

Kreolina w chirurgii

podał **Dr. Józef Bogdanik.**

Prymazyusz oddziału chirurgicznego w szpitalu krajowym św. Łazarza w Krakowie.

Odkąd Lister wykazał zbawienny wpływ przeciwnego operowania i opatrywania ran zaczęły fabryki chemiczne wyrabiać coraz więcej rozmaitych przetworów. Ideą przewodnią tych wysiłków była chęć zastąpienia karbolu czemś nie tak szkodliwie oddziaływającym na skórę chirurgów i nie mającym własności trujących. Przy operacjach czystych wyzwoliliśmy się już od wszelkich środków przeciwnych (antiseptycznych) pozostaje jednak jeszcze cały szereg chorób, w których się środków przeciwnych wyżyć nie możemy. Niniejszem zwrócić chcę uwagę na kreolinę, wielkie posiadającą zalety tak, że zasługuje na jaknajrozsławniejsze zastosowanie, zwłaszcza, że ją spokojnie oddać można w ręce publiczności.

Na nią zwrócił moją uwagę przed kilkunastu laty śp. **O b a l i ŋ s k i** twierdząc, że znakomite oddaje usługi przy *róży*. Za jego przykładem tedy pędzlowałem miejscami różą zajęte czystą kreoliną **P e a r s o n a**. Z wyników byłem istotnie bardzo zadowolony, ale była i odwrotna strona medalu. Pędzlowanie sprawiało choremu wielki ból. Uśmierzając go, dodawałem do kreoliny nastój makowca. (Creolini Péarsoni, Tinct. opii spl. aa.). Mimo to ból był jeszcze dosyć znaczny a przytem obawiałem się działania makowca. Zamiast tej mieszanki używałem zatem wodnych rozczyńców kreoliny, z biegiem czasu coraz słabszych. Przekonawszy się zaś o równej skuteczności doszedłem do rozczyńców półprocentowych. Rozczyn taki nie tylko żadnej nie sprawia dolegliwości, z wyjątkiem krótkotrwałego pieczenia w samym początku, ale sprawia nawet ulgę i chorzy sami się dopraszają o zwilżenie opatrzenia.

Kreolinę zalecił już **Z i e l e w i c z** na pierwszym Zjeździe chirurgów polskich w Krakowie*, podnosząc jako zalety jej: 1) własności jej przeciwnilne w wysokim stop-

niu; 2) zupełny brak ubocznego, trwającego działania, przynajmniej w ilościach, jakie do celów chirurgicznych wystarczają; 3) znakomite własności odwaniania (desodoratio). Podał on dalej, na podstawie własnego doświadczenia, że upatruje w kreolinie nader cenny środek, którego w praktycznym zastosowaniu żaden z dotychczasowych zastąpić nie jest w stanie. Własnym doświadczeniem, opartym na bardzo obfitym materiale, w zupełności wywoływać potwierdzić muszę, a jednak kreolina nie zdobyła sobie jeszcze tego miejsca, jakie jej się w chirurgii słusznie należy.

Przekonawszy się o znakomitem działaniu leczniczym przy *róży*, postanowiłem stosowanie kreoliny w innych chorobach. Pierwszą próbę ogniową wytrzymała ona przy *oparzeniu* (combustio). Do szpitala Bialskiego zgłosiła się wieśniaczka około 40 lat licząca z oparzeniem pierwszego i drugiego stopnia na obu kończynach górnych. Przypadek ten do próby tem bardziej się nadawał, że oparzenie było jednakie na obu kończynach górnych. Poleciłem tedy stosowanie po jednej stronie oleju lnianego z wodą wapienną, po drugiej zaś stronie—okłady półprocentowym rozczyńcem wodnym kreoliny. Różnica była po kilku dniach uderzająca. Pod okładami kreoliną rany się oczyściły i przedstawiały powierzchnię pokrytą żywo czerwona ziarniną. Już piątego dnia zastałem przy wizycie opatrzenie kreolinowe na obu kończynach. Na zapytanie, kto to zarządził, odpowiedziała mi Siostra miłosierdzia, że ona opatrzyła kreoliną obie kończyny—bo widzi, że tanto nic nie warto. Odtąd kreolina całkowicie wyrugowała olej lniany z wodą wapienną (ol. lini, aqua calcis). Z sal, gdzie leżeli oparzeni, ustąpił obrzydliwy smród, bielizna się więcej tak nie wałala, jak dotąd, chorzy doznają bólów bez porównania mniejszych.

Dla przykładu nie mogę tu pominąć jednego przypadku. W farbiarni wpadł do kotła zawierającego płyn o 60° R. robotnik ubrany tylko w gacie i zupełnie się tam zanurzył. Wyłowiono go i odstawiono do szpitala w Białej. Łóżka z wodą według **H e b r y** szpital nie posiadał. Chory zaś prawie na całym ciele miał oparzenia pierwszego i drugiego stopnia; oparzenie dotyczyło także błony śluzowej w jamie

*) Pamiętnik I Zjazdu chirurgów polskich 1899 str. 294.

ustnej i przewodów słuchowych. Grube prześcieradło umaczać kazałem w półprocentowym roztworze wodnym kreoliny, zwinąłem w nie chorego i kazałem go często zlewać kreoliną. Duże strzępy zgorzelinowe skóry się oddzieliły, ale chory wyzdrowiał wbrew przewidywaniu, a nawet słuchu nie utracił. Był to wynik wprost zdumiewający. Blizny po ranach oparzelinowych bywają zazwyczaj bardzo brzydkie, po okładach kreolinowych—zeszczenie jest znacznie mniejsze.

Dotąd stosowałem kreolinę także przy *odmrożeniu* (congelatio) pierwszego, drugiego i trzeciego stopnia. Tu się powołam na sprawozdanie moje z pierwszego dziesięciolecia w szpitalu Białskim*) tj. z roku 1887—1896. W tym czasie leczyłem z odmrożeniem 139 chorych, a mianowicie było z odmrożeniem pierwszego stopnia 59 mężczyzn i 14 kobiet; drugiego stopnia 23 mężczyzn i 5 kobiet; trzeciego stopnia 30 mężczyzn i 8 kobiet. Z wyjątkiem robotnika, który przybył w stanie umiarkowanym, wyzdrowieli wszyscy, jakkolwiek u wielu wykonałem liczne większe operacje. I tak u jednego chorego wykonałem wyluszczenie obydwu stóp według *Lisfranca* u dwóch chorych odjąłem obydwa podudzia. Jednemu choremu zaś odjęłem oba podudzia, lewe przedramię i prawą rękę w stawie nadgarstkowym. U wszystkich tych chorych odmrożone części kończyn szybko się oddzielały od zdrowych i nie było czuć tak przenikliwych smrodów, jakie zazwyczaj rozszerzają rany zgorzelinowe wskutek odmrożenia.

Dalszym krokiem było stosowanie kreoliny w przypadkach *zmiażdżenia* z następową zgorzelą. Przekonałem się, że rychło następuje oddzielenie części zgorzelinowych, bóle w częściach zmiażdżonych są znośniejsze a smrody mniejsze.

Nie mogę tu pominąć historii choroby *Adeli W.*, dziecka trzechletniego, do którego mnie w roku 1890 wezwał kol. *Rybak* z Strumienia. Dziewczynka miała przestrzelone ramię blisko stawu barkowego. Cała kończyna górna była zimna, bez tętna sprychowego lub ramieniowego w tej kończynie, chora nieprzytomna. Ojciec dziecka na wskazany zabieg operacyjny t.j. odjęcie kończyny nie zgodził się. Zawinałem tedy całą kończynę w watę napojoną roztworze kreolinowym i zaleciłem zmianę opatrzenia. W 8 dni po wypadku znowu mnie wezwano telegraficznie. Dziecię wbrew oczekiwaniu nie umarło, ojciec przeto zezwolił na odjęcie kończyny. Mi-

mo to, iż dziecię leżało w pokoju nie wielkim, mimo to, że opatrzenie zastałem to samo, jakie przed 8 dniami założyłem, odór nie uprawniał do przypuszczenia, że opatrzenie zawiera kończynę zgniłą. Tymczasem kończyna nie tylko była zgniłą, ale się całkowicie oddzieliła od tułowia, blisko stawu barkowego i odpadła po przecięciu opaski. Mieliśmy przed sobą ranę pokrytą piękną ziarniną. Wystarczyło wyluszczenie główki kości ramieniowej, obrówanie brzegów skóry i zaszycie. Dziecię wyzdrowiało.

Kreolina działa na tkankę zmiażdżoną przeciwgnilnie i nie wywołuje zatoru naczyń, jak to się stwierdza przy użyciu karbolu. Karbol powoduje przeto zgorzel zwłaszcza u dzieci jako też, jeżeli się go używa do okładów na palce. Tej strony ujemnej kreolina nie posiada. Owszem, przy użyciu kreoliny tworzy się rychło granica (demarkacja) pomiędzy częścią zmiażdżoną już nie odżywną a pomiędzy częścią, gdzie się krążenie jeszcze utrzymuje. Strzępy zgorzelinowe szybko się oddzielają a ziarnina zaczyna bujać.

Przykład tego przedstawiłem na posiedzeniu Krakowskiego towarzystwa lekarskiego w dniu 31/1 1906 r. Chłopak 22 letni, którego stopa prawa dostała się pomiędzy tryby maszyny, przybył do szpitala św. Łazarza dnia 10/11 1905 r. Stopa cała i część podudzia w wysokości kłykciów była zmiażdżoną, palec czwarty i piąty był całkowicie oderwany, palec trzeci, drugi i pierwszy sterczał obnażony z części miękkich a ze skóry stopy pozostał tylko skrawek 5 cm. szeroki a 10 cm. długi na podeszwie, lecz skrawek ten przesunięty był na bok. Poleciłem okład kreolinowy i wysokie ułożenie kończyny. Strzępy zgorzelinowe szybko się oddzieliły, a gdy powierzchnia pozabawiona skóry pokryła się piękną ziarniną, chciałem przystąpić do przeszczepienia skóry. Z końcem grudnia spostrzegłem atoli wśród ziarniny liczne ogniska bliznowate; zaniechałem tedy przeszczepienia i cały ubytek skóry pokrył się blizną, która w wielu miejscach przyjęła charakter skóry. Nawet stopa zatem u tego chorego uratowaną została, a takich przypadków, gdzie dzięki kreolinie kończyny uratowano—jest ilość wielka.

Leczenie zachowawcze w przypadkach zmiażdżenia stosuję przeto na wielką skalę. Zmiażdżone części pokrywa się okładem kreolinowym, który się kilka razy w ciągu dnia zwilża 1/2 procentowym roztworze wodnym kreoliny. Tylko luźne części miękkie lub kości usuwam i odcinam strzępy zgorzelinowe w czasie zmiany opatrzenia. Dopiero wtedy przystępuję do odcię-

*) Nowiny lekarskie 1897 str. 8, 9.

cia lub wyluszczenia, jeżeli nastąpiło odzielenie części zmiążdżonej od zdrowej.

W wielu przypadkach dała się tym sposobem uratować kończyna, gdzie wskazaną była doraźna amputacja. Przy rozległym zmiążdżeniu zaś, gdzie już nie ma mowy o uniknięciu amputacji, także stosuję najpierw okłady kreolinowe i odejmuję kończynę dopiero po upływie kilku dni. Jeżeli się wykonać ma doraźną amputację, trzeba odciąć kończynę daleko od miejsca zmiążdżonego, a wobec zmiążdżenia obydwu kończyn dolnych—amputacja bywa śmiertelną, a nawet śmierć często następuje na stole operacyjnym i kończy się operacją na trupie. Niewątpliwie, przyczynia się do tego utrata krwi u osobnika już niedokrewnego.

Chcąc tego unikać, tamuję krwotok podwiązaniem naczyń w ranie. Odcinam tylko części ciała luźnie wiszące, o których uratowaniu już myśleć nie można, na resztę kikuta zakładam opatrzenie kreolinowe i wstrzykuję choremu podskórnice albo wśródżylnie fizyologiczny rozczynek soli kuchennej. Obecnie wstrzykuję rozczynek soli kuchennej z chlorkiem wapna, według L a t k o w s k i e g o (natr. chlor. 0.90, calc. chlor. 0.02, aqu. dest. 100.00)*). Wstrzykuję zaś rozczynek ten najczęściej podskórnice, bo się to szybko i bezpiecznie da wykonać a przekonałem się, że się tętno po wstrzyknięciu podskórnem bardzo rychło poprawia. Jako przykład przytoczę następującą historię choroby.

J a n J., 30 lat liczący, przyjęty został na oddział chirurgiczny w dniu 23/8 1906 r. Pociąg kolei żelaznej przejechał go przez oba podudzia. Odgniecione podudzia wisiły tylko na wąskich skrawkach części miękkich i takowe odcięto, potem założono na kikuty opatrzenie kreolinowe. Równocześnie wstrzyknięto podskórnice fizyologiczny rozczynek soli kuchennej. Po oczyszczeniu się ran wykonano dn. 17/9 amputację lewego podudzia a w dniu 29/9 amputację prawego podudzia. W dniu 23/11 1906 opuścił szpital wyleczony. Gdybym był doraźnie amputował obydwie podudzia, byłbym chorego niewątpliwie stracił. Chorzy byli bardzo niedokrewni, bez tętna, kiedy go do szpitala przywieziono. W takim stanie operowani umierają jeszcze w czasie operacji.

Jeżeli zgniecenie części miękkich jeszcze nie było tak wysokiego stopnia, wtedy pod wpływem okładów kreolinowych następuje wessanie wynaczynionej krwi,

krążenie znowu się przywraca a nawet duże ubytki skóry się zablizniają.

Przy ostrych zapaleniach ropnych n. p. *sutek, tkanki łącznej podskórnej* itd. znakomite widać skutki po okładach półprocentowego rozczyнку kreoliny. Początkowo zaleciłem okłady u osobników bojących się noża. Wieleż to razy zdarza się, że się zgłasza kobieta młoda z ropiejącą sutką, której się palcem dotknąć nie da z obawy bólu. Operacja jest bardzo bolesną a pozostają po niej blizny bardzo szpecące. Jeżeli przeto zgłosi się chora z ropieniem sutki (mastitis) jeszcze nie bardzo posuniętem, należy rozpocząć leczenie od okładów kreolinowych. Zazwyczaj już po upływie 24 godzin stwierdza się zmniejszenie bólu, obrzmienie i zaczerwienienie zmalało. Wtedy należy pozostać przy okładach, a po 2 lub 3 tygodniach następuje zupełne wyleczenie bez zniekształcenia sutki. Na skórze powstają drobne otwory, z których się ropa wydobywa a po nich pozostają tylko nieznaczne blizny wielkości ziarenka soczewicy. Dodać winienem, że podwiązuję sutki w ciągu leczenia, ale nie zakazuję z reguły karmienia drugą zdrową piersią. Jeżeli jednak nie ma poprawy po upływie dni kilku, wtedy potrzebne są nacięcia.

Tak samo postępuję w przypadkach zapalenia tkanki łącznej podskórnej (phlegmone), przy czyrakach (furunculus, carbunculus). Pod wpływem okładów kreolinowych ból ustępuje już w 24 godzin a w kilka dni później oddzielają się strzępy zgorzelinowe tkanki łącznej podskórnej, które się usuwa, potem pokrywa się rana bujną żywo czerwoną ziarniną. Jeżeli jednak po kilkudniowych okładach nie ustępuje obrzmienie a chełbotanie wskazuje na nagromadzenie ropy, wtedy wypuszczam ropę nacięciem, względnie—zakładam sączki (dreny). Dobry wpływ wywiera przepłukiwanie jam ciepłym rozczyńcem kreoliny.

W kilku przypadkach rozlanego zapalenia tkanki łącznej na szyi (angina Ludovici) z przypadkami duszności nastąpiło wyleczenie bez operacji li tylko pod okładami kreolinowymi. Kilkakrotnie uniknąłem użycia noża przy zapaleniu języka (glossitis), stosując obok płukania okład kreolinowy na brodę i szyję.

Przy *skrzepach w żyłach z następczem zapaleniem* (thrombosis, phlebitis), niemniej przy zaniedbanych owrzodzeniach podudzia znakomite oddaje usługi kreolina. Pouczający przykład tu przytoczę:

W dniu 17/11 1906 r. wezwano mnie wieczorem do pani E. G. liczącej lat 70.

*) Przegląd Lekarski 1906 № 43.

Miała dreszcze, omdlenia, tętno przepuszczające 136, ciepłota ciała w pasze mierzona 40.5° C. Cała lewa kończyna dolna była obrzmiała i zaczerwieniona. Około kostki wewnętrznej (malleolus internus) znalazłem owrzodzenie 6 cm. długie a 4 cm. szerokie, a w żyłę (vena saphena) były skrzepy bolesne, sięgające aż do więzupa chwinowego. Rozpoznałem: Thrombophlebitis subsequens sepsis a ulcere cruris. Dodać winienem, że chora cierpi od kilku lat na wadę serca z porażeniem połowicznym. Zaleciłem okład kreolinowy na kończynę dolną i po 10 kropel tinct. stropshanti hispidi rano i wieczór. Już następnego dnia rano sprawdziłem poprawę. Dreszczów nie było, tętno 120, ciepłota 39.0° C, obrzmienie kończyny dolnej mniejsze, owrzodzenie wydziela ropę obficie. Po trzech dniach była ciepłota ciała i tętno normalne, owrzodzenie się oczyściło zupełnie, zakrzep żyłny sięgał tylko do kolana. Dnia 14/12 1906 r. a zatem po upływie czterech tygodni była chora wyleczoną. Obrzmienia kończyny nie było, a owrzodzenie około kostki się zabiłiło po kilkuletnim trwaniu.

W takich przypadkach okłady kreolinowe wyrugowały zupełnie szarą masę, octan glinowy itd.

Nie dawno temu polecono mi do operacji chorą cierpiącą rzekomo na raka sutka. Tuż koło brodawki sutkowej znalazłem istotnie kraterowate owrzodzenie okrągławe o średnicy 4 cm., mające wszelkie cechy makroskopowe raka. Chora leczyla się już kilka miesięcy, mimo to owrzodzenie się ciągle powiększało, zgodziła się przeto na operację odjęcia sutki. Zanim to uczyniłem, zaleciłem jeszcze okład kreolinowy. Po kilku dniach wrzód się oczyścił i zmaliał, nie operowałem przeto, lecz czekałem i poleciłem dalsze stosowanie kreoliny. Po upływie dwóch tygodni sutka była wyleczona. Badania drobnowidzowego nie uskuteczniłem, a zatem nie twierdząc, że rak został wyleczony; owszem, jestem tego zdania, że było to tylko owrzodzenie przewlekłe, mające makroskopowe znamiona raka.

Natomiast zdarzyło mi się kilkakrotnie, że się chory zgłosił z nowotworem albo gruczolakiem limfatycznym, nie nadającym się do operacji z powodu zrostów. Zaleciłem okłady, a po kilku dniach znalazłem stan taki, żem operację mógł wykonać. Kreolina wpływa korzystnie na wessanie produktów zapalnych.

Nie chcąc być źle zrozumianym, podnieść muszę, że nie zalecam bezmyślnego stosowania kreoliny i nie przypisuję jej własności, jakich nie posiada. Owszem, prze-

strzegam zawsze przed zbyttem entuzjazmem kolegów kreolinę stosujących. Są chorzy, którzy kreoliny nie noszą. Zamiast 1/2 procentowych wodnych roczynów zalecam wtedy 5% masę kreolinową albo też suche opatrunki. Okłady wszelkie mają wspólną wadę, że macerują naskórek. Można temu po części przeszkodzić nacierając najpierw skórę wazeliną, a dopiero na to dając okład.

Suche opatrunki zakładam z reguły, jeżeli pod wpływem kreoliny ropienie już całkiem ustało. *Nie stosuję jej zaś nigdy przy operacjach i ranach czystych*, gdzie się rychłozrostu (prima intentio) spodziewam. Jeżeli jednak rany po operacji zaczerwienienie okazują, albo ropieją, wtedy zalecam okłady kreolinowe.

Kreolina Pearsona miesza się łatwo z wodą, zaleca się jednakże, aby kreolinę lać do wody a nie odwrotnie. Zapisuję więc:

Rp. Aquae destilatae 1000.00
Creolini Pearsoni 5.00

Mds. Do okładów.

Ranę pokrywam najpierw warstwą gazy wyjałowionej, na to kładzie się watę zamoczaną w powyższym roczyniu, watę pokrywam warstwą cienkiej ceratki i to przytwierdzam opaską do ciała.

Zapisując masę, dodaję balsam peruwiański, który ma także własności przeciwnie, jak to wykazały doświadczenia *Dr. A. Betta*, poczynione na moim oddziale.*

Rp. Vaselini flavi 100.00
Balsami peruviani 10.00
Creolini Pearsoni 5.00

M. f. u. S. masę.

Rozczyn wodny Kreoliny nadaje się nadto do przepłukiwania jam ciała w razie zapalenia ropnego. Można go stosować do przepłukiwania pęcherza moczowego, jamy opłucnej, żołądka i t. d. jak to już zalecił *Zielewicz* w pracy powyższej przytoczonej. Bezpiecznie to czynić można ciepłym roczynem półprocentowym.

Nie miałem nigdy najmniejszych objawów zatrucia, chociaż stosuję kreolinę w tysiącach przypadków praktyki prywatnej i szpitalnej. Przypadek zatrucia kreoliną opisany przez *Ackerna* z Kliniki Gerharda** przemawia za małą szkodliwością kreoliny. Mężczyzna dojrzały wypił w celach samobójczych 2.50 gramów nierozcieńczonej kreoliny. Nic dziwnego, że przyplacił chorobą użycie tak niestosownego napitku, mimo to wyzdrowiał po upływie 20 dni. Ilość wypitej kreoliny byłaby wystarczy-

*) Ueber den ersten Verband mit Perubalsam. Der Militärarzt 1905 Nr. 3.

**) Ein Fall von Creolinvergiftung beim Menschen. Berl. Klin. Woch. 1889 Nr. 32.

ła na 50 kilogramów rozczynu lub 5 kilogramów maści. Trudno sobie wyobrazić środek przeciwny mniej własności trujących mający.

Oto przedstawiłem wynik mego kilkunastowego doświadczenia z Kreoliną Pearsona i ten sposób leczenia w obecnej dobie zalecić mogę, oszczędziłem bowiem chorým wiele bólu i wiele kończyn uratowałem. Nie zalecam jednak mimo tych zalet kreoliny bezmyślnego jej stosowania. Chirurg bowiem nie może się dać unosić wynikami dobrymi, dążyć musi do lepszych i lekkim sercem porzucić doświadczenie dni ubiegłych, jeżeli dzień dzisiejszy coś lepszego przyniesie. Kroczenie z postępem czasu musi być naszą dewizą.



Hôpital des enfans malades w Paryżu. Oddział błonicowy prof. Marfana.

Ostry nieżyt krtani u dzieci, symulujący krup pierwotny.

Podał **Dr. T. Mogilnicki.**

Na oddziale profesora Marfana miałem sposobność obserwowania 10 ciężkich postaci nieżytku krtani pierwotnych niebłoniczych, z których w 4-ch nie obeszło się bez zabiegu chirurgicznego, w 5-iu zrobiono intubację pierwotną, w jednym przypadku — tracheotomię po nieudanych próbach intubacji. Jeden z intubowanych przypadków zakończył się niepomysłnie wskutek powikłania ze strony płuc. Przypadki te dawały objawy krupu i dlatego przyjmowano je na oddział błoniczy.

Choroba w niczem nie przypominała rzekomego krupu; początek w żadnym z obserwowanych przypadków nie był nagły, natężenie objawów chorobowych rosło wolno, powoli też stan chorego pogarszał się. Początkowym objawem był kaszel gruby, krtaniowy, potem nieznaczna przeszkoda w oddychaniu, wreszcie — zmniejszenie ilości oddechów, wciągania, oddech głośny, niepokój dziecka i inne objawy, spotykane przy zwężeniach krtani.

Gorączka zwykle wahała się od 37,5 do 39,0, rzadko przekraczając 39°, w jednym tylko przypadku, zakończonym śmiertelnie, ciepłota dosięgła 40,5. Gardło po większej części było z lekka zaczerwienione lub też zmian żadnych nie przedstawiało. Głos miał charakter chryplawy lub też był niezmierny zupełnie. Kaszel gruby, szczekający. Ani razu nie notowano bezdźwięcznego kaszlu lub też zu-

pełnej utraty dźwięku głosu (aphonia), nigdy też chorey nie wykrztusił błony rzekomej. Gruczoły szyjowe były albo niepowiększone zupełnie lub też bardzo nieznacznie. W 5-iu przypadkach stwierdzono lekkie zajęcie oskrzeli, w jednym — zakończonym śmiertelnie — włóknikowe zapalenie płuc. Wogóle choroba miała przebieg łagodny, w dwóch przypadkach intubacji nie trzeba było powtarzać, w jednym intubowano 2, w jednym 3 razy, u chorego tracheotomizowanego rurka leżała w krtani tylko 2 dni.

Co się tyczy wieku dzieci, to prawie wyłącznie ciężkie przypadki obserwowaliśmy w wieku od 9-iu m. do 3-ich lat. Raz tylko trzeba było zaintubować 5-letnie dziecko.

Postaram się drogą wyłączenia wykazać, że przypadki, o których mowa, zależały od zajęcia pierwotnego krtani, charakteru zakaźnego bezwątpienia, ale niezależnego od las. błoniczego.

Objawy utrudnienia oddechu w zależności od zwężenia krtani, spotykać możemy u dzieci w następujących stanach chorobowych: 1) Przy pierwotnym obrzęku głośni (Oedema glottidis acutum); 2) Przy krupie wrzekomym (Laringitis stridulosa); 3) Przy raptownem dostaniu się ciała obcego do krtani; 4) Przy ostrym nieżycie krtani, i 5) Przy dławcu pierwotnym.

Utrudnienie oddechu zależość może również i od cierpień nie umiejscowionych w krtani, np. od bronchopneumonii, przerostu grasicy (tymus), ropienia pozagardłowego; przy rozpatrywaniu naszych przypadków, wszystkich tych przyczyn można jednak nie brać pod uwagę, ponieważ nie dają one objawów krtaniowych. Przy każdym nieżycie krtani tkanka podśluzowa jest mniej lub więcej nacieklą, wybitniejszy obrzęk spostrzegano przy sprawach ropnych, róży lub też przy chorobach nerwowych i chorobie nerek. Pierwotny obrzęk głośni bywa najczęściej zależnym od urazu, np. od oparzenia gorącą herbatą lub substancją żrącą. Może on dawać bardzo wybitne objawy duszności i czasem nawet wymagać interwencji chirurgicznej.

Duszność jednak zależna wyłącznie od obrzęku głośni cechuje się tem, że głównie utrudnionym jest wdech, podczas gdy wydech odbywa się lekko (Pieniążek), powstaje ona zwykle szybko, bez gorączki. W naszych przypadkach pierwotny obrzęk głośni możemy wyłączyć dzięki brakowi odpowiedniego etyologicznego momentu, powolnego rozwoju choroby, towarzyszącej chrypce i stanowi gorączkowemu chorych.

Krup rzekomy (pseudokrup) właściwie do prawdziwego krupu podobnym nie jest. Choroba ta zaczyna się najczęściej nagle u dzieci zdrowych lub też zlekką zakatarzonych lub zachrypniętych. Dziecko, które się spokojnie spać wieczorem położyło, budzi się nagle w nocy z uczuciem wielkiego niepokoju, objawami duszności, głośnym świszczącym oddechem i krótkim, suchym, szczekającym kaszlem. Po pewnym przeciągu czasu, zwykle po kilkunastu minutach, atak w kolosalnej wielkości wypadków przechodzi zupełnie, dziecko zasypia spokojnie i budzi się nazajutrz zdrowe lub z lekką chrypką atak taki czasami powtarza się zwykle, w słabszej postaci nocy następnej.

Śmierć od zaduszenia podczas ataku pseudokrupu należy do wypadków nadzwyczaj rzadkich, Trousseau podaje 3 przypadki fatalnego zakończenia takiego ataku.

Czasami atak nie przechodzi odrazu, wciąganie i szmer zwężenia krtani (corrage) nie ustają i wtedy dopiero podobieństwo do dławca prawdziwego może być bardzo wielkie.

W żadnym z przypadków naszych choroba nie zaczęła się nagle w nocy od napadu gwałtownego uczucia duszności, a przeciwnie: duszność powstawała z wolna, bez poważniejszych z początku objawów.

Przy dostaniu się ciała obcego do krtani następuje również duszność, lecz powstaje ona gwałtownie u dziecka poprzednio zupełnie zdrowego, bez okresu zwiastunów, t. j. suchego kaszlu, stanu gorączkowego i t. p. (Sokołowski).

Pozostaje obecnie postawienie różniczkowego rozpoznania pomiędzy krupem pierwotnym i ostrym nieżytem krtani błoniczego pochodzenia, rozpoznanie, które często należy do rzeczy bardzo trudnych, często bez badania drobnowidzowego na zasadzie wyłącznie danych klinicznych niemożliwych.

Ostry nieżyt krtani, tak często występujący u dorosłych i dzieci, ma przebieg najczęściej bardzo łagodny.

W wieku dziecięcym jednak, szczególnie u bardzo małych dzieci, do 3—4 lat, dzięki bardzo wazkiej rurce krtaniowej i łatwemu wytwarzaniu się skurczu głosni, zwykły nieżyt krtani może wywołać zwężenie krtani, znaczne utrudnienie oddychania, a czasem nawet może zagrażać życiu dziecka.

Tego rodzaju ciężkie nieżyty krtani najczęściej występują następczo po chorobach infekcyjnych, przedewszyst-

kiem po odrze lub w jej przebiegu. Nieżyty te nawet niepowikłane błonicą, mogą wywoływać stenozę krtani wybitną i zmuszać do zrobienia intubacji lub tracheotomii. Przypadki takie niejednokrotnie opisywano (Sargnon, Siffel i inni). Czasem również przy bardzo złośliwych postaciach wietrznej ospy notowano tego rodzaju ciężkie nieżyty krtani (Marfan, Hallé, Boucheron), to samo obserwowano, wprawdzie rzadko bardzo, w przebiegu tyfusu i ospy prawdziwej.

Bywają jednak ciężkie nieżyty krtani pierwotne, t. j. zależne od infekcji, bliżej nieokreślonej, które mogą dawać u dzieci objawy bardzo poważne. Choroba zaczyna się zwykle od objawów mało znacznych. Dziecko, które od dni paru ma lekką gorączkę lub katar, lub też nieznaczną chrypkę, zaczyna uczuwać nieznaczne utrudnienie oddechu, zależnie od zaczynającego się zwężenia krtani; w miarę zwiększania się stenozy występują wciągania pod i nadmostkowe, udział pomocniczych mięśni oddechowych i skrzydeł nosa i objawy duszności, wtedy też występuje konieczność chirurgicznej interwencji.

Touchard w swojej tezie cytuje kilkanaście takich ciężkich nieżyty krtani, z których w jednym była robiona tracheotomia; Hepp podaje 6 przypadków, Degny i Detot 2 przypadki. O takich też ciężkich postaciach nieżyty krtani wspominają Sargnon, Marfan, Heubner, Gerhardt i inni. Są jednak pewne dane, które pozwalają postawić różniczkowe rozpoznanie tej postaci chorobowej od krupu.

A mianowicie, przy krupie spostrzegamy najczęściej błony rzekome w gardle lub też chory błony rzekome przy kaszlu z krtani wykrztusza. O ile te objawy istnieją, rozpoznanie krupu nie ulega wątpliwości, istnienie bowiem ostrego nieżyty krtani z błonami rzekomymi, niezależnego od laseczników Löfflera, chociaż było kilka razy opisane (Bezy i Laval), ale nie zostało dotąd dowiedzione.

Według Marfana naloty w gardle nawet w postaci nietypowych błon rzekomych, występują łącznie z nieżytem krtani, pozwalają twierdzić z całkowitą prawie pewnością o błonczym charakterze cierpienia.

W przypadkach nieżyty krtani bez nalotów w gardle rozpoznanie można postawić na zasadzie charakteru głosu i kaszlu. W przebiegu krupu najczęściej głos i kaszel nabierają dźwięku matowego i wreszcie nikną zupełnie, następuje kom-

pletna aponia, podczas gdy przy nie błoniczych ostrych zajęciach krtani u dzieci objawów tych nie spotykamy, głos pozostaje czysty lub zachrypnięty, kaszel gruby, głośny, szczekający. Istnieją jednak przypadki dławca pierwotnego bez anginy, bez wykrztuszania błon i bez matowego lub bezdźwięcznego głosu, w tych też przypadkach tylko badanie drobnowidzowe może zdecydować o rozpoznaniu.

Należy zasiał na podłożach z surowicą śluz z okolicy możliwie zbliżonej do nagłośni i w przypadkach, kiedy badanie da wynik ujemny, zasiew powtórzyć. Zasiańnię zawartości rurki intubacyjnej lub wewnętrznej kaniuli tracheotomicznej daje wyniki jeszcze pewniejsze.

Przypadki przez nas obserwowane miały wszystkie objawy ostrych nieżytów krtani: gruby krtaniowy kaszel, głos czysty lub ochrypliwy, gardło bez nalotów, brak wykrztuszania błon przy kaszlu. Badania drobnowidzowe powtarzane w każdym przypadku parokrotnie dawały wynik zawsze co do obecności las. błoniczego ujemny. Znajdowano przeważnie paciorkowce lub gronkowce. Zasiwialiśmy śluz z okolicy nagłośni, a w przypadkach operowanych—zawartość rurki lub kaniuli. Wszystkie przypadki zaliczamy do ciężkich postaci nieżytów ze względu na występujące objawy zwężenia krtani, trwające dosyć długo i zmuszające w kilku przypadkach dla uratowania życia chorego do interwencji chirurgicznej.

Jak wytłómaczyć sobie fakt, że choroba, która w ogromnej większości przypadków ma przebieg bardzo łagodny, przebiega czasem bardzo ciężko; czy natężenie objawów zależy od miejsca w krtani, które jest zajęte, czy od rodzaju infekcji, czy też od indywidualności względnie od wieku chorego? Co się tyczy lokalizacji cierpienia i zmian anatomopatologicznych, to w tym względzie mamy najzupełniej niedokładne dane, nie pozwalające żadnych wniosków wyciągać; w jedynym bowiem przypadku, zakończonym śmiertelnie, autopsji z powodu protestu rodziców nie zrobiono. Pewne dane pod tym względem dać mogą ciemne plamy konstataowane na metalowych rurkach intubacyjnych po dokonanej ekstubacji; świadczy one bądź co bądź o mniej lub więcej głębokich owrzodzeniach w krtani; trudno jest jednak twierdzić stanowczo od czego te owrzodzenia zależą, czy od samego cierpienia, czy od odleżyny spowodowanej przez rurkę. W naszych przypadkach 2 razy skostatowaliśmy plamy na rurce w miejscu

odpowiadającym okolicy podgłośniowej, 2 razy—w okolicy międzynaławkowej.

Co do drugiego pytania, to zdaje się nie ulegać wątpliwości, że jedna i ta sama infekcja może wywołać rozmaite natężenia objawów i że ciężki nieżyt krtani jest tylko jedną z rzadkich postaci zwykłego nieżytu. Jak w przebiegu odry można obserwować najrozmaitsze postaci nieżytów krtani od najsłabszych do najsilniejszych, tak też w przebiegu innej choroby, prawdopodobnie w zależności od panującej w tym roku w Paryżu grypy, można było stwierdzić laryngity występujące w rozmaitych postaciach.

Natężenie objawów najbardziej zależy od wieku chorego. Ten sam obrzęk błony śluzowej krtani, który u dorosłego daje nieznaczne objawy, u dzieci dzięki temu, że krtani jest wąską i że drobne przyczyny wywołują skurecz głośni, może powodować atak duszności. Utrudnienie oddychania zależy więc u dzieci od dwóch przyczyn: obrzęku błony śluzowej i tkanki podśluzowej i skureczu głośni. Infekcja wytwarza obrzęk—stan zapalny błony śluzowej, który drażni zakończenia nerwów czuciowych i odruchowo działa na nerwy krtaniowe ruchowe, wywołując skurecz głośni.

Należy teraz odpowiedzieć na pytanie, jak się ma zachować lekarz wobec przypadku ciężkiego nieżytu krtani. Wobec tego, że postawienie różniczkowego rozpoznania ostrego nieżytu i krupu należy do rzeczy prawie niemożliwych bez badania drobnowidzowego i wobec rzadkości ciężkich laryngitów niebłonicznych—trzeba tak działać, jak gdyby lekarz miał do czynienia z krupem.

W przypadkach więc, gdzie objawy zwężenie krtani są wybitne, nie czekać na wynik badania drobnowidzowego, tylko zastrzykiwać surowicę i w razie bardzo wybitnej duszności—stosować zabieg chirurgiczny.

Poniżej podaję w skróceniu obserwowane przypadki.

Przyp. I. Ostry nieżyt krtani. Nieżyt oskrzeli. Intubacja powtarzana 3 razy. Wyleczenie.

Marcelli C. 13 mies. przybył do szpitala 26.XII 06. Chory od 2 dni. Kaszel gruby, głos ochrypliwy. Gardło czyste, gruczoly szyjowe nie powiększone. Odciąganie bardzo wybitne. Dziecko niespokojne, rzuca się na łóżku. T^o 38. Ponieważ duszność zwiększała się znacznie, założono rurkę intubacyjną.

27 XII. Ciepłota 38,5. Oddycha z rurką dobrze. Nieliczne suche rżenia na całej przestrzeni płuc.

28. XII. Ciepłota wczoraj wiecz. 37,3, rano 37,0. Wyjęto rurkę — po 15 minutach wobec bardzo wybitnej duszności włożono ją na nowo. Na rurce w miejscu, które odpowiada okolicy podgłośniowej, dwie ciemne plamy.

Rurkę pozostawiono w krtani przez 3 dni. Przez cały czas ciepłota dochodziła zaledwie do 37,8; 31 XII wyjęto rurkę i natychmiast ją po raz trzeci założono.

2. I Dziecko wykasztusza rurkę i oddycha bez rurki dobrze. W płucach rżęzenie utrzymuje się. 5. I Wychodzi ze szpitala zdrów zupełnie.

Wynik drobnowidzowych badań był ujemny, pomimo iż zasiewałem na podłożach z surowicą 2 razy śluz z okolicy nagłośni i 2 razy zawartość rurki intubacyjnej. Wyrastały ziarniaki.

Przypadek 2-gi. Ostry nieżyt krtani. Intubacja 1 raz. Wyleczenie.

1 I. René B. 5 lat. Chory od kilkunastu godzin. Duszność dosyć wybitna. Głos zlekka matowy, kaszel gruby. Gardło czyste, z nosa wycieku niema. W płucach rżężeń nie słycać. Wobec zwiększającej się duszności i ogólnego stanu zrobiono intubację wieczorem. T° 38,5.

Po intubacji oddycha spokojnie, ciepłota powoli spada. 4 I wyjęto rurkę, na której stwierdzono 2 plamy czarne na szyjce. Oddycha bez rurki dobrze.

10 I Wychodzi do domu zdrów. Badanie drobnowidzowe hodowli z zawartości rurki i ze śluzu z gardła dało wynik ujemny.

Przypadek 3-ci. Ostry nieżyt krtani. Wyleczenie bez zabiegu chirurgicznego.

15.I. Emil C. 8 lat. Chory od wczoraj. Kaszel i głos ochryply. Nieznaczna duszność. Wciąganie. Gardłoczyste. T° 37,5.

20.I. Wszystkie objawy przeszły — zdrów zupełnie.

Badanie śluzu z gardła robione parokrotnie nie wykazało obecności laseczników błoniczych.

Przypadek 4-ty. Ostry nieżyt krtani. Wyleczenie bez zabiegu chirurgicznego.

20.I. Maurycy A. 14 miesięcy. Chory od 2 dni. Oddychanie bardzo utrudnione, wszystkie objawy zwięzienia krtani. Wciąganie bardzo duże, szczególnie podczas podniecenia. Głos ochryply. Kaszel gruby, szczekający. Gardło zaczerwienione bez nalotów T°. 37,8. 25.I. Zabrano dziecko do domu zdrowe.

Badanie drobnowidzowe śluzu z gardła wykazało obecność paciorkowców.

Przypadek 5-ty. Ostry nieżyt krtani. Wyleczenie bez zabiegu chirurgicznego.

20.I. Marceli L. 21 miesięcy. Chory od 2 dni. Ma nieznaczne wciąganie, głos czysty, kaszel gruby, szczekający. Gardło czyste, gruczoły szyjowe nieznacznie powiększone. T°. 38,0 wieczorem 38,5.

27.I. Wzięto dziecko zupełnie zdrowe.

Badanie drobnowidzowe (hodowli) dało wynik ujemny.

Przypadek 6-ty. Ostry nieżyt krtani. Wyleczenie bez zabiegu chirurgicznego.

20.I. Andrzej B. 3 lata. Chory od wczoraj. Oddech utrudniony. Wciąganie podmostkowe bardzo wybitne. Udział w oddychaniu mięśni szyjowych i skrzydeł nosa. Głos ochryply, kaszel gruby, krtaniowy. Gardło czyste. Gruczoły szyjowe nie powiększone. Objawy utrudnienia oddechu powoli zmniejszały swe natężenie i dn. 25.I. dziecko wypuszczono ze szpitala zdrowe zupełnie.

Badanie drobnowidzowe nie wykazało obecności las. Löfflera.

Przypadek 7-y. Ostry nieżyt krtani. Nieżyt oskrzeli. Tracheotomia. Wyleczenie.

23.I. René D. 23 mies. chory od 4 dni. Choroba zaczynała się zwolna. Utrudnienie oddychania bardzo znaczne. Dziecko niespokojne. Głos ochryply, kaszel gruby, gardło czyste. Po nieudanych próbach dokonania intubacji zrobiono tracheotomię. Po operacji dziecko oddycha spokojnie. T. wiecz. 38,5.

24.I. T°. 38,2. W płucach liczne suche i wilgotne rżężenia. Oddech nie przyspieszony.

25.I. Wyjęto kaniulę. Dziecko oddycha dobrze.

27.I. Rana goi się.

2.II. Rana zgoiła się. Dziecko wyszło ze szpitala zdrowe.

Zasiew zawartości wewnętrznej kaniuli i śluzu z gardła dały wynik ujemny. Znaleziono gronkowce.

Przypadek 8-y. Ostry nieżyt krtani. Nieżyt oskrzeli. Intubacja. Wyleczenie.

24.I. op. Edmund R. Chory od 2 dni. Objawy zwięzienia krtani bardzo wybitne. Kaszel gruby, głos ochryply. Gardło zaczerwienione. W płucach liczne suche i wilgotne rżężenie T°. 38,0. Wobec ciężkiego stanu dziecka wykonano intubację.

26.I. Ciepłota 38,0. W płucach rżężeń nieco więcej. Po wyjęciu rurki oddycha dobrze.

29.I. Ciepłota dosięgła 39,5, prawdopodobnie w zależności od zmian w oskrzelach, objawy krtaniowe przeszły.

7.II. Wypisano dziecko zdrowe. Badanie drobnowidzowe śluzu i zawartości rurki nie wykazało laseczników Löfflera.

Przypadek 9-ty. Ostry nieżyt krtani. Angina follicularis. Nieżyt oskrzeli. Intubacja 2 razy.
Wyleczenie.

22.I. Lucjan B. 9 mies. Chory od 7 dni. Zaczęło się od kataru i kaszlu. Stan dziecka pogarszał się bardzo nieznacznie, wreszcie wskutek występującej duszności zdecydowano się oddać dziecko do szpitala. Kaszel gruby. Głos czysty. W płucach bardzo liczne rżenia suche i wilgotne, drobnobańkowe. Gardło zlekka zaczerwienione. Na migdałach czopki żółtawe. Grucezoły szyjowe nieco macalne. Wobec zwiększającego się utrudnienia oddychania wykonano wieczorem intubację.

24.II. T° 38°. Gardło czyste. W płucach bez zmiany.

26.II. Ciepłota podniesiona 38,0—38,6. Wyjęto rurkę; wobec natychmiastowego wystąpienia duszności założono ją po raz drugi. Na rurce 2 plamy na miejscu, które odpowiada okolicy podgłośniowej.

28.I. Wyjęto rurkę. Oddycha z początku źle. Powoli jednak objawy zwiężenia krtani przechodzą. Ciepłota niepodniesiona.

3.II. Wypisano dziecko zdrowe.

Zasiew zarówno śluzu i czopków, jak i zawartości rurki nie wykazał obecności las. Löfflera.

Przypadek 10-ty. Ostry nieżyt krtani. Platowe zapalenie płuc. Intubacja 2. Zejście śmertelne.

2.II. Gaston P. Chory od 2 dni. Choroba zaczęła się od kaszlu i bólu gardła. Utrudnienie oddychania występowało zwolna. Dziecko bardzo blade. Wciążanie znaczne. Gardło czyste. W płucach liczne suche rżenia. Z lewej strony nieliczne drobnobańkowe rżenia. Intubacja.

4.II. Oddech przyspieszony. Pod lewą łopatką przytłumienie.

7.II. T° 39,2. Oddychanie pomimo obecności rurki bardzo utrudnione, powierzchowne. Stan ogólny ciężki. Z lewej strony b. liczne treszczenia, oddech oskrzelowy. Na wyjętej rurce ciemne plamy na szyjce i na dolnej części rurki. Wobec tego, że dziecko oddycha bez rurki jeszcze gorzej, niż z rurką, wykonano intubację ponownie.

8.II. T° 40,5. Stan ogólny b. ciężki. Natężenie wszystkich objawów wzmagają się.

9.II. Dziecko umiera. Na autopsję rodzice nie zgodzili się.

Zasiew śluzu z gardła i zawartości rurki, 3 razy powtarzany, nie wykazał obecności laseczników błoniczych.

LITERATURA.

Bezy et Lavaal. Quelques considérations pratiques sur l'intervention dans les laryngites aiguës de l'enfance. Province medicale N° 32 1906 r.

Bokay. Die Anwendung der Intubation in der Kinderpraxis bei nicht diphtheritischen Zuständen (Vorgetragen in der pædiatr. Section des intern. med. Congres in Moskau) ref. W Pester med. Presse.

Bonnier. Art. Maladies du larynx. W. Traité d'hygiène et de pathologie du nourrisson et des enfants du premier âge de H. de Rotschild. Tom. II 1905 r.

Castex et Barbier. Art. Larynx. W. Traité de médecine de Brouardel et Gilbert. Tom VII 1900.

Deguy et Detot. La laryngite cricoïdienne ulcéreuse. Rev. mens. des maladies de l'enfance 1905 (str. 25).

Deguy et Detot. L'œdème laryngé susglottique infectieux et suffocant (Sa pathologie) Bull. de société de pédiatr. de Paris 1904.

Delcourt. Du diagnostic différentiel des états morbides simulant le croup diphtérique. Journal med. de Bruxelles 1903, str. 113.
Delcourt. Croup à staphylocoques. La pathologie infantile 15 marca 1905 r.

Dieulafoy. Choroby wewnętrzne. Tom. I str. 35. Tom. polskie 1903 r.

Gagnoni. Contributo allo studio delle infezioni settiche delle vie respiratorie con effetto di stenosi laringea. Società Italiana di Pediatria 10 Giugno 1906.

Galatti. Erkrankungen des Kehlkopfes. W. Handbuch der Kinderheilkunde Pfaunders und Schlossmans Tom II str. 376.

Griffith. A case of very persistent laryngeal stenosis. Archif of. Pediatric. Mars 1902.

Hepp. Etude sur une forme de laryngite aigue de l'enfance simulants le croup d'emblee. Gazette des hôpitaux 1897 N° 25.

Heryng. Tak zwany tyfus krtaniowy. Gazeta lekarska 1882 str. 1047.

Heubner. Lehrbuch der Kinderheilkunde 1903.

Krishaber. Art. Larynx. W. Dictionnaire encyclopedique des sciences medicales 1868. II ser. Tom. I.

Marfan. Leçons cliniques sur la diphtérie. Paris 1905.

Pieniążek. Art. Choroby krtani i tchawicy. W. Nauce o chorobach wewnętrznych Jaworskiego. Tom. II str. 46. 1903 r.

Pieniążek. Laryngoskopia oraz choroby krtani i tchawicy. Kraków 1874.

Rauchfuss. Laryngotracheitis catarrhalis acuta Laryngitis submucosa. W. Handbuch der Kinderkrankheiten Gehrard's. Tom III. 1878 r.

Rillier Barthés et Sanne. Traité des maladies des enfants. Tom. I str. 487. 1884.

Ruault. Art. Maladies du larynx. W. Traité de médecine de Bouchard et Brissaud. Tom. VI 1901.

Ruprecht. Zur Kenntniss der Laryngitis submucosa acuta. Monatschr für Ohrenkrankheiten 1905 str. 49.

Sargnon. Tubage et Trachéotomie en dehors du croup. 1900.

Sippel. Ueber Intubation bei Larynxstenosen nichtdiphtheritischer Natur. Med. Corresp. Blat. Würtemb. ärztl. Ver. 1906. str. 16.

Sokołowski. Choroby górnego odcinka dróg oddechowych 1903. str. 52.

Touchard. Laryngites aiguës de l'enfance simulant le croup. Thèse. Paris 1893.

Variet et Glover. Art Laryngites aiguës. W *Traité des maladies de l'enfance de Grancher et Comby* 1904 Tom. III.



Ogólne uwagi krytyczne z powodu projektu ministerium przemysłu i handlu w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia od choroby.

Podał **Dr. Wł. Żenczykowski.**

Zanim przejdę do właściwej oceny projektu ministerium przemysłu i handlu w sprawie ubezpieczenia obowiązkowego robotników na wypadek choroby, projektu, który został wniesiony do Izby państwowej, postaram się zaznajomić czytelników w streszczeniu z jego treścią.

Projekt ten składa się właściwie z 2 samodzielnych części. Jedna mówi o ubezpieczeniu na wypadek choroby pod postacią zapomog, druga—o pomocy lekarskiej i jej organizacji, przyczem z góry zaznacza, że proponowane prawo ma w jednakowej mierze obowiązywać Cesarstwo, jak i Królestwo Polskie, zaś wyjątek może stanowić Kaukaz § 1 i 3 (a)*. Obowiązkowemu ubezpieczeniu podlegają pracownicy zajęci w przemyśle fabrycznym, górniczym, na kolejach, okrętach, statkach i tramwajach, bez względu na ilość robotników w przedsiębiorstwach, używających kotłów parowych, maszyn wprowadzanych w ruch siłami natury lnb zwierząt; w przedsiębiorstwach zaś z urządzeniami fabrycznymi bez maszyn czynnych przy pomocy sił natury lnb zwierząt, jeśli liczba stale zajętych robotników jest nie niższa od 10-ciu §§ 1. 8 a. Nie podlegają ubezpieczeniu pracownicy z pensją powyżej 1500 r. jak również ci, którzy najęci są na okres krótszy niż 2 tygodnie § 5 a. Ubezpieczenie zapomogowe odbywa się w kasach chorych; udział w nich przyjmują i pracodawcy i pracownicy § 6. 7 a.

Główny urząd ubezpieczeniowy (centralny dla całego państwa) rozstrzyga, które z przedsiębiorstw i kto z pracowników ma podlegać obowiązkowemu ubezpieczeniu § 10 a. Kasy chorych przy fabrykach, zatrudniających więcej niż 100 robotników, są zatwierdzane przez miejscowe urzędy ubezpieczeniowe; w przedsiębiorstwach z mniejszą ilością pracowników kasy cho-

rych mogą być założone na zasadzie li tylko specjalnego pozwolenia miejscowych urzędów ubezpieczeniowych § 40 a. Kasy chorych z mniejszą ilością robotników niż 100 mogą być przez miejscowe urzędy ubezpieczeniowe łączone § 41 a. Tymże urzędem ubezpieczeniowym pozostawiona jest możność wykluczania drobnych przedsiębiorstw z pod obowiązkowego prawa ubezpieczeniowego § 42. Środki kasy składają się z opłat pracodawców i pracowników w stosunku 1; 2; wkłady nie mogą być niższe niż 1% ani wyższe niż 3% zarobków § 2 3 a; choć jeśli maksymalne składki są niewystarczające, to za zgodą uczestników kasy lub nawet uchwałą walnego zgromadzenia na skutek jedynie rozporządzenia miejscowego urzędu ubezpieczeniowego odsetka ta może być powiększoną § 2 3 i 26 a. Wynikłe deficyty pokrywane są przez pożyczkę bezprocentową wydawaną obowiązkowo kasom chorym przez pracodawcę § 25 a. W razie likwidacji kasy pozostałe kapitały przechodzą na rzecz specjalnego funduszu, pozostającego w rozporządzeniu centralnego urzędu ubezpieczeniowego § 44 a; z sum tych dawane są zapomogi uboższym kasom w państwie. Świadczenia kas podlegają na dawanu zapomóg w razie choroby żonatym $\frac{1}{2}$ — $\frac{2}{3}$, kawalerom $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ dziennego zarobku. Termin zapomogi nie może być dłuższy niż 13—26 tygodni; w ciągu roku nie dłuższy niż 30 tygodni. Położnice otrzymują zapomogę w ciągu 4—6 tygodni. Koszta pogrzebu wynoszą 30-ą krotną dzienną zapomogę § 13 a. Kasy mogą przyjąć na siebie obowiązek wydawania zapomogi na wypadek choroby i leczenia rodzin uczestników, jak również pokrywać koszta pogrzebu, przyczem wydatki na powyższe cele nie mogą przenosić $\frac{1}{3}$ wpływów kasy § 14 i 15 a.

Administruje poszczególnymi kasami zarząd złożony najmniej z 6 osób, przyczem $\frac{1}{3}$ część zarządu jest wyznaczana przez pracodawcę na 3 lata. Reszta zarządu jest wybierana przez walne zgromadzenie uczestników (jeśli liczba nie przekracza 100) lub delegatów—uczestników. Przewodniczy na walnym zgromadzeniu pracodawca § 27, 28 a.

Ci pracownicy, którzy korzystają z obowiązkowego ubezpieczenia zapomogowego, mają prawo korzystać na koszt pracodawców z bezpłatnej pomocy lekarskiej pod postacią pierwszej pomocy w nagłych nieszczęśliwych przypadkach, ambulatoryjnego leczenia, szpitalnego, pomocy akuszeryjnej oraz korzystania z lekarstw, środków opatrunkowych i innych pomocy lekarskich (§ 1 2 b.). Pomoc lekarską w tym zakresie pracodawcy mają prawo udzie-

* Literą a oznaczam paragrafy ustawy zapomogowej, literą b paragrafy ustawy leczniczej.

łać w naturze lub przelewać na kasy chorych częściowo lub w całości. W tym wypadku—z obowiązkiem opłacania za każdego robotnika od 3—5 r. rocznie, lub przelewać na instytucje ziemskie i miejskie, przyczem opłata jest ściągana podług taksy przewidzianej w § 221 ustawy o dobroczynności publicznej (tom XIII—1892 r.), lub wreszcie: poszczególni fabrykanci mają prawo się łączyć w celu udzielania wspólnym kosztem pomocy lekarskiej swoim pracownikom (§ 3. 6. 10. 11. 5 b). Jeśli pomoc lekarska udzielana w naturze przez pracodawców nie odpowiada swemu zadaniu, jak przewidziane jest w § 1 b to prawo zmusza pracodawcę do przelania swych obowiązków na kasę chorych § 12b.; kasy chorych zaś udzielają pomoc lekarską w rozmiarach odpowiednio do swych funduszy, jakimi rozporządzają § 9 b. Z pomocy lekarskiej pracownicy korzystają przez czas trwania najmu. Jeśli pracodawca udziela pomoc lekarską w naturze, to w razie choroby przewlekłej czyniącej robotnika niezdolnym do pracy, winien jest udzielać tej na swój koszt przez 4 miesiące po rozerwaniu kontraktu najmu, a w razie choroby wynikłej z nieszczęśliwego wypadku lub chronicznego zatrucia szkodliwymi gazami i jądowitami substancjami przez 2 lata § 4 b.

Niezależnie od sum przelewanych na rzecz kas chorych przez pracodawców ci ostatni obowiązani są 10 % od tych sum przekazywać centralnemu urzędowi ubezpieczeniowemu na rzecz ogólnopństwowego funduszu kas chorych § 13 i 15 b.

Główny urząd ubezpieczeniowy ma szczegółowo opracować ogólne prawidła, w sprawach urzędzeń i utrzymywania zakładów leczniczych dla robotników, regulowania stosunków między pracodawcami i pracownikami, właściwie-główne zasady, jak również sposób wewnętrznego funkcyjowania organizacji kas chorych i pomocy lekarskiej § 16 b.

Zanim przystąpię do oceny niniejszego projektu prawa, muszę się zastrzedz, że § 8 a, paragraf, który zdaje się, ma szczegółowo określić, jakie przedsiębiorstwa mają obowiązek ubezpieczać robotników od choroby i udzielać na swój koszt pomocy lekarskiej, jest zupełnie niezrozumiałym dla autorów. W każdym razie można z pewnością twierdzić, że projekt powyższy wyklucza z pod prawa obowiązkowego ubezpieczenia od choroby, pod postacią zapomóg i pomocy lekarskiej, wszystkich rzemieślników warsztatowych i dziennych wyrobników, szwaczki, służbę kantorową i handlową, woźniców, służbę domową, stróżów domów, służbę folwarczną,

nawet robotników fabrycznych zajętych krócej niż 2 tygodnie § 5 a, co daje pole do nadużyć i przy złej woli daje możność wykluczenia z pomocy lekarskiej większości pracowników fabrycznych, zawierając z nimi kontrakty każdorazowo na termin krótszy, niż dwutygodniowy. Projekt ten, zdaje mi się, pozbawia pomocy lekarskiej pracowników budowlanych, gdyż poszczególne budowle trudno uważać za fabryki. Nawet te drobne fabryki, które w myśl projektu winny podlegać ubezpieczeniu na zasadzie § 4 a, mogą być przez miejscowe urzędy ubezpieczeniowe wyjęte z pod obowiązku ubezpieczenia. Paragraf ten daje również, jak § 5, możność do szeregu nadużyć i może pozbawić robotników korzyści, jakie płynąć mogą z ubezpieczenia; możliwość ta się zwiększy, jeśli się zwróci uwagę na § 40 a, który nie pozwala zakładać kas chorych przy fabrykach z mniejszą ilością niż 100, bez specjalnego pozwolenia. Wzmacnia to prawo korzystania z ubezpieczenia ludziom średnio zamożnym, otrzymującym rocznie wynagrodzenia do 1500 r., gdy prawo niemieckie, austriackie ogranicza do 480, a w angielskich kasach do 625 r. Prawo korzystania ludziom średnio zamożnym z dobrodziejstw kas chorych, przeznaczonych dla ludzi biednych, jest przeznaczone niesprawiedliwe i z krzywdą dla interesów materialnych stanu lekarskiego.

Jak widzimy, projekt ministeryalny dość wazko traktuje sprawę ubezpieczenia, znacznie więcej niż nasze postulaty społeczne. Jest on raczej cofaniem się dla nas w sprawie pomocy lekarskiej, gdyż, jeśli chodzi o większe fabryki, to te w większości wypadków mają już zapewnioną pomoc lekarską nie tylko dla swoich pracowników, ale i dla ich rodzin; zwrócić uwagę na próby zaprowadzenia u nas pomocy lekarskiej dla pracownic ubiorów kobiecych, pracowników budowlanych, dla służby kantorowej, zakładów przewozowych, nawet służby folwarcznej. Co do rzemieślników, to należący do cechów korzystają ze swoich cechowych kas chorych. Sprawa obowiązkowego ubezpieczenia od choroby pod postacią zapomóg i pomocy lekarskiej musi objąć u nas całą ludność pracującą i wtedy takie prawo odpowie u nas swemu społecznemu zadaniu.

Projekt ministeryalny przewiduje tylko kasy chorych przy poszczególnych fabrykach i przedsiębiorstwach przemysłowych lub widzi możność łączenia drobnych kas chorych w instytucje większe. Ponieważ projekt jest przeznaczony dla ludności fabrycznej więc przewiduje tylko jeden typ kasy; więc w te ciasne ramki chce

wcisnąć omawianą sferę potrzeb życia pracującego, nie licząc się zupełnie z potrzebami tego ludu, ani ze stosunkami kulturalno-społecznymi. A potrzeby te i stosunki kulturalno-społeczne w Królestwie Polskim są zupełnie odmienne, niż w centralnych guberniach cesarstwa, lub w mało zaludnionych północnych guberniach i nie-przemysłowych. Może być, że dla cesarstwa jest wskazanem przytwierdzenie kas chorych do poszczególnych fabryk ze względu na trudność zapewnienia pomocy lekarskiej z powodu braku lekarzy, przestrzeni dzielących jednego lekarza od drugiego. W Królestwie tych przeszkód nie ma, lekarze zamieszkują u nas więcej jeden od drugiego w odległości 10-14 wiorst kwadratowych. Ograniczenie prawa obowiązkowego ubezpieczenia tylko do robotników fabrycznych w Rosyi może być wytłumaczone li tylko istnieniem bezpłatnej pomocy ziemskiej; u nas tego rodzaju organizacyi niema i wątpię, czy nawet w razie możności jej utworzenia nadawałaby się ona u nas; myślę, że nie, w czem mnie utwierdza z niezbyt dobrym skutkiem próba zaprowadzenia jej w gub. Płockiej. Na ile projektodawca nie orientuje się w naszych stosunkach, dowodzi, ten fakt, że zupełnie nieprzewidziana jest możność otwierania kas chorych przy cechach, które istnieją u nas już od wieków. Również nie przewidziana jest możność tworzenia kas chorych przy związkach zawodowych, które, prawdopodobnie, zogniskują u nas interesy najszerszych warstw pracujących, a wśród tych interesów sprawa pomocy lekarskiej odgrywa rolę nieposlednią. Jeśli prawodawca przy układaniu projektu nie wziął pod uwagę związków zawodowych i możności zakładania przy nich kas chorych, nie wziął pod uwagę instytucyi cechów, nie przewidział możności tworzenia wolnych kas czy to miejskich, powiatowych, gminnych i w ten sposób możności zapewnienia całej ludności pracującej pomocy lekarskiej (a w tym kierunku życie u nas się układa), to okazuje się, że prawodawca zupełnie nie orientuje się w biegu życia w kraju naszym. Prawo, które w całości nie odpowiada życiowym potrzebom tych, których ma obowiązywać, przynosi raczej szkodę niż pożytek, a tem jest szkodliwsze, jeśli wykonywane jest przez ludzi nie orientujących się w miejscowych stosunkach. Ta ewentualność grozi naszemu społeczeństwu, ponieważ główne zwierzchnictwo nad kasami chorych, prawo inicjatywy przy zakładaniu kas chorych, jedyna najwyższa instancja (sąd koronny zupełnie wykluczony) w sprawach ubezpieczeniowych

oddana jest podług projektu w ręce biurokratycznych, bez udziału społeczeństwa, urzędów miejscowych i centralnego w Petersburgu. Główny urząd ubezpieczeniowy ma wydawać szczegółowe przepisy w sprawie organizacyi pomocy lekarskiej, regulowania stosunków między pracodawcami i kasami chorych a wreszcie—przepisy księgowania § 16b. Centralny urząd wkracza właściwie tutaj w życie wewnętrzne kas, a pewnikiem jest, że ono nie może być schematyczne, musi być przystosowane już nie tylko do stosunków wspólnych dla całego kraju, ale często nawet musi posiadać właściwości odrębne w różnych częściach kraju. Sprawa języka, w którym zarząd kasowych ma znosić z urzędami miejscowymi i centralnym, zupełnie nie jest poruszona w projekcie, choć ze sprawą języka wiąże się kwestja, czy do zarządów wybierać robotników najodpowiedniejszych do pełnienia tak odpowiedzialnej funkcji, czy najlepiej posiadających język urzędowy. Centralistyczny projekt ministerjalny nie tylko ogniskuje w Petersburgu władzę i inicjatywę, lecz w dziwny sposób stara się centralizować w swoich rękach kapitały. Podług § 13 b i 44 a kapitały pozostałe po likwidacyi kas, jak również 10% od sum wpłacanych przez fabrykantów na pomoc lekarską, idą na utworzenie ogólnopanstwowego funduszu ubezpieczeniowego. Ponieważ Królestwo Polskie posiada mniej więcej 300.000 robotników, którzyby korzystali z pomocy lekarskiej, w myśl projektu więc, licząc kosztą pomocy lekarskiej po 4 r. na robotnika—roczna suma wynosiłaby 1.200.000 z czego 10% stanowi 120 000. Te sto dwadzieścia tysięcy rubli rocznie przelewano by podług projektu ministerjalnego do Petersburga na potrzeby całej Rosyi. Przy powszechnem ubezpieczeniu suma ta wzrosłaby znakomicie; ile by wracało z tej sumy do Królestwa—nie wiem, w każdym razie sędzę, że pociąganie Królestwa Polskiego do obowiązku swymi funduszami zasilenia i ulepszenia, choćby nawet tak humanitarnych instytucyi, jak kasy chorych w Cesarstwie, jest mesłychanem nadużyciem. Tem bardziej, że my w kraju będziemy mieli i mamy miliony nie zaspójonych potrzeb kulturalno-społecznych, a na prezenty nas nie stać. Wspomnę dla przykładu choćby o konieczności ubezpieczenia krajowego ludności pracującej na starość. Jeśliby utrzymywać omawiane nadpłaty ze strony pracodawców, to kapitał z tego źródła zebrany mógłby stanowić z czasem podstawę do utworzenia emerytalnego funduszu.

Wracając się do ministerjalnego pro-

jektu, muszę zwrócić uwagę na § 4 b, który zmusza pracodawcę do udzielania na swój koszt pomocy lekarskiej w ciągu aż 2 lat w razie choroby wynikłej z nieszczęśliwego wypadku. W projekcie nie powiedziano, czy obowiązek ten w razie przejęcia przez fabrykanta prawa udzielania pomocy lekarskiej na kasy chorych, obowiązuje w równej mierze kasy; jeśli tak, to paragraf ten zagraża prawidłowemu rozwojowi kas chorych, gdyż obciąża je obowiązkami po nad siły. Prawda, kasy chorych, choćby w Austrii, mają leczyć chorych z wypadku, lecz koszta leczenia zwracane są im przez towarzystwa asekuracyjne. Projekt ministerjalny zaś o zwrocie kosztów nie mówi i w ten sposób staje, jak zdawało by się, w obronie interesów towarzystw asekuracyjnych ze szkodą kas chorych. Lecz w tym wypadku towarzystwa asekuracyjne nie będą wdzięczne swym obrońcom, gdyż, ze względu na niemożność kas chorych zapewnienia poszkodowanemu należytego leczenia, często kosztownego, lecz niezbędnego do zmniejszenia niezdolności do pracy lub zupełnego powrotu do pracy, będą one narażone na ewentualność wypłacania wyższych premii poszkodowanym. Z tego względu wśród towarzystw asekuracyjnych od wypadku istnieje tendencja do przeprowadzania kuracji u poszkodowanych na swój koszt.

Wolno ministerjum tworzyć projekty, nie licząc się z warunkami Królestwa Polskiego, ale nie wypada wypisywać niekonsekwencyj i dwiema różnymi miarkami mierzyć jednej sprawy. A niekonsekwencyę tę projekt ministerjalny popełnia w § 9 b, ponieważ według § 1 b od fabrykanta wymaga się okazywania pomocy lekarskiej w całej rozciągłości na jego wyłączenie koszt, choć bez uwzględnienia lekarzy specjalistów, gdy kasom chorym według powyższego § 9 b pozwala się udzielać pomoc lekarską w miarę możliwości bez bliższego określenia nawet minimum pomocy lekarskiej. Tutaj, zdawałoby się, że pracodawca wierzy, że ta możliwość będzie tak wielką, że pomoc lekarska udzielana przez kasy chorych będzie lepszą, niż udzielana przez pracodawcę; jednak nie pozwala kasom chorym domagania się od fabrykanta przejęcia obowiązków jego na rzecz kas chorych; w tej kwestyi może interweniować opiekuńczy urząd biurokracyjny.

Na utworzenie kas chorych zapatrujemy się jako na jeden z czynników, któryby zmniejszył antagonizmy między pracodawcą i pracownikiem. Pod tym względem projekt ministerjalny wyprowadza

nas ze złudzeń, gdyż zobowiązuje pracodawcę do utrzymywania pomocy lekarskiej wyłącznie na jego koszt, bez najmniejszego udziału robotników w kosztach, w zarządzie i w wyborze lekarzy. Właściwie mówiąc, nie wnosi ten projekt do naszego życia w sprawie pomocy lekarskiej nic nowego, pozostawia praktykowany dotychczas system, który został zdyskredytowany i z którego są w równej mierze niezadowoleni pracodawcy, pracownicy i lekarze.*)

Choć projekt ministerjalny wrzekomo wzoruje się na typach kas chorych funkcjonujących w Niemczech i Austrii, jednak stara się pogodzić istniejący, a zły stan rzeczy—z instytucją kas chorych; z jednej strony pozostawia pomoc lekarską wyłącznie w rękach fabrykanta, z drugiej strony—pozwała tworzyć kasy chorych lecznicowe (krankenkasse), wprowadza niezależnie od kas leczniczych (krankenkass) kasy zapomogowe (geldkassy). Wytwarza się gmatwanina, dziwoląg, pomysł zaiste zupełnie nowy, nieznanym Zachodniej Europie, który wypróbować pozwolonym będzie nam na naszej skórze.

Na zakończenie niniejszego artykułu ośmielam się podać następujące wnioski:

1) Udzielanie pomocy lekarskiej ludności pracującej winno być całkowicie zaliczone do obowiązków kas chorych, które miałyby jednolity zarząd i dla sprawy leczenia i dla zapomóg, udzielanych chorym.

2) Należy rozszerzyć prawo obowiązkowego ubezpieczenia od choroby—pod postacią pomocy lekarskiej i zapomóg—na całą ludność pracującą, nie wyłączając służby folwarcznej.

3) Ze świadczeń kas chorych winny mieć prawo korzystać i rodziny uczestników.

4) Typ kas chorych dla Królestwa Polskiego nie może być jednolity, lecz różny—zastosowany do potrzeb i środków tej klasy ludności, dla której jest przeznaczony. Każdy z tych typów powinien jedynie czynić zadość minimalnym wymaganiom wytycznym, wspólnym dla wszystkich kas chorych i pozostawać pod kontrolą władz samorządnych.

5) Fundusz pozostały z likwidacji kas, jak również dodatki dziesięcioprocentowe do wpłat wnoszonych przez pracodawców na rzecz kas chorych, winny pozostawać w kraju i być obracane na potrzeby miejscowej ludności pracującej.

*) Wł. Żenczykowski. Obecny stan pomocy lekarskiej fabrycznej u nas w porównaniu z kasami chorych w Galicyi (system austriacki) Kronika Lekarska № 4. 5—1907 r.

6) Królestwo Polskie winno posiadać własną instytucję centralną, zarządzającą kasami chorych.

7) W zarządzie centralnym krajowym przedstawiciele władz krajowych winni zasiadać, zaś w urzędach okręgowych — przedstawiciele władz krajowych łącznie z przedstawicielami kas.



Sprawozdanie lekarskie z Zakładu leczniczego w Nałęczowie za r. 1906

(27 istnienia zakładu)*

Podał **Dr. A. Puławski**

dyrektor Zakładu, b. ordynator szpitala D. Jezus
w Warszawie.

Wobec poniesienia znacznych wydatków na kanalizację, której pierwsza serya robót (skanalizowanie 2 głównych budynków i wybudowanie zbiornika dla kanalizacji całego zakładu) została wykonaną w roku zeszłym, a po części także ze względu na panujący w kraju niepokój, nie przedsiębrano w roku sprawozdawczym żadnych ważniejszych robót, ograniczając się do koniecznych corocznych remontów i drobniejszych ulepszeń, (jak np. chodnik betonowy do leźalni, urządzenie garderoby przy tej że leźalni, wybudowanie bramy przy głównym wejściu i wygodnego mieszkania dla stróża). Idąc za prądem ogólnym, a nie czekając na wybuch „bezrobocia“, polepszano warunki tej kategorii służby, która najwięcej była dotknięta wzrastającą drożyzną przedmiotów koniecznego użytku (stróże, robotnicy podzienni); nawet służbie kąpielowej, która naogół jest niezłe uposażoną, wypadło podnieść wynagrodzenie. Tego ostatniego rodzaju reformy kosztowały do 2000 rubli. Nic więc dziwnego, że przy zmniejszeniu frekwencji (o czem niżej) wyniki finansowe tegoroczne były mniej, niż skromne, gdyż akcje nałęczowskie dały tylko $\frac{1}{2}$ % dywidendy. Niezrażeni tem chwilowem niepowodzeniem akcyonariusze uchwalili wykonanie pewnych dość kosztownych robót, co prawda nie dających się odłożyć, ale takich zarazem, które wpłyną dodatnio na rozwój zakładu. Już w bieżącym sezonie letnim stanie kotłownia z nowym znacznie powiększonym kotłem parowym i lokomobilą oraz

liczba łazienek do kąpeli żelazistych i mineralnych sztucznych zostanie powiększoną o 4. Wanny do kąpeli żelazistych, jak wiadomo, muszą być ogrzewane parą (system Sch w a r t z a), a to dla tego, żeby woda żelazista nie traciła kwasu węglowego, zwłaszcza, że ilość tego ostatniego w źródle nałęczowskiem nie jest znaczna. Dostarczenie większej ilości pary i powiększenie ilości łazienek usunie niedogodność, która się daje we znaki w Nałęczowie podczas sezonu letniego — a mianowicie nieraz zbyt długie czekanie na kąpiel żelazistą.

Drugiem ważnem ulepszeniem będzie *urządzenie wodozbiornu* do wody słodkiej na znacznej wysokości oraz zastosowanie objętości tegoż do potrzeb kanalizacji — zyskają na tem urządzenia klozetów w dwóch domach mieszkalnych oraz natryski, których ciśnienie będzie znacznie podwyższone. Te dwie kategorie ulepszeń pochłoną dosyć pieniędzy, a chociaż nie należą one do ulepszeń, rzucających się odrazu w oczy publiczności, to jednak trzeba je zaliczyć do ulepszeń gruntownych, dobrze świadczących o postępie zakładu. Roboty powierzono znanej firmie warszawskiej (inż. Saski i S-ka). Droga ze stacyi do zakładu (szosa z miejscowego kamienia), lubo nie idealna, staje się coraz lepszą, dzięki corocznie licznym nakładom, w których lwia część bierze na siebie zakład. Dróżki spacerowe, dzięki staraniom miejscowego komitetu drogowego, który utrzymuje stałego dróżnika, doprowadzone są już do wcale dobrego stanu i mamy nadzieję, iż ilość tychże stale będzie się powiększała.

Park nałęczowski zyskał w tym roku piękną ozdobę w postaci kamiennej figury Chrystusa, naturalnej wielkości, wykonanej w Kunowie. Figurę tę ofiarowała jedna z pacjentek nałęczowskich na pamiątkę swojego tu pobytu. Figurę tę, prostą, lecz utrzymaną w stylu szlacheckim i ozdobioną pięknym tekstem z ewangelii („Pójdźcie do mnie wszyscy, którzy pracujecie a ja was ochłodzę“) umieszczono w nowym parku nad rzeczką niedaleko ambulatorium włościańskiego.

Tegoroczna frekwencja wynosi 776 osób, tj. zmniejszyła się o 202 osoby w porównaniu z r. 1905, a jest o 53 osoby mniejszą od średniej frekwencji z ostatniego pięciolecia (829). Zmniejszenie to całkowicie przypada na Królestwo Polskie (w r. 1905 — 763, w r. 1906 — 555) a przedewszystkiem na Warszawę (w r. 1905 — 397, w r. 1906 — 254), Z Litwy, Wołynia i Podola była mniej więcej ta sama ilość osób (w r. 1905 — 165, w 1906 — 163), z Cesarstwa było osób 42 (w r. 1905 — 44).

* Sprawozd. za r. 1899 w Gaz. Lek. 1900 r. № 20, za 1900 — w Medycynie 1901 № 19 i 20, za 1901, 2 3 i 4 w Zdrowiu, za 1905 w Czasopiśmie Lek. 1906 № 4.

Większą stałością względem Nałęczowa odznaczają się żydzi (których było w r. b. mniej o 73), niż chrześcijanie (mniej o 129), choć procent żydów był cokolwiek mniejszy (29⁰/₀; w r. 1905—30⁰/₀).

W zakładzie mieszkało chorych 281, na willach prywatnych 492; po raz pierwszy szukało porady w Nałęczowie 603 chorych, po raz drugi i więcej—170. Z polecenia lekarzy przybyło chorych 234, z własnej inicjatywy lub wskutek dawniejszych zaleceń lekarskich przybyło chorych 539.

W liczbie 773 chorych było chrześcijan 550 (katolików 484, prawosław. 45, protest. 21), żydów 222, mahometanka—1; kobiet było 422 na 312 mężczyzn i 39 dzieci. Największą ilość chorych dostarczyło Królestwo Polskie—555 (390 chrz., 165 żydów). Z tego z Warszawy przybyło 254 osób (200 chrz. i 54 ż.), z Lublina 72 osoby (37 chrz. i 35 ż.), z Łodzi tylko 9 osób (w r. z. 20). Z Litwy przybyło 63 osoby (36 chrz. i 27 ż.), z Podola i Wołynia—103 osoby (75 chrz. i 28 ż.). Z wew. gubernii Cesarstwa i Rosyji azjatyckiej przybyło 42 osoby—wszyscy polacy. Z zagranicy było 4 osoby (Egipt, Rzym, Wiedeń, Lwów—polacy).

Co do zajęć najwięcej było urzędników prywatnych i rządowych z rodzinami (86 osób), dalej kupców—71 (przeważnie żydzi), nauczycieli i nauczycielek—42, właścicieli ziemskich—34, inżynierów—21, pracowników—21, lekarzy—23, przeważała ilość ludzi niezamożnych lub średnio-zamożnych. Wśród żydów zwłaszcza było dużo takich, którzy z ludzi średnio-zamożnych stali się zupełnie biednymi i potrzebującymi ulg kuracyjnych, z których dawniej nie korzystali. Znaczna część publiczności ograniczała się we wszystkich wydatkach, unikała wszelkich droższych środków kuracyjnych i ograniczała do *minimum* ilość dni swego pobytu. Nie tyle stosunkowo zmniejszenie ilości chorych, ile zmniejszenie ich zamożności wpłynęło na uszczuplenie wyników finansowych w zakładzie. To samo dało się zauważyć we wszystkich prawie zakładach leczniczych krajowych, jak o tem przekonały dane zebrane przez Dra. H. Dobryckiego, a komunikowane przez tegoż na jednym z posiedzeń Tow. Hyg. w Warszawie. Z ogólnej liczby 773 chorych do *ściślejszej* statystyki lekarskiej weszło 757 osób. 16 osób nie było przyjętych, jako nie kwalifikujących się do zakładu (choroby umysłowe, gruźlica) lub też przerwało kuracją z różnych powodów. Podział chorych według *chorób* oraz *wyniki leczenia* podaję na załączonej tablicy.

Wyżej wymienieni chorzy leczyli się: ciepłymi kąpielami (żelaziste, borowinowe, gazowe i t. d.)—316 osób, hydroterapią—245, ciepłymi kąpielami i hydroterapią—148. Pozostałych 48 chorych leczyli się innymi środkami, jak leżeniem, elektrycznością i t. d.

Ogółem wydano w roku sprawozdawczym:

Kąpeli żelazistych	4,042
„ żelazisto-sol.	521
„ borowinowych	921
„ solnych	1,087
„ igliwiowych	765
„ igliw.-solnych	45
„ otrębowych	121
„ migdałowych	287
„ ciechocińskich	68
„ gazowych	865
„ higienicznych	873
„ elektrycznych	673

Razem 10,207
(w r. z. 11,762)

Zabiegów hydropatycznych wykonano razem 19,229 (w r. z. 25,818).

Leźalnia na świeżem powietrzu, zbudowana w roku zaszłym, oddaje ciągle dobre usługi, przyczyniając się niemało do uzyskania dobrych wyników leczenia blednicy, wyczerpania nerwowego a zwłaszcza bezsenności. Korzystają z leźalni chorzy nie tylko w lecie, ale i na wiosnę, na jesieni a nawet w zimie. Miewałem chorych, którzy nawet podczas dość silnych mrozów tegorocznych chętnie przepędzali na leźalni kilka godzin dziennie, chwając sobie, iż to im reguluje sen i uspokaja, lepiej od kąpeli lub bromu. Pewne trudności przedstawia utrzymanie na leźalni koniecznego spokoju, powstrzymywanie od głośnych rozmów, odwiedzin i t. d.; trzeba pod tym względem odswiadczać każdego chorego, mającego odbywać kurację „na leźalni“ i roztaczać nad nią opiekę lekarską. Te wszystkie trudności nie są znane w sanatoryach dla suchotników, gdyż chorzy przepędzają dnie całe na werandowaniu, ale chorzy „nerwowi“ na ogół mniej są karni, a skłonni za to do krytyki i bagatelizowania przepisów lekarskich.

O ile *leźalnia* zyskała już sobie prawo obywatelstwa w szeregu zabiegów leczniczych w Nałęczowie, o tyle mniejszą cieszą się popularnością t. zw. *kąpiele powietrzne*. Panie stanowczo je bojkotują, tak, że w roku bieżącym będzie stosowany ten zabieg tylko dla mężczyzn. Ci ostatni stosują ten rodzaj kuracji bez zapału, jak np. widzimy u Niemców lub Anglików. Już to wogóle nasza publiczność nie ma

I. Choroby układu nerwowego.

a) CZYNNOSCIOWE	Ilość przyp.	Męż.		Kob.		Dzieci		Wyniki leczenia		
		Ch.	Ż.	Ch.	Ż.	Ch.	Ż.	Wyber- ny	l obry-	ży
1. Asthma nervosum	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—
2. Chorea	2	1	—	—	—	1	—	—	2	—
3. Enuresis nocturna	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—
4. Epilepsia	4	2	1	—	1	—	—	—	2	2
5. Hemicrania	9	1	1	6	1	—	—	2	6	1
6. Hysteriasis	110	2	—	61	46	—	1	20	87	3
7. Morbus Basedowii	8	3	—	4	1	—	—	4	4	—
8. Nervositas	15	4	1	3	4	2	1	8	7	—
9. Neurasthenia	281	137	58	52	28	6	—	60	200	21
10. Paralysis agitans	1	—	—	—	1	—	—	—	—	1
b) ORGANICZNE	432	150	62	127	82	9	2	94	310	28
1. Lues cerebri	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
2. Neuralgia n. ischiad.	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
3. Neuralgia n. trigemini	2	—	1	1	—	—	—	1	1	—
4. Neuralgia plet. brachialis	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
5. Neuralgia intercostalis	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—
6. Paraparesis	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
7. Post haemorrh. cerebri.	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—
8. Myelitis chron.	2	2	—	—	—	—	—	—	2	—
9. Tabes dorsalis	11	11	—	—	—	—	—	—	9	2
10. Sclerocis disseminata	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1
	22	17	1	4	—	—	—	2	17	3

II. Choroby ustrojowe i zatrucia przewlekłe.

1. Alkoholismus	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
2. Anaemia	28	—	—	19	5	4	—	14	13	1
3. Arthritis	45	11	3	20	9	1	1	20	25	—
4. Arthritis deformans	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1
5. Chlorosis	13	—	—	9	1	2	1	10	3	—
6. Cholelithiasis	8	—	1	5	2	—	—	—	7	1
7. Debilitas	61	8	5	36	7	2	3	35	25	1
8. Diabetes mellitus	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1
9. Morphinismus	2	2	—	—	—	—	—	—	2	—
10. Nephrolithiasis	3	—	—	1	2	—	—	—	3	—
11. Obesitas	2	1	—	—	1	—	—	—	2	—
12. Praedispositio catarrh	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—
13. Reconvalescentia	1	—	—	1	—	—	—	1	—	—
14. Rheumatis. art. chron.	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—
15. Scrophulosis	16	3	—	—	1	11	1	—	16	—
	184	27	10	93	28	20	6	80	99	5

III. Choroby organów krążenia.

1. Arteriosclerosis	30	14	3	9	4	—	—	—	29	1
2. Adipositas cordis	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—
3. Myocarditis chronica	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—
4. Vitium cordis	12	3	1	5	1	1	1	—	9	3
	44	17	4	14	7	1	1	—	40	4

IV. Choroby organów trawienia.

	Ilość przyp.	Męż.		Kob.		Dzieci		Wyniki leczenia		
		Ch.	Ż.	Ch.	Ż.	Ch.	Ż.	Wypor- ny	Do- bry	zły
1. Colitis chronica	4	3	—	—	1	—	—	2	2	—
2. Gastritis acida	1	—	1	—	—	—	—	—	1	—
3. Gastro-enteritis chron.	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—
4. Gastritis chron.	2	—	—	2	—	—	—	—	2	—
5. Enteritis chron.	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—
6. Haemorrhoides	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
7. Icterus catarrh.	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
8. Ulcus ventriculi	3	—	2	1	—	—	—	1	2	—
	14	5	3	3	3	—	—	4	10	—

V. Choroby organów moczowych.

1. Nephritis chronica	3	—	—	2	—	—	—	1	2	—
2. Pyelitis calculosa	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—
3. Urethritis	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—
	5	—	—	4	—	—	—	1	4	—

VI. Choroby organów oddechowych.

1. Bronchitis chronica	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—
2. Emphysema pulm.	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
3. Pleuritis exsudativa	1	1	—	—	—	—	—	1	—	—
4. Pneumonia catarrh.	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—
5. Phthisis fibrosa	2	1	—	—	1	—	—	—	2	—
	6	3	—	2	1	—	—	1	5	—

VII. Choroby skóry.

1. Psoriasis	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
2. Furunculosis	1	1	—	—	—	—	—	—	1	—
	2	2	—	—	—	—	—	—	2	—

VIII. Choroby kobiece.

1. Endometritis chron.	9	—	—	9	—	—	—	—	9	—
2. Fibromyoma uteri	4	—	—	3	1	—	—	—	4	—
3. Metritis	1	—	—	—	1	—	—	—	1	—
4. Neoplasma uteri	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1
5. Oophoritis	6	—	—	5	1	—	—	—	6	—
6. Parametritis	4	—	—	3	1	—	—	—	4	—
7. Para-perimetritis	2	—	—	2	—	—	—	—	2	—
8. Retroflexio uteri	3	—	—	2	1	—	—	—	3	—
9. Salpingo-oophoritis	4	—	—	3	1	—	—	—	4	—
10. Vaginitis	3	—	—	1	2	—	—	2	1	—
	37	—	—	29	8	—	—	2	34	1

IX. Choroby umysłowe.

1. Degeneratio	1	—	—	1	—	—	—	—	—	1
2. Dementia	1	1	—	—	—	—	—	—	—	1
3. Hypochondriasis	3	—	3	—	—	—	—	—	1	2
4. Psychosis climacterica	1	—	—	1	—	—	—	—	1	—
5. Paralysis progressiva	2	2	—	—	—	—	—	—	—	1
6. Paranoia	3	1	1	1	—	—	—	—	—	4
	11	4	4	3	—	—	—	—	2	9
Zestawienie ogólne	757	225	84	276	133	30	9	184	522	51

zamiłowania do sportów i wszelkich metod hartujących, wybierając zwykle ze sportów tylko takie, które dają pole do popisów towarzyskich, jak np. tenis. Przyznać jednak trzeba, że szerszemu stosowaniu kąpieli powietrznych przeszkadza u nas klimat: częste deszcze podczas lata, wiatry albo też nieznosne upały. Mam jednak nadzieję, że się z czasem ten zabieg leczniczy i u nas przyjmie na szerszą skalę, gdyż na to najzupełniej zasługuje. Z dość skromnej liczby moich własnych spostrzeżeń, mam do zanotowania kilka bardzo zachęcających przypadków. Należy ten zabieg stosować ostrożnie i systematycznie, chociażby z tego względu, że u wielu osób na początku kuracji zjawiają się niegroźne wprawdzie, ale przykre objawy podrażnienia skóry (*dermatitis*).

Wyżej wspomniałem, że na 773 chorych, którzy przybyli na kurację do Nałęczowa, w 16-tu przypadkach wypadło odmówić przyjęcia z powodu, iż chorzy nie kwalifikowali się do naszego zakładu. Pominąwszy jakieś 2 przypadki gruźlicy płuc, reszta byli to chorzy dotknięci ciężkimi objawami chorób umysłowych. Takich odpraw wydaje się corocznie kilka, nieraz kilkanaście, a jednak, pomimo tego, trudno jest się ustrzedz, ażeby część takich chorych nie pozostała w zakładzie, jak to nasza coroczna statystyka wykazuje. Dzieje się to poprostu dla tego, że w kraju naszym nie posiadamy dostatecznej ilości zakładów dla chorych umysłowych, a zwłaszcza też dla tej kategorii chorych, którzy, mając pozory ludzi normalnych, stoją na granicy obłądki i mogą lada chwila tę granicę przekroczyć. Rodzina zwykle nie może się zdecydować umieścić takiego chorego w zakładzie dla chorych umysłowych i ludzi się nadzieją, że choroba weźmie pomyślniejszy obrót. Trudno jest często nie uleść prośbom rodziny, a nieraz i zapewnieniom lekarzy, że chory jest spokojny i w niczem nie zakłóci spokoju innych chorych. W ten sposób dostają się do nas niektóre postaci bezwładu postępującego, psychoz historycznych i neurastenicznych a nawet *paranoi*. Po większej części musimy żałować tej względności, gdyż chorzy tacy, po krótszym lub dłuższym czasie, stają się źródłem udręczenia dla lekarzy i reszty chorych. Dobrze jeszcze, jeżeli są o tyle zamożni, że można ich umieścić w odpowiednio odosobnionem mieszkaniu, dać oddzielną i dla nich wyłącznie przeznaczoną służbę, ale zdarza się to rzadko. Wtedy cały ciężar opieki spada na lekarzy, dopóki wezwana telegraficznie rodzi-

na chorego nie usunie. Jedynem skutecznym lekarstwem byłoby utworzenie specjalnego oddziału przy zakładzie dla chorych tego rodzaju. Z wielu względów jest to dla nas rzeczą prawie niemożliwą. Przedewszystkiem dla tego, że istnienie takiego oddziału odstrasza innych chorych nerwowych, którzy, jak wiadomo, obawiają się niesłychanie, aby ich nie poczytano za „waryatów“, jak również, żeby nie dostali choroby umysłowej. Odpowiedniejszą rzeczą byłoby, ażeby przy zakładach dla chorych umysłowych istniały oddziały dla chorych mniej ciężkich, a jednak potrzebujących specjalnego nadzoru i opieki biegłego psychiatry. Takie oddziały widzimy w lepszych zakładach zagranicznych a nawet w szpitalach kantonalnych w Szwajcaryi (np. Céry koło Lozanny). Różnego rodzaju degeneranci psychiczni, tak często zdarzająca się *dementia praecox*, niektóre przypadki *paranoi*, *paral. progres.*, blakające się po różnych zakładach hydropatycznych, tam powinni znaleźć opiekę i przytułek.

W każdym razie, chorych, o jakich wyżej była mowa, nie należy kierować do zakładów dla chorych nerwowych, które mają zupełnie inne zadania i nie są do tego przygotowane.

Mówiąc o chorych, nie mogę się powstrzymać, ażeby nie zaznaczyć w sprawozdaniu tegorocznem, iż niespokojne, burzliwe czasy, jakie przeżywamy obecnie, odbiły się na zdrowiu naszych pacjentów. Posiadam całą długą listę chorych, których mniej lub więcej ciężkie objawy choroby nerwowej stoją w bezpośredniej zależności od rozgrywających się w oczach naszych wypadków. Znajdują się tam i dwaj miejscowi nałęczowscy rzemieślnicy, którzy dostali manii prześladowczej pod wpływem walk partyjnych i wzajemnego na siebie miotania obelg i insynuacji, i jeden oficyalista z fabryki Scheiblera z Łodzi, który uległ ciężkiej neurastenii, jako świadek kilku zbrojnych napadów. Nieszczęsny żydek z Pragi, któremu zrabowano mały sklepik spożywczy—całe jego mienie, dostał, przemijającej, na szczęście, psychozy historycznej. Nie tak szczęśliwą była żydówka z Białegostoku, która wkrótce po jakimś „mniejszym“ pogromie dostała choroby Basedowa z bardzo ciężkimi objawami i dotychczas się z niej leczy. Pewien właściciel ziemski, po napadzie bandyckim, z którego mu się udało wyjść cało, dostał napadu neurastenii peryodycznej (na którą cierpiał i dawniej). Tym razem jednak napad był cięższy od wszystkich poprzednich i nie ro-

kuje prędkiego wyzdrowienia. Wojskowy wyższej rangi, który musiał uczestniczyć w jakimś „uśmierzaniu“ włościan, dostał silnego napadu *agoraphobii* i *pseudo-anginae pectoris*, która go trzymała kilka tygodni w jednym pokoju w hotelu małomiasteczkowym (wyzdrowienie po 2-ech miesiącach). Syn fabrykanta (degenerant psychiczny) pod wpływem bezrobocia w fabryce swego ojca dostał ostrego obłądu z halucynacjami, w których zdawało mu się, iż go chcą zabić jacyś przedstawiciele partyi. Pomijam cały szereg młodzieńców, znużonych robotą agitacyjną, cierpiących na bezsenność i wyczerpanie sił, właścicieli ziemskich, prześladowanych zmerą bezrobocia i „wywłaszczenia“; kasjera, który zrywał się w nocy i podnosił „ręce do góry“, kilka pań z „towarzystwa“, które wskutek nieustających sporów politycznych, miały drżenia, omdlenia, zawroty głowy i t. d.; nie mogę jednak nie zaznaczyć, że wyteżona praca nauczycielska w Macierzy dostarczyła mi już dwie ciężko chore pacjentki, które jednak po pewnym wypoczynku i kuracji przyszły do zdrowia.

Wobec tego, co powiedziałem wyżej, nie trzeba się dziwić, iż wielu ludzi zmę-

czonych i spracowanych, o ile im na to pozwalały środki, starało się uciec za granicę, aby tam odpocząć i przyjsć do równowagi, gdyż, bądź co bądź, w kraju trudno było o spokój zupełny, nawet w zakładach leczniczych. Nic więc dziwnego, że ucierpiała na tem frekwencya Nałęczowa i innych naszych miejscowości kuracyjnych.

Na zakończenie muszę wspomnieć, że ambulatoryum włościańskie, istniejące przy zakładzie, rozwija się pomyślnie. W roku sprawozdawczym ilość porad doszła do poważnej cyfry 4,200 (w tem prawie połowa pomocy bezpłatnej dla służby zakładowej i najbiedniejszej ludności). Wskutek odpowiedniego urządzenia i gorliwej pracy młodych moich kolegów-pomocników (kol. Rudzkiego, a obecnie kol. Glińskiego) ludność okoliczna przyzwyczajając się bardzo szybko do racjonalnej pomocy lekarskiej i chętnie z niej korzysta.

Odpowiednie urządzenie ambulatoryum (osobny domek przy jednej z bram, poczekalnia, dezynfekcyja) chroni publiczność zakładową od zetknięcia się z chorobami zakaźnymi.

Wspomnienia pośmiertne.

Ś. p. Dr. Karol Jonszer.

Trzynastego Maja zmarł w Łodzi lekarz, który był w tem mieście najwybitniejszym przedstawicielem medycyny wewnętrznej.

Tradycyę Chałubińskiego, Traubergo, Bambergera, Troussau — oto co zmarły wnosił do każdej nurady lekarskiej, do dyskusyi w towarzystwie lekarskiem, do pogadank naukowych na posiedzeniach komitetu redakcyjnego „Zasopisma Lekarskiego“.

Przy wrodzonym talencie lekarskim — a istnienie takiego uznać musi każdy, kto odróż-



nia naukę medycyny od sztuki lekarskiej — posiadał zmarły umysł otwarty i krytyczny, ogromną łatwość spostrzegawczą i orientacyjną, posiadał prostolinijną ścisłość rozumowania.

Swe wiadomości z medycyny dopełniał przeważnie z książek; pism lekarskich czytywał nie wiele, natomiast co roku na czas dwumiesięcznego wypoczynku brał z sobą parę dzieł nowych, te studiował pilnie, do nich w chwilach wolnych od pracy powracał.

To też stał zawsze

na wysokości współczesnej wiedzy lekarskiej, jakkolwiek nieczęsto stał na wysokości bieżącej chwili.

Krytycznie oceniając wszelkie nowe teorie, był nieraz może aż nadto sceptycznie dla nich usposobiony, ale nigdy nie odrzucał ich bezwzględnie, nie ogłaszał się wrogiem jakiejś teorii lub metody leczniczej, nigdy nie walczył przeciw nowemu.

A działał się tak—najczęściej—z pobudek zgoła nie lekarskich, ale z pobudek charakteryzujących Jonszera jako człowieka: nie umiał walczyć przeciw komuś i lubił młodych.

Człowiek dobry i wyrozumiały szczególnie ciepłym i ujmującym był dla kolegów młodych.

Sam zrownoważony i pogodny lubił zapał młodych, ich wiarę i pęd ku nowemu—byle tylko czuł, że zapał to szczery, a nie spekulujący na sympatyę pacjentów.

Jako bardzo wzięty konsultant miał niewyczerpany zapas taktu w obejściu z kolegami, którym nigdy nie narzucał zdania mocą swego stanowiska; szanował godność osobistą najmłodszego kolegi, zarówno w obecności publiczności, jak i w pokoju konsultacyjnym.

Jonszera lekarze łódzcy poważali wszyscy, bez wyjątku chyba; nikt w Jego postępowaniu lekarskiem nie umiał znaleźć najmniejszego uchybienia ani własnym interesom, ani interesom ogółu lekarzy, ani powadze stanu. Jeśli ten i ów sądził się odeń wyższym w znajomości fachu, to jednak zawsze przyznał, że lepszym na ogół jest jednak—Jonszer.

Myszę, że nie wiele jest miast liczących stu i pięćdziesięciu lekarzy, gdzieby wszyscy tak zgodnie uznawali wyższość kolegi, zwykłego lekarza-praktyka, niedyplomowanego żadnym urzędowym przywilejem.

Ze śmiercią Jonszera tracimy cement wiążący lekarskie społeczeństwo łódzkie, bo wkoło Jego osoby grupowali się wszyscy—bez różnicy przekonań, wyznań, temperamentów.

Jego wpływowi przypisać należy fakt, który z dumą o sobie lekarze łódzcy powiedzieć mogą, że nasze stosunki koleżeńskie są o wiele lepsze, niż gdzieindziej, że niema wśród nas osobników niedbających o opinię koleżeńską, niema dezertorów z pod sztandaru zasad etyki.

Tego—tak zajętego—lekarza *obcho-dziło* każde nieporozumienie koleżeńskie, nawet pomiędzy najmłodszymi kolegami; On podejmował się najdrażliwszych mis-

sy sprowadzenia kolegi na drogę, po której sam kroczył.

Zbyt wiele osobiście zawdzięczam zmarłemu; nie chcę dać się unieść uczuciu bólu i szczerzej żałości, jaka mię przejmuje, bo nie chcę pisać o własnym żalu po śmierci ukochanego kolegi.

Z zimną rozumą mówię: w zmarłym straciła ludzkość szlachetnego człowieka, straciła Polska dobrego syna, stracił polski świat lekarski — wybitnego lekarza i twórcę dwu wielkich szpitali.

My, lekarze łódzcy, straciliśmy — prócz tego — wspólnego przyjaciela, do którego każdy mógł się zwrócić w ciężkiej godzinie życia, a nikt odeń nie odszedł ze złem sercem.

Cześć pamięci Człowieka, Obywatela, Lekarza i Kolegi!

S. Sterling.



Treść mowy D-ra L. Przedborskiego na nadzwyczajnem posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego Łódzkiego w dniu 22 Maja r. 1907-go.



13 Maja r. b. śmierć zabrała człowieka, który dzięki wybitnej indywidualności, wyjątkowemu zaletom duszy i charakteru na różnorodnych polach pracy społecznej wycisnął niezatarte piętno swej bogatej organizacyi. Przez lat 33 zmarły nie wypuszczał z krzepkiej swej dłoni sztandaru pracy obywatelskiej, ani razu nie sprzeniewierzył się szczytnym ideałom dobra, które ukochał i tak niestrudzenie wcielał w życie. Na sztandarze, któremu s. p. Karol ślubował dozągonną wierność, jaśniało krótkie, lecz wzniosłe godło: „kochaj bliźniego, jak siebie samego“. Zmarły towarzysz nasz treścią życia swego złożył wymowny dowód, że w godle tem nie widział martwej sentencji, lecz, że umiłowałszy je całą potęgą duszy i serca, uczynił z niego nakaz etyczny i gwiazdę przewodnią życia, w którą stale wpatrzony dążył do kojenia bólu i usuwania niedoli.

Wrodzona skromność i prostota, niewyczerpana dobroć i wyrozumiałość, wrażliwość w odczuwaniu cierpień bliźniego, szczerłość, serdeczne przejęcie się obowiązkami zawodowymi, gorące umiłowanie kraju, umysł jasny i trzeźwy, wolny od wszelkich uprzedzeń, wszelkiego zabar-

wienia kastowego—oto szereg czynników, jakie zmarłego wyniosły na wybitne stanowisko społeczne, szeroko rozwarły przed nim wrota do sere naszych, do uznania i miłości ogółu, które zeń uczyniły powszechnego ulubieńca, najpopularniejszą jednostkę Łodzi.

s. p. dr. Karol Jonszer urodził się w roku 1850, w Lublinie, gimnazjum tameczne ukończył w 1866—jako 16-letni młodzieniec, następnie zapisał się w poczet słuchaczy wydziału lekarskiego uniwersytetu warszawskiego, który ukończył w roku 1871, mając zaledwie lat 21; po studiach dwuletnich w pierwszorzędnym klinikach zagranicznych Paryża, Berlina i Wiednia, by godnie przygotować się do przyszłej swej działalności, w roku 1873 s. p. Karol Jonszer osiada w Łodzi i w przeciągu lat 33 bez wytchnienia i wypoczynku służy miastu naszemu.

Przez lat 23 byłem świadkiem pracy zmarłego, przypatrywałem się, jak ta praca zakresła sobie coraz szersze koła, jak pochłaniała coraz bardziej siły i energię s. p. Karola i wyjść nie mogłem z podziwu, z jakim zapałem i gorliwością, poświęceniem i miłością, pogodą duszy i wytrwałością, zmarły lekarz pełnił obowiązki trudnego swego zawodu, stając się najbardziej i zupełnie zasłużenie pierwszym wśród nas, najbardziej zajęтым lekarzem, uznanym zarówno przez szersze koło zwolenników — chorych, jak i przez gremium lekarzy, uciekających się stale i chętnie do światłej Jego rady, jako konsultanta, w wypadkach cięższych i zawiłych.

Zdawałoby się, że człowiek tak pochłonięty zajęciami całodziennymi, po wyczerpującej pracy mało znajdzie energii i czasu dla spraw społecznych. Ale ludzie tej miary, co s. p. Karol, w których piersi płonie potężne uczucie miłości dla wszelkiej niedoli, nie mogą zaznać chwili spokoju; nie zaznał go też i nasz towarzysz. Czas wolny od pracy poświęcał sprawom społecznym, niespożyta swą energię zużywał na budzenie współczucia dla wydziedziczonych, maluczkich i bezdomnych i nie spoczął, póki ciągłymi szturmami wytrwale dopuszczanymi do mocnej twierdzy indyferentyzmu swego otoczenia nie udało mu się uczynić w niej większego wyłomu. Owocem tych szlachetnych zabiegów zmarłego było powstanie całego szeregu instytucji humanitarno-lekarskich.

s. p. Karol był jednym z założycieli Tow. Lekarskiego Łódzkiego, a przez lat 11, t. j. od chwili jego powstania w roku 1886 do roku 1897 stałym jego wice-

prezesem. Po ustąpieniu w roku 1897 d-ra Juljusza Lohrera ze stanowiska prezesa, obowiązki po nim objął dr. Karol Jonszer i na posterunku tym czynnym był przez lat 8. Przez cały ten okres czasu s. p. Karol umiejętnie sterował naszym stowarzyszeniem. s. p. Karol umiał, jak nikt inny, usuwać nieporozumienia w naszym gronie, utrzymywać zgodę i karność w szeregach naszych i nakazywać szacunek dla szczytnych haseł, uznawanych przez świat lekarski.

Podczas lat 8, podczas których s. p. dr. Karol Jonszer przewodniczył Tow. Lek. Łódzkiemu, nabraliśmy weń tak niezachwianej wiary, żyliśmy się tak z myślą, że prawidłowy rozwój i byt instytucji tej zależą wyłącznie od wyjątkowego uzdolnienia i przymiotów zmarłego, że w chwili, gdy powołany na stanowisko prezesa Towarzystwa Dobroczynności był zmuszony złożyć mandat kierownika Tow. Lek., uczuliliśmy się wprost osieroceni.

Pod godłem „res sacra miser“ s. p. Karol w roku 1900 zostaje inicjatorem budowy, a następnie kuratorem i duchem opiekuńczym powołanego do życia nadludzkimi jego wysiłkami w dniu 17 września 1902 r. zakładu dla umysłowo chorych w Kochanówce. 27 października 1905 roku staje na czele Chrześcijańskiego Tow. Dobroczynności. Gdy w roku 1902 śmierć zabrała s. p. Karolowi ukochanego syna, ból szarpiący własne Jego serce natchnął Go myślą i wolą zainicyowania szpitala dla dzieci. Zbolały ojciec i zacny obywatel kraju nie spoczął, póki myśl jego nie oblekła się w realne kształty. W październiku roku 1905 rozpoczął płodną i pożyteczną pracę w mieście naszym szpital Anny-Maryi.

Kochanówka i szpital Anny-Maryi to dwie najpiękniejsze karty życia s. p. Karola Jonszera. Karty te wypełnia treść tak podniosła i szlachetna, przemawiają do nas taką potęgą i czarem cnót obywatelskich, że przez długi lat szereg podobać i zachęcać będą do kroczenia śladami zmarłego.

Ale żadna inna praca społeczna nie obyła się bez Jego współdziałania. Był jednym z założycieli kolonii letnich, Pogotowia Ratunkowego, „Czasopisma lekarskiego, Kasy lekarskiej, a śmierć zaskoczyła Go przy wytężonej pracy nad ugruntowaniem trwałego bytu do Gimnazjum polskiego.

Mówią, że uznanie, to kwiat, który wyrasta tylko na mogile. Nie masz jednak zasad bez wyjątków. Zmarły kolega już za życia zbierał dowody uznania

i wdzięczności za szczytną i pełną poświęcenia pracę, a szeregi gorących zwolenników Jego działalności obywatelskiej stale zwiększały się. Nawet śmierć złożyła mu hołd, przecinając szybko bez bólu i cierpień nic jego żywota.

P-wie! Bolesną jest strata, którą ponosimy przez zgon umiłowanego kolegi, tem dotkliwszą, że nastąpiła w chwili, gdy znajdujemy się w przededniu nowych a doniosłych wydarzeń, gdy, na przeszło-

niętym jeszcze ciemnymi chmurami widnokregu życia, ukazują się już przedświt lepszej przyszłości, wyłaniają się nowe formy bytowania, wyrastają nowe poststerunki społeczne, dla obsadzenia których, jakby upatrzonym został ś. p. Karol. W ciężkiej tej jednak chwili otuchę czerpać winniśmy w przeświadczeniu, że na nowych polach pracy stale przyświecać nam będzie Jego jasny i szlachetny duch!



KRONIKA.

(№ 62). Pogrzeb ś. p. Karola Jonszera odbył się w dniu 16 Maja przy udziale tłumów, przedstawicieli instytucji społecznych, filantropijnych i lekarskich.

Nad grobem zmarłego ze strony lekarzy przemawiali: kol. S. Sterling—w imieniu Towarzystwa lekarskiego, kol. A. Rząd—w imieniu ogółu lekarzy, kol. J. Mazurkiewicz—w imieniu szpitala dla obłąkanych w Kochanówce, kol. J. Brudziński—w imieniu szpitala dziecinnego Anny-Maryi i kol. J. Kohn.

Treść niektórych przemówień przytaczamy:

Mowa kolegi Rzęda.

Żałobne zgromadzenie!

My, lekarze, ze śmiertcią jesteśmy oswojeni. Patrzymy na nią prawie z takim spokojem, jak na szereg innych zjawisk fizjologicznych, na które chleb nasz codziennie patrzeć nam każe.

Jednak ta śmierć, która wyrwała z póród nas ś. p. Karola, sprawiła nam krzywdę zbyt dotkliwą, zrobiła w szeregach naszych wyłom zbyt bolesny, iżbyśmy jej do głębi duszy odczuć nie mieli.

Żyć nam tu i pracować wypadło w warunkach wyjątkowo ciężkich. Społeczeństwo niejednolite, dążności rozbieżne, myśli ogółu rozwichrzone, indywidualizm czy to osobisty, czy klasowy, czy wreszcie narodowościowy wybujały aż do potworności — szuka tylko okazji do swego ujawnienia i ujawnia się w formie częstokroć nie licującej ani z etyką, ani z kulturą.

I w tych warunkach ubywa nam człowiek, który potęgą swego taktu, siłą wyrobienia, siłą równowagi moralnej przez długie lata potrafił nas gromadzić, godzić, jednoczyć.

Potrafił, bo był nawskroś etyczny. A etyka jego nie polegała na suchem, acz ściśle przestrzeganiu przepisów, korporacyę naszą obowiązujących Jego etyka — to był bezpośredni naturalny wynik tej wysokiej moralności ogólnoludzkiej, która obowiązuje każdego człowieka uczciwego, a której On służył całe swoje życie.

Czuliśmy to wszyscy i kochali, i szanowali za to. Szanowaliśmy go nawet wtedy, kiedyśmy nie podzielali zdania jego. Kochaliśmy go nawet wtedy, kiedy z ust jego padało ku nam cierpkie słowo, kiedy nas chłostał ostrą przyganą; bo słowa Jego nie były zatru-

te jadem nienawiści, bo chciał nas widzieć na wysoce kultury, bo chciał szczęścia naszego, bo chłostał i płakał nad nami.

Ta wiara w Jego wielką cywilną odwagę prowadziła pod sąd Jego sprawy nie tylko z zawodem lekarskim związane. Ona dawała pewność bezstronnego wyroku i nędzarzowi i bogaczowi. Cudzego zdania nie lekcewał, ale swego nie zapierał się ani dla pokłasku tłumy, ani ku zjednaniu łaski możnych. Własne sumienie było mu najpewniejszym sprawdzianem wartości czynów Jego. Był zawsze i wszędzie sobą, a każdy krok Jego, każda myśl Jego obywatelska rodziła się na tle gorącego umiłowania matki — ojczyzny.

A miłość, jak słońce: choć zajdzie w pomroce, Jeszcze z blaskami srebrnego miesiąca Powraca smutne rozpromieniać noc.

Tak. Zgasł zacny kolega, znika z oczu naszych dzielny polak-obywatel. Ale blaski ducha Jego tu zostaną między nami. I długo pamięć nasza stawiać go będzie na straży świątyni bratniej miłości i zgody i pojednania.

Mowa kolegi Mazurkiewicza.

Trudnem jest zadaniem przemawiać nad świeżo wykopaną mogiłą, przeznaczoną dla człowieka tej miary, co dr. Karol Jonszer. Ale należy mu się przynajmniej po śmierci parę słów dziękczynienia, którego za życia tak nie lubił przyjmować — od 200 umysłowo chorych, dla których stworzył Kochanówkę, od służby, od lekarzy, od komitetu szpitalnego.

Wszystkie pisma krajowe oddały należny hołd zasługom d-ra Jonszera, jako lekarza, jako obywatela kraju i działacza społecznego. A jednak my, pracownicy Kochanówki, czytając te wyrazy uznania, nie mogliśmy się oprzeć uczuciu, iż pisane były przez ludzi, którzy stali od zmarłego zdala i nie potrafili Go docenić. Trzeźwa ocena wybitnych Jego zdolności, które doprowadziły Go do najbardziej zaszczytnych stanowisk obieralnych, wydawała nam się czemś połowiczem i niewystarczającym. Myśmy nie słyszeli nigdy, żeby ktoś tytułował Go prezesem którejkolwiek z instytucji, stworzonych lub kierowanych przez Niego. On pragnął pracy społecznej, a nie tytułów. Myśmy nazywali Go zawsze poprostu: doktorem Jonszerem, bośmy czuli, że to nazwisko jest stokroć zaszczytniejsze od wszystkich prezesów w mieście.

Przez cały czas istnienia Kochanówki,

myśmy prezesa Jonszera nie znali wcale. On zanicyował budowę zakładu, za Jego wyłącznym staraniem powstał i rozwijał się zakład, Jego moralne kierownictwo na każdym kroku odczuwaliśmy, Jego rady spełnialiśmy zawsze, a pomimo to nie znaleźliśmy prezesa Jonszera. Bo prezes rozkazuje a On nigdy ani jednego rozkazu nie wydał; prezes zaznacza wyższość swego stanowiska nad podwładnymi mu, a dla doktora Jonszera istniała tylko wyższość pożytku społecznego nad prywatą; prezes może z łaski wielkopańskiej siać nawet dokola siebie dobrodziejstwa, a dr. Jonszer nigdy łaski i dobrodziejstw nie wyświadczał, uważając, iż to, co robił, jest tylko zwykłym obowiązkiem uczciwego człowieka i prawego obywatela.

Myśmy Go znali nie jako prezesa, ale jako lekarza, który z głębokiej i istotnej potrzeby swej natury, oddawał bez żadnych zastrzeżeń całego siebie, swój czas, wiedzę, pracę, pieniądze i zdrowie — wszystkim, którzy się o to zgłosili. A zgłaszało się tak wielu, iż przedwcześnie zamknął powieki na zawsze, bo Jego ciało nie mogło podolać tym wymaganiom, które odeń duch Jego stawał.

Zanadto siebie dla innych wyzyskiwał.

Ale o tem nigdy nie mówił i nigdy nie myślał. Przeciwnie, jowialnym żartem lub podniesionym głosem i nie raniącą zresztą nikogo gniewliwością, starał się ukryć przed nimi wrażliwą, delikatną istotę swej duszy której nie miał na pokaz. Zdarzało się nieraz, iż nędzarz, chałaciarz żydowski przywoził chorego do Kochanówki i wkrótce się okazywało, że dr. Jonszer od dziesiątków lat jest szczerym przyjacielem całej jego rodziny. Taki chałaciarz nie mówił nam nigdy o wielokrotnem przesostwie, o laskach lub dobrodziejstwach, mówił tylko z rozrzewnieniem w głosie, że dr. Jonszer jest jego prawdziwym przyjacielem.

I takich przyjaciół miał dr. Jonszer wśród wszystkich wyznań, wszystkich narodowości, wszystkich partii politycznych, bo wszystkich przerastał siłą swego umysłu i kryształową czystością swego serca.

Kochanówka straciła nie pierwszego prezesa ale najszczerzego przyjaciela, który jej poświęcił część swego życia — straciła człowieka, którego szczerze kochała!

Mowa kolegi Brudzińskiego.

Składając wieniec od szpitala Anny-Marji zacnemu kuratorowi, nie oficjalnemu obowiązkowi zadość czynię, lecz wyrażam w tym holdzie cały ból i wdzięczność tej instytucji. Założona przez możnych, zawdzięcza ona jednak swe powstanie szlachetnej inicjatywie zmarłego, który po śmierci ukochanego synka przejął się myślą założenia w Łodzi szpitala dla dzieci i dopóty zabiegał, dopóki nie znalazł odgłosu i pięknej myśli tej nie wcielił w czyn. Stojąc na czele komitetu budowlanego, przyczynił się wielce do postępowego urządzenia szpitala, a od pierwszych początków funkcjonowania tej instytucji, był jej duchem opiekuńczym, był kuratorem w prawdziwym tego słowa znaczeniu, pojmując szczerze zadanie swe jako budzenie i życzliwe popieranie inicjatyw młodzieży, nie zaś kępowanie jej formalistyką.

Nie danem Ci było doczekać się rozkwitu umiłowanej przez Ciebie instytucji, zacny opiekunie nasz! Wzniosły duch Twój już tylko przyświecać nam będzie w dalszej pracy, a ty-

siąc uratowanych istnień dziecięcych składać bądą Twojej pamięci swoich uczuć kwiaty. Z kwiatów tych przyszość uwije Ci wieniec, który nigdy nie zwiędnie, bo przykład Twój budzić będzie umiłowanie cierpiących istot maleńkich.

To gorące umiłowanie cierpiących spaliło przedwcześnie serce Twoje, ale jak mówi poeta:

Jeżeli kiedy choć godzinę jedna
Jak gdyby cichem dalekiem ustroniem
Było ci serce czyje, jeśli chwilę
Spokój i ulgę w niem miałeś bezwiedną,
To już to serce zasłużyło tyle,

Ażebym nigdy nie zapomnieć o niem.

O ileż więcej zasłużyło serce Twoje, któryś tak szczerze szafował godzinami Twojego życia dla dobra innych, o ile więcej Twoje serce zasłużyło na to „ażebym nigdy nie zapomnieć o niem“!

(№ 63). *Pamięć zmarłego kolegi ś. p. Karola Jonszera* uczcił ogół łódzki przez składanie ofiar na rzecz dwu instytucji, które zmarły powołał do życia: na rzecz szpitala dla obłąkanych w Kochanówce i na rzecz szpitala Anny-Maryi dla dzieci.

Prócz tego na zebraniu ogólnem lekarzy łódzkich postanowiono uczcić pamięć niezapomnianego kolegi przez powołanie do życia instytucji Jego imienia.

Ma to być instytucja pomocy dla niezamierzonych chorych piersiowych, bez różnicy wyznań.

Wybrana komisja ułożyła następującą odezwę, którą ogłosiła we wszystkich piśmiech:

„Zmarł człowiek wielkiej miary. Zgasła osobistość najpopularniejsza w Łodzi, człowiek, ku któremu tysiące oczu zwracało się błagalnie w chwilach niedoli i którego imię tysiące ust wymawiało z bezgraniczną wdzięcznością. Zmarł dr. Jonszer.

Niestalo wielkiego pocieszyciela cierpiących, opiekuna nędzarzy i człowieka nieskazitelnego charakteru a wielkiego serca.

W obliczu tej straty — na ogóle, któremu zmarły poświęcił wszystkie swe siły, na którego usługach spędził swe pracowite życie, ciąży obowiązek uczczenia pamięci Jego przez stworzenie widocznego a trwałego pomnika godnego tej miłości, jaka Go otaczała.

Najdoskonalsze urzeczywistnienie ideału pomocy cierpiącym widział zmarły w szpitalnictwie, a braki jego odczuwał na każdym kroku.

Myśl o tem była mu bodźcem do stworzenia Kochanówki, do zainicyowania szpitala dla dzieci; ostatniem marzeniem, którego nie sądzono mu już było urzeczywistnić, było stworzenie instytucji leczniczej dla chorych piersiowych.

A zaprawdę, dola tych ofiar dzisiejszych warunków jest nad wyraz smutna...

Lekarze łódzcy podjęli tę myśl i w wykonaniu niejako testamentu swego nieodzwanego kolegi zapoczątkowali instytucję, którą przyciemni tych nieszczęśliwych, nie pytając ich o wyznanie ani narodowość.

Nie odwołując ogółu od ofiarności na rzecz innych instytucji, które chcą również uczcić pamięć zmarłego, wzywamy wszystkich, komu drogim jest wspomnienie o Nim, tych wszystkich, którzy poczuwają się względem Niego do wdzięczności, a takich w Łodzi tysiące, do ofiar na fundację imienia doktora Karola Jonszera, fundację, która przekaże

potomnym pamięć zmarłego i będzie dowodem, żeśmy umieli uczcić Jego zasługi.

W imieniu i z upoważnienia ogółu lekarzy łódzkich:

Dr. Mieczysław Kaufman, dr. Jan Pieniążek, dr. Stanisław Skalski, dr. Seweryn Sterling, dr. Jan Wisłocki.

Wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna X zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie 1907 r.

Komitet zarządzający tę wystawę zawiadamia niniejszem wszystkich wystawców, że otwarcie wystawy nastąpi nieodwołalnie w terminie pierwotnie ustanowionym t. j. 16 czerwca r. b.

Wobec tego przypomina tenże Komitet P. T. wystawców, że w myśl postanowień regulaminu winni oni swe okazy dostarczać na plac wystawy w czasie od 1 czerwca do 10 czerwca, gdyż po upływie tego terminu nadesłane okazy mogą zostać zwrócone, względnie niekorzystne ich pomieszczenie będą musieli wystawcy przypisać opóźnieniu ich wysłania.

X. Zjazd lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907.

Na posiedzeniach publicznych Zjazdu ogłoszone być mają następujące wykłady:

I. Posiedzenie ogólne: 1) dr. Władysław Biegański (Częstochowa): O współczesnej filozofii przyrody. 2) R. Dw. prof. dr. Henryk Jordan (Kraków): Temat zastrzeżony. 3) R. Dw. prof. dr. Ludwik Rydygier (Lwów): Zagajenie w sprawie akcji przeciwrakowej.

II. Posiedzenie ogólne: Prof. dr. Stanisław Rothert (Odessa): O nowoczesnej ewolucji poglądów na sprawę sposobów odżywiania się organizmów roślinnych.

Komitet gospodarczy otrzymał zawiadomienie, że delegatem Uniwersytetu w Zagrzebiu na X. Zjazd przyrodników i lekarzy polskich został wybrany dr. Gustaw Janeczek, profesor chemii i dziekan Wydziału filozoficznego. Jako delegat lekarzy polskich w Chicago przybędzie na Zjazd do Lwowa dr. W. J. Sieminiowicz.

Stan prac organizacyjnych w sekcjach: W sekcji *medycyny wewnętrznej* (XII) zgłoszono oprócz już wymienionych następujące wykłady: 26) Sterling (Łódź): Rola tuberkuliny w leczeniu gruźlicy płuc. 27) Sokołowski (Warszawa): Z dziedziny gruźlicy. 28) Jakowski (Warszawa): Z dziedziny chorób zakaźnych. 29) M. Flaum (Warszawa): O utajonych postaciach zapalenia wyrostka robaczkowego. 30) Tenże: Temat zastrzeżony. 31) Wretowski (Warszawa): O inoskopii. 32) Dyr. Trochanowski (Tarnów): Iwonicz na podstawie rozbioru z r. 1907.

X. Sekcja fizjologiczna. Zgłoszone wykłady: I) Doc. dr. Michalina Stefanowska (Genewa): O prawie, według którego przybiera waga u młodych zwierząt i roślin w okresie rośnięcia. II) Z zakładu fizjologicznego Uniwersytetu lwowskiego: 1) Prof. Beck: Badanie nad nuzaniem się nerwu. 2) Tenże: Wpływ ciepłoty otoczenia i innych czynników na zjawiska galwanotropizmu. 3) Tenże: Nowy przyrząd do badania odruchu kolanowego. 4) Tenże: Niektóre demonstracje z dziedziny optyki fizjologicznej. 5) Prof. Bikeles i dr. Fromowicz: O drogach dośrodkowych dla odruchów tylnej części ciała. 6) Dr. W. Fromowicz: Badania nad czuciem temperatury w błonach śluzowych. 7) Dr. W. Moraczewski: Zależność indykanu w moczu od zawartości indolu w kale. 8) Dr.

Piasecki: Przyczynki do wiadomości o pracach pracy mięśniowej. 9) Dr. T. Zalewski: O zdolności chłonięcia błony śluzowej jamy bębenkowej. 10) Tenże: Błosciowe badania nad wessaniem kokainy z dróg oddechowych.

XIV. Sekcja chirurgiczna (ciąg dalszy). Zgłoszono w d. c. wykłady: 42) D. A. Wątorrek (Lwów): Historia anty- i aseptyki w Galicyi. 43) Tenże: Sprawa decentralizacji medycyny operacyjnej 44) Dr. L. Karwacki (Warszawa): Badania przyczynowe nad etiologią nowotworów i stosunek ich do leczenia spraw nowotworowych. 45) Dr. W. Stankiewicz (Warszawa): O krwimoczu. 46) Tenże: Wrodzony brak pęcherza moczowego. 47) Niektóre uwagi o litotrypsji.

Utworzono nową Sekcję medycyny wojennej. Na przewodniczącego uproszono szefa sanitarnego XI, korpusu we Lwowie, d-ra Ignacego Linka. Do komitetu ściślejszego powołano lekarza sztabowego, d-ra Edwarda Karchezego.

XVIII. Sekcja okulistyka. I. Tematy oficjalne: 1) Uszkodzenie narządu wzorkowego wobec ubezpieczenia od wypadków ze szczególniejszym uwzględnieniem ustawy austriackiej. Ref. Prof. Machek. 2) Zespolenie sił okulistycznych polskich przez utworzenie Towarzystwa okulistycznego. Ref. Prof. Wicherkiewicz.

II. Zgłoszone wykłady: 1) Dr. Kramsztyk (Warszawa): O wadach dzisiejszego mianownictwa i układu chorób w okulistyce i o potrzebie reformy. 2) Dr. Ziemiński Br. (Warszawa): Sprawozdanie o dotychczasowych pracach przygotowawczych wydziału „Walki ze ślepotą” warszawskiego Towarzystwa higienicznego. 3) Dr. Noiszewski (Dynaburg): Zmiany w odczuwaniu światła w stanach zapalnych siatkówki. 4) Dr. Zajdenman (Lublin): O jaglicy jako kłesce społecznej. 5) Dr. Górski Romuald (Piotrków): O niesieniu pomocy lekarskiej chorym na oczy na prowincyi w Królestwie Polskim. 6) Prof. Wicherkiewicz (Kraków): O przemieszczaniu gałek króliczych do woreczka Tenona po wyluszczeniu gałek chorych. 7) Tenże: O znaczeniu tenotomii wszystkich czterech mięśni prostych pod względem leczniczym, zapobiegawczym i kosmetycznym. 8) Tenże: O zwiótczeniu skóry powiek (blepharochalasis] i tegoż leczeniu. 9) Tenże: Wyższe stopnie niezborności po operacji zaćmy pod względem etwologii, pochodzenia i leczenia. 10) Dr. Witaliński (Kraków): Zaćma czarna pod względem etwologicznym, mikrochemicznym, histologicznym i prognostycznym. 11) Dr. Berezowski (Kraków): Zaćma spowodowana dżugiem karmieniem. 12) Rosenbauch (Kraków): Przetwory nadnercza i wpływ ich na oko. Część doświadczalna. 13) Dr. Matuszewicz (Kraków): Znaczenie przetworów nadnercza pod względem terapii okulistycznej. Część kliniczna. 14) Dr. Ballaban (Lwów): Wartość zastrzyków podspójówkowych i ich teoria. 15) Dr. Zion (Lwów): Przypadek ruchomego ciała w przedniej komórcie oka. 16) Dr. Burzyński [Lwów): O patogenezie zaćmień rogówkowych i dzisiejszem ich leczeniu. 17) Tenże: Krytyczny pogląd na dzisiejszy stan leczenia jaglicy. 18) Dr. Dybuś-Jaworski (Lwów): Związek chorób dróg łzowych z chorobami jamy nosowej. 19) Prof. Machek (Lwów): Zmiana refrakcyi oka w rozpoczynającej się zaćmie korowej. 20) Doc. Szulistański (Lwów): Utrata oka w rozumieniu par. 156 a) austr. ust. karnej. 21) Doc. Bednarski (Lwów): Uwagi nad zaćmą

wieku dziecięcego. 22) Tenże: O sztucznej dojrzewaniu zaćm przez dyscyse. 23) Dr. Markowski (Lwów): O wartości wstżykiwań podspojówkowych jodku potasu w przypadkach rozpoczynającej się zaćmy. 24) Tenże: O cyklo-dyalizie. 25) Dr. Reis W. (Lwów): Uodpornienie Römpera w przypadkach wrzodu sierpowego rogówki. 26) Tenże: Calkowite zwicnięcie gałki ocznej z rozległymi zmianami krwotocznymi w gałce i nerwie wzrokowym.

(№ 64). *Sekcja prasy lekarskiej X zjazdu przyrodników i lekarzy polskich w Lwowie*, Gospodarz: Prof. Dr. Józef Szpilman, zastępca: Prof. Dr. Mieczysław Grabowski, sekretarz: Dr. Stanisław Jasiński.

Porządek obrad:

1. Ujednostajnienie mianownictwa w czasopismach lekarskich polskich; Ref. Prof. Dr. Krysiński, Warszawa. — 2. Błędy językowe w naszym piśmiennictwie lekarskim; Ref. Dr. Markiewicz, Warszawa. — 3. Prasa lekarska wobec spraw zawodowych; Ref. Dr. S. Sterling, Łódź. — 4. Przeszkody w rozwoju czasopiśmiennictwa lek. pol. — sposoby ich usunięcia — reformy potrzebne; Ref. Dr. Jaworski, Warszawa. — Dr. St. Skalski, Łódź. — Prof. Dr. Ciechanowski, Kraków. — 5. Sprawozdania z piśmiennictwa polskiego do czasopism zagranicznych; Ref. Prof. Dr. Ciechanowski, Kraków. — Dr. Guranowski, Warszawa. — 6. Sprawa pism popularnych; Ref. Prof. Dr. Panek, Lwów. — 7. Założenie związku przedstawicieli prasy lekarskiej polskiej i stosunek tego związku do międzynarodowego związku prasy lekarskiej; Ref. Dr. Kwaśnicki, Kraków. — Prof. Dr. Wicherkiwicz, Kraków i Dr. Zawadzki, Warszawa. — 8. Sprawa wydawnictwa podręczników lek. polskich; Ref. Prof. Dr. Browicz, Kraków.

Komitet gospodarzy sekcji uchwalili na posiedzeniu dnia 3 lutego 1907 roku, aby dopuścić wszystkich członków Zjazdu do brania udziału w sekcji prasy lekarskiej, lecz zastrzegł sobie prawo przydzielenia pewnych spraw wyłącznie decyzji delegatów oraz prawo rewizji uchwał w sekcji zapadłych przed przedłożeniem ich Ogólnemu Zgromadzeniu Zjazdu.

Zastępca gospodarza sekcji:

Prof. Dr. M. Grabowski.

(№ 65) — *Odezwa.*

Sześć lat minęło, jak zgasił na obcej ziemi człowiek, którego imię złączyło się nierozdzielnie ogniami z najwspanialszymi zdobyczami nauki ubiegłego stulecia, który w dążeniu do zgłębienia istoty zjawisk życia, wskazując nowe drogi poznania praw przyrody, dał początek nowej gałęzi nauk przyrodniczych — dziś w pełnym rozkwicie będącej chemii biologicznej, a równocześnie obejmując badawczym i twórczym umysłem całość przejawów życia przez granice poszczególnych dziedzin nauk, wspólnie z najbardziej wybranymi umysłami tego czasu położył fundamenty współczesnej wiedzy lekarskiej, — genialnej myśli, zdumiewającej płodności ducha i niespożytej jego siły, znakomity lekarz i przyrodnik polski

MARCELINENCKI.

Kierowani pragnieniem, aby pamięć imienia Nenckiego, która utrwalona w dziełach Jego, pośród mężów wybranych wszystkich narodów oddanych badaniu tajemnic przyrody żyć będzie po wieki, żyła także w pamięci przyszłych pokoleń naszego narodu, które czerpac będą wiedzę w ognisku naszym ro-

dzinnem we Lwowie, aby postać Tego, którego życie było najwspanialszą epoką w dziejach nauki polskiej, promieniowała ku młodym pokoleniom wielkością ducha i była nieustającą pobudką do największych wysiłków myśli i pracy twórczej, postanowiliśmy wnieść Mu skromny pomnik w jednym z przybytków naszej nauki, a mianowicie w gmachu, w którym mieszczą się zakłady chemii lekarskiej, higieny i farmakologii uniwersytetu naszego i wzywamy przyrodników i lekarzy polskich, jakoteż cały ogół polski, zdolny rozplomienić duszę czcią dla geniusza nauki polskiej do poparcia tej myśli przez składanie datków na koszt pomnika.

Pomnik, który zamówiony został u artysty-rzeźbiarza prof. Antoniego Popiela za kwotę 5,200 k., będzie odsłonięty podczas Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w lipcu b. r. Datki, które prosimy nadsyłać pod adresem sekretarza komitetu gospodarczego Zjazdu, d-ra Adama Sulisławskiego, w biurze namienictwa, ogłaszane będą w regularnych odstępach czasu w najpoczytniejszych pismach polskich, a później będą podane do wiadomości wraz z nazwiskami ofiarodawców w liście fundatorów pomnika, która będzie wydana po przyjęciu dzieła do skutku.

Nadmiar datków będzie, po pokryciu kosztów pomnika, przekazany zarządowi fundacji im. Mianowskiego w Warszawie, dla uczczenia tam pamięci Nenckiego w sposób jaki tenże zarząd uzna za odpowiedni.

Za komitet gospodarczy X zjazdu przyrodników i lekarzy polskich:

W. Bylicki, prezes, Ad. Szulisławski, sekretarz.

Za komitet budowy pomnika:

Sz. Askenazy, St. Bądziński, A. Beck, E. Biernacki, Stef. Dąbrowski, E. Festenburg, A. Gluziński, St. Głabiński, Szcz. Gryziecki, rektor uniw., H. Kadyi, Br. Koskowski, St. Niementowski, J. Nusbaum, Wl. Ochenskowski, St. Opolski, K. Panek, Br. Pawlewski, L. Popielski, M. Raciborski, Br. Radziszewski, Wl. Sieradzki, K. Sklepiński, M. Smoluchowski, J. Szpilman, W. Syniewski St. Tołłoczko, St. Wiodomski, Wal. Włodzimirski, J. Zakrzewski, J. Zalewski, B. Załoziecki, B. Zuber.

Postanowiliśmy też na cześć Nenckiego wybić plakietę i wykonanie jej powierzyliśmy rzeźbiarzowi D. Kunelkowi. Spodziewamy się, że każdy z członków Zjazdu naszego chętnie ją jako małą pamiątkę, nabędzie.

Z pierwszej odezwy naszej wiadomo, że obiecaliśmy rozdać pomiędzy uczestników Zjazdu „Przewodnik po Lwowie“. Nie ośmieliłbym się tego podnosić za jeszcze, gdyby tu chodziło o zwyczajny banalny przewodnik, zawierający to i owo, zakończony wreszcie planem miasta. Nie taki przedmiot postanowiliśmy rozdać, ale na wniosek jego autora — Prof. Wiczkowski — będzie on z pierwszorzędných źródeł zebraniem tego wszystkiego, co miasto Lwów czyniło i czyni dla oświaty, higieny i pauperyzmu, oraz da wyobrażenie o ruchu naukowym, literackim i dziennikarskim miasta, dział oświaty zawierać będzie wszystko, począwszy od szkoły froeblońskiej, aż do uniwersytetu i da obraz wszelkich i prywatnych szkół i usiłowań oświatowych. Książka ta będzie obrazem tego, co działo miasto w kilkudziesięcioletnich warunkach bytu autonomicznego.

Działem Zjazdu, który do dziś dnia już udało się uczynić wielce pociągającym, jest

nasza Wystawa przyrodniczo-lekarska i higieniczna. Będzie ona nie tylko z nazwy taka, ale i w istocie, gdyż Komitet jej tak poważnie swe zadanie pojmuje, że ściśle przestrzegać będzie tego, aby, jak to bywa bardzo często, pod pozorem i pod płaszczykiem rozciągliwego pojęcia higieny nie wciągnęły się przedmioty żadnego związku z higieną nie mające. Jest ona do dziś dnia tak obficie obsłana, że już dotychczas rozporządzalne miejsca są prawie zajęte, tak, że nowe przybudowania będą potrzebne.

Wszystkiego wymienić nie podobna, co będzie ona zawierać, a zatem wspomnimy przynajmniej niektóre działy, jak oto: kompletne urządzenia pokoi ordynacyjnych specjalistów; pokojeienne dla dzieci zdrowych i chorych w połączeniu z wykładami o higienie dziecięcego wieku i pielęgnowaniu dzieci chorych; cały oddział szpitalnictwa; sale operacyjne; idealne sale szpitalne; mieszkania urządzone według wymagań higieny; oddział wodolecznictwa; cały instytut Zanderowski w ruchu; dział bakteriologiczny, zarządzony przez Prof. Kucereę w połączeniu z wykładami popularnymi; dział aptekarski z wzorową nowoczesną apteką; grupa przemysłu chemicznego, obejmująca całą wytwórczość polską; grupa narzędzi i przyrządów wyrobu krajowego i obcego; zestawienie całego piśmiennictwa polskiego przyrodniczo-lekarskiego i książek szkolnych przyrodniczych od roku 1900 czyli od daty ostatniego Zjazdu; dział statystyczny opracowuje Rada Zdrowia i biura poszczególnych miast; dział o zabezpieczeniu robotników, kasach chorych i t. p.

Bardzo interesującą będzie grupa zarządów gminnych ku utrzymaniu i ochronie zdrowia mieszkańców i tu na pierwszym miejscu wystąpi gmina miasta Lwowa z urządzeniami swemi zdrowotnymi.

W grupie wychowania młodzieży Lwów weźmie przeważny udział przez wystawienie typów swych szkół wzorowych. Wystawiony też będzie i przenośny pawilon szkolny Doecker'a. W osobnym budynku przedstawiona będzie higiena i patologia mleka, poczynając od wzorowej obory, a skończywszy na wytwórczości wszechstronnej. Mleczarstwo w całości przedstawione zostanie staraniem zakładów Księcia Andrzeja Lubomirskiego, a maszyny wytwórczości mlecznej wystawią pierwszorzędną firmy.

Będzie też w ruchu i wzorowa piekarnia i masarnia elektryczna. Komitetowi wystawowemu, na którego czele stoi niestrudzony dr. Kalikst Krzyżanowski, idzie bardzo na rękę magistrat miasta Lwowa, oraz ministerjum wojska, handlu, oświaty i kolejowe.

Oto ja, najkrótszy zarys naszych usiłowań, który przedstawiono szanownym i łaskawym Kolegom z gorącą prośbą, aby je raczyli poprzeć ze znaną nam tradycyjną dobrą wolą i energią.

(№ 66)—*Od Stowarzyszenia lekarzy polskich.*

1) Stowarzyszenie lekarzy polskich pośredniczy między lekarzami, szukającymi miejsc,

a potrzebującymi lekarzy osobami i instytucjami

2) W tym celu urzędnik Stowarzyszenia pod nadzorem jednego z członków Zarządu, prowadzi: a) poufną księgę lekarzy, poszukujących pracy, b) księgę osób, instytucji i miejscowości poszukujących lekarzy, c) segregator z odnośną korespondencją, d) kwitariusz dochodowy, wreszcie e) rachunki, niezależnie od ogólnych rachunków Stowarzyszenia.

3) Poufna księga lekarzy obejmuje rubryki na: nazwisko, adres, datę zgłoszenia, rok ukończenia uniwersytetu, specjalność, odbytą praktykę szpitalną, wiadomość, czy zamieszka z rodziną, warunki, stawiane przez lekarza (np. okolica kraju, rodzaj miasta, wysokość pensji stałej, szpital, mieszkanie bezpłatne), adresy osób polecających, wreszcie rubrykę na odnotowanie korespondencji Stowarzyszenia. Księga ta nie daje się do rąk interesantom: urzędnik Stowarzyszenia wypisuje z niej i wciąga do niej potrzebne wiadomości.

4) Księga zapotrzebowania, dokładny adres i nazwę miejscowości, odległość i nazwę najbliższej stacji kolei żelaznej, odległość od najbliższego lekarza, liczbę recept, wydanych w ostatnim roku z miejscowej apteki, adres obecny poprzedniego lekarza, stałe pensje i adresy osób, od których pensje te zależą, wiadomość o mieszkaniu, stołowaniu i t. p., jeżeli lekarz ma je otrzymać bezpłatnie, wreszcie rubrykę na odnotowanie korespondencji Stowarzyszenia.

Nadto księga zapotrzebowania obejmować będzie ogłoszenia o posadach w Królestwie i sąsiednich prowincjach Cesarstwa, wycięte lub przepisane z pism z datą ogłoszenia, oraz wiadomości o posadach, komunikowane ustnie urzędnikowi Stowarzyszenia.

5) Stowarzyszenie nie tierze na siebie obowiązku sprawdzenia podanych mu wiadomości, jakkolwiek starać się o to będzie.

6) Poszukujący lekarzy wnoszą z góry i bezzwrotnie 5 rb. na pokrycie kosztów pośredniczenia; poszukujący miejsc członkowie Stowarzyszenia rubla, nie członkowie—2 rb.

7) Za wywieszenie ogłoszenia w sali Stowarzyszenia przez miesiąc, bez zapisywania do księgi, pobiera się 50 kop.

8) Stowarzyszenie lekarzy wydaje na żądanie blankiety z odpowiedniami rubrykami do wypełnienia.

Następujący zeszyt „Czasopisma Lekarskiego“ wyjdzie w Lipcu—jako zeszyt potrójny (za Czerwiec, Lipiec i Sierpień) i będzie poświęcony uczestnikom X Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie.



Komitet redakcyjny:

J. Brudziński, L. Fankanowski, A. Goldman, J. Grabowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Serkowski, S. Skalski, E. Sonnenberg, H. Trenkner.

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою, г. Лодзь 26 Мая 1907 г.

Druk S. Dębskiego w Łodzi. Długa 6.