moralnych i nieustannej pracy nad sobą wymagać będzie ich zawód“.

-9.- Z „nonszalancją“ właściwą pismom politycznym, gdy idzie o oskarżenie lekarza, podaje „Goniec Łódzki“ (№ 304 z r. z.) felietonik o postępowaniu jakiegoś lekarza (naturalnie, *zawsze* ogólnikowe, niedowiedzione oskarżenie!), który ma się brutalnie obchodzić z pacjentami fabrycznymi.

„Sz. eskulapowi zdaje się, że pomoc swoją ofiarowuje zupełnie bezpłatnie, zapominając, że pensya którą pobiera, a która jest dość nawet okazała, składa się z funduszków robotników, oplacających przecież musowo składki na t. zw. „kasę chorych“.

Zapomina o tem sz. eskulap, no i w odpowiedni sposób traktuje szukających u niego porady. A więc przedewszystkiem, bez względu na wiek i wartość moralną chorego, której sz. lekarz nie zna, a która może być większa, niż nawet lekarza, bez względu na to, sz. lekarz traktuje wszystkich „per ty“. Następnie przy badaniu jest tak szorstki i niegrzeczny, że wprost odstrasza chorych, którzy, w takich warunkach, jedynie w ciężkich wypadkach szukają pomocy u lekarza fabrycznego“.

Bezimiennemu mentorowi odpowiedzieć należy, że tykanie starszych robotników jest przez wszystkich lekarzy potępione.

Co zaś do pensyi pobieranych przez lekarzy, to niech sz. autor felietonu wie, że na leczenie robotników niełoży „Kasa chorych“ ani grosza.

-10.- Autor podpisany „Felczer (były student)“ próbuje w № 49 „Głosu z r. z. rozwiązać sprawę felczerską.

Winiąc lekarzy, którzy felczera „depczą i poniżają wedle sił swoich, nie zmieniając jednak warunków społecznych, dzięki którym on istnieje“, widzi środki poprawy „prowadzące do celu, jeśli nie mają być paliatywami“ w następujących reformach:

„Uspołecznienie pomocy lekarskiej“.

„Podnieść materyalny dobrobyt i kulturę ludu“

„Posady lekarskie powinny być dobrze płatne“.

„Ogólny poziom umysłowy i kulturalny naszej prowincyi powinien być podniesiony.“

„Za program minimalny, „który tchnie jednak paliatywą“, uważa autor taką reformę:

„Podnieść umysłową kulturę ludu“.

„Polepszyć dobrobyt ludu“.

„Podnieść ogólny poziom umysłowy i kulturalny prowincyi“.

„Po za tem od lekarzy żądać należy dwóch rzeczy: aby w stosunkach swych z pacjentami z niższych warstw nie mieli postawy tak olimpijsko-niedostępnej, i aby... zaniechali protegowania „swoich“ felczarów“.

Jakże wiele mimowolnego humoru mieści się w tem: „po za tem“! To zestawienie żądań stawianych lekarzom (*sic!*): by polepszyli kulturę i dobrobyt ludu, a zarazem nieprotegowali „swoich“ felczarów!

„Do tego sprowadza się całe rozwiązanie kwestyi felczerskiej“ — kończy autor.

I takie poglądy drukuje poważny tygodnik społeczny!

—11.— *Lekarze nie kupują książek!* Taka skarga płynąca z ust księgarzy źle o nas świadczy.

Jżeli lekarz prowincjonalny nie może sobie pozwolić na coroczne odświeżanie swej wiedzy praktycznej w klinikach i wielkich szpitalach, a poprzestawać musi na swem własnem doświadczeniu (niekontrolowanem tam, gdzie niema innych lekarzy; zawsze trudnem do skontrolowania w praktyce pozaszpitalnej!) i na teorii, czerpanej z piśmiennictwa, to na zlej jest drodze, ograniczając się do czytania pism lekarskich.

Bez studyowania książek i monografii można stać wprawdzie na poziomie bieżących nowości w dziedzinie naszej nauki, ale ta wiedza niekształci umysłu lekarza.

Nie rozszerzenie, jeno pogłębienie nauki powinno być ostatecznym celem naszego kształcenia się.

Nie zaprzeczając korzyści płynących z czytania pism lekarskich, tę korzyść ograniczyć musimy głównie do z bogacenia umysłu *ilością* wiadomości; na ich *jakość* stanowczo czytanie książek głównie wpływa.

—12.— Felieton w № 320 „Gońca łódzkiego“ zatytułowany tajemniczo: „O pewnym wakansie...“ słów kilka opowiada historję „wygryzienia“ lekarza pewnej kolei przez młodszego kolegę, układniejszego względem zwierzchników, mniej sumiennego, nawet nieludzkiego względem pacjentów.

Ponieważ fakt ustąpienia z posady lekarza kolejowego, kolegi Wieliczki, został przez wszystkie łódzkie

pisma podany; ponieważ warunki, w których drugi lekarz kolejowy, kol. Wiśniewski, objął swoje stanowisko, są wszystkim znane (warunki nie uwłaszczające w niczem koledze W., a w „Gońcu“ podane z tendencyjnym zabarwieniem); więc chociaż „Goniec“ te nazwiska dyskretnie przemilcza, nikt nie może wątpić o kim jest mowa.

Dla tego za rzecz konieczną uważamy, by obaj koledzy tę sprawę publicznie wyjaśnili. Zdając z siebie jeden musi zarzuty, jakie mu „Goniec“ publicznie stawia; a drugi — podejrzenie, że jest inspiratorem takiego sposobu załatwienia osobistych uraz.

Jest to sprawa tem ważniejsza, że ton artykułu i jego tendencya zdaje się przemawiać za tem, że po koledze w sposób nieuczciwy usuniętem nikt posady objąć niepowinien.*)

—13.— Kol. Franciszek Sulikowski z Sieradza prosi nas o zaznaczenie, że w wydanym przez D-ra J. Polaka Kalendarzu lekarskim na 1904 rok, w spisie szpitali prowincjonalnych, nazwisko jego jest mylnie podane obok nazwiska ordynatora szpitala Św. Józefa w Sieradzu kol. A. Murzynowskiego.

Kol. Sulikowski nie był i nie jest ordynatorem Sieradzkiego szpitala.

*) Po złożeniu powyższych uwag spotkała kol. Wiśniewskiego ponowna szykana już ze strony obu pism łódzkich. Przy tem „Goniec“, pisząc ciągle o „jakimś lekarzu“ kolejowym, w jednym miejscu popelnia rzekomy *lapsus* i pisze: „do owego lekarza śniewskiego.“

Szanowny Panie Kolego!

Komitet przygotowawczy dla sekcji okulistycznej X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich, który to Zjazd rozpocznie się 20. a skończy 24. lipca 1904 we Lwowie, ma zaszczyt zaprosić Szanownego Kolegę do wzięcia udziału w pracach tejże sekcji.

Upraszamy tedy: 1) o przysłanie tytułów samoistnych wykładów lub demonstracyi, 2) o wnioski dotyczące tematów, któreby miały być wspólnie omawiane, 3) o oświadczenie, czy Szanowny Kolega zechciałby objąć referat takiego urzędowo postanowionego tematu w jakiejś kwestyi, zajmującej obecnie okulistów i wreszcie w ogóle 4) o przedstawienie życzeń, leżących w interesie prac sekcji.

Secykja okulistyczna starać się będzie, o ile to leży w jej mocy i w zakresie jej działalności, spełnić życzenia Szanownego Kolegi.

Prosimy o rychłą odpowiedź, a to ze względu, że z końcem lutego ma się drukować oficjalny program czynności Zjazdu wogóle.

Z sekcji okulistycznej X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.

Gospodarz sekcji okul.:

prof. dr. E. Machek.

Zastępca gosp. sekc. okul.:

doc. dr. A. Szulislawski.

Sekretarz sekcji okul.:

dr. A. Dybuś-Jaworski.

Listy prosimy wysyłać na ręce doc. dra A. Szulislawskiego we Lwowie, ulica Jagiellońska 1. 8.

Komitet redakcyjny;

L. Fankanowski, B. Handelsman, 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 27 Нолбря 1903. г.

Druk. S. Dębskiego, w Łodzi.

OBWIESZCZENIE.

Na zasadzie rozporządzenia p. Ministra Finansów, stanowczo zaprzecza się rozpuszczonym w mieście Łodzi wieściom bezsensowym o wstrzymaniu wypłacania wkładów z kas oszczędnościowych ze względu na wypadki na Dalekim Wschodzie. Ostrzega się przytem, że osoby, które okażą się winnymi rozpowszechniania tych pogłosek alarmujących ogół, będą pociągane do natychmiastowej najsurowszej odpowiedzialności prawnej.

(podp.) Gubernator Miller.

KSIĘGARNIA

RYCHLIŃSKIEGO i **W**EGNERA

W ŁODZI

Pośredniczy w prenumeracie pism

— tak polskich jak i zagranicznych. —

Załatwia wszelkie zlecenia w zakres księgarstwa wchodzące.

Zamówienia na prowincję wysła odwrotną pocztą.

Posiada na składzie wszystkie nowe wydawnictwa polskie, oraz wydawnictwa naukowe w językach obcych.