

# MEDYCYNA

I

## KRONIKA LEKARSKA

CZASOPISMO TYGODNIOWE

DLA LEKARZY PRAKTYKÓW.

Nr 22.

Warszawa d. 3 czerwca 1911 r.

Rok XLVI.

### WARUNKI PRZEDPŁATY

w Warszawie { rocznie . . . rb. 7 kop — Z przesyłką pocztową } rocznie . . . rb. 8 kop. —  
{ półrocznie . . . „ 3 „ 50 } półrocznie „ 4 „ —

Cena numeru pojedynczego kop. 15.

CENA OGŁOSZEŃ. Za wiersz jednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10.

Na pierwszej i ostatniej stronie i na stronicach między tekstem kop. 20.

Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny i Kroniki lekarskiej”. Biuro ogłoszeń Ungra Wierzbowa 8. Dom handlowy L. i E. Metz i Sp. Marszałkowska 130. W Berlinie Rudolf Mosse Jerusalemstrasse 19, w Paryżu wyłącznie Dyrektor syndykatu Francusko-Rosyjskiego Gray de Gourey 46 Boulevard Barbès 46.

Adres Redakcyi i Administracyi, Niecała 7, dom Towarzystwa Lekarskiego. Tel 37,92.

## I-mu Zjazdowi lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego

REDAKCJA MEDYCYNY I KRONIKI LEKARSKIEJ.

Przed kilkunastu laty w łonie redakcyi „Kroniki Lekarskiej” powstał projekt zwołania w Warszawie Zjazdu lekarzy prowincjonalnych; rozumieliśmy wtedy całą doniosłość sprawy i nie szczędziliśmy starań, aby myśl przyoblec w czyn. Ówczesne warunki ogólne nie pozwoliły zamiarom naszym wcielić się w kształty konkretne.

Z tem większą przeto radością dowiedzieliśmy się, że myśl nasza nie przepadła, że czynne zawsze Towarzystwo lekarzy łódzkich zdołało uzyskać pozwolenie na Zjazd, a, co ważniejsza, zorganizowało go przy pomocy innych Towarzystw prowincjonalnych.

Stoimy więc dziś wobec faktu dokonanego i z radością poświęcić możemy pierwszemu Zjazdowi lekarzy prowincjonalnych nasz numer.

Piszemy: pierwszemu, choć Zjazd ten miał już poprzedników w zakresie higieny. Pamiętamy Zjazdy w Warszawie, Lublinie, Częstochowie. Choć złożone tylko z członków Towarzystwa higienicznego, zdołały jednak zgromadzić po kilkuset lekarzy, przeważnie z prowincyi. Prace ich poważne, owiane miłością zawodu i kraju, będą zawsze stanowiły dokument dodatni w historyi umysłowości polskiej i obywatelskiego stanowiska lekarzy.

Zjazd obecny szersze sobie zakreślił zadanie. Obok spraw, ogólną zdrowotność mających na celu, zapowiedziano prace o szpitalnictwie prowincjonalnem, o higienie szkolnej, o bycie lekarzy i sposobach polepszenia bytu, wreszcie cały szereg prac z medycyny praktycznej.

Pomijając praktyczno-lekarskie znaczenie I Zjazdu prowincjonalnego, choć i to jest bardzo ważnym czynnikiem dla tych kolegów, którzy z różnych powodów nie chcą lub nie mogą zabierać głosu na Zjazdach ogólnych, podkreślić musimy przedewszystkiem znaczenie narad wspólnych w sprawach, medycynę publiczną oraz byt lekarzy mających na celu.

Tu doniosłość Zjazdu występuje na plan pierwszy. Postulaty, jakie wyłonią się z dyskusyi, mogą mieć znaczenie nie tylko dla lekarzy, ale dla kraju całego.

Mamy nadzieję, że I-szy Zjazd lekarzy prowincjonalnych będzie w istocie pierwszym w szeregu swych następców, że Zjazdy takie odbywać się będą co lat parę, i że w ten sposób nastąpi zrzeszenie lekarzy, rozsianych dziś po całym kraju. Zjazdy tego rodzaju poza podniesieniem ogólnego poziomu naukowego lekarzy prowincjonalnych przez stały karm dla ducha przyczynią się do zespolenia pionierów kultury narodowej we wspólnej pracy dla dobra kraju.

Witamy więc szczerze I-szy Zjazd lekarzy prowincjonalnych, a uważając fakt otwarcia pierwszego Zjazdu za objaw społecznie i naukowo wybitny, poświęcamy mu numer specjalny, na który złożyły się prace przeważnie kolegów prowincjonalnych.

Życzymy Zjazdowi powodzenia, pracy owocnej i wyników tej pracy dla dobra kraju. Zbiera się on w kuźni pracy, w mieście, żyjącem, jak dotąd, tylko z interesu i dla interesu, gdzie jednak, mimo to, wielu lekarzy nie zasklepia się w snobizmie, ale obejmując szersze pola myśli i czynu obywatelskiego, dba szczerze o sprawy krajowe. Zjazd ten, jako nagroda za czyny dobre, będzie im bodźcem do dalszej, ciężkiej pracy na polu lekarsko-społecznem.

Prastara Stolica kraju śle młodszej siostrzycy pozdrowienie i życzenie, by w swych murach i na innych polach pracy narodowej znalazła równie dzielnych sterników dla swej łodzi.

REDAKCJA.

## PRACE ORYGINALNE

### I. O tuberkulidach skóry i ich znaczeniu w rozpoznawaniu gruźlicy.

Podał

Dr. med. J. Leyberg (Łódź)

Żadna choroba nie daje na skórze tylu różnorodnych przejawów, co gruźlica.

Przedewszystkiem znany jest cały szereg wykwitów t. zw. klasycznej gruźlicy skóry, wywołanych obecnością w niej żywego, zdolnego do rozszerzania się zarazka; ze względu na różny wygląd, różną patogenezę i przebieg kliniczny wykwity te mają znaczenie odrębnych jednostek chorobowych.

Prócz tego odróżniamy szereg wysypek skórnych, stojących, niewątpliwie, w związku z gruźlicą, mianowicie t. zw. t u b e r k u l i d y (po polsku nazwałbym je „gruzelkowcami”).

Do schorzeń pierwszej kategorii należą: najbardziej rozpowszechniona postać gruźlicy skóry — toczeń żrący (*lupus vulgaris*) z jego różnokształtnymi odmianami klinicznymi, skóra żółzowa (*scrofuloderma*), gruźlica brodawkowata skóry (*tuberculosis verrucosa cutis*), prosówkowata owrzodziała gruźlica skóry (*tuberculosis miliaris cutis exulcerata*) oraz ostra prosówkowata gruźlica skóry (*tuberculosis miliaris acuta cutis*).

Patogeneza tych cierpień skóry wskazuje, że zarazek, wywołujący je, może się dostać na skórę trzema drogami: przez zaszczepienie zewnętrzne, przez zetknięcie z narządem gruźliczym, znajdującym się w najbliższym sąsiedztwie (*per contiguitatem*) oraz przez obieg krwionośny czyli w drodze przetrzutu.

Najczęstszą postacią tocznia żrącego jest ta, która powstaje przez zakażenie zewnętrzne. Występuje ona jako pojedyncze lub zlewające się plamy, względnie gruzelki, które powstają w miejscach zetknięcia się skóry z zarazkiem gruźliczym, przeważnie na obnażonych częściach ciała: na twarzy, no-

sie, uszach i rękach, w następstwie urazu, np. po przekłuciu ucha, na bliznach po szczepieniu ospy, w miejscach tatuowanych śliną suchotnika i t. p. Postacią typową takiego zakażenia zewnętrznego jest gruźlica skóry brodawkowata, powstająca przez zakażenie skóry miejscowe materiałem gruźliczym sekcijnym.

Znacznie rzadszy jest toczeń żrący pochodzenia przetrzutowego. Występuje on wtenczas w postaci wykwitów wielogniskowych rozsianych, ułożonych symetrycznie u dorosłych z gruźlicą kości, stawów, gruczołów lub płuc, u dzieci najczęściej po odrze, rzadziej po płonicy i krztuścu (*lupus postexanthematicus*), również po zabiegach chirurgicznych, np. wskutek wyciągnięcia stawu gruźliczego.

Charakterystyczną postacią gruźlicy skóry, która powstaje najczęściej *per contiguitatem*, jest t. zw. skóra żółzowa, w miejscach pęknięcia gruczołu żółzowego lub gruźliczej zatoki kostnej. Ostra prosówkowata gruźlica skóry jest zazwyczaj tylko przejawem skórnym ogólnej gruźlicy prosówkowatej, a owrzodziała prosówkowata gruźlica występuje w okolicach jam ciała, na wargach (przeważnie górnej), brzegach ust, oraz wokoło odbytu u osobników z daleko posuniętą gruźlicą dróg oddechowych i przewodu pokarmowego.

Omówionymi, stosunkowo najczęstszymi przejawami zakażenia gruźliczego skóry nie możemy posługiwać się jako środkiem pomocniczym dla wczesnego rozpoznania ukrytego w ustroju ogniska gruźliczego; mają więc one znaczenie niewielkie w rozpoznawaniu gruźlicy narządów wewnętrznych.

Pomijając rzadkie przypadki, w których toczeń żrący powstaje w drodze obiegu krwionośnego, ta najbardziej rozpowszechniona postać gruźlicy skóry jest najczęściej tylko właściwą chorobą skórną, powstałą przez zakażenie zewnętrzne u ludzi zresztą wolnych od gruźlicy. Skóra żółzowa w większości przypadków ma widoczny punkt wyjścia,

jeszcze zanim zmiany na skórze są dostrzegalne. Owrzodziała oraz ostrą prosówkowatą gruźlicę skóry spotykamy wprawdzie wyłącznie tylko u ludzi z gruźlicą czynną narządów wewnętrznych, w przypadkach jednak tak daleko posuniętych, że znaczenie rozpoznawcze tych cierpień skóry i w kierunku leczniczym i zapobiegawczym sprowadza się praktycznie do zera.

Bez porównania większe znaczenie kliniczne dla gruźlicy narządów wewnętrznych mają t u b e r k u l i d y s k ó r y.

Pod nazwą tą pojmujemy wysypki skórne, których powinowactwo z gruźlicą jest niewątpliwe o tyle, że: 1) występują one niemal wyłącznie u osobników z czynną lub utajoną gruźlicą narządów wewnętrznych i 2) że najbardziej typowe tuberkulidy reagują miejscowo na starą tuberkulinę KOCHA.

O ile odczyn ogólny na tuberkulinę dowodzi tylko, że w danym przypadku mamy do czynienia z osobnikiem gruźliczym, o tyle reakcja miejscowa przemawia z wszelką pewnością za charakterem gruźliczym ogniska reagującego, jakkolwiek nie dowodzi obecności w danym ognisku żywych i zdolnych do rozszerzania się zarazków.

Odczyn ten objawia się w postaci ostrych zmian zapalnych danego ogniska: zaczerwienienia, obrzęku, zwiększonej wydzieliny z miejsc nadżartych i owrzodziałych, występowania pęcherzyków i krostek w miejscach zabliznionych; podmiotowo chory doznaje w danym miejscu czucia silnego napięcia i palenia. Do wywołania takiej reakcji niezbędne jest odpowiednie dawkowanie. Zbyt małe dawki lecznicze — mogą nie wywołać odczynu; stosujemy zwykle w przerwach 1—2 dniowych stopniowo 1, 5, 10 mg., dzieciom 0,1; 0,5; 2,0; 5,0 mg.

Zupełnie tak samo, jak dla cierpień parasyfilitycznych syfilis uważamy za *conditio sine qua non*, tak tuberkulidy występują tylko u osobników, mających coś wspólnego z gruźlicą. Najnowsze jednak badania właściwej etiologii tuberkulidów wskazują, że związek pomiędzy tuberkulidami a gruźlicą jest jeszcze ściślejszy, niż między cierpieniami parasyfilitycznymi i syfilisem.

Co jest właściwą etiologią tuberkulidów?

W kwestyi tej istnieją jeszcze dziś obok siebie dwie hipotezy: toksyczną i lasecznikową. Teorya pochodzenia toksycznego tuberkulidów przyjmuje, że w ustroju ludzkim z laseczników wydzielają się rozpuszczalne toksyny, które dostają się do obiegu krwionośnego i zdolne są wywołać zdaleka od miejsca ich powstania — na skórze wykwity tuberkulidowe. Podług teoryi lasecznikowej tuberkulidy są to wykwity łagodnej gruźlicy skóry, wywołane przez osłabione, względnie martwe laseczniki lub przez ultramikroskopowe ich szczątki.

Jako dowód pochodzenia toksycznego tuberkulidów, zwolennicy tej teoryi przytaczają następujące fakty: tuberkulina zastrzyknięta podskórnice, wywołuje nieraz wysypkę, klinicznie i anatomicznie podobną do liszaja żółtawego (*lichen scrofulosorum*), zaliczanego do grupy tuberkulidów; tuberkulidy w odróżnieniu od właściwej gruźlicy skóry zdolne są do samoistnego zaniku; tuberkulidy nie posiadają zazwyczaj charakterystycznej dla gruźlicy budowy anatomicznej, wreszcie w tuberkulidach stale nie daje się wykryć obecności lasecznika. Wszystkie te dowody nie wytrzymują jednak ściślejszej krytyki.

Aby dowieść natury toksycznej wykwitów skórnych, występujących po zastrzyknięciu tuberkuliny (np. *lichen scrofulosorum*), musimy wymagać, aby zastrzyknięta tuberkulina była zupełnie wolna od zarazków gruźliczych, względnie ich szczątków, powtóre, aby dany osobnik był wolny od gruźlicy. ZIEHLER, który eksperymentalnie wywoływał ten rodzaj liszaja przez zastrzyknięcie tuberkuliny, przekonywał się wprawdzie o braku laseczników w starej tuberkulinie KOCHA, użytej przez niego do badania, barwiąc przesącz metodą ZIEL-NELSENA po uprzednim odwirowaniu, — dziś jednak, wobec istnienia jeszcze innej postaci zarazka gruźlicy, o czem wspomnę niżej, brak laseczników w tuberkulinie nie dowodzi jeszcze braku zarazka gruźliczego. Badania ZIEHLERA nie odpowiadają natomiast zupełnie drugiemu z wyżej wspomnianych warunków, ponieważ osobniki badane nie były wolne od gruźlicy. Dzięki badaniom LIBERMEISTRA, wiemy dziś, że u osobników gruźliczych laseczniki bardzo często krążą

we krwi i znajdują się w ścianach drobnych żył skórnych; prawdopodobnie więc tuberkulina, zastrzyknięta osobnikowi gruźliczemu może pobudzić do życia laseczniki utajone, lecz już obecne w skórze, i te właśnie laseczniki wywołują wykwitę liszaja żółtego.

Zdolność tuberkulidów do samoistnego zaniku (inwolucyi) możemy sobie wytłomaczyć pewnego rodzaju przekształceniem tkanek osobnika gruźliczego w znaczeniu allergii PIRQUETA: skóra osobnika, noszącego w ustroju ognisko gruźlicze, może reagować na zarazek gruźliczy wykwitami łagodniejszymi i tem samym bardziej skłonny do samowyleczenia, niż skóra osobnika zdrowego, na którą zarazek dostaje się zzewnątrz (osłabiony i przyspieszony odczyn skóry na zarazek ustrojowi nie obcy). Wreszcie zdolność do samoistnego zaniku spotykamy i w innych postaciach gruźlicy skóry: toczą po chorobach wysypkowych i ostra gruźlica prosówkowata mimo licznych w nich laseczników; analogicznie zachowuje się niekiedy i zapalenie otrzewny gruźlicze.

Brak charakterystycznej dla gruźlicy budowy anatomicznej wykwitów tuberkulidowych oraz niemożność wykrycia w nich lasecznika nie przemawiają przeciw naturze lasecznikowej tuberkulidów: obie te cechy występują nie zbyt rzadko nawet w klasycznej gruźlicy skóry.

Pod względem anatomicznym gruźlica skóry posiada pewne właściwości, jakich nie spotykamy w żadnym innym narządzie.

Typowy gruzełek jest wprawdzie i w skórze wytworem patologicznym, który spotykamy często w różnych postaciach gruźlicy skóry, brak jednak tej typowej budowy nigdy wyłączyć nie może gruźlicy. Nieraz musimy badać cały szereg skrawków wykwitu gruźliczego skóry, aby natrafić na jeden taki gruzełek, wobec tego zawsze konieczne jest badanie seryami. Gruzełek taki mógł się w okresie, w którym wykwit rozpoznano klinicznie jako gruźliczy, „jeszcze“ nie rozwinąć, jak to często bywa w bardzo młodych lub bardzo ostrych przypadkach gruźlicy skóry (plama tocznia, gruźlica prosówkowata owrzodziła) albo też przeciwnie: typowy gruzełek został „już“ zniszczony, dzięki

częściowej lub całkowitej organizacyi w przypadkach pochodzenia dawniejszego. W innych znów przypadkach nie widzimy w skórze przez cały czas typowych gruzelków, tylko rozlaną nieściśle odgranieczoną tkankę ziarninową (*tuberculosis verrucosa*) lub zupełnie nietypowe nacieki drobnowidzowe około naczyń, bez komórek nabłonkowatych i olbrzymich (*tuberculosis miliaris acuta*). Co się tyczy budowy samego gruzelka, to i ten daje bardzo często zboczenia od typu normalnego, spotykanego w narządach wewnętrznych. Zserowacenie np. i „brak naczyń“ - te najbardziej charakterystyczne cechy gruzelka — spotykamy w gruzelkach skóry niezmiernie rzadko, zwykle są one obficie unaczynione i zserowaceniu nie ulegają.

Co do obecności laseczników w gruźliczych wytworach skóry, to sprawa ta przedstawia się dziś w świetle zupełnie odmiennem wobec niezmiernie ważnego odkrycia MUCHA oraz ułatwionej metody wyszukiwania zarazka gruźlicy, dzięki wprowadzeniu przez ULLENHUTHA do techniki mikroskopowej antyforminy.

Do niedawna jeszcze zarazek gruźlicy znany był w jednej tylko postaci, mianowicie jako kwasoodporny lasecznik KOCUA, dający się barwić przy pomocy metody ZIEL-NEELSENA. Badania MUCHA natomiast dowiodły, że oprócz postaci kwasoodpornej zarazka gruźliczego (delikatna pałeczka lub łańcuszek), istnieje jeszcze inna, dotąd zupełnie nieznaną, nie kwasoodporna postać tego zarazka; daje się ona wykryć za pomocą zmodyfikowanej metody GRAMA, i nie barwi się metodą ZIEL-NEELSENA. Zarazek MUCHA występuje morfologicznie w postaci ziarenek (*granula*), leżących pojedynczo, względnie grupkami lub ułożonych w kształcie łańcuszka. Ziarenka te nie są zarodnikami lasecznika gruźlicy, ponieważ dają się wykazać za życia ustroju w tkankach, wydzielinach i wysiękach gruźliczych częściej, niż laseczniki; przez ogrzewanie do 55° dają się zniszczyć tak samo łatwo, jak laseczniki, a pod wpływem pewnych substancji chemicznych giną prędzej, niż laseczniki.

Zarazek MUCHA jest najprawdopodobniej związany filogenetycznie z lasecznikiem Ko-

CHA w tem znaczeniu, że w ustroju pierwotną postacią zarazka gruźliczego jest ziarenkowata postać MUCHA, z której rozwija się lasecznik KOCHA, a w pewnych warunkach jedna postać może przejść w drugą. Tego związku filogenetycznego MUCH dowiódł eksperymentalnie.

Wstrzykując zawiesinę laseczników gruźliczych do jamy brzusznej świnek morskich zarażonych już przedtem gruźlicą, MUCH stwierdził, że laseczniki giną stopniowo w wysięku otrzewny, ustępując miejsca coraz liczniejszym ziarenkom. Po pewnym czasie ziarenka te również stopniowo coraz rzadziej dają się wykazać, aż wreszcie zupełnie znikają, a zamiast nich w wysięku występują liczne laseczniki kwasoodporne. Do wyjałowionego mleka uodpornionych krów MUCH dodał hodowlę laseczników bydła (*typus; bovinus*); po dłuższem przechowaniu tego mleka w cieplarni przy 37° nie dają się w nim wykazać laseczniki, tylko omówione ziarenka, które po dodaniu 2% gliceryny przemieniają się znów w laseczniki gruźlicy, barwiące się metodą ZIEL-NEELSENA. Kwasoodporność lasecznika jest zależna od obecności w nim kwasów tłuszczowych, które nasycają jego ciało i przez to czynią go odpornym przeciwko wpływowi szkodliwym. W pewnych warunkach ta odporność może być zmniejszona o ile np. w ustroju tworzą się substancje, rozpuszczające kwasy tłuszczowe, którym i lasecznik jest przesiąknięty; wtenczas lasecznik traci swoją kwasoodporność, rozpadając się na ziarenka; te ostatnie nasycają się tłuszczem obojętnym, jako produktem rozpadu samego lasecznika, który, jako związek bardziej stały, chroni je przed dalszym rozpadem. Przechodząc w inne, bardziej pomyślne warunki życiowe, ziarenka te znów przyjmują kwasy tłuszczowe, aby dalej istnieć, jako postaci kwasoodporne—laseczniki, lub też znów rozpaść się na niekwasoodporne ziarenka it.d.

W pewnych postaciach gruźlicy ludzkiej, znanej nam klinicznie, jak w gruźlicy stawów, kości, w wysiękach gruźliczych błon surowicznych, gdzie badanie na obecność laseczników częstokroć zawodziło, daje się za pomocą zmodyfikowanej metody GRAMA wykazać obecność zarazka gruźliczego w po-

staci ziarenek MUCHA, a niedawno rozpoczęte w tym kierunku badania dermatologiczne do-łąły już wykryć ziarenka MUCHA nietylko w toczniu żrącym (KRÜGER, DUTRELEPONT, HIDAKA), lecz i w pewnych tuberkulidach skóry (*Erythema induratum*—HIDAKA, DUTRELEPONT-Folliclis, HIDAKA).

Gdy dawniej wyszukiwanie zarazka gruźlicy w skrawkach skóry należało ze względu na bardzo skąpą jego ilość do zadań bardzo trudnych i mozolnych, dziś zostało ono niezmiernie ułatwione dzięki, jak to już zaznaczyliśmy, wprowadzeniu przez ULENTHUTA do techniki mikroskopowej antyforminy.

Antyformina ma własność rozpuszczania białka tkankowego i białka bakterji. Wszystkie bakterje rozpuszczają się w niej z wyjątkiem bakterji kwasoodpornych. Ta stałość bakterji kwasoodpornych wobec antyforminy jest zależna od obecności w nich substancji tłuszczowych, ponieważ po rozpuszczeniu tłuszczu, zawartego w lasecznikach, barwią się one zwykłym błękitem metylenowym i takie odtłuszczone laseczniki rozpuszczają się w antyforminie tak samo, jak i inne bakterje niekwasoodporne. Ziarenka MUCHA, prawdopodobnie dzięki zawartości w nich tłuszczów obojętnych, zachowują się wobec antyforminy tak samo odpornie, jak i laseczniki KOCHA, t. j. są w niej nierozpuszczalne.

Dzięki więc zastosowaniu antyforminy do badań skóry na zarazek gruźlicy, jesteśmy w stanie szukać go już nie w skrawkach, lecz w osadzie, otrzymanym po odwirowaniu rozpuszczonej w antyforminie tkanki. Przy badaniu skóry, gdzie zarazek gruźliczy znajduje się nawet w najbardziej typowych schorzeniach gruźliczych w nader skąpej ilości, jest to postępowaniem ogromnym, ponieważ ilość zarazka gruźliczego w jego obu postaciach zostaje tem samem skoncentrowana i łatwiej dostrzegalna.

Z dotychczasowych badań wypada, że w pewnych schorzeniach gruźliczych skóry przy zastosowaniu antyforminy daje się stosunkowo łatwo wykryć obecność zarazka bądź w postaci lasecznika KOCHA, bądź w postaci ziarenek MUCHA; często występują obie postaci jednocześnie. Ciekawy jest fakt, że ziarenka MUCHA w toczniu żrącym

dają się wykryć stale we wszystkich przypadkach, a więc i w takich, gdzie badanie na laseczniki Kocha zawodzi. HIDAKA znajdował w 11 badanych przez siebie przypadkach tocznia żrącego tylko w 4 przypadkach laseczniki, we wszystkich natomiast ziarenka MUCHA w kształcie łańcuszków, to samo znajdował KRÜGER: na 13 przypadków—wszędzie ziarenka MUCHA, a tylko w 3-ch przypadkach laseczniki. DUTRELEPONT znajdował te ziarenka MUCHA we wszystkich skrawkach, pochodzących z przypadku rumienia twardego (*erythema induratum*), podczas gdy badanie na laseczniki metodą ZIEL-NEELSENA w tym samym przypadku zupełnie go zawiodło; w tem samym cierpieniu, stosując antyforminę, znajdował HIDAKA pojedyncze laseczniki oraz ziarenka MUCHA; również obok pojedynczych laseczników liczne ziarenka MUCHA znajdował tenże autor w jednym przypadku *Folliclis*.

Odkrycie nowej postaci zarazka gruźlicy zdaje się ostatecznie dyskredytować toksyczną hipotezę tuberkulidów, czyniąc prawie pewnym fakt, że tuberkulidy są to łagodne postaci gruźlicy skóry, wywołane obecnością w niej zarazka gruźlicy.

W jakiej postaci zarazek ten występuje częściej w tuberkulidach, czy jest to już zarazek martwy, czy tylko osłabiony, czy zmiana swojej jadowitości ulega dopiero po dostaniu się na skórę, czy też już w pierwotnym swoim siedlisku (np. w gruczołach chłonnych, w których podług WEICHELBAUMA i BARTHA z limfocytów wydziela się wolny kwas nukleinowy), czy też wreszcie w tuberkulidach mamy do czynienia z wytworami patologicznymi, których charakter łagodny należy przypisać li tylko odmiennej reakcji skóry na zarazek gruźliczy w znaczeniu alergicznym *Pirqueta* — dziś jeszcze orzec trudno. W każdym razie już cechy kliniczne tuberkulidów: ułożenie w postaci małych rozsianych ognisk, częste przerzuty, postaci przejściowe między tuberkulidami i właściwą gruźlicą skóry (*lichen scrofulosorum*, *i lupus disseminatus*; *scrofuloderma i erythema induratum*), występowanie tuberkulidów (*lichen scrofulosorum i lichen scrofulosorum*), i po-

dobnie jak i gruźlicy skóry (*lupus disseminatus, tuberculosis miliaris cutis*) przeważnie po odrze, rzadziej po płonicy i krztuścu, pozwalają przypuścić z wszelkiem prawdopodobieństwem, że w tuberkulidach zarazek dostaje się do skóry zawsze wórnio w drodze przerzutowej.

Za przerzutowym charakterem tuberkulidów przemawia również i anatomia patologiczna. Przy badaniu seryami nie trudno się nieraz przekonać, że punktem wyjścia wykwitu jest głębiej położone większe naczynie, którego światło jest zupełnie lub prawie zupełnie zczopowane wybujalym śródbłonkiem i włóknikiem. Ponieważ jednak w wyciętych do badań wykwitach schorzałe są drobne żyły i tętnice skóry, nie zawsze udaje się na skrawkach uwidocznic te naczynia, zazwyczaj zniszczone naciekiem okołonacyniowym; odgadujemy je wtenczas po pozostałych resztkach włókien sprężystych. Zmiany okołonacyniowe są bardzo rozmaite nawet w jednej i tej samej jednostce chorobowej: jako zwykły naciek drobnokomórkowy, jako tkanka ziarninowa niecharakterystyczna, względnie przypominająca tkankę gruźliczą, wreszcie jako tkanka nekrotyczna i rozpadowa. PHILIPSON uzależnia tę zmienną okołonacyniowego reakcyę skóry od zachowania się zarazka we krwi. W przypadkach, gdzie bakteryolizyny krążą we krwi lub tworzą się w zczopowanych naczyniach, zarazek ginie w naczyniach prędko, jego działanie jest tylko przemijające, skutkiem czego tkanka otoczenia reaguje tylko przez zwykłe zapalenie, lub przy większem nasileniu ulega nekrozie; jeżeli bakteryolizy we krwi brak, zarazki, czopujące naczynia, oddziałują na tkankę jako bodziec przewlekły, pobudzając ją do bujania w znaczeniu tkanki ziarninowej.

Grupa cierpień skóry, zaliczanych do tuberkulidów, jest dziś stosunkowo liczna. Różni autorowie zakreślają jej różne granice. Stosownie do celu niniejszego referatu ograniczę się tutaj do możliwie najkrótszego przedstawienia obrazów klinicznych; tylko tych tuberkulidów, których znajomość powinna mieć dla lekarza praktyka nie mniejsze

znaczenie, niż wczesne rozpoznanie początków gruźlicy płuc lub innych narządów: wykwitę te są często pierwszym klinicznie spostrzegalnym zwiastunem wewnętrznej gruźlicy ustroju. Do nich należą: rumień twardy (*erythema induratum* BAZIN), liszaj ziołowy (*lichen scrofulosorum*), *folliclis* oraz guzkiowe tuberkulidy osesków, opisane przez HAMBURGERA.

Obraz, rozpoznawany klinicznie, jako rumień twardy, występuje w postaci guzowatych twardych nacieków, które, leżąc początkowo w głębokich warstwach tkanki podskórnej, pokryte są skórą o zabarwieniu normalnym, skutkiem czego przez pewien czas są one wyczuwalne tylko przez dotyk. W miarę tego, jak guzowaty twór taki rośnie ku górze, wypukła on kopułowo pokrywając go skórę, która przyjmuje zabarwienie sino-czerwone. W tym okresie guz taki, najczęściej umiejscowiony na przedudziu, wyglądem swoim przypomina rumień guzowaty (*erythema nodosum*). W przeciwieństwie jednak do tego ostatniego wykwit rumienia twardego jest bardzo mało lub wcale, niebolesny, występuje i rozwija się przewlekłe, a nadto w środkowych swych częściach częstokroć rozpada się, pozostawiając w tem miejscu z początku płytkie, potem coraz głębiej podminowane owrzodzenie — objawu tego w rumieniu guzowatym nigdy nie spotykamy. Powstałe owrzodzenie otoczone jest resztą nacieku, który przez dłuższy czas pozostaje w stanie niezmienionym — poczem naciek taki się spłaszcza, ulega stopniowo wessaniu, pozostawiając po sobie na dłuższy czas zabarwienie brązowe. Wraz z wessaniem nacieku wrzód powoli pokrywa się wciągniętą blizną, otoczoną pasmem ciemno-brunatnego barwnika. O ile guz nie ulega wcale owrzodzeniu, wchłania się stopniowo w całości z pozostawieniem barwnika na całej swej powierzchni.

Często rozwija się naraz obok siebie kilka takich tworów guzowatych, które zlewając się ze sobą już w głębokich warstwach skóry, dostrzegalne są na powierzchni jako sino-czerwone lub brunatne, twarde rozlane płaskie płyty, wielkości dłoni ludzkiej.

Rumień twardy nie posiada we wszy-

stkich przypadkach jednolitej budowy anatomicznej. Jedni autorowie (EHRMANN, SCHIDACHI, KRAUS, HARTHUNG i ALEXANDER) widzieli przypadki rumienia twardego z anatomicznymi zmianami o charakterze wyraźnie gruźliczym: mniej lub więcej odgraniczona tkanka ziarninowa, złożona z komórek nabłonkowych i olbrzymich z nekrozą w środku; drudzy (KRAUS) spostrzegali przypadki, w których prócz zwykłego nieswoistego zapalenia tkanki podskórnej i wybitnego zaniku bujania tkanki tłuszczowej mikroskop nie wykazywał żadnych zmian właściwych gruźlicy, inni wreszcie mogli skonstatować oba te typy w jednym i tym samym przypadku (WHITFIELD, HARTTUNG, ALEXANDER i SCHIDACHI). To samoby się dało powiedzieć odnośnie do naczyń krwionośnych. Podczas gdy jedni autorowie widzieli w swoich przypadkach zmienione patologicznie naczynia, jako punkt wyjścia całego schorzenia, inni nie mogli tego potwierdzić; jedni twierdzą, że zajęte są tylko naczynia żyłne (PHILIPSON), tętnice zaś mogą być nienaruszone, inni przyjmowali za punkt wyjścia tej sprawy chorobowej głębiej leżącą tętnicę środkową (EHRMANN, SCHIDACHI). Przyczyną tych niezgodnych ze sobą wyników badań anatomicznych jest z jednej strony brak ścisłości w rozpoznaniu klinicznym tego cierpienia (wiele przypadków, opisanych jako rumień twardy, z cierpieniem tem niema nic wspólnego), z drugiej strony sama technika histologiczna, mianowicie różne okresy rozwoju, w których wykwit rumienia twardego poddany został badaniu: brak większego, głębiej położonego naczynia w skrawkach wskutek zbyt powierzchownego wycięcia wykwitę badanego, brak wybitnych zmian naczyniowych wogóle wskutek zupełnego zniszczenia schorzałego naczynia mniejszego i t. p. Dziś jednak możemy uważać za fakt, że punktem wyjścia rumienia twardego jest zawsze głębiej położone naczynie krwionośne, najczęściej żyłne (rzadziej tętnicze), ze zmianami zakrzepowemi, prowadzącemi do martwicy w środku wykwitę; o ile jednocześnie zmiany w tkance tłuszczowej mają budowę podobną do gruźlicy, objaw ten nie musi być wyrazem zwykłego zaniku bujania, lecz może się znajdować w związku przyczy-



nowym z charakterem gruźliczym tego schorzenia. (Patrz pracę moją p. t. „O przewlekłym zapaleniu tkanki tłuszczowej skóry białego szczura” „Medycyna i Kron.lek” 1910).

Rumień twardy spotykamy przeważnie u młodych dziewcząt, obarczonych gruźlicą utajoną narządów wewnętrznych. Często spotykamy to cierpienie na zewnętrznej stronie podudzia powyżej kostki, nieraz symetrycznie na obu kończynach. Rzadziej widzi się je u osobników starszych pozornie zdrowych oraz o innym umiejscowieniu: pojedyncze rozsiane wykwity na udach, grzbietowych powierzchniach kończyn górnych oraz na twarzy. Ciekawe i ważne ze względu na podobieństwo do przymiotu są w ciężkich przypadkach jednoczesne owrzodzenia i afty na śluzówce jamy ustnej.

W jednym takim ciężkim przypadku, obserwowanym przeze mnie, u 35-letniego mężczyzny na pozór zdrowego i bez klinicznie dostrzegalnych objawów gruźlicy wewnętrznej, w kilka miesięcy po zagojeniu się objawów skórnych i w ustach rozwinęła się ostra ogólna gruźlica prosówkowata. Podobne przypadki opisywali inni autorzy: u chorych, obarczonych tem cierpieniem skóry po pewnym czasie rozwijała się ciężka postać gruźlicy ogólnej (np. *Meningitis tuberculosa*). Należy to omawianej chorobie skórnej znaczenie objawu zwiastunego.

Często pierwszym dostrzegalnym objawem ukrytej gruźlicy wewnętrznej u starszych dzieci jest liszaj zółzowy (*lichen scrofulosorum*).

Liszaj zółzowy występuje w postaci drobniutkich, spiczastych, brunatno - żółtych grudek wielkości ziarnka maku do łebka szpilki. Grudki te ułożone są zazwyczaj jako zbite, koliste grupy, rzadziej rozsiane są nieprawidłowo; na szczycie są pokryte delikatnymi łuskami. Ulubionem miejscem tych wykwitów jest skóra brzucha, bocznych ścian klatki piersiowej i dolna część pleców, powyżej kości krzyżowej, rzadziej występują na kończynach i całym ciele.

Grudki te nie swędzą wcale lub bardzo nieznacznie i zwykle nie sprawiają choremu żadnych dolegliwości. Po wielomiesięcznym niezmiennym trwaniu giną same przez

się, nie pozostawiając po sobie żadnego widocznego śladu albo delikatne lekko wgłębione, zanikowe blizny.

O ile liszaj zółzowy przyjmuje postać krost—mamy odmianę kliniczną trądzik zółzowy (*acne scrofulosorum*), częściej spotykana u starszych dzieci.

Liszaj zółzowy spotykamy wyłącznie u dzieci i osobników młodych, obarczonych gruźlicą czynną jakiegokolwiek narządu wewnętrznego, najczęściej gruczołów chłonnych, kości i płuc. U dzieci spotykamy jednocześnie bardzo często zapalenie spojówek i rogówki z upartą i przewlekłą pryszczycą powiek. Wykwity liszaja zółzowego prawie stale reagują miejscowo na tuberkulinę, szczepienia na zwierzętach, z wyjątkiem niektórych niezupełnie pewnych przypadków, (JAKOBI, BETTMANN, PELLETZARI, HAUSHALTER) zwykle się nie udają.

Anatomicznie grudki liszaja zółzowego mają często budowę typowego gruzelka, ułożonego spółśrodkowo. Rzadziej znajdujemy mniej więcej typowe gruzelki w górnych częściach skóry niezależnie od mieszków włosowych lub zaledwie niecharakterystyczne nacieki drobnokomórkowe, przeważnie jednak otaczają one wspomniane mieszki.

Następną wysypką, należącą do grupy tuberkulidów, jest „*folliclis*” (BARTHÉLEMY).

W *folliclis* rozwijają się na skórze drobne, blade-czerwone guziczkowate wykwity wielkości śrutu, otoczone zapalną, różową obwódką. Wykwity te wyrastają do wielkości grochu i, przyjmując sino-brunatne zabarwienie, ulegają stopniowo w środku martwicy, wskutek czego zasychają, pokrywając się na szczycie małym strupkiem. Strupki te wcześniej, czy później same przez się odpadają, pozostawiając po sobie delikatne, lekko wgłębione zanikowe blizny o zabarwionej obwódce. Rzadziej obumarła grudka przechodzi w otwarte owrzodzenie. Wskutek ciągłych dorzutów i stopniowego zaniku grudek, już powstałych, które trwa przeciętnie od 6—8 tygodni, widzimy zazwyczaj u tego samego osobnika jednocześnie różne fazy rozwojowe grudek. Wysypka ta nie sprawia choremu żadnych dolegliwości, często rea-

guje miejscowo na tuberkulinę. Spotykamy ją przeważnie u osobników dorosłych pomiędzy 20—40 r. życia, zawsze obarczonych gruźlicą. Występuje prawie zawsze symetrycznie w postaci nieprawidłowo rozsianych wykwitów, najczęściej na powierzchniach wyprostnych przedramienia i podudzia w okolicy stawu kolanowego i łokciowego, na grzbietowej powierzchni palców rąk i nóg oraz na muszlach usznych. Rzadziej zajęte są dłonie i stopy, bardzo rzadko narządy płciowe oraz śluzówka ust i spojówek.

Ze względów praktycznych ważny jest fakt, że punktem wyjścia wykwitów skóry w tem schorzeniu są często klinicznie dostępne powiększone gruczoły chłonne. WERTHER obserwował 2 przypadki *folliclis*, w których powtarzające się w ciągu kilku lat nawroty tej wysypki ostatecznie znikły po chirurgicznym usunięciu powiększonych gruczołów pachowych.

Mówiąc o *folliclis*, nie mogę pominąć bardzo ważnych wykwitów skórnych, które HAMBURGER przed kilkoma laty opisał jako grudkowe tuberkulidy oseska („papulöse Tuberkulid des Säuglings”). Są to nieznacznie wyniosłe, okrągłe grudki wielkości łebka szpilki do ziarnka prosa, o barwie z początku różowej, potem brunatno-siwej, często pokryte na środkowej swojej powierzchni delikatną łuską lub strupkiem; po zdrapaniu ich pozostaje płytkie, nie krwawiące i suche wgłębienie. Grudki te przy napięciu skóry mają połysk, nie ulegają nigdy owrzodzeniu, występują zazwyczaj w skąpej ilości, niesymetrycznie i nie mają sobie właściwych miejsc. Wysypka ta jest zawsze objawem wewnętrznego gruźlicy oseska, do rozpoznania jej wystarcza już jeden jedyny wykwit. Ostatnio szereg przypadków wysypki tej u dzieci, głównie w I-m roku życia, ogłosiła Matylda LATEINER. Do cech morfologicznych, opisanych przez HAMBURGERA, autorka ta dodaje jeszcze następujące: grudki nie są otoczone obwódką zapalną, otoczenie ich nie jest nigdy nacieczone, obok nich widoczne są nieraz bardziej płaskie, pozbawione łusek, grudkowate wgłębienia oraz okrągłe, mało zagłębione blizny o barwie

sino-brunatnej. Wysypka ta przypomina zatem najbardziej *folliclis*, jakkolwiek różni się od niej tem, że pojedyncze wykwity są znacznie mniejsze, nie są otoczone obwódką zapalną, nie ulegają nigdy owrzodzeniu, nie są symetrycznie ułożone i nie mają swoich miejsc ulubionych. Najbardziej jednak uderzający w przypadkach LATEINERÓWNY jest fakt, że autorka mogła z łatwością we wszystkich badanych przypadkach za pomocą metody ZIEL-NEELSENA w skrawkach dowieść obecności laseczników, oraz że udało się jej zarazić gruźlicą świnki morskie przez podskórne szczepienie tych wytworów. Fakt ten każe nam raczej przypuszczać, że wysypka, o której mowa, jest, prawdopodobnie, pewną, dotąd wprawdzie rzadko spostrzeganą postacią przerzutowej gruźlicy skóry, najbardziej przypominającą ostrą prosówkowatą gruźlicę; różni się jednak od niej głównie skąpą liczbę wykwitów, pewnymi odmiennymi cechami morfologicznymi oraz brakiem symetrii w ułożeniu. Tak, czy inaczej, znajomość tej wysypki powinna posiadać dla pediatrii znaczenie bardzo cennego środka pomocniczego w rozpoznaniu gruźlicy dzieci w pierwszym roku życia, tembardziej, że rozpoznanie wewnętrznej, utajonej gruźlicy dzieci w tym wieku za pomocą badań klinicznych należy do zadań trudnych. Objaw ten skórny powinien być szczególnie uwzględniony w przypadkach, gdzie odczyn PIRQUETA zawodzi.

Wszystkie tuberkulidy, o których była tutaj mowa, posiadają, jak widzimy, dla kliniki gruźlicy znaczenie bardzo cennej cechy rozpoznawczej, bądź to jako pierwsze, względnie najłatwiej dostrzegalne objawy utajonej gruźlicy (*lichen scrofulosorum*, tuberkulidy HAMBURGERA), bądź to jako objaw, zapowiadający późniejszy jej wybuch (*erythema induratum*), bądź też wreszcie, jako wyraźna wskazówka do zabiegu chirurgicznego, usuwającego radykalnie jedyne nieraz ukryte w ustroju ognisko gruźlicze (*folliclis*)

## PIŚMIENNICTWO.

H a m b u r g e r. Die Hauttuberkulide im Säuglingsalter. Münch. med. Woch. 1908 Nr. 3.

H i d a k a. Ueber den Nachweis von Tuberkelbazillen und Muehschen Granula bei Lupus vul-

garis etc. Archiv f. Derm. u. Syphilis CVI. Band 1 — 3 Heft. 1911.

J a d a s s o h n. Tuberkulose der Haut. Mraček. Handbuch der Hautkrankheiten.

L a t e i n e r M a t h i l d e. Ueber den histologischen Bau und die bacilläre Aetiologie des sogen. „papulösen Tuberkulids“ des Säuglings (Hamburger). Zeitschr. f. Kinderheilkunde 1911. 1 Band, 5 u 6 Heft.

L i e b e r m e i s t e r. Zur Frage der ohne Mitwirkung von Tbcbazillen erzeugten tuberkulösen Veränderungen. Münch. Med. Woch. 1908.

M u c h. Granuläre Form des Tuberkulosevirus. Unnas—Festschrift. II Teil — 1910.

W a e r t e r. Ueber die Tuberkulide der Haut (X Kongres 1908)

W i r t h s. Ueber die Muchsche granuläre Form des Tuberkulosevirus. Münch. M. Woch. 1908. Nr. 32

Z i e l e r. Experimentelle Untersuchungen über tuberkulöse Veränderungen ohne Mitwirkung von Tuberkelbazillen etc. Münch. Med. Woch. 1908. Nr. 32

P h i l i p s o n. Die Erkrankungen der kleinen Hautvenen in ihren Beziehungen zu Hautkrankheiten Arch. f. Derm. u. Syph. 1911. CV. Bd. 3 Heft.

## II. Kilka słów o intubacji

napisał

**Dr. med. Alfred de Michelis (Chełm.).**

Odczyt, zgłoszony na zjazd Lekarzy prowincjonalnych w Łodzi 4-go i 5-go czerwca 1911 r.

Od roku 1904 po dzień dzisiejszy obserwowałem 240 przypadków, intubowanych przeze mnie; jakkolwiek materiały to niewielkie, jednak pozwala mi wyciągnąć pewne wnioski, którymi zamierzam podzielić się z Szan. Kolegami.

172 przypadki, czyli 72%, zakończyły się wyzdrowieniem, w 68 zaś przypadkach, czyli w 28%, nastąpiło zejście śmiertelne.

Co się tyczy wieku, to najmłodsze intubowane przeze mnie dziecko liczyło 10 miesięcy życia; przypadek ten zakończył się pomyślnie; u dzieci rocznych stosowałem intubację 49 razy, w tem było 20 zejść śmiertelnych; u dwuletnich dzieci — 84 razy, w tem były 23 zejścia śmiertelne; u trzyletnich — 31 razy, w tem 10 zejść śmiertelnych; u czteroletnich — 25 razy, w tem 6 zejść śmiertelnych;

u pięcioletnich — 20 razy, w tem 3 zejścia śmiertelne, u sześcioletnich stosowałem intubację 13 razy, w tem były 2 zejścia śmiertelne; u ośmioletnich dzieci — 10 razy, w tem 2 zejścia śmiertelne; u dwunastoletnich dzieci — 3 razy, w tem było jedno zejście śmiertelne i u 18-to letniej panny jeden raz z zejściem pomyślnem.

We wszystkich przypadkach, nie wyłączając ostatniego u 18-to letniej chorej, wskazaniem do intubacji był dławiec błonicy. Poszukiwanie laseczników LOEFFLERA, jako nieprzystępne dla mnie, nie było robione rozpoznanie było czysto kliniczne.

W pierwszych 25-iu przypadkach intubacji przywiązywałem długą, podwójną nitkę do rurki i wprowadzałem ją do tchawicy; następnie, puszczając nić luźno w jamie ustnej dziecka, koniec jej przylepiałem za pomocą plastra lepkiego na policzku — nazwę ją „nitką stałą” — słowem, postępowałem tak, jak większość autorów zaleca. Następstwa były takie, że dziecko albo języczkiem starało się pozbyć z jamy ustnej ciała obcego — nitki, — manipulowało dotąd języczkiem, dopóki nie wyciągnęło z tchawicy rurki; albo przy braku dozoru paluszkami pociągało za nitkę i wydobywało rurkę, co pociągało za sobą rzecz niepożądaną, t. j. wielokrotne powtarzanie u tego samego osobnika intubacji. Zdarzało się też, że dziecko zębami przegryzało nitkę, która traciła wówczas swoje przeznaczenie — ułatwienia wyciągnięcia rurki z tchawicy w razie potrzeby. Po tych pierwszych 25-ciu przypadkach zaprzestałem używania „nitki stałej” i posiłkuję się nitką „prowizoryczną” w ten sposób, że przez dziurkę boczną w rurce przewlekam nitkę, nie przywiązując jej do rurki, lecz końce jej trzymam wraz z introduktorem w rękę; po wprowadzeniu rurki do tchawicy nitkę wyciągam z rurki i z jamy ustnej jako zbyteczną. (Podczas intubacji posiłkuję się prowizoryczną nitką dlatego, że w razie zboczenia z drogi, t. j. wprowadzenia rurki do przelyku, a nie do tchawicy, za pociągnięciem nitki wyciągam rurkę z łatwością).

Dopóki zakładałem „nitkę stałą”, wykonywałem ekstubację przez pociągnięcie za tę nitkę; od czasu stosowania nitki prowizorycz-

nej do wspomnianego zabiegu używam prze-  
ważnie ekstubatora. Unikam zalecanego bar-  
dzo sposobu — ucisku palcem na tchawicę  
na wysokości dolnego końca rurki, która  
przez powłoki wewnętrzne doskonale wyczuć  
się daje — bo wielokrotnie przekonałem się,  
że ucisk taki w pół godziny, najdalej w go-  
dzinę po usunięciu rurki z tchawicy dopro-  
wadza dziecko do napadu zaduszania, wzglę-  
dnie do powtórnej intubacji; prawdopodobnie  
zapalnie zmienione ściany tchawicy przy  
ucisku na dolny odcinek rurki zostają zranio-  
ne jej brzegiem, brzękną, zwężają światło  
tchawicy i wywołują duszenie się. Przy  
usuwanu rurki za pomocą ekstubatora du-  
szenia się nie spostrzegalem. O ile ma się  
wprawę w używaniu ekstubatora i zachowu-  
je pewną ostrożność, najlepiej usuwać rurkę  
za pomocą omawianego narzędzia.

W zbiorze moim narzędzi intubacyjnych  
posiadam obecnie dwa gatunki rurek: meta-  
lowe niklowane i celluloidowe. Jeżeli mam  
przed sobą dziecko silne, dobrze rozwinięte,  
wprowadzam rurkę metalową, w przeciwnym  
razie — celluloidową. Rurkę metalową, o  
ile sama podczas kaszlu się nie wysunie,  
pozostawiam na trzy doby w tchawicy, a po-  
tem ją wydobywam.

Jeżeli zachodzi potrzeba powtórzenia  
zabiegu, to wprowadzam już rurkę cellulo-  
idową i pozostawiam ją w tchawicy, dopóki  
podczas kaszlu sama nie wyskoczy, co zwy-  
kle następuje 5 — 8 dnia od pierwszej intuba-  
cji; a jeżeli rurka sama nie wysunie się, wy-  
jmuję ją najdalej 8-go dnia. Rurkę celluloido-  
wą, użytą na pierwszym posiedzeniu intu-  
bacji, pozostawiam 5 — 8 dni.

Wyzszość rurek celluloidowych nad me-  
talowemi polega na ich lekkości, na mniej-  
szym ucisku, jaki na ściany tchawicy wy-  
wierają.

Wyniki intubacji od czasu stosowania  
rurek celluloidowych mam daleko lepsze.  
Lecz ta lekkość stanowi także i pewną stro-  
nę ujemną, mianowicie rurki omawiane przy  
silnym kaszlu dziecka często wysuwają się  
z tchawicy, co wywołuje potrzebę ponowne-  
go rękoczynu; ale przekonałem się jednak,  
że powtarzanie intubacji rurką celluloidową

mniej krzywdy przynosi dziecku, niż dłuższe  
pozostawianie w tchawicy rurki metalowej.

Jak już wyżej powiedziałem, w intubo-  
wanych przeze mnie przypadkach rurka po-  
zostawała w krtani przeciętnie 5 — 8 dni,  
potem dziecko obywało się bez rurki; lecz  
miałem przypadki, w których rurka, po 3-ch  
dniach wykrztuszona podczas silnego kaszlu,  
nie została powtórnie wprowadzona, bo dzie-  
cko zupełnie dobrze oddychało — takich  
przypadków było 28. Jako przeciwstawienie  
tym przypadkom miałem przypadki, w któ-  
rych rurka (celluloidowa) pozostawała 21  
dni, bo każdorazowa próba usunięcia rurki  
wywoływała duszenie się, a na wykonanie tra-  
cheotomii rodzice nie zgadzali się; takich przy-  
padków było 15, w tem 7 wyzdrowień; w jed-  
nym tylko przypadku rurka pozostawała w tcha-  
wicy 28 d.; z powodu utrudnionego odżywiania,  
zapalenia płuc przypadek zakończył się śmier-  
cią. Zauważyłem, że zaraz po intubacji dzie-  
ci przestają pić, jeść, czy to z powodu bólu,  
jaki im może sprawia rurka przy połykaniu,  
czy z powodu kaszlu, który potęguje się pod-  
czas jedzenia i picia u dziecka po intubacji;  
odżywianie dziecka bardzo upada, a z chwilą  
usunięcia rurki szybko się poprawia.

Tracheotomię po intubacji wykonałem  
trzy razy, dwa razy z wynikiem dodatnim,  
a raz z ujemnym. W jednym przypadku  
wskazaniem do tracheotomii była spotęgowa-  
na zaraz po intubacji duszność; dziecko in-  
tubowałem w szpitalu, więc bezzwłocznie  
przystąpiłem do wykonania tracheotomii; po  
przecięciu tchawicy przekonałem się, że błony  
zostały zepchnięte przez rurkę i zatkały  
światło tchawicy, wskutek czego dziecko prze-  
stało oddychać. Po usunięciu błon z tchawi-  
cy i stosowaniu sztucznego oddychania w  
ciągu 20 minut udało mi się dziecko docucić.  
Przypadek ten zakończył się pomyślnie.

W drugim przypadku wykonałem trache-  
otomię z powodu powiększania się duszności  
w ciągu trzech dni po intubacji pomimo zu-  
pełnej drożności rurki; po przecięciu tchawi-  
cy okazało się, że ściana tchawicy na wyso-  
kości dolnego odcinka rurki — cięcie wypadło  
w tem miejscu, i dlatego zmiany były wido-  
czne — była podminowana, zraniona, wokoło  
obrażenie uciskowe; — wynik był ujemny.

W trzecim przypadku zaszła potrzeba wykonania tracheotomii dlatego, że na drugi dzień po intubacji rurka metalowa, rozmiarami swemi odpowiadająca wiekowi dziecka, ciągle była wykształcana, bez rurki dziecko dusiło się, po 3—4 razy dziennie zmuszony byłem intubować; po jednej dobie takiej męki dla dziecka i dla mnie zdołałem przekonać rodziców o potrzebie wykonania tracheotomii; po przecięciu tchawicy nie udało mi się dociec przyczyny wypadania rurki; zejście było pomyślne.

We wszystkich przypadkach intubację łączyłem z podskórnym zastrzykiwaniem surowicy przeciwbłonowej w ilości 2000—3000 jednostek uodparniających; jeżeli po dobie naloty nie znikwały, a stan ogólny nie poprawiał się, powtarzałem zastrzyknięcie surowicy w tej samej ilości; wogóle przyszedłem do przekonania, że, o ile wcześniej i w odpowiedniej dawce, czy to błonicy gardzieli, czy w dławcu błonicznym, zastosuje się surowicę podskórną, o tyle intubacja po większej części staje się zbyteczną. Surowica jest dla błonicy i dławca błoniczego lekiem swoistym, intubacja jest środkiem mechanicznym, rozszerzającym światło tchawicy, patologicznie zwężonej. Występowanie pokrzywki (*urticaria*), rumienia (*erythema*) lub przejściowego białkomoczu po zastosowaniu surowicy przeciwbłonowej nie powinno zrażać do energicznego jej stosowania. Prace SIEGERTA, BAGINSKYEGO, BAFRA, BÓKAI wykazują, że odsetka zejść pomyślnych po intubacji w dwójnasób powiększyła się od czasu wprowadzenia w użycie skombinowanego leczenia dławca surowicą i intubacją.

Przeważną część intubowanych przeze mnie stanowiły przypadki zaniedbane, nie leczone, dzieci, przywiezione do miasta z okolicy; zaledwie dziesiąta część pochodziła z samego Chełma.

Jako przyczyny zejścia śmiertelnego notowałem zapalenie płuc—27 przypadków; dławiec po odrze—20 przypadków (wszystkich przypadków dławca po odrze spostrzegalem 25; zdaniem mojem, ten rodzaj dławca jest najzjadliwszy, nie poddający się leczeniu ani surowicą, ani intubacją; prawie zawsze kończy się śmiercią z powodu przechodzenia sprawy

na oskrzela „croup descendens“); odleżyny—10 przypadków; jakkolwiek przypadków tych nie mogłem poddać oględzinom pośmiertnym, rozpoznanie stawiałem na mocy znajdujących na rurce (celluidowej) wyraźnych zarysów odleżyny, jakgdyby odcisku.

#### W n i o s k i

1) Przy intubacji nie należy używać „stałej nitki”, lecz posiłkować się „nitką prowizoryczną”.

2) Ekstubację najlepiej uskutecznić za pomocą ekstubatora.

3) Rurki dłużej nad 3 doby nie pozostawiać w krtani.

4) Jeżeli zachodzi potrzeba dłuższego nad 3 dni pozostawienia rurki w krtani, to metalową rurkę zmienić na celluloidową.

5) Błonicę i dławiec błonicy należy z samego początku energicznie leczyć surowicą przeciwbłonową, wskutek czego intubacja stanie się w większej części zbyteczną.

6) Jeżeli po trzech dobach intubowania duszność u dziecka nie zmniejsza się, lub rurka podczas kaszlu ciągle wyskakuje, należy wykonać tracheotomię.

#### PIŚMIENNICTWO.

F. Sie g e r t. Vier Jahre vor und nach Einführung der Serumbehandlung der Diphtherie. Berlin 1900.

A. B a g i n s k y. Diphtherie und dipht. Croup in Nothnagels Spec. Path. und Ther. Bd. 2, I Theil, Wien 1898.

B a e r. Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 35.

v. B ó k a i. Intubation und Serum. Deutsche med. Wochenschr. 1895.

### III. Przyczynę do nowych metod operacyjnych w położnictwie.

Podał

D-r H. Raszkes (Radom).

„Nowoczesne” położnictwo dąży głównie do tego, żeby umożliwić lekarzowi, niezależnie od stopnia otwarcia ujścia macicznego i od szerokości miednicy, rozwiązanie ciężarnej lub już rodzącej w każdym okresie ciąży lub porodu, gdy matce lub dziecku grozi nie-

bezpieczeństwo, które przez natychmiastowe rozwiązanie może być usunięte. Rozszerzenie ujścia macicznego metodą Bossiego, cięcie cesarskie pochwowe, przecięcie kości łonowej i zewnątrzotrzewnowe cięcie cesarskie—oto są najgłówniejsze zdobycze położnictwa lat ostatnich. Chciałbym na zasadzie swego szczupłego, coprawda, doświadczenia przyczynić się do wyświeetlenia sprawy, o ile możliwe jest wykonanie powyższych operacyi w warunkach naszej praktyki prowincjonalnej.

Do rozszczenia ujścia macicznego za pomocą rozszerzadła Bossiego lub jego odmian, mianowicie, rozszerzadła FROMMERA, KNAPPA, PREISSA, KAISERA, WALCHERA i t. d., mamy mniej więcej te same wskazania, co i do wykonania cięcia cesarskiego pochwowego czyli *Colpohysterotomia* DÜHRSSENA lub jego odmian—*hysterosomatoma* DÖDERLEINA lub BUMMA. Wskazania te powstają w tych razach, gdy konieczne jest jaknajrychlejsze zakończenie porodu, więc przedewszystkiem w drgawkach porodowych, daleko posuniętej gruźlicy, zaburzeniach w działalności serca, przy wysokiej gorączce rodzącej i t. d. Zdawałoby się, że metoda Bossiego jest wykonalna niezależnie od warunków praktyki prywatnej, nie wymaga bowiem żadnej asysty. Przed kilkoma laty stosowałem metodę Bossiego dość często, ale w żadnym przypadku nie udało mi się doprowadzić rozszerzenia ujścia macicznego do końca bez uszkodzenia szyi macicznej.

Przytoczę w krótkich słowach kilka przykładów:

I) Chora F. przybyła do szpitala z objawami uwięźnięcia tyłozgiętej i tyłopochylonej macicy w 6-ym miesiącu ciąży, uwięźnięcia, które spowodowało już zgorzel śluzówki pęcherza moczowego. Po kilku próbach udało się odprowadzić macicę. Stan śluzówki pęcherza zaczął się poprawiać. Po 15 dniach chora zaczęła silnie gorączkować; płód był nieżywy; wystąpiły objawy, wskazujące, że mamy do czynienia z rozkładem zawartości jamy macicznej w przypadku „*missed abortion*”. Rozszerzenie szyi macicznej, tamponowanie macicy, zakładanie kolpeuryntera BRAUNA, następnie założenie do

macicy świeczki elastycznej według KRAUSEGO nie zdołały wywołać bólów i rozszerzyć otworu macicznego. Przystąpiłem więc do rozszerzenia szyi macicznej za pomocą rozszerzadła Bossiego bez wziernika, tylko pod kontrolą dwóch palców. Rozszerzałem z wolna co 2—3 minuty po pół podziałki, tylko do 4-ej podziałki, śruba posuwała się bardzo łatwo. Przy kontrolowaniu okazało się, że tylne i prawe ramiona rozszerzadła wyslizgnęły się z szyi macicznej; wtedy wyjąłem rozszerzacz i znów wprowadziłem go bez kapturków (ponieważ szyja nie była jeszcze dostatecznie rozszerzona), odciągnąwszy poprzednio tylną ścianę pochwy wziernikiem SIMSA, a przednią wargę maciczną uchwyciwszy kulociągiem. Po rozszerzeniu do 4-ej podziałki szyja maciczna jeszcze nie przepuszczała dwóch palców; nałożyłem kapturki. Po rozszerzeniu do 6 podziałki rozszerzacz został wyjęty. Szyja przepuszczała wtedy swobodnie tylko dwa palce, trzeciego palca wprowadzić już nie mogłem. Szyja nie była wygładzona, lecz z lewej strony rozerwała się na całej swej długości, bez znacznego jednak krwawienia. Nieco zmacerowany nieżywy płód, 28 ctm. długości, wydobyłem dopiero po przedziurawieniu główki kulociągiem. Po ręcznym wydobyciu łożyska okazało się, że szyja maciczna z lewej strony została rozerwana na długość 4—5 ctm.; brzegi były nierówne, zmiażdżone, wskutek czego nie krwawiły.

A więc pomimo rozszerzenia do 6-ej podziałki otwór maciczny przepuszczał swobodnie tylko 2 palce. To małe otwarcie, za ledwie dostateczne do wydobycia zmacerowanego płodu 28 ctm. długości, udało się otrzymać tylko kosztem rozdarcia szyi macicznej na dość dużej długości. Niewątpliwie, chcąc otrzymać pełne otwarcie ujścia macicznego, rozdarlibyśmy jeszcze bardziej macicę. I bynajmniej nie można było się obejść bez asysty. Potrzebna ona była do trzymania wziernika SIMSA i kulociągu.

II) Drgawki porodowe u pierwiastki w 7-ym miesiącu ciąży. Bóle porodowe się zaczęły. Ujście maciczne otwarte na 1 palec, szyja wygładzona. Ponieważ napady powtarzały się bardzo często, w ciągu czterech

godzin 8 razy, pomimo dużych drgawek morfiny i wodanu chloranu, postanowiłem opróżnić jamę maciczną. Rozszerzałem w uspianiu chloroformem rozszerzadłem ośmioramiennem WALCHERA zwolna do 10-tej podziałki. Po wyjęciu rozszerzadła ujście maciczne przepuszczało tylko 4 palce. Dokonałem obrotu, a ponieważ dziecko było nieżywe, więc przedziurawilem główkę dziecka. Łożysko wyszło samo. Szyja maciczna, jak się okazało, była rozerwana na długość 3—4 centymetrów. Krwawienie było dość znaczne, wskutek czego zeszyłem szyję maciczną katgutem. Chora była po operacji nieprzytomna przez 40 godzin, miała jeszcze 7 napadów w ciągu 24 godzin. Wyzdrowiała.

Widzimy więc, że i w tym przypadku, pomimo że szyja była wygładzona, udało się rozszerzyć ujście maciczne tylko na cztery palce i to kosztem rozdarcia szyi na 3—4 ctm.

III) Chora B. odesłana została do mnie celem dokonania sztucznego poronienia w 3 miesiącu ciąży z powodu daleko posuniętej gruźlicy. Założyłem pałeczkę blaszkownicy. Po 24 godzinach pałeczkę wyjąłem, lecz szyja maciczna dość długo nie przepuszczała jeszcze palca. Ponieważ macica była wiotka, i chciałem wobec tego palcem wydobyć jajo płodowe, więc rozszerzyłem zwolna szyję maciczną ośmioramiennym rozszerzaczem WALCHERA do 3-ciej za ledwie podziałki i tu już poczułem, że tkanka szyi macicznej się rozrywa. Wyjąłem natychmiast rozszerzacz, ujście maciczne swobodnie przepuszczało palec; naddarcie szyi macicznej było nieznaczne, ale niewątpliwie powiększyłoby się przy dalszem rozszerzaniu szyi.

Ponieważ więc metoda BOSSIEGO nie daje gwarancji zupełnego rozszerzenia ujścia macicznego bez bardzo znacznych uszkodzeń tkanki macicznej, wymaga asysty, która potrzebna jest przy dokonywaniu samej operacji i przy ewentualnem zeszywaniu uszkodzeń, dlatego ja osobiście uciekam się raczej do pochwowego cięcia cesarskiego. Mamy wtedy do czynienia z raną ciętą, która znacznie lepiej się goi, niż rana miażdżona — tembardziej, że operacja ta nie wymaga o wiele więcej pomocy, niż metoda BOSSIEGO, i może też być dokonana, jak zobaczymy dalej, we

wszelkich warunkach praktyki prywatnej. Jest to nietylko moje osobiste zdanie. Chociaż Bossi jeszcze w roku 1906 utrzymywał, że cięcie cesarskie pochwowe powinno być zupełnie wykreślone z położnictwa operacyjnego, że za pomocą swego rozszerzadła jest on w stanie w ciągu najwyżej jednej godziny wywołać rozwiązanie każdej ciężarnej, nawet, gdy poród się jeszcze nie zaczął, ze świetnym wynikiem dla matki i dziecka, jednak metoda ta przy niewygładzonej szyi macicznej zarzucona została przez wszystkich prawie wybitnych akuszerów; nawet przy zgładzonej szyi ma ona coraz mniej zwolenników i właśnie dzięki ciągłym, nieobliczalnym z góry rozdarciom szyi macicznej.

Przypadki pochwowego cięcia cesarskiego, operowane przeze mnie, są następujące:

I. Pierwiastka S. F., 17 lat mająca, przywieziona została do szpitala z powodu drgawek porodowych. W dzieciństwie była zawsze zdrowa. W 13-ym roku pierwsza miesiączka, następne co 4 tygodnie. Obecnie — koniec ciąży. Od kilku dni skarżyła się na bóle głowy. Na dolnych kończynach nieznaczny obrzęk, O 6-ej godzinie rano pierwszy napad drgawkowy, o 7-ej drugi, poczem straciła przytomność. 3-ci napad o godz. 8-ej, 4-ty o 9-ej, 5-ty o 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub>, 6-ty o 11-ej, 7-my o 11<sup>1</sup>/<sub>2</sub> przed południem. Tętno—130 na minutę, bardzo napięte. Ciepłota 37<sup>o</sup>,4. Wypuszczony cewnikiem mocz zawiera dużą ilość białka, O godz. 12-ej w południe badanie wykazało, co następuje: dno macicy na 3 palce pod wyrostkiem mieczykowatym, bóle porodowe bardzo rzadkie. I główkowe położenie. Tętno dziecka bardzo wyraźne. Szyja prawie wygładzona, przepuszcza za ledwie 1 palec. Pęcherz płodowy cały, główka wklonowana mocno w miednicę. W uspianiu chloroformem wykonałem „*colpohysterotomiam vaginalem*” według DÜHRSSENA. Przedewszystkiem zrobiłem z lewej strony głębokie cięcie pochwy i krocza, żeby mieć lepszy dostęp do ujścia macicznego. Po osłonięciu części pochwownej szerokimi wziernikami DOYENA uchwyciłem przednią wargę maciczną dwoma mocnymi kulociągami DOYENA, przeciąłem następnie wzdłuż przednią ścianę pochwową, poczynając na 1 cm. poniżej guzka podcewkowego aż

do zewnętrznego ujścia macicznego; brzegi tej rany pochwowej oddzieliłem nieco od podłoża i na tępo odsunąłem tamponikiem pęcherz moczowy do góry, co udało mi się bez żadnych trudności. Ochroniając oddzielony ku górze pęcherz wziernikiem, przeciąłem prostymi nożyczkami przednią ścianę macicy aż do fałdy otrzewnowej. Ponieważ powstały w ten sposób otwór wydawał mi się za mały, przeciąłem więc i tylną ścianę macicy w ten sam sposób na długość 4—5 cm. Zdjąłem kulociągi i kleszczami wydobyłem bez trudności żywe dziecko. Krwawienie bardzo nieznaczne. Łożysko wycisnąłem po 5-ciu minutach. Żeby zapobiedz krwawieniu z macicy, zatamponowałem ją gazą jodoformową. Teraz asystent nacisnął macicę ku dołowi i przybliżył ją w ten sposób do wejścia pochwowego. Uchwyciwszy brzegi szyi macicznej kulociągami i odsunąwszy wziernikiem pęcherz moczowy ku górze, zeszyłem przednią ścianę maciczną 8-ma szwami katgutowymi, tylną zaś ścianę 4-ma szwami, następnie zeszyłem 6-ma szwami katgutowymi ranę przedniej ściany pochwy. Ranę na krocze zeszyłem 4 szwami katgutowymi i 5 szwami jedwabnymi. Do pochwy założyłem sącdek gazy jodoformowej. Po operacji chora miała jeszcze 3 napady: o godz. 1-ej, 3-ej i bardzo krótki o godz. 4<sup>1/2</sup>. Przytomność chora odzyskała dopiero nazajutrz. Mocz był wypuszczany co 10 godzin cewnikiem, zawierał 6% białka.

Nazajutrz wyjąłem gazę jodoformową. Macica dobrze skurczona. Krwawienia nie ma żadnego. Tętno—84. 7-go dnia zdjąłem szwy z krocza—rychłozrost. Ciepłota przez cały czas normalna. 10-go dnia chora wstała, czuje się zupełnie dobrze. Dziecko rozwija się normalnie. Badałem tę chorą po 2-ch miesiącach. Macica mała, w przodopochyleniu, ruchoma, niebolesna.

II. Wezwany zostałem w nocy o godz. 4-ej do 18-letniej pierwiastki E. G. W dzieciństwie zawsze była zdrowa. Obecnie koniec ciąży. Do 5-go miesiąca ciąży miewała prawidłowo peryody. Dnia poprzedniego skarżyła się na bóle krzyża. Chora wysokiego wzrostu, bardzo dobrze odżywiana, duże obrzęki na twarzy, górnych i dolnych kończynach. O [3-ej] godzinie w nocy nagle do-

stała drgawek, poczem już przytomności nie odzyskała. Napady drgawek powtarzają się co 10—15 minut, bardzo silne pomimo dużej dawki morfiny; po napadzie występuje silna sinica i długie zatrzymanie oddechu. Badanie wewnętrzne wykazuje, że macica otwarta jest na 1—2 palce, położenie główkowe, główka ruchoma. Wody odeszły, szyja niewygładzona. Dziecko nieżywe. Wobec bardzo groźnego stanu chorej postanowiłem natychmiast dokonać cięcia cesarskiego pochwowego w mieszkaniu chorej w asystencji jednego lekarza i jednego felczera, oprócz lekarza chloroformującego. Jak i w poprzednim przypadku, zrobiłem przedewszystkiem głęboką episiotomię lewostronną. Uchwyciłem następnie dwoma kulociągami przednią wargę maciczną i przeciąłem nożyczkami część pochwy. Przedniej ściany macicznej nie przecinałem (modyfikacja DÖDERLEINA—hysterostomatia). Naciągając mocno kulociąg i odciskając ciągle wziernikiem pęcherz do góry, stopniowo przecinałem przednią ścianę macicy aż do fałdy otrzewnowej. Chociaż główka była nieco ruchoma, jednak wskutek odejścia wód obrotu nie mogłem już dokonać, a ponieważ dziecko było nieżywe, więc przedziurawiłem główkę dziecka i kranioklastem wydobyłem dziecko 48 cm. długości. Łożysko wskutek krwawienia wydobyłem ręcznie. Macicę zatamponowałem gazą jodoformową. Zeszyłem ścianę maciczną 8-ma szwami katgutowymi. Wtedy zauważyłem, że przednia ściana pochwy była rozerwana na długość 6—7 cm. wzdłuż ściany. Rozdarciem to zeszyłem katgutowym szwem węzełkowym. Krocze zeszyłem 4 szwami katgutowymi i 5-oma jedwabnymi. Zastrzyknąłem ergotynę. Tętno po operacji 126. Ciepłota popołudniu tegoż dnia 39,2. Napady drgawkowe powtarzały się kilkakrotnie pomimo lawatyw z wodanu chlorału i wstrzykiwań morfiny. O godz. 8-ej wieczorem w ławatywie z wody gorącej podałem 1,5 aspiryny. O godz. 11-ej chora silnie się spociła, poczem sen stał się spokojnym, tętno zaś spadło do 96.

Nazajutrz wypuszczono zrana 100 gr. moczu, który zawierał bardzo dużo białka. Wyciągnięto gazę jodoformową. Macica dobrze skurczona, nie krwawi, drgawki ustały,



3-go dnia chora odzyskała przytomność, poczem stan ciągle się poprawia. Ciepłota normalna. 7-go dnia zdjąłem szwy z krocza — rychłozrost. 11-go dnia pacjentka wstała, czuła się zupełnie dobrze.

Badalem chorą po 3-ch miesiącach. Macica mała, ruchoma, w lekkim tyłopochyleniu. Na przedniej ścianie pochwowej blizna, długości 2 cm., powstała na miejscu rozdarcia ściany pochwowej.

III. S. I., mająca lat 38, rodzi poraz 7-my. Pierwszy poród odbył się przed 13 laty, ostatni raz rodziła 2 lata temu. Porody zawsze były prawidłowe. Przez cały czas obecnej ciąży na nic nie narzekała, lecz w ostatnich 2 tygodniach wystąpiły obrzęki na nogach. Dnia poprzedniego miała silne bóle głowy. Zrana o godz 7-mej dostała napadu drgawek, po kwadransie drugiego, poczem straciła zupełnie przytomność. Do godz. 12-ej miała 12 napadów pomimo zastrzykniętej trzykrotnie morfiny i lawatywy z wodoru chloralu. O godz. 12-ej badanie wewnętrzne wykazało otwarcie ujścia na 1 palec, szyja prawie wygładzona. Pęcherz płodowy cały, położenie główkowe; główka ruchoma. Przewiozłem chorą do szpitala i dokonałem w asystencji 2-ch kolegów pochwowego cięcia cesarskiego: colpohysterotomia anterior. Po przerwaniu pęcherza główka natychmiast się wstawiła do miednicy, poczem bardzo łatwo wydobylem żywe dziecko klezczami.

Okazało się, że miałem do czynienia z bliźniętami. Przerwałem drugi pęcherz i za pomocą obrotu wydobylem drugi płód — hemicephalus 1-sze dziecko miało 42 cm. długości, żyje; drugie — nieżywe — tylko 33 cm. Wskutek krwawienia łożysko usunąłem ręcznie. Do jamy założyłem tampon z gazy jodoformowej. Szyję maciczną oraz pochwę zeszyłem katgutem. Tętno po operacji — 120. Po wyjęciu obydwóch płodów napady drgawek ustały. Wieczorem tegoż dnia chora sama oddała mocz. Nazajutrz odzyskała przytomność. Wyciągnąłem z macicy tampon jodoformowy. Okres połogowy miał przebieg zupełnie normalny. 8-go dnia oglądałem ranę za pomocą wzierników

i stwierdziłem rychłozrost. 10-go dnia pacjentka wypisała się zdrową.

Po 6-ciu miesiącach pacjentka ta zgłosiła się do mnie ze skargami na nudności i brak apetytu. Stwierdziłem ciążę w 2-gim miesiącu. Macica znajdowała się w normalnym położeniu.

IV. Przypadek ten dotyczy chorej K., której założyłem do macicy waleczek blaszkownicy z powodu „missed abortion” i silnych krwawień celem rozszerzenia ujścia macicznego i usunięcia zawartości jamy macicznej. Po 24 godzinach, pomimo wszelkich, dosyć energicznych prób usunięcia waleczka w uśpieniu chloroformowem, dokonać tego nie byłem w stanie. Uchwyciłem wtedy przednią wargę maciczną 2 kulociągami i przeciąłem przednią ścianę szyi macicznej przez całą jej długość wraz z wewnętrznym ujściem macicznym. Pęcherz moczowego nie oddzieliłem, gdyż przy mocnym pociąganiu kulociągami pęcherz sam się unosił ku górze; trzymałem się przy przecinaniu głównie wewnętrznej warstwy mięszu macicznego. Waleczek wyszedł natychmiast; palcem wydobyte zostało zmienione i stwardniałe jajo płodowe. Szyję maciczną zeszyłem 5-ma szwami katgutowymi. Rana zagoiła się przez rychłozrost. Po 8 miesiącach pacjentka zaszła w ciążę i następnie bardzo łatwo urodziła dziecko donoszone.

Zastanawiając się nad wynikami pochwowego cięcia cesarskiego, przychodzi do wniosku, że operacja ta może być łatwo dokonana i w warunkach praktyki prywatnej. Należy operować w asystencji dwóch pomocników, chociażby felczerów lub akuszerów, potrzebnych do trzymania kulociągów, wzierników pochwowych, oprócz lekarza, usypiającego chorą. Lecz nawet przy stosowaniu metody Bossiego niemożliwym jest się obejść bez 1 lub nawet 2 asystentów w przypadkach, kiedy zachodzi potrzeba zeszywania rozdarcia szyi macicznej. A więc w suterynie, na poddaszu, w izbie chłopskiej, gdzie bardzo często brakuje wszelkiej pomocy, nie da się zastosować żadna z tych dwóch operacji, w warunkach zaś lepszych, gdzie można mieć do pomocy chociażby niższy personel lekarski, z większą pewnością i z

lepszym wynikiem da się zastosować cięcie cesarskie pochwowe. Rozumie się samo przez się, że wymaga się od operującego pewnej techniki chirurgicznej do tamponowania krwawienia, szycia w głębi i t. p. Nie radziłbym stosować odmiany DÖDERLEINA — hysterostomatoma — bez przecinania przedniej ściany pochwowej. Słusznie utrzymuje DÜHRSSSEN, że, nie przecinając przedniej ściany pochwy, możemy mieć trudności przy wydobyciu dziecka, zaś sama ściana pochwy może łatwo ulec rozerwaniu jak widzieliśmy to w naszym przypadku 2-gim, a takie rozdarcie pochwy łatwo może pociągnąć za sobą i rozdarcie pęcherza moczowego.

DÜHRSSSEN proponuje dla uproszczenia techniki t. zw. „Metreurynteruterusschnitt”. Zamiast odciągania szyi macicznej ku dołowi kulociągami, radzi założyć do macicy kolpeurynter BRAUNA  $9\frac{1}{2}$  ctm. średnicy i pociągać mocno za koniec balonu ku dołowi. Ujście maciczne wtedy przybliży się do wejścia pochwowego, i można operować z jednym tylko pomocnikiem. Moim zdaniem, taka metoda nie zawsze da się zastosować. W pierwszym moim przypadku, gdzie główka była wklonowana w miednicę, nie udało się wprowadzić balonu do macicy. Natomiast bardzo może się przydać powyższa metoda wobec łożyska przodującego. Jeżeli w podobnym przypadku występuje krwawienie, ujście maciczne zaś jest niedostatecznie rozszerzone zakładamy kolpeurynter do macicy i czekamy, aż ujście samo się rozszerzy; kontrolujemy przytem ciągle tętno dziecka. Jeżeli tony serca dziecka słabną, możemy dla uratowania dziecka przeciąć przednią lub też i tylną ścianę szyi macicznej na tym kolpeurynterze i natychmiast wydobyć dziecko za pomocą obrotu.

O wiele mniej może skorzystać lekarz w praktyce prowincjonalnej z tych nowoczesnych zdobyczy położniczych, które mają na celu rozwiązanie kobiety bez szkody dla dziecka przy wąskiej miednicy.

Leonard GIGLI, chirurg florencki, wprowadził do położnictwa operacyjnego cięcie boczne miednicy czyli kości łonowej, t. zw. obecnie *heboosteotomiam*. Wprowadzono różne ulepszenia do pierwotnej techniki tej

operacji przez von der VELDEGO, DÖDERLEINA, BUMMA, WALCHERA, SEELIGMANNA, SCHICKELEGO, TRUZZIEGO, CREDÉGO i wielu innych. SIGWART, asystent BUMMA, dokonywał tej operacji z dobrym wynikiem, niejednokrotnie nawet w praktyce poliklinicznej. Ale operacja ta wywołuje prawie zawsze rozdarcia pęcherza moczowego, obfite krwawienia z łechtaczki, rozdarcia pochwy i t. d., wobec czego operację powyższą zupełnie zarzucono u pierwiastek, u wielorodzących również stosując ją coraz rzadziej, tembardziej, że może być wykonana jedynie przy niewielkich zwężeniach miednicy. Według STÖCKELA, zwolennika tej operacji, nadają się do niej przypadki płaskiej miednicy krzywiczkiej z wymiarem prostym 8 ctm. i przypadki ogólnie zwężonej miednicy z wymiarem prostym 8,5 ctm.

Dlatego przy miednicy ścieśnionej w ostatnich czasach coraz więcej zwolenników znajduje zewnątrzotrzewnowe cięcie cesarskie. Operacja ta może być dokonana przy wszelkich zwężeniach miednicy i daje możliwość uniknięcia zakażenia otrzewny, jako najczęstszego powikłania klasycznego cięcia cesarskiego. W roku 1907 FRANK z Kolonii ogłosił pierwsze swoje przypadki „rozwiązania nadłonowego”, obecnie mamy już cały szereg różnych odmian. FRANK pierwotnie po przecięciu poprzecznym powłok brzusznych i odsunięciu ku górze zawijającej się fałdy otrzewny (*plica vesicouterina*) — przecinał szyję maciczną poprzecznie. SELHEIM radził przecinać powłoki brzuszne sposobem PFANNSTIELA, szyję zaś maciczną podłużnie. FROMME operuje poprzeczotrzewnowo: po dokonaniu cięcia podłużnego powłok brzusznych przecina otrzewną ścienną i otrzewną, przylegającą do macicy, podłużnie na długość 10 — 12 ctm, zeszywa prowizorycznie otrzewną ścienną z otrzewną maciczną i w ten sposób może poza otrzewną przeciąć szyję maciczną na długość 10 — 11 ctm, dostateczną do wydobycia dziecka. W przypadkach „czystych” rozpruwa następnie szew prowizoryczny i zeszywa oddzielnie między sobą otrzewną ścienną i otrzewną maciczną. DÖDERLEIN, chcąc zawsze operować zewnątrzotrzewnowo, robi cięcie powłok brzusznych sposobem PFANNSTIELA i, oddzielając nieco

napętniony pęcherz i fałdę otrzewny z boku ku linii środkowej, tworzy sobie dostęp do szyi macicznej. To samo robi LATZKO z tą różnicą, że cięcie powłok brzusznych jest podłużne, a cięcie szyi macicznej znajduje się bliżej linii środkowej.

SOLMS i DÜHRSEN łączą cięcie cesarskie zewnątrzotrzewnowe z cięciem cesarskim pochwowem. Robią oni cięcie boczne równoległe i na 1 ctm. powyżej więzu POUPARTA przez wszystkie warstwy, na tępo oddzielają pęcherz moczowy i fałdę otrzewnową ku linii środkowej. Mając już dostęp do tkanki macicznej, robią cięcie cesarskie pochwowem sposobem DÜHRSENA (Metreurynteruterusschnitt), przecinając szyję maciczną do góry aż do miejsca, które zostało obnażone poprzedniem cięciem bocznem. Przez otwór ten nad więzem POUPARTA wydobywają dziecko. DÜHRSEN—SOLMS nazwali tę operację Laparocolpohysterotomia czyli Buddhageburt.

Mojem zdaniem wszystkie metody zewnątrzotrzewnowego cięcia cesarskiego, oprócz modyfikacji FROMMEGO są zanadto złożone, żeby mogły w krótkim czasie znaleźć szerokie zastosowanie wśród ogółu lekarzy prowincjonalnych. Lekarz prowincjonalny ma za mało materiału odpowiedniego i wskutek tego za mało wyrobioną technikę, żeby mógł sobie zawsze dać radę z powikłaniami, które przy metodach FRANKA, LATZKO lub DÜHRSENA zdarzyć się mogą.

Natomiast modyfikacja FROMMEGO jest w wykonaniu o wiele łatwiejsza, jest operacją typową, i przy niej łatwiej uniknąć powikłań (rozdarcia pęcherza i t. d.).

Pozwolę sobie przytoczyć w tym miejscu przypadek zewnątrzotrzewnowego cięcia cesarskiego sposobem FROMMEGO, operowany przeze mnie jeszcze w roku 1908.

N. M., lat 34 mająca, urodziła poraz pierwszy przed 12 laty nieżywe niedonoszone dziecko. Przed 4-łaty znów urodziła nieżywe dziecko w 8-ym miesiącu. Przed rokiem dokonałem wymóżdżenia, ponieważ po 3-dniowych bólach dziecko już nieżyło, i główka ciągle była ruchoma ponad miednicą. Obecnie znowu jest w końcu ciąży. Chora bardzo źle odżywiana, niskiego wzrostu, typowe objawy krzywicy. Skarzy się na przewlekły nieżyt o-

skrzeli i dusznicę oskrzelową. Pochylenie miednicy prawie 90°, wskutek czego cały srom i cewka wysunięte są nieco ku przodowi. Położenie główkowe. Główka ruchoma. Wymiały miednicy D. cr. 24, d. sp.—26, d. tr.—30, Baud.—17, C. diag—9, C. ver.—7¼, ctm. Pacjentka bardzo pragnie mieć żywe dziecko i zgadza się na wszelką operację. Bóle porodowe zaczęły się w nocy. O 6-ej rano była badana przez jakąś babkę. O godz. 6-ej wieczorem znalazłem otwarcie na 3 palce, pęcherz pękł przed godziną, główka ruchoma pomimo bardzo częstych bólów. Hebstomia wydaje mi się bardzo niebezpieczną, gdyż kość łonowa jest bardzo szeroka, zaś pęcherz moczowy leży nisko, wcale nie wystaje ponad spojeniem łonowem, wskutek czego niewątpliwie nastąpiłoby uszkodzenie pęcherza. Wobec tego o godzinie 9-tej przy T° 37,2, tętnie—110 dokonałem cięcia cesarskiego metodą FROMMEGO. W położeniu TRENDELENBURGA zrobiłem cięcie 12—13 ctm. od spojenia łonowego w górę w smudze białej, na tej samej przestrzeni przeciąłem otrzewną ścienną; wtedy zauważyłem, że operowanie zupełnie zewnątrzotrzewnowe w tym przypadku byłoby bardzo trudne, nawet niemożliwe, gdyż fałda pęcherzowo-maciczna leżała dość głęboko pod górnym brzegiem spojenia łonowego. Naciąłem więc w kierunku podłużnym otrzewną na dolnym odcinku macicy na 10—11 ctm. długości i brzegi jej oddzieliłem na 1 ctm. od tkanki macicznej. Dało się to bardzo łatwo wykonać bez krwawienia. Otrzewną ścienną zeszyłem z otrzewną maciczną ciągłym szwem katgutowym. Obnażoną szyję maciczną przeciąłem podłużnie nożem i nożyczkami. Krwawienie było nieznaczne. Wydobyłem za główkę dziecko w lekkiej asfiksyi, która przeszła po kilku minutach. Wobec krwawienia z jamy macicznej wydobyłem ręcznie łożysko, wytampnowałem jamę maciczną gazą jodoformową, której koniec wyprowadziłem do pochwy. Mięsień maciczny zeszyłem katgutem. Ponieważ chora przed operacją była przez babkę badana, więc uważałem ten przypadek za podejrzany pod względem jałowości, dlatego nie rozprułem prowizorycznego szwu między otrzewną ścienną i maciczną; mięśnie i po-

wież zeszyłem katgutem, skórę zaś klamerkami MICHELA. Po operacji chora dostała 2 strzykawki ergotyny i 1 kamfory. Okres pooperacyjny był dość powikłany. Już 3-go dnia pacjentka dostała zapalenia nieżyłowego obu płuc, które przeszło dopiero 12 dnia. Rana rozeszła się na większej swej przestrzeni i była pokryta szarym nalotem. Pomimo to przez cały czas nie było żadnych objawów niepokojących ze strony otrzewny. Chora miała wypróżnienie 2-go dnia po operacji, sama ciągle oddawała mocz, ani razu nie wymiotowała, nie było najmniejszej bolesności brzucha. 36-go dnia po operacji pacjentka była zupełnie zdrowa, sama karmiła dziecko, które rozwijało się prawidłowo. Przy badaniu dwuręcznym stwierdziłem, że macica dobrze się skurczyła i była na małej bardzo przestrzeni przyrośnięta do ściany brzusznej.

Sądząc z ropienia i wyglądu rany, uważam, że w tym przypadku miałbym niewątpliwie bardzo niebezpieczne dla życia chorej powikłanie ze strony otrzewny, gdybym rozpuścił prowizoryczny szew, a tembardziej, gdybym dokonał klasycznego cięcia cesarskiego.

Ale i ta stosunkowo łatwa do wykonania modyfikacja cięcia cesarskiego zewnątrzotrzewnowego wymaga jeszcze odpowiednich warunków, odpowiedniego stołu operacyjnego, wyjąłowanego ubrania, świetłej pomocy. Dlatego lekarz, praktykujący na prowincyi, jeżeli nie chce poświęcić bardzo często życia dziecka, powinien rodzącą z wąską miednicą jaknajwcześniej odesłać do szpitala, gdzie, nawet pomimo oplakanych warunków naszych szpitali, może być jednak zastosowana ta lub owa metoda operacyjna. Jeżeli zaś przewiezienie do szpitala lub odpowiedniej lecznicy jest niemożliwe, lekarz praktyk, pomimo wszystkich nowoczesnych zdobyczy w położnictwie, zmuszony będzie niejednokrotnie do wykonywania zapobiegawczego obrotu lub wymóżdżenia główki żywego dziecka.

Z polikliniki chorób żołądka i kiszek dr. Antoniego Tuchendlera.

#### IV. Sprawy chorobowe dolnego odcinka kiszek w świetle badań rektoskopowych.

napisał.

Antoni Tuchendler.

Dolny odcinek kiszki, to jest odbytnica i kiszka esowata, często są siedliskiem spraw chorobowych najcięższych, które tem są charakterystyczne, że przebiegać mogą nieraz zupełnie bez objawów lub dawać objawy, które wcale nie odpowiadają rozmiarom sprawy anatomicznej. Dlatego w tych razach tak często nie jesteśmy w możności postawić na ich zasadzie rozpoznania. Przytem z badaniem dolnego odcinka kiszki mają wszyscy do czynienia—zarówno terapeuci, jak ginekolodzy i chirurdzy. A sposoby badania tych narządów zwykle przez nas stosowane, jak badanie palcem lub nawet wziernikiem, są często niewystarczające; wszak palcem dojść możemy w odbytnicy tylko do pewnej wysokości, najwyżej do 8—9 ctm. Duże dlatego zainteresowanie wzbudzić musiała metoda, która za pomocą wprowadzanego do odbytnicy i kiszki esowatej sztucznego światła służy do ich oświetlenia, a tem samem oględzin i rozpoznawania zmian chorobowych. Zanim przejdę do opisu spraw chorobowych dolnego odcinka kiszki według badań rektoskopowych, uważam za konieczne choć w ogólnych zarysach zaznaczyć Szanownych Kolegów z badaniami, służącemi do oświetlenia i rozpoznawania spraw chorobowych dolnego odcinka kiszki, które na ogół noszą miano rektoromanoskopii.

Badanie dolnego odcinka kiszki za pomocą oświetlenia stosowano wprawdzie od dawna. Wiadomo, że już HIPOKRATES posilkował się wziernikiem odbytnicowym, i w książce jego o krwawnicach opisane są zmiany, jakie za pomocą oględzin wykrył w odbytnicy. Od tych najdawniejszych czasów posilkowano się różnego rodzaju wziernikami, przyczem oświetlano za pomocą światła dziennego i w ten sposób próbowano

obejrzyć dolny odcinek kiszek, a w razach, kiedy się to nie udawało uciekano się do usypiania chorych lub nawet do rozcinania zwieraczy. W tych warunkach nie mogło być przecież mowy o stałym, codziennym stosowaniu takiej metody. Musiano ograniczać się do badania odbytnicy palcem, i sposób ten uchodził aż do czasów ostatnich za jedyny najpewniejszy. Wiemy jednak, że sposób ten często zawodzi i często wcale nie osiąga celu. Odczuwaliśmy też dotkliwie brak ulepszonej metody. Dopiero badania ORISA, który, mniejszą zwracając uwagę na budowę wziernika, a większą na odpowiednie ułożenie chorego przy badaniu, wywołał dodatni zwrot w sprawie oświetlenia kiszek. Zaslugę tę EWALD przypisuje SIMSOWI, który jeszcze o 40 lat wcześniej spostrzeżenie to uczynił, że odbytnica z chwilą otwarcia zwieraczy wypełnia się powietrzem, ale z warunkiem, że miednica położona być musi wyżej od klatki piersiowej, wskutek czego кишки opuszczają się do przepony. Później dopiero bo w roku 1894, KELLY szczegółowo opisuje to położenie, w którym należy wykonywać oświetlenie odbytnicy. Położenie to, oparte na podstawach anatomicznych i fizjologicznych, jest niezbędnym warunkiem dobrego wyniku badań wziernikowych. Położenie to jest pozycją kolanowo-piersiową, i w tej tylko pozycji nastąpić może zupełne rozszerzenie pneumatyczne odbytnicy i esicy, ponieważ w niej tylko otrzymać możemy ujemne ciśnienie wewnątrzbrzuszne. W ten sposób prace ORISA i KELLY'EGO uważać należy za podstawowe i wielce doniosłe dla sprawy rektoskopii. I oni jednak w badaniach swoich, że się tak wyrażę, stanęli na połowie drogi, ponieważ, nie mając odpowiedniego wziernika, sprawiali ból choremu i w ten sposób metody tej szerzej rozpowszechnić nie mogli. Dopiero w czasach ostatnich, dzięki ulepszeniom wziernika, zwłaszcza przez STRAUSSA<sup>1)</sup> dokonany, metoda ta wprowadzona

została do systematycznych badań klinicznych, szczególnie w Niemczech (w Ameryce jest ona dawno popularna) i znalazła więcej zwolenników, tembardziej, że w czasach ostatnich opracowana została szczegółowo technika i metodyka wziernikowania odbytnicy i dolnego końca esicy.

Dzięki jej jesteśmy w możności wprowadzić wziernik do kiszek do 30—40 ctm., co odpowiada na wyjętym odcinku kiszek przestrzeni, wynoszącej do 50 ctm. (według SCHREIBERA) i w ten sposób rozpoznać najrozmaitsze sprawy chorobowe dolnego odcinka jelita grubego. Większego zainteresowania się tą sprawą w czasach ostatnich dowodzą prace STRAUSSA, EWALDA, ROSENHEIMA, SCHILLINGA, HELBERA, FEDOROFFA i SCHREIBERA. Największa zasługa należy się SCHREIBEROWI, który przeprowadził systematyczne badania wziernikowe na dość licznych materiale żywym i na trupach, poddając w ten sposób całą naukę o wziernikowaniu odbytnicy ścisłej krytyce. Wielce wartościowe te doświadczenia polegały w ogólnych zarysach na tem, że zbadał on drogą wziernikowania przede wszystkim 100 osobników zdrowych: mężczyzn, kobiety i dzieci (zdrowych, rozumieć należy: nie dotkniętych cierpieniami dolnego odcinka kiszek); a czynił on to w ten sposób, że, wprowadziwszy do odbytnicy lub кишки esowatej wziernik, przedstawiające się tam obrazy oglądał szczegółowo, notował i odmalowywać kazał. W ten sposób zapoznał się z anatomią i fizjologią dolnego odcinka kiszek, a mając taki fundament, przeszedł do oględzin narządów, chorobowo zmienionych. W badaniach tych przestudował rozmaite, zdawałoby się, elementarne kwestye, jako to:

działkę centymetrową i w zatykadło z rynienkami w tym celu, aby przy wyjmowaniu nie wywoływać wciągania w próżnię śluzówki. Strauss zaopatrzył wziernik jeszcze: 1) w dmuchadło, które drogą wyrównywania fałd ma ułatwiać dostęp do esicy; 2) lampa umocowana jest we wzierniku tu bliżej miejsca oświetlanego 1 ctm. od końca odbytnicy u góry, co ma ją ochraniać od zabrudzenia; 3) w zewnętrzny otwór wziernika znajduje się okienko do zdejmowania, które służy do wglądania lub wprowadzania narzędzi (u Schreibera tylko połowa odvodu służy do oglądania).

<sup>1)</sup> Ulepszenia, wprowadzone przez Straussa we wziernik, polegają na następującem. Pierwotnie wziernik odbytniczy składał się ze zwyczajnej rurki metalowej (Tubusy Kelly'ego). Ulepszenia Schreibera polegały na zaopatrzeniu rurki w po-

jaka jest długość odbytnicy, jaka kiszki esowatej, kierunek ich, umiejscowienie fałd, których znajomość jest niezbędna dla zrozumienia obrazów wziernikowych chorobowych <sup>2)</sup> Chcąc równomiernie kışkę oświecić, musimy dane te posiadać, by móđz odpowiednio do tego wziernik wprowadzać. Naprzykład, odbytnica położona jest prawidłowo w linii pośrodkowej kości krzyżowej; odpowiednio do tego prowadzić musimy wziernik w linii pośrodkowej. Zdarza się jednak, że od tego prawidłowego położenia, odbytnica zbacza na prawo, a nieraz na lewo. W górnej zwłaszcza trzeciej mniej więcej swej części, jak w wzierniku widać biegnie ona więcej z prawej strony; w tem to miejscu wziernik musimy skierować pod dosyć ostrym kątem wprawo. W sprawach chorobowych narządów sąsiednich, jako to: macicy, przydatków lub w nowotworach esicy zбочenia takie od prawidła zdarzać się mogą. Co się tyczy położenia kışki esowatej, to nawet w warunkach prawidłowych może być ono różne i z tego względu natrafiamy często na trudności rozpoznawcze nie do zwalczenia. Choć przyjęte jest uważać, że kışka esowata leży w okolicy lewego dołu biodrowego, kierunek tej części kışki podlega najrozmaitszym wahaniom: u noworodków, naprzykład z powodu bardzo długiej krezki napotyamy zagięcie esowate w okolicy kątnicy; ale i u dorosłych pętlę tę napotkać możemy w linii pośrodkowej brzucha, a czasem sięgać może ona aż do poprzecznicy. Uchylenia te jesteśmy w możności w każdym poszczególnym przypadku za pomocą wziernikowania wykryć i ściśle rozpoznać, a klinicznie wynik spożytkować.

Po tych ogólnych uwagach, dotyczących kierunku odbytnicy i esicy, pokrótce rozpatrzeć musimy wewnętrzną topografię tych narządów, którą poznajemy drogą oświecenia, i ustanowić na wewnętrznej powierzchni ich ściśle granice, położenie i porządek różnych fałd i zagięć odbytnicznych, które są wygodnym drogowskazem i tworzą pod-

stawę do rozpoznawania. Otóż odróżniamy w odbytnicy część kroczową odbytnicy (*pars perinealis recti*) i część miedniczą czyli bańkową (*pars pelvina s. ampullaris*); od otworu stolcowego część, odpowiadająca obu zwieraczom, wynosi 4—5 ctm.; kroczowa część kończy się u góry ostrym brzegiem, tak zwaną krawędzią pierścieniową (*margo annularis s. anoampullaris*); po przekroczeniu krawędzi jesteśmy w części bańkowej, której górną granicę tworzy najwyżej w odbytnicy umiejscowiona fałda odbytnico-esowata (*plica rectoromana*); idąc dalej od odbytu, wkraczamy w część kışki esowatej, bezpośrednio graniczącą z odbytnicą, to jest to kolano, które stanowi część trzecią lub w najlepszym razie połowę kışki esowatej (*crus rectale s. descendens S Romani*). Są to główne punkty wytyczne, spostrzegane we wzierniku podczas oświecania odbytnicy i esicy. Znając drogę tę dokładnie, jesteśmy w możności za pomocą przyrządu prostego, bo składającego się z cylindrycznej rurki, obejrzeć odbytnicę całkowicie, a kışkę esowatą do połowy jej długości, a nieraz i dalej, bo do 30—35 ctm., licząc w prostej linii od odbytu. Celem pracy niniejszej jest przedstawić patologię odbytnicy w świetle badań wziernikowych i przekonać o wartości tej metody rozpoznawczej na zasadzie własnego doświadczenia; spostrzeżenia kliniczne, które tu poniżej przytaczam, są tymczasowo nieliczne, ale pomimo to wielce zachęcające do szerszego stosowania tej metody, tembardziej, że w większości przypadków chorzy zupełnie dobrze ją znoszą, co niewątpliwie jest dużą jej zaletą.

Drogą badań wziernikowych wykazać możemy zmiany chorobowe na śluzówce nawet powierzchowne, których palcem nie jesteśmy w stanie wyczuć. O ile badanie palcem daje nam pojęcie o tem, jak głęboko sprawa chorobowa sięga, to jest naprzykład, jak wielkie jest nacieczenie, jaka sprawa zachodzi w najbliższej okolicy tych narządów, o tyle wziernikowanie poucza znów lepiej o wyglądzie i charakterze sprawy; rozumie się, że określenie różniczkowe widzianego wymaga wprawy i cierpliwości. Wziernikowanie nie powinno nas nigdy upoważniać do zaniechania badania palcem; jedno

<sup>2)</sup> Dane te czerpię z pracy mej: „Anatomia i fizjologia odbytnicy i kışki esowatej“, Medycyna r. 1908.

badanie uzupełnia drugie. Przechodzę do opisu tych spraw chorobowych i przypadków klinicznych, w których rozpoznanie postawiłem drogą wziernikowania; do nich należą:

1. Sprawy, wysoko usadowione w odbytnicy, niedostępne dla badania palcem;
2. Nieżyt odbytnicy (Proctitis), owrzodzenia, polipy;
3. Rak odbytnicy;
4. Krwawienia kiszkowe;
5. Sprawy, usadowione w części odbytniczej кишки esowatej;
6. Półpasiec (Herpes zoster recti).

Najczęstszą i najważniejszą ze spraw, spostrzeganych w odbytnicy, jest rak; najczęściej też wypadło nam w tej sprawie stosować wziernikowanie. Od czasu kiedy KRASKE w roku 1885 ogłosił swą metodę doszczętniej operacji nowotworów, wysoko w odbytnicy usadowionych, od czasu kiedy zewsząd tak zachęcające zaczęły nadchodzić rezultaty (KRASKE, HOCHENEGG, MIKULICZ, KÖRTE), pilniejszą zwracamy uwagę na te tak często spostrzegane nowotwory złośliwe. Przy technice operacyjnej, stale ulepszanej, tem lepsze wypadną wyniki, im wcześniej potrafimy rozpoznać raka, wcześniej, aniżeli dotychczas, a w rozpoznaniu opóźniamy się codziennie i często z naszej winy. Ilu to takich chorych wypada nam badać, gdzie i podmiotowe i przedmiotowe dane nasuwają myśl o raku odbytnicy, a słyszymy, że lekarz nie uważał za potrzebne zbadać odbytnicę, a jeśli zbadał palcem, i badanie to nie dało dodatniego rezultatu, tem się zadowolnił. A czy badanie to jest wystarczające? W większości przypadków raka odbytnicy sprawa jest tak nisko umiejscowiona, że rzeczywiście wystarcza badanie palcem. Ale i w tych razach, jeśli idzie o wczesne rozpoznanie, to badanie palcem tego nie uczyni. Tak samo, jeśli sprawa umiejscowiona jest wyżej 9—10 ctm. lub w kiszce esowatej, gdzie drogą wymacywania ani przez ścianę brzuszną, ani przez odbytnicę nic się nie wyczuwa. Wreszcie, jak rozpoznajemy raka odbytnicy? pomijam wywiady i badanie kału, które to dane, krytycznie spożytkowane, mogą wprawdzie naprowadzić nas na myśl o raku; na ich

jednak zasadzie nie możemy rozpoznania postawić, tembardziej w początkach sprawy. Wymacywanie daje znacznie pewniejsze wyniki, ma jednak swoje granice. Dalej jednym z najważniejszych objawów, podstawą do rozpoznania raka w odbytnicy jest guz. A jak się z naszych badań wziernikowych przekonywamy, guz, dający się wyczuć, wcale nie jest tym najczęstszym objawem szczególnie w początku sprawy; odnośne obrazy wziernikowe pouczają nas o tem, jak niektóre postaci wcale nie wykazywały guza; spostrzegaliśmy często powierzchowne owrzodzenia charakterystyczne tem, że wcześniej wyczuwały się, jako nacieczenia twarde. Wogóle powierzchnia i wielkość takich owrzodzeń rakowatych są tak różne w pojedynczych przypadkach, że i obrazy wziernikowe w nich najrozmaiciej się przedstawiać mogą: w jednym razie jako stwardnienia, zajmujące cały obwód, podobne do blizny, albo też w postaci ograniczonych guziczków. A w pierwszych okresach wyglądać mogą jako małe guziczki, przeświecające przez zdrową jeszcze śluzówkę. Guziczki te, rozrastając się powoli w odbytnicy, szczególnie w bańce, mogą wcale nie dawać bólu, zato ból wystąpić może w innem miejscu, naprzykład w kości krzyżowej, lub w dolnej części pleców lub w pęcherzu. Wogóle miejsca rakowate w jednym razie mogą być wrażliwe na ucisk, nawet bardzo bolesne, a innym razem mogą wcale bólu nie dawać. W dalszym rozwoju obraz wziernikowy zależny będzie po części od budowy histologicznej nowotworu, po części może i od innych nieznanych nam czynników. Z tej samej sprawy powstać może potężny guz, innym razem pozostanie tylko małe nacieczenie. Sprawa nowotworowa występuje w postaci polipów, wystających do światła, lub pelza po powierzchni. A być może i tak, że nowotwór zupełnie przypomina zwykłą bliznę; w takim przypadku jedynie drogą badania drobnowidzowego ustalić możemy charakter sprawy. Na szczególną uwagę zasługuje fakt, że sprawie nowotworowej w odbytnicy towarzyszy zazwyczaj rozszerzenie hemoroidalne, z czem liczyć się musimy głównie ze względu na to

aby, konstatując rozszerzenie hemoroidalne, nie tłumaczyć sobie tem, jak to zwykle czynimy, całkowitego obrazu chorobowego i nie zaniedbać badania szczegółowszego. A krwawnice są tu często tylko wczesnym objawem, towarzyszącym rakowi odbytnicy. Z przypadków raka odbytnicy pozwolę sobie tu przytoczyć przypadek wysoko usadowionego w odbytnicy, w którym ani badanie palcem, ani też badanie przez ścianę brzuszna nie pozwoliło na ustalenie rozpoznania.

Chora ma lat 27, kilka miesięcy temu wyszła za mąż, do mnie zgłosiła się i opowiedziała, co następuje: od lat kilku jest bardzo nerwowa, innych żadnych dolegliwości dawniej nie miała; w czasach ostatnich zauważyła, że częściej oddaje wypróżnienia, ale z trudem, w wypróżnieniach widzi od czasu do czasu ślady krwi; na przemian z twardymi stolcami bez widocznej przyczyny występują papkowate; prócz tego ma bóle w krzyżu, w biodrach, ale nie w kiszki; krew w ostatnich czasach pokazywała się w większej ilości, z powodu tej częstej utraty krwi chora jest b. nerwowa, podrażniona, ale wcale nie schudła. Pomimo systematycznego leczenia dolegliwości nie ustępują.

Badanie chorej wykazuje: kobieta dobrze zbudowana i dobrze odżywiana, ma zdrową cerę. W narządach wewnętrznych żadnej nieprawidłowości. Przy badaniu brzucha nigdzie, ani z prawej, ani z lewej strony żadnej bolesności, żadnej nawet wrażliwości. Przy badaniu odbytnicy palcem zwieracze z trudem przepuszczają palec; śluzówka odbytnicy rozpulchniona; po pewnym oporze wprowadzamy palec wskazujący swobodnie do góry w kierunku ściany tylnej i tu wysoko wyczuwamy jakiś opór. Badanie skombinowane i od strony brzucha i przez odbytnicę nic więcej nie wykazuje (chora brzuch napina mocno i ma za wiele tłuszczu w powłokach), miałem wrażenie, że opór ten wyczuwam jednak w ścianie kiszki, ale nie byłem tego pewny.

**B a d a n i e w z i e r n i k o w e.** Wprowadziwszy wziernik 30-o centymetrowy do odbytnicy, na przestrzeni do 11 ctm. nie natrafiamy na żadną przeszkodę; wszystko po drodze przedstawia się prawidłowo; dalej

jednak, powyżej 11 ctm. nie mogę wprowadzić wziernika, próbuję to uczynić za pomocą rozmaitych manipulacji wciąż pod kontrolą wzroku, widzę jednak we wzierniku w miejscu przeszkody z lewej strony wał, pokryty b. zaczerwioną śluzówką, światło kiszki otwarte; miejsce to na dotyk, szczególnie z lewej strony, sprawia chorej ból; jednocześnie ukazuje się w tem miejscu krew. Rozpoznanie było dla mnie pewne; niemożność przesunięcia wziernika do esicy w warunkach zewnętrznych prawidłowych, to jest przy otwartem świetle kiszki, dowodzi przeszkody, którą tworzył ów wał, nie poddający się wcale, bolesny i krwawiący. Rozpoznaawszy raka odbytnicy, doradziłem chorej operację. Chora wyjechała do Wiednia, gdzie HOCHENEGG dokonał wycięcia kiszki i założył otwór stolcowy krzyżowy. W tym stanie po operacji przedstawiłem<sup>3)</sup> chorą na posiedzeniu kolegom.

Przypadek II. Chory<sup>4)</sup>, mężczyzna blisko 70-cio-letni skarży się według kolegi KNASTRA, któremu zawdzięczam to spostrzeżenie, oddawna na stolce zaparte; w ostatnich 5—6 tygodniach dolegliwości przy wypróżnieniu, bóle w odbytnicy, w dolnej części brzucha i krwawienie z odbytnicy. Wobec dużego wychudnięcia i wieku chorego kolega KNASTER podejrywał sprawę chorobową odbytnicy natury złośliwej; badając odbytnicę palcem, nic jednak szczególnego nie wykrył; i inny kolega, wówczas badający chorego, podobno również w odbytnicy nic nie wyczuwał. Natomiast, jak chory sam opowiada, jeden tylko lekarz (REICHMAN) skonstatował u niego guz w odbytnicy. Mając tu trudności rozpoznawcze, kolega K. po zastosowaniu wszelkich innych metod badania odbytnicy skierował chorego do mnie dla wziernikowania. Za pomocą wziernikowania rozpoznałem u chorego tego brodawczaka odbytnicy<sup>5)</sup>. We wzierniku widać wyraźnie

<sup>3)</sup> Chora demonstrowana na posiedzeniu klinicznym Warsz. Tow. Lek. dnia 2 marca 1909 roku.

<sup>4)</sup> Chory demonstrowany na posiedzeniu klinicznym dnia 2 marca 1909 r.

<sup>5)</sup> Ponieważ badania drobnowidzowego nie wykonywałem, rozpoznanie to postawione zostało jedynie z wyglądu; jak się o tem później przekonałem, nowotwór uległ zwyrodnieniu rakowatemu.



brodawczaka wielkości małej wiśni, umiejscowionego w odbytnicy z lewej strony w odległości 9 ctm. od otworu stolcowego. Rozpoznanie w tym przypadku możliwe było jedynie drogą wziernikowania odbytnicy. Obecnie, kiedy już napewno wiemy, że guz położony był w odległości 9 ctm. od otworu, zrozumieć łatwo możemy, że jedni koledzy mogli go osiągnąć, drudzy nie, w zależności od długości palca. Przypadek ten poucza o wielkiej wartości badań wziernikowych dla rozpoznawania spraw chorobowych odbytnicy i zarazem wykazuje niedostateczność badania odbytnicy palcem nawet w przypadkach sprawy, umiejscowionej tak blisko otworu stolcowego, a cóż dopiero, kiedy mamy do czynienia ze sprawą, wysoko w odbytnicy położoną lub jeszcze wyżej w esicy (wszak palcem, jak to już wzmiankowaliśmy, dojść możemy w odbytnicy najwyżej do 9 ctm.).

Przypadek III-ci. Chory<sup>6)</sup>, u którego kolega GRUNDZACH rozpoznał raka odbytnicy, lecz dla większej pewności, dla uzupełnienia swego rozpoznania i zapoznania się z obrazem wziernikowym skierował do mnie dla wziernikowania. We wzierniku widać wyraźnie w odległości 5 ctm. od otworu stolcowego powierzchnię wewnętrzną кишки wrzodziejącą, kraterową, ściany кишки nacieczone niebardzo jednak zgrubiałe, bo światło кишки nie zwężone. W pierwszych okresach sprawy rakowej odbytnicy często mamy do czynienia z takim nacieczeniem płaskim, które może nie być charakterystycznie twarde — może nie wystawać do światła кишки i dlatego nie dawać objawów zwężenia. Dolegliwości chorego, jak to w danym przypadku miało miejsce, zależeć mogą, co badanie wziernikowe nam znakomicie objaśnia, jedynie od sprawy nieżytowej—zapalnej, towarzyszącej sprawie nowotworowej. O ile poprzednie przypadki pokazały, że drogą wziernikowania rozpoznać możemy najwyżej w odbytnicy usadowione sprawy chorobowe

lub sprawy кишки esowatej, obecny wskazuje, że sprawy, nisko w odbytnicy położone, choć dla innych metod badania także dostępne, rozpoznać możemy wcześniej, co szczególnie w przypadkach raka posiada dużą wartość. Im wcześniej potrafiemy rozpoznać raka odbytnicy, tem lepsze wyniki otrzymamy z operacji. Ze wszystkich metod badania odbytnicy wziernikowanie daje rezultaty najpewniejsze. To też w każdym przypadku podejrzanym w kierunku raka w dolnym odcinku kiszek nie należy zadawać się badaniem za pomocą palca, lecz wykonywać badanie za pomocą wziernika.

W świetle badań wziernikowych bardzo są ciekawe sprawy nieżytowe i owrzodzenia śluzówki odbytnicy, bardzo często rozpoznawane tą drogą nieoczekiwanie jako sprawy wtórne i pierwotne. Zapalenie odbytnicy wymaga w tym względzie oddzielnego omówienia, ponieważ zupełnie samodzielnie występuje jak pod względem anatomicznym, tak i etiologicznym niezależnie od całego dolnego odcinka kiszek. Następnie i przez swą częstość, widzimy je bowiem w formie wtórnej, jako towarzyszące innym sprawom: krwawnicom, owrzodzeniom i rakowi. Prócz tego i z innych narządów miednicy sprawa często przechodzi na odbytnicę. Obraz wziernikowy zwykle przedstawia nam te zmiany, jakie widzimy na śluzówce w niezycie innych narządów. Rozumie się, że w odbytnicy sprawa zapalna przenika głębiej, do podśluzówki, nawet do tkanki łącznej (*periproctitis*), a objaśnia się to tem, że bakterye ropotwórcze mają dostęp łatwiejszy z zewnątrz do odbytnicy. Nie przytaczam tu spostrzeganych przypadków tego rodzaju, ponieważ są one dosyć pospolite.

Owrzodzenia odbytnicy spostrzegamy najczęściej jako sprawy wtórne u chorych na gruźlicę i po dezynteryi; powstają one w następstwie najścia laseczników gruźlicy, które, wędrując z kałem, stale znajdują się na śluzówce odbytnicy i mają tu miejsce ulubione; następnie wskutek rozpadu gruzelków lub nacieczenia gruźliczego śluzówki i podśluzówki. Charakterystyczne dla tego rodzaju owrzodzeń jest to, że rozpościerają się one na większej przestrzeni w odbytnicy. Z całej

<sup>6)</sup> Chory demonstrowany na posiedzeniu klinicznym wspólnie z kolegą Grundzachem dn. 20 kwietnia 1909 roku.

go szeregu spostrzeganych tego rodzaju przypadków przytoczę tu następujący: Chory <sup>7)</sup> skierowany do mnie przez kolegę WERTHEIMA, młodzieniec 20-toletni, skarży się od lat trzech na obfite krwawienia z kiszek—krew ma kolor jasny; z powodu tych krwawień, chory zupełnie osłabł, ma wygląd bladej, a że krwawienia nie ustawały pod wpływem wszelkich środków, kolega WERTHEIM skierował go do mnie dla dokładniejszego zbadania za pomocą wziernikowania. Przy badaniu odbytnicy palcem nie mogliśmy nic wykryć. Wziernikowanie zaś wykazało nam silne zaczerwienienie całej śluzówki odbytnicy, której powierzchnia robiła wrażenie poranionej, a przy najłżejszym dotyku krwawiła; powyżej bańki od fałdy odbytnico-esowatej w górę wygląd śluzówki zupełnie prawidłowy; rozpoznaliśmy u chorego tego sprawę wrzodzącą w odbytnicy (*proctitis ulcerosa*). W ten sposób tylko za pomocą wziernikowania stwierdzić mogliśmy owrzodzenie śluzówki, płasko nacieczonej, nie dające się wyczuć palcem; widzieliśmy również, że owrzodzenie to obejmowało prawie całą odbytnicę, głównie jednak bańkę. Dalej przekonaaliśmy się drogą wziernikowania esicy, że tam na całej przestrzeni dostępnej dla oświetlenia śluzówka jest wszędzie prawidłowa. Nadmienić muszę, że w przypadku opisanym żadnych objawów typowych klinicznych, jako to: wydzielania się ropy, parcia na stolec, bólów przy oddawaniu stolców, nie było; jedynie tylko krwawienie.

Sprawy wrzodzące, spostrzegane w przebiegu i po dyzenterji, umiejscowione są po większej części w górnej części odbytnicy w kiszce grubej; niedawno spostrzegaliśmy wspólnie z kolegą GOLDBAUMEM młodzieńca chorego z Radomia, u którego w kilka miesięcy po dyzenterji wystąpiły obfite krwawienia, których źródło było dla kolegi GOLDBAUMA niezupełnie jasne. Drogą wziernikowania wykryliśmy je w postaci bardzo rozległego owrzodzenia, obejmującego całą górną część bańki i rozpościerającego się w górę do

esicy, natomiast w dolnej części odbytnicy nie nieprawidłowego. I tu także wziernik przedstawił nam całą sprawę *ad oculos*. Na ogół dla ścisłego rozpoznania charakteru owrzodzenia niezbędne jest gruntowne zbadanie całego ustroju i dokładne wywiady; głównie mieć powinniśmy na uwadze: gruźlicę, dezynteryę, przymiot i raka. Pomimo najdokładniejszego badania miewaliśmy często trudności rozpoznawcze co do charakteru owrzodzenia. Tak było w przypadku <sup>8)</sup>, spostrzeganym wspólnie z kolegą GRUNDZACHEM, gdzie postawiliśmy rozpoznanie owrzodzenia syfilitycznego odbytnicy. Wygląd owrzodzenia we wzierniku i przebyty syfilis naprowadzały nas na myśl o wspomnianym charakterze danej sprawy. Rozpoznanie to było jednak tylko przypuszczalne, ponieważ nie posiadamy pewnego kryterium dla stwierdzenia charakteru syfilitycznego owrzodzenia. Zdarzyć się przeto może, że owrzodzenie, uważane dziś za syfilityczne, później za co innego uważać musimy, na przykład za raka. Próba WASSERMANN, którą wykonał kolega SPRINGER, wypadła ujemnie.

Dalej drogą wziernikowania odbytnicy i esicy udało nam się rozpoznać kilka przypadków polipów tam, gdzie drogą innych metod badania nie mogliśmy postawić tego rozpoznania. Polipy spostrzegamy w kiszkach dosyć często albo jako pojedyncze albo kilka naraz, ale nigdzie w kiszkach nie spostrzegamy ich tak często, jak w odbytnicy. Według statystyki LEICHTENSTERN na 128 przypadków polipów kiszek 75 przypadło na odbytnicę; ulubionem ich miejscem w odbytnicy (STRAUSS) jest przejście zwieraczy do bańki. Wielce interesujący jest przypadek, przez STRAUSSA opisany, dotyczący chorego, który od lat dziesięciu cierpiał na krwawienia kiszkowe; STRAUSS drogą wziernikowania wykrył polipa w odbytnicy w odległości 10 ctm. od otworu stolcowego. Otóż brat tego chorego zmarł w dzieciństwie z powodu obfitego krwotoku z odbytnicy, a dziadek podobno również cierpiał na krwawie-

<sup>7)</sup> Chory demonstrowany dnia 1 czerwca 1909 roku.

<sup>8)</sup> Chory demonstrowany na posiedzeniu gastrologicznem dnia 16 lutego 1910 roku.

nia kiszkowe, spowodowane polipem w kioskach. Należy więc upatrywać tu i usposobienie dziedziczne, na co zresztą zwracali uwagę przed nim i inni jeszcze autorowie (LANGENBECK). Sprawa polipów interesuje nas głównie z tej racji, że często ulegają one zwyrodnieniu rakowatemu. W rozpoznawaniu polipów za pomocą wziernikowania słusznie zaleca STRAUSS pewną ostrożność i ostrzega przed t. zw. polipami rzekomymi, które powstają sztucznie przy wątlej słuzówce w ten sposób, że, kiedy chory się nadyma, część słuzówki wpochwia się do rurki wziernika; a zdarza się to często, wie o tem każdy, kto częściej stosuje wziernikowanie. Przytoczę tu dwa przypadki polipów, rozpoznane za pomocą wziernikowania.

Przyp. I. Chory<sup>9)</sup>, 17-to letni młodzieniec skierowany do mnie przez kolegę PACANOWSKIEGO, skarży się na obfite krwawienia z kiosk; badanie wziernikowe wykazuje obecność w odbytnicy polipa, umiejscowionego na ścianie przedniej w odległości 7 ctm.; jakkolwiek tak nisko usadowiony, nie dawał się wyczuć palcem. Dopiero potem, kiedy drogą wziernikowania ustaliliśmy dokładnie umiejscowienie jego, można było i palcem stwierdzić jego obecność.

Przyp. II. Dotyczył chorego, skierowanego do mnie przez kolegę FIDLERA z Radomia. Przypadek ten przed wziernikowaniem przedstawiał się zupełnie niejasno. Wielokrotne badania palcem nie wykrywały nic szczególnego.

Chory lat 16, z Opatowa, zachorował kilka tygodni temu na bóle w brzuchu, rozwolnienie i krew w wypróżnieniach; chory gorączkował i dawniej, jak opowiada, zapadał na częste bóle w brzuchu i krwawienia kioskowe. Drogą wziernikowania stwierdzić mogłem u chorego tego w odległości 8—10 ctm. guz wielkości koniuszeczka małego palca, który miał wygląd polipa. Chorego tego widzieli koledzy KIJEWSKI i REJCHMAN; d-r KIJEWSKI, badając palcem, twierdził, że coś wyczuwa, nie był jednak pewien, dopiero po-

tem, przekonawszy się z obrazu wziernikowego, o co idzie, umiał dokładniej objaśnić sobie rezultat badania palcem. Biorąc rzecz zupełnie obiektywnie, widzimy, że jeden z badających palcem natrafił na jakąś rezystencję, inni jednak nie w tym razie nie wyczuwali. A taki stan rzeczy zdarzyć się może częściej właśnie i w tych razach wziernik, jak widzimy, okazać nam może duże usługi. Przypadek nasz przedstawiał się symptomatologicznie prędzej jako dyzenterya, i ani obserwacya kliniczna, ani wszechstronne badanie nie pozwalały wykryć istoty cierpienia, to jest krwawienia, a drogą wziernikowania wykryliśmy je momentalnie. Tak samo ciemny przypadek krwawienia kiosk, spostrzegany przez rozmaitych kolegów (GRUNDZACH, REJCHMAN, SOŁOWIEJCZYK), dotyczył młodej kobiety z ciężką anemią, gdzie źródło krwawienia wydawało się kolegom niejasne; drogą wziernikowania, wspólnie z kolegą GRUNDZACHEM dokonanego, wykryliśmy w odległości 11 ctm. bliznowate zwężenie, jakby powstałe po owrzodzeniu.

Drogą wziernikowania możemy również rozpoznawać zwężenia kiosk, które wogóle niełatwo rozpoznać się dają; nigdzie wszak nie uczuwamy tak braku naszej nauki rozpoznawczej, jak właśnie w rozpoznawaniu przyczyn zwężenia światła kiosk. Wspólnie z kolegą LUKSENBURGIEM spostrzegaliśmy chorą lat 55. Rozpoznanie: *spondylitis*, ropień opadowy w okolicy pachwinowej lewej. Prócz innych objawów zależnych od ucisku rdzenia: wzdęcie brzucha (kolki) i zaparcie. Szło o to, czy niema jednocześnie sprawy zwężającej w samej ścianie kiosk, niezależnej od ewentualnego ucisku przez nagromadzoną w bliskości ropę, tembardziej, że ropień w pachwinie zdawał się być niewielki. Otóż drogą wziernikowania mogliśmy sprawę w kiosk samej wyłączyć, a zwężenie kiosk, które we wzierniku dało się stwierdzić w formie wału, wystającego do światła, objaśnić sobie uciskiem zzewnątrz. Nakoniec zakomunikować pragnę jeszcze jedno spostrzeżenie, o którym dotąd nigdzie żadnej wzmianki nie znalazłem. Otóż na słuzówce odbytnicy u kobiety blisko 50-letniej zauważyłem miejsca, które przedstawiały się w po-

<sup>9)</sup> Chory demonstrowany na posiedzeniu Warsz. Tow. Lek. 1 czerwca 1909 roku.

staci drobnych owrzodzeń z przekrwioną obwódką i pęcherzykami. Chora skarżyła się na występujące ostre bóle w odbytnicy i w krzyżu, połączone z dolegliwościami przy oddawaniu stolców; ponieważ obraz ten we wznienniku był dla mnie nowy, a myślałem, że mam do czynienia w danym razie z rakiem, uprosiłem Sz. kolegę GRUNDZACHA, aby wyraził swoje zdanie obiektywne względem wysypki (takie bowiem wrażenie robiło na mnie opisane tu miejsce). Otóż okazało się, że po dwóch dniach nastąpiło zupełne zniknięcie wspomnianego obrazu, to jest wyleczenie, co pozwalało mi stwierdzić niewinny charakter danej sprawy. Sprawa ta ponownie się ukazywała; chora dziś po roku prawie ma się zupełnie dobrze, waga jej wcale się nie zmniejsza; jestem przekonany, że mamy tu do czynienia z półpaścem w odbytnicy (*herpes recti*). Spostrzeżenie to jest analogiczne z tem, jakie spotykamy na śluzówce jamy ustnej lub na migdałkach, co dziwić nas nie powinno, gdyż pod względem rozwojowym dolny odcinek kiszek i jama ustna -- to narządy, pochodzące z jednej i tej samej blaszki zarodkowej zewnętrznej.

Wartość wzniennikowania zaznaczyć muszę i w tych przypadkach wątpliwych i podejrzanych w kierunku raka, gdzie drogą oświetlenia kiszek jesteśmy w możności przekonać się o zupełnie prawidłowej śluzówce danego odcinka (choć przy wyniku ujemnym należy zachować pewną ostrożność we wnioskowaniu). Wspólnie z kolegą RÓBINEM mieliśmy okazję uspokoić kolegę, bardzo zaniepokojonego rozmaitego rodzaju dolegliwościami, podejrzaniem co do raka, po zbadaniu za pomocą wzniennika.

Przypadki, tu opisane, i wyniki badań wzniennikowych powinny zachęcić kolegów do jaknajszerszego ich stosowania tembardziej i tem chętniej, że nie mamy najmniejszej możności uczynić tego w stosunku do górnego odcinka kiszek, w którym zaburzenia najrozmaitsze występują w stopniu jeszcze większym.

## V. Przyczynę do badania otworów świdrowych i solanki Ciechocińskiej.

Skreślił

**Dr. Ignacy Dembicki**

lekarz zakładowy.

Z prac geologicznych L. ZEJSZNERA („Formacja Jura w Ciechocinku. Bibl. Warsz. 1848 r.“ i „Wiadomość o studni artezyjskiej, wywierconej w Kwietniu 1861 r. w Ciechocinku. Roczn. Ces.-Król. Tow. Nauk. Krakow. 1864 r.) oraz na zasadzie wyników robót wiertniczych, dokonanych w latach ostatnich przy świdrowaniu otworów Nr. 7, 8, 9, 10, 11 i pogłębianiu Nr. 1, zdobyliśmy dokładniejsze wiadomości o budowie geologicznej terenu Ciechocińskiego.

Od powierzchni do głębokości 15 — 20 metrów znajdujemy ziemię napływową „*dy-luvium*”. Składa się ona z piasku lub żwiru z mniejszymi lub większymi głazami granitu Skandynawskiego (z epoki lodowcowej) oraz warstwami ilu i gliny.

Pod tą warstwą leży pokład trzeciorzędowy, najmniej u nas zbadany. Pokład ten rozwinął się w dolinie Ciechocińskiej bardzo nierównomiernie. Gdy w miejscu obecnego otworu Nr. 10 prawie że śladów jego doszukać się nie można, w zarzuconym otworze między tężniami (wywierconym w r. 1848) liczy on 155 stop.; w otworze Nr. 1—23 st.; w Nr. 7—40 st. w Nr. 8—32 st.; w Nr. 9—13,5 st.; w studniach artezyjskich, wywierconych w r. 1861 w Starym Ciechocinku, w jednej 43,5 st., w drugiej 31 st. Warstwa omawiana składa się z ilów szarego, białego, popielatego, gliny, lignitu, marglu, miejscami z piasku i kamieni. Skamieliny tego pokładu u nas nie zostały zbadane. Powyższe dwie warstwy należą do okresu cenozoicznego.

Z poprzedniego opisu widzimy, że powierzchnia niżej położonej formacji Jurajskiej (z okresu mezozoicznego) musi być nierówna, z górami i dolinami (pod tężniami *dy-luvium* + formacja 3-ciorzędowa=236 st., przy otworze Nr. 10=93 stopy, różnica zatem wynosi 143 st. około 41 metra).

Nim przejdziemy do Jury, musimy zaznaczyć, że warstwy trzeciorzędowe, jako

składające się z ilów i glin, stanowią przegrodę, nie przepuszczającą lub tylko w bardzo małym stopniu przepuszczającą dla wód zaskórnych.

Formacja Jurajska w okolicach Ciechocinka jest potężnie rozwinięta. Składa się ona z rozmaitych wapieni (volit, gips, dolomit, piaskowiec) margli, ilów, łupków. ZEJSZNER mówi: „ta potężna grubość wapienia Jura każe nam się dorozumiewać, że tenże okrywa znaczniejsze przestrzenie w okolicach Ciechocinka i że się zapewne ciągnie pod ziemią napływową ku Parzenczewu i Łęczycy“, „a dalej wznosi się na wierzch przy Wieluniu i Piekle“, dążąc ku Krakowowi. ZEJSZNER wylicza również szereg skamielin, przez niego zbadanych w formacji Jurajskiej Ciechocińskiej (zob. Kłosa r. 1871).

Solankę niewątpliwie otrzymujemy z pokładów Jury. Gdzie jednak jest właściwe miejsce jej powstawania, nie wiadomo. ZEJSZNER twierdzi, „że soli i solanki (?) nie trzeba szukać w formacji Jurajskiej, bo ogniwa jej, ile dotąd wiadomo, nie zawierają nigdzie najmniejszego śladu soli i tenże sam przypadek potwierdził się przy Ciechocinku“. Musimy zatem zrobić przypuszczenie, że sól lub solanka znajdują się w głębiej położonej formacji zapewne w tryasie tuż na miejscu lub gdzieindziej. Wody podziemne, wylugowując sól z jej macierzystego legowiska, z łatwością przedostają się przez porowate pokłady wapienia Jury. Za tem przypuszczeniem przemawia fakt, że w miarę pogłębiania otworów świdrowych otrzymujemy solankę bardziej stężoną. Jest to rzecz zupełnie jasna. Jeżeli w naczyniu mamy stężony roztwór soli kuchennej i do niego ostrożnie dolejemy pewną ilość wody, to przekonamy się, że powoli ustali się taki stosunek, iż niższe warstwy płynu będą bardziej stężone od górnych i taki stan może trwać dosyć długo; bezwątpienia do tego potrzebny jest względny spokój, przy silniejszym klóceniu szybko następuje równowaga. Podobne warunki istnieją w warstwach wapienia, gdzie z natury rzeczy ruch płynu musi być bardzo powolny i jednostajny.

Wiadomo powszechnie, że solanka w Ciechocinku nie tryska, wyjąwszy studnie artezyj-

skie na Starym Ciechocinku, lecz tu istnieją specjalne warunki. Jednakże w otworach woda mineralna podnosi się do pewnej wysokości (od 1 do 3 metrów od powierzchni ziemi). Jaka siła powoduje podnoszenie się solanki w otworach? Siłą taką może być przede wszystkim gaz, po większej części kwasowęgłowy; lecz tego ostatniego prawie niema w naszej solance lub w bardzo ograniczonej ilości. Sprawa ta zaciękała mię, postanowiłem zbliżyć się do jej rozwiązania.

W ciągu paru miesięcy zimowych, kiedy nie pompujemy solanki z żadnego z otworów, systematycznie mierzyłem o godz. 1-iej w południe wysokość poziomu lustra solanki w otworach Nr. 9 (160 st. głębokości) i Nr. 10 (63 st.) Zatrzymałem się na tych właśnie otworach ze względu na ich krótkie istnienie (Nr. 9 od r. 1904, Nr. 10 od r. 1906), a zatem prawdopodobny najlepszy stan rur żelaznych. Jednocześnie dokonywałem pomiarów wód gruntowych w zako-panej w ziemi rurze w pobliżu łazienek Nr. 3. Mierzyłem prętem dębowym, podzielonym na centymetry, z stałym punktem oparcia u góry; także stałe punkty wyznaczyłem na brzegu każdej rury.

Jeśli te trzy szeregi cyfr przedstawić na tablicy jako krzywe, to okaże się, że w ogólnych zarysach mają one jednakowe tendencje: spadkom odpowiadają spadki, wzniesienia — wzniesieniom; odstępstwa od tej zasady nie są zbyt znaczne. Porównując trzy te krzywe z czwartą, oznaczającą zmiany ciśnienia atmosferycznego, spostrzeżemy również pewną zależność, lecz odwrotną: obniżeniu ciśnienia odpowiada podniesienie się wód i odwrotnie; przytem najprawidłowszy odwrotny stosunek panuje między krzywą ciśnienia i krzywą otworu Nr. 9, więcej odstępstw istnieje w stosunku krzywej ciśnienia i otworu Nr. 10, a najwięcej — wód gruntowych. Przede wszystkim nasuwa się przypuszczenie takiej zależności: przy spadkach ciśnienia barometrycznego zjawiają się obfitsze opady, a jako skutek podnoszenie się poziomu wód; w takim jednak razie krzywa wód gruntowych byłaby najściślej zależna od ciśnienia atmosferycznego, w istocie jednak jest zupełnie co in-

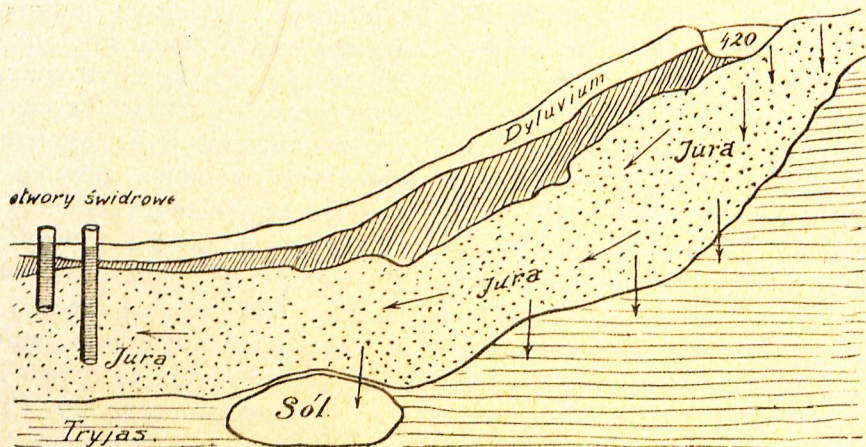
nego; w głębszym otworze (Nr. 9) zależność ta jest prawidłowsza, niż w płytszym (Nr. 10) i w wodach zaskórnych. Zresztą, trudno przypuścić, aby każdy najmniejszy nawet spadek ciśnienia atmosferycznego sprawował opady i to takie, które podnoszą poziom wód w otworach na parę centymetrów. Otrzymuje się wrażenie, jakoby wzmożone ciśnienie barometryczne wtłaczało solankę wgłąb otworu, zmniejszone zaś pozwalało wznosić się jej ku górze. Bezwątpienia, opady atmosferyczne wzmagają efekt zjawiska.

Przyjmując zależność wahań solanki w otworach od ciśnienia atmosferycznego, musimy przyjść do przekonania, że mamy do czynienia z płynem, jakoby w dwóch naczyniach o różnym ciśnieniu, połączonych ze sobą; za jedno naczynie uważam teren Ciechociński, drugie—niewiadome, lecz znajdujące się w pewnej odległości lub na znaczniejszej wysokości, gdyż tylko w takim razie możliwa jest różnica w ciśnieniu barometrycznym. Jakoż rzeczywiście pokłady Jura (zob. wyżej) przebiegając z pod Ciechocinka w kierunku Krakowa, wznoszą się na wierzch a i cały teren tam jest znacznie wyższy nad poziomem morza, niż dolina Ciechocińska. Przedstawiam schematycznie powyższe rozumowania.

dłuższej drogi; ustaliłaby się więc równowaga w stężeniu płynu, co u nas nie ma miejsca; sądzimy więc, że sól znajduje się w niezbyt dalekiej od Ciechocinka odległości, względnie tu na miejscu, lecz w znacznie głębszych warstwach.

Przechodzimy do innej sprawy—stężenia solanki. Zapatrując się w powyższy sposób na jej pochodzenie, a priori możemy powiedzieć, że skład solanki nie będzie stały, atoli dużym wahaniom nie może podlegać. Opady atmosferyczne miejscowe, a tembardziej tam, gdzie się Jura zagłębia znacznie pod innymi warstwami, dużego wpływu wywierać nie mogą. Pozostają miejsca, gdzie Jura więcej zbliża się do powierzchni lub gdzie wychodzi na nią. O ile tu odczuwa się brak wody, i pokłady Jura zawierają jej mniej a zatem słabiej reżycją solankę; przy zwiększonym wodostanie (wiosna, bardzo obfite i długotrwałe deszcze) wzmagają się ciśnienie w pokładach Jura, co powoduje silniejsze wylugowywanie soli.

Poprzednio już na zasadzie własnych spostrzeżeń dowiodłem, że miejscowe opady atmosferyczne absolutnie nie wpływają na koncentrację solanki. Prawie w ciągu całego roku (od maja 1910 r. do kwietnia b. r.) badałem tę sprawę w otworach Ciechociń-



Czy płyn ten w postaci solanki przychodzi do nas z dalszych okolic? Zdaje się, że nie. Przy powolnym ruchu cieczy w wapieniach, często bardzo twardych i zbitych, ta ostatnia potrzebuje dużo czasu na przejście

skich z dłuższymi lub krótszymi przerwami. Określania ciężaru gatunkowego solanek, branych bezpośrednio ze źródła, dokonywałem za pomocą wagi REIMANNA. Badania te dowodzą, że stężenie solanki podlega stałym

z dnia na dzień wahaniami. I tak w otworze Nr. 10 max. 1.0081; min. 1.0050, w otworze Nr. 9 max. 1.0158 min. 1.0130. Przeciętna jednak z każdych 30 spostrzeżeń, robiona w rozmaitych porach roku, a zatem przy rozmaitych stopniach wilgotności ziemi, waha się tak nieznacznie, że prawie można ją przyjąć za stałą.

Solanka z otworu Nr. 10.

Przeciętna z 30 spostrzeżeń:

od 21/V 1910 r. do 22/VI 1910 r. C. g.	1,0060
„ 14/VIII „ „ 18/IX „ „	1,0058
„ 13/XII „ „ 15/I 1911 r. „	1,0060
„ 19/II 1911 r. „ 24/III „ „	1,0063

Solanka z otworu Nr. 9

Przeciętna z 30 spostrzeżeń:

od 21 VII r. 1910 r. do 30 VIII 1910 r. C. g.	1.0138
„ 12 XII „ „ 13 I 1911 „ „ „	1.0139
„ 19 II „ 1911 „ „ 22 III „ „ „	1.0141

Z powyższych liczb widzimy, że w okresach, kiedy wodostan jest większy, solanka okazuje nawet wyraźną skłonność do większego stężenia.

Poruszana często przez osoby, nie obeznane z rzeczą, sprawa zanieczyszczenia solanek ciechocińskich, powstającego jakoby wskutek przesiąkania do otworów wód zaskórnych, a wraz z nimi rozmaitych nieczystości z powierzchni ziemi, mogłaby być rozpatrywana tylko w razie uszkodzenia cembrowiny, którą u nas reprezentuje rura żelaza. Takie fakty zdarzają się. I tak w otworze Nr. 1 przed kilku laty procentowość solanki obniżyła się z 5% do 2%; okazało się, że rury uległy w pewnym miejscu zniszczeniu (otwór wywiercony w 1845 r.). Pogłębiono go do 444 metrów i zarurowano nowymi cieńszymi rurami; obecnie koncentracja wynosi około 5,5%. Przy całości rur przenikanie wód gruntowych, szczególnie zanieczyszczonych, jest bardzo problematyczne ze względu na filtrujące własności grubych pokładów piasku (dyluvium), na małą przenikliwość dla wody warstw trzeciorzędowych i wyższy ciężar gatunkowy solanki. Wody zaś, które przenikają do pokładów Jura gdzieindziej, tak doskonale oczyszczają się w wapieniach i piaskowcach, jak tego dokonać nie może najidealniejszy filtr sztuczny.

Przeglądając piśmiennictwo Ciechocin-

ka, spotykamy się ze wzmiankami o obecności w niektórych otworach siarkowodoru. SOKOŁOWSKI i MATUSZEWSKI wykryli ten gaz w r. 1873 w otworze Nr. 5 (obecnie nieczynny), ODO BUJWID w r. 1881 w źródle artezyjskim na Starym Ciechocinku; w r. 1900 obserwowałem obecność siarkowodoru w otworze Nr. 7 (wywiercony w roku 1898), a obecnie w bardzo małym stopniu w pogłębianym otworze Nr. 1. Zjawisko to we wszystkich wspomnianych wypadkach było przejściowe, a ilość siarkowodoru nieznaczna. BUJWID np. określa ją na 0,006 gm. w litrze wody. Zadawalającego objaśnienia dla tego faktu nie mamy.

Po wyrestaurowaniu w r. 1909 otworu Nr. 1 zaczął na siebie zwracać uwagę fakt, że w solance, szczególnie po ogrzaniu, tworzy się bardzo obfity brunatny osad, zanieczyszczający ciał, wanny i zbiorniki; z tych ostatnich co pewien czas trzeba było usuwać go łopatom. Po bliższem zbadaniu sprawy przekonałem się, że solanka wprost z otworu jest zupełnie czysta, na powietrzu po pewnym czasie mętnieje, później daje brunatny osad. Zrobiłem na tej zasadzie przypuszczenie, że zawiera w sobie związki żelaza w stanie rozpuszczalnym, a wobec braku kwasu węglowego, tylko jako siarczan albo chlorek żelazawy. Odręczne analizy w zupełności potwierdziły moje przypuszczenie: soli żelazawych w tej solance jest dosyć dużo. Pytanie, czy mamy do czynienia z siarkanem, czy chlorkiem, ma pierwszorzędne znaczenie, gdyż w pierwszym przypadku można się spodziewać obecności arseniku, który zwykły chodzić w parze z siarkanem żelazawym w wodach mineralnych.

Obecność żelaza w solance ciechocińskiej nie powinna dziwić, gdyż niektóre warstwy wapienia Jura w Ciechocinku zawierają go bardzo dużo. Jest to dolomit koloru jasno lub ciemno żółtego, jak wino; o tem przekonałem się dowodnie, analizując wyplukane z obecnie wierzonego otworu Nr. 11 okruchy niektórych pokładów dolomitowych.

## VI. Zarys dziejów leczenia gruźlicy oraz przewidywania na przyszłość.

Przez

H. Fidlera (Radom.)

Sz. PP.

Banalnem wydaje się twierdzenie, że gruźlica stanowi klęskę społeczną.

150 tysięcy suchotników rocznie w Królestwie — według DUNINA. 18,750 w roku 1890 w ziemi Radomskiej — według moich obliczeń, 226 tysięcy w Niemczech — według obliczeń niemieckiego urzędu zdrowia; 22,6 zgonów na suchoty płucne na 10 tysięcy mieszkańców m. Warszawy w roku 1902 — według danych profesora ZAŁĘSKIEGO; 21,4 tychże na 10 tysięcy mieszkańców m. Radomia w roku 1901 — według d-ra CENNÈRA — oto urywki ze statystyki zachorowalności i śmiertelności z gruźlicy płucnej.

Cyfry istotnie przerażające.

A ich grozę powiększają wyniki pośmiertnych badań NAEGELEGO.

Żaden naród, ani żadna jego warstwa nie jest wolna od gruźlicy — zarówno mieszczanin, jak i wieśniak, zarówno arysto — i plutokrata, jak i proletaryusz. U nas, o czem poucza codziennie doświadczenie, suchoty czynią wśród ludu wiejskiego olbrzymie spustoszenia. Wbrew twierdzeniu kol. BIEGAŃSKIEGO, gruźlica wśród żydów stanowi nagminną chorobę. Różnica jedynie polega na tem, że żydzi, ceniąc życie, szukają porady lekarskiej wcześniej, zaś lud wiejski, wskutek fatalistycznego światopoglądu, bagatelizuje cierpienie, zdaje się na łaskę losu i zgłasza się do lekarza w stanie rozpaczliwym: z gruźlicą rozpadową i kolosalnem wyniszczeniem. To też wśród ludności żydowskiej śmiertelność z suchot jest mniejsza, aniżeli wśród chrześcijańskiej. Np. ze statystyki CENNÈRA wypada, iż śmiertelność wśród chrześcijan jest o połowę wyższa, aniżeli wśród żydów.

Ze statystyki SOKOŁOWSKIEGO za rok 1910, 1 i 2 — śmiertelność wśród chrześcijan wynosiła 12 proc., wśród żydów 9 proc. Może gra tutaj pewną rolę nabyta odporność wskutek

nieustannego kontaktu z gruźlicą przez szereg wieków w ciasnych zaułkach dawnego ghetta, a obecnie — swoistych dzielnic miejskich. Przeciwnie — oddalenie wiejskich chałup, rzadsze obcowanie między sobą ludności wiejskiej, wynikające z mniejszej zawilgości spraw życiowych, utrudniają przenoszenie zarazy po wsi. Natomiast skupienie mieszkańców w ciasnych chałupach, zwłaszcza w porze zimowej, niechlujstwo i nieznajomość zaraźliwości suchot wywołują istotne epidemie domowe.

Gruźlica, jak wszystkie choroby zakaźne, przeważnie trapi proletaryat.

Nędza, a co za tem idzie, zaniedbanie wszelkich przepisów higienicznych — oto czynniki, warunkujące wadliwą budowę fizyczną szerokich mas ludności, wytwarzające brak odporności oraz sprzyjające przenoszeniu zarazki. Walka z gruźlicą nie jest wyłącznie walką z zarazkiem gruźliczym. Gdybyśmy nawet, idąc za radą CORNETA, pokryli całą skorupę ziemską najdoskonalszymi spluwaczkami, tobyśmy jeszcze nie zdołali wytępić gruźlicy. Gdzieś bowiem w przyrodzie w ukryciu — istnieje prątek w tej czy innej, nam nieznaney postaci.

Spotkawszy na swej drodze osobniki wyniszczone lub źle zbudowane, prątek wciąga je w swe sidła i tworzy nowe ogniska choroby. Walka tedy z gruźlicą jest walką z nędzą we wszelkich jej przejawach, z nędzą: fizyczną, materyalną, moralną i umysłową. Kardynalnym warunkiem zwiększenia odporności względem gruźlicy jest wychowanie zdrowych, energicznych pokoleń, umiejących intensywnie pracować bez szkody dla ustroju. Do powyższego celu zmierzają: podniesienie dobrobytu szerokich mas ludności oraz wzmoczenie kultury duchowej. W wychowaniu młodzieży należy też dbać nie tylko o fizyczny i umysłowy rozwój, lecz jednocześnie wytwarzać pojęcia wyższego rzędu i podniosłejsze nastroje w celu hamowania przedwcześnie wybujałych instynktów żywiołowych, a w pierwszym rzędzie płciowych. Należy dążyć wszelkimi siłami do zniesienia stosunków, sprzyjających istnieniu prostytucji, a więc i syfilizacyi.

Jednem słowem, niezbędne jest całko-



wite przeistoczenie obecnej budowy społeczno-ekonomicznej w celu wytworzenia najlepszych warunków dla zdrowego i szczęśliwego bytowania rodzaju ludzkiego. Podobna praca, wkraczająca w dziedzinę utopii, nie może być wykonana nawet przez zjednoczone siły lekarskie całego globu. Są to zagadnienia, przenikające do dna stosunków ludzkich, wytworzonych przez wieki, dla ich rozwiązania niezbędny jest wysiłek całych narodów, długiego szeregu pokoleń, a w pierwszym rzędzie przodującej inteligencji, odpowiednich prawno - państwowych urzędów, genialnych i oddanych kulturalistów i kierowników.

Reformizm społeczny toruje drogę uzdrowieniu ludzkości. Z biegiem czasu higiena publiczna ruguje higienę prywatną i czyni z niej posłusznego niewolnika. Osobnik musi się poddać bez szemrania dyrektywie publicznej na skutek wychowania, wyrobienia odpowiednich nałogów myślowych i zwyczajowych oraz groźby kary na społecznego szkodnika.

To też powyższy ideał realizuje się z dnia na dzień w rozmaitych tempach, zależnie od stopnia kultury danego społeczeństwa, wytwarzającej coraz większe zamiłowanie do życia, nabierającego coraz większej wartości. Należy ta ocena wartości życia ludzkiego oraz przeniesienie punktu ciężkości spraw ludzkich na ziemię kreślą niewidzialną ręką przyszłość ludzkości w olnej od gruźlicy. Oto w wielkim stylu zarys istotny profilaktyki gruźlicy.

\* \* \*

Zanim jednak nastanie ta szczęśliwa chwila, zanim higienista zajmie miejsce lekarza terapeuty, my, lekarze — teoretycy i praktycy — musimy w dalszym ciągu szukać coraz doskonalszych sposobów i środków leczenia chorób, a w pierwszym rzędzie gruźlicy.

\* \* \*

Pobieżny przegląd usiłowań leczniczych, poczynając od staroindyjskich, a kończąc na najnowszych, naukowo, zda się ugruntowa-

nych, odsłania nam obraz bohaterskiej walki lekarzy wszystkich czasów z własną niewiedzą i własną niemocą.

Balamutne wyobrażenia prastarych lekarzy w Indjach, Egipcie i Judei dyktowały im dziwaczne środki lecznicze, jak żywica ziemna, rodzyunki, miód i t. p. Dopiero od czasów HIPOKRATESA datuje się bardziej umiejętne traktowanie suchotników, wpływające z dokładnych spostrzeżeń nad przebiegiem i przyczynami powstawania cierpienia. Wprawdzie anatomo - patologiczne poglądy są fałszywe: w płucach bowiem miały się tworzyć ropnie, podobne do urazowych naciele, lub owrzodzenia po nieżytych.

Natomiast spostrzegawczego oka ówczesnych lekarzy nie uszły przyczyny, wywołujące suchoty. HIPOKRATES, ARETAEUS, GALEN, CELSUS AURELIANUS mniemali, iż powstawaniu gruźlicy sprzyjają zimne i wilgotne okolice, zaś z chorób — poprzedzające zapalenie płuc i opłucny, długotrwałe nieżyty dróg oddechowych oraz krwiopłucia. Jako przypadkowe przyczyny podają: przeziębienia, powstrzymanie sekrecyi i ekskrecyi, brak miesiączkowania, powstrzymanie krwawień z guzów hemoroidalnych, dnę a nawet zimnicę. Znany był też *habitus phthisicus*. Za najniebezpieczniejszy wiek poczytywano okres od 18 do 35 roku. Rokowanie było złe; pomyślne jedynie w początku choroby, a wogóle wyleczenie zdarzało się rzadko.

Leczenie wpływało bezpośrednio z pojęć etiologicznych — było więc przyczynowe. Zapobiegawczo zalecano osobnikom z *habitus phthisicus* bardzo forsowne odżywianie, ruch, skrupulatne unikanie wszystkiego, co sprzyja powstawaniu nieżyty dróg oddechowych.

W rzędzie środków leczniczych dla *phthisis* zaleca HIPOKRATES napoje kleiste, wina, miód, octomiód i wodę. Radzi również zmienić miejsce pobytu. Klimatoterapia datuje się właściwie od CELSA. Radzi on przy dobrym stanie ogólnym długotrwałe podróże morskie, pobyt na wybrzeżu morskiem, klimat południowy (Aleksandrya), gdyż tam „powietrze ma być gęstsze, aniżeli w ojczyźnie”. Oprócz tego należy według C. porzucić wszelki smutek i zajęcie, zaniechać kąpieli,

używać pożywnych a lekkostrawnych pokarmów oraz umiarkowanego ruchu, wycierać ciało, uspokoić kaszel. W posuniętym okresie żegadło na piersi i codzienne wycierania, z leków — miód i terpentyna. Nadewszystko dyeta, przejażdżka i pobyt na okęcie.

ARETAEUS, GALEN i PLINIUS podzielają powyższe poglądy, Ze środków aptecznych polecano morfinę, cebulę morską, *bolus armenianus*, teryak i t. p. Arabowie nie odznaczyli się oryginalnością pomysłów lekarskich. Despotyzm i Koran, tamując wolność myśli, przeszkadzały rozwojowi wiedzy. Wyłącznym zadaniem arabskiej filozofii była obrona Koranu przeciwko napaściom inowierców. AVICENNA i AWERROËS, najznakomitsi lekarze arabscy, są typowymi przedstawicielami filozofii arabskiej. Nauka GALENA stanowi podwalinę medycyny arabskiej. Nie zajmowano się ani anatomią, ani fizyologią, ani patologią. Drobiazgową semiotykę zapożyczono od Hindusów. Poczesne miejsce zajmowały uroskopia i sphygmologia. Medycyna arabska miała na widoku wyłącznie cel praktyczny. Uprawiano najbardziej dyetetykę i chemię — również wyłącznie na podstawie zasad GALENA. W suchotach polecano klimatoterapię, wysyłano chorych na Kretę aby wysuszyć wrzody płucne i zapobiegać nieżyłom. Do wewnątrz podawano klej ziemny i cebulę morską. Nie brakło też i koncepcji chirurgicznych. Wielce uczony RHAZES, GALEN arabski, twierdzi, iż fatalny przebieg suchot zależy od tego, że wrzody w płucach, będące podstawą tego cierpienia, nie mogą być usunięte przez nacięcie i wypalenie, jak wrzody narządów zewnętrznych.

Starożytna medycyna, oparta na bogatym materiale obserwacyjnym, stworzyła właściwie metodę klimatyczno-dyetytyczną, która też przechowała się aż do naszych czasów.

Średniowiecze ani na krok nie posunęło naszej wiedzy. Medycyna uległa wpływowi scholastyki i całkowicie została opanowana przez dyalektykę. W tym okresie nie można stwierdzić żadnego postępu w poglą-

dach ani na patogenezę suchot, ani też na ich leczenie.

\* \* \*

Odkrycie nowej drogi do Indyi w 15 wieku wywołało kolosalny przewrót w stosunkach społeczno-ekonomicznych ówczesnej Europy. Runął feudalizm, wzniósł się natomiast stan mieszczański. Rękodzieła i przemysł otworzyły nowe źródła pomyślności. Wzrósł ogólny dobrobyt i oświata. Sztuka drukarska wpłynęła na nadzwyczajny rozkwit umysłowy wśród ludów wykształconych. Reformacja, zdejmując okowy dogmatyzmu, pobudziła zmysł krytyczny i przyczyniła się do zrzucenia jarzma panujących poglądów: Arystotelesa w filozofii, a Arabistów w medycynie. Szybko powstawały liczne wszechnice, jakoto: we Frejburgu, Bazylei, Tubindze, Królewcu, Jenie, Krakowie t. t. d. Nauki przyrodnicze rozwinęły się niesłychanie. To też rozbudzony wogóle ruch umysłowy, musiał się przejawiać i w dziedzinie wiedzy lekarskiej. Odrodziła się nauka anatomii. VESAL obala legendy anatomiczne GALENA. Pogarda dla starożytnych lekarzy sięga tak daleko, iż PARACELsus, zrywając z przeszłością, spalił wszystkie pisma starożytnych medyków, z wyjątkiem HIPOKRATESA. Lecz i ten radykalista, hołdując neoplatonizmowi, nie ustrzegł się mistycyzmu. Wprowadzał do lecznictwa swoje arkana, posiadające jakoby moc cudowną i swoistego niepochwytnego ducha. P. zaliczał suchoty do rzędu „chorób skalnych” (*Morbus tartaricus*), którym towarzyszą złośliwe twarde substancji patologiczne. Źródłem tego cierpienia jest niedokładne trawienie i działanie części, nieprzyswojonych ustrojowi. Zaś najlepszym arcanum są alkalia. Gruntowną podstawę pojęć anatomo-patologicznych o suchotach dał angiłik MORTON (1780 rok), rówieśnik i rywal SYDENHAMA w dziele swem „Phtisiologia”. Anatomicznym podłożem suchot jest gruzełek, jakkolwiek nie w dzisiejszem pojęciu.

We właściwych suchotach MORTON zaleca: makowiec, dyetę mleczną, zaś w ostatnim okresie leki balsamiczne. W suchotach objawowych — chinę. MORTON był zwolennikiem chemoterapii.

W pracach MORTONA świta już jutrzienka nowoczesnych poglądów na gruźlicę. Wybitni klinicyści 18 wieku, jak HOFFMANN, van SWIETEN, hołdowali jego poglądom. Dopiero w I-jej ćwierci 19 wieku nastąpił stanowczy zwrot w pojęciach anatomo patologicznych o gruźlicy, zapoczątkowany przez BAYLEA, ugruntowany przez genialne prace LAENNECA, pogłębiony przez VIRCHOWA, a zakończony ponownie przez francuskich uczonych VILLEMINA, CHARCOTA, CORNILA, GRANCHERA. Odtąd datuje się pogląd, iż podstawą suchot jest prosowaty gruzełek, który według LAENNECA był nowotworem, nie mającym nic wspólnego z zapaleniem.

Za charakterystyczną cechą anatomiczną suchot uznawał LAENNEC zserowacenie tkanek i tworzenie jam, powstałych po usunięciu mas rozmiękłych, a więc zniszczenie tkanki płucnej. I oto nagle gruźlica stała się najczęstszą chorobą, a gruźlica płuc jeszcze większym straszakiem dla lekarzy i laików, aniżeli poprzednio suchoty płucne, które uznano za nieuleczalne cierpienie. Oto co mówi LENNEC: „na widok zablizniającej się jamy wydawać się może wielu praktykom, nie zajmujących się anatomią, że sprawa jest na dobrej drodze. Lecz anatomo patolodzy nie podzielają podobnie nielogicznego poglądu. W tych czasach, w których nie znano jeszcze sposobu rozwoju gruzelka, gdy suchoty miały zawdzięczać swe powstanie przewlekłym zapaleniom i długotrwałemu ropieniu, nikt nie wątpił, że można je wyleczyć przez odpowiednie traktowanie, szczególnie w wczesnych okresach. Obecnie zaś wszyscy, którzy posiadli nowsze zdobycze anatomo patologiczne, przyszedli do przekonania, że cierpienia gruźlicze narówni z cierpieniami rakowatemi są absolutnie nieuleczalne. To, co wiemy o rozwoju gruzelka, najdobitniej wskazuje, iż myśl o uleczalności suchot nawet w pierwszym okresie jest złudzeniem”. Równą pogardą cieszyła się i profilaktyka gruźlicy.

Od chwili bowiem, gdy zlekceważono wpływ czynników zewnętrznych, zapobieganie uznano za zbyt bezużyteczne, podobnie jak w innych sprawach nowotworowych. To też leczenie suchot było objawowe. Właściwie pozostawiano tych nieszczęśliwców własne-

mu ich losowi. Przeciwno jednostronnemu poglądom anatomo patolodzy zaprotestowała szkoła fizyologiczna z BROUSSAIS i ANDRALEM na czele. I dla nich gruzełek był podstawą gruźlicy płuc. Odmawiali mu jednak charakteru nowotworowego, natomiast patrzono nań jako na wytwór sprawy zapalnej z przeważnym udziałem naczyń chłonnych.

Zgodnie z powyższem stosowano metodę przeciwzapalną, jak miejscowy upust krwi. Fanatyzm w tym kierunku doprowadził do absurdu. 1819 roku w jednym oddziale BROUSSAISEGO zużyto w ciągu jednego roku 100,000 pijawek ze smutnym wynikiem. Dualistyczne poglądy VIRCHOWA: o gruzelku, jako nowotworze o typowej budowie i o suchotach płucnych przewlekłych, jako o serowatym zapaleniu zrazikowym płuc z następczym rozpadem, nie ostały się wobec badań CHARCOTA, CORNILA i GRANCHERA. Obecnie panuje niezachwiany pogląd, iż suchoty płucne są gruźlicą płuc, powstałą na skutek swoistego zapalenia tkanki płucnej, i że wszelkie napotymane postaci są albo odmianą pierwotnego zapalenia alboważ dalszemi fazami rozwojowemi, aż do zserowacenia, rozpadu, wytworzenia jam lub też do zabliznienia.

Anatomia patologiczna całkowicie wyjaśniła obraz zmian, zachodzących w płucach, dotkniętych gruźlicą, lecz zrodziła jednocześnie nihilizm terapeutyczny. Zgroza i poczucie niemocy ogarniały lekarzy na widok zniszczeń, stwierdzonych na stole sekcyjnym. Na szczęście dla ludzkości nie wszyscy poddali się temu krańcowemu pesymizmowi. Widok zabliznionych spraw gruźliczych w płucach na zwłokach ludzi ubogich, stanowiących materiał sekcyjny, natchnął myślą pewną kategorię lekarzy o uleczalności suchot płucnych. Pierwszy protest wyszedł z piersi BREHMERA. Ten wysoce zasłużony dla ludzkości, ftyzeoterapeuta oparł się na spostrzeżeniach LOUISA, ROKITANSKIEGO i innych, którzy stwierdzili, jakoby suchotnicy posiadali małe serce, wskutek czego płuca były źle ukrwione, skłonne do spraw zapalnych z następczym zserowaceniem. Otóż należało, według BREHMERA dążyć, do podniesienia czynności serca i dobrego ukrwienia

pluc. Powyższy wynik osiągnąć można przez długotrwały pobyt chorego w górskim klimacie, forsowne odżywianie i pobudzenie czystości skóry za pomocą odpowiednich zabiegów wodoleczniczych. Leczenie odbywać się winno w zamkniętych zakładach pod nieustanną kontrolą lekarza. I oto w roku 1854 Br. zbudował pierwsze uzdrowisko dla suchotników w Görbersdorfie. Impreza Br. przyjęta z początku z niedowierzaniem wkrótce znalazła licznych naśladowców. W chwili obecnej, rzecz można, żeglujemy pod banderą leczenia sanatoryjnego.

Do roku 1907 Niemcy posiadały 75 uzdrowisk, a w nich 7 tysięcy łóżek. Za przykładem Niemiec poszły inne kraje. To też uzdrowiska napotykały pod wszystkimi szerokościami geograficznymi w kulturalnych krajach. U nas ten ruch datuje się stosunkowo od niedawna. Posiadamy jednak 4-ry uzdrowiska: 3 w Otwocku i 1 w Rudce. W Galicyi 2 w Zakopanem. Tam też istnieje szereg pensyonatów, urządzonych na wzór małych uzdrowisk szwajcarskich. Z biegiem czasu teoretyczne poglądy BREHMERA uległy zmianie bez szkody jednak dla praktycznych wyników. Zgodnie z dzisiejszymi pojęciami leczenie sanatoryjne ma za zadanie: zwiększenie ustrojowej odporności oraz poprawę zachwianej równowagi w czynnościach narządów oddychania i krążenia. Celem naszym jest zmobilizowanie wszystkich sił ustrojowych, przeciwstawienie ich bodźcom patologicznym, unieszkodliwienie jądów i, o ile można, zabicie prątków. Leczenie sanatoryjne polega na wzmożeniu higieny ciała i ducha. Na pomyślny jego wynik składają się następujące czynniki: czyste powietrze, forsowne odżywianie, spokój fizyczny i moralny oraz wodolecznictwo. Obok powyższego niepoślednią rolę gra i osoba lekarza, jak zapewniają wszyscy ftyzeoterapeuci. „Właściwe słowo we właściwym miejscu więcej pomaga choremu, aniżeli najlepsze lekarstwo“, mówi CORNET. A ja dodam, że zalety charakteru i umysłu, jakich żąda SOKOŁOWSKI od lekarzy sanatoryjnych, cechować winny cały ogół lekarski. Dobrze to rozumieli starożytni Hindusi. W świętych księgach Vedy czytamy: „jedną z 14 Retna t.

j. szacownych rzeczy, stworzonych przez bogów ze zmieszania ziemi z morzem, był uczony lekarz, który powinien być wykształcony zarówno fizycznie, jak i moralnie, skromnie ubrany, przyzwoitego być obejścia, chorych zaś uważać za swe dzieci.

Dobrych lekarzy czeka po śmierci nagroda bogów i niebo. Indra“. Przepięknie powiedział ORTNER, iż „lekarz powinien myśleć sercem“.

Pomyślnie wyniki leczenia sanatoryjnego pobudziły do tworzenia licznych uzdrowisk. Corocznie ogłaszane sprawozdania zdają się potwierdzać niemal powszechny pogląd o bezwzględnej celowości podobnego traktowania suchotników. Z niejednej wybornej pracy o suchotach wieje żal, że nie wszyscy chorzy mogą się pomieścić w uzdrowiskach, że pobyt tam jest zbyt krótki i zbyt kosztowny.

Lecz czyż tak jest w istocie? Czy leczenie sanatoryjne ziściło oczekiwania jego twórców? Niech na to odpowiedzą cyfry. W sprawozdaniu kol. DŁUSKIEGO za rok 1910 czytamy, co następuje: na 373 chorych u 82% nastąpiła poprawa, czyli wynik dodatni, według terminologii niemieckiej; 12,9%—bez zmiany; 2,7%—pogorszenie; 2,4%—zgon. Kol. RZĘTKOWSKI twierdzi, iż metoda sanatoryjna daje, średnio 80% poprawy, niezależnie od okresu choroby. Według SOKOŁOWSKIEGO przeciętna z różnych zakładów, przedstawiających na raz ogromną liczbę kilkunastu tysięcy chorych, wynosi około 50 proc. popraw. W sanatoryjach ludowych niemieckich, zgodnie ze sprawozdaniem urzędowym, pisze SOKOŁOWSKI, leczyló się 1902 w roku około 17000 chorych kosztem kasy ubezpieczeniowej, z których około 78 proc. uzyskało znakomitą poprawę, zaś 31 proc. spośród nich jeszcze po upływie 5 lat zachowało zdrowie i zdolność do pracy. Kol. DŁUSKI unika terminu „wyleczenie“, natomiast używa skromniejszego określenia „znaczna poprawa“. Otóż pod nazwą „znaczna poprawa“ czyli „powrót zdolności do pracy“ rozumieją w Niemczech, skąd przysłała do nas terminologia, sposób specyfikacji chorych i wyników, według brzmienia ustawy ubezpieczeniowej, stan taki, w którym zachowana jest jeszcze 1/3 nor-

malnej zdolności do pracy! Dla bezstronnej oceny entuzjazmu dla uzdrowisk znowu przytoczę cyfry, zaczerpnięte z Niemiec, nasze bowiem zakłady nie posiadają wiadomości o dalszych losach swych chorych po opuszczeniu uzdrowisk, nie jesteśmy więc w stanie ocenić, jak długotrwała była poprawa, jaki odsetek chorych żyje lub może pracować w różnych okresach od chwili opuszczenia zakładu. Otóż ENGELMANN podaje wiadomości o 6273 z 31 sanatoriów niemieckich. Po trzech latach  $\frac{1}{5}$  chorych albo zmarło lub całkowicie straciło zdolność do pracy. Z 424 chorych, którzy w chwili przyjęcia do zakładu znajdowali się w okresie początkowym—po upływie  $3\frac{1}{2}$  do 4 lat zaledwie 14,4 proc. było zdolnych do pracy, a spośród ostatnich u 66,3 proc. jeszcze w tym czasie nie można było wykryć prątka gruźliczego. Były więc to przypadki z wątpliwem rozpoznaniem. Statystyka kasy ubezpieczeniowej mówi:

1897 — 1904 r.

ze 100:806 suchotników, stale leczonych otrzymano wynik dodatni w 77 proc., żadnego w 23 proc.

Z tych 77 proc. osiągnięty wynik przetrwał jedynie do końca roku u 69,3 proc. w rok później 51,6 „  
w 2 lata później 41,7 „  
w 3 lata później 34,4 „  
zaś po 4 latach tylko 26 proc. było jeszcze zdolnych do pracy. Reszta albo zmarła, albo zniedołężniała, albo też wielokrotnie musiała wracać na leczenie do uzdrowisk.

Ciekawe zestawienie wyników leczenia sanatoryjnego i ambulatoryjnego podaje HAMMER z Heidelberga.

Z 72 chorych leczonych w sanatoriach po 80 dni każdy—otrzymano wynik dodatni w 72 proc.; z powyższego całkowite wyzdrowienie w 35 proc., przeciętna długość zdolności pracy wyleczonych lub z poprawą wynosiła 405 dni.

Z 55 chorych ambulatoryjnych, leczonych po 80 dni każdy, otrzymano wynik pomyslny w 69 proc., z powyższego całkowite wyzdrowienie w 53 proc., przeciętna długość zdolności do pracy 605 dni.

Ta mała wprawdzie statystyka nie przemawia na korzyść wyższości sanatoryjnego leczenia nad ambulatoryjnym. To też De la

CAMP na zasadzie gruntownych studyów przychodzi do wniosku, że i w zwyczajnych szpitalach można mieć wyniki podobne do sanatoryjnych. Zaś PISCHINGER słusznie się skarży, iż pomiędzy wynikami, jakich oczekiwano na początku ery sanatoryjnej, a rzeczywistymi panuje poważny rozdźwięk. To też wkrótce wyzbyto się myśli możliwości wyleczenia w uzdrowiskach. Obecnie, jako wynik dodatni, figuruje powrót zdolności do pracy.

Ciekawe są wiadomości co do liczby chorych sanatoryjnych, którzy utracili prątki:

Otóż do zakładu WEICKERA wstąpiło:

z pr. gruźliczymi 33% chorych

wystąpiło z tymiż 29% chorych.

W uzdrowisku w Bazylei z 1020 chorych 410 czyli 40% posiadało prątki w płwocinie. Z tych 97 czyli 21% utraciło je.

Według ENGELMANNA liczba chorych, opuszczających uzdrowiska bez prątków, bywa tylko o 4—7% mniejsza od liczby wstępujących z prątkami.

Z 373 chorych DEUSKIEGO — 157 (42%) posiadało prątki. Z tych utraciło je 21 czyli około 14%.

Powyższe cyfry świadczą wymownie, że leczenie sanatoryjne zarówno pod względem zapobiegawczym, jakoteż terapeutycznym daje nietrwale wyniki, a w porównaniu do sumy wyłożonych środków pieniężnych oraz energii lekarskiej i społecznej — nikłe. Entuzjazm dla uzdrowisk już poczyna słabnąć nawet w ich ojczyźnie — Niemczech. Codzienne doświadczenie poucza każdego z nas, iż chory, powracający z poprawą z uzdrowiska, znalazłszy się w zwykłych swych warunkach, w krótkim czasie zapada ponownie. Najczęściej stwierdzić możemy po powrocie z sanatorium poprawę ogólnego stanu, utratę gorączki i zniknięcie niektórych podmiotowych objawów. W mniejszej liczbie przypadków następuje poprawa stanu płuc, lecz dość często spotykamy pogorszenie miejscowej sprawy w postaci zmian głębszych i rozleglejszych. Prawda, że spośród wszystkich do niedawna znanych nam sposobów leczenia suchot, jedynie uzdrowiska dawały stosunkowo najlepsze wyniki. Lecz zapytać się godzi, czy nie możemy osiągnąć tego samego w szpitalach prowincjonalnych, stwarzając w nich warunki sanatoryjne, tj. spokój, czyste

powietrze, werandowanie, dobre odżywianie oraz zabiegi wodolecznicze. Przykładem powinna nam świecić Łódź, w której niestrudzony kolega STERLING urzeczywistnił poniekąd ideał szpitalno-sanatoryjnego leczenia z wynikami dodatnimi. Niechby szpitale prowincjonalne stanęły na wysokości zadania dzięki szerokiemu poparciu ze strony społeczeństwa, moglibyśmy zapewnić poprawę licznej rzeszy nieszczęśliwców, oczekujących bezradnie pomocy od nas lub też wakansu w Rudce. Statystyki szpitalne prof. GUTMANA i prof. LAZARUSA stwierdzają, iż z pośród suchotników, leczonych w szpitalach (Moabit i żydowskim w Berlinie) od 33—46 proc. chorych uzyskało polepszenie. I my gorsi nie będziemy, skoro warunki dla naszego szpitalnictwa ułożą się pomyślniej. Zdaje się, iż w kwestyi leczenia klimatycznego dobiegliśmy już kresu. Stanęliśmy na martwym punkcie. To też nic dziwnego, iż od czasu do czasu zjawiają się wprost egzotyczne pomysły. Otóż KATZ w Niemczech i FREUDENTHAL w Ameryce proponują założenie specjalnych kolonii rolniczych dla suchotników: pierwszy w Kamerunie, drugi zaś w Południowych Stanach Zjednoczonych (Arizon i Nowy Meksyk). Nieprawdopodobne, lecz prawdziwe!

\* \* \*

Przechodzą teraz do najnowszego okresu leczenia suchot, leczenia swoistego przy pomocy organo-farmako-bakteryo-sero- i tuberkulinoterapii.

Odkrycie prątka gruźliczego w 1882 r. przez KOCHA wywołało szalony ruch w kierunku wynalezienia swoistego leku przeciwko gruźlicy.

Poszukiwano środka, któryby hamował rozwój lub zabijał prątki gruźlicze, niweczył jady i chorego uodparniał przeciwko nowemu zakażeniu. A tym środkiem na imię milion. Podawano je do wewnątrz, wstrzykiwano lub też wdmuchiwało. Wszystkie miały niezawodnie niszczyć jady gruźlicze. Wszystkie zawiodły! Podawano więc kołaczyki z gruczołów oskrzelowych lub tkanki płucnej. Wstrzykiwano wyciągi z narządów według metody BROWNECARDA. Pod nazwą „Zomoterapii” wprowadzili RICHET i HERS-

court sposób leczenia przy pomocy soku, ze świeżego mięsa na tej zasadzie, iż substancje działające znajdują się w składowych częściach mięsa, rozpuszczalnych w wodzie. Wstrzykiwano krew lub surowicę zwierząt, odpornych względem gruźlicy. MARAGLIANO i MARMOREK, wzorując się na surowicy przeciwbłoniczej, przygotowali surowicę przeciwsuchotniczą, która pomimo zachwalanych wyników przez szereg lekarzy nie rozpowszechniła się. Bezstronna ocena ich wpływu (u nas SOKOŁOWSKI i DĘBICKI) bynajmniej nie przemawia na ich korzyść. Prątki gruźlicze działają szkodliwie, przeważnie przy pomocy swoich endotoksyn. Wiązanie ekzotoksyn przez antytoksyny surowicze nie usuwa niebezpieczeństwa zatrucia, a wprowadzenie do ustroju wielkiej ilości bakteriolizyna, jeśli w istocie znajdują się one w surowicy, poważnie zagraża tkankom przez przesylenie ustroju jadami gruźliczymi. Optymizm chwalców jest nieusprawiedliwiony.

\* \* \*

Liczba chemicznych specyfików rośnie z dnia na dzień. Istna orgia farmakoterapeutyczna! Pomysłowość i pośpiech dzisiejszych fabryk chemicznych zdumiewa i może przyprawić o zawrót głowy nawet najbardziej zrównoważonego lekarza. Należy sobie niejednokrotnie powtarzać starożytny aforyzm: „*simplex veri sigillum*”.

W długim łańcuchu usiłowań farmakoterapeutycznych przesuwały się niezliczone środki, które, dzisiaj zachwalane, jutro toną w nurtach Lety. „Postępy przemysłu chemicznego, poparte przez łatwowierność chorych oraz ignorancję wielu lekarzy w sprawach naukowej farmakodynamiki, mówi prof. NOLEN, umożliwiają wprowadzenie coraz nowych środków, nie posiadających ani bakterjobójczych, ani antytoksycznych własności”. Nie będę przed oczami Szanownych Panów roztaczał obrazów farmakodynamicznej martynologii chorych i lekarzy. Powiem tylko wraz z ARETAEUSEM (wobec powyższych, licznych, a bezskutecznych usiłowań), że „smuć się należy z nieuleczalnymi chorymi, litując się nad smutną w tym razie dolą leka-

rza". Ten i ów środek, pobudzając łaknienie, ułatwiając odpluwanie, obniżając ciepłotę, regulując krwiobieg, wzmagając czynności narządów krwiotwórczych, przynosi istotną korzyść.

Mamy tu więc do czynienia z działaniem poniekąd uodparniającem na wzór leczenia sanatoryjnego, lub też z działaniem fizyologicznem na narządy oddychania i krążenia.

Dla dokładności podaję tu jeszcze krótką wiadomość o dwóch mało znanych sposobach leczenia suchot. NAUSS i STREBEN przypuszczają, że suchoty stanowią ogólną i miejscową trofoneurozę. MAIS z Filadelfii twierdzi, że w pierwszym rzędzie dotknięty jest nerw błędny i, zgodnie z założeniem, wstrzykuje na przebiegu tegoż siedem kropel 2½ proc. roztworu lapisu.

Drugi bardziej obiecujący sposób podaje ROMANOWSKI z Podola Rosyjskiego. Teorya jego jest następująca: usposobienie do gruźlicy polega na wadliwym chemizmie komórek, a mianowicie na zubożeniu ustroju w kwasy i fosforany. Jady gruźlicze posiadają powinowactwo chemiczne do zarodki komórkowej i zastępują brakujące w chorym ustroju zdrowe pierwiastki składowe, niezbędne dla normalnego chemizmu. Z biegiem czasu jady te niszczą komórki. Otóż w celu wyrugowania powyższych jądów ROMANOWSKI wstrzykuje swego pomysłu preparat chemiczny, zwany „Phosphacid“, który, iako złożony ze wszystkich niedokwasów fosforu, aż do chemicznie nieuchwytnych, lecz teoretycznie możliwych, chciwie bywa wiązany przez komórki. Phosphacid, dążący do zupełnego utlenienia, wywołuje silne przewroty mikrochemiczne, wskutek czego jad zostaje usunięty z komórek, chemizm komórki uzdrowiony, zaś jady gruźlicze, wyrzucone do krwioobiegu, wywołują odczyn tuberkulinowy. ROMANOWSKI swoim środkiem leczył 128 chorych. W pierwszym okresie wyleczenie nastąpiło w 94 proc., poprawa w 3 proc. W drugim okresie wyleczenie w 47 proc., poprawa w 35 proc., bez wyniku 9 proc. W trzecim okresie wyleczenie w 9 proc., poprawa w 38 proc., bez wyniku 51 proc. Rezultaty zdumiewające, o wiele lepsze od sanatoryjnych, o ile fana-

tyzm lub optymizm twórcy nie unosi go zbyt daleko.

\* \* \*

Historyczne już dzisiaj znaczenie posiada stosowanie niektórych pasorzytów, działających jakoby antagonistycznie względem prątka gruźliczego: np. wdmuchiwanie *B. termo* (CANTANI), szczepienie łańcuszkowca róży, wstrzykiwanie drożdzy (TOURNIER), streptothrix (SABRAZA), *B. coli* (MORPHY). Zaprzestano usiłowań w tym kierunku, jakkolwiek MOELLER twierdzi, iż droga ta stoi jeszcze otworem.

\* \* \*

W 1890 roku KOCH wprowadził tuberkulinę. Po krótkim okesie bajecznego entuzjazmu nastąpił długi okres rozczarowania, niewiary i rozgoryczenia zarówno ze strony chorych, jak i lekarzy. Gwałtowne odczyny, wywołwane przez duże dawki tuberkuliny, według zdania KOCHA i jego zwolenników, miały posiadać wpływ leczniczy. Dalsze jednak spostrzeżenia stwierdziły szkodliwość dużych dawek i wywołwanych przez nie odczynów. Jakkolwiek po niedługim czasie zarzucono całkowicie stosowanie tuberkuliny, to jednak myśl badawcza pracowała dalej i doprowadziła do wyników zadawalających. GOETSCH i SAHLI zalecili wstrzykiwanie jaknajmniejszych dawek i stopniowe ich zwiększanie, unikając stale odczynu gorączkowego. Nie będę się tu wdawał w teorye działania tuberkuliny. Ciekawych odsyłam do prac DŁUSKIEGO, SOKOŁOWSKIEGO, STERLINGA, SAHLEGO, WOLF-EISNERA, MOELLERA, BANDELIER i ROEPKE i innych. Szeroki ogół lekarski interesują wyłącznie wyniki praktyczne. Wbrew panującym u nas poglądom wraz z nielicznymi kolegami w kraju i za kordonem twierdzę, iż nie posiadaliśmy dotychczas w leczeniu gruźlicy również energicznego środka.

Osobiste moje doświadczenie oparte jest wyłącznie na materyale ambulatoryjnym. Ten ostatni bardziej się nadaje do oceny wartości tuberkuliny, aniżeli stosowanie jej w uzdrowiskach lub szpitalach, w których chory znajduje się w odmiennych i znacznie lepszych warunkach. Moi chorzy, z wyjątkiem gorączkujących, których kładłem do

łóżka, nie przerywali zajęć i nie zmieniali trybu życia. Ponieważ ciż chorzy należeli do mało lub niezamożnych warstw, przeto i odżywianie ich nie uległo zmianie. Wyniki moje na ogół równie pomyślne, jak i sanatoryjne, sprawdzali koledzy DŁUSKI, SOKOŃSKI, ŁOGUCKI i SKŁODOWSKI.

Pomyślne wyniki otrzymałem w okresie I-ym, a nawet w pewnej części przypadków z okresu II-go.

Przypadki z okresu III-go przebiegały niepomyślnie. Chorzy albo zmarli albo dogorywają. Mam jednak wrażenie, iż udawało mi się przeciągnąć sprawę. W przypadkach wyleczonych objawy kliniczne znikły, sprawa w płucach uległa zabliznieniu, prątków gruźliczych pomimo kilkakrotnych badań nie znaleziono. Statystyki nie przytaczam zarówno ze względu na małą liczebność leczonych (około 30), jak i z tego względu, iż bardziej miarodajny jest przebieg kliniczny, aniżeli sumaryczne zestawienie wyników. Z wielu stron potwierdzają, że przy pomocy tuberkuliny można osiągnąć ilościowo lepsze i trwalsze wyniki, aniżeli jedynie przy leczeniu sanatoryjnym. Mówią o tem: PETRUSCHKY, REMBOLD, FRÄNKEL, MOELLER i inni. MOELLER przytacza statystykę porównawczą leczonych w uzdrowiskach:

1) metodą wyłącznie klimatyczno dyetyczną, 2) skombinowaną z zastosowaniem tuberkuliny.

Otóż spośród 602 chorych, leczon. 1 sposob.

	55	"	"	2
było wylecz. ze znaczną poprawą, z poprawą				
1-y spos.	66	188		225
bez zmiany,		pogorszenie,		śmierć
	10	15		4
2-gi spos. wylecz. ze znac. popraw. z popr.				
	20	17		14
bez zmiany		pogorszenie		śmierć
	4	0		0

a więc 10,9% wyleczeń 1-ym sposob.

Według okres. liczba chorych, liczba wylecz.

I okres	1-y sposób	195	62=31.8 proc.
	2-i "	20	12=75 "
II okres	1-y sposób	206	4= 1.9 proc.
	2-i "	24	5=20.6 "
IIIokres	1-y sposób	201	0=0
	2-i "	11	0=0

Powyższa statystyka mogłaby być przekonywająca, gdyby liczba chorych, leczonych skombinowaną metodą, była większa, i gdyby można było ufać jej bezstronności. Miarodajnym zawsze pozostanie, powtarzam, obraz kliniczny.

\* \* \*

Chirurgia w suchotach płucnych nie święci zbyt wielu tryumfów. Operacja FREUNDA Torakoplastyka, wycięcie żeber nad jamą, a wreszcie metoda FORLANINIEGO nie dały zadawalających wyników. Ostatni zabieg może być stosowany jedynie u chorych z jednostronnym zajęciem i przy braku zrostów opłucny.

\* \* \*

Klimatyczno dyetyczna metoda oraz tuberkulinizacja zdążają do zwiększenia odporności ustroju przeciwko prątkowi i jadom gruźliczym.

Staramy się przy pomocy powyższej akcji celowo wywołać w ustroju te same sprawy biochemiczne, jakie się w nim odbywają stale i naturalnie podczas walki z zakażeniem. Przypadki samowyleczenia i uleczenia przy pomocy środków lekarskich dowodzą, że walka ta nie zawsze bywa bezowocna. Gdybyśmy jednak posiadali najdokładniejszą znajomość istoty odporności ustrojowej, gdybyśmy byli w stanie najsubtelniej dawkować bodźce uodparniające, gdybyśmy nawet na tej drodze doszli do znakomych wyników, tobyśmy jeszcze nie rozwiązali zagadnienia leczenia gruźlicy.

Przedewszystkiem proces uodpornienia trwa długo: tuberkulinizacja około dwóch lat, a leczenie sanatoryjne winno, według Corneta, w wielu przypadkach trwać od jednego do 3 lat. Następnie uodpornienie stwarza jedynie lepsze warunki do walki, prowadzonej przez ustrój, lecz nie przesądza jej wyników. Zacięty wróg może się utaić aż do chwili, w której czynniki zewnętrzne osłabiają odporność. Mówi też wielu, iż leczenie sanatoryjne wywołuje jedynie okres utajenia, lecz nie niszczy doszczętnie cierpienia.

Leczenie uodparniające usuwa gruźlicy grunt z pod nóg. Podobne ono jest do taktyki



obleżonych w fortocy, którzy, sypiąc szańce, kopiąc rowy, łatając wylomy, utrudniają nieprzyjacielowi ataki, licząc na stopniowe wyczerpywanie się wrogiej armii. My też nie bijemy nieprzyjaciela w czoło, lecz staramy go się obejść, zwięzić teren jego akcyi, a wreszcie wygłodzić, lecz nie zawsze z dobrym skutkiem. Dotychczasowe nasze metody nazwałbym homeopatycznymi ze względu na chęć naśladowania naturalnych procesów ustrojowych.

\* \* \*

Idealną metodą leczenia gruźlicy będzie wynalezienie środka zdolnego zabić prątki i zniweczyć jego jady, jak o tem marzyło wielu lekarzy na początku nowoczesnego okresu farmako-dynamicznego. Środkiem takim będzie związek chemiczny, posiadający swoje powinowactwo do zarodki komórki pasorzytniczej, a więc pasorzytozwrotny, pozbawiony zaś narządowrotności.

W tem miejscu staję bez zastrzeżeń na gruncie teorii „łańcuchów bocznych” EHRLICHA i jego odkrycia w leczeniu cierpień, wywołanych przez krętki. Jeśli dla tych ostatnich udało się zbudować kompleks chemiczny, którego jądro stanowi istotną truciznę dla pasorzytów, zaś boczne łańcuchy swoiste powinowactwo posiadają względem chemoceptorów zarodki komórki pasorzytniczej, tedy uprawniony jest pogląd, że i dla prątka gruźliczego musi istnieć w przyrodzie substancja bakteryobójcza. Czy rodnikiem będzie arsen, fosfor, antymon, o których własności przeciwgruźliczej mówił już BUCHNER, czy też jod, rtęć i t. p., jest sprawą drugorzędną. Pierwszorzędną zaś jest wynalezienie tych łańcuchów bocznych, które będą „nastawione” na chemoceptory prątka gruźliczego. Wspaniała koncepcja EHRLICHA odkryła przed nami szeroki widnokrąg i wskazała drogę dla dalszej pracy. Gdyby nawet Salvarsan nie dokonał całkowitego odkażenia ustroju z przymiotu, to niewątpliwie jeden z następnych preparatów, zbudowanych zgodnie z koncepcją EHRLICHA, wykona powyższe zadanie. W sprawie swoistego i jedynie skutecznego sposobu leczenia gruźlicy wskazana jest wyłącznie droga badań che-

moterapeutycznych w najnowszym rozumieniu rzeczy. Mam głęboką wiarę, iż taki kompleks chemiczny się znajdzie.

Wytrwałość i cierpliwość badaczy da nam do ręki środek niezawodny, prosty, tani i dla wszystkich przystępny. Uzdrowiska, szalase leśne i letniska staną się miejscami wypoczynku dla ozdrowieńców w celu usunięcia zmian czynnościowych lub ułatwienia procesów zablźnienia schorzałych narządów. Nie będę tu mówić Szanownym Panom o tych niezliczonych dobrodziejstwach, jakie spłyną na ludzkość z chwilą odkrycia nowego salwarsanu przeciwgruźliczego. Nie będę wspominał o nieobliczalnych społeczno-ekonomicznych skutkach podobnych wyników, za wrotna bowiem perspektywa rysuje się przed oczami każdego, kto na chwilę myśli w ten złoty wiek naszej przyszłej działalności lekarskiej się przeniesie.

\* \* \*

Myśl o możności posiadania swoistego środka chemicznego powziąłem po przeczytaniu pracy ROMANOWSKIEGO, teorii oraz wyników badań EHRLICHA i zapoznaniu się z praktycznymi wynikami działania „606” zarówno z literatury, jak i z własnych spostrzeżeń. Koncepcję swoją wyłożyłem podczas pobytu mego we Lwowie jesienią r. z. całemu gronu lekarzy z profesorami GLUZIŃSKIM i BĄDZYŃSKIM na czele. Myśl moja została uznana za słuszną. Prace koło jej urzeczywistnienia podjął się prowadzić prof. BĄDZYŃSKI (na katedrze chemii fizyologicznej). Jedyłą przeszkodę stanowi brak środków na pierwiastkowe badanie. Tych podjąłem się dostarczyć. W tym też celu wybrałem obecny teren. Jeżeli miał szczęście przekonać Was, Szanowni Panowie, o słusznosci mojej koncepcyi, to mam niepłonną nadzieję, iż zechcecie przyjść z pomocą naszemu polskiemu Uniwersytetowi we Lwowie w celu rozpoczęcia pracy w powyższym kierunku. Od nas, lekarzy, a szczególnie prowincjonalnych, powinna wyjść inicjatywa, i my też ze skromnych swoich funduszków winniśmy włożyć pierwszą cegielkę pod budowę tego wspaniałego gmachu. A gdy się już zarysuje szkielet budowy, to niewątpliwie całe nasze

społeczeństwo pospieszy, na wzór hr. Józefa Potockiego, z dostarczeniem poważnych sum na ukończenie badań.

Gdyby nawet na razie praca ta nie przyniosła oczekiwanych wyników, to same badania mogą się wielce przyczynić do wyjaśnienia niejednej zawilej lub spornej sprawy z dziedziny chemii lekarskiej lub chemoterapii. Wszak i EHRICH pracował 25 lat nad wykonaniem swej pracy. Nie dajmyż się ubiedz obcym! Niech palma pierwszeństwa pozostanie przy nas! Zajmijmyż poczesne miejsce nie tylko wśród konsumentów wiedzy, lecz, co ważniejsza, wśród jej twórców.

I oto ponownie Was wzywam, Szanowni Panowie, byście raczyli, jeśli Was przekonał, zadokumentować akces do mojej myśli i stwierdzili, że dzisiejszy nasz zjazd jest czemś więcej, aniżeli wzajemną wymianą myśli, że jest on początkiem płodnego w skutki czynu.

*In scientiae signo vinces, medice!*

## VII. Uwagi o szpitalnictwie w gub. Siedleckiej.

Podał

**Dr. A. Jarosiński (Sterdyń).**

Rozwój szpitalnictwa w kraju naszym od lat 40 nie postępuje, lecz cofa się. Jeżeli przed 40 laty mieliśmy 7 łóżek szpitalnych, to dziś posiadamy około 5,5 na każde 10,000 ludności.

Na prowincyi sprawa przedstawia się jeszcze gorzej: szpitali nie przybywa, natomiast zdarzają się wypadki zamykania szpitali, procentowy zaś stosunek łóżek szpitalnych stale się zmniejsza.

Jeżeli w r. 1867 mieliśmy w gub. Siedleckiej 3,2 łóżka na 10,000 mieszkańców, to w r. 1897 mamy już 2,2 łóżka, w 1902—2,0, a w 1909 r.—1,8.

Szpitalnictwo nasze w porównaniu ze szpitalnictwem Zachodu przedstawia się rażąco źle. W Niemczech np. przypada około 60 łóżek na każde 10,000 ludności, liczba szpi-

tali i liczba łóżek w ciągu ostatnich 25 lat więcej niż się podwoiła.

Pod względem szpitalnianym stoimy na wet niżej od Syberyi.

W gub. Siedleckiej istnieje 10 szpitali, wszystkie ufundowane były z ofiar miejscowego społeczeństwa. Od lat 20-u nie powstał żaden szpital (jeden ubył). W szpitalach tych leczy się bardzo nieznaczny % chorych, gdyż szpitale nie odpowiadają ilościowo i jakościowo potrzebom ludności. Szpitale te są dziś w upadku i podobne są z małymi wyjątkami do średniowiecznych przytułków dla nędzarzy.

Pomimowoli nasuwa się pytanie, czy u nas zawsze tak źle bywało?

Zwracając się do historii, widzimy, że Król. Polsk. od najdawniejszych czasów, gdyż już od X stulecia, posiadało szpitale i przytułki dla chorych i ubogich, że szpitalnictwo doskonale się rozwijało; doszło nawet do tego, że każda parafia posiadała szpital-przytułek dla chorych i nędzarzy. Pożyteczne te urządzenia parafialne znikły w r. 1865, i fundusze przeszły do rządu wraz z posiadłościami i funduszami duchowieństwa katolickiego. Szpitale miejskie przechodziły mniej lub więcej szczęśliwe fazy. 30-letni okres Rad Opiekuńczych (od 1835 do 1870) był bardzo pomyślny, każdy bowiem szpital istniał autonomicznie, kierowany przez miejscową Radę Szczegółową przy czynnej pomocy Rady Głównej, która, rezydując w Warszawie, miała pieczę nad wszystkimi szpitalami w kraju. Większość dziś istniejących w kraju szpitali przypada na tę epokę, wiele szpitali powstałych po 70 roku zawdzięcza swoje powstanie Radzie Głównej (np. szpital w Tworkach)

Z 10-u szpitali w gub. Siedleckiej 6 powstało w tym okresie czasu, do otwarcia zaś dwóch uczyniono odpowiednie przygotowania i zebrano fundusze (szpital Ś-go Tadeusza w Wyróżbach i Żydowski w Siedlcach)

Zniesienie w roku 1870 Rad Opiekuńczych Szczegółowych i Rady Głównej w Warszawie, utworzenie w powiatach i guberniach Rad Dobroczynności Publ., zależnych od Departamentu Lek. przy Ministerjum Spraw Wewn. w Petersburgu, usunięcie miej-

scowego społeczeństwa od zarządu szpitalami i oddanie zarządu tego w ręce biurokracyi, system rusyfikacyjny, rugowanie Sióstr Mił. katolickich Szarytek, nieszanowanie woli testatorów (sprawy o szpitale w Milanowie i Wyrozębach) wszystko to razem wzięte zniechęciło miejscową ludność do podtrzymywania szpitali.

Ludność przeto podlaska gub. Siedleckiej, w przeważnej swej masie polsko-katolicka, woli, jak się okazuje, nie mieć szpitali, niż podtrzymywać instytucje, których działalność jest niezgodna z celem i przeznaczeniem szpitala, a nawet sprzeciwia się prawu.

To zachowanie się Podlasia Siedleckiego jest poniekąd dowodem odporności naszego organizmu społecznego, który nie potrafi poddać się biernie z góry nakreślonym, a zabójczym dla niego planom.

(Autoreferat).

## VIII. Stanowisko i byt lekarza wiejskiego u nas.

Podał

**D-r A. Jarosiński (Sterdyń).**

Ideą lekarza jest lekarz wiejski, który, o ile jest człowiekiem idei, może szerzyć wśród ludu postęp i kulturę.

Pożądane jest, by w naszym kraju, w którym ciemnota ludu jest jeszcze znaczna, po wsiach osiedlali się lekarze i przez stały kontakt z ludem wpływali na usuwanie przesądów.

Większość naszych lekarzy po ukończeniu studyów pozostaje na stałe w Warszawie, wskutek czego na prowincyi mamy brak lekarzy. O ile w Warszawie przypada jeden lekarz na 100 niespełna ludności, to na prowincyi mamy jednego lekarza na 13,000, a są powiaty, w których jeden lekarz przypada na 30,000 - 40,000 mieszkańców.

Dużo jest powodów, dla których lekarze stronią od prowincyi:

1-o Lekarz na głębokiej prowincyi

jest stałym pogotowiem ratunkowym i pracuje niesystematycznie.

2-o Pracuje przeważnie pośród otoczenia mało kulturalnego.

3-o Zarabia stosunkowo nie wiele.

4-o Śmiertelność wśród lekarzy małomiasteczkowych jest znaczna, i większość z nich umiera w młodym wieku na dur.

5-o Lekarz prowincjonalny, pozbawiony dobrze urządzonych szpitali i ośrodków ruchu naukowego, pozostaje przez całe życie lekarzem mniej sprawnym w wykonawstwie lekarskim, lekarzem 2-go rzędu.

W życiu lekarza wiejskiego są i jasne strony: bliskie obcowanie z naturą, bliższa styczność z naszym ludem, który w przeważnej swej części jest sympatyczny, przeświadczenie że się jest pożytecznym i potrzebnym, że się ma do spełnienia pewne posłannictwo.

Nieszczególne warunki życia lekarza wiejskiego wypływają z ogólnych złych warunków, w jakich nasz kraj się znajduje: z ubóstwa ludności, z małej kultury prowincyi.

Tych warunków lekarze zmienić nie mogą, powinni jednak dążyć do polepszenia bytu, w zakresie swojej możliwości:

1-o Powinni podnieść poziom swego wykształcenia zawodowego, gdyż lud nasz potrzebuje lekarzy umiejętnych.

2-o Powinni współdziałać w tworzeniu kas samopomocy, np. kas pogrzebowych lub wzajemnoubezpieczeństwowch.

3-o Powinni brać żywy udział w podniesieniu zdrowotności kraju i we wszelkim ruchu kulturalnym.

[Autoreferat.]

## IX. Leczenie padaczki.

podał

**T. Łapiński (Warszawa).**

Epileptycy podlegają oprócz padaczki i rozmaitym innym chorobom; na fakt ten mało zwraca się uwagi. chociaż istnieją wskazówki, że różne zachorzenia narządów we-

wewnętrznych i zewnętrznych nierzadko wywołują napady drgawek. Wobec tego leczenie padaczki winno zdążać do usuwania nadwrażliwości mózgu i wszelkich bodźców, potęgujących wspomnianą nadwrażliwość. Należy leczyć nie padaczkę, lecz dotkniętego padaczką, pamiętając, że środka swoistego na padaczkę nie ma i być nie może. Co się dotyczy leczenia chirurgicznego padaczki, to przede wszystkim niezbędne jest ściśle umiejscowienie ośrodka drgawkowego. Niezbędna jest również rzeczą stwierdzić, czy nie ma w danym przypadku kilku czynników szkodliwych. Wobec niewielkich wyników leczenia padaczki walkę prowadzić należy z czynnikami, powodującymi dane cierpienie na pierwszym miejscu zaś z opilstwem. Wreszcie niezbędne jest budowanie dla dotkniętych padaczką specjalnych zakładów, gdzie by ci chorzy żyć mogli w spokoju i pracy.

(Autoreferat).

## X. Przyczynę do walki z padaczką w Królestwie Polskim.

Podał

**B. Łuczycki (Łódź).**

W Polsce pomoc dla umysłowo chorych i padaczkowych zorganizowano przed 250 laty, ale były w niej wielkie braki i błędy; dopiero w 1842 roku u nas w Królestwie nastąpił okres pielęgnowania i leczenia tej kategorii chorych, oparty na zasadach bardziej naukowych i humanitarnych, choć i obecny stan chorych padaczkowych w Królestwie Polskim jest istotnie ciężki: w mieście, na wsi, w rodzinie ubogiej lub nawet średnio zamożnej, w stosunkach ogólnie życiowych, w szkole i w różnorodnych warsztatach pracy. W rodzinie chorzy na padaczkę od dzieciństwa stają się wielkim ciężarem w znaczeniu moralnym i materyalnym, najbliższe otoczenie jest przerażone ciągłością napadów, jest bezsilne w walce z objawami padaczki i wielce niespokojne o los oraz ciągłe niebezpieczeństwo życia nieszczęśliwych; udre-

czenia te powiększają się jeszcze z chwilą, gdy chory zdaje sobie sprawę ze swego położenia oraz rozumie, jakim brzemieniem przygniata egzystencję swych najbliższych. Brak szkół specjalnych dla epileptyków zmusza rodziców do oddawania chorych do szkół ogólnych, skąd są wydalani natychmiast po skonstatowaniu pierwszego napadu padaczki. Taki sam los czeka tych nieszczęśliwych wszędzie, gdzie chcą zapracować na kawałek chleba, a więc w sklepach, kantorach, biurach, fabrykach i t. d. Na wsi nędza otoczenia, niski poziom inteligencji z masą przesądów stwarzają jeszcze cięższe warunki bytu dla epileptyków. Jednym słowem, znaczna część chorych na padaczkę spędza większą część życia w nieodpowiedniej atmosferze, otoczeniu i jest bardzo często narażana na ciężkie następstwa niedozoru, niedopatrzania i braku opieki. Co do prawnego stanowiska epileptyków, to z jednej strony w pewnych razach są oni traktowani jako ludzie normalni (w postaciach drgawkowych), z drugiej zaś strony z powodu zupełnego braku wskazówek w kodeksach karnym i cywilnym co do prawnego postępowania z padaczkowymi, ci ostatni podpadają pod artykuły prawa tylko wtedy, gdy cierpią na bardzo jasno określoną postać obłądzenia padaczkowego, cała zaś grupa postaci pośrednich, ekwiwalentów i t. d. pozostaje niewiązniętą w prawodawstwo i pozostawioną do uznania i kwalifikacji sądowi oraz rzeczoznawcom, wskutek czego dość często podlegają surowym karom chorzy epileptycy, kwalifikujący się do zakładów lub szpitali dla padaczkowych, obłąkanych i t. d.

Dla skutecznej walki z padaczką potrzebne są między innymi trzy warunki: 1) wyświeślenie obecnego położenia chorych padaczkowych, 2) wyjaśnienie prawnego ich stanowiska i 3) opracowanie, o ile można, najściślejsze statystyki epileptyków według z góry obmyślanych schematów.

Punkty pierwszy i drugi omówiłem w streszczeniu. Przechodzę do punktu trzeciego, t. j. kwestyi statystyki. Padaczka należy do rzędu cierpień, które bezwarunkowo wymagają gruntownego statystycznego opracowania, gdyż to ostatnie daje nam możliwość



zdania, że oprócz kolonii o powyższym typie powinny być w miastach tworzone niewielkie szpitale dla obserwacji i rozpoznania postaci padaczki, skąd po przestudyowaniu przypadku chorych należy wysyłać do kolonii. Inni znowu twierdzą, że należy przy szpitalach dla obłąkanych zakładać oddziały dla epileptyków; te ostatnie przeznaczone są dla chorych z obłędami padaczkowymi. Moim zdaniem, zakłady dla idiotów i epileptyków winny być budowane w pobliżu miast. System pawilonowy. Główną uwagę trzeba skierować na wiek dziecięcy; w tym celu dobrze zorganizowana szkoła, praca w warsztatach, w polu i ogrodach oddadzą ogromne usługi. Pożądana jest bliskość szpitala dla obłąkanych, dokąd można przeprowadzić chorego niespokojnego. Chorzy powinni być segregowani stosownie do wieku, płci i zachowania władz umysłowych. Co się tyczy patronage familialne, to należy mieć na względzie te same zasady, jakich się trzymamy przy umieszczaniu chorych umysłowo—przebieg przewlekły, bezpieczeństwo dla otaczających i t. d. Co się tyczy padaczkowych przestępców, oddanych na obserwację — to w widokach bezpieczeństwa tacy chorzy powinni być umieszczani w szpitalach dla obłąkanych, w oddziałach dla epileptyków.

**W n i o s k i:** 1) Położenie chorych padaczkowych w Królestwie jest ciężkie, a walka z padaczką prawie nie zaczęta; 2) padaczka rozszerza się, i śmiertelność wskutek niej wzrasta; 3) brak u nas dotkliwy ściśle naukowej statystyki padaczki; 4) brak u nas specjalnych zakładów dla leczenia, pielęgnowania i wychowywania epileptyków. Wobec tego należy: 1) walczyć z kiłą i alkoholizmem; 2) stosować wszechstronną profilaktykę; 3) otwierać specjalne zakłady dla epileptyków; 4) opracować specjalny typ zakładu; 5) omówić kwestyę w sekcyach neuropatologicznych i na ogólnych zjazdach lekarskich.

## **XI. Zadania lekarza w wielkich przedsiębiorstwach przemysłowych przy obecnej organizacji fabrycznej pomocy lekarskiej.**

skreślił

**Kazimierz Okuszeko (Praszka).**

Obecna pomoc lekarska w wielkich przedsiębiorstwach przemysłowych posiada u nas znaczne braki, których całkowita poprawa nie jest w mocy jednostki. Sanatoryjne leczenie chorych gruźliczych, oraz wszelkiego rodzaju nerwowców, opieka i leczenie psychiczne chorych, zorganizowanie instytucyj w rodzaju żłobków dla dzieci i t. p. są dziełem, które skutecznici mogą jedynie wielkie organizacje społeczne w rodzaju kas chorych, oparte na podstawie organizacyj zawodowych z wydatną pomocą państwa lub instytucyj samorządnych. Obecne warunki polityczne i społeczne nie pozwalają spodziewać się, iżby powstanie podobnych organizacji miało nastąpić rychło, z konieczności przeto musimy się godzić do czasu z wielu wadami lecznictwa fabrycznego, których usunięcie nie od lekarza zależy. Tem usilniej powinniśmy się starać usuwać te braki w organizacji lecznictwa fabrycznego, których poprawa jest w naszej mocy. Że zaś energia osobista, wytrwałość i usilna praca mogą tu zrobić dużo—jest faktem, nie ulegającym żadnej wątpliwości. Nie przeczę, iż nie jest to zadanie łatwe i nie zawsze otrzymać można całkowite moralne zadowolenie, lecz czyż nie wszędzie walką zdobywa się nowe placówki?

Stanowisko lekarza fabrycznego w obecnych warunkach nie należy do przyjemnych. Ma on do czynienia z jednej strony z zarządem przedsiębiorstwa, który uważa pomoc lekarską, udzielaną robotnikom za zło konieczne, narzucone mu przez prawo, a przeto stara się — o ile możności — zmniejszyć do minimum wydatki na tę pomoc, nie dbając o jej wartość jakościową; z drugiej strony stają pracownicy, którzy wskutek nieuświadomienia społecznego stawiają często lekarzowi nadmierne, nielogiczne, lub nieetyczne wymagania. Jeżeli dodamy do tego, iż lekarz fabry-

czny, występując często jako biegły przy ocenie odszkodowań za kalectwa nabyte przy pracy, z natury rzeczy narażony jest na podejrzenia stronniczości z obydwu stron; że praca jego jest wyzyskiwana materalnie przez przedsiębiorstwo, a fizycznie przez obiedwie strony, to musimy przyznać, że działalność jego wymaga wiele wytrwałości i energii.

Większość lekarzy fabrycznych jest przeciążona pracą. Wynika to z dwóch przyczyn: pierwszą z nich jest niedostateczność personelu lekarskiego (na sześć a nawet ośm tysięcy leczących się wypada często jeden lekarz i jeden felczer); drugą przyczyną jest to, iż pomoc lekarska jest darmo, a przeto uciekają się do niej często symulanci t. j. ludzie zdrowi, którzy bądź pragną z jakichkolwiek powodów przerwać pracę, bądź w interesie materalnym leży udawanie choroby. Wskutek tego ambulatorya fabryczne bywają przepełnione. Na lekarza wypada po pięćdziesiąt i więcej chorych ambulatoryjnych dziennie. Jeżeli dodamy do tego wizyty w domach u ciężko chorych, operacye, porody, oraz zajęcia administracyjne, to zobaczymy, iż sumienne spełnianie obowiązków w takich warunkach jest prawie niepodobieństwem. To też narzekania robotników na pobieżność badania przez lekarzy fabrycznych często, niestety, nie są pozbawione słuszności. Przemęczony lekarz bada nieraz chorych, aby zbyć, z uszczerbkiem zarówno dla ich zdrowia jak i powagi lekarskiej i zaufania pacjentów. Chorzy przyzwyczajają się do lekceważenia badania lekarskiego. Przychodzą nawet z gotowemi receptami, które chcą narzucić lekarzowi, gdyż pomogły komuś, co był—jak twierdzą—chory na tę samą chorobę, często niechętnie poddają się badaniu, twierdząc, iż sami znają swą chorobę, od lekarza zaś żądają jedynie dobrego i drogiego lekarstwa na nią. Co gorsza, zdarza się, iż przemęczony i słaby lekarz ulega tym nierozsądnym i szkodliwym żądaniom chorych ze szkodą nietylko dla nich, lecz i dla własnej powagi. Porady załatwiane nawet bywają zaocznie na podstawie opowiadania chorych, zdarza się również, iż lekarz, nie będąc w możności załatwić wszystkich pacjentów, pozwa-

la przyjmować część ich samodzielnie felczerowi, pchając sam chorych do znachorstwa.

Ambulatorya fabryczne są pozbawione często wielu niezbędnych narzędzi lekarskich, nie są zaopatrzone w najzwyklejsze odczynniki do badania moczu i soku żołądkowego; mikroskop zaś jest przyrządem zupełnie nie używanym.

Szpitala fabryczne również pozostawiają wiele do życzenia. Wskutek niedostatecznej liczby służby panuje w nich często brud i nieład, nie posiadają odpowiedniej wentylacji, jedzenie jest niesmaczne i źle przygotowywane, izolacja chorych zakaźnych niedostateczna, opieka nad chorymi niedbała.

Higieniczna strona działalności lekarza fabrycznego polegająca na zapobieganiu szerzeniu się epidemii wśród robotników, nadzorce nad odpowiedniemi pod względem zdrowotnym urządzeniami i utrzymaniem pomieszczeń fabrycznych, jakoteż ustępów, kąpiei i t. p., zapobieganiu wypadkom zawodowym przez kontrolę zabezpieczających urządzeń w fabryce, jest zupełnie zaniedbywana przez lekarzy fabrycznych. Przyczynia się do tego zarówno przepracowanie i brak energii lekarzy, jak i opór przemysłowców przeciw wkraczaniu nadzoru lekarskiego w dziedzinę higieny fabrycznej, ponieważ pociąga to za sobą koszta, które na pozór nie opłacają się przedsiębiorstwu.

Dochodzi niekiedy do tego, iż lekarz fabryczny, któremu przepisy obowiązujące polecają baczyć na higienę urządzeń w warsztatach, pozbawiony jest prawa zwiedzania fabryki bez pozwolenia dyrekcji.

Wszystkie te trudności nie powinny powstrzymać lekarza od dążenia do sumiennego spełniania przyjętych przez siebie obowiązków zarówno względem powierzonych jego pieczy, chorych jak i przedsiębiorstwa, w którym pracuje. Tam jednak, gdzie interesy firmy ściągają się z interesami pacjentów, lekarz pamiętać powinien, że przedewszystkiem jest lekarzem. Często jednak starcie interesów przedsiębiorcy i robotnika w sprawach dotyczących lecznictwa jest tylko pozorne. Dobra organizacja pomocy lekarskiej nietylko jest korzystna dla pracowników,

lecz i oplaca się przedsiębiorstwu, zmniejszając wydatki na jej prowadzenie.

Jeżeli lekarz dbać będzie o higienę pracowników, zapobiegać szerzeniu się epidemii przez szczepienie ochronne, izolacji chorych zakaźnych, dezynfekcję ich mieszkań po przejściu choroby, zapobiegać szkodliwym zanieczyszczeniom studzien, kontrolować czystość łaźni, to liczba chorych zmniejszy się pokaźnie, a przez to samo zmniejszą się i wydatki na szpital i lekarstwa. Jeżeli urządzenie szpitala będzie odpowiednie, jedzenie dobre, personel służbowy wystarczający dla dokładnego pielęgnowania chorych, to chorzy szpitalni prędzej będą przychodzić do zdrowia, wskutek czego zmniejszy się roczna liczba dni szpitalnych. Jeżeli lekarz rozłoży swą kontrolę nad możliwym bezpieczeństwem robotników przy pracy w fabryce, to zmniejszy się liczba ciężkich wypadków, a przeto nie tylko koszty leczenia, poszkodowanych, lecz i suma odszkodowań płaconych kalekom, co—jak wiadomo—stanowi poważną rubrykę wydatków w każdym przedsiębiorstwie. Są już przemysłowcy, którzy rozumieją, że w ich własnym interesie leży dobra organizacja pomocy lekarskiej i kontrola higieniczna w fabryce, przeważna jednak większość, niestety, nie zdaje sobie z tego sprawy. W tym razie zadaniem lekarza powinno być z ołówkiem w ręku przekonać ich o tem.

Przemysłowiec może okazać się głuchym na argumenty ideowe, wymowa liczb jednak podziała nań zawsze.

Oczywista, iż chcąc walczyć liczbami, należy prócz znajomości medycyny posiadać również dużo wiadomości praktycznych z zakresu techniki leczenia, jako to orientować się w cennikach firm zarządzających szpitalami, sprzedających lekarstwa, znać ceny narzędzi lekarskich, być obznajmionym z techniczną stroną ubezpieczenia pracowników od wypadków, nawet mieć pod ręką cenniki przedmiotów gospodarczych, używanych w szpitalu. We wszystkich tych dziedzinach powinien orientować się lekarz fabryczny, chcąc opierać się w swej argumentacji na liczbach i w ten sposób przekonać zarząd przedsiębiorstwa o konieczności trzymania się ścisłego i dokładnie obmyślanego planu w

organizacji pomocy lekarskiej i nieszczędzenia wydatków na wprowadzenie go w życie. Skoro lekarzowi uda się przekonać decydujące władze fabryczne o potrzebie reform, powinien nakreślić szczegółowo opracowany ich plan i przy współudziale przedsiębiorstwa zacząć wprowadzać je w czyn. W tym celu lekarz musi przedewszystkiem uzyskać samodzielność oddziału pomocy lekarskiej, który powinien w stosunku do dyrekcji fabryki znajdować się na tych samych prawach, co inne oddziały przedsiębiorstwa. Wszystkie sprawy, związane z lecznictwem jako to: organizacja pomocy lekarskiej w ambulatoryum i po domach, szpitalnictwo, higiena oraz dział apteczny muszą być podporządkowane wyłącznie lekarzowi, który za swe administracyjne czynności powinien odpowiadać jedynie przed dyrekcją. Prowizor, felczerzy, akuszerki, nie mówiąc już o niższej służbie powinni być przyjmowani, oddaleni i kontrolowani wyłącznie przez lekarza. To samo dotyczy strony gospodarczej szpitala. Prowadzenie kuchni i pralni szpitalnej powinno podlegać władzy i kontroli lekarskiej. Lekarz również powinien uzyskać prawo kontroli i nad stroną higieniczną życia pracowników i pomieszczeń fabrycznych. Dezynfekcja mieszkań, dozór nad higienicznym utrzymaniem łaźni, ustępów oraz ubikacji fabrycznych powinien znajdować się pod jego kontrolą.

Pomoc lekarska dla pracowników przedsiębiorstwa powinna być zorganizowana w taki sposób, aby przy możliwej oszczędności czasu była możliwie najbardziej produkcyjna i owocna. W tym celu powinien być w porozumieniu z dyrekcją i pracownikami wypracowany przez lekarza pewien regulamin, do którego musieliby się stosować wszyscy pracownicy, chcący korzystać z bezpłatnej pomocy lekarskiej, zarówno inżynierowie i urzędnicy, jak i robotnicy. Godziny ambulatoryjne powinny być ściśle określone (np. od 8 do 12 rano); na pół godziny przed końcem przyjęć drzwi szpitala powinny się zamykać i przyjmowani być tylko chorzy, którzy zgłosili się do tego czasu.

Każdy chory, zgłaszający się o poradę, powinien otrzymać numer porządkowy i za-



jąc miejsce w poczekalni, do czasu, aż przyjdzie nań kolej. Żadnych wyjątków dla wyższej administracji robić się nie powinno. Natychmiast powinni być przyjmowani tylko chorzy w przypadkach nie cierpiących zwłoki. Wizyty u obłożnie chorych w domach powinny być zgłaszane również w godzinach rannych i po zapisaniu do odpowiedniej książki załatwiane po godzinach ambulatoryjnych, oczywiście, również z wyjątkiem wypadków nagłych. Obchód chorych szpitalnych powinien być załatwiony przed ambulatoryjum, opatrunki szpitalne również. Popołudniu prócz wizyt u obłożnie chorych lekarz powinien poświęcić kilka godzin na badania laboratoryjne w szpitalu i administrację. Większe operacje, zdarzające się zresztą niezbyt często, powinny się kończyć przed 10-tą rano. Popołudniu w szpitalu powinien dyżurować jeden z felczerów, który załatwiałby zgłaszających się z drobnymi przypadkami, lub w razie potrzeby wzywał lekarza. Personel lekarski powinien być wystarczający do dokładnego obsłużenia chorych. Na jednego lekarza z felczerem powinno wypadać od 700 do 1,000 rodzin, licząc każdego pracownika nawet kawalera za rodzinę. Prócz tego lekarze powinni mieć prawo w wypadkach, gdy zajdzie potrzeba uciekać się do porad ze specjalistami lub odsyłać do nich chorych.

Co się tyczy badania chorych w ambulatoryjum, to powinno być ono wykonywane sumiennie i dokładnie. W razie potrzeby powinien być również badany mocz i sok żołądkowy, jako też płwocina w gruźlicy. W tym celu szpital powinien posiadać odpowiednie odczynniki, oraz mikroskop.

Akuszerki, praktykujące u pracowników przedsiębiorstwa, powinny podlegać kontroli lekarza. Trzy ruble, które fabryka przyznaje robotnikom na pomoc akuszeryjną przy porodzie powinny być wypłacane akuszerkom przez zarząd fabryczny tylko w takim razie, jeżeli lekarz podpisze kwit do kasy. W ten sposób akuszerki staną się zależnymi od lekarza i może on dopilnowywać, aby opiekowały się położnicą określoną liczbę dni i zachowywały przepisy aseptyki. Wrazie jeżeli zachodzi potrzeba dłuższej o-

pieki ze strony akuszerki lub w razie wezwania jej przez lekarza do poronienia, akuszerka powinna być płatna oddzielnie przez fabrykę według wskazówek lekarza.

Co się tyczy urządzenia szpitala, to powinno ono odpowiadać wszelkim wymaganiom higieny zarówno co do obszerności sal, jak i ich oświetlenia, wentylacji i wewnętrznego urządzenia. Szpital powinien być skanalizowany, posiadać wodociągi, elektryczne oświetlenie, wanny, ustępy spłokiwane wodą, odseparowane pomieszczenie dla zakaźnych, składające się z dwóch pokoiów, wanny i ustępu wraz z przedpokojem, salkę operacyjną czystą oraz do opatrunków i operacji ropnych oraz choć najprostsze przyrządy do wyjąławiania opatrunków (np. SCHIMMELBUSCHA) i do dezynfekcji mieszkań formaliną (np. FLÜGGEGO). Co się tyczy przyrządów do elektryzacji oraz wanny elektrycznej, to urządzenia te również stopniowo powinny być zaprowadzone, albowiem oddają one nieocenione usługi w rozmaitego rodzaju zastarzałych postaciach gośca, zdarzających się często u robotników.

Higieniczna strona działalności lekarza fabrycznego powinna być przezeń traktowana z równą sumiennością jak lecznicza. Lekarz powinien co pewien czas badać wodę ze studzien i w razie stwierdzenia jej szkodliwości domagać się doprowadzenia studzien do porządku. Co rok powinno być dokonywane obowiązkowe szczepienie ospy tym pracownikom i ich dzieciom, którzy nie są szczepieni zbyt dawno. Po chorobach zakaźnych zwłaszcza płonicy i gruźlicy rozdowej mieszkania fabryczne robotników powinny być obowiązkowo dezynfekowane. Dla robotników pracujących przy tak zwanych robotach gorących powinna być zawsze woda przegotowana do picia, przechowywana w odpowiednich czysto utrzymywanych stągwiach, czego powinien lekarz usilnie pilnować, gdyż obniża to znaczenie procent ostrych chorób żołądkowo-kiszkowych.

Cherzy, zwłaszcza zakaźni i wypadkowi, powinni być przyjmowani z powrotem do pracy w fabryce nie inaczej, jak po wydaniu im zaświadczenia przez lekarza fabrycznego, iż pracować mogą bez szkody dla siebie

i towarzyszy. Tożsamo dotyczy dzieci, uczęszczających do szkoły fabrycznej. O każdym przypadku choroby zakaźnej pośród tych ostatnich lekarz powinien zawiadomić personel nauczycielski, który przy przyjmowaniu z powrotem ozdowieńców powinien wymagać poświadczenia lekarskiego nieszkodliwości danego dziecka dla jego kolegów.

Wprowadzenie w czyn wszystkich powyżej wymienionych reform wymaga od lekarza nie tylko planowości w działaniu, lecz i oryentowania się w każdej chwili w sytuacji zarówno higieny jak i leczenia w danym przedsiębiorstwie. W tym celu powinny być zaprowadzone księgi, w których odzwierciedlałaby się cała działalność lekarska. Oprócz ksiąg administracyjnych powinno się prowadzić arkusze szpitalne z historiami chorób, księgę chorych ambulatoryjnych, księgę chorych epidemicznych, księgę chorych gruźliczych, księgę kontroli zarządzeń higienicznych. W księdze chorych epidemicznych powinna być odnotowana dezynfekcja mieszkań oraz czas izolacji chorych. Chorzy gruźlicy powinni być zapisywani do księgi, skoro po kilkakrotnym badaniu w ambulatoryum podejrzenie o gruźlicę stanie się prawdopodobnym. Fizyczne badanie takich chorych powinno być kontrolowane bądź przez zastrzykiwania próbne tuberkuliny, bądź przez reakcję oczną WOLF—EISNER — CALMETTEA, a w gruźlicy rozpadowej przez mikroskopowe badanie płwociny. Wszelkie zmiany w przebiegu choroby jakoteż metody leczenia powinny być odnotowywane. W księdze kontroli zarządzeń higienicznych powinny być umieszczane wyniki badania studzien, stan higieniczny łaźni, pomieszczeń oraz urządzeń fabrycznych, jakoteż zarządzenia, przedsięwzięte w dziedzinie higieny przez administrację fabryczną na skutek interwencji lekarza.

W celu uniknięcia nieuzasadnionych podejrzeń, które zmniejszają tak ważne dla lekarza zaufanie pacjentów, należy domagać się stanowczo od przedsiębiorstwa, aby stopień niezdolności do pracy uszkodzonych robotników określały zwoływane co pewien czas *ad hoc* komisje złożone z obcych leka-

karzy w razie potrzeby z udziałem specjalistów.

Co się tyczy środków opatrunkowych oraz lekarstw *in crudo*, to nie należy zgadzać się na sprowadzanie ich przez przedsiębiorstwo, lecz, zaopatrując się w cenniki firm pierwszorzędných, polecić dostarczanie ich prowizorowi, kontrolując samemu ich dobroć i ceny. Tak zwane specyfiki powinny być wydawane chorym tylko w tym razie, jeżeli zastąpić się nie dadzą przez inne lekarstwa, przyrządzane na świeżo, praktyka bowiem przekonała, iż są one często sprzedawane przez robotników do składów aptecznych. Wogóle lekarstwa z apteki fabrycznej powinny być wydawane tylko za receptą lekarza ordynującego lub innych lekarzy. Wydawanie środków nawet nieszkodliwych, takich jak benzyna, terpentyna, olej rycynowy, kwas borny, krople INOZIEMCOWA i t. p. bez podpisu lekarza fabrycznego, lub felczera powinno być niedopuszczalne, gdyż prowadzi to do nadużyć i przyzwyczajają chorych do samowoli.

Lekarz fabryczny powinien wymagać od pracowników, aby wszystkie przypadki chorobowe lekkie, gdy chory może chodzić załatwiane były w ambulatoryum, nie zaś w domu. Zdarza się, iż chorzy bądź wskutek nieświadomości, bądź lenistwa wzywają lekarza do domu do przyszycy, świerzbu, bólu zębów i t. p. W takich razach należy zwracać im uwagę na niewłaściwość postępowania, tłumacząc, iż wskutek takich nadużyć zmniejsza się ogólna sprawność pomocy lekarskiej, na czem traci ogół chorych.

Jedną z największych bolączek fabrycznej pomocy lekarskiej są tak zwani symulanci. Zabierają oni bardzo dużo czasu lekarzowi z uszczerbkiem dla rzeczywiście chorych, stawiają nieusprawiedliwione i nietetyczne wymagania, trapią go ciąglem przychodzeniem do ambulatoryum, stając się w razie ich tolerowania nieraz nawet brutalnymi. Zwalczyć całkowicie symulacji, jako zjawiska, zespolonego ściśle z odszkodowaniami za kalectwa przy pracy, lekarz fabryczny nie jest w stanie, powinien się jednak starać ograniczyć ją do możliwego *minimum*.

Należy jednakże w takich razach postępować nader oględnie, aby nie uznać za symulanta istotnie chorego i nie wyrządzić mu w ten sposób ciężkiej krzywdy. Przy podejrzeniu o symulację, lekarz nie powinien — jak to często bywa — starać się jak najprędzej pozbyć pacyenta, dając mu jakiś obojętny środek, przeciwnie, powinien badać go najdokładniej, notując w księdze ambulatoryjnej wszystko, na co chory się żali i co sam zauważy przy badaniu. Badanie powinno być powtarzane pokilkakroć, a w razie wątpliwości chory powinien być umieszczony w szpitalu i dokładnie obserwowany. Jeżeli i w takim razie pozostanie wątpliwość, czy pacjent doświadcza rzeczywiście pewnych dolegliwości, czy też udaje, kwestya powinna być rozstrzygnięta na korzyść chorego, i ten ostatni powinien być leczony. Tylko w razie stwierdzenia nie ulegającej żadnej wątpliwości symulacji lekarz powinien w stanowczy sposób zwrócić uwagę symulanta na karygodność jego postępowania i zagrozić mu w razie uporu zwróceniem się o interwencję do administracji fabrycznej. Jeżeli i to nie skutkuje, lekarz powinien zarówno w interesie sprawności pomocy lekarskiej jak i dla powstrzymania szerzenia się demoralizacji zabronić symulantowi wstępu do ambulatoryum, zawiadamiając zarząd przedsiębiorstwa o przyczynach takiego kroku. Jest to środek ostateczny, lecz konieczny. W razie jeżeli przez złe pojętą pobłażliwość lekarz nie ucieknie się do niego, mści się to na nim przez natychmiastowy wzrost symulacji, która szerzy się jak zaraza, na czem cierpi zarówno on sam, jak i chorzy, a nawet i sam symulant, który niepotrzebnie traci czas i pieniądze na procesy, i ostatecznie, przegrawszy sprawę i straciwszy ostatni grosz na nieuczciwych pokątnych doradców, dochodzi w końcu do nędzy. Powtarzam jednakże iż w przypadkach podejrzanym o symulację należy zachować wielką ostrożność, aby nie skrzywdzić istotnie chorego.

Inną kategorię chorych, którzy również zamęczają lekarza fabrycznego i zabierają mu dużo drogiego czasu, bez żadnego pożytku, są wszelkiego rodzaju nerwowcy (hysterycy, neurastemicy, hipochondrycy).

I tych chorych lekarz nie powinien załatwiać, byle zbyć, lecz powinien starać się ich przekonać, że ich dolegliwości mogą być częściowo usunięte przez zachowanie odpowiednich przepisów higienicznych oraz odwrócenie uwagi w innym kierunku: środki apteczne, jako nietylko nieskuteczne, lecz przeważnie szkodliwe powinny być u takich chorych możliwie ograniczone. Jedni, z takich chorych, niedostając lekarstwa, nabierają powoli wiary w swe zdrowie i poprawiają się z czasem, inni nieuleczalni przestają uczęszczać do ambulatoryum, przekonawszy się, iż lekarz nie jest w stanie dopomóc im lekarstwami.

Oczywista, iż chorym tej kategorii mogłoby nieraz pomóc leczenie sanatoryjne. W obecnych jednak warunkach zastosowanie takiej kuracji nie jest prawie nigdy dla lekarza możliwe. Zarówno w takich wypadkach, jak i w leczeniu chorych gruźliczych i wogóle wielu chroniczków koniecznym jest istnienie sanatoryjów, których powstanie u nas należy do przyszłości.

Bardzo ważną stroną działalności lekarza fabrycznego jest stosunek jego do administracji przedsiębiorstwa. Wymaga on dla lekarza dużo taktu, cierpliwości i wytrwałości przy wprowadzeniu reform, niezbędnych do dobrego funkcyonowania pomocy lekarskiej. Nie należy chcieć wszystko zreformować od razu, lecz nie trzeba również odstępować od raz powziętego zamiaru, zrażając się oporem, na jaki się zwykle przynajmniej z początku ze strony administracji przedsiębiorstwa natrafia. Wszelkie pertraktacje z administracją przedsiębiorstwa, zarówno dyrekcją, jak i oddziałami, powinny być prowadzone piśmiennie, duplikaty zaś kopiowane powinny być przechowane. Przyczynia to pracy oddziałowi lekarskiemu, lecz oddaje zarazem nieocenione usługi. *Verba volant, scripta manent* — jestto zasada zupełnie słuszna, której celowość potwierdza praktyka. Cała działalność administracyjna lekarza, tak samo jak i lecznicza, powinna znaleźć odzwierciedlenie w księgach. Wszystkie najdrobniejsze nawet wydatki oddziału lekarskiego powinny być zapisywane pod odpowiednią rubryką w księgach administracyjnych. Nie jest to próżna formalistyka,

gdyż daje możność lekarzowi w każdej chwili oryentować się, co do finansowej strony pomocy lekarskiej, kontrolować oddział buhalteryjny ogólny przedsiębiorstwa w sprawach dotyczących lecznictwa i opierać się w pertraktacjach z dyrekcją zawsze na liczbach—terenie, gdzie porozumienie z zarządem przedsiębiorstwa jest najłatwiejsze. Należy również pamiętać, iż kto nie postępuje naprzód, ten się zwykle cofa, i nie ustawać w przeprowadzeniu wciąż nowych reform. No udoskonalenia urządzeń leczniczych reperacje, nowe narzędzia i t. p. należy żądać od przedsiębiorstwa stałego kredytu, z którego należy korzystać ogólnie.

Na zakończenie zaznaczyć muszę, iż organizacja pomocy lekarskiej, której szkic tutaj przedstawiłem, została wprowadzona stopniowo w hucie „Częstochowa“, gdzie pracowałem blisko dwa lata, dzięki wytrwałej pracy kolegów MICHAŁOWICZA i RUDZKIEGO, przy inteligentnem poparciu dyrekcji i życzliwem spółdziałaniu pracowników huty. Obecnie istnieje tam szpital na dwadzieścia przeszło łóżek, z dwiema salkami operacyjnymi, kamerą dezynfekcyjną, dwoma odosobnionymi pokojkami dla zakaźnych, gabinetem ginekologicznym, wanną świetlną, laboratoryum, zaopatrzonym we wszelkie odczynniki i mikroskop, oraz apteka, prowadzona przez prowizora pod nadzorem lekarzy. Zamiast jednego lekarza stałego i jednego dojeżdżającego do ambulatoryum na 3000 robotników, jak było dawniej, są teraz dwaj lekarze stali na 1600 robotników. Personel felczerski składa się z trzech osób, z których jeden prowadzi księgi. Pomimo kosztów, jakie cała reorganizacja pomocy lekarskiej pociągnęła za sobą oraz znacznego powiększenia personelu lekarskiego, koszta lecznictwa zmniejszyły się tak znacznie, że nawet po dodaniu sumy odpisywanej co rok na amortyzację instalacyj, są one mniejsze, niż przedtem nie tylko wogóle, lecz i przeciętnie na każdego pracownika. Zmniejszył się również znacznie procent chorób zakaźnych, jak również i wypadków ciężkich w fabryce, ospa zaś i zakażenia popołogowe należą do nadzwyczajnych rzadkości.

## MEDYCINA SĄDOWA NA PROWINCYI.

I

### XII. Rzeczoznawstwo sądowo-lekarskie na prowincyi.

Podał

Dr. Józef Pełczyński (Radom).

Na żądanie biura obecnego zjazdu mam referować sprawę rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na prowincyi. Właściwie mówiąc, ja osobiście nie widzę różnicy żadnej między ekspertami i ekspertyzami prowincjonalnemi a, na przykład, warszawskimi, albowiem, jak o tem szanowni słuchacze niżej się przekonają, najważniejsze braki leżą nie w nas — lekarzom biegłym, lecz zewnątrz nas i nie są od nas zależne.

Na wstępie uważam za konieczne przytoczyć najważniejsze artykuły praw, dotyczące tej sprawy, a to w tym celu, aby nikomu nie wydać się w dalszym ciągu gołosłownym. Materiał, dotyczący rzeczoznawstwa wogóle, zawarty jest w ustawach procedury karnej oraz cywilnej oraz w specjalnym ukazie rządzącego senatu.

USTAWA PROCEDURY KARNEJ (wyd. ofic.).

Art. 315. Oględziny (obejrzenia i sprawdzenia) dokonywane są wobec świadków przybranych albo bezpośrednio przez sędziego śledczego, albo przez rzeczoznawców.

Art. 317. Oględziny poza wypadkami, nie cierpiącymi zwłoki, dokonywane są w porze dziennej.

Art. 322. Dla oględzin osób płci żeńskiej powoływane są, w charakterze świadków, kobiety zamężne.

Art. 325. Rzeczoznawców wzywać należy wtedy tylko, gdy dla dokładnego zrozumienia zachodzących w sprawie okoliczności, konieczne są specjalne w tym względzie wiadomości lub doświadczenie w nauce, sztuce, rzemiośle, przemyśle lub w innym jakim zajęciu.

Art. 326. W charakterze biegłych mogą być wzywani: lekarze, farmaceuci, profesorowie, nauczyciele, technicy, artyści, rzemieślnicy, kasyerzy i osoby, które ciągłemi zajęciami w jakiej bądź służbie lub jej gałęzi, nabędą szczególnego doświadczenia.

Art. 327. Biegli, powoływani do oględzin, powinni posiadać wszelkie przymioty wiarogodnych świadków.

Art. 328. Biegły obowiązany jest stawić się do śledztwa natychmiast. Za niestawienie się do śledztwa bez ważnej przyczyny biegli odpowiadają tak, jak i świadkowie (do 25 rb. art. 323).

Art. 334. Wrazie wątpliwości co do prawidłowości opinii biegłych, lub przy różnicy zdań między nimi sędzia śledczy żąda opinii od innych biegłych, lub delegowania biegłych przez wyższą władzę specjalną, albo też przesyła tam sam przedmiot badania, jeśli to jest możliwe.

Art. 336. Dla oględzin ciał zmarłych, różnego rodzaju uszkodzeń ciała, śladów gwałtu i stanu zdrowia poszkodowanego lub oskarżonego, sędzia powołuje lekarza sądowego.

Art. 337. Obowiązki lekarza sądowego wykonywają w powiatach lekarz powiatowy, w miastach lekarz miejski lub policyjny; w razie choroby lub innej ważnej przyczyny, sędzia śledczy wzywa jakiegobądź innego lekarza, wojskowego, cywilnego lub wolnopraktykującego.

Art. 338. W ważnych wypadkach sędzia śledczy może wezwać do oględzin sądowo-lekarskich na trupie nie jednego, ale kilku lekarzy, nie łącząc tego, który leczył zmarłą osobę, jeżeli potrzebne jest objaśnienie o przebiegu choroby i leczenia.

Art. 341. Przy wykonywaniu oględzin sądowo-lekarskich sędzia śledczy udziela lekarzowi na jego żądanie te z zebranych o zmarłym wiadomości, które mogą służyć dla lekarza za wskazówkę, na co mianowicie przy sekcji ma zwrócić szczególną uwagę.

Art. 344. Relację obdukcijną (protokół sekcji) doręcza lekarz sędziemu śledczemu, o ile można zaraz po odbyciu sekcji, nie później wszakże jak w trzy dni.

Art. 345. W razie sprzeczności relacji obdukcyjnej z okolicznościami sprawy przez sąd wykrytemi, lub różnicy w opinii lekarzy, albo wątpliwości co do trafności opinii i wytłomaczenia oznak znalezionych, sędzia śledczy przedstawia kopję relacji urzędowi lekarskiemu, który rozstrzyga wątpliwość albo przez zażądanie od lekarza uzupełniających objaśnień, albo przez nakazanie powtórnego dokonania oględzin.

Art. 346. Przy powtórnym oględzinach trupa sędzia śledczy komunikuje wezwanym lekarzom cel powtórnego dochodzenia, protokół i akt poprzedniego badania, oraz udziela wiadomości, przez jaki czas ciało w ziemi się znajdowało.

Art. 347. Do ekshumacji sędzia śledczy bez obecności lekarza nie przystępuje. Dla przekonania się o tożsamości zawezwać należy osobę duchowną i inne osoby przy pochowaniu obecne, a do powtórnym oględzin wezwać trzeba, jeśli można, i lekarza, który dokonał pierwotnego obejrzenia ciała.

Art. 353. Jeżeli ze śledztwa okaże się, że obwiniony nie ma zdrowego rozsądku, lub cierpi na pomieszanie zmysłów, sędzia śledczy, przekonawszy się o tem z oględzin przez lekarza sądowego jako też przez badanie obwinionego i tych osób, którym bliżej znane było postępowanie jego i sposób myślenia, przedstawia prokuratorowi śledztwo w tym przedmiocie wraz z opinią lekarza o stopniu niemo-

cy umysłu lub pomieszania zmysłów obwinionego do dalszego rozporządzenia.

Art. 354. Postępowanie w przedmiocie obłąkania lub niemocy umysłu obwinionego wraz z opinią w tej mierze prokuratora przedstawia się sądowi okręgowemu do rozpoznania.

Art. 355. Oględziny dotkniętych niemocą umysłu i obłąkanych odbywają się na posiedzeniach sądu okręgowego przez inspektora lub członka wydziału lekarskiego rządu gubernialnego i dwóch innych lekarzy, wyznaczonych w tym celu przez wydział lekarski.

Art. 690. Dla wyjaśnienia rezultatów oględzin lub badań, dokonanych przez sędziego śledczego, sąd może powołać na swoje posiedzenie osoby, które dokonały powyższych czynności i żądać od nich szczegółowego zdania sprawy.

Art. 691. Biegli, dokonujący badań sądowo-chemicznych lub mikroskopowych nie w miejscu prowadzenia śledztwa sądowego, nie będą wzywani na posiedzenie sądu dla dania wyjaśnień, lecz są zastępowani przez miejscowych lekarzy i farmaceutów.

Art. 692. Na skutek zwrócenia uwagi przez strony, lub przysięgłych, lub też na własne uznanie sąd może wyznaczyć nowe oględziny, lub badanie za pośrednictwem wybranych przez niego samego, lub wskazanych przez strony biegłych, lecz pod tym warunkiem, aby ci odbywali swoje czynności na posiedzeniu sądu, jeżeli to możebne, lub przynajmniej przedstawili na posiedzeniu sądu szczegółowe sprawozdanie z tego wszystkiego, co znaleźli przy oględzinach albo badaniach.

Art. 694. Biegli przed złożeniem wyjaśnień w sądzie mają być zaprzysięgani w sposób przepisany dla świadków. Przed wykonaniem przysięgi strony mogą wyłączyć biegłych z powodu braku przymiotów przez prawo od nich wymaganych.

Art. 978. Urzędnicy lekarscy i lekarze wolnopraktykujący w razie powołania ich do badań sądowo-lekarskich nie w miejscu ich pobytu otrzymują na koszt podróży i diety — pierwsi podług rangi, a drudzy podług klasy, odpowiadającej ich stopniowi naukowemu, na równi z urzędnikami, delegowanymi w interesie służby.

#### USTAWA PROCEDURY CYWILNEJ.

Art. 518. Biegli mianowani będą za wspólną zgodą stron spór wiodących, a jeśli strony na wybór biegłych w terminie przez sąd oznaczonym nie zgodzą się, sąd wyznacza biegłych z urzędu.

Art. 519. Biegli wyznaczeni będą w liczbie 3. Zresztą za zgodą stron, lub gdy przedmiot sprawy jest małej wartości, dla dokonania badania może być wyznaczony 1 biegły.

Art. 520. Te tylko osoby mogą przyjąć na siebie obowiązek biegłego, które ze swego powołania, rzemiosła lub zatrudnienia uważane być mogą za posiadające specjalne wiadomości.

Art. 525. Opinia biegłych winna być złożona

na piśmie z przytoczeniem zasad, na których jest oparta.

Art. 529. Biegli za swoją pracę, za oderwanie od zwykłych zatrudnień oraz za koszta, poniesione przy badaniu, mogą żądać wynadrodzenia. Żądanie to podać winni ustnie lub na piśmie jednocześnie ze złożeniem opinii.

Art. 530. Sąd oznacza wysokość wynagrodzenia odpowiednio do rodzaju czynności, ceny dni roboczych, odległości przejazdów, czasu na czynności użytego oraz stosownie do innych, zasługujących na uwzględnienie okoliczności. Decyzja w tej mierze sądu winna być bezzwłocznie wykonana.

UKAZ RZĄDZĄCEGO SENATU z d. 5/VII. 1879 roku.

„Wzywani jako biegli do śledztwa lub do sądu lekarze dzielą się na 2 kategorie. Jedni z nich to urzędnicy lekarscy, obowiązani stawać na wezwanie władz sądowych, dla wspólnego z nimi wykonania, na mocy prawa, obowiązków służbowych — są to lekarze sądowi (art. 337 ust. proced. karnej), powoływani do oględzin i badania ciał zmarłych, rozmaitych uszkodzeń ciała i t. p. (art. 336, 349, 353 ust. proc. karnej), jak również inspektor lekarski i członkowie wydziału lek. rząd. gubern., wzywani do sądu okręgowego dla oględzin słabych na umyśle i obłąkanych, jak również i inni urzędnicy lekarscy wzywani do tej czynności (art. 355). Do drugiej kategorii, stających do śledztwa i do sądu w roli biegłych, należą ci z nich, którzy są powołani przez władze sądowe lub przez osoby, udział w sprawie biorące, nie jako osoby urzędowe, obowiązane spełnić ciążące na nich obowiązki służbowe, lecz jako osoby prywatne, dla wyjaśnienia jakiejbydy mającej związek z ich specjalnością, okoliczności w danej sprawie (ust. kar. 112, 325, 326, 578, 690—692 i ust. cyw. art. 122, 515).

Lekarze pierwszej kategorii t. j. występujący na śledztwie i w sądzie w charakterze osób urzędujących, gdy są wzywani w miejscu ich zamieszkiwania, oddzielnego za to wynagrodzenia dostawać nie mogą, bo pełnią na śledztwie i w sądzie swoje zwykłe służbowe obowiązki, wynikające z zajmowanego przez nich stanowiska. Lecz gdy ci urzędnicy lekarscy wzywani są do śledztwa lub sądu, dla badań sądowo-lekarskich, nie w miejscu ich zamieszkiwania, to zgodnie z art. 978 ust. proc. karn. dostają pieniądze na rozjazdy i diety na równi z urzędnikami, delegowanymi w sprawach służbowych.

Lekarze zaś drugiej kategorii, wzywani do śledztwa i sądu w miejscu ich zamieszkiwania, pobierają wynagrodzenie za swą pracę, zgodnie z prawem z d. 11. 1. 1877 r. w rozmiarze od 25 kop. do 25 rubli według prawideł, zawartych w art. 529, 530 i 860 ust. proc. cyw. Jeśli zaś ci lekarze powoływani są do śledztwa i na sąd w charakterze biegłych nie w miejscu ich zamieszkiwania, to dostają zgodnie z art. 978 ust. proc. kar. koszta podróży i diety podług klasy, odpowiadającej ich stopniowi naukowemu, na-

równi z urzędnikami, delegowanymi w interesach służby”.

KODEKS KARNY art. 92. Do przyczyn, według których przestępstwo nie może być poczytane za winę oskarżonego, należą: 2) niedojrzały wiek, gdy podsądny nie mógł mieć jeszcze o naturze swego czynu pojęcia; 3) niemoc umysłu, pomieszanie zmysłów oraz choroby, przyprawiające o szaleństwo lub zupełną utratę przytomności (dalej artykuły 94, 95, 96, 97, 106, 134, 136—139).

Oto mniej więcej wszystkie artykuły praw obowiązujących i przepisy, dotyczące rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego.

Postarajmy się na zasadzie tych praw i przepisów określić, kogo prawodawca rozumiał pod mianem lekarza biegłego, jaki jest zakres działalności rzeczoznawcy-lekarza, w jaki sposób odbywa się rzeczoznawstwo sądowo-lekarskie, jakie są obowiązki i odpowiedzialność rzeczoznawcy-lekarza, oraz jak on jest wynagradzany za swą zawodową pracę według ustaw rosyjskich.

Dopiero po przedstawieniu faktycznego stanu rzeczy zajmiemy się wytknięciem braków oraz wskazaniem środków, dążących do postawienia ważnej sprawy rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego, zwłaszcza na prowincyi, na właściwym poziomie, zgodnie z wymaganiami nauki i życia.

Według art. 315, 325 i 326 ust. proc. karnej rzeczoznawcy (a więc i lekarze), wzywani są dla wyjaśnienia władzom sądowym pewnych okoliczności sprawy, których dokładne zrozumienie wymaga specjalnych wiadomości lub doświadczenia, nabytych przez ciągłe zajęcia w jakiejbydy służbie lub jej gałęzi; biegli zgodnie z art. 327 tejże ustawy muszą posiadać przymioty świadków wiarogodnych; art. 336 nakazuje inkwirentom jako biegłego wzywać lekarza sądowego, którym według art. 337 jest lekarz powiatowy, miejski lub policyjny; dopiero w razie ich braku sędzia śledczy może wzywać jako biegłych innych lekarzy: wojskowych, cywilnych albo wolnopraktykujących.

Prawo więc rosyjskie zna instytucję lekarzy sądowych i obowiązki te wkłada na lekarzy powiatowych, miejskich (oraz policyjnych) z następujących przyczyn: 1) posady te, według praw istniejących, powinny być obsadzone przez kandydatów, którzy się wylegity-

mują specjalnem świadectwem, po zdaniu odpowiedniego egzaminu (pomiędzy innymi przedmiotami z medycyny sądowej); 2) ponieważ właśnie ci lekarze z obowiązku swej służby muszą dokonywać wszelkich obdukcji ciał zmarłych i osób żywych na każde zawołanie władz sądowych i policyjnych, więc łatwiej mogą nabyć szczególnego doświadczenia, o którym mówi art. 326; 3) nareszcie dla prawodawcy nie bez znaczenia jest i ta okoliczność, że lekarz, wstępujący na służbę jako miejski, powiatowy lub policyjny, składa przysięgę służbową, przez co w oczach prawodawcy staje w rzędzie osób wiarogodnych, jak tego wymaga art. 327.

Termin „lekarz sądowy“ znajdujemy tylko w art. 336 i 337 ust. proc. karnej, w których chodzi o dokonanie oględzin i dochodzeń sądowo-lekarskich na wezwanie sędziego śledczego, jakby dla zaakcentowania, lekarz sądowy (t. j. powiatowy, miejski lub policyjny) nie może bez ważnej przyczyny odmawiać sędziemu śledczemu swej pomocy w prowadzeniu śledztwa pierwiastkowego. We wszystkich innych artykułach użyty jest wyłącznie termin „biegły“.

Z zestawienia tych dwóch różnych terminów, jak również zgodnie z całym szeregiem decyzji Senatu i jego departamentów wynika znaczna różnica stanowiska i czynności lekarza sądowego i lekarza biegłego.

Lekarz sądowy — to urzędnik lekarski (lub w braku jego każdy inny lekarz), uczestniczący w prowadzeniu śledztwa pierwiastkowego wraz z sędzią śledczym (lub zastępującą go policją) w sprawach kryminalnych, w których chodzi o dokładne zrozumienie pewnych okoliczności, ze sprawą mających związek. Ze względu na specjalny cel tej czynności, dążącej do kwalifikacji badanych uszkodzeń lub wskazania kierunku prowadzenia śledztwa, lekarz sądowy dokonywa swych badań nie tylko wobec sędziego śledczego, ale i wobec dwóch świadków przybranych, którzy powinni rozumieć czynności sędziego śledczego i lekarza sądowego, a w tym celu mają prawo żądać objaśnień co do rzeczy, przy której asystują.

Na rozprawie zaś sądowej, bądź karnej, bądź cywilnej, wezwany lekarz jest tylko bie-

głym, t. j. tylko daje opinię, jak każdy inny znawca, jakich wyliczają art. 325 i 326 proc. karnej. Badania dokonywa biegły wobec sądu, lecz bez obecności świadków przybranych, gdyż tu chodzi już nie o stwierdzone przez sąd fakty, lecz o opinię o nich.

Teraz przechodzę do pytania, jaki jest zakres działalności lekarza-sądowego.

Rzeczoznawcy-lekarze powoływani bywają do dawania swej opinii władzom sądowym daleko częściej, niż inni biegli, gdyż liczba spraw sądowych, gdzie chodzi o dokładne zrozumienie okoliczności, dotyczących życia, zdrowia lub choroby organizmu ludzkiego, stanowi znaczną część spraw, rozstrzyganych przez sądy.

W ogóle działalność lekarza biegłego może być podzielana na dwa wielkie działy: rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na śledztwie pierwiastkowym i takiegoż rzeczoznawstwa na śledztwie sądowym (t. j. w czasie rozpraw sądowych).

W śledztwie pierwiastkowym w przypadkach, noszących na sobie cechy przestępstwa-sędziego śledczy używa jednego (336) lub kilku (338) lekarzy dla zaopiniowania o faktach, związanych z przypadkiem, a odnoszących się do określenia stanu zdrowia, rodzaju uszkodzeń cielesnych lub przyczyny śmierci. Sędzia śledczy, jako odpowiedzialny za prawidłowość i wszechstronność śledztwa, kieruje całym dochodzeniem, dlatego też wszystkie czynności rzeczoznawcy-lekarza dokonywane są w jego obecności i imieniu, z wyjątkiem oględzin organów płciowych żeńskich (art. 351 żąda jako świadków-kobiet zamężnych) lub przypadków, gdzie ekspertyza sądowo-lekarska wymaga długotrwałej obserwacji i badania skomplikowanego (naprzykład badanie stanu psychicznego lub dochodzenie chemiczne, mikroskopowe i t. p.).

Przedmiotem badania sądowo-lekarskiego bywają osoby lub rzeczy. Badanie osób może dotyczyć żywego człowieka lub ciała zmarłego.

Przy badaniu żywego człowieka chodzi o obecność lub nieobecność pewnego stanu fizjologicznego lub chorobliwego. Do pierwszej kategorii należą badania wieku, płci i rozwoju fizycznego danego osobnika, do dru-

giej najrozmaitsze stany chorobowe, przeważnie z dziedziny chirurgii i psychopatologii. Lecz rzadko bardzo badanie ogranicza się do skonstatowania stanu fizycznego w danym przypadku, a zazwyczaj inkwiring zasięga opinii lekarza dla wyjaśnienia stosunku stanu zdrowia lub choroby do pewnych działań występnych, albo w celu zebrania danych dla oceny pierwiastkowej lub ostatecznej uszkodzeń i ich skutków dla zakwalifikowania stopnia odpowiedzialności winnego. Ten właśnie ostatni cel stanowi o właściwym charakterze badania sądowo-lekarskiego, od którego bardzo często jedynie zależne jest uniewinnienie lub uznanie winy podsądnego oraz jej kwalifikacja.

Opiniowanie lekarza przy badaniu wieku musi mieć na uwadze odpowiednie artykuły ustawy o karach (92, 94—97, 106, 134, 136—139), gdyż bardzo często chodzi o związek ze stanem rozwoju umysłowego, a ztąd mniejszą lub większą poczytalnością badanego.

Określenie *impotentiae coeundi* potrzebne bywa w sprawach cywilnych (rozwód) i karnych (zgwałcenie).

Określenie płci podlega opinii biegłych tylko w przypadkach obojnactwa, co się zdarza bardzo rzadko.

Bardzo często zachodzi potrzeba opinii lekarza w sprawach o dokonanie zgwałcenia osobnika płci żeńskiej, przyczem należy określić, czy rzeczywiście nastąpiło spółkowanie, czy owo spółkowanie połączone było z gwałtem, t. j. dokonane zostało wbrew woli kobiety oraz czy powstały ztąd szkodliwe następstwa dla zgwałconej i jakie.

Określenie stanu brzemienności i odbycie go porodu, jest jednym z częstszych obowiązków lekarza sądowego, tak w sprawach karnych (wstępne poronienie, dzieciobójstwo) jak i cywilnych (prawo do spadku po ojcu zmarłym przed urodzeniem dziecięcia). Lecz do najczęstszych czynności lekarzy biegłych należy opiniowanie o najrozmaitszych uszkodzeniach cielesnych i o przyczynie śmierci.

Według art. 349 ust. proc. kar. lekarz powinien określić: 1) rodzaj uszkodzenia i wpływ tegoż na zdrowie poszkodowanego, 2) narzędzie, użyte w danym wypadku i 3) czas powstania danego uszkodzenia. Chociaż kwali-

fikacja danego uszkodzenia, t. j. podejgnięcia go pod ten lub inny artykuł ustawy o karach, nie jest rzeczą lekarza, według ścisłego brzmienia prawa, jednak sędziowie śledczy zawsze żądają określenia rodzaju uszkodzenia zgodnie z terminologią ustawy karnej, gdyż to znacznie ułatwia im orientację. Sędziom śledczym idzie w takich razach nie tylko o kwalifikację przestępstwa, ale i o odjęcie obwinionemu możliwości uchylecia się od śledztwa i sądu przez zaaresztowanie oskarżonego, wzięcie od niego kaucyi czy poręczenia, oddanie pod nadzór policyi lub zobowiązanie nie wydalania się z miejsca zamieszkania, stosownie do stopnia winy, a więc i kary za zadane poszkodowanemu uszkodzenie cielesne.

Uwzględniając stan faktyczny roli biegłego na śledztwie pierwiastkowym, zaznaczę w tem miejscu, że kodeks kar głównych poprawczych odróżnia następujące kategorie uszkodzeń: ciężkie kalectwo lub inne ważne dla zdrowia i funkcyi ciała uszkodzenia (art. 1477), mniej ciężkie kalectwo (1478), rany ciężkie (1481) i lekkie (1482), ciężkie, zagrażające życiu (1489) i ciężkie, nie zagrażające życiu pobicia (1533), nareszcie z redakcyi art. 1494 należy wnioskować, że dla sądu istnieją jeszcze prócz ważnego dla zdrowia i funkcyi ciała uszkodzenia (1477) mniej ciężkie albo mniej ważne uszkodzenia cielesne (t. j. takie, którego nie można nazwać ani lekkim kalectwem, ani lekką raną, ani też zaliczyć do kategorii pobicia).

Przyczynę śmierci biegły określa za pomocą oględzin zewnętrznych ciała oraz sekcyi, albo też w razach wyjątkowych wyłącznie drogą oględzin zewnętrznych (gdzie te ostatnie stanowczo wystarczyć mogą do określenia przyczyny śmierci, lub gdy wobec bardzo pociętego gnicia trupa sekcyja nie może dać żadnych wyników). Jednak przy podejrzeniu otrucia, również na wyraźne żądanie sędziego śledczego, lekarz biegły obowiązany jest odbyć całkowitą sekcyję bez względu na stopień gnicia trupa. Naturalnie, że oględziny i sekcyje sądowo-lekarskie ciał zmarłych robią się zgodnie z zasadami anatomii patologicznej; lecz pozatem nie trzeba zapominać, że sekcyja sądowa ma jeszcze swój właściwy cel: nie tylko chodzi o stwierdzenie przyczyny śmierci, ale



i o odpowiedź na pytanie, jakim narzędziem była śmierć spowodowana, jak dawno powstały znalezione przy oględzinach uszkodzenia, oraz jaki zachodzi związek między poszczególnymi uszkodzeniami a śmiercią osobnika. Jeżeli dodamy do tego specjalne sposoby dochodzeń przy sekowaniu otrutych i noworodków, jak również niezbędność szczegółowej oceny tak zwanych objawów gnicia trupa oraz potrzebę zwracania uwagi na pewne drobne na pozór okoliczności, mające jednak duże znaczenie dla śledztwa i sądu (miejsce, gdzie leży trup, położenie jego, otoczenie, bliższe określenie osobistości trupa i t. p.), to nie zdziwi nas istnienie specjalnych przepisów, dotyczących dochodzeń sądowo-lekarskich trupów, a zawartych w ustawie lekarskiej. W danym razie nie wystarcza gruntowna znajomość anatomii patologicznej, trzeba jeszcze dobrze znać całą medycynę sądową.

Tyle co do dochodzenia sądowo-lekarskiego uszkodzeń cielesnych u ludzi.

Co do przedmiotów, podlegających oględzinom lekarza biegłego, to tu należą przede wszystkim narzędzia, jakimi były zadane uszkodzenia cielesne, następnie ubranie i bielizna ze śladami krwi i nasienia, włosy i t. p. rzeczy, do badania których nie wystarcza zwykle obejrzenie gołym okiem, natomiast potrzebne jest zastosowanie mikroskopu, często analizy spektralnej, a najczęściej odczynników chemicznych. Wobec braku odpowiednich przyrządów, a często i znajomości rzeczy ze strony lekarza-biegłego, nie pozostaje nic innego, jak przesłać obiekt do badania przez innych biegłych, mających w swym rozporządzeniu odpowiednio zaopatrzone laboratoria.

Wreszcie jest jeszcze jeden duży dział czynności lekarza biegłego, mianowicie udział jego przy określaniu stanu władz umysłowych i psychicznych w sprawach karnych na śledztwie pierwiastkowym zgodnie z art. 353 ust. proced. karn. i na sesjach ekonomicznych wydziału karnego w myśl art. 355 tejże ustawy oraz w sprawach cywilnych z powodu ubezwłasnowolnienia, zwalenia testamentu i t. p.

Teraz zastanówmy się nad pytaniem, w jaki sposób odbywa się dokonywanie badań

sądowo lekarskich w poszczególnych przypadkach.

W dochodzeniu pierwiastkowym, t. j. na śledztwie, prowadzonym przez sędziego śledczego, wszelkie oględziny, jak już mówiliśmy, dokonywane są przez jednego biegłego lekarza, bardzo rzadko zaś bywają wzywani dwaj lekarze lub więcej. Rezultat oględzin zapisywany jest w formie protokołu, podpisywanego przez świadków przybranych, lekarza biegłego i sędziego śledczego. Na tymże arkuszu lub oddzielnym lekarz własnoręcznie wypisuje swoją opinię, dotyczącą danego przypadku, a obejmującą odpowiedzi na pytania postawione przez inkwidenta sądowego, przyczem lekarzowi służy prawo zwrócenia uwagi i na inne okoliczności, pominięte przez sędziego śledczego, a, zdaniem lekarza, ważne dla sprawy. Chociaż prawo w przypadkach skomplikowanych pozostawia biegłemu trzydniowy termin dla należytego sformułowania swej opinii (art. 344), jednak zazwyczaj rzecz ta załatwia się, że tak powiem, *stante pede*, nie przez lekkomyślność lekarza, lecz głównie wskutek parcia ze strony sędziego śledczego, przyczem najczęściej na razie biegły daje krótką opinię, dotyczącą najważniejszych dla sędziego pytań, następnie przedstawia dodatkową obszerniejszą opinię, umotywowaną nie tylko danymi z protokołu badania, ale i danymi, dostarczonymi przez sędziego śledczego, a zawartymi w aktach tejże sprawy, zgodnie z art. 341 ust. proc. karnej. Opinia ta podpisywana jest wyłącznie przez lekarza, gdyż tylko on za nią jest odpowiedzialny.

Jeśli opinia, wyrażona przez lekarza biegłego, według zdania inkwidenta sądowego, stoi w sprzeczności z okolicznościami sprawy, lub wzbudza w nim pewne wątpliwości, albo przy różnicy zdań biegłych w razie dokonywania ekspertyzy przez dwóch lub więcej lekarzy, to sędzia śledczy powinien przesać kopię protokołu oględzin i opinię biegłego (czy biegłych) wraz ze swymi uwagami do wydziału lekarskiego przy rządzie gubernialnym, jako do drugiej instancji lekarskiej (art. 345 proc. karnej), urząd zaś lekarski rozstrzyga wątpliwości albo przez zażądanie uzupełniających objaśnień od lekarza, pierwotnie obdukującego, albo przedstawia sędziemu śledczemu po-

trzebę dokonania powtórnej ekspertyzy dla uzupełnienia ważnych braków pierwotnych oględzin; ponowne oględziny dokonane być winny przez nowych biegłych, o ile możliwości wobec poprzedniego biegłego, a sędzia śledczy powinien im zakomunikować powód i cel oględzin wtórnych, jak również protokół pierwszych oględzin i wszelkie potrzebne dane (art. 346 i 347 proc. kar.). Gdy zaś i opinia wydziału lekarskiego nie zadowoli sędziego śledczego, to przysługuje mu prawo za pośrednictwem prokuratora zwrócić się o opinię do rady lekarskiej przy ministerjum spraw wewnętrznych.

W jakich warunkach sędzia śledczy dokonywa oględzin przez rzeczoznawcę lekarza?

Badanie wszelkich uszkodzeń cielesnych z małymi wyjątkami odbywa się w kancelaryi sędziego śledczego, t. j. ciasnym, zawałonym aktami i księgami sądowemi pokoju, gdzie nie tylko niema żadnych instrumentów do badania, ale zwykle brak odpowiedniej sofki, na której można położyć badanego, a dostarczenie lekarzowi wody, mydła i ręcznika do umycia rąk po zbadaniu należy do grzeczności ze strony sędziego śledczego.

Oględziny ciał zmarłych odbywają się zazwyczaj w miejscu znalezienia trupa, a więc w prywatnem mieszkaniu albo w polu, gdzie niema na czem położyć trupa do sekowania, a o dostarczenie ciepłej i zimnej wody, czystego ręcznika i kawałka mydła trzeba prosić, jak o łaskę. Ja osobiście, gdy mi wypadło robić sekcję gdzieś na wsi, zawsze zabierałem ze sobą ręcznik i mydło, aby nie zależeć od łaski otoczenia.

Rozumie się, że w takich warunkach zwłaszcza podczas pory słotnej i zimnej, niema mowy o spisaniu porządnego protokołu oględzin ciała na miejscu, lekarz robi tylko krótkie notatki, a protokół pisze po powrocie do domu. Jeśli w domu czekają go pacyenci albo, co się często zdarza, furmanka do chorego, to *visum repertum* według krótkich, często niedokładnych notatek pisze się najczęściej na drugi lub trzeci dzień. Cóż dziwnego, że protokół taki zawiera znaczne nieraz usterki ze względu na niejasność opisu lub opuszczenia takich rzeczy, bez których często zupełnie prawidłowo wysnuta z tego, co obducent wi-

dział własnymi oczami, opinia wydaje się nie słuszną, wyssaną z palca

Rzeczy takie zdarzają się, jak mi to z doświadczenia wiadomo, nawet wprawnym lekarzom biegłym, a cóż dopiero mówić o *visum repertum*, spisanem przez przygodnego obducenta, który czasem nie zdaje sobie sprawy z najzwyklejszych zmian, widzianych przy sekcji, a już wobec potrzeby opisania ich w protokóle, staje bezradny, zwłaszcza, że i inkwizent sądowy nie może mu w tem pomóc.

I pozwolę sobie rzucić pytanie, co tu może przesłanie protokołu oględzin przez sędziego do wydziału lekarskiego?

Często zdarza mi się brać udział w naradach wydziału lekarskiego w takich razach i przyznam otwarcie, w połowie przypadków wydanie opinii właściwej jest prawie niemożliwe. Jeśli jest nadzieja, że trup nie zgnił jeszcze w ziemi, i ekshumacya oraz powtórna sekcya mogą dać dobre wyniki, to jeszcze rzecz może być naprawiona, zwłaszcza, gdy sędzia śledczy może powołać do sekcji wytrawnego lekarza sądowego. W przeciwnym razie i ta droga nie doprowadzi do niczego. Sprawa wówczas musi być sądzona wyłącznie na podstawie bałamutnych, a nieraz i stronnych zeznań świadków z uszczerbkiem dla sprawiedliwości! Gdzie szukać przyczyny tych błędów? Czasem brak znajomości przedmiotu ze strony biegłego, częściej atoli po śpiech w załatwianiu ekspertyz, które dużo czasu zajmują, a nie w zamian za trud i pracę biegłemu nie dają, — oto powody obecnego stanu rzeczy. Na szczęście nie wszędzie rzeczy się tak mają; w miastach, gdzie są szpitale, a przy nich grabarnie, zawsze można względnie wygodnie i spokojnie i sekcję zrobić i opinię spisać.

Na rozprawy sądowe w sprawach karnych, jako rzeczoznawcy lekarscy powoływani bywają albo ciż sami biegli, którzy dokonali oględzin lub badania na śledztwie pierwiastkowym, jeśli kadencya sądu okręgowego odbywa się w miejscu ich zamieszkania, albo inni lekarze, gdy sąd odbywa posiedzenie w innem mieście.

Ale i na posiedzeniu sądu okręgowego opinię daje zazwyczaj jeden biegły, bardzo rzadko dodatkowo sąd powołuje drugiego eks-

perta. Opinię swoją rzeczoznawca, ewentualnie rzeczoznawcy, wygłaszają sądowi ustnie na mocy odczytanego im protokołu pierwotnych oględzin badania poszkodowanego, o ile tenże pozostaje przy życiu i jest obecny na rozprawie, oraz na mocy danych zaczerpniętych uprzednio w kancelaryi sądu z akt śledztwa pierwiastkowego, jak również po wysłuchaniu zeznań świadków na śledztwie sądowym. W tym celu biegły ma dostęp do akt sprawy i jest zazwyczaj obecny podczas całej rozprawy sądowej, przyczem służy mu prawo, za pośrednictwem przewodniczącego, zadawać badanym na rozprawie świadkom stosowne pytania, dążące do wyjaśnienia sprawy. Poza tem biegły obowiązany jest odpowiadać na pytania, skierowane doń przez członków sądu, prokuratora oraz obrońców. Opinia powinna być wyrażona krótko i jasno, ale umotywowana. Gdzie nie można dać opinii stanowczej, tam lekarz powinien wyraźnie to sądowi zaznaczyć: np. przy wielkich usterkach protokołu oględzin na śledztwie pierwiastkowym powinien wypowiadać swą opinię warunkowo lub zaznaczyć tylko prawdopodobieństwo opiniowania. Z tym większym spokojem biegły może tak postąpić, ponieważ zgodnie z art. 533 ust. proc. cyw. sąd może nie liczyć się z opinią eksperta, jeśli nie jest zgodna z ustalonymi przez sąd okolicznościami w sprawie. Po skończonem badaniu biegły pozostaje w sali sądowej aż do chwili, póki prezydujący sądowi nie powie mu, że obecność jego jest już niepotrzebna. Dodać tu należy, że biegły w sprawach karnych przed rozpoczęciem sprawy, w której ma opiniować, jest zaprzysiężony na równi ze świadkami (art. 694 proc. kar.), w sprawach zaś cywilnych biegły wydaje opinię bez zaprzysiężenia.

Niedogodności, jakie biegły spotyka przy spełnianiu swej czynności w sądzie okręgowym, są następujące: brak gabinetu do badań poszkodowanych, brak we właściwym czasie wiadomości, czy opiniowanie w danej sprawie nie przekracza kompetencji wezwanego i czy nie wymaga obecności specjalisty (gdyż zacytowane w wezwaniu nazwisko oskarżonego lub artykułu prawa pogwałconego nic jeszcze nie mówi), oraz nieliczenie się z czasem biegłego wobec nędznego wynagrodzenia za

ekspertyzę. We wszystkich powyżej wyluszczonej przypadkach ekspertyza sądowo-lekarska dokonywa się przy pomocy jednego biegłego i tylko wyjątkowo inkwirent sądowy lub sąd wzywa więcej, niż jednego lekarza.

Obowiązkowo zaś trzech, biegłych lekarzy sąd wzywa tylko w trzech przypadkach: 1) przy badaniu władz umysłowych oskarżonego o jakąś zbrodnię; 2) przy takim samym badaniu tych osób, co do których zachodzi wątpliwość o ich zdolności do działań prawnych, ubezwłasnowolnienia umysłowo chorych, unieważnienia aktu rejentalnego lub testamentu, spisane przez umysłowo chorego i t. p.); 3) przy badaniu stanu zdrowia w sprawach odszkodowania z powodu nieszczęśliwych wypadków i t. p.

W pierwszym przypadku do badania oskarżonego o jakąś zbrodnię, który w śledztwie pierwiastkowym przez inkwirenta sądowego na zasadzie zeznań świadków i opinii lekarza sądowego (art. 353 proc. karn.) uznany został za cierpiącego na niemoc umysłu lub pomieszczenie zmysłów, wzywani bywają do sądu na t. zw. sesye ekonomiczne sądu okręgowego inspektor lekarski lub jego zastępca i dwaj lekarze, wyznaczeni przez wydział lekarski rządu gubernialnego (art. 355 proc. kar.). To badanie, prowadzone wobec całego składu sądu, po zapoznaniu lekarzy z danymi, zdobytemi drogą, wskazaną przez art. 353, dąży tylko do wykazania nienormalności stanu umysłowego i psychicznego osobnika, dla określenia zaś formy niemocy, czy choroby umysłowej i stopnia poczytalności skierowują się zazwyczaj badanego na obserwację do specjalnego szpitala.

Po powrocie z tamąd oskarżonego następują ponowne oględziny w tym samym składzie również na sesyach ekonomicznych, przyczem po zapoznaniu się z opinią szpitala następuje ostateczna decyzja biegłych co do stanu władz umysłowych oskarżonego; w wyjątkowych tylko razach, chorobliwy stan jest tak jasny, że wezwani biegli, jakkolwiek nie psychiatrzy, decydują się odrazu na uznanie oskarżonych za dotkniętych niemocą umysłową czy pomieszaniem zmysłów, wykluczającemi poczytalność, co pociąga za sobą umorzenie sprawy na zasadzie art. 95 kod. kar.

W drugim i trzecim wypadku, t. j. do dawania opinii w sprawach cywilnych, powoływani bywają zwykle wskazani za zobowiązaniem zgodą stron lub wyznaczeni przez sąd (art. 518 i 519 proc. cyw.) trzech lekarze biegli, którzy bez zaprzysiężenia wydają na piśmie swoją opinię, po zapoznaniu się z aktami sprawy i zbadaniu poszkodowanego. To badanie odbywa się zazwyczaj nie wobec sądu, choć w gminach sądowym, i bardzo często w obecności obrońców stron, spór prowadzących.

Opinia pisze się w formie szczegółowego protokołu, zawierającego wywiady, skargi chorego, wynik badania obiektywnego i kończy się umotywowaną opinią o stanie zdrowia i zdolności do działań prawnych lub do pracy. W ostatnim razie od biegłych sąd żąda wydania opinii o związku stanu zdrowia z urazem i o stopniu zdolności do pracy, określonym w odsetkach normalnej zdolności.

Nie od rzeczy tu będzie zaznaczyć, że w ostatnich czasach rosną jak grzyby po deszczu t. zw. przez niemieckich autorów „Unfallkrankheiten“, zapewne w związku z wielką liczbą „adwokatów od spraw z nieszczęśliwych wypadków“, dzięki którym po za prawdziwą nerwicą urazową coraz częściej spotyka się biegłych z lepiej lub źle symulowanym cierpieniem. Nie ma wątpliwości, że odróżnić przy jednorazowym badaniu prawdziwą nerwicę traumatyczną od zręcznej symulacji nie jest rzeczą łatwą, zwłaszcza dla lekarza mało obytego z badaniem takich chorych. To też dość często się trafia, że uznany dziś przez biegłych za bardzo upośledzonego co do zdolności do pracy osobnik, po kilku dniach staje równo w innej fabryce przy warsztacie, kpiąc sobie z umiejętności biegłych. Z powyższego widzimy, że obowiązki lekarza-biegłego we wszystkich fazach jego działalności sądowej są trudne i wielce odpowiedzialne. Rzecznik-lekarz musi nie tylko być anatomo-patologiem i kłmicystą, ale jeszcze znać odpowiednio działy ustaw sądowych: procedury karnej oraz cywilnej, kodeksu karnego, kar głównych i poprawczych, wreszcie kodeksu cywilnego.

Czynności sądowno-lekarskie zajmują lekarzowi dużo drogiego czasu, a jednak wymawiać się brakiem lekarz wezwany przez in-

kwirenta sądowego, czy sąd nie ma prawa. Za niestawienie się do sądu, lekarz na zasadzie art. 328 proc. karnej podlega karze pieniężnej do 25 rubli.

Czy przynajmniej ta trudna i odpowiedzialna praca lekarza-rzecznika sądowego jest odpowiednio wynagrodzona? Bynajmniej. Według art. 529 i 530 ust. proc. cyw., oraz miarodajnego w tej sprawie ukazu rządzącego senatu z d. 5. VII. 1879 r., lekarze sądowi, t. j. inspektor lekarski lekarze powiatowi i miejscy za dokonywanie ekspertyz na żądanie sędziego śledczego lub sądu, zupełnie nie są wynagradzani, a jedynie w razie wezwania ich poza miejscem ich zamieszkania mogą otrzymać kosztą przejazdu i diety podług posiadanej rangi, tak samo nie dostają żadnego wynagrodzenia za swą pracę lekarze, wyznaczeni przez wydział lekarski na posiedzenie gospodarcze sądu okręgowego w celu badania stanu umysłowego w sprawach karnych, gdyż zdaniem senatu wykonywają oni wówczas, wspólnie z władzami sądownymi obowiązki służbowe, przywiązane do ich urzędu. Natomiast do wynagrodzenia za dokonaną ekspertyzę mają prawo tylko ci lekarze, którzy powołani są przez władze sądowe lub przez osoby, biorące udział w sprawie, nie jako osoby urzędowe, lecz jako osoby prywatne dla wyjaśnienia jakiegokolwiek okoliczności, mającej związek z ich specjalnością; wynagrodzenie to waha się od 25 kop. do 25 rubli; w zależności, jak mówi art. 530 ust. proc. cyw. od rodzaju czynności, czasu na wykonanie tejże użytego i innych zasługujących na uwzględnienie okoliczności. Gdy zaś ciż sami lekarze wezwani są do śledztwa i na sąd w charakterze biegłych nie w miejscu ich zamieszkania, to prócz tego dostają kosztą podróży i diety podług klasy, odpowiadającej ich stopniowi naukowemu.

Takie postawienie sprawy jest nienormalne. Żądanie bezpłatnego dokonywania ekspertyz przez lekarzy urzędujących, którzy wogóle za swe wieloliczne czynności administracyjne i sanitarne pobierają śmiešno małe pensje, jest niesprawiedliwością nigdzie niepraktykowaną. Ale taka już dola medycyny urzędowej, stanowiącej piąte koło u wozu ministerium spraw wewnętrznych. Zaszczyt noszenia tytułu „lekarza sądowego“ ma mu za-

stąpić część tego chleba, o który upomina się żołądek ludzki.

Wynagrodzenie za ekspertyzy lekarzy biegłych, wezwanych do sądu w charakterze osób prywatnych, oznaczone bywa zwykle przez sądy na 3 — 5 — 8 rub. najwyżej od każdej sprawy, choć lekarz traci najmniej 3 godz. w sądzie w rannych godzinach, t. j. w czasie dla niego pod względem materialnym i ajdogodniejszym.

Owe koszty przejazdu są tylko zwrotem wydatku poniesionego na wynajem ekwipażu tam i z powrotem. Wreszcie dyety są śmiesznie małe — lekarze bez rangi lub z rangą do VIII kl. włącznie, dostają dyety 45 kop., a lekarze z rangą wyższą po nad VIII kl. i doktorzy medycyny aż 60 kop. dziennie!

Zanim wskażemy braki rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego u nas i środki, dążące do poprawy złego stanu, przejrzyjmy pokrótce, jak sprawa ta stoi w ościennych państwach.

**A u s t r j a** 1) Lekarzem - znawcą sądowym może być każdy lekarz: ani specjalnych studyów, ani specjalnych egzaminów do tego nie potrzeba. Mianowanie przez jakikolwiek sąd po złożeniu przepisanej przysięgi, daje prawo każdemu lekarzowi funkcyonowania jako znawcy sądowemu w całym państwie.

2) Wzywianie znawców do czynności — przysługuje każdemu sędziemu czy sądowi; zawsze powinno być dwóch znawców; wystarczy jednak jeden, gdy przypadek jest mniejszej wagi lub gdy nie można czekać na przybycie drugiego znawcy. Taki jest przepis w praktyce jednak zwykle dzieje się tak, że wzywany jest jeden znawca (do zwykłych uszkodzeń), a skoro ten, czy to stwierdziwszy, że wypadek jest ciężki, czy też w razie wątpliwości w rozpoznaniu i orzeczeniu, zażąda od sędziego przywołania drugiego znawcy, to sędzia zawsze temu zadość uczyni. Badanie podejrzanych o chorobę umysłową i oględziny pośmiertne są zawsze wykonywane przez 2 znawców.

3) Znawcy lekarze są wzywani, a) do oględzin uszkodzeń, b) do sekcji, c) do oględzin przedmiotów, plam, leków (trucizn), d) do badania podejrzanych o chorobę umysłową; e) do wydania orzeczenia, czy dziewczyna mniej niż 16 lat licząca, może bez szkody dla

zdrowia wyjść za mąż: j) w sprawach cywilnych o odszkodowanie od towarzystw ubezpieczeń, przedsiębiorstw, rządu i t. d.

4) Badanie chemiczne, mikroskopowe, bakteryologiczne przeprowadzają zaprzysiężeniu chemicy, wspólnie z lekarzami-znawcami, czy to we własnych laboratoryach, czy w inny sposób. W szczególniejszych wypadkach lekarz-znawca może żądać zbadania uszkodzonego przez specjalistę, który również musi być zaprzysiężonym znawcą sądowym.

5) Wszystkie czynności lekarzy sądowych są płatne według stałej skali w sprawach karnych. Polikwidowaną kwotę musi sędzia przyznać, poczem dopiero następuje wypłata i to albo zaraz, albo w terminach półrocznych. W sprawach cywilnych lekarze znawcy likwidują daleko wyższe kwoty i płaci je strona (często trzeba je dopiero wyprocesować od strony)

W sprawach badań umysłowo chorych również lekarze likwidują wyższe, nieraz bardzo wysokie kwoty; zazwyczaj płaci strona, a w razie niezamożności strony — sąd. Za oględziny dziewcząt przed zamążpójściem (niżej 16 lat) płaci strona.

**N i e m c y.** Nie udało mi się zdobyć oryginalnych materiałów co do stauu rzeczoznawstwa sądu lekarskiego w Niemczech, ale sądząc z pracy Hofmana (Kritische Beleuchtung des in Heranbildung von Staatsaerzte bestehender Maengel und Unzukömmlichkeiten mit besonderen Berücksichtigungen der Verhältnisse in Bayern), sprawa tu i tam nie jest postawioną należycie. Hofmann uskarża się, że żaden uniwersytet niemiecki nie daje gruntownego wykształcenia w sprawach, z jakimi stykają się w swym zawodzie urzędnicy lekarscy państwowi, że duża część winy leży po stronie profesorów, którzy są tylko teoretykami (stąd do nich nie mają zaufania studenci) że niewielka ilość posad sądowo-lekarskich nie gwarantuje wobec niskiej płacy należytego utrzymania i nie daje widoków na przyszłość, stąd nie ma prawie kandydatów, chcących poświęcić się studyowaniu medycyny sądowej. Dalej tenże autor proponuje środki ku poprawie złego, z których jeszcze wyraźniej przebijają niedomagania rzeczoznawstwa sądu lekarskiego niemieckiego; a więc żąda: połączenia

profesury medycyny sądowej z urzędem lekarza sądowego w miastach uniwersyteckich podniesienie poziomu wykładów medycyny sądowej przez założenie odpowiednich klinik, obowiązkowych dla studentów; zapewnienia pomocy materialnej studentom, poświęcającym się specjalnie medycynie sądowej, i utworzenie w tym celu prywat-docentur oraz posad pomocników lekarzy powiatowych t.zw. kandydatów przy fizykacie; nareszcie żąda H. aby kandydaci na posady państwowe zdawali specjalny egzamin przed komisją stałą, złożoną z wyższego urzędnika lekarskiego, jako przewodniczącego oraz 4 członków: lekarza sądowego, urzędnika sanitarnego, chemika-technologa i weterynarza.

Wykazanie braków rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego u nas, oraz wskazanie środków poprawy omawiane będą przez drugiego referenta (kol. ŁUCZYCKI).

Zaznaczę tu tylko, że braki te głównie dotyczą niskiego poziomu wykształcenia sądowo-lekarskiego, wielkich trudności w dokonywaniu ekspertyzy nawet przez tych, co są odpowiednio przygotowani do tej czynności, oraz marnego wynagrodzenia ekspertów za ich pracę.

To też, mając na widoku poprawę stanu rzeczoznawstwa, powinniśmy uwzględnić te trzy braki.

## II.

### XIII. Stan rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na prowincyi.

Podał

B. Łuczycki (Łódź).

Sferę działalności lekarza sądowego, określoną przez zbiór praw i postanowień, opracował w części pierwszej niniejszego tematu kol. PŁCZYŃSKI z Radomia; na moją część wypadło wykazanie braków obecnego stanu rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego wogóle, w szczególności zaś na prowincyi, oraz omówienie kwestyi naprawy i podniesienia tegoż na poziom odpowiedni. Czynie-  
-o, opierając się na 2 pracach d-ra Józefa ZA-

WADZKIEGO: Rola lekarza biegłego w sądzie Kronika lekarska 1901 i Rola biegłego w sądzie. Warszawa 1911.

Należy rozróżnić dwie kategorie rzeczoznawców; do jednej należą lekarze, wzywani do śledztwa pierwiastkowego w celu konstataowania faktów, dotyczących danej sprawy, zmian, znalezionych przy oględzinach, sekcjach, i wreszcie w celu wydania opinii; do drugiej należą lekarze, wzywani na rozprawę sądową cywilną lub karną wyłącznie dla wydania opinii na mocy stwierdzonych przez sąd i zanotowanych w aktach faktów lub zeznań świadków na sądzie. W państwie rosyjskiem według brzmienia prawa obowiązki rzeczoznawców spełniają lekarze, nie tylko pozostający na służbie państwowej, a więc więcej i powiatowi, ale i wszyscy inni. Posad lekarzy sądowych w ścisłym znaczeniu tego słowa, t. j. takich, którzyby tylko zajmowali się ekspertyzami sądowo-lekarskimi, niema. Prawo nie uznaje ważności i konieczności specjalizacji w dziale sądowej medycyny, nie przewiduje konieczności posiadania przez rzeczoznawcę odpowiednich naukowych kwalifikacji; dalej artykuł 533 opiewa, że zdanie rzeczoznawcy nie jest dla nikogo obowiązujące, i że lekarz ekspert nie jest odpowiedzialny za swoją opinię, jakakolwiekby ona była. Wogóle więc rzeczoznawca w sprawie nie zajmuje miejsca mu należnego. Rolę lekarzy, wzywanych do śledztwa pierwiastkowego, przekazano wraz z wieloma obowiązkami lekarzom miejskim i powiatowym; ich to obowiązkiem jest dokonywanie oględzin sądowych i wydawanie opinii. Lekarze ci, marnie opłacani, muszą się trudnić praktyką prywatną, a tem samem zaniedbywać swe czynności urzędowe. Następnie należy przyznać, że przeważnie nie stoją oni na wysokości swego zadania pod względem naukowym. Znajomość medycyny sądowej wymaga dużo pracy, i cierpliwości; w państwie rosyjskiem profesor sądowej medycyny rzadko figuruje w roli lekarza sądowego lub rzeczoznawcy, dla swoich słuchaczy posiada bardzo szczupły materiał wykładowy, którego dostarczenie zależy w zupełności od władz sądowych lub policyjnych; badanie poszkodowanych jest prawie

niedostępne dla uczących się, również badania sądowo chemiczne i chemiczno-mikroskopowe. Jednym słowem wykłady medycyny sądowej u nas mają charakter teoretyczny, przygotowanie zaś praktyczne stanowczo należy uznać za nie wystarczające. Otóż większość urzędujących lekarzy, nie idąca za postępem wiedzy, nie poczuwająca się do pracy samodzielnej, że tak powiem, niewykształcona, niedokształcona, może wskutek swej nieumiejętności wyrządzić społeczeństwu i poszczególnym jednostkom czasami nieobliczalne straty. W stolicach lub miastach uniwersyteckich, jako rzeczoznawcy, wzywani są ludzie z większym zasobem znajomości sądowej medycyny oraz z wysokim poniekąd cenzurem naukowym, jako to profesorowie, docenci itd. ale na prowincyi stan rzeczoznawstwa przedstawia się znacznie gorzej, gdyż omyłki, niedopatrzienia powierzchowne, szablonowe traktowanie sprawy są na porządku dziennym, brak przytem odpowiedniego przygotowania, niższy poziom wiedzy lekarskiej, brak materiału dla naukowego wykonania sekcji wreszcie niedostateczna znajomość anatomii patologicznej i chemii wywołują istotnie opłakane skutki. Śledztwem pierwiastkowym kieruje sędzia, który bierze pod rozwagę wypowiedzianą przez rzeczoznawcę opinię i stanowi wnioski według swego zapatrywania; ekspertyzy takie odbywają się zwykle w kancelaryach sędziów śledczych, w ciasnych pokojach, nie zaopatrzonych w najniezbędniejsze pomoce i środki naukowe do badania poszkodowanych. Sekcye sądowo-lekarskie odbywają się również w nieodpowiednich warunkach otoczenia zwykle na miejscu przestępstw, a więc w piwnicach, ciasnych izdebkach, pod gołym niebem i t. d.; nie może być tu mowy o dokładnem zbadaniu zwłok pod względem anatomo-patologicznym i o mikroskopowym badaniu tkanek. Wyjątkowo w Warszawie oględziny pośmiertne odbywają się w gabinecie medycyny-sądowej. Morgi niema w całym Królestwie Polskiem. Badania chemiczne odbywają się pod kierunkiem asesorów farmacyi gubernialnych, którzy czasami nie są w stanie wykonać analiz trudniejszych, różniczkowych.

Pytania, zadawane przez sędziego na

śledztwie pierwiastkowym, są następujące: 1) co do rodzaju uszkodzeń, 2) co do rodzaju narzędzi, użytych do wykonania uszkodzenia i 3) co do czasu i terminu uszkodzenia. Wnioski, podane przez rzeczoznawcę, powinny być jasno sformułowane i oparte na gruntownej znajomości medycyny sądowej oraz procedury, tymczasem w dzisiejszych warunkach rzeczoznawcy, nie obeznani z procedurą karną z zakresu uszkodzeń cielesnych, popełniają ogromne błędy i nie spełniają należycie swej roli; wobec tego protokoły oględzin, prowadzone częstokroć nieumiejętnie i niedokładnie, dalekie są od doskonałości. Władze sądowe, uznając czasami opinię, wydaną przez rzeczoznawcę za niedostateczną, niejasną, chcą naprawić braki w sposób następujący: 1) zwołują kilku rzeczoznawców, 2) żądają powtórzonego badania i 3) przesyłają wnioski ekspertyzy na rozpatrzenie wyższych instancji.

Środki te zaradcze, niestety, okazują się mało skutecznymi, gdyż zwiększenie liczby rzeczoznawców bynajmniej nie gwarantuje prawidłowości opinii; bez wątpienia lepiej korzystać z jednej dobrej opinii, niż kilku opinii nie dość kompetentnych. Badanie powtórne może dopomóc sprawie w tym razie, kiedy wypełnia je osoba kompetentna. Roztrząsanie sprawy w wyższych instancjach lekarskich przynosi najmniej pożytku, gdyż bywa ono podejmowane z racji niedostatecznie motywowanych lub sprzecznych opinii, wynikłych po większej części z niedbałego protokółowania lub małej znajomości przedmiotu: otóż wyższe instancje ograniczają się tylko do wykazania popełnionych błędów przy badaniu pierwiastkowym, ostatecznie zaś decyzyi w sprawie nie są w stanie wydać. Wszystko dotychczas powiedziane stosuje się do stanowiska lekarza rzeczoznawcy na śledztwie pierwiastkowym; rola lekarza eksperta w sądzie również posiada wiele braków. Wogóle rzeczoznawca w sądzie postawiony jest na równi ze świadkami i osobami, biorącymi udział w sprawie, czyli jest narzędziem w rękach sądu, który może wydalic eksperta z sali posiedzeń na równi ze świadkami do innego pokoju, żądać od niego za każdym razem przysięgi; lekarze eksperci obowiązani są odpowiedzieć tylko na zadane im pytania, przy-

czem sąd może zwracać uwagę rzeczoznawcy, krytykować jego opinię i nie zawsze się zgadza na zadawanie pytań przez rzeczoznawców świadkom, choć takie pytania czasami są niezbędne dla wyjaśnienia okoliczności sprawy. Biegły w sądzie dla wyjaśnienia istoty rzeczy powinien wygłaszać opinię najobiektywniejszą, najściślej opartą na stanie wiedzy obecnej i na zgrupowaniu faktów sprawy; również powinien pamiętać, że wyrażenia, użyte przez niego, muszą być ostrożne i oględne. Oczywiście tym warunkom może sprostać tylko lekarz, znający procedurę, prawo oraz posiadający gruntowną znajomość medycyny sądowej i obycie w sądzie. Jako materiał do orzeczenia w sądzie należy uwzględnić badanie poszkodowanego, które w dzisiejszych warunkach może być skuteczne tylko powierzchownie; badania zaś specjalnego przeprowadzić niepodobna ze względu na brak narzędzi, środków pomocniczych, a przede wszystkim oddzielnego gabinetu, przeznaczonego do badań lekarskich.

Co do dowodów rzeczowych, jak planu miejsca, gdzie dokonano przestępstwa, narzędzi zbrodni i t. d., fotografii, to te rzadko kiedy bywają dostarczane do rozporządzenia lekarza eksperta.

Badanie stanu obłąkanych odbywa się w obecności sądu okręgowego przez inspektora lekarskiego lub jego pomocnika i dwóch lekarzy, wyznaczonych przez urząd lekarski. Otóż w artykule prawa 355 proced. sądowej w uwadze do tego artykułu powiedziano, że badanie to może odbywać się i bez udziału inspektora lekarskiego w obecności 3 lekarzy, przyczem sąd ma prawo zgodzić się lub nie zgodzić się ze zdaniem rzeczoznawców; czyli sąd w danym wypadku, nie uważając za potrzebną obecności psychiatrów, sam decyduje o stanie umysłowym badanego.

W sprawach cywilnych określenie stopnia niezdolności do pracy nie jest łatwe dla braku przyrządów do badania, a przede wszystkim odpowiednio urządzonego gabinetu w lokalach sądowych. Stwierdzenie nerwicy urazowej wymaga dłuższej obserwacji lekarskiej, a nie kilku lub kilkunastu minut badania, jak się to odbywa w sądach. Gdyby

strony żądały w każdym przypadku odsyłania chorych do szpitali na obserwację i dopiero po opinii szpitalnej dopuszczaly do ekspertyzy, liczba spraw spadłaby znacznie. Obserwacje chorego odbywałyby się mogły w specjalnych klinikach, szpitalach i t. d. Zsumowawszy wszystko to, co należy uważać za złe i niedostateczne w rzeczoznawstwie sądowo-lekarskim, oraz pragnąc, by reformy poszły w pożądanym kierunku, streszczam główne przyczyny obecnego stanu tegoż wogóle, w szczególności zaś na prowincyi.

- 1) Wzywianie przez sąd w roli rzeczoznawców lekarzy, często nie posiadających odpowiednich kwalifikacyi naukowych i zupełnie nie przygotowanych w danym kierunku;
- 2) nieprawidłowy pogląd procedury sądowej, według którego rzeczoznawca nie ma prawa przyjąć roli czynnej w sprawie;
- 3) bardzo łyche uposażenie lekarzy miejskich, powiatowych, którzy z urzędu spełniają obowiązki rzeczoznawców, a wskutek tego pragną jaknajszybciej załatwić bezpłatne czynności, by praktyką prywatną zarobić na utrzymanie, naturalnie, wobec tego i praca naukowa nad sobą w kierunku medycyny sądowej leży odłogiem;
- 4) wadliwości w śledztwie pierwiastkowym dla braku specjalnych lekarzy sądowych, zaopatrzonych w niezbędne przy badaniu pomoce naukowe, oraz wykonywanie sekcyi w nieodpowiednich warunkach otoczenia;
- 5) wadliwości na śledztwie sądowym, wynikające z braków śledztwa pierwiastkowego oraz z braku środków dla badań lekarskich;
- 6) niedostateczne postawienie sprawy wykładów medycyny sądowej w uniwersytetach oraz brak praktycznych zajęć w tej gałęzi wiedzy;
- 7) otrzymywanie posad inspektorów lekarskich, lekarzy powiatowych, miejskich bez żadnego konkursu, egzaminu, choć artykuł 607 ustawy lekarskiej wylicza pravidła egzaminowania osobników, pragnących otrzymać tytuł ten „naukowo-służbowy“;
- 8) zupełna ignorancja prawników z racyi nieotrzymania przez tychże wykształcenia z dziedziny medycyny sądowej w sprawach sądowo-lekarskich, a mianowicie nieumiejętność kierowania temi sprawami, nieumożność prawidłowego roztrząsania opinii sądowo-lekarskich i t. d.;
- 9) zbyt wielkie po-



zostawienie pełnomocnictw sądowi co do rozstrzygnięcia zawitych spraw sądowo-lekarskich; 10) nieobznajmienie lekarzy rzeczoznawców z procedurą i kodeksem.

Wniośki. Wobec tych wszystkich danych, któreśmy poruszyli w swych referatach z kol. PEŁCZYŃSKIM, widoczne jest, że dla poprawy obecnego stanu rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego wogóle, w szczególności zaś na prowincyi, potrzebne są wielkie reformy, któreby tyczyły się nie pewnych tylko stron sądowo-lekarskich eksperta, ale sięgały jądra sprawy; a więc reformy powinny być przeprowadzone w prawodawstwie w celu otrzymania przez lekarzy stanowisk lekarzy sądowych, zmiany ich dotychczasowej zupełnej zależności od władz sądowych na rolę więcej czynną ze względu na ważne ich i decydujące często znaczenie w sprawach sądowych: reformy te powinny przeniknąć do uniwersytetów w tym celu, by wykłady medycyny sądowej, anatomii patologicznej chemii i mikroskopowania były obsadzone odpowiednio i uzupełnione; powinny być również zorganizowane kursa prawa, procedury karnej z zakresu uszkodzeń cielesnych, w końcu reformy te powinny się tyczyć Ustawy Lekarskiej w sensie zmiany wielu przestarzałych artykułów oraz reorganizacji urzędów lekarskich. Na zasadach powyższych reform utworzone posady sądowych lekarzy, należy przypuszczać, będą obsadzone przez lepsze, niż dotychczas siły lekarskie, które współzawodnicząc ze sobą, mogłyby więcej i korzystniej pracować nad medycyną sądową w kierunkach teoretycznym i praktycznym. Naturalnie, wszystkie te reformy mogą być uskutecznione tylko w porządku prawodawczym. Prócz tych reform, wymagających zmian ustawodawczych i sięgających do gruntu sprawy w celu choć jakiej takiej poprawy stanu rzeczoznawstwa należy zastosować następujące środki bez uciekania się do zmiany odpowiedniego prawodawstwa: 1) otrzymywanie posad lekarzy miejskich, powiatowych drogą konkursu lub egzaminu; 2) oddzielenie funkcji lekarsko-sądowych od czynności lekarsko-administracyjnych, sanitarnych i t. d. 3) podniesienie poziomu wykładów medycyny sądowej przez

dostarczenie gabinetów med. sądowej obfitego materiału do studyów pod kierunkiem profesorów i asystentów; 4) w końcu urządzenie gabinetów do badań lekarskich w sądach i zaopatrzenie tych gabinetów w potrzebne instrumenty i utensylja.

#### XIV. Praktyka walki z chorobami zakaźnymi w Radomiu.

Podał

Józef Pełczyński (Radom).

Według obowiązujących u nas przepisów, dotyczących tej sprawy, a zawartych w ustawie policyi lekarskiej (tom XIII Zbioru Praw Księga II wyd 1905) na samorząd miejski i wiejski włożony jest „udział w sprawach, dotyczących ochrony zdrowia publicznego oraz zapobiegania i walki z chorobami zakaźnymi, jak również piecza nad rozwojem środków pomocy lekarskiej dla miejscowej ludności i wyszukiwanie sposobów poprawy stanu sanitarnego miejscowości” w granicach, wskazanych przez ustawy samorządowe miast i wsi (§641 i 642).

Projekt samorządu miast Król. Polskiego, który wkrótce wejdzie pod obrady izby państwowej petersburskiej, wyliczając sprawy, należące do kompetencji przyszłego samorządu miast naszych, w ten sam sposób formułuje zakres działalności sanitarnej i walki z chorobami zakaźnymi w miastach (§ 1 p. XIII). Pozatem tenże projekt samorządu nadaje Radom miejskim prawo wydawania postanowień obowiązujących w rozmaitych sprawach, a co nas w tej chwili interesuje, i w sprawach sanitarno-lekarskich (§ 135 p. 2, 7, 8 oraz 9, a w nim „o środkach zapobiegania chorobom zakaźnym i epidemicznym”). Ponieważ zaś tak zwane postanowienia obowiązujące nie mogą wychodzić poza zakres istniejących praw, a tylko mogą je wyjaśniać przez zastosowanie odpowiednich uzupełnień, więc aby zorientować się, co mogą one zawierać, musimy pokrótce zastanowić się nad

treścią niektórych paragrafów ustawy policyjnej lekarskiej.

A więc zgodnie z § 740 właściciel lub rządcą domu, hotelu, zajazdu i domu noclegowego obowiązany jest pod karą do 100 rb. (§ 102 ustawy o karach 1885 r. c. d. 1895) donosić o każdym wypadku choroby zakaźnej najbliższej władzy policyjnej; lekarze według § 741 muszą donosić o tychże zakaźnych chorych miejscowym władzom lekarskim; za niestosowanie się do tego przepisu lekarzom urzędowym grozi odpowiedzialność z art. 857 ustawy kryminalnej (dopełn. 1895), zaś lekarzom wolnopraktykującym grzywna do 100 rb.

§ 745 ust. pol. lekarsk. zabrania handlu ubraniami i innymi rzeczami po zmarłych na choroby zakaźne bez uprzedniego należytego oczyszczenia, a § 746 nie pozwala na dawanie gościom w hotelach, domach zajezdnych i noclegowych łóżka, pościeli i bielizny, których używał zakaźny chory, bez należytego oczyszczenia.

§ 749 wkłada obowiązek izolowania chorych zakaźnych od zdrowych osób w miastach na policyję.

Według § 750 obowiązek donoszenia o chorobach zakaźnych we wsiach ciąży na sołtysach, a § 751 nakazuje naczelnikom powiatu wraz z lekarzem jechać na miejsce dla oględzin chorych i rozpoznania rodzaju choroby, jak również zarządzenia środków zaradczych.

Wrazie stwierdzenia choroby zaraźliwej chorych należy (§ 752) izolować w oddzielnych domach, wybranych w danej wsi przez losowanie, naturalnie, po usunięciu z nich zdrowych mieszkańców.

W takich domach mają być dostarczone przez współmieszkańców wsi potrzebne dla chorych naczynia, pościel, a przynajmniej czysta słoma.

Leczeniem chorych zakaźnych (§ 753) zająć się ma lekarz, który był delegowany do oględzin, a sołtys i inni obywatele wiejscy obowiązani są zająć się natychmiast spełnieniem jego poleceń co do dostarczenia lekarstw, pożywienia i napoju dla chorych oraz współdziałać wszelkimi innymi sposobami w stłumieniu epidemii.

§ 754 nakazuje władzom policyjno-lekarskim badać źródła zarazy, drogi zakażenia i t. d.

§ 755 żąda od władz policyjnych powiatowych zawiadomienia sąsiednich naczelników powiatu o chorobach epidemicznych niebezpiecznych, wreszcie według § 757 w czasie panowania ospy należy szczepić wszystkie dzieci, dotąd nie szczepione, nie tylko we wsi nawiedzonej przez epidemię, ale i w sąsiednich.

Oto wszystkie przepisy, dotyczące sprawy walki z chorobami zakaźnymi, a zawarte w obowiązującej dotychczas ustawie policyjnej lekarskiej.

Najważniejszą wadą tych przepisów jest brak wzmianki, jaką drogą i z jakiego źródła można czerpać fundusze na walkę z chorobami zakaźnymi, a wszak wiadoma jest rzeczą, że bez pieniędzy niewiele w tej sprawie zrobić można.

Drugą wadą tych przepisów, zwłaszcza, jeśli zważymy, że noszą one datę 1905 roku, jest niezastosowanie ich do obecnego stanu nauki lekarskiej; niema ani słowa o odkażaniu (dezynfekcyi) lokalów i rzeczy zakaźnych; wzmiankowane w art. 745 i 746 oczyszczenie, jeśli nawet kto chciałby przez ten wyraz rozumieć dezynfekcyę, dotyczy tylko handlu ubraniami i innymi rzeczami, pozostałemi po zmarłych zakaźnych chorych, oraz zakażeniu dawania gościom hotelowym zakaźnych łóżek i pościeli.

Trzecią wadą ustawy policyjnej lekarskiej jest brak odpowiedzialności za niestosowanie się do jej wymagań: za niedoniesienie władzom policyjno-lekarskim o wypadku zakaźnej choroby są ustanowione w ustawach karnych specjalne kary i grzywny; niespełnienie wszelkich innych żądań, opartych na ustawie lekarskiej, podlega tylko karze z art. 29 ustawy o karach, nakład. przez sędziów pokoju, w którym jest mowa o niewykonaniu prawnych rozporządzeń władz policyjnych i administracyjnych.

Innymi słowy, rzecz ta jest w zupełności zależna od dowolnej interpretacyi przez sędziego legalności danego zarządzenia, przy czem nawet uznanie winy pociąga często wprost śmiesznie małe kary.

Pamiętam z czasów epidemii cholery u nas w latach 1893—1894 rozporządzenie warsz. generał-gubernatora co do obowiązkowego pomieszczenia chorych cholerycznych w szpitalach cholerycznych lub takichże oddziałach przy szpitalach ogólnych.

Rozporządzenie to było niewątpliwie oparte na § 752 ustaw. pol. lekarsk., żądającym izolowania chorych w oddzielnych domach.

W całym szeregu spraw, wytoczonych rodzinom, które nie pozwalały chorych zabierać z domu do szpitala, pewien sędzia wydał wyroki uniewinniające, nie uznając legalności tego rozporządzenia. Naturalnie, takie traktowanie tych ważnych spraw przez sądy demoralizuje ogromnie karność, to też powszechnie znaną jest rzeczą, że wszelkie rozporządzenia sanitarno-lekarskie są przez ludność lekceważone, gdyż niespełnienie ich albo pozostaje bez żadnej kary albo ukarane zostają grzywną, nie przewyższającą 3—5 rubli, podczas gdy wykonanie żądania oparte na przepisach polityki lekarskiej wymaga kilkakrotnie większych wydatków. Dzięki właśnie takiemu stanowi rzeczy, u nas w sprawie walki z chorobami zakaźnymi przeważnie nic się nie robi; można prawie na palcach wyliczyć te wyjątkowe miejscowości, gdzie sprawa ta jest w ten lub inny, zresztą niedostateczny sposób zorganizowana. To też nie można się dziwić, że Królestwo Polskie jest terenem stałego panowania rozmaitych epidemii, dziesiątkujących ludność naszą.

Dla poprawy stosunków w tym względzie nieodzowna jest zupełna zmiana przestarzałej, a do dziś obowiązującej ustawy polityki lekarskiej w drodze ustawodawczej. Lecz ponieważ medycyna i higiena publiczna, ów kopcuszek czy piąte koło u wozu ministerium spraw wewnętrznych, nie prędko może liczyć na racjonalne załatwienie tą drogą sprawy zdrowia publicznego, wypada więc jaknajmądrzej wykorzystać w przyszłym samorządzie miast nadane radom miejskim prawo wydawania postanowień obowiązujących w rzeczach sanitarno-lekarskich. Na nas, lekarzach prowincjonalnych, już dziś leży nader ważny obowiązek należytego uświadomienia szerokich warstw społecz-

nych, które wyłonią spośród siebie radnych miejskich, o nieodzownej potrzebie przedsięwzięcia całego szeregu środków, dążących do poprawy opłakanych stosunków zdrowotnych.

Jeśli natychmiast nie weźmiemy się do pouczenia przy każdej sposobności, jakie braki sanitarne wywołują stałe panowanie u nas chorób zakaźnych, jakie stosować należy sposoby usuwania tych niedomagań higienicznych, oraz jeśli nie postaramy się wytłumaczyć komu należy, że na inwestycje zdrowotne nie wolno żałować pieniędzy, bo wydatki na sanację miast stokrotnie się opłacają przez lepsze zarobki pracującej ludności, której zdolności płatnicze wzrastają ze zwiększeniem sił fizycznych, a ztąd imniejszą zachorowalnością, że, przeciwnie, podtrzymywanie anty-sanitarnego *status quo* miast naszych przez zbytne skąpstwo przyszłych radnych miejskich będzie kosztowało daleko drożej od najdroższych sanitarnych przedsięwzięć, bo dzięki temu przedwcześnie giną setki i tysiące pożytecznych pracowników kraju, znacznie utrudnia się handel i przemysł w miejscowościach, objętych epidemią, i nieprzemiernie wzrastają koszty utrzymywania i leczenia chorych zakaźnych, jeśli, jednym słowem, nie zdążymy na czas uświadomić naszych przyszłych radnych o pilnej potrzebie i korzyści wstawienia do budżetów miejskich odpowiednich funduszków na uzdrowienie miast i walkę z chorobami zakaźnymi, to nawet po zaprowadzeniu samorządu, w którym tak wiele nadziei pokładamy, sprawy sanitarnej i higieny miejskiej długo jeszcze kuleć będą. Dla przedstawienia *ad oculos*, że tak się wyrażę, zwykłym laikom, a więc znacznej większości członków naszych przyszłych rad miejskich, pożyteczności i produktywności wydatków na cele zdrowotności — potrzeba już dziś starać się robić w tym względzie, co można, i otrzymane rezultaty ogłaszać do wiadomości ogółu w formie możliwie częstych i drobiazgowych sprawozdań. Dlatego też uważam za pożyteczne na obecnym zjeździe lekarzy prowincjonalnych Król. Polskiego poruszyć tę sprawę w tym celu, aby przypomnieć szanownym członkom jego, że opracowanie ogólnego

planu, zarówno jak i szczegółów uzdrowienia naszego kraju stanowi w przededniu wprowadzenia samorządu miejskiego bodaj czy nie najważniejszy społeczny obowiązek lekarzy. Zarządy miast naszych, jak to już wykazał na zjeździe w Lublinie kol. J. Jaworski, prowadzą po większej części gospodarkę nieprawidłową, starając się jaknajwiększą część dochodów kapitalizować, a w pogoni za tym celem asygnują minimalne sumy na kulturalne i zwłaszcza zdrowotne potrzeby miast.

Brak tej ostatniej pozycji w budżecie miejskim albo wydawanie na cele zdrowotne minimalnych sum pociąga za sobą beczynność zarządów miejskich, bo wobec braku odpowiedniego kredytu miasta nie mogą w razie potrzeby żadnych wydatków z kas swoich robić. Z powyższego dają się wyprowadzić trzy wnioski, dążące do uzdrowienia naszych miast i miasteczek: 1) Lekarze powinni bezzwłocznie przystąpić do opracowania jaknajszczegółowszego planu zamierzeń asenizacyjnych w całym kraju; 2) wobec braków istniejącej ustawy policyi lekarskiej wpływać na ułożenie i wydanie obowiązujących postanowień w tej materii, gdyż tylko wówczas niewypełnianie odpowiednich przepisów nie ujdzie nikomu bezkarnie; i narreszcie 3) dopilnować, aby we właściwym czasie były wniesione do budżetu miejskiego czy gminnego odpowiednie pozycje, za które możnaby było przeprowadzić zamierzone prace sanitarne.

Jedną z najważniejszych prac w tym względzie jest należyte zorganizowanie walki z chorobami zakaźnymi. Jak wiadomo, polega ona na wykryciu możliwie szybkim wszystkich ognisk zarazy i niszczeniu zarazków, aby te nie mogły przenosić się na otoczenie chorego i wywoływać dalszego szerzenia się choroby.

Ztąd jasną jest rzeczą, że na organizację tej walki muszą się składać trzy czynniki: ujawnienie wszystkich przypadków chorób zakaźnych, unieszkodliwienie chorego zakaźnego dla otoczenia i odkażenie rzeczy, mogących być zakażonymi i szerzyć zarazę, albo używając ogólnie znanych terminów: rejestracja chorych zakaźnych, izolacja chorych

od zdrowych i dezynfekcja mieszkania i rzeczy zakażonych. Według prawa, otoczenie i lekarz, mający danego chorego zakaźnego w swej opiece, muszą zawiadamiać odpowiednie organy, a więc władze sanitarno-lekarskie, o każdym przypadku choroby zakaźnej. Istniejące prawo nie jednak nie mówi, w jaką formę ma być ujęte owo doniesienie, oraz, jaką drogą ma być przesłane władzom sanitarno-lekarskim. Poza tem odpowiedni artykuł ust. lekar. czyni obowiązkiem doniesienie o przypadkach „chorób epidemicznie-zaraźliwych, gorączek z wysypką: ospy, odry, płonicy i t. d.” W ten sposób nie ustalono spisu chorób, których rejestracja jest prawem nakazana, ale też nie zamknięcie tego spisu („i t. d.”) pozwala nam w razie potrzeby spis ten uzupełniać. W Radomiu sprawę tę rozstrzygnięto w ten sposób, że dla ujednostajnienia formy doniesień o chorobach zakaźnych wprowadzono za przykładem innych miast blankiety drukowane, w których lekarz ordynujący wpisuje odpowiednie dane co do rejestrowanego chorego. Blankiety te zawierają następujące dane: imię i nazwisko chorego, wiek jego, rodzaj choroby adres, gdzie się leczy (w domu, ambulatoryum, czy w szpitalu), charakter lokalu (lokal prywatny, warsztat, sklep, szkoła, dom modlitwy i t. d.), czy potrzebna jest na miejscu pomoc lekarza sanitarnego, kiedy mniej więcej można będzie zrobić dezynfekcję? Niżej załączony jest kupon na odpowiedź lekarza sanitarnego, w którym ten notuje, czy chory został odosobniony w domu lub umieszczony w szpitalu, kiedy i jakiej dokonano dezynfekcyi.

Blankiety takie drukuje magistrat własnym kosztem i wydaje bezpłatnie na żądanie lekarzy w dostatecznej liczbie. Opatrzone 1-o kopiejkową marką i wrzucone do poczty, blankiety rejestracyjne najdalej na drugi dzień rano dochodzą ręk lekarza miejskiego lub sanitarnego za pośrednictwem magistratu, który prowadzi kontrolę kartek według nazwisk podpisanych lekarzy, aby w końcu roku wypłacić każdemu z nich wynagrodzenie za rejestrację i zwrot opłaty pocztowej w ilości 5 kop. od kartki.

Nie od rzeczy będzie tu wypowiedzieć

kilka uwag, jakie mi nasunęła kilkoletnia praktyka rejestracji chorych zakaźnych w Radomiu. Przedewszystkiem ze względów praktycznych należy blankiet uzupełnić pytaniem co do miejsca zachorowania, gdyż w razie zmiany miejsca pobytu po zachorowaniu wypada dokonać dezynfekcyi w dwóch miejscach. Dla celów zaś statystyczno-naukowych pożyteczną rzeczą jest zbierać tą drogą dane o płci, narodowości, zajęciu i warunkach sanitarnych i bytowych chorego (liczba pokoi, liczba współmieszkańców, parter, piętro, suteryny i t. d.), bo w ten sposób nagromadzimy cenny materiał do badań naukowych na polu epidemiologii krajowej, stworzymy własną naukową statystykę i przestaniemy na przyszłość oglądać się na statystykę zagraniczną, a zwłaszcza niemiecką. Pytania te będą uwzględnione w nowym zapasie kartek rejestracyjnych.

Dziwna rzecz, że tak ważna sprawa, jak ujawnianie przypadków chorób zakaźnych drogą rejestracji nie znajduje odpowiedniego posłuchu u lekarzy, którzy powinni przecież rozumieć jej doniosłość. Na opieszałość pod tym względem lekarzy skarżą się autorowie sprawozdań sanitarno-lekarskich organizacji nie tylko w Rosyi (Petersburg, Odesa, Moskwa, Charków), ale i za granicą (patrz Przeg. Hyg., 1903, Nr. 2, Rosner). To samo dzieje się w Radomiu: jedni lekarze dostarczają danych o chorych zakaźnych, inni, mając obfitą praktykę, nierejestrują swych chorych pomimo niejednokrotnego przypominania im tego obowiązku na zebraniach Towarzystwa lekarskiego oraz drogą okólnika urzędowego. Od lat trzech magistrat m. Radomia z mojej inicjatywy postanowił wypłacać lekarzom za każdą dostarczoną kartkę rejestracyjną po 5 kop., wychodząc z zasady, że cudza praca, nawet z najmniejszym trudem dokonana, powinna być wynagrodzona. Innowacja ta, specjalnie to zaznaczam, korzystnie wpłynęła na dokładność rejestracji; z roku na rok liczba nadsyłanych kartek się zwiększa. Sądzę też, że nie bez korzyści byłoby zaopatrzenie w blankiety rejestracyjne wszystkich zamieszkałych w danej miejscowości felczerów: wszak wielu chorych korzysta nawet w przypadkach chorób zakaź-

nych wyłącznie z pomocy felczerskiej, a przy dzisiejszej organizacji rejestracji ogniska zarazy, wytwarzane przez tych chorych, swobodnie szerzą zarazę. Ponieważ dla skuteczności walki z chorobami zakaźnymi konieczne jest ujawnienie możliwie wszystkich ognisk takich chorób, gdyż pominięcie nawet pojedynczych przypadków grozi rozszerzeniem się epidemii zupełnie podobnie, jak nie wygasłe zgliszcze może być przyczyną nowego pożaru, należy więc w danym razie względem opornych używać wszelkich dozwolonych środków, poczynawszy od przekonania, a kończąc na surowej represyi pod groźbą odpowiedzialności karnej.

Jeśli lekarz ordynujący bierze na siebie izolację chorego w mieszkaniu i przeprowadzenie dezynfekcyi w ciągu choroby i po wyzdrowieniu lub śmierci, co się zdarza względnie rzadko, to w kartce rejestracyjnej w odpowiedniej rubryce pisze, że pomoc organów sanitarnych miejskich jest zbyteczna. To też one w tych przypadkach nie interwenują.

W razie zaś uznanej przez lekarza ordynującego potrzeby roztoczenia opieki sanitarnej nad chorym i jego otoczeniem, piecza nad unieszkodliwieniem chorego dla otoczenia spada na barki władz miejskich, a głównie na lekarza miejskiego. Lecz ostatni ze względu na wieloliczne obowiązki administracyjno-sądowo-lekarskie wprost nie jest w stanie, zwłaszcza przy nieco większym nasileniu chorób zakaźnych w mieście, poświęcić temu ważnemu zadaniu dostatecznej ilości czasu i pracy; rzecz się więc kończy... na papierze.

Od kilku lat magistrat miasta Radomia zrozumiał to dobrze i dla zaradzenia złemu stworzył specjalną posadę lekarza sanitarnego miejskiego, który w pierwszej linii obowiązany jest dokonywać izolacji chorych zakaźnych oraz dezynfekcyi mieszkań i rzeczy zakażonych, a w wolnych chwilach mieć stały nadzór nad stanem sanitarnym miasta oraz kontrolować miejsca wyrobu i sprzedaży produktów spożywczych. Za tę pracę lekarz sanitarny w Radomiu (48,000 ludności) pobiera wynagrodzenie w sumie 60 rubli miesięcznie. Do dezynfekcyi ruchomości mia

sto ma w swem rozporządzeniu kamerę dezynfekcyjną parową ROHRBECKA ruchomą, zakupioną przed pięciu laty, a do odkażania mieszkań dwa aparaty formalinowe (FLÜGGEGO i ZAREWICZA).

Dezynfekcyi dokonywa pod kierunkiem lekarza sanitarnego felczer miejski i jeden lub dwóch robotników. W mieszkaniach ludzi ubogich odkażanie odbywa się na koszt miasta, o czem decyduje lekarz sanitarny po sprawdzeniu na miejscu stanu niezamożności chorego i jego otoczenia.

Felczer miejski za każdą dokonaną dezynfekcyę pobiera z kasy miejskiej po rublu (ze względu na to, że przy tworzeniu etatu felczera i wyznaczaniu wysokości jego pensyi nie było mowy o dezynfekcyi) oraz po 30—60 kop. na pomoc przy przeniesieniu aparatu formalinowego i odkażaniu mieszkania. Do tej pomocy felczerowi miasto nie utrzymuje specjalnych dezynfektorów, gdyż wobec niewielkiej względnie liczby dezynfekcyi stałe wynagrodzenie musiałoby być zbyt małe, aby mogło wystarczyć na utrzymanie człowieka, któryby chciał się temu wyłącznie oddać: ztąd brak kandydatów. Felczer dobiera więc sobie zazwyczaj pomocników z grona uczniów felczerskich, a to ma tę dobrą stronę, że ten uczy się praktycznie, jak się robi dezynfekcyę, co wywiera wielki wpływ dydaktyczny na jego przyszłą działalność felczerską; poza tem zaś jest on współpracownikiem inteligentniejszym, a więc ostrożniejszym przy odkażaniu, niż zwykły robotnik.

Dezynfekcyi parowej w kamerze systemu ROHRBECKA, jaką miasto nasze posiada, rzadko dokonywają; kilkakrotnie odkażano w niej ruchomości z więzienia miejscowego, przy zjawieniu się w jego murach przypadków tyfusu plamistego oraz ospy naturalnej; kilka razy dezynfekowano bieliznę i ubrania chorych na też same choroby, przywiezionych do szpitala; poza tem wyjątkowo korzystały z dezynfekcyi parowej kilkanaście razy prywatne osoby, rozumiejące potrzebę gruntownego odkażenia ruchomości, pościeli i bielizny. Kamera powyższa zbudowana jest na kołach w formie wozu, niestety, bardzo ciężkiego.

Dla uruchomienia jej potrzeba dwóch

rzeczy: utrzymywania pary mocnych rosłych koni, co wymaga dużych kosztów, oraz równego bruku w mieście, gdyż przy znacznych nierównościach bruku zachodzi poważna obawa częstego psucia się delikatnych części kamery - wozu, jak tego mieliśmy przykłady, a naprawa nie zawsze da się uskutecznić na miejscu. Wobec powyższego w Radomiu kamera nie wyjeżdża na miasta, i od kilku lat korzystamy z niej, jako z kamery stacyonarnej.

Umyślnie wspominam o tem, aby inne miasta nie popełniły podobnego błędu i nie sprawiały drogiej kamery - wozu, jeśli zarządy ich nie mają koni, ani prawdziwie porządnym bruków w mieście.

Wprawdzie urządzenie kamery dezynfekcyjnej parowej stałej na razie drożej kosztuje, ale wszędzie, gdzie to jest możliwe, należy dążyć do ufundowania kamery stacyonarnej. Taką też kamerę proponowało u nas Towarzystwo Lekarskie miejscowe, ale ówczesny zarząd miasta z ubocznych względów nie posłuchał dobrej rady. W kwestyi unieszkodliwienia chorych zakaźnych przez odosobnienie postępujemy stosownie do okoliczności. W rodzinach zamożnych, rozporządzających obszernem mieszkaniem, odosobniamy chorego w jednym z pokojów jego mieszkania, o ile można nie przechodnim. W razie przypadków chorób zakaźnych w rodzinach biedaków, gdzie mieszkanie składa się przeważnie z jednej izby, zamieszkałej przez liczne rodzeństwo chorego — sprawa jest ogromnie utrudniona, gdyż wobec ciasnoty niepodobniestwem jest zapobiedz szerzeniu się zarazy. W części przypadków udaje się łagodną perswazyą wpłynąć na to, iż chorych usuwamy z mieszkania do specjalnego oddziału, przeznaczonego dla chorób zakaźnych, urządzonego kosztem funduszków m. Radomia w t. z. baraku. Pomieszczenie to zostało urządzone przed sześciu laty w oczekiwaniu cholery, a tymczasem zostało oddane do użytku szpitalowi Św. Kazimierza dla pomieszczenia chorych zakaźnych; miejsca jest tyle, że można pomieścić 80 łózek. Otóż do tego baraku przymusowo skierowujemy chorych zakaźnych dwóch kategorii: członków rodzin, handlujących produktami

spożywczy, jeśli handel czy warsztat łączy się z mieszkaniem chorego, oraz członków rodzin stróżów domowych, których ciasne mieszkania bywają rodzajem klubów dla służących z danego domu. Ów przymus, zresztą, nie oparty na żadnym prawie, bo takie w państwie nie istnieje, polega na tem, że właścicielom sklepików lub warsztatów z produktami spożywczyimi grozimy zamknięciem zakładu na cały czas trwania choroby oraz zaraźliwości wydzielin i wydaliny chorego aż do dokonania dezynfekcyi, o ile chory pozostanie na miejscu; stróżom zaś grozimy przez policyę pozbawieniem prawa zajmowania się tym procederem. Naturalnie, obawa utraty zarobku przema i inne względy, i chory bywa usuwany do baraku dla zakaźnych, poczem można przystąpić do dezynfekcyi. Dla umożliwienia ostatniej w przypadkach, gdzie w jednoizbowem mieszkaniu pozostaje rodzina chorego, miasto w roku bieżącym w oddzielnem skrzydle tegoż baraku odseparowało trzy duże pokoje, przeznaczając je na miejsce czasowego pobytu dla tych, którzy muszą być ewakuowani z zakażonego lokalu na czas odkażenia. Jest to więc niby dom izolacyjny, niestety, urządzony bardzo prymitywnie, bo nie zaostrzony w nic prócz kotła i wanny i kilku łózek żelaznych. W potrzebie możemy pożywać pościeli, bielizny i ubrania dla ewakuowanych od szpitala, który się mieści tuż obok, ztamtąd też za minimalną opłatą lub darmo będą mogli dostawać pożywienie pensjonarze domu izolacyjnego. Dodam tu, że kamera dezynfekcyjna parowa mieści się w szopie na temże podwórzu, odkażanie więc ubrania izolowanych jest ułatwione.

Co do dezynfekcyi mieszkań za pomocą formaliny, to liczba ich stale wzrasta z roku na rok. Tak np. w r. 1905 dokonano ich 64 (w tej liczbie na koszt miasta 23); w r. 1909—93 odkażenia (na koszt miejski 38) i w 1910 r. — 138 (na koszt miejski 119). Koszta dezynfekcyi formalinowej jednego pokoju stanowią: glikoformal 2 ruble, spirytus 12 kop., feczzero wi 1 rb., służba 30 kop., wata do drzwi i okien oraz kit, szklanki 15 kop., razem około 3 rb. 60 kop. za jedną izbę. Tyle płaci miasto, prywatne osoby płacą od 4 do 5 rb, względnie do zamożności.

Oto w krótkich zarysach obecna organizacja walki z chorobami zakaźnymi w Radomiu. Ośmieliłem się ją przedstawić Szanownym Kolegom bynajmniej nie w tem przekonaniu, że jest ona doskonała, ale raczej jako przykład tego, co zrobić można na początek przy dobrych chęciach zarządu miasta nawet wobec braku funduszków. Braki naszej radomskiej organizacyi jasno widzę, a wyrażają się one w tem, że 1-o nie wszystkie przypadki chorób zakaźnych są ujawniane drogą rejestracyi, 2-o że zaledwie mała część ujawnionych ognisk zarazy ulega zniszczeniu za pomocą odkażenia.

Przyczyny niedostatecznej rejestracyi chorób zakaźnych wymieniłem już wyżej, nie będę więc ich tu powtarzał, na małą zaś liczbę dokonanych dezynfekcyi składają się następujące przyczyny. Dzięki brakowi kultury, całe warstwy ludności nie rozumieją sposobów szerzenia się chorób zakaźnych, a przez to z nieufnością patrzą na odkażanie; te same niekulturalne warstwy żywią nieuzasadnioną obawę co do rzekomego zniszczenia rzeczy dezynfekowanych, więc często ukrywają przed odkażaniem rzeczy droższe, które właśnie najłatwiej i najczęściej ulegają zakażeniu; np. poduszki, materace, koldry, rzeczy wełniane, meble wyściełane i t. p. Lecz najczęstszą przyczyną unikania dezynfekcyi jest jej względna kosztowność. To też z całego szeregu ujawnionych drogą rejestracyi ognisk zarazy udaje się nam bez trudności zniszczyć za pomocą odkażania tylko te, które powstają w rodzinach ludzi zamożnych i inteligentnych, oraz te, które odkrywamy wśród ludności zupełnie ubogiej. W pierwszym przypadku koszt dezynfekcyi nie obciąża nazbyt budżetu osób prywatnych, więc go chętnie ponoszą, uboga zaś ludność korzysta u nas w Radomiu z dezynfekcyi, odbywanej na koszt miasta. Ale pozostaje cała masa tych, którzy nie mogą nazywać się ubogimi i korzystać z bezpłatnej dezynfekcyi, a jednak koszt jej stanowi dla nich pewien ciężar, zwłaszcza, gdy odkażać wypada całe mieszkanie z 2 lub 3 pokoi. Z tej kategorii ludzi część inteligentniejsza z wysiłkiem ponosi wydatek na odkażanie, lecz pozostali korzystają z braku prawa przy-

musowej dezynfekcyi i odmawiają jej wykonania.

Dzięki powyższemu dezynfekcyja u nas nie spełnia należnej jej roli i zbyt mały wpływ wywiera na przebieg epidemii. Lecz jest nadzieja, że ludność stopniowo oswoi się z koniecznością samopomocy społecznej pod tym względem, i że z zaprowadzeniem samorządu miast znajdzie się już spora liczba uświadomionych obywateli, którzy służbę sanitarną miejską zorganizują należycie kosztem specjalnie nałożonego na mieszkańców miast podatku.

Należy przy każdej sposobności wpaść w nasze społeczeństwo słuszną zasadę, że walka z chorobami zakaźnymi jest koniecznością społeczną, więc na całym społeczeństwie leży wspólny obowiązek przykładania się do niej materyalnie. Rozumiem dobrze, że na nasze społeczeństwo spadnie zbyt wielki ciężar pod względem ekonomicznym, bo wobec braku należytego zorganizowania tej sprawy w guberniach, leżących na wschód od nas, zawsze grozić nam będzie zawleczenie epidemii ztamtąd. Ale ogrom wydatków nie powinien nam zasłaniać tych korzyści, jakie daje umiejętna i powszechnie stosowana walka z chorobami zakaźnymi.

Musimy na własną rękę przedsięwziąć to, co gdzieindziej robi państwo.

Tu pozwolę sobie przedstawić Szanownemu Zgromadzeniu ostatnie słowo higieny publicznej w tej sprawie, ujęte w formę projektu ustawy, przedłożonej przez rząd austriacki parlamentowi wiedeńskiemu do zatwierdzenia. Wiadomości o tem czerpię z obszernego listu, jaki otrzymałem w końcu lutego r. b. od protomeyka Galicyi, wielce Szanownego dr. med. MERUNOWICZA, w odpowiedzi na skierowane doń w tej sprawie zapytanie. Chociaż w Austrii ustawodawstwo w sprawie chorób zakaźnych należy do parlamentu, to jednak szczegóły postępowania w walce z chorobami zakaźnymi w rozmaitych krajach korony bardzo się od siebie różniły, gdyż poszczególne sejmy krajowe rozmaicie rozwiązywały te lub owe sprawy na gruncie praktycznego zastosowania. Brak jednolitej ustawy, któraby w całym państwie obowiązywała, uczuwać się dawał zwłaszcza w

sprawie ustalenia rozgraniczenia ciężarów, związanych z walką z chorobami zakaźnymi, pomiędzy trzy czynniki: państwo, kraj i gminę miejską czy wiejską. Jak dotąd, państwo niewiele łoży na zwalczanie chorób zakaźnych, kraj — prawie nic, a gminy (i to jedynie najmniejsze) otwierają w razie konieczności szpitale epidemiczne.

Według zaś nowego projektu ustawy, złożonego już od kilku lat parlamentowi, na nieszczęście zajętemu całkowicie walkami narodowościowymi, państwo obciążały następujące wydatki:

1. Koszta rejestracyi chorób zakaźno-epidemicznych, a więc druk formularzy, opłata pocztowa i ewentualnie wynagrodzenie dla lekarzy zawiadamiających.
2. Koszta dezynfekcyi (zakupno aparatów i środków oraz obsługa).
3. Koszta niszczenia zwierząt i owadów, przez które zarazki są roznoszone.
4. Koszta odosobnionego pomieszczenia osób zdrowych, które były w styczności z chorymi na ospę, tyfus płamisty, cholere lub mór.
5. Koszta nadzorowania osób, podejrzanych o chorobę zakaźną.
6. Koszta ograniczenia ruchu ludności w miejscowościach zapowietrzonych.
7. Koszta utrzymania lekarzy epidemicznych.
8. Odszkodowanie za przedmioty, zniszczone lub uszkodzone podczas dezynfekcyi.
9. Zaopatrzenie wdów i sierot po lekarzach, którzy umarli podczas walki z chorobą zakaźną i wskutek tej walki; także zaopatrzenie wdów i sierot po służbie, dozorującej chorych zakaźnych.
10. Koszta, wynikające z wykonywania ustawy o zwalczaniu chorób zakaźnych.

Z tego widzimy, że nowa ustawa projektuje prawie cały ciężar zwalczania chorób zakaźnych złożyć na skarb państwa, któryby, naturalnie, postarał się o rozłożenie go na obywateli drogą stosownego podatku. Jest to jedyne, zdaniem mojem, racjonalne rozwiązanie sprawy.

„To wszystko jest jednakże muzyką przyszłości”, kończy swój do mnie list protomeyk dr. MERUNOWICZ, któremu pozwolę so-



bie na tem miejscu złożyć serdeczne podziękowanie za uprzejmie udzielone mi informacje, Obyśmy doczekali się niedługo tej muzyki przyszłości i na naszym gruncie!

## XV. O pracowniach dyagnostyczno-analitycznych prowincjonalnych<sup>1)</sup>.

podał

Jakób Puterman (Sosnowiec).

Wraz z doskonaleniem się przyrządów oraz techniki badania doskonalili się również metodyka badania.

W ostatnich zwłaszcza czasach metody rozpoznawcze znakomicie się pogłębiły, a liczba ich znacznie wzrosła.

Pochodzenie swe większość nowych metod klinicznych ma do zawdzięczenia pracom ściśle naukowym, powstającym przeważnie w pracowniach fizycznych, chemicznych, anatomo - patologicznych, bakteryologicznych i biologicznych.

Obopólna praca medycyny praktycznej i ściśle naukowo-laboratoryjnej stała się niezbędną. To też postępy, jakie medycyna praktyczna zrobiła dzięki poszukiwaniom pracownianym, są już obecnie dość znaczne.

Za pomocą wielu nowoczesnych metod badania, coraz więcej jesteśmy w stanie stwierdzać zmiany chorobowe zachodzące w tych lub owych narządach, stan funkcyjnalny danych narządów, a najgłówniej rozpoznawać etiologię pewnych spraw chorobowych.

W czasach obecnych badanie chorego zajmuje wprawdzie wiele więcej czasu, niż dawniej, zyskuje wszakże na tem ścisłość rozpoznania.

A że głównem dążeniem nowoczesnej terapii jest zwalczanie przyczyny choroby, od ścisłości więc rozpoznania etiologii danej sprawy zależeć będzie możność stosowania

tego lub owego racjonalnego zabiegu leczniczego.

Dotychczas wszakże znana nam jest etiologia nielicznych zaledwie spraw chorobowych, przeważnie zaś chorób zakaźnych, o których najlepiej poucza nas metoda bakteryologiczna wraz z pokrewną jej nauką o pierwotniakach oraz metoda biologiczna.

Istotę ostatniej tej metody, jako niezmiernie ważnej pod względem ścisłości i subtelności wyników badania, pozwolę sobie przypomnieć Szan. Kolegom choć w kilku słowach.

Od czasu stwierdzenia przez Flüggę'go i Buchnera bakteryobójczych własności normalnej surowicy krwi poznano cały szereg rozmaitych substancji, których działanie skierowane jest wyłącznie przeciwko danym bodźcom chorobowym. Substancje te noszące nazwę niweczników i znajdujące się w normalnej surowicy pewnych ustrojów w nieznacznej zaledwie ilości, znakomicie się wzmagają pod wpływem swoistych bodźców, t. z. antygenów—wywoływaczy, bądź dostających się przypadkowo do danego ustroju, bądź sztucznie doń wprowadzonych. Z niweczników dotychczas znane nam są: antytoksyny, bakteryo- i cytolizyny, agglutyniny, precypityny, opsoniny, agresyny.

Wszystkie te substancje są ściśle swoiste i działają tylko na te wywoływacze, pod wpływem których powstają. Na zasadzie tej właśnie swoistości, zarówno niweczniki, jak i wywoływacze zużytkować się dają do celów rozpoznawczych, prognostycznych oraz leczniczych.

Niweczniki wykryć się dają w różnych cieczach ustrojowych, przeważnie zaś w surowicy krwi; z niej też głównie czerpie się niweczniki dla celów wyżej wzmiankowanych. Zależnie też od celu badania mówimy o serodyagnostyce, seroprognostyce, seroterapii.

Z prób serodyagnostycznych znane nam są następujące: próba agglutynacyjna WIDAŁA, próba bakteryolityczna PFEIFFERA, opsoniczna WRIGHTA, agresynowa BAYLA, precypitacyjna UHLENHUTHA oraz najsubtelniejsza i najczulsza próba BORDET i GENGOU, czyli t. z. metoda odchyłania dopełniacza (komplementu).

<sup>1)</sup> Rzecz opracowana dla I-go Zjazdu Lekarzy prowincjonalnych w Łodzi.

Ani ramy niniejszego referatu, ani czas nie pozwalają mi na bliższe omówienie istoty, znaczenia oraz techniki poszczególnych prób. Wspomnę tylko, że w praktyce najczęściej używane są próby WIDALA, PFEIFFERA, UHLENHUTHA (ta ostatnia przeważnie w medycynie sądowej w celach różniczkowania substancji białkowych, resp. krwi,) oraz próba BORDET i GENGOU, a raczej próba, zmodyfikowana przez WASSERMANNĄ, a odgrywająca tak ważną rolę w rozpoznaniu przymiotowego pochodzenia rozmaitych spraw chorobowych.

Powyższe metody badania należą do dość zawilych i wymagają pewnych umiejętności zabiegów technicznych, skutkiem czego mogą być wykonane tylko w odpowiednio urządzonych pracowniach przez specjalnie wyćwiczonych w tym kierunku pracowników.

Do łatwiejszych już stosunkowo, a nie mniej ważnych metod badania zaliczyć należy metodę hematologiczną i pokrewną jej cytodyagnostyczną.

Z liczby oraz postaci leukocytów wnioskować się nicraz daje o istocie tej lub owej sprawy chorobowej, o jej natężeniu, o zachodzących powikłaniach. Leukopenia, a zwłaszcza zmniejszenie się liczby leukocytów wielojądrowych pewniej, niż inne niestałe objawy kliniczne, a wcześniej, niż dyazoodeczyn EHRLIHA i agglutynacja WIDALA, naprowadzić nas może na właściwą drogę rozpoznania różniczkowego duru brzuszego od innych spraw zakaźnych.

Eozynofilia służyć nieraz może za dość ważny czynnik różniczkowy pomiędzy astmą oskrzelową a gruźlicą; za czynnik rozpoznawczy w sprawie włośnicowej.

Dodatnia lub ujemna hemotaksa leukocytów resp. stopień wpływu bodźców chorobowych na narządy krwiotwórcze, często poucza nas o natężeniu walki ustroju z danym bodźcem. Nagłe zmniejszenie się liczby limfocytów w przebiegu spraw zakaźnych, występowanie pewnych postaci leukocytów wielojądrowych z jądrem o małych płatach, zjawienie się myelocytów (komórek szpikowych) upoważnia nas do ostrożnego rokowania. Wzmożenie się liczby wielojądrowych leukocytów w przebiegu pewnych spraw infekcyjnych wskaże nam nieraz na umiejscowioną sprawę

zakaźną (zapalenie płuc, ropień, zapalenie opon mózgowych.).

Metodą cytodyagnostyczną posługiwać się będziemy przy różniczkowaniu wysięków od przesieków, resp. spraw zapalnych ostrych od przewlekłych.

Przewaga limfocytów w wysięku pleurycznym lub mózgodzeniowym przemawiać będzie za sprawą gruźliczą, natomiast przewaga leukocytów wielojądrowych znamionować będzie sprawę zapalną ostrą innego pochodzenia.

Wzmożoną liczbę limfocytów spotykamy w płynie łądźwiowym, w sclerosis multiplex oraz w sprawach przymiotowych mózgodzeniowych: tabes, paralysis progressiva.

Znaczenie metod badania moczu w rozpoznawaniu stanu oraz funkcji dróg moczowych, pewnych chorób ustrojowych, znaczenie badania treści narządów trawiennych, płwociny, tkanek chorobowych i innych produktów ustrojowych oddawna uznane zostały za niezmiernie ważne dla celów dyagnostyczno-prognostycznych, i zbytecznym byłoby tutaj nad tem dłużej się rczwodzić. Odnosne badania chemiczno-mikroskopowe, jako przystępniejsze, często bardzo wykonywają ambulatoryjnie lekarze w pracowniach swych podręcznych.

Prócz znaczenia klinicznego, metody pracowniane, a zwłaszcza metody bakteriologiczne, biochemiczne posiadają doniosłe bardzo znaczenie pod względem sanitarno-higienicznym, epidemiologicznym i profilaktycznym.

Nikt chyba nie zaprzeczy doniosłości badań produktów spożywczych, wody, powietrza, zwłaszcza w czasie wybuchu epidemii.

Niezmiernie ważne pod względem epidemiologicznym i profilaktycznym byłoby kontrolujące badanie ozdowieńców po pewnych chorobach zakaźnych (po morze, cholera, tężec, biegunce krwawej, zapaleniu opon mózgodzeniowych); jak wiadomo bowiem, ozdowieńcy tacy tacy mogą przez czas długi przechowywać swoiste drobnoustroje i być rozsadnikami zarazy. Izolowanie więc osobników tego rodzaju, dopóki badanie nie stwierdzi u nich bakteriologicznego wyzdrowienia,

wienia powinny być jednym z ważnych postulatów profilaktyki.

Poza celami czysto praktycznymi pracownice oddają nam usługi cenne pod wielu innymi względami.

„Badania laboratoryjne podnoszą poziom naukowy lekarzy, wyrabiają umiejętność i ścisłość obserwacji oraz zasadniczego wnioskowania, zachęcają do samodzielnej pracy naukowej“, mówi BIEGAŃSKI, lekarz prowincjonalny, który cennymi swymi pracami naukowo-społecznymi niemało wzbogacił literaturę lekarską i wiele się przyczynił do podniesienia poziomu naukowego i etycznego lekarzy prowincjonalnych.

BIEGAŃSKIEGO też zaliczyć należy do pierwszych założycieli pracowni na prowincyi.

Wprawdzie, pierwsze pracownice prowincjonalne datują już od roku 1882 i 1886 w Suwałkach i Kaliszu. Były to wprawdzie pracownice asesorów farmacyi, które służyły wówczas raczej do celów sądowo-lekarskich i które znacznie później, niż omawiana pracownica BIEGAŃSKIEGO, rozszerzyły zakres swej działalności i w kierunku badań dyagnostycznych-lekarskich.

Otóż zabiegiem i po części własnym funduszem BIEGAŃSKIEGO powstaje w r. 1889 przy Szpitalu miejscowym Częstochowskim pracownica, która stopniowo została skompletowana i w roku 1891 była już dość zasobna w droższe przyrządy (mikroskop, mikrotom, przyrząd THOMA-ZEISSA, hemoglobinometr) i rozmaite utensylia do analiz chemicznych.

W r. 1897 z subwencji, udzielonej z Kasy MIANOWSKIEGO, pracownica została znacznie powiększona; przeniesiono ją do lokalu obszerniejszego o 2 pokojach (jeden pokój duży o 2 oknach). Dokupiono termostat, drugi mikroskop, wirówkę i pewną liczbę przyrządów, głównie do badań bakteriologicznych. W roku 1900 wskutek pożaru część pracowni została zniszczona, i skutkiem tego pracownica przestała być czynna. Tak było do r. 1904, kiedy pracownią zaopiekowało się T-wo Higieniczne, które dokompletowało ją, kupiło wagę chemiczną. Niestety, rozwój pracowni był niedostateczny: czasy burzliwe nie nadawały się do prac poważniejszych. Dopiero od r. 1908

kierunek pracowni objął kolega W. KOHN, i przeniesiono ją do innego lokalu.

W pracowni pomiędzy rokiem 1890—1900 dokonano kilku prac naukowych w sprawie badania krwi w przymocie, w ropieniu płuc, w sprawie działania moczo-pędnego przetworów rtęci i t. p. Prace te były ogłoszone przez BIEGAŃSKIEGO w *Gazecie Lek. i w czasopismach niemieckich: Deutsch. Archiv für Klinische Medizin, Archiv f. Dermatologie.*

Pracownica służyła wszystkim kolegom w mieście, jako podręczna pracownica do badań krwi, moczu, płwociny i t. p.

W roku 1891 BIEGAŃSKI w pracy, odczytanej na Zjeździe w Krakowie, zachęca do zakładania pracowni klinicznych mikroskopowo-chemicznych przy szpitalach prowincjonalnych, omawiając pożytek pracowni pod względem praktycznym i naukowym, fundusze, utensylia i t. p.

Przykład ze strony BIEGAŃSKIEGO nie pozostał bez dodatniego wpływu na powstanie i rozwój innych pracowni.

Jednocześnie prawie z powstaniem pracowni BIEGAŃSKIEGO, bo w roku 1890, powstaje nakładem CZAJKOWSKIEGO pracownica w Sosnowcu, dalej w 1892 w Kaliszu przy Szpitalu Św. Trójcy, zaś w r. 1893 staraniem nieodżałowanej pamięci D-ra WASSERCUGA w Zawierciu.

Tej ostatniej ze względu na pożyteczny, lecz, niestety, krótkotrwały żywot chciałbym słów kilka poświęcić.

Pracownica ta, umieszczona w gmachu fabrycznego laboratorium chemicznego, składała się z 2 pokoi: większego, przeznaczonego do badań chemiczno-bakteriologicznych, oraz mniejszego do pomieszczenia zwierząt doświadczalnych. Pracownica była dość zasobna, posiadała dwa mikroskopy (jeden ZEISSA z obiektywami apochromatycznymi), dwa sterylizatory, dwa termostaty, mikrotom, obfity zapas utensylii do analiz chemicznych, dość bogatą bibliotekę. W pracowni rozpoczęte były poważne prace doświadczalne z wyhodowanymi przez WASSERCUGA z limfy ospowej ziarniakami i lasecznikami. Korzystali z niej koledzy zarówno miejscowi, jak i okoliczni.

Niestety, wraz z przedwczesnym zgonem WASSERCUGA w r. 1899, pracownia przestała funkcjonować.

Tutaj winieniem zaznaczyć, że z powodu nie otrzymania wielu odpowiedzi na ankietę i z powodu braku ścisłych danych statystycznych pozbawiony jestem możliwości przedstawienia Panom dokładnego opisu kolejnego powstania, rozwoju oraz zakresu działalności wszystkich pracowni prowincjonalnych w Królestwie i ograniczyć się muszę do szczupłej wiązanki faktów ogólnych, zebranych z 28 zwróconych mi kwestyjonaryuszów.

Z danych tych wynika, że pierwsze pracownie prowincjonalne powstały, jak to mówiłem, w okresie czasu pomiędzy 1881—1890 w Suwałkach, Kaliszu, Częstochowie i Sosnowcu. W następnym okresie, mianowicie od 1891—1900 powstały pracownie w Kaliszu (druga przy Szpitalu Św. Trójcy), w Zawierciu, w Płocku, w Nałęczowie, w Łodzi, w Sosnowcu i Lublinie. W następnym dziesięcioleciu od 1901—1910 liczba pracowni znacznie wzrosła. W r. 1901 powstała miejska pracownia Łódzka, dalej cztery pracownie w Zagłębiu Dąbrowskiem: dwie w Sosnowcu, z których jedna przy szpitalu Hr. Renard, we wsi Grodziec, w Osadzie Czeladź, obie również przy szpitalach, następnie w Płocku, Łomży, Piotrkowie, w Siedlcach, w Radomiu, w Łodzi (prywatna), dwie pracownie, zawieszona w czynności, o których wyżej była wzmianka, a mianowicie w Zawierciu i Częstochowie, zostały znów wskrzeszone, w końcu powstają pracownie w Ciechocinku, w Grodzisku, w Suwałkach (druga) i Nasielsku. Zaś w r. bieżącym do Marca powstały jeszcze dwie pracownie: w Sosnowcu i Radomiu.

Oprócz tego luźne tylko wiadomości otrzymałem o istnieniu poniższych pracowni. W Łodzi istnieją jeszcze pracownie następujące: aptekarza SCHATZA, Zjednoczonych Chemików; przy Szpitalu Anny Maryi pod kierunkiem ROZENBLATÓWNY; przy szpitalach żydowskim, ewangelickim (pod kierunkiem lekarzy miejscowych), przy przychodni ligi przeciwgruźliczej. W Lublinie istnieje laboratorium miejskie pod zarządem farmaceuty ANDRZEJACZKA. Przy Kieleckim szpitalu Św. Aleksandra pracownią dyagnostyczno-rozbio-

rową zarządza Dr JANKOWSKI. W Suwałkach analizami zajmują się również dr. NIECIŃSKI. W Żyrardowie potrzebom bieżącym w zakresie elementarnym czyni zadość pracownia przy szpitalu fabrycznym zakładów Żyrardowskich. W Siedlcach są jeszcze dwie pracownie, jedna przy szpitalu Św. Maryi, zaś druga przy urzędzie weterynaryjnym, lecz obie nie są czynne. Co do gęstości i odległości jednych pracowni od drugich, to najwięcej pracowni posiada gub. Piotrkowska: w samej Łodzi znajduje się ich aż dziewięć, w Zagłębiu Dąbrowskiem siedm, (w Sosnowcu samym pięć), w Piotrkowie, w Częstochowie, w Zawierciu po jednej, razem więc w Gub. Piotrkowskiej znajduje się 19 pracowni, w Suwałkach 3 pracownie, w Kaliszu, Płocku, Radomiu i Lublinie po dwie, w Łomży, Kielcach i Siedlcach po jednej. Poza tem posiada gub. Warszawska 4 pracownie prowincjonalne: w Ciechocinku, Grodzisku, Nasielsku i w Żyrardowie, gub. zaś Lubelska prócz Lublina jeszcze jedną w Nałęczowie. Razem więc mamy obecnie 38 czynnych pracowni prowincjonalnych.

Wszakże więcej szczegółowe relacje, a to na zasadzie danych, otrzymanych drogą ankiety, mogą być podane z 28 tylko pracowni.

Działalność we wszystkich pracowniach nie jest jednakowa. Gdy bowiem w jednych dokonywane są li tylko badania chemiczne oraz mikroskopowe, resp. bakteryoskopowe, w innych odbywają się również badania bakteryologiczne za pomocą hodowli, doświadczeń na zwierzętach i względnie tych lub owych prób bio-resp. serologicznych; w innych wreszcie dokonywane są wszelkie badania chemiczno-mikroskopowe i bakteryologiczne w najszerszym zakresie. Gdy w jednych dokonywane są przeważnie analizy diagnostyczno-lekarskie, w innych poza analizami temi dokonywa się też badań sanitarno-hygienicznych, w innych wreszcie i sądowo-lekarskich.

Stosownie też do zakresu działalności pracownie prowincjonalne podzielić się dadzą na dwie kategorie.

I) Pracownie chemiczno-mikroskopowe

II) „ chemiczno-bakteryologiczne

Ostatnie zaś na:

a) Pracownie chemiczno-bakteryologiczne mniejsze.

b) Pracownie chemiczno-bakteryologiczne większe.

1) Pracowni chemiczno-mikroskopowych mamy dwanaście: siedem prywatnych — własność prowizorów: Sosnowiecka — WASILEWSKIEGO, Płocka — SZTROMAJERA, Łomżyńska — KOMORNICKIEGO, Piotrkowska — TYCA, Ciechocińska — GĘBCZYŃSKIEGO; własność lekarzy: Nasielska — KUJAWSKIEGO, Radomska — KELLER-KRAUZA. Trzy szpitalne własność Towarzystw Akcyjnych: GRODZICKIEGO, SATURNA i Hr. RÉNARD: jedna stanowiąca własność zakładu leczniczego Grodzisk, oraz jedna własność lecznicy fabryki SCHÖNA w Sosnowcu.

Siedem pracowni znajduje się pod kierunkiem lekarzy, pięć zaś prywatnych pod kierunkiem farmaceutów.

Są to pracownie przeważnie podręczne, jednopokojowe, pomiędzy niemi cztery obszerniejsze dwupokojowe (Grodziecka, Łomżyńska, Piotrkowska, Ciechocińska). Poza uposażeniem, najniezbędniejszym dla tego rodzaju pracowni, niektóre z nich (Piotrkowska, Ciechocińska, Łomżyńska, oraz 2 szpitalne Grodziecka i Sosnowiecka Hr. RENARD) zaopatrzone są w przybory do badań bakteriologicznych na wzór mniejszych pracowni II-ej kategorii, posiadają zatem termostat, sterylizator i inne. Badania wszakże bakteriologiczne za pomocą hodowli czy to z braku odpowiednich rąk, czy też z innych powodów nie są w nich dokonywane i przeto na razie zaliczone zostały do kategorii pracowni chemiczno-mikroskopowych. Dwie pracownie szpitalne posiadają również przybory do dezynfekcyi. Osiem pracowni służy do użytku publicznego. W roku ubiegłym dokonano w siedmiu na zlecenie lekarzy analiz dyagnostyczno-lekarskich ogółem 1500, w dwóch (w Płockiej asesora SZTROMAJERA i w Piotrkowskiej asesora TYCA) dokonano również około stukilkudziesięciu analiz sądowo-lekarskich, zaś w dwóch, a mianowicie w Piotrkowskiej i Ciechocińskiej około 40 analiz sanitarno-higienicznych, w Ciechocińskiej dokonano również 4 analiz solanek. Cztery pracownie służą wyłącznie do użytku zakładów swoich leczniczych i właściwej statystyki dokonywających się tam analiz nie prowadzą.

IIa) Do kategorii pracowni chemiczno-

bakteryologicznych mniejszych, w których poza badaniami chemiczno-mikroskopowymi dokonywane są i badania bakteriologiczne w szerszym już zakresie, a mianowicie za pomocą hodowli, szczepień z przeprowadzeniem na zwierzętach, tych lub owych prób serologicznych, należy osiem: pięć prywatnych, utrzymujących się z funduszków kierowników, a mianowicie Sosnowiecka — własność PUTERMANA, Siedlecka — WIERZBIĘTY, Kaliska stacya higieniczna i doświadczalna, dwie Suwalskie, (jedna prowiz. BIENKOWSKIEGO, druga własność lekarzy NATANSONA i WEISSMANA) oraz trzy, stanowiące własność obcą — Kaliska własność Szpitala Św. Trójcy, Lubelska własność Szpitala Św. Wincentego a Paulo i jedna w Zawierciu — własność T-wa Akcyjnego. Trzy ostatnie pracownie, jak również dwie prywatne: Sosnowiecka i jedna Suwalska znajdują się pod kierunkiem lekarzy, reszta pod kierunkiem farmaceutów.

Trzy pracownie zajmują po dwa pokoje duże, posiadają osobne pomieszczenie dla zwierząt doświadczalnych i są dobrze uposażone w przyrządy i w mniej lub więcej zasobną bibliotekę.

Z pracowni tych korzystało w roku ubiegłym około 110 kolegów; liczba analiz dyagnostyczno-lekarskich, nadesłanych przez nich w tymże roku, sięgała nieco wyżej niż 1200. W czterech dokonano około 75 analiz sanitarno-higienicznych (Suwalska — BIENKOWSKIEGO, Kaliska stacya higieniczna, Lubelska — Szpitalna, Siedlecka WIERZBIĘTY), zaś w trzech, znajdujących się pod kierunkiem asesorów farmacyi, dokonano przeszło 90 analiz sądowo-lekarskich.

Prawie wszystkie pracownie wyrabiają podłoża do hodowli, ale tylko na użytek własny.

IIb) Pracowni chemiczno-bakteryologicznych większych posiadamy również osiem. Pięć stanowi własność obcą i do nich należą: Łódzka miejska, Nałęczowska — własność T-wa Akcyjnego, Płocka własność miast gubernii, Radomska — rządowa oraz Częstochowska, stanowiąca własność T-wa Higienicznego i kierownika. Trzy pracownie, a mianowicie dwie Łódzkie i jedna Sosnowiecka, stanowią prywatną własność lekarzy: BARTOSZEWICZA, SIL-

BERSTROMA i CZAJKOWSKIEGO. Sześcioma pracownikami kierują lekarze, jedną Płocką prowizor farmacyi, jedną Radomską—lekarz weterynaryi WOJCZYŃSKI.

Zpośród pracowni tych na planie pierwszym postawić należy pracownię miejską Łódzką. Zajmuje ona obszerny lokal o 10 oknach, osobne pomieszczenie dla zwierząt doświadczalnych, posiada piec do spalań, duży zasób przyborów, pomiędzy innymi autoklaw, refraktometr, kamerę dezynfekcyjną. Kierował nią do r. 1907 SERKOWSKI, zaś obecnie kieruje nią docent BARTOSZEWICZ, mając do pomocy dwóch fachowców chemików. Pracownia ta otrzymuje subwencję w wysokości 5000 rb. rocznie od magistratu m. Łodzi. Drugie miejsce pod względem obszaru lokalu należy się pracowni Radomskiej—rządowej: zajmuje ona 4 pokoje, posiada 2 komórki dla zwierząt.

Wszystkie inne składają się bądź z 3 (Częstochowska), bądź z 2, bądź wreszcie z jednego tylko pokoju; zpośród nich dwie tylko nie posiadają osobnego pomieszczenia dla zwierząt doświadczalnych.

Prawie wszystkie są dobrze uposażone w przyrządy, zwłaszcza pracownia Łódzka SILBERSTROMA, Częstochowska (aparatury gazolinowej, wirówka elektryczna) i posiadają mniej lub więcej zasobne biblioteki.

Subwencję otrzymują, prócz Łódzkiej miejskiej, pracownia Płocka gubernialna w wysokości 1870 rubli rocznie oraz Radomska rządowa 1000 rubli rocznie od Ministerjum spraw wewnętrznych, a 120 rubli od magistratu.

Prawie we wszystkich pracowniach tych są przygotowywane podłoża pod hodowlę, w pewnych i na użytek innych pracowni (w Łódzkiej miejskiej, w prywatnej BARTOSZEWICZA).

Trzy pracownie dokonywają dezynfekcyi mieszkań oraz rzeczy po chorych zakaźnych (Łódzka miejska, prywatna SILBERSTROMA, Częstochowska.) W pracowni CZAJKOWSKIEGO od szeregu lat wyrabiane są pomysłu kierownika sztuczne surowice, a raczej szczepionki lecznicze, w Radomskiej pod kierunkiem WOJCZYŃSKIEGO surowice hemolityczne oraz aatygen dla odczynu WASSERMANN.

Co do liczby analiz dyagnostyczno-lekar-

skich, wykonanych na zlecenie lekarzy, sądząc z danych, otrzymanych drogą ankiety, w roku ubiegłym najwięcej dokonano ich w pracowni Częstochowskiej, liczba ich sięga 530, dalej w prywatnej Łódzkiej BARTOSZEWICZA 506, w Łódzkiej miejskiej 179, w Płockiej 30, w Radomskiej 23.

Analiz sanitarno-higienicznych dokonano w 4 pracowniach; najwięcej, bo 370, w Łódzkiej miejskiej, 345 w Płockiej gubernialnej, w Częstochowskiej 27, zaś w Radomskiej 42, prócz tego w tej ostatniej dokonano 164 analiz weterynaryjnych.

\* \* \*

Jak widzimy: zpośród 28 pracowni:

18-oma kierują lekarze,

9-oma „ farmaceuci

1-a „ lekarz weterynaryi

Kierownicy ci kształcili się fachowo w specjalnych zakładach naukowych, bądź krajowych, bądź rosyjskich, bądź wreszcie zagranicznych, a więc w Warszawie, Łodzi, Krakowie, Lwowie, w Petersburgu, Moskwie, Odessie, Paryżu, Berlinie, Monachium, Wrocławiu, Wiedniu, Budapeszcie. Niektórzy pracowali w kilku instytucjach naukowych.

W sześciu pracowniach kierownicy mają do pomocy asystentów fachowo wykształconych lekarzy, chemików lub prowizorów farmacyi (Kaliska stacya higieniczna i doświadczalna, pracownia Nałęczowska, Lubelska szpitalna, Łódzka miejska, Grodziecka, Sosnowiecka szpitalna, Grodziska).

\* \* \*

Co do powstania pracowni, to, jak już zaznaczono, 14 powstało nakładem miast lub pojedynczych zakładów przemysłowych, 14 zaś nakładem kierowników. Te ostatnie żadnej subwencji nie otrzymują.

Zpośród 28 pracowni tych 21 dokonywa analiz na żądanie lekarzy, osób prywatnych i rozmaitych instytucyi, pozostałe 7 służą tylko dla tych instytucyi (zakładów leczniczych), przy których istnieją.

\* \* \*

Z analiz dyagnostyczno-lekarskich największa stosunkowo liczba przypada na bada-

nie moczu; drugie miejsce pod względem ilościowym zajmują badania płwociny, znacznie rzadziej bywają badane: treść żołądkowa, kał, krew, naloty gardzielowe, przesięki, wyсіęki i inne.

Różne badania sanitarno-higieniczne na żądanie rozmaitych urzędów policyjnych, powiatowych, weterynaryjnych, szpitali, towarzystw higienicznego i lekarskiego dokonywane były w dziesięciu pracowniach (w Suwalskiej — Bieńkowskiej, Kaliskiej stacji higienicznej, Płockiej — gubernialnej, Lubelskiej — szpitalnej, Łódzkiej — miejskiej, Siedleckiej, Piotrkowskiej, Częstochowskiej, Ciechocińskiej i Radomskiej — rządowej). Najwięcej badań tych dokonano w r. z. w pracowni Łódzkiej — miejskiej oraz w Płockiej gubernialnej 345, w innych liczba nie przekracza kilkunastu do kilkudziesięciu rocznie.

Badano przeważnie nabiał (380 razy w 6 pracowniach) i wodę (216 razy w 7 pracowniach), niezmiernie rzadko badano inne produkty spożywcze oraz napoje, kosmetyki etc. (pieczywo, mąkę, konserwy, ocet ogółem 46 razy, soki — 36, lody — 24, wodę sodową — 8, kielbasy — 5, napoje wyskokowe — 8, cukierki 15 razy).

Przechodząc do kwestyi pożytku praktycznego pracowni omawianych, musimy zaznaczyć, że, aczkolwiek czynność pewnych pracowni, jak to widać na tablicy Nr. 1, z biegiem czasu stopniowo wzrasta, wszakże suma dotychczasowej ich działalności, zarówno pod względem wykonanych analiz dyagnostyczno-lekarskich, jak i sanitarno-higienicznych, wyraża się w cyfrach nader skromnych.

Wprawdzie z usług pewnych pracowni (Częstochowskiej, Siedleckiej, Suwalskiej Natanson'a i Weissmana) korzystała w roku ubiegłym stosunkowo dość znaczna liczba lekarzy, jednak przeciętna liczba dokonanych na skutek żądania pojedynczego lekarza analiz dyagnostycznych wynosiła wszystkiego — w Suwalskiej 35 (było 415 analiz od 12 lekarzy), w Siedleckiej 25 (248 analiz od 10 lekarzy) i w Częstochowskiej również 25 (530 analiz od 20 lekarzy).

W innych miejscowościach stosunek ten przedstawia się znacznie gorzej. W Zagłębiu, Kaliszu, Radomiu, Płocku, Piotrkowie liczba

analiz, jaka przypadła na lekarza, korzystającego z usług pracowni, wahała się zaledwie w granicach 5—10 rocznie \*).

Na słabe to stosunkowo posiłkowanie się pracowniami przez kolegów składają się różnorodne przyczyny. Przedewszystkiem analizy narażają chorych na pewien wydatek, często bardzo niedostępny dla pewnych pacjentów. Dalej kolegom, mieszkającym w okolicy odległej od pracowni, częstokroć utrudnia korzystanie z niej zła komunikacja. Dalej, wielu lekarzy, zwłaszcza specjalistów (żołądkowi, urolodzy i inni) posiada drobne pracownie, zastosowane do własnych potrzeb. Wreszcie nie można ukryć, że w pewnych razach koledzy tendencyjnie nie korzystają z pracowni, prowadzonych przez lekarzy, którzy się jednocześnie i praktyką lekarską zajmują. Koledzy ci obawiają się mianowicie, ażeby chory nie zwrócił się ewentualnie i o pomoc lekarską do kolegi, do którego pracowni skierowany zostanie w celu dokonania tam analizy.

Poza tem jednak skonstatować należy, że są lekarze, którzy ani swoich pracowni podręcznych nie posiadają, ani nie korzystają też w praktyce swojej z prywatnych pracowni dyagnostyczno-rozbiorowych. Co do tych kolegów, to dziwić się tylko można, jak się lekarze ci uchodzą w praktyce swojej stale bez wszelkich badań laboratoryjnych.

Gorzej jeszcze stoi sprawa, która najwięcej obchodzić powinna ogół, mianowicie sprawa udziału pracowni prowincjonalnych w badaniach sanitarno-higienicznych.

Jak widzieliśmy, w dwóch pracowniach, w Łódzkiej miejskiej i Płockiej gubernialnej, liczba tego rodzaju badań sięga zaledwie kilkuset rocznie, w innych liczba ta nie przekracza kilkudziesięciu.

Przyczyna faktu tego leży w obojętnym traktowaniu przez ogół i instytucje administracyjne spraw zdrowotnych, czego skutki widzimy w zastraszającym nieraz szerzeniu się

\*) Pracownia Ciechocińska, do której 22 lekarzy nadesłało 925 analiz, jako czynna przez kilka tylko miesięcy, jak również Lubelska miejska oraz Łódzkie, o których odnośnych danych statystycznych nie posiadam, nie mogą być tutaj uwzględnione

w wielu miastach i osadach prowincjonalnych rozmaitych chorób zakaźnych, jak dur brzuszny, biegunka krwawa i inne.

Inaczej się dzieje na Zachodzie, zwłaszcza w Niemczech, gdzie kwestya zdrowotności na pierwszym stoi planie. Tam do tego stopnia rozumiano i oceniono należycie doniosłość badań laboratoryjnych dla spraw zdrowotnych, że ogółowi dano możność bezpłatnego korzystania z odnośnych pracowni.

Nakładem bądź państwa, bądź całych okręgów, bądź też miast powstały zakłady higieniczno-sanitarne, których celem jest śledzenie chorób zakaźnych i zwalczanie ich, wskazanie konieczności tych czy innych urządzeń sanitarnych, okazywanie pomocy lekarzom urzędowym i wolno-praktykującym w poszukiwaniach naukowych. W zakładach tych, niezwykłe bogato uposażonych, pracuje liczny doskonale fachowo wyćwiczony personel. Tyśiące badań najrozmaitszych dokonywa się rocznie w tych zakładach. Dostarczają one bezpłatnie osobom interesowanym naczyń wyjałowionych wraz z odpowiednimi instrukcjami co do sposobu zbierania i przesyłania materiału do pracowni. W szybkości dostarczania przesyłek, jak również odpowiedzi pośredniczy znana ze swej dokładności poczta tamtejsza.

To też, jeżeli tam o występowaniu chorób zakaźnych rzadko kiedy tylko słyszeć się daje, to w znacznej mierze przypisać to należy stałym badaniom podejrzanych produktów spożywczych, wody, zarówno jak i produktów chorobowych, a także i zawczasu zastosowanym odpowiednim środkiem zaradczym.

\* \* \*

Wracając do kwestyi naszych pracowni, winienem zaznaczyć, że przeważna ich liczba powstała z inicjatywy i za staraniem lekarzy prowincjonalnych, a pewne nawet z ich własnych funduszków. Lekarze ci mieli na celu z jednej strony przysporzenie społeczeństwu pewnych instytucji, któreby choć w drobnej części mogły pośredniczyć w załatwianiu tak palących spraw, jakie wypełniają zakłady higieniczne na Zachodzie, z drugiej strony zaś stworzenie sobie oraz kolegom możliwych warunków do dalszego kształcenia się.

Jak słyszeliśmy, strona praktyczna więk-

szości pracowni dotychczas przynajmniej nie ziściła pokładanych w nich nadziei.

Z pewną natomiast otuchą stwierdzić możemy, że pomimo braku poparcia liczba pracowni wciąż wzrasta, że pewna przynajmniej garstka lekarzy prowincjonalnych, pomimo ciężkiej pracy zawodowej, nie opuszcza rąk i wszelkimi siłami garnie się nie tylko do śledzenia za postępem nauk, lecz również do przykładania cegiełki do gmachu wiedzy lekarskiej. Przykładem niechaj będzie praca dra CZAJKOWSKIEGO. Od lat kilkunastu pracuje on nad własnego pomysłu sztucznymi surowicami czyli szczepionkami leczniczymi, z którymi dokonywane są obecnie szerokie badania w niektórych oddziałach szpitalnych Krakowskich i Warszawskich.

Z pracowni CZAJKOWSKIEGO wyszły następujące prace naukowe: „O drobnoustrojach odry“, „O drobnoustrojach szkarlatyny“, „Sztuczne sposoby otrzymywania surowic leczniczych“.

Z innych pracowni, mogących się poszczycić poważnymi pracami naukowymi, wymienić należy pracownię BIEGAŃSKIEGO (obecnie własność T-wa HIG. Częstochowskiego i W. KOJNA), dalej pracownię miejską Łódzką, prywatną pracownię Łódzką BARTOSZEWICZA oraz pracownię SILBERSTROMA. Jakie prace wyszły z pracowni BIEGAŃSKIEGO, mówiliśmy już wyżej. Z pracowni Łódzkiej miejskiej, kiedy jej kierownikiem był SERKOWSKI, wyszły bardzo liczne prace. Dla braku miejsca wymienić mogę tylko kilka z nich: „Gruźlica ludzi a perlica bydła“, „Epidemiologia i profilaktyka cholery“, „Materiały do nauki o odporności“, „Mleko i mleczarstwo w oświetleniu higieny i bakterjologii“. Z tej pracowni, jak również z prywatnej pracowni BARTOSZEWICZA wyszły bardzo cenne i liczne prace, tego ostatniego w sprawach sanitarno-higienicznych. Z pracowni SILBERSTROMA wymienić należy pracę „Ueber die Arteinheit der Streptococci“ i inne. Jak widzimy, pracownie powyższe zamaifestowały już egzystencję swą w nauce pewnymi śladami. Z prac, które wyszły z innych pracowni, wzmiankę uczynię: „O białaczkę“ z pracowni Lubelskiej szpitalnej, „O mleku Sosnowickiem“, „W sprawie agglutynacji“ i kilka innych z pracowni PUTERMANA.



„Wyniki badania bakteriologicznego wód studziennych w Radomiu”, „Wpływ roztworów różnej koncentracji kwaśnego dwusiarczanu sodu na bakterye cholery, tyfusu brzuszego i inne, przebywające w wodzie“ z pracowni Radomskiej pod kierunkiem WojczyńskiEco. Z prac prowizorów farmacyi zasługują na uwagę 4 tablice statystyczne, tyżące się dochodzeń sądowych z gub. Kaliskiej i Piotrkowskiej; mleka od krów tuberkulizowanych; leczenia opuszczonych dzieci „kroplą mleka“; tablice te sporządzone zostały przez magistra farmacyi PRUSIMOWSKIEGO w pracowni Kaliskiej. „Różniczkowanie krwi o reakcyi biologicznej UHLENHUTH'a“ i inne prace wyszły z pracowni Płockiej asesora farmacyi SZTROMAJERA.

Wprawdzie większość pracowni prowincjonalnych, jak kagańce pracowników podziemnych, nikłymi jeszcze goreją płomykami; światelka te wszakże pomagają nam w rozświetlaniu ponurych ciernistych dróg, po których my, lekarze prowincjonalni, często bardzo po omacku kroczyć musimy, i niejednego z nas sprowadzają one nieraz z manowców na drogę właściwą.

Na zakończenie słówko w postaci dezyderatu. Pożądaniemby było ułatwienie ogółowi korzystania z badań laboratoryjnych w sprawach sanitarno-higienicznych. W tym celu pracownie powinny być zakładane i utrzymywane kosztem miast.

Prywatne pracownie, któreby służyły miastom lub powiatom, powinny otrzymywać od zarządów miast, względnie powiatów, stałą subwencję, i zależnie od jej wysokości analizy sanitarno higieniczne wykonywane być mogą przez daną pracownię na żądanie urzędów lekarskich albo bezpłatnie albo też za pewnem wynagrodzeniem dodatkowem.

W szpitalach prowincjonalnych większych personel lekarski powinien być tak dobierany, ażeby przynajmniej jeden z lekarzy obznajmiony był należycie z metodami chemiczno-bakteryologicznymi i ażeby miał dość czasu na prowadzenie potrzebnych badań.

W miejscowościach, gdzie istnieją T-wa naukowe Lekarskie lub Higieniczne, te ostatnie powinny przez odpowiednie uświadomie-

nie ogółu i odnośnych sfer wpływać na zakładanie pracowni chemiczno-bakteryologicznych kosztem miast (względnie powiatów) lub instytucyi społecznych.

## XVI. Lekarz fabryczny w roli rzeczoznawcy.

(Referat wygłoszony na I zjeździe lekarzy prowincjonalnych, odbytym w Łodzi w dn. 4 i 5 czerwca 1911 roku).

Podał

**Dr. Stanisław Skalski.**

Sprawa, o której mówić będę, dotyczy zarówno nas lekarzy fabrycznych, jak i większości robotników, zajętych w zakładach przemysłowych kraju naszego. Dla robotników jest ona bodaj ważniejsza jeszcze, niż dla nas lekarzy. Chodzi mianowicie o orzeczenia lekarskie o wyniku uszkodzenia przy pracy, powszechnie zwane świadectwami, których żądają od nas, zdaniem mojem niesłusznie, Towarzystwa ubezpieczeń.

Wiadomo Sz. panom, że przeważna większość fabryk i zakładów przemysłowych, zarówno w Łodzi, jak i w innych środowiskach fabrycznych, zmuszona przez prawo z dnia 15 czerwca r. 1903 do wypłacania odszkodowania robotnikom, uszkodzonym przy pracy, i nie chcąc ponosić związanego z tem ryzyka, ubezpiecza swych pracowników w jednym z istniejących towarzystw ubezpieczeń, które bierze na siebie odpowiedzialność materialną za skutki wypadku.

Zgodnie z prawem lekarze fabryczni, udzielając pomocy poszkodowanemu, jednocześnie opisują szczegółowo dany wypadek, a wyniki badania, wniesione do protokołu urzędowego, są komunikowane: 1) zarządowi fabryki, 2) inspekcji fabrycznej, 3) policji, oraz w razie asekuracyi robotników w towarzystwie asekuracyjnym 4) towarzystwu ubezpieczeń. Rzecz naturalna, że lekarz fabryczny dokonywa zarówno badania, jak i wydaje orzeczenie co do stanu zdrowia poszkodowanego oraz przewidywanych na-

stępstw urazu zupełnie bezpłatnie, bo jedno i drugie wiąże się ze sobą bezpośrednio i wchodzi w zakres obowiązków i czynności lekarza fabrycznego.

Całkiem inaczej stoi sprawa, gdy po skończonej kuracji chodzi o określenie stopnia utraty zdolności do pracy. Czynność tę musi znów wykonywać u nas ten sam lekarz fabryczny, rzadko lub przynajmniej nie zawsze do tej czynności przygotowany, bez żadnego wynagrodzenia zarówno ze strony przedsiębiorstwa, w którym pracuje, jak i ze strony towarzystwa ubezpieczeń. Zjawia się nietylko pytanie, czy takie postawienie sprawy jest słuszne i sprawiedliwe w stosunku do lekarzy fabrycznych, ale również, czy nie jest ono krzywdzące dla poszkodowanego pracownika—na pytanie to według mnie może być jedna tylko odpowiedź.

Tego rodzaju niesprawiedliwe i niesłuszne postawienie sprawy wywołuje cały szereg skutków, od braku zaufania względem lekarza fabrycznego ze strony robotników począwszy, kończąc na niemożliwości wyrobienia się w większych środowiskach przemysłu lekarzy, specjalnie oddających się sprawie orzeczeń lekarskich i w tej dziedzinie wyszkolonych i wyrobionych. Dzisiaj nikt z nas nie ma celu specjalizować się w tym kierunku, bo rzecz tę rozstrzyga albo lekarz fabryczny sam z poprawką, robioną przez lekarza towarzystwa ubezpieczeń w razie, gdy robotnicy danej fabryki są ubezpieczeni w jakimś towarzystwie asekuracyjnym, a poprawka ta nigdy niema na celu podwyższenia procentu niezdolności do pracy, często natomiast zniża go—albo też decyduje o wysokości odszkodowania lekarz urzędowy: powiatowy, miejski, cyrkulowy, równie mało do takich czynności przygotowany, a w każdym razie nie wyspecjalizowany w tym kierunku.

Przyjrzyjmy się, jak się rzecz tę rozstrzyga zagranicą. W prawodawstwie fabrycznym szwajcarskiem z 23 marca 1877 oraz w szeregu dopełnień i wyjaśnień do tegoż prawa, datowanych 3 czerwca 1891, 14 stycznia 1893, 3 grudnia 1897, 18 stycznia 1901, 1 kwietnia 1905 żadnych wskazówek w zakresie interesującej nas sprawy nie znalazłem. Nic również

nie udało mi się odszukać w prawodawstwie włoskiem.

Prawo francuskie z dnia 9 kwietnia roku 1898 w sprawie odpowiedzialności za wypadki przy pracy, które spowodowały uszkodzenia pracujących, oraz komentarz do tego prawa, wydany przez ministerium przemysłu 21 sierpnia 1899, nie mówi ani słowa o lekarzach fabrycznych, natomiast domaga się wszędzie orzeczeń lekarskich i dodaje, że wbrew obawom niektórych pism lekarskich orzeczenia te mają być płatne.

Przepisy Cesarstwa Niemieckiego, które były wzorem przy układaniu obowiązujących u nas praw również mówią o lekarzach ekspertach, którzy za swe czynności rzeczoznawcze, gdy chodzi o nieszczęśliwe wypadki, pobierać mają wynagrodzenie według norm ustawy o wynagrodzeniu za czynności lekarzy, nie będących pracownikami towarzystw ubezpieczeń. Ustawa ta normuje wynagrodzenie według czasu, zużytego na ekspertyzę, w stosunku 2 marek za każdą godzinę lub jej część. Wynagrodzenie nie może przekraczać 20 marek. Prócz tego lekarzowi zwracane są wydatki, jakie poniósł na nabycie materiałów lub narzędzi do badań potrzebnych. W razie większych trudności, połączonych z badaniem, lekarz ma prawo do otrzymania wynagrodzenia dodatkowego. Gdy na badanie zużyte zostało więcej, niż godzin 10, lekarz musi wykazać w ciągu ilu dni i po ile godzin nad niem pracował, gdyż dzień robooczy może mieć tylko godzin dziesięć. Za wystawione świadectwo lekarz otrzymuje wynagrodzenie zależne wyłącznie od zużytego na pisanie go czasu. Ustawa wchodzi w takie drobiazgi, jak przepisywanie świadectwa: pisarz otrzymuje 50 fenigów za cały arkusz, 25 fenigów za dodatkowy, 13 za zaczęty. Wynagradza ona lekarza nawet za czas, użyty w celu badania dokumentów. Ustawa ta obowiązuje we wszystkich państwach, wchodzących w skład Rzeszy Niemieckiej, które nie posiadają pod tym względem własnych przepisów. Nie będę nużył Szanownych Panów wyliczaniem szczegółowem, jak rzecz tę rozstrzyga każde księstwo lub miasto, wspomnę jedynie, że w Prusach płacą lekarzom 6 marek za czas, użyty na ekspertyzę, o ile trwała ona

mniej, niż 3 godziny, za każdą zaczęłą godzinę po upływie trzech 1½ marki. Za przedwstępne badania chorego u lekarza 1½ marki, u chorego 3 marki, trzy marki również otrzymuje lekarz za wystawienie świadectwa krótkiego. Za obszerne, motywowane, gdy do wystawienia go trzeba było przedsięwziąć badania szczegółowe lub mikroskopowe, lekarz otrzymuje od 6 do 24 marek.

W Bawarii, gdzie istnieją specjalne kolegia lekarskie, które określają stopień utraty zdolności do pracy, wywołany przez wypadek, za świadectwo dla sądu lekarz otrzymuje od jednej do pięciu marek, za motywowane świadectwo wynagrodzenie wynosi 10 – 25 marek, za naradę, poprzedzającą orzeczenie, 5—20 marek, za piśmienne przedstawienie wyniku tegoż konsylium 5—15 marek. W Saksonii lekarz otrzymuje za świadectwo, orzekające o stopniu utraty zdolności do pracy, od 3—30 marek, za badanie stanu umysłowego poszkodowanego 3 do 20 marek, za orzeczenie o stanie umysłowym chorego 10—100 marek; za pierwsze badanie chorego 3—6 marek, gdy dokonano go poza obrębem mieszkania lekarza 5 do 10 marek. Trzeba dodać, że we wszystkich państwach, należących do Rzeszy niemieckiej, lekarze są wynagradzani również za oględziny trupa zabitego przy pracy robotnika bez dokonywania sekcji w kwocie od 3—6 marek (Bawaryja) lub 5—10 (Saksonia) oraz za sekcję 9—15 marek w Bawarii i 10—30 marek w Saksonii; norma 10 do 30 marek, przyjęta w ostatnio wymienionym kraju, liczy się nie tylko za samą sekcję, ale również za dyktowanie i podpisanie protokołu sekcji przez każdego z dwu lekarzy. Jeśli sekcja była robiona po upływie 72 godzin od chwili śmierci, każdy z dwu lekarzy otrzymuje dodatkowo od 5 do 10 marek. Za motywowane orzeczenie o wyniku sekcji lekarz otrzymuje 12—75 marek. Gdy czynności te odbywają się w nocy, lekarz dostaje o 50 proc. więcej. Za badanie szkieletu lub części szkieletu wydobytego z ziemi lekarz otrzymuje 5—10 marek, wreszcie za kierownictwo nad wydobywaniem kości lekarz dostaje do 10 marek za każdą godzinę.

Zwracam uwagę Panów, że w żadnej

z ustaw obowiązujących w państwie niemieckim niema najlżejszej wzmianki o występowaniu lekarza kas chorych w roli rzeczoznawcy.

Należy pamiętać, że niższe z przytoczonych powyżej norm stosowane są w Niemczech wtedy, gdy koszty ekspertyzy ponosi osoba, której niezamożność została stwierdzona, lub gdy płaci za nią towarzystwo opieki nad ubogimi. Też same niższe normy płacą kasy ubezpieczenia państwowego, kasy Towarzystw dobroczynności, kasy hutnicze, kasy robotnicze, pod warunkiem jednak, by praca lekarza lub ilość zużytego przezeń czasu nie wymagała stosowania wyższej normy. Zjawia się pytanie, do jakiej kategorii zaliczać należy towarzystwa ubezpieczeń. Protestują one zgodnym chórem przeciwko zaliczaniu ich do kategorii zamożnych, zdaniem jednak prof. THIEMA, z którego dzieła p. t. „Handbuch der Unfalcrkrankungen” szczegóły te czerpię, niepodobna wymagać, by lekarze stosowali względem towarzystw ubezpieczeń niższe normy. Pamiętać należy, że ekspertyza, jak słusznie zaznacza ten sam dr. THEM, w tych właśnie razach, o których mowa, jest niezmiernie trudna i odpowiedzialna, wymaga od lekarza należytego przygotowania, oraz że cała nienawiść ze strony niezadowolonych z orzeczenia spływa jedynie i niepodzielnie na lekarza-eksperta. Wiedzą o tem zarządy towarzystw ubezpieczeń, to też na zapytanie SCHAUSEILA, jakie względem nich należy stosować normy, z 60 towarzystw 47, a z 69 oddziałów tychże towarzystw 57 — oświadczyło się za stosowaniem wyższych, droższych norm.

Co do Austrii i krajów, w skład jej wchodzących, to, jak mi łaskawie komunikuje redaktor G l o s u l e k a r z y, kolega MIKOŁAJEWSKI ze Lwowa, „czynności lekarza, oceniającego niezdolność do pracy wskutek wypadku przy zajęciu, nie wchodzą w zakres działania lekarzy kas chorych. Przeto i lekarze fabryczni, stanowiący jedną z kilku kategorii lekarzy kasowych, do tego nie są obowiązani, o ile zaś interwenjują przy tego rodzaju przypadkach za ocenę niezdolności liczą osobne honoraria, które wypłaca interesowany zakład Ubezpieczeń od wypad-

ków, nie mający w Austrii nic wspólnego pod względem administracyjnym z Kasami chorych. Dopiero projekt reformy ubezpieczenia socjalnego, od kilku lat w Radzie państwa za legający, wprowadza pewną łączność obu tych gałęzi ubezpieczenia (na wypadek choroby i nieszczęśliwej przygody), z czego zapewne wyniknie także zmiana, względnie rozszerzenie obowiązków lekarzy kasowych, lecz, jak się te stosunki ukształtują, dziś jeszcze przewidzieć niemożna.

W obecnych warunkach zdarzają się często starcia na tem tle, że kasy chorych domagają się od lekarza kasy także świadectw i orzeczeń w sprawach ubezpieczeń od wypadku, lecz organizacje lekarskie i poszczególni lekarze tego rodzaju żądania uważają za bezpodstawne. Honorarya za te świadectwa nie są dotąd ujednostajnione. Stanowi to właśnie przedmiot zabiegów lekarskich. Zwykle pisze lekarz na drukowanych blankietach nasamprzód doniesienie początkowe, stwierdzając stan obecny i w przybliżeniu ocenę uszkodzenia, potem, w końcu leczenia wydaje również na blankiecie ocenę upośledzenia zdolności do pracy. Za każde takie doniesienie płacą 3 do 5 koron.

W razie, gdy sprawa uszkodzenia przychodzi przed forum sądowe, sąd przyznaje lekarzom wynagrodzenie stosunkowo znaczne.

Co do lekarzy fabrycznych przedewszystkiem, a i co do lekarzy kasowych wogóle, czynności rzeczoznawcze przy uszkodzeniach, według zdania wielu, nie powinny im być przydzielane, gdyż lekarz kasowy w obecnej organizacji kas u nas (w Austrii) jest zależny od zarządu kasy, od pracodawców i nawet od robotników, z powodu więc obowiązków rzeczoznawcy może wpaść w różne kolizje i mimowoli może ulegać naciskowi pewnych czynników.

Tyle, co do stosunków austriackich.

Jak widzimy, prawodawstwa krajów, mogących być wzorem dla nas, w celu ferowania orzeczeń co do stanu zdrowia poszkodowanego przy pracy uciekają się do pomocy lekarzy — ekspertów, którzy za swe czynności pobierają odpowiednie wynagrodzenie.

Na tym gruncie stoimy i my. Pragnę-

libyśmy mianowicie dla dobra poszkodowanych, by o stanie ich zdrowia orzekali specjaliści lub zbiorowe ciała lekarskie na wzór kolegów bawarskich. Ku temu dążyli lekarze łódzcy, gdy na jednym z ogólnych zebrań Koła Lekarzy fabrycznych na wniosek kol. S. STERLINGA uchwalili, by lekarze fabryczni wydawali ostateczne orzeczenie o stanie zdrowia poszkodowanego przy pracy i oceniające stopień utraty zdolności robotnika tylko do pewnego terminu, po upływie zaś tego terminu rzecz ta przejść miała do rąk Komisji, złożonej z grona lekarzy. Komisja miała, decydować sama w łatwiejszych przypadkach, w razie trudności rozpoznawczych miała się zwracać o pomoc do specjalistów. Orzeczenia Komisji miały być płatne. Projekt był bardzo dobrze opracowany, a jeśli nie został dotąd wcielony w życie, winić o to należy Sekretaryat koła lekarzy fabrycznych w Łodzi lub raczej całe Koło, jako takie, o to, że nie potrafiło wypełnić swej własnej uchwały. Motywy przekazania czynności rzeczoznawcy Komisji były zwykle, t. j. niemożność wymagania od każdego lekarza fabrycznego specjalnego przygotowania w zakresie każdej gałęzi medycyny, uwolnienie lekarza fabrycznego od bardzo przykrego dlań choćby cienia podejrzenia, że podlega lub może podlegać jakimkolwiek naciskowi przy ferowaniu orzeczenia, wreszcie danie możności, wobec istnienia potrzeby wyspecjalizowania się w zakresie rzeczoznawstwa mniej lub bardziej licznej grupie lekarzy.

Od czasu zapadnięcia powyższej uchwały upłynęło lat parę, stosunki nie uległy przez ten czas żadnej zmianie. Po dawnemu lekarz fabryczny zmuszony jest decydować w charakterze rzeczoznawcy o każdym poszkodowanym, gdyż tego wymagają odeń towarzystwa ubezpieczeń, po dawnemu czyni to bezpłatnie.

Dziś sprawę tę wznawiamy. Pragnęlibyśmy uzyskać dla niej sankcyę I Zjazdu lekarzy prowincjonalnych, pewni bowiem jesteśmy, że powaga tego Zjazdu przekonać potrafi towarzystwa Ubezpieczeń o konieczności stosowania się do naszych postanowień; wierzymy, iż orzeczenie Zjazdu zachę-

ci kolegów lekarzy fabrycznych do odmawiania wydawania świadectw co do wyniku uszkodzenia i że przyczyni się do powstania biur ekspertyz lekarskich, które prócz Europy Zachodniej widzimy w Cesarstwie Rosyjskiem np. w Moskwie lub Charkowie. Orzeczenia biur czy specjalistów będą miały większą wagę w oczach zarówno poszkodowanych jak przemysłowców, a może i towarzystw asekuracyjnych, z nas zaś lekarzy fabrycznych zdejmą przykry obowiązek występowania w roli rzeczoznawców, co niewątpliwie, wpłynie na polepszenie stosunków między lekarzami fabrycznymi i robotnikami.

---

## ZE SPRAW BYTU LEKARZY.

### XVII. O ubezpieczeniu lekarza i jego rodziny.

Odczyt, przeznaczony na I Zjazd lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polsk.

napisał

**D-r Józef Zawadzki.**

Z zestawień kol. BRONOWSKIEGO<sup>1)</sup>, który na zasadzie odnośnej ankiety, rozesłanej 7 lat temu, opracował referat p. n. „Byt lekarzy w Królestwie“ wynika, iż przeciętny dochód lekarzy prowincjonalnych waha się od 1,500—2,100 rb. zależnie od miejscowości, najniższy zaś sięga zaledwo 560 rubli. Cyfry te, zebrane z siedmuset kilkudziesięciu odpowiedzi, z których  $\frac{2}{3}$  wypada na miasta prowincjonalne, dowodzą, iż ogólny poziom zarobków lekarskich wzrósł wprawdzie w ciągu lat 13<sup>2)</sup>, ale stoi na dość niskim poziomie tembardziej, iż praca lekarza prowincjonalnego jest bardzo wyczerpująca fizycznie.

Między innymi danymi, rozpatrywanymi przez kol. BRONOWSKIEGO, szczególnie zwraca ją na siebie uwagę dwie cyfry również za-

czepnięte z ankiety: zaledwo 40% lekarzy prowincjonalnych myśli o przyszłości, należąć bądź do kasy lekarskiej, bądź ubezpieczywszy się w Tow. ubezpieczeń, w Warszawie zaś czyni to zaledwo 50% lekarzy. A jednak w wielu, niemal wszystkich listach, dołączonych do ankiety przewijają się smutne refleksje co do zabezpieczenia przyszłości lekarza i jego rodziny, wszyscy nieomal wzdychają do kooperatyw lekarskich i widzą w nich nadzieję poprawy bytu w przyszłości.

Sądzę zatem, że będzie zupełnie na czasie podnieść ponownie sprawę przed laty czterema zainicjonowaną przezemnie w b. Stowarzyszeniu lekarzy polskich, korzystając ze znacznego napływu kolegów, na I-ym zjeździe lekarzy prowincjonalnych.

Społeczeństwo nasze jak dotąd mało wogóle zajmowało się sprawą drobnych oszczędności, nie lubi czekać lat długich na wyniki nie umie, z wytrwałością grosz do grosza ciulając, dochodzić do fortuny, jedni tylko chłopci szli w tym kierunku, klasa mieszczańska wogóle woli żyć nad stan i nie pomnaża bogactw narodowych; jeszcze gorzej wśród zawodów inteligentnych—tu w stosunkach pieniężnych panuje anarchia, nikt bowiem nie stosuje się do swych środków, każdy żyje po nad stan i możność, pocieszając się na myśl o przyszłości: „jakoś to będzie“. I jest „jakoś“, bo lekarz przeciętny do ostatnich chwil życia pracować musi i nie zostawia często ani gorsza na pogrzeb, rodzinę zaś, o ile wcześniej zamrze, zostawia w zupełnem ubóstwie.

Jako usprawiedliwienie slyszymy zawsze, iż zarobki są zbyt male, że oszczędzić nic nie można, że wydatki wzrastają niepomniernie, tak jakby warunki dla lekarza były inne, niż dla innych zawodów.

Przykład Francji, Niemiec i Anglii, gdzie drobne oszczędności stanowią część główną majątku narodowego powoli zaczyna wywierać wpływ na masy, do inteligencji jednak przenika słabo. I podczas gdy w kraju widzimy od lat 5 stały i szybki wzrost wszelkiego rodzaju kooperatyw, podczas gdy sieć kółek rolniczych, kas oszczędnościowych i towarzystw kredytowych obejmuje kraj cały

1) Odczyt w Warsz. Stow. Lek. 19. V. 1911 r.

2) Porównaj ankietę Kroniki Lekarskiej przed laty 20.

śród lekarzy czynnik ten nie uwydatnia się nieomal wcale.

Z ankiety kol. BRONOWSKIEGO widać, że zaledwie 40 proc. myśli coś nie coś o przyszłości materyjalnej, a i to w stopniu bardzo słabym.

Weźmy jako przykład Kasę pożyczkowo-oszczędnościową lekarzy, założoną z mojego poczęcia przed 12 laty. Z cyfr, które za 11 lat istnienia podajemy niżej, widać, że zaledwie  $\frac{1}{15}$  część lekarzy w Królestwie gromadzi tam swe oszczędności, reszta bądź wcale nie uczestniczyła w Kasie, bądź też przez czas krótki; suma oszczędności wzrasta skutkiem tego powoli i nie przekracza 40,000 rubli, bilans instytucji również trzyma się na bardzo niskim poziomie.

Rok	Liczba członków obowiąz.	Wkłady	Wkłady dobrowolne	Bilans
1900	115	5.452	838	9.054
1901	122	11.605	907	14.543
1902	114	16.372	568	20.031
1903	139	22.082	1558	27.234
1904	142	29.710	2210	36.384
1905	146	31.977	3050	40.626
1906	150	31.817	3665	42.218
1907	146	33.842	2664	46.396
1908	144	37.341	1483	52.323
1909	142	35.215	1877	54.985
1910	140	37.897	3964	64.105

A jednak Kasa ma wszelkie dane do rozwoju, nietylko bowiem jest kasą oszczędności, ale i kasą pożyczkową, dokonywać może po za tem wszelkich operacji finansowych na zlecenie swych członków.

Tak słaby rozwój nie może się tłumaczyć nieudolnością zarządu, który wyczerpał sposoby propagandy w tym kierunku, ale obojętnością lekarzy na własne swe dobro, na przyszłość własną i rodziny. Bo nawet przy tak małej stosunkowo liczbie uczestników Kasa jak widać z tablicy dała przez czas swego istnienia zysku 11.992 r., który zwiększył oszczędności uczestników oraz wydała 116.503 rb. pożyczek członkom, pobierając nawet w czasie najwyższej hossy procentowej wszyskiego 7% rocznie.

Rok	Suma pożyczek.	Czyst. zysk kasy.	Dywid.
1900	2.114	—	—
1901	2.963	203	$1\frac{1}{2}\%$
1902	6.009	905	4 "
1903	6.625	720	3 "
1904	8.346	863	$2\frac{3}{4}$ "
1905	9.661	1.044	$2\frac{3}{4}$ "
1906	14.703	1.346	$3\frac{1}{2}$ "
1907	17.070	1.680	3 "
1908	16.762	1.793	3 "
1909	16.720	1.759	3 "
1910	15.300	1.659	$3\frac{1}{2}$ "
	116.503	11.992	

Cyfrы te mówią same za siebie.

Gdyby liczba uczestników Kasy przy blisko 2.000 lekarzy w kraju wynosiła choć 1.000, Kasa stała by się poważną instytucją kredytową, dającą zyski znacznie wyższe i przynosiłaby korzyść znacznie większą zarówno swym uczestnikom, jak i ogółowi lekarzy.

Nie tylko jednak liczba uczestników, ale i wpłacane przez nią wkłady są nikle: na 140 uczestników 103 wpłaca od 24 - 60 rb. rocznie, 27 od 72 - 120 rb. rocznie, 2 po 180 rb., 1 po 240, 3 po 300 i 1 po 600 rb. rocznie. Kasa zatem gromadzi drobne bardzo oszczędności. Po za tem większość uczestników wycofuje wkłady większe po kilku latach i rozpoczyna zbierać na nowo, przez co fundusz oszczędnościowy nie wzrasta do wysokości należytej.

Już 12 lat temu przy zakładaniu Kasy zastanawiałem się jaki typ kasy byłby najbardziej odpowiedni dla lekarzy. Istniały dwa: jeden kasy czysto finansowej oszczędnościowo-pożyczkowej, drugi kasy przezorności. Przy tym ostatnim typie prócz kapitału oszczędnościowego A istnieje t. zw. kapitał przezorności B., na ten kapitał zapisują się wpływy bądź od pracodawców, bądź dochody nadzwyczajne. To też kasy te mogą prosperować dobrze w fabrykach i biurach, gdzie właściciel wpłaca na kapitał B sumę równą wkładce członka, gdzie można urządzać przedstawienia, koncerty etc. na korzyść kasy, gdzie jednym słowem prócz zasady finansowej istnieje filantropia.

Tej filantropii lekarz mieć nie może i nie chce, pozostał więc typ normalny kasy oszczęd-

дноściowo-pożyczkowej i typ ten, zdaje mi się, jest dla nas najodpowiedniejszy. Nie idzie za tem, aby w razie potrzeby nie można było rozszerzyć ustawy w kierunku większej swobody zarządu w dokonywaniu operacji finansowych, możnaby to jednak zrobić dopiero wtedy, gdy Kasa posiadać będzie kapitały poważne.

Ale i przy tym typie na drodze oszczędności można otrzymać rezultaty poważne.

Gdyby uczestnik corocznie składał po 100 rb. rocznie to po latach 10 wraz z procentem składanym zebrałby 1248 rb. kop. 64, po 20—3096 rb. 92 kop. po 30—5832 rb. 83 kop. tj. sumę od której 5 proc. da 291,66 br. procentu rocznego; oczywiście, składając sumę wyższą np. 200 rb., staje się w tym okresie właścicielem poważnego już kapitaliku, który mu da renty około 600 rb. rocznie.

Jeżeli porównamy wyniki oszczędności z prawami emerytalnymi Królestwa dla urzędników, zobaczymy, że oszczędność osobista jest lepszym czynnikiem gwarancyjnym, niż emerytura rządowa. Z praw bowiem emerytalnych wynika, iż do 20 lat służby urzędnik nie otrzymuje żadnej emerytury, po 20 latach —  $\frac{1}{5}$  swej pensyi, po 25— $\frac{1}{4}$ , po 30— $\frac{1}{2}$ , po 35— $\frac{3}{4}$ , po czterdziestu—całość.

Gdyby lekarz, zarabiający 1500 rb. rocznie wpłacał 10 proc. swego zarobku, to po latach 20 zbierze kapitał 4644 rb. emerytury zaś otrzyma 270 i kapitał jego jest stracony, żona zaś otrzyma połowę tj. 135 rb., po 30 latach lekarz zbierze już 8748 rb. i otrzyma emerytury 675 rb., żona zaś po nim 337 rb. rocznie czyli po 20 latach traci kapitał i otrzymuje z niego dożywocie w stosunku mniej niż 6 proc. po 30 latach — 7 proc. A poza tem komisya emerytalna nie przeniesie lekarza do wyższej kategorii, choćby mu nawet brakło 1 dnia do terminu.

Nie jest zatem kasa emerytalna tym ideałem, do którego dążyć należy, tracimy bowiem kapitał włożony, pozostawiamy żonie zaledwie połowę dożywocia swego i przed 20 laty nie otrzymujemy z niej nic, podczas gdy zbierając oszczędności w Kasie lekarzy, jesteśmy zawsze właścicielami kapitału i wyciągnąć możemy z niego daleko wyższe, niż merytura odsetki, nie mówiąc już o innych

dogodnościach należenia do kasy (pożyczki, inne operacje finansowe).

Lekarz więc każdy winien należeć do Kasy, każdy winien tak ułożyć swój budżet, aby mógł oszczędzić bodaj 100, bodaj 150 rb. rocznie, śmiało patrzeć będzie wtedy w przyszłość i troska o los najbliższych nie będzie spędzała mu snu z oczu. Ale, oczywiście, Kasa oszczędnościowa nie może zapewnić rodzinie lekarza bytu w razie wcześniejszej śmierci, to też obowiązkiem każdego lekarza jest ubezpieczyć się na życie. Uczynić to może choćby w rządowych kasach oszczędności. Lekarz np. 40-letni płaci przy 25 letniem ubezpieczeniu na życie po 30 rb. 10 kop. rocznie od tysiąca, młodszy płaci, oczywiście, znacznie mniej.

Opracowując różne typy ubezpieczeń, otrzymałem mnóstwo ofert od Tow. ubezpieczeń, które dla uczestników Kasy chciały zrobić znaczne ustępstwa od stawek normalnych w pierwszym roku, w następnych zaś, o ile Kasa płaciłaby za swych uczestników, dawały na rzecz uczestników ustępstwo całej prowizyi i inkasa, co wynosi do 10% i wyżej.

Chciałem zresztą przed 6 laty utworzyć kasę pogrzebową, opartą na wzajemności, tam przy 1000 członków i wpłacie po 5 rb. za każdą śmierć, rodzina uczestnika otrzymywałaby 5000 rb. I tu napotkałem na obojętność członków Kasy, gdyż wymagana przez ustawę liczba 100 członków nie zebrała się do tej pory.

Ustawa istnieje, podnieść ją można każdej chwili, brak jednak na tyłu przezornych, aby należeć do niej chcieli.

Po za ubezpieczeniem na życie lekarz z racyi zawodu swego powinien ubezpieczyć się od wypadku. Składka nie jest wysoka, za 10,000 rb. odszkodowania na wypadek stałej niezdolności do pracy i 5000 rb. dla rodziny na wypadek śmierci z wypadku płacę 25 rb. w Przezorności Warszawskiej.

O ubezpieczeniu lekarzy na wypadek czasowej niezdolności do pracy skutkiem choroby z mojej inicjatywy pomyślało b. Stowarzyszenie lekarzy polskich. Kasa rozwijała się dobrze, wypłaciła szereg odszkodowań po 5 rb. dziennie, niestety, zamknięto ją wraz ze Stowarzyszeniem. Dziś są w toku

starania o nową kasę i sądzę, że za kilka miesięcy będzie już otwarta.

Pozostaje sprawa niezdolności stałej skutkiem choroby nie z wypadku. Instytucji podobnej nie posiadamy. Możliwy w tym kierunku zreformować Kasę wsparć, sądzę jednak, że przy większym zgrupowaniu lekarzy i tu przy pomocy matematyków udało by się uzyskać ubezpieczenie wzajemne.

Szanowni Koledzy! Nie chcę nadużywać dłużej waszej uwagi. W krótkich słowach pragnęłam naszkicować plan zabezpieczenia się przed smutnymi ewentualnościami życiowymi. Szczegóły omówić można zawsze.

Lekarz, któryby przy dochodzie średnim 1500 rubli rocznie, chciał ubezpieczyć się od wszelkich ewentualności musiałby płacić: a) w kasie 150 rb., b) w towarzystwie ubezpieczeń (na 3000 rb.) około 70 rb., c) w kasie chorych około 15 rb., d) przy ubezpieczeniu od nieszczęśliwych wypadków około 20 rb. czyli razem 255 rb. t. j. około 21 rb. miesięcznie. Suma to pozornie duża, mogłaby być zmniejszona przy ubezpieczeniu grupowym, w rzeczywistości jednak wobec korzyści jest ona niczem. I przy sposobach proponowanych uczestnik Kasy miałby tę korzyść, że ma w razie chwilowej potrzeby zawsze pomoc gotową w Kasie, że nie traci wkładów, jak w tow. ubezpieczeń, gdy rok lub dwa nie może uiścić premii asekuracyjnych.

Dowody chyba wymowne.

Streszczam się:

1) Zdobycie w stosunkach normalnych emerytury lub co prawdziwsza kapitału za-

bezpieczającego, starość i los rodziny jest możliwe tylko na drodze oszczędności przez uczestniczenie w Kasie oszczędnościowo-pożyczkowej lekarzy, w której prócz oszczędności uczestnik ma prawo do zaciągnięcia w każdej chwili pożyczki.

2) Utworzenie kasy emerytalnej dla lekarzy uważam dziś za utopię, która nieprędko urzeczywistnić się zdoła

3) Prócz uczestnictwa w Kasie za jej pośrednictwem każdy lekarz jaknajwcześniej winien ubezpieczyć się na życie.

4) również uważam za konieczne ubezpieczenie się od kalectwa i śmierci z wypadku.

5) Po za tem każdy lekarz powinien należeć do kasy chorych, która niebawem rozpocznie swą działalność.

Uczyniwszy zadosyć tym wymaganiom, lekarz w ufnością spojrzy w przyszłość, a, oszczędzając, będzie wiedział, iż nie tylko czyni dobrze sobie, ale podnosi wysokość majątku narodowego, który tylko dzięki oszczędności może dorównać majątkowi szczęśliwszych od nas narodów.

I gdybym mógł przekonać Was Szanowni Koledzy, gdybym był na tyle wymowny, bym swe głębokie pod tym względem przekonanie mógł wlać w serca Wasze jestem pewien, że już po latach kilkunastu byt materialny lekarzy byłby utrwalony. Bo zrzeszenie rodzi nowe pomysły, da broń w rękę dla walki z życiem, da oparcie w każdym nieszczęściu i da potrzebny spokój przy pracy.

Nie ociągajcie się więc dłużej, ale idźcie we wskazanym kierunku.

## Od Redakcyi.

(KONKURSY).

Redakcja Medycyny i Kroniki Lekarskiej z czystego zysku wydawnictwa za r. 1910 przeznaczyła rb. 100 jako nagrodę za najlepszy odczyt, wygłoszony w Warszawskim Towarzystwie Lekarskim w r. 1911, a ogłoszony w naszym piśmie. Oceny odczytów dokona specjalny sąd konkursowy, powołany przez Redakcję Medycyny i Kroniki Lekarskiej.



Prócz powyższego ogłaszamy na rok 1911 następujące konkursy:

A) Z daru Sz. Kol. jubilata J. MAJKOWSKIEGO za najlepsze streszczenie zbiorowe lub wykład kliniczny, drukowane w r. 1911 w „Medycynie i Kronice Lekarskiej” rb. 50 (pozostałe z r. 1910).

Warunki konkursu:

1. Konkursem objęte są prace, wydrukowane w r. 1911 w naszym piśmie i nadesłane do Redakcyi przed 15 października 1911 r.

2. Objętość prac nie może przekraczać 1½ arkusza druku naszego pisma.

3. Autor najlepszej pracy otrzyma nagrodę rb. 50 prócz honorarium zwykłego.

6. Skład sądu konkursowego ustanowi komitet redakcyjny, wynik zaś konkursu będzie ogłoszony przed 1 marca 1912 r.

B) Z daru Sz. Kol. Kazimierza Rzętkowskiego konkurs na najlepszą pracę oryginalną lub wykład kliniczny z dziedziny t. zw. pogranicza medycyny wewnętrznej i chirurgii, wydrukowane w r. 1911 w „Medycynie i Kronice Lekarskiej”.

Warunki konkursu:

1. Konkursem objęte są prace, nadesłane do Redakcyi przed 15 października 1911 r. i drukowane w ciągu r. b.

2. Objętość prac nie może przekraczać 2 arkuszy druku naszego pisma.

3. Autor najlepszej pracy oryginalnej lub wykładu klinicznego otrzyma rb. 100.

4. Sądowi konkursowemu przysługuje prawo podziału tej sumy.

5. Sąd konkursowy ustanawia Komitet redakcyjny.

6. Wynik konkursu będzie ogłoszony przed 1 marca 1912 r.

C) Z daru Sz. Kol. Władysława Kopy-

TOWSKIEGO konkurs na „najlepszą pracę z zakresu chorób wenerycznych i skórnych, wydrukowaną w piśmie naszym w r. 1910 i 1911.

Warunki konkursu:

1. Konkursem objęte są prace, wydrukowane w piśmie naszym w ciągu 1910 i 1911 roku i nadesłane do Redakcyi przed 1 listopada 1911 roku.

2. Objętość prac nie może przekraczać 2 arkuszy druku pisma naszego.

3. Autor najlepszej pracy oryginalnej z zakresu chorób wenerycznych i skórnych otrzyma rb. 100.

4. Zgodnie z życzeniem ofiarodawcy o nagrodę ubiegać się mogą tylko lekarze w pierwszym dziesięcioleciu swej działalności lekarskiej.

5. Sąd konkursowy ma prawo dzielić w razie potrzeby nagrodę.

6. Sąd konkursowy zaprasza Komitet redakcyjny.

7. Wynik konkursu będzie ogłoszony przed 1 marca 1912 r.

D) Z funduszu, ofiarowanego przez Sz. Kol. B. KORYBUT-DASZKIEWICZA, ogłaszamy następujący konkurs na pracę z zakresu pediatrii:

1) Konkursem objęte są prace (streszczenie zbiorowe lub wykład kliniczny) z zakresu pediatrii, wydrukowane w r. 1911 w piśmie naszym i nadesłane do Redakcyi przed 1 grudnia r. b.

2) Autor najlepszej pracy otrzyma rb. 100, prócz honorarium zwykłego.

3) Skład sądu konkursowego ustanowi komitet redakcyjny.

4) Sądowi konkursowemu przysługuje prawo rozdzielenia nagrody między 2 prace jednakowej wartości.

5) Wynik konkursu będzie ogłoszony przed 1 Marca 1912 r.

## Wiadomości bieżące.

— Uroczyste posiedzenie Towarzystwa lekarskiego łódzkiego z okazji XXV lecia istnienia odbędzie się d. 3 b m. o g. 7-cj wiecz. w Łodzi przy ul. Spacerowej. Upamiętnieniem tej rocznicy, jest jak wiadomo I Zjazd lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego, któremu poświęcamy ten numer. Niezależnie od życzeń osobistych, które Re-

dakcja nasza złoży na posiedzeniu, na tem miejscu również składamy życzenia, by Towarzystwo i nadal rozwijało tak pożyteczną i owocną dla nauki pracę jak dotąd i świeciło wciąż przykładem bezinteresownej i stałej pracy dla dobra nauki i kraju.

— Do dzisiejszego numeru dołączamy listy zwrotne komitetu redakcyjnego Słownika lekarzy polskich. Komitet ten, zorganizowany z inicjatywy Redakcyi naszej przed 2-ma laty, zdołał już zebrać około 500 życiorysów lekarzy, którzy nie weszli do Słownika Kościńskiego; daleko jednak do całości. Z tego względu i aby ułatwić odpowiedzi, Komitet dołącza do pism polskich odezwę i listy zwrotne z kwestyonaryuszem. Sądzymy, że koledzy pośpieszą z odpowiedziami, brak bowiem Słownika wszystkim odczuwać się daje. Kwestyonaryusz został tak ułożony, że wypełnienie rubryk nikomu nie nastęrczy trudności, a przyspieszy wydanie dzieła pierwszorzędnego dla historii medycyny u nas znaczenia. Toć Słownik ma objąć lata 1889 — 1911, ożywionej działalności na polu naukowym. Dopóki żyją jeszcze przedstawiciele tego pokolenia ułożyć go można bez braków, zbieranie bowiem wiadomości o zmarłych jest bardzo utrudnione.

Korzystając ze Zjazdu lekarzy prowincjonalnych, rozrzućmy odezwę Komitetu po całym kraju. — Na styczniowym posiedzeniu gastrologicznem W. T. Lek., uchwalono opracować schematy dyetetyczne dla użytku lekarzy praktyków. Pracy tej podjęli się kol.: M. Halpern, A. Landau, L. Lorentowicz, B. Malewski i J. Zawadzki.

Po odczytaniu schematów na posiedzeniu majowem, redakcyja nasza wzięła na siebie ich wydawnictwo, uważając je za bardzo pożyteczne dla unormowania dyetetyki praktycznej. Schematy wydaliśmy w formie bloków do zdzierania.

W schematach uwzględniono następujące dyety: normalną mieszaną, jarską, mieszaną z przewagą jarskiej (obstipatio), lekko strawne w chorobach ze wzmożonym i upośledzonym wydzielaniem żołądka, z biegunką i z niedomogą żołądka, dyetę tuczącą i ochudzającą. Bloki te w liczbie ośmiu po sto kartek w każdej, są do nabycia w naszej Redakcyi.

**Choroby zakaźne w szpitalu Św. Stanisława w Warszawie za czas od 21-go maja r. b. do 28-go maja tegoż roku.**

	Pozostało chorych	Przybyło	Zejścia śmiertelne
Ospa naturalna	19	2	—
Odra	6	2	—
Szkarlatyna	12	5	—
Tyfus wysypkowy	11	—	—
Tyfus brzuszny	14	2	—

## Zmarli.

### ś. p. WŁADYSŁAW WROŃSKI.

3 maja r. b. zmarł w Otwocku ś. p. WŁADYSŁAW WROŃSKI w 50 roku życia. Zmarły urodził się w Siedleach, w 1885 ukończył wydział lekarski w Warszawie. Po kilkoletnich studiach uzupełniających za granicą, osiadł w Zawichoście, a później w Nasielsku; w r. 1896 i 1897 był asystentem szpitala Dzieciątka Jezus, a od r. 1897 objął samodzielne obowiązki lekarza Sanatorium w Otwocku. I właśnie tu na tem stanowisku był poniekąd pionierem leczenia sanatoryjnego suchot płucnych. Niezwykła słodycz charakteru, spokój, równowaga i cierpliwość jednały mu nie tylko umysły, ale i serca chorych. Zamknięcie w zawodzie obranym widać było na każdym kroku, chciał i umiał leczyć chorych, którym wlewał do duszy słowa pociechy z takim przekonaniem, że każdy z chorych ś. p. WROŃSKIEGO pamięć o nim na całe życie zachował.

Zmarły prócz zajęć w sanatorium i praktyki szpitalnej od zarania swej działalności nie wypuszczał pióra z ręki, był czynnym członkiem Tow. hyg., gdzie nieraz głos zabierał.

Ogłosił drukiem:

1. Epidemia cholery azyatyckiej w Nasielsku, (Kronika Lekarska 1894).
2. Przypadek rany drążącej brzucha. (Przegląd Chirurgiczny, T. II).
3. Badania bakteryologiczne nad płynami użytymi do wstrzykiwań podskórnych. (Gaz. Lek. 1897).
4. Otwock jako miejscowość klimatyczna. (Warszawa 1898).
5. Sanatorium dla chorych w Otwocku. (Zdrowie 1899).
6. Sanatoria dla zamożnych chorych piersiowych (Dz. IX Zjazdu Lek. Pol. 1900).
7. Jak sobie radzić w chorobie. (Warszawa 1900).
8. Kilka uwag w sprawie sanatoryjów. (Medycyna 1903).
9. Działalność Sanatorium w Otwocku w walce z gruźlicą u nas. (Gazeta Lekarska, 1906 r.).
10. Jak sobie radzić w chorobie i jak pielęgnować chorych. (Warszawa, 1908).

Ze spisu tych prac widzimy, że zmarły żywo interesował się nie tylko medycyną, ale i higieną ludu.

Zmarłemu Koledze żal powszechny towarzyszy do grobu.

J. Z.

## LUDWIK PRZEDBORSKI.

Laryngologia polska poniosła dotkliwą stratę: zmarł w Łodzi po długich cierpieniach dr LUDWIK PRZEDBORSKI.

Ubył miastu zdolny i sumienny lekarz, szpitalowi—dzielny i pilny ordynator, nauce lekarskiej—skrzętny pracownik, krajowi—prawy, czynny na polu pracy społecznej obywatel.

LUDWIK PRZEDBORSKI urodził się w r. 1858 w Warszawie, tu też kształcił się i ukończył wydział lekarski w r. 1884. Po odbyciu studiów laryngo-otologicznych w Wiedniu, osiadł w Łodzi i tamże spełniał obowiązki ordynatora szpitala od chwili jego założenia.

LUDWIK PRZEDBORSKI należał do tej garści lekarzy prowincjonalnych, którzy nie zasklepiając się wyłącznie w praktyce, śledzą postępy nauki i w miarę możliwości przyczyniają się do jej rozwoju.

Dowodem tego liczny szereg prac, których spis podajemy poniżej; a nie są to wyłącznie opisy ciekawych przypadków: PRZEDBORSKI kroczy równolegle z panującymi w nauce prądami i uwagę swą skierowuje na aktualne, będące na dobre kwestye. Tu należą np. jego prace nad nerwicami odruchowymi w związku ze zmianami w jamach nosowych, nad zakaźnymi zapaleniami gardzieli i krtani, nad zmianami w krtani w tyfusie, nad stosowaniem płynu KOCHA w gruźlicy i t. d.

Prócz tego PRZEDBORSKI był dzielnym popularyzatorem wiedzy lekarskiej, jak tego dowodzą jego prace: „Sen i senne marzenia“, „Zmysł słuchu i dźwięk“, oraz inne.

LUDWIK PRZEDBORSKI zmarł w sile wieku, bo mając zaledwie lat 53, w wieku, gdy wiele jeszcze mógł zdziałać dla nauki i społeczeństwa.

Cześć Jego pamięci.

Prace L. PRZEDBORSKIEGO:

1. Bezgłos histeryczny, skurcz wdechowy, wywołane cierpieniem jam nosowych. G. Lek., 1886.
2. Przypadek samodzielnego porażenia histerycznego krtani ze stałymi objawami skurczu fonacyjnego i oddechowego. Gaz. Lek., 1886.
3. Obecne metody leczenia gruźlicy krtani. Gaz. Lek., 1887.
4. Nieżyt przewlekły nosa przerostowy, związek tegoż z cierpieniami sąsiednich i bardziej oddalonych narządów i z licznymi nerwicami zwrotnymi ciała. Gaz. Lek., 1888.
5. O krwotocznym zapaleniu krtani. Gaz. Lek., 1890.
6. Wyniki stosowania płynu KOCHA w szpitalu Starozakonnym w Łodzi. G. Lek., 1891.
7. Przypadek pierwotnego skurczu rozszerzaczy głośni. Gaz. Lek., 1893.
8. Przypadek uwięźnięcia obcego ciała w przestrzeni podgłośniowej krtani. G. Lek., 1894.
9. Przyczynek do nauki o ostrych zakaźnych ropnych zapaleniach gardzieli i krtani. Gaz. Lek., 1896.
10. O nerwowych zaburzeniach krtani w tyfusie brzuszny i wysypkowym. G. Lek., 1897.
11. Przypadek obustronnego porażenia rozszerzaczy krtani pochodzenia histerycznego. Czas. Lek., 1900.
12. Cierpienia krtani w ciąży. Gaz. Lek., 1900.
13. Ropień nagłośni w następstwie odry. Gaz. Lek., 1900.
14. Włókniaki dolnych płatów obydwóch muszli usznych. Czas. Lek., 1909.
15. Neurastenia i ropienie tylnych komórek sitowych. Czas. Lek., 1904.
16. O wpływie niedrożności nosa i jamy nosogardzielowej na zdrowie dorastającej młodzieży. Zdrowie, 1909.
17. Stosunek laryngologii i otologii do wiedzy i sztuki lekarskiej. Czas. Lek., 1905.
18. Wpływ ciąży i karmienia na gruźlicę. Czas. Lek., 1905 (razem z Sachsem i Sterlingiem)
19. Sen i senne marzenia. Zdrowie, 1948.
20. Zmysł słuchu i dźwięk. Jak poznajemy świat. Bibl. popularna, wyd. Arcta.
21. Nerwice odruchowe w chorobach nosa. O fenolu sulforyzowanym w gruźlicy krtani. (Międzynar. kongr. lek. w Berlinie i Rzymie).

Dr S. Meyerson.

# Program I Zjazdu Lekarzy Prowincjonalnych KRÓLESTWA POLSKIEGO

w Łodzi, dnia 4-go i 5-go czerwca 1911 roku <sup>1)</sup>.

## DZIEŃ 1-szy.

Niedziela, dnia 4-go czerwca

Od godz. 8-ej z rana do godz. 11-ej w południe oczekują na uczestników Zjazdu:

Szpital dziecięcy [i ambulatoryum] Anny Maryi [ulica Rokicińska № 11].

Szpital powiatowy Św. Aleksandra [ulica Piotrkowska, plac Szpitalny]. Dr GOLDBERG: Demonstracya techniki nakłucia lędźwiowego [o godzinie 9<sup>1</sup>/<sub>2</sub> z rana].

Lecznica prywatna Doktorów: FR. LANGEGO, E. MITTELSTAEDT'a, R. SKIBIŃSKIEGO, A. TOCHTERMANA, I WATTENA i T. ZABOROWSKIEGO [ulica Podleśna № 15]. Od godz. 9-ej do 11-ej.

Inhalatoryum [wziewalnia suchej soli] pod kierunkiem Dra J. GRABOWSKIEGO [ul. Spacerowa № 29]. Od 10 do 11-ej.

„Przychodnia“ Ligi przeciwgrudliczej [ul. Spacerowa № 11]. Od 10 do 11-ej.

Pogotowie Ratunkowe [ul. Długa № 81]. Od 10 do 11-ej.

\* \* \*

O godzinie 11-ej rano

### I-sze posiedzenie ogólne

[w sali Sekcyi III].

I. Otwarcie Zjazdu przez Przewodniczącego w Komitecie organizacyjnym.

II. Wybory: Prezesa honorowego, Prezydium posiedzeń ogólnych i Prezydium posiedzeń sekcyjnych.

III. Sprawa II-go Zjazdu lekarzy prowincjonalnych Królestwa Polskiego.

IV. WŁ. BIEGAŃSKI—Częstochowa. „O pracy naukowej lekarza prowincjonalnego“.

\* \* \*

Od godz. 2 i pół do godz. 7-ej wieczorem posiedzenia sekcyjne.

### Sekcyja I, medycyny wewnętrznej.

1) H. FIDLER—Radom. „Zarys dziejów leczenia gruźlicy i przewidywania na przyszłość“.

2) J. CZAJKOWSKI—Sosnowiec. „O surowicach leczniczych sztucznych, oraz uwagi o ich wartości jako leku swoistego“.

3) S. RUTKOWSKI—Płońsk. „Stan fizyczny naszej ludności krótko- i długogłowej“.

4) J. BRZEZIŃSKI—Zawiercie. „O dyecie naszych szpitali, ze szczególnem uwzględnieniem diety w szpitalu fabryki „Zawiercie“.

5) W. PUŁAWSKI—Radziejów. „O reinjekcyi surowicy przeciwbłoniczej, na zasadzianych, otrzymanych w ciągu lat szesnastu z praktyki własnej“.

6) K. ROZENFELD—Częstochowa. „O chorobie posurowiczej“.

7) F. LANGE—Łódź. „Znaczenie metod roentgenologicznych w dyagnosyce chorób wewnętrznych“.

8) C. BARSZCZEWSKI—Warszawa. „Zdrowy i chory żołądek w świetle badań radiologicznych“.

9) W. KOHN—Częstochowa. „Wartość praktyczna teoryi WASSERMANN'a“.

### Sekcyja II, medycyny chirurgicznej.

1) S. DOBRUCKI—Lublin. „Sprawność szpitali prowincjonalnych Królestwa wobec najniezbędniejszych rękoczynów chirurgicznych“.

2) E. WISZNIEWSKI—Siedlce. „O gruźlicy chirurgicznej w szpitalu Najśw. Maryi Panny w Siedlcach w ubiegłym dziesięcioleciu“.

3) A. ZALESKI—Płock. „Niektóre błędy w leczeniu gruźlicy chirurgicznej“.

<sup>1)</sup> Posiedzenia odbywać się będą w Lokalu T-wa Łekarskiego, przy ulicy Spacerowej № 21.

4) A. ZALESKI — Płock. „Przypadek wprowadzenia przepukliny *en masse*“.

5) A. ZALESKI — Płock. „Przyczynki do repozycji przepuklin“.

6) C. STANKIEWICZ — Warszawa. „W sprawie techniki wycinania wyrostka robaczkowego“.

7) A. GOLDMAN — Łódź. „Dezynfekcja rąk i pola operacyjnego“.

8) I. WATTEN — Łódź. „Aseptyka i antyseptyka w życiu lekarza-praktyka“.

9) H. GOLDBERG — Łódź. „Praktyka znieczulenia lędźwiowego“.

10) J. LÖWENSTEIN — Warszawa. „O do-  
szczętnem operowaniu nowotworów złośli-  
wych sutki“.

11) J. LÖWENSTEIN — Warszawa. „Ap-  
pendicitis perforativa in extremis“.

12) J. LEYBERG — Łódź. „O tuberkuli-  
dach skóry i ich znaczeniu dla dyagnastyki  
gruźlicy“.

13) J. LEYBERG — Łódź. „O martwicy  
tkanki tłuszczowej w patologii skóry ludz-  
kiej“.

### Sekcja III-cia, medycyny publicznej.

1) J. DEHNEL — Sosnowiec. „Rozwój i  
stan szpitalnictwa w Zagłębiu Dąbrówkiem  
w ciągu ostatnich 25 lat, oraz uwagi o szpita-  
lach na prowincyi“.

2) A. JAROSIŃSKI — Sterdyń. „O szpita-  
lnictwie w gubernii Siedleckiej“.

3) H. TRENNER — Łódź. „Szpitalnictwo  
łódzkie“.

4) W. CHODŹKO — Kochanówka. „Stan  
opieki nad umysłowo chorymi w Królestwie  
Polskiem“.

5) J. BRUDZIŃSKI — Warszawa. „Współ-  
czesne szpitalnictwo dziecięce (z demonstra-  
cją planów nowego szpitala dla dzieci)“.

6) S. BRONOWSKI — Warszawa. „O stanie-  
materiałnym lekarzy Królestwa Polskiego  
(na zasadzie kwestyonaryusza) i o środkach  
poprawy tego stanu“.

7) A. SZCZEPANIAK — Radom. „O zawo-  
dowym zespoleniu lekarzy“.

8) A. JAROSIŃSKI — Sterdyń. „Stanowi-  
sko i byt lekarza na prowincyi“.

9) J. ZAWADZKI — Warszawa. „W spra-  
wie bytu lekarzy. Kasy przezorności i oszczęd-  
ności“.

10) BR. SAWICKI — Warszawa. „W spra-  
wie kształcenia młodych lekarzy“.

11) H. WASSERMANN — Łódź. „O znacze-  
niu szpitalnictwa w pracy naukowej, zwłasz-  
cza lekarza prowincjonalnego“.

### DZIEŃ II-gi.

Poniedziałek, d. 5 czerwca r. 1911.

Od godz. 8-ej rano do godz. 10 i pół w  
południe oczekują na uczestników zjazdu:

Szpital dla zakaźnych (ulica Łąkowa  
Nr. 32). Pokaz filtra biologiczno-mechani-  
cznego, urządzeń wewnętrznych (ew. — de-  
monstracja ciekawych przypadków); godz.  
10 rano.

Szpital starozakonnych (i ambulatory-  
um) fund. Małż. Poznańskich (Targowa Nr. 1).  
Od godz. 9-ej do 10-ej rano.

Szpital ewangelicki przy domu „Dyako-  
nis“ (Północna Nr. 42). Od godz. 9-ej do 10-ej  
rano.

„Przychodnia“ Ligi przeciwgruźliczej  
(Spacerowa 11). Od 10-ej do 11-ej.

Pogotowie Ratunkowe (Długa Nr. 81).  
Od 10-ej do 11-ej.

\* \* \*

Od godziny 10 i pół do godz. 1-ej posie-  
dzenia sekcyjne.

### Sekcja I-sza, medycyny wewnętrznej.

1) A. KĘDZIERSKI — Serock. „Wartość  
teorii w praktyce lekarskiej“.

2) Z. WĘGLIŃSKI — Hża. „Moja metoda  
leczenia świeżych przypadków obłądu u  
ludu“.

3) ST. KOPCIŃSKI — Kochanówka. „O po-  
stęпах w rozpoznawaniu i leczeniu chorób  
umysłowych“.

4) L. BATAWIA — Częstochowa. „Prze-  
wlekłe stany gorączkowe pochodzenia mi-  
gdałkowego“.

5) J. MAYBAUM — Łódź i A. TUCHENDLER —  
Warszawa. „Sprawy chorobowe dolnego od-  
cinka kiszek w świetle badań rektoskopo-  
wych“ (z demonstracją chorych w szpitalu  
żydowskim).

6) E. SONNEBERG — Łódź. „O próbie  
Nylandera“.

7) D. HELMANN Łódź. „Zaburzenia uszne u niemowląt i u dzieci w wieku wczesnym“.

8) A. GROSLIK Łódź. „Zagadnienia syfilidologii doświadczalnej“.

9) S. ROTWAND — Łódź „Przyczynek do patologii grasicy“.

10) M. SILBESTROM — Łódź. „O biologicznym zjawisku anafilaksy i jego znaczeniu“.

### Sekcja II-ga medycyny chirurgicznej.

1) C. CZERWIŃSKI — Lublin. „Postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza-praktyka“.

2) M. KAUFMAN—Łódź; „Postępy położnictwa w zakresie wykonawstwa lekarza-praktyka“.

3) S. SITKOWSKI—Radzyń. „O aseptyce położniczej w praktyce prywatnej“.

4) C. RASZKES — Radom. „O postępach położnictwa“.

5) L. TOKARZEWSKI—Włodawa. „Stan położnictwa w powiecie Włodawskim“.

6) C. STANKIEWICZ—Warszawa. „O leczeniu operacyjnym tyłozgięcia macicy“.

7) L. LORENTOWICZ—Warszawa. „Etyologia i leczenie wypadnięcia macicy i pochwy w świetle ostatnich badań“.

8) Z. ENDELMAN—Warszawa. „O postępowaniu akuszerskim w łóżysku przodującym“.

### Sekcja III-cia medycyny publicznej.

1) K. LIDMANOWSKI—Zagórowo. „Organizacja pomocy lekarskiej dla ludu“.

3) J. PEŁCZYŃSKI — Radom. „Stan rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na prowincyi“.

4) B. ŁUCZYCKI — Łódź. „Stan rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na prowincyi“.

5) J. ZAWADZKI — Warszawa. „Rola lekarza biegłego w naszych sądach“.

6) S. SKALSKI — Łódź „Lekarz fabryczny w roli rzeczoznawcy“.

7) S. SKALSKI — Łódź. „Próba statystyki zdrowia robotników fabrycznych w chwili przyjęcia ich do pracy“.

\* \* \*

Od godziny 2 i pół do godz. 6-ej posiedzenia sekcyjne.

### Sekcja I, medycyny wewnętrznej.

1) J. IDZIKOWSKI—Pruszków. „O potrzebie zakładów hydro- i mechanotarapeutycznych na prowincyi“.

2) B. ŁUCZYCKI—Łódź. „Przyczynek do sprawy walki z padaczką w Królestwie Polskiem“.

3) H. ROZENTAL—Łódź. „Leczenie gruźlicy tuberkuliną“.

4) A. LANDAU—Warszawa. „O nowych prądach w dziedzinie patogenezy i leczenia moczołki cukrowej“.

5) T. ŁAPIŃSKI—Warszawa. „O leczeniu epilepsyi“.

6) H. JAKUBOWICZ—Warszawa. „Nawykowe zaparcie stolca w świetle anatomii i fizjologii układu nerwowego“.

7) J. SZWARCMAN—Łódź. „O znaczeniu biologicznym chlorków w stanach zakaźnych“.

8) J. SZWARCMAN—Łódź. „O potrzebie założenia stacyi biologicznej w Łodzi“.

9) M. COHN—Łódź. „Assuan jako stacya klimatyczna“.

### Sekcja II, medycyny chirurgicznej.

1) A. de MICHELIS — Chełm. „Kilka słów o intubacji“.

2) A. TOMASZEWSKI—Łódź. „O wczesnym rozpoznawaniu i leczeniu gruźlicy stawu biodrowego“.

3) M. MARX — Łódź. „O stosowaniu metody BIER'a w praktyce prywatnej“.

4) J. BIRENWEIG — Łódź. „O zachowawczem leczeniu chorób skórnych“.

5) J. LUXENBURG i L. ZEMBUSKI—Warszawa. „Uraz w stosunku do niektórych cierpień wewnętrznych i chirurgicznych“.

6) W. KACZYŃSKI—Parczew. „Niewystarczająca znajomość oto- i laryngologii na prowincyi“.

7) D. HELMAN—Łódź. „Przyczynę do kamieni nosowych (t. zw. rynolitów“.

8) M. HERTZ—Warszawa. „O potrzebie kursów laryngo-otologicznych dla lekarzy prowincjonalnych“.

9) M. HERTZ — Warszawa. „O traumatycznym uszkodzeniu błony bębenkowej“.

10) J. DONATT-SZLEIFSTEIN—Warszawa. „Stan otyatrii i laryngologii w naszych szpitalach“.

11) J. DONATT-SZLEIFSTEIN—Warszawa. „Co lekarz prowincjonalny wiedzieć winien z dziedziny cierpień ucha, nosa, gardzieli i krtani“.

12) J. DONATT-SZLEIFSTEIN—Warszawa. „Otyatria i laryngologia w stosunku do higieny szkolnej“.

2) S. BARTOSZEWICZ—Łódź. „O registracji śmiertelności w miastach“.

3) J. IDZIKOWSKI — Pruszków. „O działalności kulturalno-higienicznej lekarzy szkół początkowych“.

4) Z. GARLICKA—Łódź. „O walce z rakiem macicy“.

5) J. PUTERMAN—Sosnowiec. „O małych pracowniach dyagnostyczno-rozbiorowych“.

6) J. PEŁCZYŃSKI — Radom. „Praktyka walki z chorobami zakaźnymi“.

7) L. BRUNNER—Warszawa. „O walce z wilkiem“.

8) A. GOLDENBERG — Łódź. „Znaczenie języka Esperanto dla lekarzy“.

\* \* \*

O godzinie 6-ej po południu:

### Sekcja III, medycyny publicznej.

1) FR. MIERZYŃSKI—Chorzele. „Z zagadnień etyki zawodowej“.

### II posiedzenie ogólne.

Rozważenie uchwał, powziętych przez oddzielne sekcje i komisje.

### TREŚĆ. Od Redakcyi.

#### PRACE ORYGINALNE:

I. O tuberkulidach skóry i ich znaczeniu w rozpoznawaniu gruźlicy, podał dr. med. J. Leyberg (Łódź).

II. Kilka słów o intubacji, napisał dr. med. Alfred de Michelis (Chełm).

III. Przyczynę do nowych metod operacyjnych w położnictwie, podał dr. H. Raszkes (Radom).

IV. Sprawy chorobowe dolnego odcinka kiszek w świetle badań rektoskopowych, napisał Antoni Tuchendler (Warszawa).

V. Przyczynę do badania otworów świdrowych i solanki Ciechocińskiej, nap. Ignacy Dembicki (Ciechocinek).

VI. Zarys dziejów leczenia gruźlicy oraz przewidywania na przyszłość, przez H. Fidlera (Radom).

VII. Uwagi o szpitalnictwie w gub. Siedleckiej, podał dr. A. Jarosiński. (Sterdyń).

VIII. Stanowisko i byt lekarza wiejskiego u nas, podał dr. A. Jarosiński. (Sterdyń).

IX. Leczenie padaczki, podał T. Łapiński (Warszawa).

X. Przyczynę do walki z padaczką w Królestwie Polskiem, podał B. Łuczycki (Łódź).

XI. Zadania lekarza w wielkich przedsiębiorstwach przemysłowych przy obecnej organizacji fabrycznej pomocy lekarskiej, skreślił Kazimierz Okuszek (Praszka).

#### Medycyna sądowa na prowincyi:

XII. Rzeczoznawstwo sądowo-lekarskie na prowincyi, podał dr. Józef Pełczyński (Radom).

XIII. Stan rzeczoznawstwa sądowo-lekarskiego na prowincyi, podał B. Łuczycki (Łódź).

XIV. Praktyka walki z chorobami zakaźnymi w Radomiu, podał Józef Pełczyński (Radom).

XV. O pracowniach dyagnostyczno-analitycznych prowincjonalnych, podał Jakób Puterman (Sosnowiec).

XVI. Lekarz fabryczny w roli rzeczoznawcy, podał dr. Stanisław Skalski (Łódź).

XVII. Ze spraw bytu lekarzy: O ubezpieczeniu lekarza i jego rodziny. Napisał Dr J. Zawadzki (Warszawa).

#### OD REDAKCYI.

#### WIADOMOŚCI BIEŻĄCE.

Zmarli.

Program I Zjazdu lekarzy Prowincjonalnych Królestwa Polskiego w Łodzi, dnia 4 i 5 czerwca 1911 roku.

#### OGŁOSZENIA.

**ZAMIAST ŻELAZA!****ZAMIAST TRANU!**

# HEMATOGEN D<sup>RA</sup> HOMMELA

**Od 21 lat jest w użyciu w świecie lekarskim**

Nie zawiera kwasu borowego i salicylowego i innych przymieszek przeciwbakteryjnych, zawiera prócz chemicznie czystej hemoglobiny i inne sole świeżej krwi, **głównie zaś ważne związki fosforu** (kalium, natrium i lecytynę) i nie mniej ważne białka surowicy w stanie sześcym i czystym bez wszelkiego rozkładu. Posiada wielkie znaczenie jako środek krwiotwórczy i dyetetyczny obfitujący w organiczne związki żelaza, jako środek wzmacniający dla dzieci i dorosłych w osłabieniu ustroju wywołanem różnymi przyczynami.

**Nie dający się niczem zastąpić, szczególnie w praktyce dziecięcej.**

Wyjątkowe wyniki w krzywicy, żółtaczce, niedokrwistości, chorobach kobiecych, neurastenii, osłabieniu serca, w zimnicy, przedwczesnym osłabieniu mężczyzn. W okresie zdrowienia (zapalenie płuc, gryppa i t. d.).

Wybornie działa jako środek wzmacniający u chorych na płuca. Dzieci wyjątkowo chętnie go przyjmują; znakomicie pobudza apetyt.

Hematogen D-ra Hommela w porównaniu z falsyfikatami odznacza się tem – że nie zmienia się przez czas bardzo długi, co zostało stwierdzone wieloletniem doświadczeniem w okolicach podzwrotnikowych i przy zamrażaniu, jest absolutnie bezpieczny odnośnie gruźlicy, co osiągamy zapomocą wielokrotnie przez nas opisanego sposobu przygotowania przy zastosowaniu najwyższej możliwej temperatury.

Panom lekarzom polecamy pod postacią naszego najnowsz. go, o poprawionym smaku Hematogenu D-ra Hommela, idealny zupełnie czysty, przez czas nieograniczony nie psujący się preparat hemoglobiny.

Dla uniknięcia podróbienia, uprasza się o przepisywanie zawsze: **HEMATOGEN D-RA HOMMELA.**

**Dawki dobowe:** Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju) dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych — 2 łyżek stołowych na pół godziny przed jeżeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy **bezpłatnie** i z bezpłatną przesyłką próbnę ilość.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

Fabryka Hematogenu D-ra HOMMELA. Petersburg, ul. Smoleńska № 33.

## OOPHORIN (Nazwa zastrzeżona)

Stosowana z dobrym wynikiem przez Prof Landau, Berlin, w dolegliwościach pory przekwitania jest w stałym użyciu w jego klinice. Tabletki à 0,3 i 0,5 skłałników stałych pokryte kakao.

**Renoform, pierwiastek działający nadnerczy.**

**Renoform.** solut 1:1000 wywołuje zwięźnienie tętna obwodowych, miejscową niedokrwistość i podnosi ciśnienie krwi.

**Renoform-Cocain** do miejscowego znieczulenia. Renoform potęguje i przedłuża działanie kokainy. Gotowe do użytku w jałowych fiolkach i tabletkach.

**Renoform boric mixt.** 1:1000. Wprowadza się do nosa zapomocą pulweryzatora lub wciągania proszku i wywołuje bardzo szybko zmniejszenie przekrwienia,

obrzemienia i suchości.

Zastępuje w licznych przypadkach tamponadę po operacjach. Wstrzymuje krwawienie z nosa.

**Renoform-Proszek na katar nosa** (mixtum 1:2000), łagodzi utrudnione oddychanie nosem, lecz objawowo katar nosa, obrzęmie i zwiększoną wydzielinę.

Wszelkie inne organo-preparaty.

Fabryka Berlińska preparatów organo-terapeutycznych.

D-r. Freund & D-r. Redlich, Berlin NW. 6, Luisenstrasse 21.

Próby i literatura za pośrednictwem Ak. Tow. Fr. Karpiński. Apteka — Warszawa.

## Nowo-karlsbadzka kuracya nowo-karlsbadzkie kryształy

# Nowo-karlsbadzkie kryształy

# Dr. Brackebuscha

Zalecane przez PP. Lekarzy z niezawodnym skutkiem w otyłości, dla pobudzania przemiany materii, oczyszczania soków, oraz w cierpieniach żołądka, kamicy żółciowej i nerkowej, diatezie kwasu moczowego, podagrze, a w szczególności w cukrzycy. Przyjmować je należy przed lub po pierwszym śniadaniu, wysypując zawartość całej rurki lub też połówkę do szklanki z jedną czwartą litra wody selcerskiej. Pić należy łykając z przerwami parominutowemi.

Wyłączna sprzedaż na Królestwo i Cesarstwo w Aptece E. TREUTLERA

Nowy-Swiat Nr. 60. BROSZURKI BEZPŁATNIE.



## WAZNE DLA ORDYNUJĄCYCH.

Uprzejma prośba do Panów Lekarzy aby przy zalecaniu znanego i ulubionego środka przeczyszczającego

## KALIFORNIJSKIEGO SYROPU FIGOWEGO

raczyli łaskawie przepisywać najwyraźniej syrop o prawnie zastrzeżonej nazwie:

# „CALIFIG”

tylko pod tą nazwą bowiem rozumie się wyłącznie produkt California Fig Syrup Co. Califig jest to laxans czysto roślinny, bez wszelkiego nieprzyjemnego działania ubocznego.

Califig nadaje się przedewszystkiem do użycia w dłuższym czasie w przypadkach zatwardzenia chronicznego.

Panom Lekarzom wysyła się próby gratis i franco na każde żądanie. Sposób użycia przy każdej flasce. Do nabycia we wszystkich aptekach.

Skład główny: w Warszawie: Fr. Karpiński  
w Petersburgu: Stoll & Schmidt  
w Moskwie: Tow. W. K. Ferrein  
w Odesie: J. Lemme & Co

CALIFORNIA FIG SYRUP CO.

86 Clerkenwell Road, London E. C.



## Sztuczne NAUHEIMSKIE kąpiele kwasowęglowe „ARS”

W zupełności zastępują kąpiele Nauheimskie, wydzielając ilość kwasu węglowego, odpowiadającą najlepszym źródłom Nauheimu. Prostością i wygodą stosowania kąpiele kwasowęglowe „Ars” przewyższają wszystkie inne sposoby przygotowania sztucznych kąpeli kwasowęglowych; są tanie i dają się stosować wszędzie i o każdej porze roku. Wskazania: choroby serca, przewlekłe choroby nerwowe, zły, krzywica, gościec, dna i inne.



Przez dodanie do kąpeli soli siarki, żelaza i inn. możliwe są liczne i najróżnorodniejsze kombinacje. Istnieją 1, kąpiele kwasowęglowe „Nauheimskie” 2, siarczono - kwasowęglowe kąpiele „Akvizgranskie”, zastępujące kąpiele Akvizgranskie i stosowane w zółzach, gościecu, dnie, przymocie i w chorobach skórnych. 3, żelaziste-kwasowęglowe kąpiele „Francenshadzkie” zastępujące kąpiele Francenshadzkie i stosowane w zółzach, chorobach kobiecych, nerwowych i innych. Szczegółowa broszura o kąpielach kwasowęglowych „Ars” wysyła się bezpłatnie i franco. Sprzedaż we wszystkich składach aptecznych i aptekach. Radzimy zwracać szczególną uwagę na markę „Ars.”

Główny skład na całą Rosyję w Towarzystwie Handlu Mater. Apteczny i perfumeryj: I. B. Segal. Wilno i Odessa

# URONAL

(Granulae effervescentes e piperazino chinico e. Methylglyoxalidino et Hexametylentetramin).

Najlepszy rozpuszczalnik kwasu moczowego i skombinowanych złogów artretycznych, — 5 razy silniej działający jak piperazyna, — 30 razy jak lityna.

Wskazania: artretyzm, reumatyzm, zwapnienie naczyń, kamienie nerkowe i żółciowe.

Miarka zawiera 0,5 środków działających.

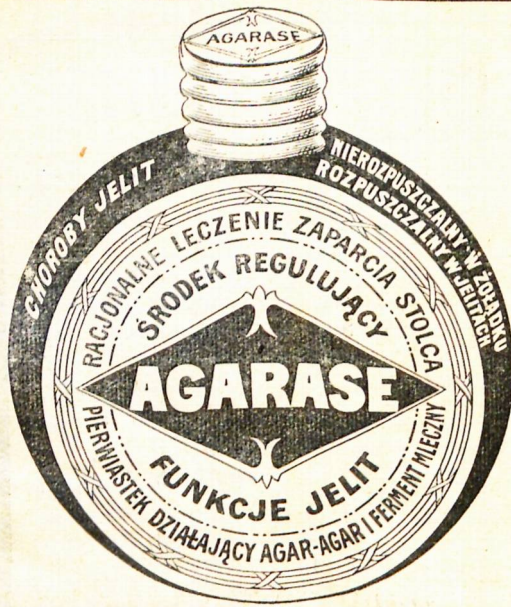
Użycie 3 do 4 miarek dziennie w pół szklanki wody.

Wyrobia Apteka A. Kozłowskiego i S-ki Boduena № 1 w Warszawie.

Dr. Bengué, 47, Rue Blanche, Paris.



Dostać można we wszystkich aptekach. Oryginalne

**AGARASE. Nowy wynalazek lekarski.**

Medycyna zrobiła wielki krok naprzód w sztuce leczenia zaparcia stolca i przykrych jego następstw.

Nowy czynnik leczniczy, Agarase, znany już na całym świecie i dozwolony przez Departament Lekarski w Rosji w zupełności zasługuje na taką nazwę.

Agarase nie jest środkiem rozwalniającym lub czyszczącym, lecz jest regulatorem czynności kanału kiszki.

Agarase skutecznie działa we wszystkich chorobach kanału kiszki, w przewlekłych zaparciach stolca, w nieżytkach okrężnicy, w nieżytkach zapaleniu jelit, w zapaleniu jelit, w chorobach wątroby i we wszystkich chorobach narządów brzusznych. Przygotowane z agar-agaru i mlecznego fermentu bułgarskiego tabletki Agarase są absolutnie nieszkodliwe.

W celu ograniczenia działania środka do okolicy żądanej, tabletki Agarase pokryte są specjalnym, nieszkodliwym środkiem, nierozpuszczającym się w żołądku, a rozpuszczającym się natomiast w kiszce. Tabletki Agarase przyjmowane do wewnątrz, przechodzą przez żołądek niezmiennie. Doszedłszy do kiszki, środek pokrywający tabletki zaczyna się pod działaniem soku kiszki rozpuszczać, a z chwilą przedostania się tabletek do kiszki grubych nie posiadają już otoczki — środek działający wssa wodę, pęcznieje, rozrzedza masy kałowe i nadaje im konsystencję, ułatwiającą normalne wydalanie.

Agarase sprzedaje się wyłącznie pod postacią tabletek.

**AGARASE, 113 RUE DU TEMPLE. PARIS.**

Sprzedż w aptekach Ludwik Spiess i Syn w Warszawie i w Łodzi

# ASTMA

Napady astmy, koklusu, chronicznej bronchitis znikają natychmiast przy stosowaniu środka do palenia

**POUDRE D' ABYSSINIE EXIBARD.**

Profesor J. O. Golouhof podaje o tem w swej broszurze szczegółowe dane o astmie bronchialnej i jej leczeniu, na 73 stronicy drugiego wydania:

Próby darmo: Oskar Hetling, skład w Moskwie

Petrowka 22 i w aptece W. Borowski, Warszawa Przejazd. i u fabrykantów: H. Ferré Blottière et C<sup>ie</sup> dokt. med., farmac 1 szej klasy, rue Dombasle 6 à Paris.

# NAŁĘCZÓW

## Zakład zdrojowo kąpielowy

Źródła szczawio-żelazistej-radioaktywnej

Położony w gub. Lubelskiej, 5 godzin od Warszawy, godzina od Lublina 5 wiorst od stacji kolei Nadw. Nałęczów. Leży na wysokości 210 metrów nad powierzchnią morza, położenie pagórkowate, obfitość lasu. Zakład skanalizowany, oświetlony elektrycznością. Kąpiele: żelaziste, borowinowe, hydroterapia, kąpiele gazowe, słone, igliwiowe, kąpiele słoneczne i powietrzne, leżalniana powietrza. Kuchnia dyetyczna. Najnowsze urządzenia elektryczne: kąpiele świetlne, cztero-komorowe, d'Arsonwalizacja, Roentgenizacja, masaż wibracyjny. Sezon letni od 1-go czerwca. W lecie 5 lekarzy ordynujących.

### D-r Med. Ruppert

ordynuje jak zwykle  
w CIECHOCINKU.

### Dr. B. POLIKIER

praktykuje podczas sezonu jak zwykle  
w CIECHOCINKU pod „Koroną“

### D-r O. Lang

ordynuje jak zwykle  
w Rabee

### D-r Stefan Kramsztyk

ordynuje latem w Kołobrzegu.  
Pensjonat polski — Promenada 20

## RADO-AKTYWNE TERMINY (Kąpiele gorące)

## TOEPLITZ-SCHÖNAU (Czechy)

Specjalna miejscowość lecznicza dla cierpiących na podagrę, reumatyzm, artretyzm (ischias) i t. p. Jedyne, istniejące teraz, naturalne, rado-aktywne kamery emanacyjne.

Wielkie emanatorium rado-aktywne-bezpośrednio ze źródła, dla chorób zastarzałych prócz tego wszystkie współczesne środki lecznicze, kąpiele błotne, wody mineralne, i t. p. Sezon-cały rok. Informacji udziela Inspektor zdrojowiska.

# „MATERNITÉ“

Prywatny Zakład  
GINEKOLOGICZNY-AKUSZERYJNY

DOKTORÓW:

Z. Endelmana

O. Goldberga

J. Ślaskiego

S. Janczewskiego.

ul. Boduena Nr. 5. Telefon 41-96.

Pobył od 2<sup>1</sup>/<sub>2</sub> do 8 rb. dziennie. **Ambulatorjum.**

Informacyi udziela **Zarząd.**

## HORMONAL

(Peristalticum podług D-ra Zuelzera)

do żylnych, oraz śródmięśniowych zastrzykiwań  
znajduje się w aptece

Towarzystwo Akcyjne „Fr. Karpiński w Warszawie“

Elektoralna 35 telefon 600.

Niedorozwinięte, w naukach cofnięte oraz słabowite dzieci mogą otrzymać elementarne  
wyszkolenie oraz przygotowanie do zawodowej pracy w

**Instytucie wychowawczo-naukowym  
dla dzieci mało zdolnych**

O B O Ź N A № 4.

D. Zylberowa — E. Lublinerowa.

## „Przegląd chorób Skórnych i Wenerycznych“

Współpracownictwo wybitniejszych specjalnych sił krajowych i zagranicznych.

Przedpłatę: — rocznie 6 rb. w Warszawie, 7 rb. na prowincyi i zagranicą — przyjmuje redakcyja  
Mazowiecka 4 m. 6, znaczniejsze księgarnie i biura dzienników i ogłoszeń.

**Redaktor i wydawca: D-r FELIKS MALINOWSKI.**

# IODONE ROBIN

(JODON ROBIN)



**Krople zawierające peptonat jodu.**

**Przeciw: zapaleniu tętnic, chorobom serca, zaduszaniu, obrzękom, otyłości, podagrze, reumatyzmowi, syfilisowi i limfacyzmowi.**

**Organiczny, łatwo ulegający przeróbce jod.**

**Nie daje niebieskiego osadu w połączeniu z krochmalem, co dowodzi że niema w nim wolnego jodu.**

**Dawka: od 30 do 120 kropeł na dobę.**

**20 kropeł odpowiada 1 gramowi jodku potasu.**

**Sprzedaż hurtowa: 13, rue de Poissy, Paris.—Detaliczna: w większych aptekach.**

**Próby za pośrednictwem W-go W. Hoffmann & C-o w Warszawie Zielna 46.**

## Racyonalne pasy brzuszne dla kobiet

przy obwisłym brzuchu, zwisnięciu żołądka i kiszki, nerce ruchomej, przy wiotkich ścianach brzusznych u kobiet słabych bezkrwistych podczas i po ciąży poleca: **Odnaczona medalem złotym pracownia gorsetów**

**Maryi Barszczewskiej**

**Warszawa, plac Ś-go Aleksandra 14 w prost st tramwajowej**

## Renetol Karpińskiego.

**Tabulettae Salis Physiologiae effervescentes**

**RENETOL** zawiera w postaci łatwo rozpuszczalnej soli, wykazanej w surowicy krwi ludzkiej. Sole te pod nazwą soli fizjologicznych są stosowane przy leczeniu chorób, powstałych z nie prawidłowej wymiany materji

**RENETOL** zawiera obok soli powyższych cytrynian sodowy w postaci burzącej.

**RENETOL** jest znakomitym środkiem, który działa moczopędnie, ułatwiając wydzielenie się produktów przemiany materji i wzmagając zasadowość krwi przez co posiada własność rozpuszczania moczianów i szczawianów.

**RENETOL Karpińskiego**

**POTĘGUJE ROZPUSZCZANIE KWASU MOCZOWEGO,**

**PODNOŚI ZASADOWOŚĆ KRWI,**

**ZNIŻA CIŚNIENIE KRWI,**

**WZMAGA DIUREZĘ.**

**2 lub 3 razy dziennie stosownie do przepisu lekarza po jednej tablecie, rozpuszczonej w pół szklance wody z rana na czczo, podczas dnia zaś w godzinę przed lub po jedzeniu.**

**Tow. Akc. Fr. KARPIŃSKI w Warszawie.**

**ul. Elektoralna 35, Telefon 600.**

## KĄPIELE POWIETRZNO-SŁONECZNE

**D-ra Józefa Łuczyńskiego**

przy ul. Agrykola (obok koła sportowego)

otwarte od 1 Maja do 1 Października.

Szczegółowe informacje: **Smolna 10 telef. 139-22.**

**ZAMIAST ŻELAZA!****ZAMIAST TRANU!**

# HEMATOGEN D<sup>RA</sup> HOMMELA

**Od 21 lat jest w użyciu w świecie lekarskim**

Nie zawiera kwasu borowego i salicylowego i innych przymieszek przeciwbakteryjnych, zawiera prócz chemicznie czystszej hemoglobiny i inne sale świeżej krwi, głównie zaś ważne związki fosforu (kalium, natrium i lecytynę) i nie mniej ważne białka surowicy w stanie sześcym i czystym bez wszelkiego rozkładu. Posiada wielkie znaczenie jako środek krwiotwórczy i dyetetyczny obfitujący w organiczne związki żelaza, jako środek wzmacniający dla dzieci i dorosłych w osłabieniu ustroju wywołanem różnymi przyczynami.

**Nie dający się niczem zastąpić, szczególnie w praktyce dziecięcej.**

- Wyjątkowe wyniki w krzywicy, żółtaczce, niedokrwistości, chorobach kobiecych, neurastenii, osłabieniu serca, w zimnicy, przedwczesnym osłabieniu mężczyzn. W okresie zdrowienia (zapalenie płuc, grypa i t. d.).
- Wybornie działa jako środek wzmacniający u chorych na płuca. Dzieci wyjątkowo chętnie go przyjmują; znakomicie pobudza apetyt.

Hematogen D-ra Hommela w porównaniu z falsyfikatami odznacza się tem — że nie zmienia się przez czas bardzo długi, co zostało stwierdzone wieloletniem doświadczeniem w okolicach podzwrotnikowych i przy zamrażaniu, jest absolutnie bezpieczny odnośnie grzybicy, co osiągamy zapomocą wielokrotnie przez nas opisanego sposobu przygotowania przy zastosowaniu najwyższej możliwej temperatury.

Panom lekarzom polecamy pod postacią naszego najnowsz. go, poprawionym smaku Hematogenu D-ra Hommela, idealny zupełnie czysty, przez czas nieograniczony nie psujący się preparat hemoglobiny.

Dla uniknięcia podróbienia, uprasza się o przepisywanie zawsze: **HEMATOGEN D-RA HOMMELA.**

**Dawki dobowe:** Dla ssawców 1—2 łyżeczek od herbaty z mlekiem (temperatura napoju) dla starszych dzieci 1—2 łyżek deserowych (czyste); dla dorosłych — 2 łyżek stołowych na pół godziny przed jedzeniem, ze względu na wybitne własności preparatu pobudzania apetytu.

Dla pp. lekarzy, pragnących osobiście wypróbować nasz preparat wysyłamy bezpłatnie i z bezpłatną przesyłką próbnę ilość.

Dostać można we wszystkich aptekach i składach aptecznych.

Fabryka Hematogenu D-ra HOMMELA. Petersburg, ul. Smoleńska № 33.

## MUIRACITHIN

Uwaga! Jedynym fabrykantem oryginalnego zagranicznego „Muiracithinu“ jest Ernst Aleksander.

Wybitnie skuteczny środek przeciwko impotencji i wszystkim cierpieniom neurastenicznym,

następuje w praktyce ginekologicznej w przypadkach braku popędu, dyspareunii, amenorrhoe, w hypoplazji

wewnętrznych narządów płciowych, bezpłodności, całkowitej lub częściowej anaesthesii sexualis, nerwowych stanach przynębnienia. **WYBORNE TONICUM DLA NERWÓW.** Cena rub. 3.75 za pudełko

Literatura. Tajn. Radea Lek. Prof. Eulenb. — Berlin, Fürbringer — Berlin, Pawłow — St. Petersburg Weideman — St. Petersburg, Hirsch — St. Petersburg, Holländer — Berlin, Posener — Berlin, Rebougeon — Paryż Goll — Zurich, Popper — Igls bei Senator, Hirsch — Kudowa, Steinsberg — Franzensbad, Waitz — Paryż, Wright — Londyn, Piliver — Odessa, Fürth — Dervent, Kraus — Wiedeń, Quastler — Wiedeń, Kitaj — Wiedeń.

## CASTOREUM BROMID „WEIGERT“

Cena zniżona  
1.25. 1/2 flakonu  
2.25 cały flakon

Antihystericum, Antiepilepticum, Hypnoticum S. dativum. Specyfik dla wszelkich nerwic systemu krążenia i centralnego systemu nerwowego. Castoreum Bromid stosuje się w przypadłościach neurastenicznych wszelkiego rodzaju, w bólu głowy, w bólach nerwowych umiejscowionych w określonych okolicach, w bezsenności, w funkcyjalnych nerwicach serca i bicia serca, w drgawkach i nerwowych drganiach u dzieci w stanach epileptycznych, epileptoidalnych, i histerycznych.

Środek ten zalecają: Radea dworu Profesor Dr. Binswanger Jena, Tajn. Rad. Lek. Prof. Eulenb. — Berlin, Dr. Mierzwiński, Zakład Leczniczy Nerothal Wiesbaden, Dr. Krongold Kraków, Dr. Ketterer — Bad Petersthal, Dr. Kühnau Wrocław.

Literatura i próby gratis i franko.

Prawdziwy „Muiracithin i Noridal“ tylko w rosyjskiem opakowaniu, zatwierdzonem przez Ministerium Przemysłu i Handlu.

Kantor chemicznych preparatów — St. Petersburg Małaja Koniuszennaja 10.

Reprezentant S. Rościszewski Warszawa, Bracka 6 telef. 128.46.