

MEDYCYNA.

CZASOPISMO TYGODNIOWE
 dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Z przesyłką pocztową, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kóp. 50. **Cena numeru pojedynczego kop. 15.** **Cena ogłoszeń:** Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 33 Rue de Varenne 38.

Adres Wydawcy: Jasna Nr. 6.

Adres Redaktora Krakowskie Przedmieście Nr. 7.

TREŚĆ, PRACE ORYGINALNE. O wskazaniach, warunkach i zasadach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku. Podał d-r Stefan Gaszyński. (Ciąg dalszy). — O zatruciu ługiem sodowym u dzieci. Podał d-r J. Kramsztyk. (Dokończenie) — Z WARSZAWSKIEGO TOWARZYSTWA LEKARSKIEGO. Posiedzenie z dnia 19 lutego r. b. — Z TOWARZYSTWA HIGIENICZNEGO WARSZAWSKIEGO. Posiedzenie z dnia 2 marca r. b. — ODCINEK. Referat Komisji w sprawie poprawy szpitalnictwa w Warszawie. — O ruchu chorych w szpitalu św. Stanisława za czas od 14 lutego do 14 marca r. b. — DROBNIJSZE WIADOMOŚCI RÓŻNEJ TREŚCI. — OGŁOSZENIA

„MEDYCYNA“

GAZETTE MEDICALE HEBDOMADAIRE
 destinée aux medecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r St. Gaszyński — Les principes et les indications de la symphysiotomie avec la description d'un cas de l'auteur. 2) D-r J. Kramsztyk — Sur l'empoisonnement par la lessive de soude chez les enfants.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Varsovie — Rue Krak-Przedm. 7.

„MEDYCYNA“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
 Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r St. Gaszyński — Die Grundsätze und Indicationen zur Symphysiotomie mit Anführung eines eigenen Falles. 2) D-r J. Kramsztyk — Ueber die Vergiftung durch Natronlauge bei Kindern.

Redaction: Dr. M. Sadowski. Warschau — str. Krak-Przedm. 7.

O zasadach, warunkach i wskazaniach do wykonania cięcia łonowego z przytoczeniem własnego przypadku.

Podał

D-r Stefan Gaszyński

b. ordynator kliniki położniczej.

(Ciąg dalszy.—Zob. Nr. 11).

Streszczając pracę niniejszą, dochodzę do następujących wniosków:

1) Wymiary przedniotylnie, otrzymane po dokonanej operacji, różnią się nieco od wymiarów, poprzednio podanych przez prof. PINARD'a na kongresie lekarskim w Rzymie 1894 r.

Podług moich obliczeń wymiary te wynoszą przy rozszerzeniu brzegów spojenia, najczęściej praktykowanym, t. j. do 6 ctm.:

| | |
|---|---|
| dla miednicy mającej wymiar prosty = 6 ctm. | ostateczny wymiar przedniotylny = 7,8 ctm |
| " " " " = 7 ctm. | ostateczny wymiar przedniotylny = 8,6 " |
| " " " " = 8 ctm. | ostateczny wymiar przedniotylny = 9,5 " |
| " " " " = 9 ctm. | ostateczny wymiar przedniotylny = 10,4 " |
| " " " " = 10 ctm. | ostateczny wymiar przedniotylny = 11,25 " |

2) Dolna granica zwężenia, przy jakiej operacja cięcia łonowego jest wogóle wykonalna, leży pomiędzy 6,7 ctm. do 7,0 ctm. wymiaru sprężnej, zgodnie z dotychczasowym zapatrywaniem operujących.

3) Po dokonaniu operacji cięcia łonowego zysk główny polega nie na powiększeniu jednego wymiaru przedniotylnego, lecz na powiększeniu pojemności całej miednicy. Pojemność przecięcia poprzecznego na wysokości wejścia do małej miednicy (przy sprężnej = 8 ctm.) przed i po operacji ma się jak 1:1,40, t. j. powierzchnia przecięcia powiększy się o 0,4 ponad powierzchnią przed rozcięciem.

4) Ilość centymetrów kwadratowych, zyskana na przecięciu spojenia łonowego, stanowi więcej niż $\frac{1}{2}$ poprzecznego przecięcia główki noworodka o wymiarach normalnych; stosunki te mają się, jak 1:2,5.

5) Do dokładności obliczeń pojemności miednic najczęściej przyczynić się mogą odlewy gipsowe, pierwszy raz w położnictwie w pracy niniejszej stosowane

6) Stosunki anatomiczne pola operacyjnego są bardzo proste i teoretycznie nie przedstawiają żadnych trudności do wykonania cięcia łonowego.

7) W stosunku do dzieci szanse cięcia łonowego oraz cięcia cesarskiego są 3 razy lepsze od szans porodu przedwczesnego oraz obrotu zapobiegawczego. Ze wszystkich 4 pokrewnych co do celu operacji poród przedwczesny oraz obrót zapobiegawczy dają najmniejszy odsetek śmierci matek (1—3%) oraz największy odsetek śmierci dzieci (33,0—33,3%); cesarskie cięcie i łonowe cięcie dają prawie równy odsetek śmierci matek (6,8%—8% cesarskie cięcie — 10,4% łonowe cięcie) przy równym też odsetku śmierci dzieci (6,8—12% cesarskie cięcie — 10,95% łonowe cięcie).

8) Przewaga cięcia łonowego nad cięciem cesarskim polega na zewnętrznym umiejscowieniu pola operacyjnego oraz na możliwości najdłuższego wyczekiwania na dokonanie operacji: cięcie łonowe jest operacją najczęściej wyczekującą, konserwatywną.

9) Wskazaniem do operacji jest nie wymiar sprężnej, lecz nieodpowiedniość wymiarów główki noworodka do wymiarów miednicy; wskazanie do operacji polega przeto nie na teoretycznych obliczeniach, lecz na klinicznej obserwacji.

10) Przeciwwskazaniem do operacji jest skostnienie stawów kupropodłużwiowych oraz wszelkie guzy (nowotwory), tamujące wyjście dziecka drogą naturalną, także rak szyi macicznej.

Dalszy ciąg uwag, które nasunął mi operowany przeze mnie przypadek umieszczam przy końcu pracy niniejszej.

Obecnie przejdę do opisu wykonanego przeze mnie zabiegu operacyjnego.

15. II. 1898 r. wezwany zostałem do rodzącej Maryi M.

Z wywiadów dowiedziałem się, co następuje: poród rozpoczął się 13. II. około godziny 1 w nocy; silne bóle trwają od 12 w południe 14. II.; wody odeszły w nocy 15. II.; chora znajduje się pod opieką akuszerki.

Poród obecny jest 8 z kolei.

1-szy poród 10 lat temu trwał dni 4 -- dziecko urodziło się martwe, 2-gi poród zakończony był wymóżdżeniem. 3-ci poród odbył się w ósmym miesiącu ciąży, dziecko urodziło się nieżywe. 4-ty poród zakończony został obrotem zapobiegawczym z wydobyciem martwego dziecka. 5, 6 i 7 porody odbyły się przedwcześnie; urodzone dzieci żyły po dni parę. 8 poród obecny.

Stan obecny

Rodząca lat 32, wzrostu niskiego, krępa, nogi krótkie w stosunku do tułowia oraz wygięte, ślady przebytej angielskiej choroby, kości grube, kręgosłup prawidłowy, miednica symetrycznie ustawiona, nachylenie płaszczyzny wejścia do miednicy w położeniu stojącym znaczne; ogólne odżywianie dobre, mięśnie jędrne, tkanki tłuszczowej bardzo dużo; skóra oraz błony śluzowe żywo zabarwione.

Godzina 10 rano. Przy badaniu zewnętrznym określiłem położenie dziecka I-b czaszkowe, główka o rozmiarach dużych ruchoma nad wejściem, prawe ramię dziecka na 2 palce poprzeczne wlewo od smugi czarnej, pośladki u dna macicy na linii sutkowej prawej, nóżki wysoko w prawym rogu prawie u łuku żebrowego prawego; bicie serca dziecka na wysokości pępka na 3 palce w lewo od smugi czarnej, częstość uderzeń 120, uderzenia wyraźne, równe.

Przy badaniu wewnętrznym okazało się, że główka ruchoma nad wejściem jest w odchyleniu NÆGELLE'go, szew strzałkowy przebiega w kierunku poprzecznym tuż przy podgórzu, lewa kość ciemieniowa pod prawą, szwy nie rozciągnięte, małe ciemiączko wlewo, duże wprawo, oba leżą na jednym poziomie, ciemiączka nie wielkie; na główce znajdują się błony płodowe, wody odchodzą przy poruszeniach; macica otwarta na 4 poprzeczne palce. Skurcze silne, trwają po 1—1½, minuty, zjawiają się co 6—8 minut, są dość bolesne.

Ogólny stan rodzącej zadawalniający; skarży się tylko na zmęczenie i długo trwający poród; puls 78, pełny, równy; w sercu tony czyste; płuca zdrowe.

| | | |
|----------|----------------------|-------|
| Wymiary: | <i>dist. spin.</i> | 25,00 |
| | <i>c. externa</i> | 18,50 |
| | <i>dist. crist.</i> | 27,75 |
| | <i>c. diagonalis</i> | 10,25 |

Ułożyłem rodzącą w położeniu WALCHER'a z zaleceniem przy odpoczynku leżenia na prawym boku; dno macicy ustawiłem na linii środkowej i utrzymałem w tem położeniu bandażem.

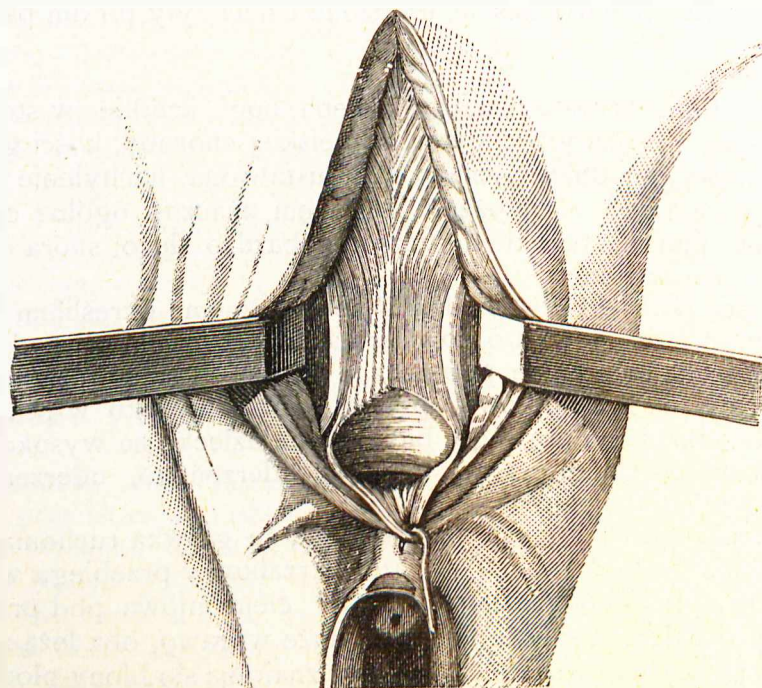
Godzina 2-ga w południe. Rodząca stale leżała w położeniu WALCHER'a, bóle były ciągle silne i częste; położenie dziecka nie zmienione; macica pra-

wie zupełnie otwarta; temperatura rodzącej normalna; tętno 80 pełne, równe.

Dla dokładniejszego stwierdzenia i określenia stosunku główki do miednicy oraz poprawienia w ustawieniu główki, ewentualnie wykonania obrotu zapobiegawczego, prosiłem kol. BEŁŻYŃSKIEGO o zachloroformowanie rodzącej.

Przy użyciu narkozy okazało się, że główka wciąż jest nad wejściem w położeniu NAEGELE'go, duże ciemię leży teraz wyżej od małego (*flexio capitis in introitu pelvis planae*). Z powodu braku wód i przyciśnięcia główki dziecka do wejścia miednicy, pomimo narkozy, poprawienia w ustawieniu nie można było dokonać; również obrotu zapobiegawczego tak z powodu braku

Fig. IX.



Rysunek wzięty z pracy prof. PINARD'a umieszczony w „Annales de Gynécologie e. d'Obstétrique. Mai—juin. 1894 r.^o.

W górnej części rysunku widzimy przedni listek pochwy mięśnia prostego brzucha po przecięciu i odsunięciu na boki skóry oraz tkanki tłuszczowej podskórnej wraz z powięzią powierzchowną; w dolnej części przecięto więz wieszadłowy oraz więz międzygoleniowy łechtaczki dla otrzymania dostępu do przestrzeni leżącej poza spojeniem łonowym.

wód, jak też i złego rokowania dla dziecka dokonać nie chciałem. Wymiar *c. diagonalis* jeszcze raz zanotowałem. Chora została obudzona, poczem zaproponowałem cięcie łonowe.

Po przedstawieniu rodzącej, że będzie miała dziecko zdrowe, sama też również szybko do zdrowia powróci, obydwójce małżonkowie, spragnieni dziecka, chętnie bardzo zgodzili się na operację.

W tym celu, zastępując wówczas w przytułku Nr. 1 kolegę ZABOROWSKIEGO, kazałem rodzącą przewieźć do tego przytułku, o czym zawiadomiłem wyjeżdżającego kol. Z., który chętnie na przyjęcie chorej się zdecydował.

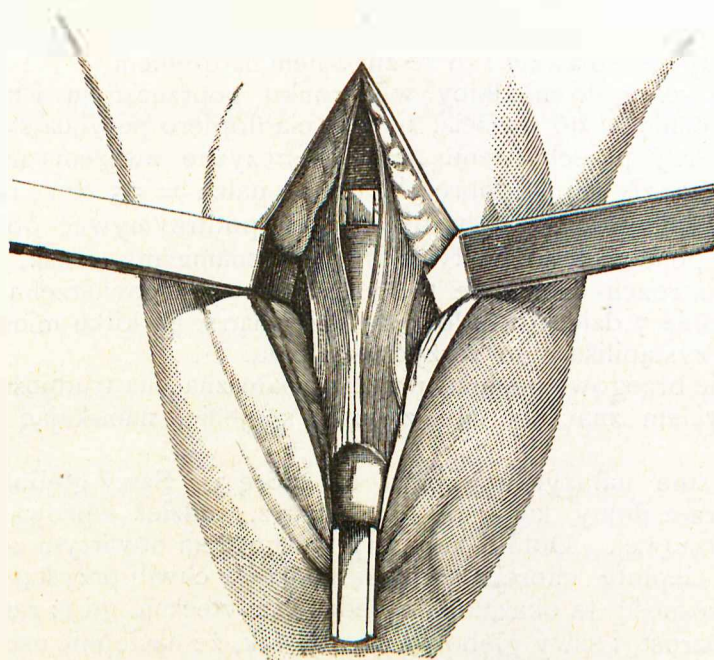
Ze względu na niezupełne jeszcze otwarcie macicy postanowiłem czas jakiś wyczekiwać, zarządzivszy tymczasem przygotowanie do operacyi.

Godzina 6 wieczorem. Macica w zupełności otwarta od $2\frac{1}{2}$ godziny. Ciepłota $38,20^{\circ}$. Tętno 100.

Położenie dziecka, jak poprzednio, z tą różnicą, że *flexio capitis* nieco więcej wyrażone, ruchomość główki wyraźna, szew strzałkowy u podgórza; wód brak zupełny, macica na ucisk bolesna, pierścień skurczowy wyraźny na wysokości pępka; — stan ogólny wyczerpany; bicie serca dziecka 150, równe. Postanowienie wykonania operacyi.

Godzina 6 m. 15 wieczorem. Przy łaskawej asystencyi kolegów KAR-CZEWSKIEGO i KORZENIOWSKIEGO przystąpiłem do wykonania operacyi; chloroformował kol. BEŁŻYŃSKI; był obecny kol. ZABOROWSKI.

Fig. X.



Rysunek z poprzednio wymienionej pracy prof. PINARD'a.

W otrzymaną przestrzeń poza spojeniem łonowem (patrz fig. IX) umieszczono rodzaj sondy żłobowej odpowiednio wygiętej, której koniec górny wystaje z otworu zrobionego w przednim listku pochwy mięśnia prostego brzucha.

Postanowiłem w ogólnych zarysach operować w danym przypadku w ten sposób, jak w r. 1896 operował w mojej obecności prof. PINARD w klinice paryskiej (patrz fig. IX i X).

Chora została ułożona na brzegu stołu, jak do badania ginekologicznego; zająłem miejsce pośrodku, koledzy asystujący z obydwóch stron operowanej.

Cięcie poprowadziłem na długość około 6 ctm. po linii, odpowiadającej linii spojenia łonowego; poczynając na $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ ctm. ponad górnym brzegiem spojenia, doprowadziłem cięcie na $\frac{1}{2}$ ctm. poniżej *lig. arcuatum symphysis*, dolny koniec cięcia poprowadzony był, jak to radzi prof. FARABEUF, nieco nalewo od linii środkowej w celu oszczędzenia łożyska przy ewentualnem rozdarciu się rany. Operowałem *per strata*.

Na krwawiące naczynia nałożyłem 4 szczypczyki PEAN'a, które następnie skręciłem, nie nakładając przewiązek. Po dojściu do spojenia i odluszczeniu wszystkich miękkich części przed i poza spojeniem, przeciąłem samą chrząstkę spojenia; po przecięciu w jednej chwili brzegi spojenia samoistnie rozeszły się na przestrzeń 2 palców poprzecznych w górnej części spojenia oraz $1\frac{1}{2}$ palca poprzecznego w dolnej części spojenia. Operacja została wykonana: ranę otrzymaną założyłem gazą jodoformową, wywołując pewien ucisk w celu wstrzymania krwawienia żylnego, które było dość znaczne, i przystąpiłem do zbadania chorej przez pochwę.

Przekonałem się, że główka odrazu przyjęła położenie lepsze, mianowicie szew strzałkowy odrazu odsunął się od podgórza i stanął po linii poprzecznej pośrodkowej.

Narkoza została wstrzymana, i postanowiliśmy zachować się wyczekująco na przejście główki.

Mniej więcej we 20 minut po dokonaniu przecięcia spojenia skurcze maciczne zaczęły się pojawiać i to ze znacznym natężeniem.

Główka weszła do miednicy w kierunku poprzecznym i tak też przeszła przez próżnię aż do wyjścia, u wyjścia dopiero potylicca zwróciła się ku przodowi. Przy przechodzeniu przez płaszczyznę zwężenia miednicy brzegi spojenia rozeszły się na dobre $3\frac{1}{2}$ poprz. palca = 5,5 cm, tak że w trakcie przechodzenia główki trzeba było silnie podtrzymywać obie kości podłędźwiowe, i pomimo tego posłyszeliśmy ów znamienny trzask, jaki towarzyszyć powinien rozchodzeniu się tylnych stawowych powierzchni.

O godzinie 7 dziecko było już nazewnątrz; po kilku minutach odeszło łóżysko, i przystąpiliśmy do zeszycia spojenia.

Zbliżenie brzegów spojenia przedstawiało znaczne trudności; dwóch kolegów z użyciem znacznej siły zbliżyło spojenie, naciskając na kości podłędźwiowe.

Na okostną nałożyłem 4 szwy, na skórę 3. Szwy głębokie wyprowadziłem poprzez dolny kąt rany nazewnątrz, tudzież wprowadziłem sączek gazy jodoformowej. Dolny kąt rany zostawiłem otwartym ze względu na podniesioną ciepłość chorej 38,2, jaką miała w chwili przystąpienia do operacji. Ostrożność ta okazała się jednak zbyt dużą, gdyż rana zagoiła się przez rychłozrost, i szwy głębokie wrosły tak, że następnie usunięcie ich nasunęło mi znaczne trudności; w końcu w 6 tygodni po operacji zmuszony byłem dolny kąt rany rozciąć, aby szwy głębokie usunąć; powtórnie rozcięta rana zagoiła się również przez rychłozrost. Opatrunek na ranę nałożyłem zwykły jodoformowy. Bandażem wywarłem ucisk na małą miednicę w celu utrzymania w zbliżeniu brzegów spojenia. Chorą po dokonaniu toalety zewnętrznej ułożyłem do łóżka. Ciepłota chorej została, jak poprzednio = 48,2₀, tętno zwolniło do 90.

Noworodka wymierzono; pępowinę opatrzone metodą moją, opisaną w „Medycynie“ Nr. 34 i 35 w roku 1896.

O godzinie 7 minut 30 opuściliśmy przytułek.

16. II — godzina 2—30' w nocy ciepł. 37,6 tętno 96, równe, pełne. Chora nie śpi, na bóle nie narzeka.

Godzina 9 — o' rano ciepł. 37,2 tętno 80, równe i pełne. Stan ogólny zadawalniający; — nad ranem spała dobrze; narzeka na ból w dole brzucha; w miejscu operowanem przy ucisku ból dotkliwy. Zaleciłem lód w pęcherzu

na dół brzucha, dyetę płynną, wypuszczać mocz 3 razy na dobę. Sprawdzono wymiary dziecka (wymiarzy te przytoczę poniżej).

Godzina 8—0' wieczorem ciepłota 37,5 -- tętno 78; przy ucisku na spojenie bolesność mniejsza; moczu dużo; w dzień spała kilka godzin. Pęcherz z lodem usunięto. Dziecko spokojne.

17. II. Godzina 10—0' rano ciepłota 37,4, tętno 88; spała niespokojnie; język wilgotny; moczu dużo; odchody z macicy krwawe w ilości znacznej bez zapachu, macica na 1 palec poniżej pępka. Ogólny stan zadawalniający.

Zalecono: *secalis cornuti* 0,6 | jeden proszek zrana.
chinini muriatici 0,2 |

Dyeta płynna. Dziecko zdrowe.

Godzina 8—0' wieczorem ciepłota 37,7, tętno 80; reszta jak poprzednio.
(D. n.).

O zatruciu ługiem sodowym u dzieci.

Podał

D-r JULIAN KRAMSZTYK.

(Dokończenie. — Zob. Nr. 11).

Przytoczone powyżej, znaczne bardzo stężenie ługu, sprzedawanego u nas w handlu, wyjaśnia dostatecznie, dla czego objawy zatrucia ługiem w spostrzeganych przeze mnie przypadkach były najczęściej tak groźne, i dla czego procent śmiertelności jest o tyle większy, aniżeli w Chrystyanii. Okolicznością tą objaśnić sobie możemy również, że stosunkowo rzadziej widuje się u nas zwężenie przelyku. Podczas kiedy na 140 przypadków zatrucia JOHANNESSEN w 104 spostrzegał zwężenie przelyku, leczone za pomocą sondy, w moich spostrzeżeniach tak z praktyki szpitalnej, jak i z prywatnej, tylko w trzeciej części zwężenie następcze miałem możność spostrzegać.

Ażeby dać pojęcie o szkodliwości działania ługu w różnym stężeniu, przytoczę tu wyniki, otrzymane przez prof. PAULSSON'a w instytucie farmakologicznym w Chrystyanii w doświadczeniach na zwierzętach, wykonanych na prośbę JOHANNESSEN'a, i w pracy tego ostatniego przytoczone⁹⁾ Doświadczenia te wykonane zostały na królikach, którym za pomocą sondy, do połowy przelyku wprowadzonej, wlewano po 20 cc. ługu w różnym stężeniu. Okazało się, że po godzinnem działaniu roztwór 2% - 5% wywoływał działanie silnie gryzące, jednoprocetowy wywoływał również znaczne zmiany w błonie śluzowej: tak w dolnej części przelyku, jakoteż w żołądku była ona mocno obrzmiała, podobna do żelatyny; dopiero roztwory półprocentowe nie wywoływały widocznie żrącego działania.

Wobec tego, że do zwykłych potrzeb domowych, przeważnie zaś do prania bielizny, wymagane stężenie ługu nie powinno przenosić 0,1%, zdawałoby się, że najradykałniej zatruciom przez pomyłkę ługiem zapobiedzby

⁹⁾ L. c. str. 177.

się dało, gdyby w handlu do sprzedaży podręcznej dozwolone było albo trzymanie ługu w roztworze najwyżej 1%, albo też w stanie stałym, w naczyniach szklanych, w małej ilości, wystarczającej do rozpuszczenia w danej ilości wody, do prania używanej. Ten pierwszy sposób byłby o tyle niewłaściwy, że potrzebaby było do prania zbyt wielkie ilości plynu do wody dodawać, drugi natomiast żadnej trudności w gospodarstwie domowemby nie sprawił. Już obecnie w handlu sprzedają sodę gryzącą w stanie stałym, jako „proszek do prania“ (Waschpulver), z którym w ten sposób właśnie się postępuje.

Jednakże i przepisy, obecnie istniejące, gdyby tylko ściśle przestrzegane były, mogłyby nie tylko znacznie zmniejszyć liczbę tych nieszczęśliwych przypadków, jakie się u nas wydarzają, ale nawet w zupełności im zapobiedz. Sądzę, że tylko niestosowanie się do tych przepisów i brak ścisłej kontroli pod tym względem powoduje, że o tyle więcej w obecnym czasie widzimy zatruć ługiem, aniżeli za granicą. Zanim przytoczę przepisy, jakie u nas obowiązują, uważam za właściwe rozpatrzyć w krótkości odpowiednie prawa, za granicą wydane, a które, jak powyżej widzieliśmy, łatwiej do celu, niż u nas, doprowadziły. Opieram się w tym względzie na przytoczonej powyżej pracy JOHANNESSEN'a¹⁰⁾. W Szwecyi, na zasadzie prawa z r. 1876, tak w magazynie, jak w sklepie, ług trzymany być winien w miejscu, oddzielonem od innych nieszkodliwych towarów, i może być sprzedawany jedynie w naczyniach mocnych, zamkniętych z wyraźnym i w oczy wpadającym napisem na czerwonej etykietce. W Danii również ług sodowy i potażowy powinien być w sklepie trzymany w osobnem miejscu, dla ciał trujących przeznaczonem, sprzedawany jedynie w naczyniu z napisem „trucizna“. W Niemczech w oddzielnych miastach i prowincjach istnieją różne przez policję wydane przepisy, które w r. 1894 zostały objęte w prawo przez Radę związkową, obowiązujące w całym państwie, na zasadzie którego wszystkie ciała trujące, do których i ług jest zaliczony, winny być trzymane w specjalnie na to wyznaczonem miejscu i sprzedawane we właściwych naczyniach z wyraźnym napisem. Związki te mogą być sprzedawane tylko przez właściciela sklepu i jedynie osobom, które za odpowiedzialne uważać można, zatem dzieciom niżej 14 lat pod żadnym pozorem wydawane być nie powinny. Co do wielu z pomiędzy ciał trujących, obowiązuje również prawo, że kupujący wydaje poświadczenie „Giftschein“ ze swoim podpisem, oznaczeniem swego zajęcia, mieszkania, celu użycia danego ciała i zapewnieniem o świadomości co do trującego działania tegoż. Osoby, nie znane osobiście sprzedawcy, powinny przynieść odpowiednie pozwolenie policji. Te poświadczenia wnoszą się do „księgi trucizn“, w magazynie się znajdującej, i przez trzy lata przechowywane być winny.

Ze jednakże najsurowsze nawet prawa i najrozumniejsze przepisy nie prowadzą do celu, jeżeli nie są dokładnie wykonywane, a co najważniejsza, nie pozostają pod ciągłą kontrolą, dowodzą przytoczone powyżej liczne, a w ostatnich latach coraz liczniejsze nawet wypadki zatrucia, przez JOHANNESSEN'a w Chrystyanii spostrzegane.

Prawo, wydane w Norwegii przez „Storthing“ w r. 1890, mówi wyraźnie, że ługu potażowego, ani sodowego nie wolno sprzedawać w butelkach od piwa, wody sodowej, ponczu, wód mineralnych, ale jedynie w specjal-

nych butelkach, przez departament przepisanych, z wyraźnym napisem: „ług — ostrożnie“. Jak widzieliśmy wyżej, z pośród 138 przypadków zatrucia ługiem, prawie w połowie dzieci piły ług z tych właśnie naczyń, a pozostałe najczęściej z butelek od piwa, wody seicerskiej i t. p.

U nas obowiązuje dotąd materyalistów, t. j. utrzymujących składy apteczne i materiały barwiące, ustawa, wydana 9/21 października 1844 r. przez radę zarządzającą Królestwa Polskiego, według której sprzedaż wszelkich środków trujących, a mających znaczenie techniczne, wyszczególnionych w tablicy, dołączonej do ustawy, ulega ścisłej bardzo kontroli. Środki te mogą być wogółności sprzedawane tylko w pewnej oznaczonej w tablicy ilości (§ 32) jedynie osobom dobrze znanym właścicielowi zakładu, którym materiały te są koniecznie potrzebne do ich rzemiosła, i którym własności i działanie tych środków są znane. Wolno je sprzedawać pod warunkiem, że osoby te powinny wydać piśmienne pokwitowanie z oznaczeniem ilości kupionego materiału, celu, na jaki tenże ma być użyty, i potwierdzeniem, że kupujący odpowiada za wszelkie następstwa, wyniknąć mogące z braku dozoru albo niewłaściwego przechowania tego środka.

Niestety, we wzmiankowanej powyżej tablicy, dołączonej do ustawy, która zawiera między innymi sole, bez porównania mniej trujące, np. *kali hydrojodicum venale*, *kali oxalicum*, *kali oxymuriaticum*, ani ług sodowy, ani ług potasowy zamieszczony nie został. Prawdopodobnie w owym czasie materiały te nie były jeszcze w użyciu, a ług dla użytku domowego otrzymywano przez nalanie wody na popiół.

Oprócz ustawy powyższej obowiązują wszakże u nas prawidła handlu ciałami „trującymi i silnie działającymi w stanie nie uległym przeróbce aptekarskiej“, wyłożone w § 663—689 ustawy lekarskiej (Swod zakonow tom. XIII, wydanie z r. 1892). Wszystkie te ciała trujące dzielą się na cztery działy, nie na zasadzie swych własności trujących, jak to ma miejsce w farmakopei, ale na podstawie mniejszej lub większej łatwości otrzymania ich przez publiczność i konieczności ich do celów technicznych i farmaceutycznych. Dział pierwszy zawiera ciała trujące i silnie działające, najdogodniejsze do użycia w złych zamiarach, jak preparaty arsenikowe, rtęciowe, kwasy nieorganiczne i narkotyki, dział drugi zawiera ciała używane w technice, a niedogodne do użycia w celu otrucia, dział trzeci wreszcie i czwarty zawierają ciała, używane tylko do celów farmaceutycznych. Do ciał rzędu drugiego zaliczony jest potas gryzący — *kali causticum* (*lapis causticus*), o ługu sodowym nie ma wzmianki oddzielnej, ale w obec jednakowych zupełnie własności trujących i znaczenia technicznego tych ciał przypuszczać należy, że też samo prawo obowiązuje, co i względem potasu gryzącego.

Co do sprzedaży ciał trujących działu pierwszego, obowiązują surowe bardzo przepisy, nabywcy muszą mieć poświadczenie, że wolno im ciała te nabywać, obowiązani są podpisać się w księżce sznurowej i zobowiązać do użycia tychże jedynie w celu, na jaki mają pozwolenie, trzymania ich pod kluczem i t. d.

Co do ciał działu drugiego, sprzedaż ich dozwolona jest kupcom pod warunkiem, że wolno je sprzedawać osobom, mającym świadectwa na czas nieograniczony, albo dowód prawomyślności, a jedynie, jeżeli nabywca jest znany osobiście kupcowi, ten ostatni może mu sprzedać bez poświadczenia. Każdorazowa sprzedaż powinna być w księdze handlowej zapisana z ozna-

zeniem ilości ciała sprzedanego, jako też nazwiska osoby, która je nabyła (§ 680, 681, 682 ustawy lekarskiej wyd. 1892 r.).

Nadzór nad prawidłowością handlu ciałami temi należy do miejscowego urzędu lekarskiego wraz z policją miejską, którzy, niezależnie od corocznych rewizji ksiąg handlowych, mają obowiązek w nieoznaczonym czasie oglądać sklepy i magazyny, prowadzące handel ciałami trującymi i silnie działającymi, dla przekonania się o prawidłowości sprzedaży i prowadzenia ksiąg.

Jak widzieliśmy z powyższego, pravidła te nie są u nas bynajmniej przestrzegane, ług sodowy i potasowy nabyć może w każdym czasie i w dowolnej ilości nie tylko osoba, nie mająca najmniejszego pojęcia o trujących własnościach tego ciała, ale nawet dziecko, i to nie tylko w składach aptecznych i składach farb, ale w sklepikach wiktuałów, a przede wszystkim w mydlarniach.

W obec częstych bardzo i dla zdrowia, a nawet życia nader niebezpiecznych zatruć ługiem, o ile ze spostrzeżeń moich wynika, wydarzających się częściej daleko, aniżeli zatrucia jakimikolwiek innymi truciznami, zwłaszcza wśród dzieci, uwzględniając, że zatrucia te prawie zawsze pochodzą wskutek nieświadomości, nieostrożności i przez pomyłkę, sądziłbym, że 1) nad sprzedażą ługu powinna być rozciągnięta bardzo ścisła kontrola, przede wszystkim według przepisów powyżej przytoczonych, a obecnie obowiązujących; 2) ług sodowy, przeważnie obecnie, jako tańszy, w gospodarstwie domowym używany, powinien być wyraźnie w dziale drugim środków trujących i silnie działających wymieniony; 3) ze względu, że dla potrzeb gospodarstwa domowego nie potrzeba roztworu ługu mocniejszego nad 0,1%, do sprzedaży odręcznej powinien być dozwolony jedynie roztwór słaby, najwyżej 2—3%; 4) na koniec byłoby właściwem, aby przy sprzedaży ługu obowiązywał przepis, jaki od roku 1889 obowiązuje apteki i składy apteczne względem środków dezynfekcyjnych: sublimatu, kwasu karbolowego i dwujodku rtęci, mianowicie, żeby wolno go było sprzedawać jedynie w naczyniach przepisanego kształtu (kolby koniczne, Erlenmeyerowskie), i żeby na naczyniu naklejona była sygnatura z napisem: „ług sodowy, trucizna, obchodzić się ostrożnie“.

Z Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego.

Posiedzenie z dnia 19 lutego r. b.

TREŚĆ: 1) J. ROSENTHAL — przedstawienie preparatu włókniakomięśniaka niezwykłych rozmiarów, przedstawiającego przed operacją znacznie trudności rozpoznawcze. 2) Z. ENDELMAN — przedstawienie dziecka z chello-gnato-palato-schysis. 3) BORZYMOWSKI: 1) przedstawienie chorego z hółem nad lewym obojczykiem, jako następstwem rany przepony i 2) przedstawienie chorego, wyleczonego z rany klutej żóładka. 4) L. BREGMAN: „Trzy przypadki syringomyelii“ (z demonstracją chorych).

1) Kol. J. ROSENTHAL przedstawił preparat włókniakomięśniaka niezwykłych rozmiarów. Preparat pochodzi od chorej 39-letniej, która od 21 roku życia nie miesiączkowała, od trzech lat zauważyła powiększający się guz w brzuchu. Od lata zeszłego roku zjawily się krwawienia z pochwy. Przy badaniu przedmiotowym brzuch chorej sprawiał wrażenie 9-go miesiąca ciąży. Guz okazał się sprężystym i jakby chleboczącym. Kol. R., opierając się na wywiadach, a mianowicie braku miesiączki, powiększeniu się stopniowem brzucha i chlebobotaniu, rozpoznał krwistek wewnątrz-maciczny (*haematometra*), a kol. NEUGEBAUER rozpozna-

nie to potwierdził. 16 lutego r. b. kol. R. dokonał operacji; przypuszczalnego krwisteku, który okazał się guzem niezwykłych rozmiarów—włókiakno-mięśniakiem. Guz ten ważył 12 funtów (bez krwi); długość jego wynosiła 32 ctm., szerokość 33 ctm, obwód poprzeczny 62 ctm., obwód podłużny 63 ctm. Przypadek ten jest ciekawy pod względem etiologicznym i rozpoznawczym. R. przypuszcza, że guz powstał podotrzewnowo na tylnej ścianie szyi macicy w dolnej jej części, w dalszym ciągu wraстал obustronnie pomiędzy listki więzów szeroki i stopniowo oddzielił się w zupełności od szyi macicy, jak to bywa z włókiakami podotrzewnowymi. Macica wisiała tylko na więzach szerokich i przez guz rosnący została uniesiona ku górze. Wywiady i objawy, znalezione przy badaniu, skłoniły R. do mylnego rozpoznania krwisteku macicznego. W piątej dobie po operacji chora miała się zupełnie dobrze.

2) Kol. ENDELMAN przedstawił dziecko z *cheilo-gnato-palato-schysis*. Dziecko to urodziła przed 7 dniami w oddziale d-ra JUROWSKIEGO 22-letnia pierwiastka o prawidłowych rysach twarzy. Matka przed 5 laty urodziła dziecko z jednostronną wargą zajęczą, które po dwóch tygodniach zmarło. Ciąża miała przebieg zupełnie prawidłowy. Tak zw. „zapatrzenia się“ nie było. E. wspomina o tem dlatego, że nawet wśród lekarzy znaleźć można zwolenników tej wyszydzonej przez naukę teorii (np. przypadek DUNCAN'a, opisany w czasopiśmie *Lancet* z r. 1900).

Poród był prawidłowy. Dziecko ważyło 2900 grm. Na twarzy jego widać obustronne szczeliny górnej wargi: prawa o szerokości 2 ctm. zlewa się z nozdrzem w jedną szczelinę wspólną, lewa zaś, o wiele węższa, oddzielona jest od odpowiedniego nozdrza za pomocą cieniutkiego mostka skórniego. Zniekształcenie to, zwane wargą zajęczą (*labium leporinum*), powiktane było obustronnie szczelinami luków zębodołowych, pomiędzy którymi leży swobodnie kość przysieczna (*os incisivum*), ruchomo spojona z czworokątną chrząstką. Po otworzeniu ust spostrzedz można również obustronne szczeliny podniebienia twardego (wilcza paszcza, *Wolfsrachen*, *quele de loup*), zlewające się od przodu ze szczelinami luków zębodołowych. Prawa szczelina podniebienna posiada szerokość 1 ctm., lewa zaś $\frac{1}{2}$ ctm. Podniebienia miękkiego brak. Oprócz powyższych wad rozwojowych na prawej dłoni widać 6 palców.

Zniekształcenia podobne, dotyczące wargi, szczęki i podniebienia, zależą od wadliwego zlania się w okresie płodowym wyrostków pierwszego łuku skrzelowego. Szczeliny wargi górnej leżą, jak wiadomo, prawie wyłącznie bocznie, a nie pośrodkowo i najczęściej są jednostronne, rzadziej obustronne. Ograniczają się przeważnie na samej wardze, niekiedy jednak, jak w danym przypadku, występują w połączeniu ze szczeliną łuku zębodołowego i szczeliną podniebienną. W wyjątkowych razach znajdujemy tylko zniekształcenie kośćca, podczas gdy warga tworzy jedną zamkniętą całość. Rokowanie w tem cierpieniu jest niepomyślne ze względu na utrudnione ssanie i na skłonność do zapalenia oskrzeli i płuc.

3) Kol. BORZYMOWSKI przedstawił a) chorego chłopca lat 17, który przed rokiem otrzymał ranę cięto-klutą w 9 międzyżebżu z lewej strony na linii pachowej środkowej. B. znalazł ranę przepony brzusznej, którą zeszył z zejściem pomyślnem. Chorego B. przedstawia ze względu na trwanie u niego od chwili zranienia do dnia dzisiejszego bólu nad lewym obojczykiem, który ztąd rozchodzi się w lewy bok i całą rękę. Objaw ten tłumaczy (LANGENBECK, SAWICKI i inni) wspólnem wyjściem z czterech gałęzi splotu barkowego nerwów przeponowego i pachowego powierzchownego.

b) Powtórnie, kol. BORZYMOWSKI przedstawił chorego mężczyznę, który 15 dni temu, będąc pijany, własnoręcznie przebił sobie brzuch nożem stołowym. W 2 godziny potem B. znalazł ranę cięto-klutą (2 ctm.) w lewej połowie dołka, przebitą na wylot lewy zraz wątroby w odległości 3 ctm. od brzegu i rozcięty żołądek (2 ctm.) na krzywiznie dużej bliżej odźwiernika. B. zeszył pomyślnie wątrobę i żołądek z wynikiem zupełnie pomyślnym. Chorego B. przedstawia, 1) że nie miał wcale wymiotów, na które przy rozpoznawaniu ran żołądka zwykle chirurdzy duży nacisk kładą i 2) że pomimo upływu dwóch godzin od rozcięcia żołądka zawartość jego wcale nie wylała się do jamy otrzewny. Za ostatniem twierdzeniem, zdaniem B., przemawia a) znalezienie w żołądku przy zszywaniu dużej ilości gazów, b) to, że zawartość otrzewny była jasno czerwona, a zawartość żołądka czarna z dużemi kroplami tłuszczu i z cebulą. Fakt ten, nie notowany, jak przypuszcza B. dotąd w literaturze, wytłomaczyć można skurczem silnie rozwiniętych w pobliżu odźwiernika mięśni żołądka w okresie trawienia. Spostrzeżenie B. wykazuje konieczność możliwie szybkiej interwencji chirurgicznej przy ranach żołądka.

4) Kol. BREGMAN wygłosił rzecz o syringomyelii, opartą na zestawieniu kilku spostrzeganych przypadków, z których 3 obecnym demonstrował.

Przypadek 1. 37 letni fryzyer. Przed 15 laty znieczulenie na lewej połowie ciała. Przed rokiem ból w krzyżu, potem silne drętwienie na stronie lewej; po miesiącu to samo w prawej ręce i zanik jej. Przedmiotowo: zanik i niedowład w obu kończynach górnych, ale o wiele silniejszy w prawej, najbardziej w drobnych mięśniach dłoni i w pasie barkowym. Zaburzenia czucia silniejsze po stronie lewej, po prawej dotknięte tylko czucie bólowe i cieplikowe. Zanik lewej połowy języka. Wzmożenie odruchów ścięgniastych. Drżenie prawej stopy. Oparzenia na lewej ręce.

Przypadek 2. 19-letnia dziewczyna. Matka i rodzeństwo nerwowe. Przed kilkoma laty czkawka i przemijające porażenia, prawdopodobnie „Schlafähmung“ prawej ręki. Obecna choroba od 1—2 lat stopniowo się rozwijała. Niedowład, zanik mięśni i przykurczenia w obu kończynach górnych, symetryczne, ale w prawej silniejsze. Zaburzenia czucia — tylko cieplnego i bólowego — w obu kończynach górnych i pasie barkowym, również o wiele silniejsze z prawej strony. Lżejsze zaburzenia czucia w prawej połowie twarzy i górnej części klatki. Sińca obu rąk; na prawej blizny po oparzeniach. Wzmożenie odruchów ścięgniastych kończyn dolnych.

Przypadek 3. 18 letni zegarmistrz. Matka miała sparaliżowane wszystkie kończyny. Od dwóch lat osłabienie lewej nogi. Od 10 miesięcy chrypka, trudność przy mówieniu. Potem napady duszności, po napadach palenie w lewej połowie gardzieli, krtani, szyi, twarzy i zaburzenia przy lykaniu. Porażenie nerwu lewego zwrotnego. Brak odruchów z podniebienia, z błon śluzowych łącznicy, nosa i ucha strony lewej. Znieczulenie na ból i ciepło po stronie lewej na szyi, twarzy, głowie i pasie barkowym. Niedowład kończyny dolnej lewej. Zmniejszenie pobudliwości na ból i ciepło na prawej kończynie dolnej i na dolnej części klatki. Wzmożenie odruchów ścięgniastych, drżenie kloniczne lewej stopy.

Przypadek 4. 62-letnia staruszka, od 30 lat znieczulenie prawej strony ciała. Przed 12 laty zastrzały, odjęcie dwóch palców. Silna kyphosis części grzbietowej od lat 6—7. Zniekształcenie obu rąk: na prawej wybitne zmiany odżywcze kości i stawów, zanik mięśni i przykurczenia, na lewej zanik i przykurczenia o wiele silniejsze; zmian odżywczych brak. Zaburzenia czucia w obu kończynach górnych, pasie barkowym, części klatki po stronie prawej silniejsze i dotyczą

wszystkich rodzajów, po lewej znieczulenie na ból i ciepło. Wzmoczenie odruchów ścięgnistych. Drżenie kloniczne stopy prawej. Napady bardzo silnego zawrotu głowy z tonicznym przykurczeniem kończyn od 6—7 tygodni. Pod działaniem bromku potasu ustąpiły.

Przypadek 5. (Przedstawiony w r. z.). 35-letni handlarz mięsa. Zanik i niedowład prawej kończyny górnej z udziałem pasa barkowego. Niedowład spastyczny prawej kończyny dolnej. Rozszczepienie czucia na prawej kończynie górnej, w okolicy pasa barkowego i części kadłuba. Zaburzenia przy oddawaniu moczu. Niemoc płciowa. Nierównomierność źrenic i szpar ocznych.

Rozpoznanie w 4 przypadkach jest niemal pewne, w 1-y (III) bardzo prawdopodobne. W 4-ch mamy postać szyjowo-ramieniową, w III-im szyjowo-opuszkową. Trzy przypadki (II, III, V) są świeżej daty, I i IV starsze. II-gi przypadek jest najbardziej symetryczny, V-ty przedstawia postać porażenia potowicznego, III-ci typ BROWN-SÉQUARD'a. W I-y i IV-y zaburzenia są na obu stronach, ale na jednej są wyraźniejsze zmiany czuciowe, na drugiej zanik mięśni. Odgraniczenie zaburzeń czucia nie trzyma się ściśle typu odcinkowego (segmentowego). W trzech przypadkach znajduje się szeroki pas znieczulenia w okolicy lędźwiowej. Rozszczepienie czucia we wszystkich, ale w dwóch najstarszych i w V-y częściowo i czucie dotyku zmienione. Etiologicznie — w drugim obarczenie dziedziczne, w piątym uraz przewlekły. Pod względem rokowania w dwóch przypadkach bardzo długie trwanie choroby bez naruszenia kończyn dolnych, skłonność choroby do postępowania etapami.

W dyskusyi kol. CIĄGLIŃSKI zaznacza, iż stanowczo nie zgadza się na rozpoznanie w drugim przypadku syringomyelii. C. przypuszcza tu symetryczne przykurczenia i zanik mięśni pochodzenia histerycznego. Rozszczepienie czucia w histeryi jest objawem częstym. C. widział podobne przypadki, stwierdzone badaniami pośmiertnymi (u CHARCOT'a). Za histeryą przemawia też, zdaniem C., całe zachowanie się chorej i owa czkawka, o której wspominał kol. B.

Kol. KOPCZYŃSKI St. zabiera głos z powodu trzeciego przypadku. Zdaniem kol. K., należy przypuszczać, że porażenie BROWN-SÉQUARD'a w kończynach dolnych zostało wywołane nie przez jamę w rdzeniu przedłużonym, lecz prędzej przez nowe ognisko w dolnej części rdzenia, a to dla nas tępujących powodów: 1) syringomyelia, jak to wykazują rysunki SCHLESINGER'a, i jak o tem przekonał się każdy, kto robił preparaty anatomiczne, lubi bardzo na różnych wysokościach zmieniać szerokość jam, występując jednocześnie w różnych odcinkach rdzenia; 2) co ważniejsza, tylko w rdzeniu pacierzowym drogi dla przewodnictwa bólu, ciepła, a częściowo i dotyku, skrzyżowawszy się, biegną blisko piramid dla tej samej połowy ciała, i jedno ognisko może dać obraz porażenia BROW-SÉQUARD'a; tymczasem w rdzeniu przedłużonym stosunek wzajemny dróg czuciowych powyżej ich skrzyżowania jest zgoła odmienny; również inny jest stosunek ich do dróg piramidalnych: jedna jama w rdzeniu przedłużonym nie objaśni nam zaburzeń czucia bólu i ciepła na jednej nodze, a porażenia ruchowego w drugiej. Dalej K. podnosi znaczenie szczegółowego badania czucia w syringomyelii na twarzy (na skórze i błonach śluzowych), gdyż pomoże to nam wykryć szczegółową czynność rdzeniowego korzonka nerwu trójdzielnego, który w tej sprawie ulega porażeniu. W końcu KOPCZYŃSKI na uwagę BREGMANA, iż w literaturze nie spotykał wzmianki o predyleksyi syringomyelii do umiejscawiania się w dolnej części rdzeniowej i do dawania znamiennych zaburzeń czucia w dolnej połowie brzucha, powołuje się na własny przypadek, przedstawiony na jednym z ostatnich posiedzeń Towarzystwa, gdzie właśnie choroba przed 24 laty rozpoczęła

się w prawej dolnej połowie brzucha, a obecnie okolica ta po całej prawej stronie przedstawia pas zupełnego znieczulenia na dotyk, ból i ciepło. Chory ten przedstawiał cały szereg objawów opuszkowych.

Kol. ORŁOWSKI powiada, iż uderza go ta okoliczność, że w naszym kraju spotykamy przypadki syringomyelii najczęściej z zaburzeniami czucia, z zanikami, a zaburzenia odżywcze, które O. tak często widywał w Moskwie, u nas spotykają się bardzo rzadko.

Kol. BIRO zdanie to potwierdza.

Kol. CIĄGLIŃSKIEMU kol. BREGMAN odpowiada, że w przypadku II-im historię wyłączył na podstawie zaniku mięśni, zwłaszcza drobnych w dłoni, na podstawie przykurczenia, niewłaściwego histeryi. Rozszczepienie czucia, spotykane w histeryi, nie sprowadza przy niej oparzeń, jak u tej chorej; dalej, początek cierpienia nie nagły, jak w histeryi, a leczenie elektryzacją pozostało bez skutku. Czkawka nie ma znaczenia. Miała ją i IV-ta chora przed 50 laty, a obecnie ma wszystkie objawy syringomyelii. Przemijający niedowład kończyny górnej, według opisu chorej, wystąpił po zdrzemnięciu się z głową opartą na ramieniu; prawdopodobnie było to porażenie uciskowe z kategorii „Schlafähmung“. Wyłączyć można powikłanie histeryą postępującego zaniku mięśni, jak w przypadku ERB'a, gdyż i sam zanik mięśni, rodzaj przykurczenia, zachowanie się odruchów nie odpowiadają obrazowi *dystrophia musculorum progressiva*, lecz wskazują na rdzeniowe pochodzenie cierpienia.

Kol. KOPCZYŃSKIEMU BREGMAN odpowiada, że w 3 przypadku uwzględnił możliwość drugiego ogniska w części grzbietowej dla objaśnienia porażenia BROWN-SEQUARD'a w kończynach dolnych. Możliwe jest również wytłomaczenie tych objawów na podstawie ogniska przypuszczalnego w lewej połowie rdzenia, na miejscu przejścia rdzenia pacierzowego w rdzeń przedłużony: tu w miejscu skrzyżowania się piramid dotknięta być może sama tylko kończyna dolna lub równocześnie z kończyną górną strony przeciwnej (*hemiplegia cruciata*). U rozbieranego chorego istotnie prawa ręka była nieco słabsza od lewej. Co się zaś tyczy zaburzeń czucia, to typ porażenia BROWN-SEQUARD'a powstaje głównie stąd, że tory czuciowe krzyżują się wkrótce po wstąpieniu do rdzenia na wszystkich jego poziomach, a zatem odległość skrzyżowania się torów ruchowych i czuciowych w rdzeniu przedłużonym znaczenia mieć nie może.

Na uwagę kol. ORŁOWSKIEGO i BIRY co do rzadkości zmian odżywczych w przypadkach syringomyelii u nas, kol. BREGMAN przypuszcza, iż fakt ten zależy, być może, od różnicy materiału, ale możliwym jest również, że chorzy wcześniej się do nas zgłaszają, aniżeli np. w Moskwie. Z 5-iu opisanych przypadków jeden tylko przedstawiał zmiany odżywcze; przypadek ten pod względem trwania choroby był najstarszy.

St. Kocyński.

Z Warszawskiego Towarzystwa Higienicznego.

Posiedzenie wydziału higieny ludowej z dnia 2 marca r. b.

D-r J. JAWORSKI odczytał rzecz: „o przesądach i zwyczajach ludu naszego, dotyczących pomocy dla matek oraz opieki nad noworodkami“, opartą i na piśmiennictwie ludoznawczem polskim, i na własnych spostrzeżeniach, zebranych w okolicach Warszawy, w guberniach kaliskiej, lubelskiej i w Galicyi. D-r J. wyliczył

i ugrupował przesady ludowe, dotyczące ciąży, porodu i pogoju, a nadto wyciągnął z nich kilka ogólniejszych wniosków. W przesądach tych widać przede wszystkim wiarę w nadnaturalne wpływy, wiarę zwykle sprzeczną z religią i oświatą, dla zdrowia jednak właściwie dość obojętną. Niektóre przesady pod postacią, na pozór nieraz śmieszną kryją w sobie rady pożyteczne nawet dla zdrowia, nakłaniając do pewnej troskliwości o kobiety ciężarne, zmuszając je do zwracania na siebie większej uwagi, a przez to do większej ostrożności w codziennym życiu. Rażący jest brak wszelkiego zmysłu czystości w połoźnictwie ludowym. Tak samo — nieznanostwo znaczenia utraty krwi i obojętność przy krwotokach. Najważniejszy wreszcie jest zupełny brak zaufania do lekarzy i zawodowych akuserek, oraz praktyki, odbywane przy trudnych porodach, nieraz wstrętne i okrutne, a zawsze niebezpieczne. 80% porodów w Królestwie odbywa się bez należytej pomocy. Z 20 powiatów, a 540 gmin nie wysłano ani jednej kobiety na naukę do szkoły babek w ciągu lat 6. Znajomość zwyczajów i przesądów ludowych może dopomóc do przełamania nieufności ludu.

W rozprawach zwracano uwagę, że o lecznictwie ludowym zebrano mnóstwo surowego materiału, a czas byłby już na opracowanie go i na uogólnienia. Warto byłoby porównać lecznictwo ludowe z medycyną właściwą, zwłaszcza starożytną. Zażęgniwanie, zamawianie, odczynianie, jakkolwiek śmieszne, w istocie są leczeniem przez sugestję. Wniknięcie w warunki, towarzyszące tej sugestji ludowej, mogłoby przynieść pożytek i medycynie. Czy owi zamawiacze po za wypowiedaniem swych formuł starają się jeszcze działać na wyobraźnię chorych i czem? Pod śmiesznem często upodobaniem do przeróżnych maści i smarowań kryje się coś zbliżonego do masażu. Lud używa w chorobach mnóstwa ziół, ale niewinnych, trujących zaś unika.

Warto byłoby nawet zbadać, jakie choćby elementarne wiadomości z anatomii lud sobie sam już zdobył. Czy ma jakiegokolwiek choćby domysły z fizjologii, jakie poglądy na przyczyny i istotę choroby? O ile lud wykazał swą spostrzegawczość lub brak spostrzegawczości w rozpoznawaniu chorób (mieszanie np; odry, ospy i szkarlatyny w jedno pojęcie: krosty), w rokowaniu w chorobach, w dyetetyce chorych, w urządzeniach swych higienicznych. Warto byłoby poznać i weterynaryę ludową.

P. CISZEWSKI podnosi powtarzanie się tych samych przesądów u wszystkich narodów. P. E. MAJEWSKI uznaje konieczność uogólnień, gotów jest umieścić w Wiśle odpowiedni kwestyonaryusz, sądzi wszakże, że uogólnienia powinny wyjść od lekarzy.

D-r WYSOKIŃSKI z Międzyrzecza wspomina o kilku pominiętych przesądach w połoźnictwie. Nadto przedstawia opracowany przez siebie dla muzeum etnograficznego nowy zbiór przedmiotów, używanych w lecznictwie ludowym i żydowskiem przy zabobonnych praktykach.

ODCINEK.

Referat Komisji W SPRAWIE POPRAWY SZPITALNICTWA W WARSZAWIE.

W dniu 6 marca 1900 r. Rada Miejska Warszawska Dobroczynności Publicznej postanowiła powołać komisję pod przewodnictwem prof. KOSIŃSKIEGO w kwestyi potrzeb szpitalnictwa Warszawskiego. W skład komisji weszli: Naczelnik zakładów dobroczynnych ZIŁOW; Inspektor szpitali TROICKI; Członek Rady Miejskiej KRONENBERG; lekarz naczelny szpitala Św. Rocha MAŁOW; Radca prawny Rady — NOWAKOWSKI oraz członkowie eksperci: adwokat przysięgły — SULIGOWSKI i kandydat nauk matematycznych — CIEMNIEWSKI.

Rzeczona Komisya obecnie prace swe ukończyła i wyniki swych obrad przedstawiła Radzie Miejskiej Dobroczynności Publicznej. Ze względu na doniosłość sprawy zamieszczamy tu całkowity referat Komisji.

I. Krótki rys historyczny opieki szpitalnej w Warszawie.

a) Zarząd szpitali.

Podług ustawy z dnia 19 czerwca 1870 roku zarząd nad szpitalami Warszawskimi znajduje się w ręku Rady Miejskiej Dobroczynności Publicznej, mającej dozór ogólny nie tylko nad szpitalami, lecz i nad innemi instytucjami dobroczynnemi miasta Warszawy.

Historja szpitali Warszawskich świadczy, że większość ich powstała i istniała dzięki wyłącznie ofiarności prywatnej.

Dzięki tej ofiarności szpitale stopniowo powiększały się, liczba łóżek wzrastała w miarę ofiar, składek dobrowolnych, zapisów. Nawet subsydyja z kasy Państwa przeznaczane miały także więcej charakter ofiar prywatnych na szpitale, jako to: w roku 1811 subsydyum króla Saskiego po 1800 rb. rocznie; w dniu 27 maja 1824 roku ofiara Najwyższa po 1500 rb. rocznie i także ofiara po 22,328 rs. — kop. 10. rocznie w dniu 20 września 1842. Również i przywileje niektóre, ofiarowane szpitalom, także miały charakter prywatny, naprzykład: dochody z kopalń soli w Bortni, podatek na rzecz szpitali od nowo kreowanych kawalerów orderu Św. Stanisława i t. p.

Z biegiem czasu jednakże owe poszczególne źródła dochodów szpitalnych, oparte na ofiarach Najwyższych, weszły w skład subsydyum rządowego i jako wykreślone w roku 1890 z budżetu Państwowego przestały być wydawane.

Jako zakłady dobroczynne, szpitale warszawskie funkcjonowały, t. j. przyjmowały, utrzymywały i leczyły chorych w miarę możności i środków pieniężnych, zgoła nie będąc obowiązane przyjmować wszystkich, dla kogo pobyt w szpitalu był niezbędny. Każdy chory obowiązany był płacić pewne ustalone *quantum*, bezpłatnie leczono tylko nędzarzy i to w ostateczności.

Taki stan rzeczy trwał do dnia 3 czerwca 1894 r., do chwili ukazania się nowego prawa o podatku szpitalnym. Odtąd każdy opłacający podatek ma prawo żądać pomieszczenia w szpitalu dla siebie i rodziny swojej w razie choroby. Dzięki temu szpitale nasze tracą charakter instytucji dobroczynnych, stają się zakła-

dami społecznymi, domami zdrowia m. Warszawy, a zatem piecza i staranie o urządzenie ich i rozszerzenie w miarę istotnych potrzeb ludności miejskich winno spaść i leżeć już na Zarządzie, pod którego opieką się znajdują.

Obecnie szpitalnictwo Warszawskie ma charakter społeczny. W Cesarstwie należy ono do zarządów miejskich, na których ciąży obowiązek wynajdywania środków na zaspokojenie potrzeb szpitalnych ludności miejskiej.

W Warszawie zaś, niestety, pod tym względem mamy dwojakie rządy: wówczas bowiem, gdy całem gospodarstwem miejskiem rządzi Magistrat, do jego kasy płyną wszystkie podatki i pobory miejskie, nie wyłączając nawet podatku rublowego na korzyść szpitali, — sprawy szpitalne, pomimo że należeć winny również do gospodarki miejskiej, znajdują się pod zarządem zupełnie samodzielnej instytucji — Rady Miejskiej Dobroczyńności Publicznej. Magistrat Warszawski żadnej nie ma styczności ze sprawami szpitalnymi i podług ustawy z dnia 19 czerwca 1870 r. (patrz przyp. do art. 60 ustawy) nie jest obowiązany do łożenia pieniędzy ani na utrzymanie, ani na powiększenie szpitali w miarę rosnących potrzeb zwiększającej się ludności miasta. Oznaczona ustawa daje możność tylko Magistratowi udzielania subsydyów instytucjom dobroczynnym, znajdującym się pod opieką Rady Miejskiej Dobroczyńności Publicznej — rozmiary zaś tych subsydyów zależne są od remanentu, pozostałego po załatwieniu wszystkich innych potrzeb miasta.

b) Rozmiary obecnej pomocyszpitalnej.

Obecnie w Warszawie szpitale, pozostające pod zarządem Rady Miejskiej, posiadają około 2400 miejsc etatowych, nie licząc zakładów dla obłąkanych, które do programu Komisji nie należały, ponieważ zakłady te utrzymują się z osobnego podatku, obowiązującego mieszkańców całego Królestwa.

Przyjąwszy według danych policyjnych, że ludność Warszawy, bez wojska, w dniu 1 stycznia 1900 wynosiła 600000 mieszkańców, otrzymamy, że jedno łóżko przypada więcej niż na 287 mieszkańców. Tymczasem w Europie zachodniej dla dużych miast ustalono niezbędną normę 1 łóżko na 200 mieszkańców.

c) Określenie liczby miejsc szpitalnych obecnie w Warszawie potrzebnych.

Przy określeniu potrzebnej liczby łóżek szpitalnych dla Warszawy trzeba wziąć pod uwagę: a) że do Warszawy uciekają się chorzy z całego kraju, w którym wogóle szpitali jest bardzo mało; b) że klasa wyrobnicza i wogóle biedna stanowi bardzo znaczną odsetkę ludności Warszawy i c) że brak przytułków i oddziałów dla nieuleczalnych wywołuje przepełnienie szpitali chorymi, którzy opieki szpitalnej nie potrzebują.

Wobec powyższego wyjaśnienia Komisya nie mogła nie przyjść do stanowczego wniosku, że liczba miejsc szpitalnych, jaką obecnie posiadają szpitale Warszawskie, nie odpowiada rzeczywistej potrzebie mieszkańców miasta, i, jeśli przyjąć pod tym względem normę miast zachodnio - europejskich, to w Warszawie w stosunku do jej mieszkańców potrzeba najmniej 3500 łóżek szpitalnych, t. j. o 1100 więcej, niż posiada obecnie. Ponieważ jednak powiększenie liczby łóżek szpitalnych do tych rozmiarów jest obecnie, ze względów finansowych, rzeczą niemożliwą, to przyjąwszy jako *minimum*, jedno łóżko na 230 mieszkańców, Komisya ostatecznie ograniczyła się na 3000 łóżek, t. j. o 600 miejsc więcej, niż jest w danej chwili.

II. Potrzeby szpitali warszawskich pod względem sanitarnym i pomocy lekarskiej.

Była podkomisya lekarska pod przewodnictwem prof. CZAUSOWA, utworzona przy komisji szpitalnej szambelana TURAUA, przedstawiła w swoim czasie obszerny referat, załączony do niniejszego sprawozdania, o stanie szpitalnictwa w Warszawie. Z referatu tego okazuje się, że:

1) Szpitale warszawskie, straciwszy charakter prywatnych zakładów dobroczynnych, powinny być bezwarunkowo, jako instytucje społeczne, z gruntu przeobrażone.

2) Szpitale te, z wyjątkiem nowo zbudowanych lub przerobionych w ostatnich czasach przez Radę Miejską, nie odpowiadają współczesnym wymaganiom szpitalnym ani co do pomieszczenia, ani co do budowy, ani też co do urządzenia wewnętrznego i wymagają gruntownej przeróbki.

3) Dwa szczególnie szpitale: Wolski i św. Rocha braki te posiadają; i dla tego pierwszy otrzymać powinien nowe zupełnie pomieszczenie, a szpital św. Rocha ze wszystkim powinien być przeniesiony w inne miejsce. Oprócz tego znaczne i poważne roboty powinny być przedsięwzięte w szpitalu św. Łazarza i na Pradze.

4) Urządzenie sal, pościel, bielizna i ubranie chorych nie odpowiada ani potrzebom chorych, ani wymaganiom higieny. Utrzymanie chorych, dla braku funduszków, okazuje się niedostatecznym; pielęgnowanie chorych wobec ograniczonej służby niższej i częstej jej zmiany, z powodu niezabezpieczonego jej bytu, również jest niedostateczne; pomoc lekarska, przy niezmiernie małym wynagrodzeniu lekarzy, jest wadliwie pomyślana.

5) Ambulatorya, zapewniające dorywczą pomoc lekarską biednej ludności, zupełnie są niewystarczające.

Opierając się na powyższych danych, Komisya uważa za rzecz niezbędną postarać się, oprócz urządzenia nowych 600 miejsc szpitalnych, o ulepszenie istniejących przez zaprowadzenie w szpitalach urządzeń kanalizacyjnych, wodociągowych i wentylacyjnych, odpowiednie przerobienie kucheni, pralni, łazienek i innych pomieszczeń szpitalnych, oraz wzniesienie domów dla administracji i służby szpitalnej.

III. Fundusz potrzebny a) jednorazowo na urządzenie szpitali i b) stały — na ich utrzymanie.

a) Dla urzeczywistnienia wyżej wskazanych potrzeb szpitalnictwa warszawskiego, t. j. na wybudowanie nowych szpitali i gruntowną przeróbkę starych, przewiduje się wydatek jednorazowy w sumie około 1,334,750 rubli. Wykaz szczegółowy wydatków i podział tej sumy na pojedyncze szpitale przy niniejszem się załącza (ob. dodatek Nr. 1).

b) Powiększenie liczby łóżek szpitalnych pociągnie za sobą, rozumie się, znaczne i stale zwiększenie się budżetów szpitalnych, tembardziej, że utrzymanie obecne chorych w szpitalach warszawskich, jak to już zaznaczono wyżej, wcale nie odpowiada teraźniejszym wymaganiom lekarskim. Podług sprawozdania Rady Miejskiej za 1899 rok, koszt jednego dnia szpitalnego wynosił przeciętnie 71 kop., w roku ubiegłym, z powodu znacznego podskoczenia cen wszystkich produktów spożywczych i innych niezbędnych przedmiotów, dzień szpitalny wypadnie znacznie drożej. W szpitalach zagranicznych dzień szpitalny kosztuje 2—2½ rb.; w Moskwie i Petersburgu do 1 rb. i więcej.

Ze sprawozdania petersburskiej komisji szpitalnej za 1899 r. widzimy, że koszt utrzymania jednego chorego wynosił: w szpitalu św. Maryi Magdaleny 1 rb. 2 kop., w Barakowym 1 rb. 54 kop. Wobec tych danych i na podstawie przeciętnego obliczenia dla szpitali warszawskich (ob. dodatek Nr. 2), komisja przyszła do wniosku, że dla szpitali warszawskich cena dnia szpitalnego nie może wynosić mniej, niż 1 rb. dziennie.

Tym sposobem wydatek roczny na utrzymanie szpitali warszawskich odpowiadać będzie liczbie dni szpitalnych, wyrażonej w rublach. Aczkolwiek szpitale warszawskie przy 3000 łóżek szpitalnych rozporządzać będą 1,095,000 dni szpitalnych w ciągu roku, jednakże, faktycznie, liczba ta będzie mniejsza, gdyż pewna część dni szpitalnych odpada z powodu remontu, oczyszczania łóżek i sil po zmarłych i chorych zakaźnych.

Opierając się na sprawozdaniach Rady Miejskiej, Komisja przyszła do wniosku, że można bez wielkiego błędu przyjąć, że każde łóżko faktycznie będzie zajęte przeciętnie przez 325 dni w ciągu roku, co przy 3000 łóżek stanowi 975000 dni szpitalnych, a więc i tyleż rubli wydatku rocznego na utrzymanie szpitali. Zresztą od liczby powyższej można odjąć 211250 dni szpitalnych, przypadających na 650 łóżek w szpitalach: Starozakonnych, Ewangelickim, dziecięcym chrześcijańskim i Instytucie oftalmicznym, które utrzymują się ze specjalnych funduszy i źródeł i otrzymują w pewnej mierze tylko zapomogi z funduszy Rady Miejskiej za leczenie chorych, opłacających podatek szpitalny. Tym sposobem na wszystkie inne szpitale pod zarządem Rady Miejskiej, oprócz zakładów dla obłąkanych, przypada 764000 dni szpitalnych i tyleż rubli rocznie wydatków, nie licząc innych wydatków, o których jeszcze mowa będzie niżej.

IV. Źródła na pokrycie jednorazowych wydatków w celu rozszerzenia i ulepszenia szpitali Warszawskich.

Jak to widać z dodatku do niniejszego referatu, kredyt potrzebny na rozszerzenie i ulepszenie szpitali wynosi przeszło 1000000 rb.

Ponieważ dla zaspokojenia owego wydatku Rada Miejska gotowych funduszy nie posiada, to uzyskać je można tylko drogą pożyczki, w tym celu należałoby się zwrócić naprzód do Rządu, który zgodzi się może na wypożyczenie oznaczonej sumy bez procentów na warunkach amortyzacji.

Jako zabezpieczenie owej pożyczki mogłyby służyć pierwsze wpływy z podatku szpitalnego. Gdyby zaś Rząd nie zgodził się na taką propozycję, wtedy pozostaje tylko pożyczka wewnętrzna z sum, będących własnością szpitali, lub też sprzedaż nieruchomości, na przykład Rakowca.

Należący do szpitala Św. Rocha wielki folwark Rakowiec znajduje się w bliskości Warszawy i przedstawia skutkiem tego wielką wartość. Z akt Rady Miejskiej okazuje się, że Magistrat, będąc w chęci kupienia dla miasta owego folwarku, ofiaruje za niego 1200000 rb, osoba zaś prywatna daje około 1500000 rubli, Towarzystwo zaś Kredytowe Ziemskie ocenia Rakowiec na 2500000 rs.

Z tego okazuje się, że wartość Rakowca jest tak znaczna, że z sum, otrzymanych przy sprzedaży, można pożyczycić kapitał potrzebny na roboty budowlane z warunkiem oddania go w określonym terminie.

Można, na koniec, w tymże celu zrobić użytek i z kapitałów zakładów dobroczynnych. Kapitały te są wprawdzie nietykalne, jako kapitał żelazny tych instytucji, z procentu od których się utrzymują; jednakże, przy zagwarantowaniu całkowitego zwrotu pożyczki, operacja ta wydaje się zupełnie możebną — mamy

przykład na pożyczce 500000 rb. na dokończenie budowy szpitala Dz. Jezus, sankcyonowanej przez Ministerium. Tylko kapitały, o których wręcz zastrzeżono zapisami, że mają być konieczne w depozycie lub na hipotecę, nie dałyby się zużytkować do podobnej operacji. Kapitały wszystkich zakładów dobroczynnych, znajdujące się pod zarządem Rady Miejskiej, jak się okazuje z poniżej załączonego spisu, przedstawiają sumę 2,221,717 rb. 82 kop., która się znajduje w Oddziale Warszawskim Banku Państwa. Z wyjątkiem sum specjalnych, pożyczyc by można z tego około 1600000 rb. (Patrz dodatek N. 3).

Ponieważ kapitały te, ogółem biorąc, są w rencie państwowej, to i zwracać by można było jako taką. Gwarancją regularnej spłaty pożyczki mogą być ogólne dochody szpitalne, a głównie podatek szpitalny. Ten ostatni powinien być taki, aby wystarczył nie tylko na bieżące potrzeby szpitalne, lecz i na roczną ratę amortyzacyjną wraz z procentami.

W celu lepszego zabezpieczenia praw każdego szpitala, zachowującego, jako jednostka prawna, prawo rozporządzania własnymi kapitałami, należy wyjednać w Ministerium, aby zezwoliło Radzie określić, dla jakiego szpitala i od której instytucji zaciągnięto pożyczkę, z warunkiem zaprowadzenia w tym celu osobnej kontroli.

Oprócz tego dodać należy, co następuje:

a) Ze szpitali, potrzebujących rozszerzenia lub gruntownej przebudowy trzy rozporządzają dość znacznymi kapitałami, które mogą właśnie być użyte na cele powyższe, również na warunkach pożyczki, a mianowicie:

| | |
|----------------------|-------------|
| na szpital św. Ducha | 65,000 rb. |
| „ Wolski | 35,000 „ |
| „ św. Rocha | 116,000 „ |
| | 216,000 rb. |

dla okrągłości rachunku przyjmujemy 200,000 rb.

b) Ze sprzedaży szpitala św. Rocha można otrzymać 200,000 rb. — tak więc jeżeliby nowy szpital św. Rocha wybudować na terytorium szpitala św. Łazarza, co jest zupełnie możebne ze względu na obszerny plac szpitalny, Rada miejska rozporządzałaby sumą 400000 rb. na potrzeby budowy.

Tym sposobem, jeżeliby Rząd zgodził się na pożyczkę, to sumę potrzebną w ilości 1334750 rb. dałoby się zredukować do 934,750 rb., resztę zaś 400,000 rb. możnaby mieć ze sprzedaży placu i budynków szpitala Św. Rocha (200000 rs.) i 20000 rs. również z kapitałów 3 wyżej wymienionych szpitali jako pożyczkę amortyzacyjną. Gdyby zaś wypadło zaciągnąć pożyczkę od zakładów dobroczynnych, to wtedy od ogólnej sumy tej pożyczki możnaby odjąć tylko 200000 rubli za sprzedaż szpitala św. Rocha.

c) Jednakże podobny projekt jednorazowej pożyczki na roboty budowlane tylko wtedy może być urzeczywistniony, jeżeli Ministerium Spraw Wewnętrznych zgodzi się na wybudowanie szpitala św. Rocha na terytorium szpitala św. Łazarza, a szpitala Wolskiego na terytorium b. Domu Przytulku i pracy, gdzie obecnie razem ze szpitalem znajdują się sale zarobkowe imienia Staszycy. Tylko taka operacja finansowa, wobec ciężkich warunków finansowych Rady Miejskiej, może rozstrzygnąć pomyślnie kwestję zreformowania na lepsze szpitalnictwa warszawskiego. Gdy jednakże, według zdania niektórych członków Komisji, wybudowanie szpitali Wolskiego i św. Rocha na placach, należących do innych instytucji, przedstawia niektóre trudności natury prawnej, pozostali członkowie Komisji postanowili bardziej szczegółowo rozpatrzyć ową kwestję i, przychylając się do zdania r. st. W. Kronenberga, doszli do wniosku, że zbudowanie

wanie jednego szpitala na terytorium drugiego jest rzeczą prawnie możliwą z warunkiem zawarcia umowy na prawo użytkowania przez lat 30 i omówienia warunków, na jakich kontrakt się rozwiązuje po expiracyi umowy i za zgodą odnośnych władz.

V. Wykaz dochodów i rozchodów szpitalnych na utrzymanie szpitali.

Obecnie szpitale Warszawskie, zostające pod zarządem Rady Miejskiej, mają następujące dochody (w okrągłych cyfrach) (podług sprawozdania za rok 1899).

| | |
|-----------------------------------|------------|
| % od kapitałów około | 34,000 rb. |
| Zasiłki od Magistratu i in. około | 75,000 „ |
| Dochód z nieruchomości i czynszów | 69,000 „ |

Renta z 5 kopiejkowego podatku, po odliczeniu musowych wydatków na sprawy nie szpitalne z ogólnej sumy 76,000 rb. — około 32,000 rb.

| | |
|-------------------------------------|-----------|
| podatek rublowy | 200,000 „ |
| i za zwrot kosztów leczenia chorych | 100,000 „ |

a) Stałe dochody szpitali.

Ostatnia jednakże pozycja, zmniejszona od czasu ustanowienia podatku szpitalnego od wyrobników i służących, przy rozszerzeniu owego podatku podług projektu komisji, niżej wyłuszczonego, zupełnie odpada*), ogólna przeto suma stałych dochodów szpitalnych wyniesie około 410,000 rb.

Nie biorąc tymczasem pod uwagę wydatków na szpitale przy rozszerzeniu tych ostatnich według planu Komisji, trzeba zaznaczyć, że samo tylko przeniesienie szpitala Dz. Jezus na folwark Świętokrzyski do takiego stopnia powiększy wydatki, że obecne dochody z rozchodami się nie zrównoważą. Podług raportu Naczelnika Zakładów dobroczynnych z dnia 1 lutego 1900 r. wydatki w tym razie odrazu zwiększą się przeszło o 50000 rs., na zaspokojenie których nie ma żadnych środków.

b) Wydatki stałe na potrzeby szpitali.

Co się tyczy wykazu wydatków na potrzeby rozszerzonych szpitali — trzeba przyjąć pod uwagę, że:

1) Otrzymawszy jednorazowy kredyt na roboty budowlane na warunkach amortyzacyi onego, wydatku stałego na potrzeby szpitalne nie można obliczać ceną dnia szpitalnego lecz trzeba pamiętać o corocznej sumie, przynależnej na amortyzację pożyczki wraz z procentami.

2) Z liczby 975000 dni szpitalnych, czyli tyluż rb. powyżej przez Komisję podanych, należy odjąć 211250 dni, wypadających na 650 łóżek w szpitalach żydowskim, ewangelickim, dzieciennym (chrześcijańskim) i w Instytucie Oftalmicznym, utrzymywanych z sum specjalnych i prywatnych.

(C. d. n.).

*) Prócz opłaty za leczenie zamiejscowych osób, która będzie uwzględniona w odpowiednim miejscu niżej.

O ruchu chorych w szpitalu miejskim Św. Stanisława

za czas od 14 lutego do 14 Marca r. b.

Pozostało z ubiegłego miesiąca chorych 68 (m. 50, k. 48); przybyło w marcu 73 (m. 43, k. 30); wypisało się 74 (m. 40, k. 34); zmarło 13 (m. 5, k. 8); pozostało na miesiąc następny chorych 78 (m. 43, k. 35).

Ogólna liczba chorych była znacznie mniejsza, niż w miesiącu ubiegłym, głównie dzięki ciągłemu zmniejszaniu się ospy, której było 2 razy mniej, niż w styczniu, t. j. 23 tylko nowych przypadków. Razem z pozostałymi z poprzednich miesięcy szpital liczy obecnie chorych na ospę 55.

Z innych chorób gorączkowych często w dalszym ciągu pokazuje się odra, szkarlatyna i róża, a zaczyna się pojawiać tyfus wysypkowy.

Z 28 chorych na ospę świeżo przybyłych było mężczyzn 16, kobiet 12. Śmiercią zakończyło się przypadków 10 (m. 4, k. 6), z których 7 u chorych nieszczepionych. Chorzy pochodzili z następujących ulic i domów: Obozowa 2, Wolska 18 i 47, Koźła 3, Pawia 5, Leszno 23 i 71, Chłodna 46, Marszałkowska 38, Browarna 18, Brukowa 32, Stawki 34, Widok 22, Wronia 65 i 2, Kamionkowska 5, Młynarska 10, Terespolska 16, Nowolipki 60, Sporna 4, Chłodna 7, Dworzec Petersburski, Nowe Miasto 3, Freta 11, Długa 52, Wolność 15, Pelcowizna i wieś Macierz.

Drugą rubrykę zajęła odra, której zanotowano przypadków 9 (m. 4, k. 5) przeważnie u dorosłych, z których z powodu powikłań jeden zakończył się niepomyślnie. Chorzy przybyli z ulic i domów: Żimna 4, Chłodna 22, Krochmalna 14, Chmielna 5, Niecała 11, Wolska 3, Dworska 2, Białoskórna 5.

Częściej również występowała szkarlatyna, której przyjęto przypadków 6 (m. 4, k. 2), przeważnie u dorosłych, z ulic: Senatorska 32, Mokotowska 21, Hoża 53, Długa 42, wieś Nowosady i Pogoń.

Z innych chorób gorączkowych przyjęto: 5 przypadków róży; po 3 przypadki: tyfusu wysypkowego (Smocza 5, Szwedzka 19, Grochowska 32); tyfusu brzuszego (Wolska 20, Pawia 64, Żimna 5) i błonicy gardła (Tamka 42, Krucza 10, Mostowa 12); 4 przypadki biegunki krwawej (Twarda 24, Żimna 14, Nowogrodzka 4, Dzika 19 i Czerniakowska 38); oraz po jednym przypadku choroby Werlhofa i karbunkułu (wieś Wola).

Chorych niewłaściwie do nas skierowanych było 4.

Biletów odmownych chorym nie kwalifikującym się do szpitala św. Stanisława wydano 7 (m. 1, k. 6), dla braku zaś miejsc 4 kobietom.

Wszyscy chorzy przepędzili dni szpitalnych 2551 (m. 1298, k. 1253).

Śmiertelność miesięczna wynosi 7,87%.

J. Szwajcer.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= TRIA dokonał doświadczeń nad wpływem przecięcia nerwu błędnego na rozwój gruźlicy płuc. Wstrzykiwał on psom, którym po jednej stronie przecinał nerw błędny, hodowlę łaseczników gruźliczych do tchawicy lub do

żyły szyjowej wspólnej. W kilku doświadczeniach wynik był ujemny. Natomiast u jednego psa, zabitego 35 dnia, cała powierzchnia opłucny obu płuc pokryta była licznymi gruzelkami; w płucach i tchawicy również były ogni-

ska gruźlicze. Pies, służący do sprawdzenia, t. j. któremu nie przecięto nerwu błędnego, pozostał zdrowym. W drugim doświadczeniu zwierzę zginęło 47 dnia; znaleziono gruźlicę i innych narządów. U zwierzęcia kontrolującego nie było zmian żadnych. Autor wnioskuje, iż przecięcie jednego nerwu błędnego podnosi w znacznym stopniu usposobienie psów do gruźlicy. (Gazz. d. osped. 13. 5. 1900).

= Na zasadzie własnego doświadczenia BORCUGREVNİK podaje następujące wnioski, dotyczące wpływu cięcia brzuszego na zapalenie otrzewny gruźlicze (surowicze): jeśli zapalenie przebiega z małą gorączką, to rokowanie bywa dobre nawet bez operacji; przy gorączce wysokiej operacja tylko szkodę przynosi. Z liczby 22 operowanych przez autora połowa gorączkowała, połowa nie; z tych ostatnich wyzdrowiało 10 chorych z pierwszych tylko 3. Cięcie brzuszne nie przynosi wcale większego pożytku, niż zwykłe przekucie. Z 22 nieoperowanych wyzdrowiało 18 chorych. (Mitteil. aus d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir. T. 6)

= GALVANI przytacza 51 własnych przypadków leczenia gruźlicy otrzewny za pomocą cięcia brzuszego i jest go-

racym zwolennikiem tego rodzaju leczenia. Zdaniem jego, gdy po pierwszej operacji nie otrzymamy zupełnie zadawalającego wyniku, to należy ją powtórzyć bez ociągania się. Zmarło 7 chorych, poprawiło się nieznacznie 3, stan się pogorszył u 2; pozostali chorzy wyzdrowieli zupełnie lub znakomicie się poprawili. W jednym przypadku 3-krotnej laparotomii autor przekonał się o zmniejszaniu się ognisk gruźliczych po operacji, a w drugim przypadku stwierdził całkowity powrót otrzewny do stanu prawidłowego. (Rev. de gynec. T. 4).

= EINHORN zwraca uwagę na cierpienia przymiotowe żołądka, występujące w trzeciorzędnym okresie, które niczem się nie różnią od zwykłych postaci chorobowych nieswoistych. Rozpoznanie ich opiera się na danych wywiadowczych oraz na wyniku leczenia swoistego. Autor przytacza 6 własnych spostrzeżeń: 2 wrzody, 2 guzy i 2 zwichnięcia odźwiernika. Wszystkie te przypadki były bardzo uporzeczywe i zostały wyleczone szybko dzięki swoistemu leczeniu. W jednym przypadku przypuszczano raka z powodu zupełnego braku kwasu solnego. (Arch. f. Verdaunungskrh. T. 6.)

Od Komitetu Kasy Wsparcia podupadłych lekarzy oraz wdów i sierot biednych po lekarzach pozostałych.

Komitet Kasy zwraca się z uprzejmą prośbą do wszystkich lekarzy, nie będących jeszcze członkami Kasy, aby zechcieli zapisywać się w poczet członków tejże Kasy, a w tym celu do N-ru bieżącego dołącza blankiet na odnośną deklarację. Komitet nadmienia przytem, że zwiększenie funduszów Kasy da się osiągnąć przeważnie drogą zwiększenia liczby uczestników oraz wysokości składek rocznych. Przykład 1 lat ubiegłych przekonał nas, że ciężkie warunki ekonomiczne odbijają się i na stanie lekarskim, czego dowodem jest większa, niż dawniej, liczba podań o wsparcie nie tylko wdów i sierot, lecz, niestety, i samych lekarzy, złożonych chorobą i nie będących w stanie zarobić na życie swoje i rodziny. Siłą faktów podania tych, którzy myśleli o zasilaniu niegdyś wsparcia potrzebujących, a więc podania członków i rodzin, pozostałych po członkach, są uwzględniane, przedewszystkiem — sumy przyznawane osobom tej kategorii są większe, niż sumy, wyznaczane lekarzom nieczłonkom lub ich rodzinom, a bardzo być może, że z czasem, w miarę wzrostu liczby podań członków Kasy, a przy niezwiększaniu się funduszów — podania lekarzy nieczłonków i ich rodzin zupełnie, — niestety, dla braku funduszu nie będą mogły być uwzględniane. Warszawa d. 6 marca 1901 r.

W imieniu Komitetu, Zarządzający Kasą Wsparcia.

Dr M. Jankowski.

WYDAWCA Dr. L. Gurański.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. med. M. Sadowski.

Доводило Ценазрою, Варшава, 8 Марта 1901 г.

Друк К. Ковалевського, Варшава, Маковіцка 8

APTEKA I SKŁAD WÓD MINERALNYCH NATURALNYCH
wprost ze źródeł sprowadzanych
POD FIRMA

D-r T. HEINRICH

w Warszawie,

przy rogu ulicy Wierzbowej i Senatorskiej Nr. 473b, nowy 11.

Jest stale zaopatrzoną we wszystkie wody mineralne tak krajowe jak i zagraniczne, jak również we wszystkie lekarstwa specjalne i środki lekarskie w ostatnich czasach w użycie wprowadzone.

Warszawski Zakład Ginekologiczny

Marszałkowska 45.

D-rów Boryssowicza, Brühla, Gromadzkiego, Jaskłowskiego, Kuniewicza, Natanson, Thiemego, Tyrchowskiego i Winawera. Przyjmuje osoby, dotknięte chorobami kobiecymi, jako też spodziewające się słab., za opłatą od 1.50 do 5 rs. dziennie za całkowite utrzym., leczenie, lekarstwa i t. d.

ZAKŁAD LECZNICZY

D-ra med. Z. Dmochowskiego

dla chorych na krtań, gardło i nos.
Chmielna 17.

W ambulatorjum codziennie otwartem od 10—11 i od 3—4. Porada 30 kop.

Zakład Leczniczy dla chorych

NA USZY

D-ra L. Guranowskiego

Bracka 20.

przyjmuje chorych na stałe pomieszczenie za opłatą od rb. 3—5. Ambulatorjum codziennie od 11—1.

Cena biletu kop. 50.

Pracownia analityczno-lekarska

D-ra Stanisława Mutermilcha

Rozbiory chemiczno-bakteryologiczne i mikroskopowe moczu, płwociny, krwi, zawartości żółtkowej, kału, wydzielin z narządów moczopłciowych, mleka kobiecego, nalotów dyfterytycznych, wysięków i t. p. do celów dyagnostyki lekarskiej.

Marszałkowska Nr. 127 (Zielna № 22).

KSIĘGARNIA

Skład i wypożyczalnia nut muzycznych oraz główna ekspedycja pism peryodycznych

S. A. KRZYŻANOWSKIEGO

w Krakowie.

Poleca najnowsze wydawnictwa:

DR. NARTOWSKI:

- | | |
|---|---------|
| ZADUMA (Melancholia). Kraków, 1900 | 2 Kor. |
| PROMIENIE RÖNTGENA i ich zastosowanie do celów rozpoznawczych i leczniczych. Kraków, 1900 | 8 Kor. |
| ELEKTRODIAGNOSTYKA I ELEKTROTERAPIA dla użytku uczniów i lekarzy z 6 tablicami i 304 rycinami. Kraków, 1901 | 18 Kor. |
| DZIAŁANIE LECZNICZE ŚWIATŁA ELEKTRYCZNEGO w różnych stanach patologicznych a głównie w chorobach układu nerwowego. Kraków 1900. — | 2 Kor. |