
CZASOPISMO LEKARSKIE

o wartości leczniczej płókań gardzieli i krtani

podał

Dr. med. Teodor Heryng (Warszawa).

Wyrazem „płókanie“, gargarisma, oznaczamy ruchy mięśniowe jamy ustnej i gardzieli, mające na celu wprowadzenie w zetknięcie z ich błoną śluzową płyny zdolne wywrzeć działanie lecznicze.

Płókania ust i gardzieli mają na względzie nie tylko zwilżenie lekarstwem miejsc dotkniętych sprawą chorobową, lecz również zapobieganie zbieraniu się wydzieliny w większej ilości i usuwanie jej za pomocą ruchów masy składowej gardzieli-krtaniowej (dowolnych i mimowolnych).

Rozróżniamy płókania jamy ustnej, gardzieli, krtani i nosa. Dwa pierwsze są zwykle połączone ze sobą i tworzą czynność nazywaną pospolicie płókanem gardła. Płókanie zaś krtani, czyli t. zw. „glou-glourisme“ ma swoją właściwą technikę i jest aktem wstępnym do płókań nosa.

Przy płókanu ust należy unieść podstawę języka ku górze i opuścić podniebienie miękkie tak, aby języczek zbliżył się do nasady języka. Wskutek tego przerywa się wszelka łączność pomiędzy jamą ustną a gardzielią. Oddychanie odbywa się tylko przez nos. Przy płókanu gardzieli język układa się na płask i dzięki temu płyn przedostaje się wprost do jamy gardzieliowej. Aby lekarstwo nie wylewało się z ust, głowę przechylamy ku tyłowi. Skoro w tej pozycji spróbujemy odetchnąć, to pewna część płynu natychmiast przedostaje się do krtani i powoduje silny napad kaszlu, podczas gdy reszta płynu mimowolnie zostaje przełkniętą.

Przy powolnem wydechaniu, powietrze przedostaje się przez płyn zawarty w krtani i wspólnie z drżeniem języczka, wywołuje znany przy płókanu szmer gardzieliowy.

Płókanie w ten sposób wykonane zrasza jednocześnie łuki podniebienne, migdałki oraz tylną ścianę gardzieli, to jest te części, które przy płókanu ust wcale się z płynem nie stykają.

Trzeci rodzaj płókania t. zw. „glouglourisme“, czyli płókanie krtani, jest tak mało znane, że wymaga szczegółowego omówienia.

Wprowadzenie tej metody leczniczej zawdzięczamy francuskiemu lekarzowi Guinier (w Caunteret), który w r. 1881 w małej książeczce zatytułowanej „Methode et pratique du Gargarisme laryngo-nasal“, podał swe spostrzeżenia co do mechanizmu tego prostego sposobu leczenia chorób krtani.

Kiedy w r. 1889 na posiedzeniu francuskiego towarzystwa laryngologicznego w Paryżu poruszono kwestję możliwości i doniosłości płókań krtani, p. Moura wyłożył technikę oraz istotę tej metody i pokazał, że przy jej wykonaniu płyn wypełnia całą krtani, aż do aditus laryngis. W r. 1896, w czasie bytności mojej w Cannes, zwrócił się do mnie o poradę z powodu owrzodzeń krtani Dr. Langenhagen i pokazał mi przy tej sposobności na samym sobie, podaną tu metodę płókania krtani. Dr. L. dzięki wprawie i wrodzonej tolerancji gardzieli, doszedł w tym względzie do prawdziwego arcyzmu. Wziął do ust niewielki łyk wody i powoli wpuszczał go po nasadzie języka do krtani. Że płyn znajdował się istotnie w krtani, można było sądzić choćby z tego, iż pomimo nachylania tułowia do przodu, niemal pod kątem prostym, nie wylała się z ust ani kropla wody.

Kolega L. pozwolił mi zbadać krtani wziernikiem podczas samego aktu płókania. Gdy wypełnił swoją krtani wodą, i na chwilę wstrzymał oddech, wprowadziłem lusterko i przez warstwę wody dostrzegłem następujące szczegóły. Struny głosowe prawdziwe ściśle przylegały do siebie. Były one do połowy swej szerokości przykryte strunami fałszywymi. Widać było również po przez płyn brzegi owrzodzenia lewej struny głosowej. Struny fałszywe nie stykały się tedy zupełnie i, choć bliskie siebie, pozostawiały połowę strun głosowych odsłoniętą. Przy wydechu widziałem, jak powietrze w postaci pęcherzyków przedostawało się przez płyn z tchawicy.

Guinier już w r. 1860 zakomunikował spostrzeżenia swoje co do płókań krtani Akademii „des Sciences es Lettres“ w Montpellier. W pięć lat później, spostrzeżenia te uzupełnił on w pracy swej p. t. *Expériences sur le Gargarisme* (Gazette des Hôpitaux 1865). Szereg następujących artykułów, dotyczących kwestji połykania, zawierały między innymi, wiele nieznanych dotąd, a bardzo ciekawych spostrzeżeń fizjologicznych.

Guinier studjował mechanikę płókań na samym sobie. Używał on w tym celu z początku wody, następnie atramentu, aby przez zafarbowanie błony śluzowej łatwiej rozpoznać, które mianowicie części stykały się w czasie płókania z płynem. Tym sposobem przekonał się, że przy płókanu krtani, płyn zwilża nawet prawdziwe struny głosowe. Spostrzeżenia te są tem cenniejsze, jeśli weźmiemy pod uwagę, że jeszcze w roku 1862, podczas dyskusji w Academie des Sciences w Paryżu, stanowczo twierdzono, że płókania gardła dosięgają zaledwie przednich łuków podniebiennych i języzka, lecz w żadnym razie nie przedostają się do gardzieli. Pogląd ten i do dzisiejszego dnia podziela wielu kolegów.

Co do mechanizmu płókań, nawet w nowszych pracach spotykamy się ze zdaniem wprost sprzecznym. Oto co o płókanu gardzieli powiada Chiari ¹⁾: „Zalecając tę metodę leczniczą, również należy dokładnie objaśnić pacjenta, jak płókać powinien: Chory musi przechylić głowę silnie do tyłu, wysunąć język i pozwolić by płyn spokojnie spłynął do głębi. Przy zwykłym sposobie płókań, płyn rzadko kiedy dosięga do isthmus faucium, nigdy zaś do tylnej ściany gardzieli. Zresztą, nie należy w ogóle zbyt spodziewać się ze stosowania tej metody leczniczej, ponieważ tylko wyjątkowo styka się tylna ściana gardzieli z wprowadzonym środkiem”. M. Mackenzie w ten sposób wyraża się o płókanu gardła (T. I str. 775 r. 1880). „Zastosowanie płókań jest o tyle znane, że nie wymaga bliższych wyjaśnień. Autor ma tylko do nadmienienia, że nie widział nigdy pożytku, w tych przypadkach, kiedy sprawa chorobowa, przeciw której stosowano płókanie miała siedlisko po za łukami podniebiennymi”.

W bibliotece zbiorowej wiedzy lekarskiej ²⁾, w rozdziale „płókania“ znajdujemy następujący opis płókania gardła: „Płókanie gardła polega na przemieszczaniu płynu na dół i ku górze za pomocą przednio-tylnych ruchów głowy, przyczem jako czynnik poruszający, występuje tu języzeczek wraz z podniebieniem miękkim. W razie porażenia podniebienia, płókanie staje się niemożliwym. Wogóle zaś, płókanie odbywa się dwojako: albo podczas wydawania niskich tonów, kiedy krtan zstępuje mocno ku dołowi, a wtedy podlegają zwilżeniu głębsze części gardzieli, albo też w czasie wysokiej tonacji nosowej, kiedy górny odcinek gardzielowy styka się z płynem. Trzeci sposób płókania gardła, skutecznia się przy wysuniętym języku i szeroko otwartych ustach,

¹⁾ „Therapie der chronischen Entzündung des Rachens”. Handbuch der Laryngologie und Rhinologie von Heyman (1896, Bd. 2. Lieferung 3. S. 276).

²⁾ Drasche, Bibliothek der gesamten medic. Wissenschaften.

przyczem płyn spływa po języku do gardzieli. Tu stykają się z płynem: nasada języka i przyległe zewnętrzne części krtani“.

Uważam za zbyt częste poddawać krytyce przytoczone powyżej poglądy. Z moich wywodów czytelnik łatwo wyrobi sobie zdanie o mechanizmie płókań i przekona się, że większość chorych nie potrafi skutecznie płókania gardła przy wysuniętym języku. Tu zaznaczyć tylko, że przy płókanu podniebienie miękkie zachowuje się biernie, nie zaś czynnie.

Technika płókania krtani.

Trzymając się opisu Guinier'a objaśnię tu mechanizm tego rodzaju płókań i wyłożę jego główne zasady.

Przedewszystkiem trzeba nauczyć chorego, aby rozwierał możliwie szeroko gardziel przed lustrem—podczas fonacji. Zobaczymy wtedy, że języczek wznosi się do góry i zbliża do tylnej ściany gardzieli. Jeśli teraz przez czas dłuższy przy wydechu powtarzać będziemy *eee*, to języczek pozostanie w tem samym położeniu, t. j. będzie przylegał do tylnej ściany gardzieli; a jednocześnie rozszerzy się stopniowo jama ustna. Podstawa języka ulega wtedy spłaszczeniu i tworzy przez wzniesienie brzegów rodzaj rynienki. W ten sposób jama ustna i gardzielowa przyjmą formę lejka. Skoro pacjent, przez ćwiczenia tego rodzaju, przyuczy się spłaszczać język przy podniesionym języczku i zatrzymywać jednocześnie oddech, zalecamy mu wziąć do ust *małą tyżeczkę letniego płynu* i przy lekko pochylonej głowie pozwolić płynowi własnym ciężarem spłynąć zwolna do głębi jamy gardzielowej. W lustrze zobaczymy wtedy, że wprowadzona woda znikła z jamy ust. Po chwili, należy z krtani wyrzucić wodę, głęboko odetchnąć i tę manipulację kilkakrotnie powtórzyć.

Pacjent czuje tu doskonale, jak woda wlewa się do krtani. Nie powinien wtedy oddychać, gdyż w przeciwnym razie płyn przedostaje się do tchawicy i powoduje kaszel. Niemożność oddychania w czasie płókań gardła, świadczy dostatecznie o tem, że płókanie zostało wykonane prawidłowo.

Ta metoda nie jest jednak przystępna dla wszystkich. Pacjenci z wąską gardzielią napotykają tu pewne trudności. Zbyt silne przechylenie głowy do tyłu jest błędem popełnianym przez większość chorych. Wskutek napięcia mięśni szyji, napręża się również muskułatura gardzieli, a przez to skraca się długość lejka krtani.

Trzeba tu dodać, że pierwszy warunek do udatnego płókania krtani polega na tem, by nie brać na raz więcej wody do ust

nad łyżeczkę do kawy, t. j. tyle tylko, ile potrzeba do napełnienia przedsionka krtani; w przeciwnym razie, nadmiar jej, wlewając się do gardzieli, wywołuje drogą zwrotną ruchy łykania i przerywa zamierzone płókanie. Fakt ten był już Merkel'owi znanym. Radził on, aby nie wprowadzać po za język więcej nad pół łyżeczki płynu. Merkel dowiódł, że przy tego rodzaju postępowaniu, płyn zwilża nietylko nasadę języka lecz i przednią powierzchnię nagłośni, a nawet tylną ścianę krtani.

Płókania krtanio-nosowe.

Płókanie krtani, jak już mówiliśmy, jest właściwie tylko aktem wstępnym do t. z. „Gargarisme laryngo-nasal”, czyli do płókań krtanio-nosowych.

Guinier daje następujące wskazówki co do wykonania tej metody: Podczas głębokiego wdechu należy wziąć do ust niewielki łyk płynu i wykonać płókanie, nie przechylając jednak do tyłu głowy.

Następnie trzeba przy lekko zamkniętych wargach silnie odchrząknąć. Dzięki temu zwalnia się napięcie podniebienia miękkiego i umożliwia wydech przez nos. Jeśli teraz szybko przechylimy głowę do przodu i naprężymy gardziel, jak przy torsjach, to część płynu przedostanie się do nosa, z początku w postaci kropel, a później popłynie strumieniem, rozumie się, o ile kanały nosowe są drożne.

Podane przez Guinier'a przepisy trzeba wykonywać bardzo szybko jeden po drugim, nie namyślając się długo, prawie instynktownie. Jeśli zbyt długo zwracać uwagę na dokładność w wykonaniu tej manipulacji, to najczęściej nie udaje się ona wcale.

Radziłbym przyzwyczaić wpierw chorego do przestrzykiwania nosa wodą, by osłabić przykre wrażenie, jakie wywołuje w nosie pierwsze zetknięcie się płynu z błoną śluzową. Należy używać do płókania nosa tylko płynów letnich, przez uprzednie zagotowanie należyście odkażonych.

Zaletą tej metody jest ta okoliczność, że części jamy noso-gardzielowej, które przy zwyczajnem płókaniu nosa nie są wcale zwilżane, stykają się z lekiem. Kilkakrotne powtarzanie powyższej manipulacji rozmiękcza wydzielinę jamy noso-gardzielowej i ułatwia drogą naturalną wydalenie z niej strupów.

Mosler ¹⁾ w następujący sposób opisuje postępowanie lecznicze, mające na celu płókanie jamy noso-gardzielowej. „Polecamy choremu

¹⁾ Zur lokalen Behandlung chronischen Rachen und Nasenkatarrhe mittelst Spülungen vom Nasenrachenraume aus. Deutsche Med. Woch. 1881. № 1.

wziąć do ust spory łyk wody, następnie przechylić głowę do tyłu i wstrzymać jednocześnie oddech, aby woda spłynęła do jamy gardzielowej; potem należy wykonać parę ruchów łykania i silnie wydychać. Wówczas przy przechyleniu głowy ku przodowi, część płynu użytego do płókania odpłynie nazewnątrz przez otwory nosa.

Moje poszukiwania w kwestji mechaniki płókań jamy gardzielowej i krtaniowej przeprowadziłem w następujący sposób:

Za pomocą insuflatora zakończonego zakrzywioną rurką, obsypywałem kolejno arystolem, lub azotanem bismutu, migdały, nasadę języka, valeculae lub tylną ścianę gardzieli. Następnie, bez żadnych szczególnych wskazówek, polecałem chorym przepłókać gardło. Okazało się, że u większości chorych płyn stykał się zaledwie z przednimi łukami podniebiennymi, jak tego dowodził pozostały proszek na migdałach i tylnej ścianie gardzieli. Jeżeli zaś natychmiast po insuflacji chory wydzielinę odchrząknął, to proszek wraz z wydzieliną znikał z tylnej ściany gardzieli. Taki sam rezultat otrzymywałem przy głębokiem płókanu gardzieli i krtani.

Przy rozpatrywaniu działania i doniosłości płókań należy uwzględnić następujące punkty: 1. Działanie mechaniczne płókania. 2. Hartowanie błony śluzowej górnych dróg oddechowych. 3. Znaczenie zapobiegawcze tego postępowania. 4. Wpływ farmako-dynamiczny leków używanych do płókań.

Rozpatrzmy najprzód płókanie gardła z punktu działania mechanicznego.

Według Wendta, (Choroby jamy noso-gardzielowej) polega ono na wielokrotnem usiłowaniu łykania płynu obojętnego, który jednak nie powinien być połkniętym, a tylko w ostatniej chwili wyrzuconym napowrót na zewnątrz. Podczas tego aktu występuje skurczenie masy mięśniowej gardzieli, które wyraża się przesunięciem i sfałdowaniem powierzchni błony śluzowej. Wskutek ucisku wywieranego przez mięśnie na błonę śluzową, śluz zebrany w gruczołkach zostaje wyciśniętym, wraz z przylegającą do jej powierzchni zaschłą wydzieliną.

Wskazanie co do użycia tego lub innego środka do płókania zależy od formy i trwania choroby. Przy ostrych sprawach zapalnych podniebienia miękiego, migdałów, oraz tylnej ściany gardzieli (Angina tonsillaris, pharyngitis acuta, pharyngitis i tonsillitis phlegmonosa, ostry wrzód pozagardzielowy) wskazane są, z początku choroby, częste zimne płókania. Ale już po jednej lub dwu dobach pacjenci źle znoszą zimno, zarówno w formie płókań, jak i połykania kawałków lodu. Należy je zastąpić przez płókania ciepłe, albo letnie. W razie stosowania do

plókań wody zimnej, trzeba osiągnąć obniżenie temperatury przez wstawienie naczynia z płynem w lód drobno porąbany lub też do lodowni. Stanowczo należy zabronić wrzucania do wody kawałków lodu, ponieważ może on zawierać drobnoustroje, które, jak wiadomo, p o m i m o n i z k i e j c i e p ł o t y zachowują nieraz swą żywotność ¹⁾.

Rozumie się, że chcąc osiągnąć skutek, należy tę manipulację wykonać w odpowiedni, powyżej wymieniony, sposób. Musimy tu zaznaczyć, że płókania gardła stosowane zazwyczaj w sposób szablonowy są bezcelowe i bezskuteczne.

Aby płókania te działały skutecznie, muszą być wykonywane racjonalnie, tak, żeby błona śluzowa jamy ustnej, gardzieli i krtani przez czas jakiś stykała się ze środkiem leczniczym.

Prawidłowo wykonane płókanie gardła powinno trwać od 3 – 5 minut i wymaga 100—150 gramów płynu! Dłuższe płókanie jest niewłaściwe i męczące.

Uwaga. Według Koeppe'go (Deutsche Med. Woch. 1888. N. 39), szkodliwy wpływ lodu, resp. wody z lodu, należy przypisać nie drobnoustrojom zawartym w lodzie, lecz tej okoliczności, że w o d a t a j e s t c h e m i c z n i e c z y s t ą i j a k o t a k a działa szkodliwie na organizm. Jest ona szkodliwa dla miąższu komorek. Woda chemicznie czysta zabiera tkankom sole, co pociąga za sobą ich pęcznienie i obumarcie. Pierwotniaki, jednokomórkowe organizmy, mrą w takich warunkach, ponieważ, chłonąc wodę, tracą zdolność chemicznego wiązania niezbędnych do życia soli, jak również innych rozpuszczalnych składowych części. Takie same działanie wywiera także chemicznie czysta woda na błonę śluzową żołądka w razie dłuższego używania jej do picia. Powierzchnowe warstwy nabłonka pęcznieją, następuje ich zmacerowanie, obumieranie i złuszczenie. Pomijając już sam smak wstrętny wody destylowanej, chemicznie czystej, wywołuje ona nudności, wymioty, a nawet kataru żołądka. Zwyczajna woda destylowana będąca w handlu wcale nie jest chemicznie czystą. Czystość chemiczną wody określamy według *Kohlrausch'a* i *Heidweilera* na zasadzie jej przewodnictwa elektrycznego, które jest wprost miarodajnym co do stopnia zanieczyszczenia wody, gazami, solami i t. p. Przewodnictwo zupełnie czystej wody wynosi 0,038. Woda otrzymana z naturalnego lodu wykazuje 2,13 przewodnictwa elektrycznego, zwykła woda destylowana po przegotowaniu — 10,0 niegotowana — 49,2, woda z wiedeńskiego zbiornika centralnego 230,0—239,0; naturalna woda selcerska—5700,0. Cyfry te pokazują wyraźnie stopień zanieczyszczenia rozmaitych gatunków wody. Przez stopień zwyczajnego lodu otrzymuje się, według Koeppe'go, wodę mającą — 8,0 przewodnictwa elektrycznego, a zatem czystsza, niż przegotowana woda destylowana. Daje się to objaśnić w ten sposób, że przy powolnym marznieniu małe kryształki lodu znajdują dość czasu, aby całkowicie prawie uwolnić się od soli, gazów oraz innych domieszek, które jako cięższe opadają na dół i pozostają pod lodem.

Zupełnie inaczej rzecz się ma z lodem sztucznym. Lód sztuczny zawiera sole i powietrze, jest zatem nie tylko mniej czysty od naturalnego, ale nawet wygląda mlecznie, jak śnieg. Woda otrzymana ze stopienia takiego lodu, wykazuje 137,0 przewodnictwa. Chorzy używają jednak przeważnie przezroczystego lodu rzecznego, który według Koeppe'go, jako woda chemicznie czysta działa na organizm szkodliwie. Koeppe zaleca tedy używanie w terapii sztucznego lodu. Znaną szkodliwość wody ze śniegów i lodowców, tłumaczy nam jej nadmierna czystość, która znacznie przewyższa pod tym względem nawet wodę destylowaną. Częste przypadki ostrego kataru żołądka, obserwowane w lecie w dniu upalne pochodzą być może z nadużycia zimnych napojów, przygotowywanych ze zwyczajnego lodu z domieszką soków owocowych.

Jeżeli po płókanii zamiast ulgi czuje się palenie, drażnienie, kaszel lub wzmożenie bólu gardła, to w ogóle metoda ta nie powinna być w danym przypadku stosowaną.

Na uwagę zasługują również doświadczenia Karmel'a, dokonane pod kierunkiem Vogel'a, a mające na celu wyświechtlenie kwestji, ile płynu wchłania błona śluzowa jamy ustnej przy płókanii jej w celach leczniczych. Chodziło o to, czy płókania mają w ogóle znaczenie czysto miejscowe, czy też i ogólne. Poszukiwania Karmel'a dotyczyły następujących środków: wyskoku, sody, kwasu winnego, kalii-chloridi, siarczanu magnezji i cukru gronowego.

Okazało się, że zdolność rezerwacyjna wymienionych środków zmniejsza się w przytoczonym powyżej porządku.

Karmel robił te doświadczenia na własnej osobie. Przepłókał usta starannie wodą destylowaną, brał następnie łyk przeznaczonego do badania płynu, i trzymał go w ustach 2—4 minuty; poczem wypluwał zawartość jamy ustnej do kubka, przepłukiwał znów usta wodą destylowaną i powtarzał to z następnymi częściami płynu, dopóki nie zużył całej jego ilości (200 gr.).

Dokładna analiza ilościowa przed i po płókanii wykazywała za każdym razem, że brakowało znacznej części środka rozpuszczonego w wodzie użytej do płókania, że zatem wchłaniała go błona śluzowa.

Wyniki tej pracy dowiodły, że:

- 1) błona śluzowa jamy ustnej posiada własność wchłaniania w wysokim stopniu;
- 2) wchłanianie co do ilości zależnem jest od rodzaju środka;
- 3) wraz z koncentracją roztworu wzrasta zdolność wchłaniania.
- 4) nie wzrasta ono jednak równomiernie z czasem użytym do płókania.

Omówimy teraz ogólne znaczenie terapeutyczne płókań gardzieli i krtani. O działaniu ich mechanicznem jużśmy wspominali. Pozostaje nam jeszcze do rozpatrzenia wpływ hartujący tej metody i jej działanie zapobiegawcze. Dziwnem wydać się może, dlaczego wobec powszechnego uznania i rozpowszechnienia hartowań skóry, tak małą stosunkowo przyznają wartość metodycznemu i stopniowemu hartowaniu błony śluzowej dróg oddechowych. Zasady termoterapii (hydroterapii) ustalone i należycie wyświechtione przez Winternitza i Czerwińskiego powinnyby znaleźć zastosowanie i dla błon śluzowych.

W pomienionej metodzie odgrywają rolę następujące czynniki: temperatura wody, długość działania, wreszcie—mechaniczne usuwanie śluzu i wydzieliny, resztek pokarmów i drobnoustrojów. Płókania hartujące działają jednocześnie zapobiegawczo, gdyż zmniejszają lub zno-

szą całkowicie wrażliwość błony śluzowej na wpływy chemiczne, termiczne oraz infekcyjne. Do hartowania błon śluzowych należy używać wody przegotowanej, odpowiedniej temperatury. W razie przewlekłego niezytu noso-gardzielowego płókanie gardła trzeba połączyć z przepłókaniami jamy noso-gardzielowej.

Przed płókaniami krtani należy zawsze starannie przepłókać jamę ustną, aby nie dopuścić przeniesienia w głąb gardła lub krtani drobnoustrojów oraz wydzieliny chorobotwórczej jamy ustnej.

W niektórych sprawach chorobowych obawa tego rodzaju jest całkowicie uzasadniona. Zarazki chorobotwórcze istotnie mogą przenikać przez błonę śluzową gardzieli i przedostawać się do gruczołów chłonnych szyji. Niekiedy nawet za pośrednictwem naczyń chłonnych gardzieli drobnoustroje mogą być wniesione do obiegu krwi.

Uwaga. Dla przekonania się czy miejscowa infekcja drobnoustrojami ropnemi może spowodować stan zakaźny, Lexer wprowadzał królikom kulturę bardzo złośliwych gronkowców. Okazało się, że wprowadzenie do jamy ustnej oraz gardzielowej niewielkiej ilości zarazków, bez najmniejszego nawet zadrażnienia lub uszkodzenia błony śluzowej, powoduje śmiertelne zakażenie. Wkrótce po wstrzyknięciu kultury można było wykazać obecność ziarniaków, z początku w narządach wewnętrznych, a następnie w dużej ilości i we krwi. Lexer uważa narządy chłonne gardzieli, przedewszystkiem zaś migdały, za furtkę otwartą dla mikrobow i ich toksynów.

W gardzieli ludzkiej istnieje wiele okoliczności sprzyjających wnikaniu bakterji. Krypty podniebienia miękkiego i gardzieli oraz gruczoły mieszkowe języka tworzą istotne pułapki dla zarodków chorobotwórczych. Widzimy tedy, że należy oczyszczać jamę ustną i gardzielową daleko starannie, niż to dotąd ma miejsce, szczególnie po spożyciu stałych pokarmów. Z punktu widzenia zapobiegawczego polecamy płókania jamy ustnej i gardzieli w razie domowej epidemji płonicy, przy błonicy, oraz przy ostrem mieszkowem zapaleniu migdałów. Płókania te należy robić co najmniej 4 razy dziennie.

Przeciwwskazania. Nie powinno się zalecać płókań osobom z chwilową anestezją, spowodowaną przez użycie kokainy. Przeciwwskazane, lub co najmniej utrudnione, są płókania przy porażeniu podniebienia miękkiego po błonicy, przy paralysis glosso-labio-pharyngea, przy porażeniu nerwu wstecznego, w razie przedziurawienia w twardego podniebienia lub zrostów miękkiego podniebienia z tylną ścianą gardzieli, przy perichondritis cricoidea, słowem, przy zaburzeniach ruchowych podniebienia miękkiego, oraz przy niedomykalności głośni.

W tych ostatnich przypadkach płókanie krtani jest niewykonalne wskutek przedostawania się płynu do tchawicy. Cierpienia kregów szyjowych, wyrosłe kostne na tylnej ścianie gardzieli, oraz nowotwory ściany bocznej, jak również wrzód pozagardzielowy, utrudniają płókania w wysokim stopniu. Niektóre osoby nie mogą płókać gardła pomimo normalnego pozornie stanu gardzieli, gdyż doznają natychmiast uczucia dławienia i dostają torsji. W tych przypadkach można z powodzeniem zastąpić płókanie przez rozpylanie odpowiednich leków za pomocą sprayu.

W obec niedostatecznej częstokroć znajomości działania farmakodynamicznego oraz fizjologicznego niektórych lekarstw, trudno jest przeprowadzić racjonalny i dokładny podział środków używanych do płókań. Ze względów atoli praktycznych, chciałbym zestawić najwięcej używane do dziś środki—w następujący sposób:

- 1) płókania odkażające (antiseptica);
- 2) „ przeciwkurczowe i narkotyczne (antispasmodica et narcotica);
- 3) „ ściągające (adstringentia);
- 4) „ rozrzedzające (resolventia).

Z wielkiej grupy środków antyseptycznych uwzględnię tu jedynie te, które okazały się skutecznymi i znajdują najczęstsze zastosowanie w praktyce. Wskaźnikiem działania tych środków powinny być dla nas ich własności *zabójcze dla mikroorganizmów*, nie zaś powstrzymujące rozwój tych ostatnich. Aby zapoznać się bliżej z ich działaniem, należy koniecznie wniknąć w szczegóły nader sumiennych poszukiwań W. D. Miller'a w kwestyi zapobiegania próchnieniu zębów przez stosowanie leków bakterjobójczych.

Przetwory chemiczne wypróbowane przez Millera wielokrotnie wykazały zdolność dezynfekowania resp. wyjaławiania jamy ustnej, dzięki ich działaniu na znajdujące się w niej drobnoustroje. Środki zaś skuteczne przy cierpieniach jamy ustnej będą także w pewnych razach zdolne niszczyć drobnoustroje chorobotwórcze złożone w głębszych częściach gardzieli.

Przy wyborze przetworów wybitnie autyseptycznych, nadających się do płókań, największy szkopuł stanowi, według Miller'a, ta okoliczność, że można je stosować jedynie przy odpowiednim rozcieńczeniu. A, że środki te stykają się z błoną śluzową jamy ustnej nie dłużej nad minutę, musimy więc dla odkażenia tej jamy używać przetworów, któreby *w ciągu jednej minuty* zdołały zniszczyć znajdujące się w niej drobnoustroje.

Tablica Miller'a.

Nazwa środka:	Stężenie:	Czas wymagany do odkażenia
Listeryna	—	$\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$ minuty
Kwas salicylowy	1 : 200	$\frac{1}{2}$ "
Sublimat	1 : 2500	$\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ "
Kwas benzoesowy	1 : 200	1 — 2 "
Natrium benzoicum	1 : 175	1 — 2 "
Tymol	1 : 1500	2 — 4 "
Karbol	1 : 100	10—15 "
Olejek miętowy	w stężeniu przyjemnem do płókań	5—10 "
Nadmanganian potasu	1 : 4000	przeszło 15 minut
Kwas borny	1 : 50	" " "
Woda wapienna	— bez skutku.	

Według Millera płókania będące w handlu posiadają nie wielką wartość odkażającą, nawet gdy ich główna część składowa, t. j. związki aromatyczne, będą znajdować się w odpowiednim stężeniu.

Przeoglądając tablicę Miller'a spostrzeżemy pozorną sprzeczność w działaniu niektórych środków, na co zresztą sam Miller zwrócił już uwagę. Tak np. Listeryna, pomimo, że jest 40 razy słabszą od 10% roztworu wody utlenionej, zabija jednak 30 razy szybciej drobnoustroje. Sprzeczność ta daje się tem objaśnić, że szybkość działania środka nie jest równoznaczną, ani też proporcjonalną do jego siły odkażającej. Na to, aby środek jaki podziałał na ten lub ów grzybek musi on przeniknąć przez jego otoczkę. Ztąd zaś wynika, że słaby nawet środek odkażający, jeśli łatwo dyfunduje, prędzej będzie odkażał, niż lek mocny, ale trudno przenikający.

Do płókań odkażających można używać z dobrym skutkiem tylko takich roztworów, które działają szybko i w krótkim czasie zabijają drobnoustroje. Wspominałem już poprzednio, że do zupełnego odkażenia, czy to gardzieli czy krtani, powinny one stykać się z danym środkiem leczniczym w przeciągu 3—5 minut. Do przetworów chemicznych, które w ciągu czasu tego mogą osiągnąć całkowity skutek należą: sublimat, kwas benzoesowy, salicylowy i tymol. Kwas karbolowy w 1% roztworze wymaga do wyjałowienia 10—15 minut, olejek miętowy (w przyjemnem stężeniu) 5—10 minut, nadmanganian potasu w stosunku 1 na 4000 przeszło 15 minut. Tyleż czasu wymaga kwas borny w 2% roztworze. Woda wapienna jest bezskuteczna. Boraks

powstrzymuje rozwój grzybków rozszczepkowych w roztworze 1:350, dwuwęglan zaś sodu dopiero w 1% roztworze, alkohol 10%; kalichloricum w roztworze 1:8. Z tej racji 5-ciu ostatnich środków nie można uważać za ściśle antiseptica w tem znaczeniu, jak to rozumiemy, chociaż są one właśnie najczęściej używane w praktyce, i cieszą się, jak kwas borny, kali-chloricum oraz woda wapienna, pewnem nawet uznaniem.

Co się tyczy kal. chloricum, tembardziej zaś kali hypermanganicum, nie należy zapominać, że oba te przetwory, zarówno jak woda utleniona, posiadają własność obfitego oddawania tlenu i przez to zobojętniają pewne materje trujące, czyniąc je nieszkodliwemi dla organizmu (Behring).



Lekarz jako biegły wobec pewnych zdarzeń nieszczęśliwych przy pracy.

Luźne uwagi Dra Mikołaja Warmana. (Kielce).

Prawodawca, określając odpowiedzialność przedsiębiorcy za następstwa przypadków nieszczęśliwych, jakim uległ pracujący, oznaczył pewien stały indemnizacji do odniesionych uszkodzeń stosunek; za przyczynienie się do powstania danej choroby, danego kalectwa, danego uszkodzenia — każe dać odszkodowanie normowane przez stałe szematy.

Jeśli pominąć błąd zasadniczy, wpływający ze skierowania naszego rzeczoznawstwa na fałszywy tor oceny choroby, jako pojęcia abstrakcyjnego, zamiast niezbędnego indywidualizowania chorych, względnie do wieku, płci, rodzaju zajęcia, potrzebnych do tegoż narządów, czynności, ruchów — zapamiętać należy, że te typowe następstwa wypadków nieszczęśliwych należą do wyjątków; zwykle mamy do czynienia z obrazem klinicznym powikłanym, często zagadkowym nie tylko pod względem semiotycznym, ale też etjologicznym; nie zawsze też dostępnym zwykłym środkom rozpoznawczym przeciętnego lekarza. Nieraz, pomimo pomocy wysubtelnionych środków rozpoznawczych, stajemy wobec zagadnienia: gdzie kończy się choroba,

a zaczyna się podmiotowość chorego, jego „ja“ w świetle ewentualnego odszkodowania. Nawet pokonawszy trudności rozpoznawcze, lekarz staje wobec trudnego zadania: ścisłego określenia motywów odszkodowania majątkowego. W tym kierunku brakowało nam w chwili, gdy ustawa o przemyśle uzyskała u nas moc obowiązującą, wszelkich podstaw naukowych. Ani zasady medycyny klinicznej, wierzącej skargom chorego, ani medycyna sądowa, nie mogły nam dać potrzebnych do określenia odsetek utraty zdolności do pracy—wskazówek; ztąd też lekarz kierował się raczej współczuciem dla poszkodowanego, aniżeli bezstronną ścisłością biegłego. Że tak było i na zachodzie, świadczy o tem zdanie Mendla, wypowiedziane (w r. 1891) na X. międzynarodowym kongresie lekarskim w Berlinie: *uznanie utraty zdolności do pracy po wypadkach nieszczęśliwych jest teraz rzeczą mody*. Nie był to zresztą głos odosobniony; istniał już wtedy poważny materiał kazuistyczny, dowodzący zbyt wielkiego uniesienia ze strony tych, którzy, z Oppenheimem na czele, widzieli następstwa wypadków nieszczęśliwych w zbyt ponurych barwach. Wybór „nerwicy urazowej“ za główny temat sekcji neurologicznej wspomnianego kongresu świadczył, że w ciągu pierwszego zaledwie pięciolecia istnienia obowiązkowego w Niemczech ubezpieczenia robotników od wypadków nieszczęśliwych¹⁾, wytworzył się rażący kontrast między teorią i praktyką. Świat lekarski stanął wobec nowych zagadnień, wskazujących na potrzebę wyrobienia pewnych zasad naukowych, celem pomocy prawdziwie skrzywdzonym i celem racjonalnej walki z tymi, którzy w nowym prawodawstwie upatrywali środek do zrobienia interesu na swem kalectwie, prawdziwem czy urojonem.

W owym bowiem czasie, prądy nie wspólnego nie mające z prawdą, sprawiedliwością i wiedzą lekarską, stworzyły całe zastępy ludzi, którzy w nieznacznym uszkodzeniu upatrywać zaczęli nieuleczalne kalectwa, ludzi obojętnie patrzących na swą fizyczną niedolę, w której źródło zysku upatrywali, chorych, którzy nie chcieli wyzdrowieć. To frymarczenie własnym zdrowiem przeszło w rodzaj sportu pieniężnego, w obojętność na niebezpieczeństwa zawodowe, w świadome sprzeciwianie się udoskonalonym środkom bezpieczeństwa.

Na tle takich stosunków rozwinęła się nowa gałąź nauk lekarskich — medycyna wypadków nieszczęśliwych (Unfallheilkunde), łącząca zadanie biegłego z obowiązkami lekarza, liczącego się z warunkami pracy uzdrawianego osobnika.

Oprócz znajomości specjalnych zasad dyagnostycznych, często różniących się od zwykłego klinicznego badania, wymaganą tu jest od lekarza też znajomość pewnych specjalnych metod leczniczych (mechanoterapia, laboroterapia, psychoterapia).

¹⁾ Prawo z dnia 6. Lipca 1884 uzyskało w Niemczech moc obowiązującą. 1 Października 1885 roku; jednocześnie zatwierdzoną została i u nas Ustawa o przemyśle.

Jednym z pierwszych zadań tej nowej gałęzi wiedzy lekarskiej była walka z wyzyskiwaniem, bezmyślnie — przez jednych, chciwie — przez innych, pojęcia „nerwicy urazowej“. Palma pierwszeństwa należy się tu Fryderykowi Schultzemu, który na zjeździe południowo-niemieckich neurologów i psychiatrów w Bonn, w dobitnych słowach przestrzegał przed jawnem spaceniem nauki, prawdy i praktyki lekarskiej przez zbytnią pochopność do rozpoznawania nerwicy urazowej. Edinger mówił wtedy, z punktu widzenia klinicznego, o łatwości udawania; Bäumlér i Fürstner wskazali wprost na wzmacnianie się przeróżnych nadużyć i udawania, które Thiem ocenił na 10 %, Seeligmüller na 25 %, Albin Hoffman na 33 $\frac{1}{3}$ %. Jolly wprost żąda, aby nerwicy urazowej nie uwzględniać w praktyce sporów o odszkodowanie za wypadki nieszczęśliwe, wobec dobrze znanych postaci klinicznych: hysterji, neurasteuji, hypochondrji (pochodzenia urazowego).

W dalszym rozwoju tej krytyki postawiono pytanie, dlaczego tak zgubne następstwa wypadków nieszczęśliwych widuje się li tylko w tych razach, kiedy istnieje podstawa do odszkodowania za nie. Dlaczego my o nich tak rzadko słyszymy wśród zamożniejszej klasy, której przecież właściwą jest delikatniejsza budowa ciała i wrażliwszy układ nerwowy? Dlaczego zauważyć się daje nieznaczny procent niedołęztw po wojnach? Dlaczego, wreszcie, nie spotykamy ich w tym razie, gdy odpowiedzialna osoba żadnego nie posiada majątku, lub też wypadek nieszczęśliwy nastąpił z własnej winy poszkodowanego? Ież razy widzimy, że w podobnych warunkach poszkodowani wracają do zajęć powszednich, nim uszkodzenia cielesne zdążyły się zagoić! Wymowną odpowiedź na przytoczone pytanie, dają nam spostrzeżenia Lauensteina, mianowicie, że przebywający w szpitalu flotyli hamburskiej miejscowi robotnicy, którzy jako Niemiec poddani korzystają z prawa o wypadkach nieszczęśliwych, nie chcą w razie poszkodowania wyzdrowieć: z chwilą, gdy kończy się leczenie chirurgiczne, wynajdują oni cały szereg dość zagadkowych i powikłanych objawów wrzekomego niedołęztwa, podczas gdy dawniej, przed wprowadzeniem Ustawy Przemysłowej podobni chorzy prosili się, aby im jaknajprędzej pozwolono wrócić do zajęć powszednich, co obecnie daje się zauważyć u robotników obcokrajowców, nie korzystających z opieki specjalnego prawa. Na uwagę również zasługują spostrzeżenia Schultzego, że dwa podstawowe objawy nerwicy urazowej, a mianowicie: zwężenie pola widzenia i znieczulenie skóry dają się zauważyć wśród klasy robotczej i u takich, którzy nigdy żadnemu wypadkowi nie ulegli. Saenger znalazł te objawy nerwicy urazowej u 15 robotników, którzy tylko co wrócili z całodziennej pracy, znosząc jej trudy na równi z innymi. Pięciu z nich dawniej ulegli wypadkom nieszczęśliwym, na które jednakże oni żadnej nie zwrócili uwagi. Strümpell na podstawie ścisłych obserwacji wnioskuje, że znieczulenie skóry może u klasy robotczej

zależać i od woli badanego; wprawdzie spostrzegać się dają ograniczone wysepki znieczulenia po silnych wstrząśnieniach całego organizmu, ale, zdaniem S., jest to zjawisko nader rzadkie i w żaden sposób nie może być zaliczonym do szeregu zwykłych następstw wypadków nieszczęśliwych. Kazuistyka Bogatscha, świadczy o tem, że zastarzałe zmiany organiczne w narządach niezbędnych do pracy fizycznej, jak przykurczenia, skrzywienia, zeszywnienia, zmieszczenia i blizny przestają z czasem przeszkadzać choremu w wykonywaniu zajęć powszednich.

Analogiczne spostrzeżenia mogłem i ja zanotować wśród trupy cyrkowej „Leo“, i te tu przytaczam:

1) Antoni W. przed 10 laty spadł z galopującego konia, pozostawał w szpitalu cztery miesiące. Obecnie widzimy na miejscu prawego jabłka kolanowego spore bliznowate zakłębienie, samo zaś jabłko wyczuwa się w postaci oddzielnych kawałków w trzech różnych punktach mięśni udowych, powyżej dolnej trzeciej części. W. z całą zręcznością „pracuje“ (wyrażenie techniczne) jako *dżokej*, *saltomortalista* i *zongler na koniu* (!). 2) Alfonso S. pracuje jako *człowiek latający* i *człowiek wąż* (*Luftgymnastiker und Kautschukmensch*), pomimo że przed rokiem, skutkiem upadku z trapezu 9 metrów wysokiego, odniósł proste złamanie lewego uda, powikłane — goleni i stłuczenie kręgosłupa, z następczem ropieniem i wydzielaniem się odsłoin. 3) Eduard F. od sześciu lat cierpi na bliznowate zeszywnienie, pod kątem 135°, prawego stawu łokciowego; pomimo to z całą swobodą wykonywa nader urozmaiconą elikwibrystykę na głowie i chińskie koziołki na stole i 6 krzesłach, w górę ustawionych. 4) Selma N. Wyrażna, obfita w blizny kostne, stopa końska; pomimo to N. wykonywa dość trudne seanse woltyżowe ze skokami przez przeszkody, a nad wyraz udanie tańczy mazura w stroju męskim.

Francuzi, którzy obecnie dopiero wprowadzają prawo o wypadkach nieszczęśliwych, obowiązujące w innych państwach od r. 1885, przychodzą odrazu „do gotowego“, w bogatym bowiem doświadczeniu i wyrobionych zasadach naukowych znajdują oni pewny grunt do postawienia rzeczoznawstwa lekarskiego na gruncie naukowym, na gruncie wniosków z praktyki, przeważnie niemieckiej. Jak zaś dalece pouczającą jest ta praktyka, niech pouczy następująca kazuistyka: Blassius opowiada o robotniku, który na mocy opinii lekarskiej otrzymał za stłuczenie klatki piersiowej odszkodowanie w stosunku całkowitego (100%) niedołęztwa, a wkrótce potem na turnieju pierścieniowym, z okazji uroczystości Sedanu, wziął drugą nagrodę. Kilka ciekawych faktów opisuje Saenger: 1) Robotnik, uznany za nieuleczalnego inwalidę z powodu utraty władzy w prawej ręce, pokonał w publicznej walce na rapiry słynnego w tej sztuce mistrza A. 2) Cukiernik, którego odszkodowano w stosunku 60% inwalidności za bóle głowy i utratę pamięci — jako następstwo spadnięcia ze schodów, zyskał w krótkim czasie obszerną klientelę jako pokątny doradca

i dotychczas ogłasza się w pismach „X (sam inwalida) redaguje skargi, zażalenia i wszelkie dochodzenia w sprawach, dotyczących wypadków nieszczęśliwych.“ 3) Cieśla, schowawszy do kieszeni 50% odszkodowania za rozlane blizny na klatce piersiowej, zaczął wkrótce występować w cyrku, jako gimnastyk nadpowietrzny, alias mąż latający.

Te przykłady są wymownym dowodem krzywdy, jaka mimowoli wyrządzoną została prawdzie przez jednostronne poglądy i niejako wiarę, że każdy wypadek nieszczęśliwy prowadzi organizm do mniejszej lub większej utraty zdolności do pracy. Poszkodowany mógł też liczyć na powodzenie, chociażby skargi jego pełne były wymysłów. Pomyślny wyrok sądowy lub dobrowolne odszkodowanie odgrywały rolę najlepszych lekarzy cierpien, dolegliwości, rzekomo nieuleczalnych. „Gdy skarżąca dowiedziała się — pisze Bernstein, że sąd przyznał jej odszkodowanie, wzięła się natychmiast do roboty“. „Handlarka jarzya — opowiada Lenhartz — procesując się z zarządem pewnej drogi żelaznej o odszkodowanie za zranienie głowy, dowodziła zupełnej niemożności zajmowania się dawnym procederem, a otrzymawszy 1000 mrk. przeprosiła się bezwzględnie z swemi jarzynami.“

Przed 8 laty spostrzegałem niejakiego R., nadkonduktora kolei Dąbrowskiej, który podczas pełnienia obowiązków swoich spadł ze stopnia wagonu. Następstwem tego wypadku miała być formalna manja prześladowcza, przejawiająca się w postaci omamów słuchowych, przypominających ruch pociągu. Chory wyprowadził się nawet daleko za miasto, aby przypadkowo nie usłyszeć gwizdania lokomotywy, które pono przyparwiały go o utratę przytomności. Po uzyskaniu drogą sądową rubli 4000 odszkodowania, widywałem go, jak w charakterze oficjalisty browaru *rozwoził koleją żelazną пиво, przepędzając 25 dni w miesiącu w pociągach towarowych*. Saenger wspomina o 34 analogicznych chorych, którzy — po przyznaniu im odszkodowania za całkowitą lub częściową niezdolność do pracy, wzięli się do innej pracy, nieraz daleko cięższej. Na 28 byłych agentów kolej Dąbrowskiej, którym przyznano odszkodowanie za wypadki nieszczęśliwe, zanotowałem zaledwie trzech „trwałych“ inwalidów, zaś większość cieszy się jaknajlepszym zdrowiem i stopniowo zabrała się do pracy, jaka im się przytrafiła, szczególnie, gdy odszkodowanie zostało zużyte na nieudane operacje finansowe.

Zastęp chętnych takiego zysku wzrasta, gdyż z jednej strony odszkodowanie ich i chwilowe *dolce farniente* wzbudza zazdrość pomiędzy ludźmi, którzy ciężko pracować muszą na kawałek chleba, po drugie zaś, indemnizowani, jako ludzie doświadczeni, chętnie udzielają — za pewne wynagrodzenie — wskazówek, jak zawikłać stan rzeczy, aby prawo i medycyna przyznały słuszność pretensjom poszkodowanych. To też, jak się przekonać mogłem, pewna część robotników i agentów kolejowych żyje myślą, jakby uledez jakimś lekkim wypadkowi, któryby ich nie naraził na śmierć lub nieuleczalną chorobę — w przekonaniu, że sówicie im się to opłaci.

Niemiecka statystyka zdarzeń nieszczęśliwych podaje dane następujące:

Tabela I.

Rok	Ilość osób ubezpieczonych	Ilość poszkodowanych przez wypad. nieszczęśl.	% poszkodowanych	% śmiertelności	Wysokość wypłaconego odszkodowania
1886	3700000	10500	0·23	25 ₇	1900000
1887	4100000	17100	0·41	18 ₇	5900000
1888	10300000	21200	0·20	17 ₀	9600000
1889	13300000	31400	0·23	16 ₆	14400000
1890	13600000	42000	0·30	14 ₃	20300000
1891	18000000	51200	0·28	12 ₃	26400000
1892	18014000	55600	0·30	10 ₆	32300000
1893	18118000	62700	0·34	10 ₀	38100000
1894	18191000	69600	0·32	9 ₁	44200000

Z tych cyfr widzimy, że gdy ilość osób ubezpieczonych powiększyła się 4₈ razy, wskaźnik sumy wypłaconego odszkodowania doszedł do 23₂. Tej różnicy nie należy kłaść na karb pogorszenia się następstw wypadków nieszczęśliwych. Przeciwnie, w tym kierunku stan rzeczy jest pocieszający, gdyż, jak widzimy, śmiertelność spadła z 25₇ na 9₁% a ogólny procent poszkodowanych pozostał prawie niezmienionym, t. j. nie dosięgł pół procentu. Jeżeli do tego dodamy tablicę Heimana:

Tablica II:

Rok	Na 1000 uszkodzeń było			
	śmiertelnych	s t a ł e j		przejsiowej
		kompletnej	częściowej	
niezdolności do pracy				
1886	249 ₁₀	159 ₂₁	388 ₇₇	202 ₉₂
1895	108 ₀₄	23 ₁₃	572 ₅₈	296 ₂₅

to z łatwością przyjdziemy do przekonania, że ciężkie wypadki wogóle znacznie zmalały. Jest to zresztą rzecz bardzo naturalna i łatwo zrozumiała wobec udoskonaleń technicznych, czujności inspektorów fabrycznych, rozwoju higieny publicznej. Wzmogła się tylko ilość lekkich wypadków co, *caeteris paribus*, w zestawieniu z cięższymi wypadkami, tłómaczyć się daje przez wzmogłą obojętność klasy robotniczej na niebezpieczeństwa zawodowe lub też przez meldowanie każdego nieznacznego wypadku.

Wychodząc ze słusznego przypuszczenia, że ogrom następstw wypadków nieszczęśliwych pozostaje w prostym stosunku do ilości zejść śmiertelnych, t. j., że wobec większej ilości tychże, musi być i więcej nader ciężkich uszkodzeń cielesnych wśród pozostałych przy życiu i *vice versa*, widzimy wyraźnie, jak bardzo zmienił się stosunek iloraki między słusznymi i wierzitelnymi pretensjami poszkodowanych. Podczas bowiem, gdy śmiertelność zmniejszyła się 2₈ razy, wypłacone odszkodowania powiększyły się 4₈ razy. To nam daje podstawę do wyliczenia wskaźnika wzmogonych pretensji do odszkodowania.

Jeżeli sumę, wypłaconą w 1886 r. przyjmiemy za normę i wyrazimy ją przez literę *a*, cyfrę osób, ubezpieczonych w tymże roku przez *b*, a w następnych latach przez *b*₁, *b*₂, *b*₃ etc., to, przy wyżej podanem falowaniu śmiertelności i zachorowań, czynnik pieniądza otrzymać możemy z następujących dwóch wyliczeń:

$$1887 \quad b : a = b_1 : X \quad X = \frac{a b_1}{b}$$

$$1888 \quad b : a = b_2 : X \quad X = \frac{a b_2}{b} \quad \text{etc.}$$

Tablica III.

Rok	Należałoby się Mrk.	Wypłacono Mrk.
1887	2105405	5900000
1888	5289160	960000
1889	6829726	14400000
1890	6983783	20300000
1891	9243243	26400000
1892	9256832	32300000
1894	9308837	38100000
1895	9341328	44100000

Jeżeli stosunek pomiędzy dwiema otrzymanymi sumami, za każdy pojedynczy rok, pomnożymy przez odpowiedni za ten rok stosunek

śmiertelności, natenczas otrzymamy cyfrę wzrastających pretensji poszkodowanych.

Tablica IV.

Rok	Wskaźnik pieniactwa
1887	2 ₉₉
1888	2 ₇₀
1889	3 ₁₅
1890	5 ₂₄
1891	6 ₀₀
1892	7 ₉₆
1893	10 ₁₅
1894	13 ₆

Te cyfry nie potrzebują komentarzy, dostatecznie bowiem one świadczą, że w genezie wzmózonych pretensji do odszkodowania za wypadki nieszczęśliwe ważną odgrywają rolę wpływy uboczne, nie mające nic wspólnego ze słusnością, resp. rozmiarami odniesionych obrażeń na zdrowiu.

Przechodząc do tych wpływów, przypominam sobie trafną uwagę *Bantocka*. Gdy spacerując pewnego dnia z lekarzem niemieckim, zapytany został przez tegoż, dlaczego podczas operowania nie uznaje on antyseptyki i jawnie lekceważy aseptykę, odpowiedział: „Czy widzisz naokoło siebie wróbla?” — „Nie, panie profesorze” — brzmiała odpowiedź — „No to rzuć garść okruszyn, a wnet one się na żer zlecą. Ja zawsze operuję w ten sposób, że nie pozostawiam ewentualnej strawy, zgniecione tkanki, skrzepy etc. dla wszelakich drobnoustrojów, one też moich chorych nie nawiedzają.”

Mutatis mutandis, można to powiedzieć o prawie z 1885 r., któremu, pomimo wzniosłej tendencji i wbrew przewidywaniom prawodawcy, nieraz wypadło w praktyce odegrać rolę *agent provocateur* nierzetelnych aspiracji do zamiany wypadków nieszczęśliwych na brzęczącą monetę. Trudno bowiem wytłómaczyć sobie, dlaczego nieznaczne wypadki nieszczęśliwe, nie pozostawiające żadnych zgoła śladów organicznych, wywołują obecnie w klasie robotczej cały szereg powikłanych i trudnych do wytłómaczenia objawów podmiotowych, w żaden sposób nie dających się objąć w całość semiotyczną, a na których jednakże poszkodowani opierają swoją utratę zdolności do pracy, podczas gdy u innych ludzi znaczne gorsze wypadki, powodujące wyraźne zmiany i zaburzenia chorobowe, kończą się nader pomysłnie i rzadkokiedy prowadzą do całkowitej, lub częściowej nawet, inwalidności.

Czy klasa nie pracująca fizycznie nie jest narażoną na zdarzenia nieszczęśliwe? Aby na to pytanie odpowiedzieć, uprzytomnijmy sobie dzieje sportów. Ile poważnych obrażeń daje rok rocznie sport górski, ile ślizgawka, ilu jeźdźców spada z koni podczas wyścigów i treningu, ile wreszcie wypadków nieszczęśliwych daje kronika epidemicznej dziś cyklomanji. Wszak w tych razach niebezpieczeństwo znacznie się potęguje przez nadmierny i szalony, że tak powiem, ruch, w jakim znajduje się organizm ludzki. My słyszymy o wypadkach śmierci, a o niezliczonej ilości innych uszkodzeń wie tylko lekarz domowy.

Najwymowniej dowodzą słuszności naszego przypuszczenia spostrzeżenia Riglera, które na tem większą zasługują uwagę, że zapisane zostały 20 lat temu, t. j. w 8 lat po wprowadzeniu w Niemczech prawa o odpowiedzialności majątkowej kolei żelaznych za życie i zdrowie pasażerów i agentów. Odnosny urywek z pracy Riglera brzmi: „Dziwnym i niezrozumiałym dla mnie był fakt, że od zbudowania naszej kolei do 1871 r. (data wspomnianego prawa kolejowego) podano na 19 wypadków spotkania się pociągów, a 15 wykolejeń — 6 zażaleń z powodu niedoświetła podczas gdy między 1871—1876 r. na 12 spotkań i 7 wykolejeń podano 30 takich zażaleń, czyli że ilość inwalidów po wypadkach kolejowych powiększyła 9 razy. Należy przy tem mieć na uwadze, że impuls mechaniczny podczas katastrof tych był zawsze jednaki, że nawet dawniej, przy istnieniu jednej pary szyn, spotkania bywały daleko silniejsze, i że, wreszcie, skargi chorych z przed 1871 r. opierały się na widocznych zmianach chorobowych. Na 15 wykolejeń przed 1871 r., pomiędzy którymi dwa razy miało miejsce wykolejenie całego pociągu w pełnym biegu, zanotowano 2 wypadki nieuleczalnej utraty zdolności do pracy, podczas gdy na 7 wypadków po r. 1871 dwunastu ludzi prawowało się z powodu „niedoświetła”, 19 poważnych spotkań pociągów kolejowych z przed 1871 roku spowodowały 4 zażalenia na kalectwo, a 12, po 1871 r.—18. Tym sposobem spotkania pociągów kolejowych stały się 7 razy a wykolejenia 12 razy groźniejsze niż dawniej — co jedynie tłumaczyć można wzmoczoną żądzą korzystania z prawa bez względu na istotę i rozmiary otrzymanego uszkodzenia na zdrowiu.“

Przechodząc do szczegółów kazuistyki Riglera, widzimy, że inwalidności dowodzono w 2 wypadkach po zewnętrznych obrażeniach cielesnych, w 6 na zasadzie przypuszczalnego uszkodzenia narządów wewnętrznych; w 6 — mnych stwierdzić można było wyraźne objawy obrażenia mlecza paciierzowego, u 8 chorych można było bez wszelkich trudności skonstatować udawanie cierpienia mlecza paciierzowego, a skargi pozostałych 14 kandydatów na odszkodowanie z tytułu wrzekomego cierpienia mlecza okazały się więcej niż wątpliwymi. Ciekawą również jest ta okoliczność, że te 80% (28 na 36) zadeklarowanego cierpienia mlecza paciierzowego dotyczyły urzędników kolejowych i pocztowych, t. j. ludzi dobrze obeznanych z prawem z 1871 r. Co zaś dotyczy rażącej przewagi utyskiwań na cierpienie mlecza paciierzowego, jako przypuszczalnego *locus minoris resistentiae* podczas katastrof kolejowych, to takowa nie wytrzymuje krytyki naukowej.

Pod tym względem Rigler sam nie przewidywał, jak dalece trafną była przypuszczalna przezeń problematyczność semiotyczna tej choroby. Dziś, oparci na bogatym doświadczeniu, widzimy systematyczne posiłkowanie się piniaczy podstawowym w danej epoce tematem wiedzy neurologicznej. Jednostajność skarg pacjentów Riglera odpowiada okresowi klasycznych studjów Leydena o cierpieniach mlecza pacierzowego i jego błon. Gdy zaś w latach 80tych szkoła angielska dowiodła niezmiernej rzadkości istotnego urazowego zachorowania mlecza pacierzowego i błon jego — dzięki masywności i budowie dachówkowej jego pokrywy kostnej, obfitości części miękkich (mięśni, powięzi i więzów) i gdy jednocześnie nauka o chorobach nerwowych badała nozologię zapaści (Schock), wtedy pacyenci Eichorna i Page'a, domagający się odszkodowania za wypadki nieszczęśliwe, opisywali dolegliwości swoje w formie takiej, dla której najstosowniejszą byłaby nazwa *przewlekłej zapaści*. 154

Wkrótce potem na kontynencie europejskim ukazuje się „Railway-spine“, „Railway-braine“ w szacie „nerwicy urazowej“, ale nim zdobyz ta kliniczna zdążyła wyrobić sobie naukowe prawo obywatelstwa, już lotem niemal błyskawicy rozeszła się ona w sferach, zainteresowanych kwestją spieniężenia wypadków nieszczęśliwych. Nowocześni pretendenci do odszkodowania przestali podług świadectwa Page'a „wlec za sobą nogi“ lub „nieruchomo wylegiwać się po całych dniach“, aby za przykładem poprzedników swoich zaszcześcić w lekarzu podejrzenie cierpienia mlecza pacierzowego, lub upadku energii życiowej (istota zapaści). Oni obecnie w niczem nie zmieniają trybu życia, natomiast podają na tle wyraźnego śledziennictwa (hypochondria) istny chaos objawów podmiotowych przy nader nieznacznych stosunkowo przedmiotowych danych, lub też, najczęściej, przy zupełnym braku takowych. (D. c. n.)



Szpitalnictwo w gubernji Radomskiej.

Opracował Dr. H. Fidler.

Starszy Ordynator szpitala starozakonných w Radomiu.

Ilość szpitali. Gubernja Radomska, zajmująca 233 □ mile przestrzeni, z ludnością 926.784, posiada 6 szpitali cywilnych, 2 fabryczne, 3 więzienne i 4 wojskowe (lazarety), a mianowicie: w Radomiu 2 szpitale cywilne: Ś-go Kazimierza i Starozakonných; w Staszowie Ś-go Adama 1; w Opatowie Ś-go Leona 1; w Opocznie Ś-go Władysława 1; w Sandomierzu Ś-go Ducha 1. Fabryczne zaś w Starachowicach (1), pow. Ilżeckiego, i Klimkiewiczowie (1), pow. Opatowskiego, obydwa

w fabrykach żelaznych; więzienne, w Radomiu i Sandomierzu, wojskowe—w Radomiu, Kozienicach, Staszowie i Końskich.

Historja szpitali. Szpital S-go Kazimierza w Radomiu był wybudowany w 1821 r. staraniem Towarzystwa Dobroczynności (założonego w 1815 r.). Ten dom stał za miastem w miejscowości zwanej „Nowym Światem” — na placu, nabytym przez Towarzystwo Dobroczynności od klasztoru ks. Cystersów w Wąchocku (na prawach czynszu wieczystego za sumę 43 rb. 75 kop.). Szpital nosił pierwotnie nazwę S-go Aleksandra i posiadał 30 łózek. Ponieważ okazał się w następstwie za małym i ponieważ z niego nie mogli korzystać okoliczni mieszkańcy, a jedynie mieszkańcy miasta Radomia, przeto była Rada Opiekuńcza, posiadając pewne ofiary, powzięła projekt wybudowania nowego szpitala na 80 łózek. W tym celu członkowie Rady, popierani gorliwie przez b. gubernatora Bechtiejewa, wybrali odpowiedni plac na Warszawskiej ulicy i, kupiwszy takowy za sumę 1200 rb., zajęli się zbieraniem ofiar i wyszukiwaniem środków pieniężnych. Mieszkańcy Radomia i okolice pospieszyli z licznymi ofiarami. Te ostatnie, wraz z zapomogą rządową w kwocie 5200 rb., pozwoliły na rozpoczęcie robót, tembardziej, iż rząd ofiarował bezinteresownie drzewo z lasów swoich. Otóż poczęto budować murowany dom dla szpitala w 1844 r., a ukończono w 1846 r. Budowa kosztowała 11590 rb., nie licząc w to ofiarowanej cegły w ilości 20000 sztuk i nabytego placu. 21 października 1847 r. odbyło się poświęcenie nowego gmachu, a 29 t. m. szpital rozpoczął przyjęcie chorych. Poprzedni szpital został sprzedany gminie Żydowskiej za 3000 rb. w r. 1851, która tam urządziła szpital dla swych wyznawców.

Nowy szpital otrzymał nazwę tę samą, co i stary, i zachował ją do 1851 r. Wskutek jednak często wynikających nieporozumień przy ściąganiu kosztów za leczenie, gdyż i w powiatowym mieście Radomsku gub. Piotrkowskiej, również był szpital S-go Aleksandra, szpital w Radomiu otrzymał nazwę S-go Kazimierza, na cześć księdza Kłaczyńskiego, który, będąc przewodniczącym w Radomskiej powiatowej Radzie Opiekuńczej, dołożył wielkich starań w sprawie budowy szpitala. W r. 1852 został przybudowany dom, za sumę rb. 15000, dla resursy miejscowej, która też do tej pory dzierżawi go za sumę 1600 rb. rocznie.

Szpital Starozakonnych w Radomiu został otwarty w 1848 r. w domu wynajętym od p. Dursy na ulicy Starokrakowskiej (obecnie posesja p. Girsztajna). Poprzednio chorzy mieścili się w wilgotnym domu kahalnym na Wale. Szpital swe otwarcie zawdzięcza b. gubernatorowi Białoskórskiemu, który, przekonawszy się „o nędzy i chorobliwym stanie starozakonnych mieszkańców m. Radomia”, powołał (za zezwoleniem Głównej Rady Opiekuńczej) Radę Opiekuńczą szpitala starozakonnych, złożoną z zaproszonych członków: Icka Kerszenbauma, Jozuego Landaua rabina, Sany Bekermana i Chila Margulesa. Było to w tymże r. 1848.

Szpital, chwilowo pomieszczony w domu p. Dursy, został wkrótce, bo w roku 1849, przeniesiony do wynajętego domu po szpitalu S-go Aleksandra. Wyżej wymieniona Rada szpitala Starozakonnych zajęła się zebraniem składek dobrowolnych we wszystkich miastach gub. Radomskiej, wyjednanie pozwolenia wyższej władzy, by fundusz z opłat od ubiorów żydowskich wzięty był na rzecz budowy szpitala starozakonnych, oraz przelaniem rb. 120 przeznaczanych corocznie przez dozór bóżniczny na utrzymanie chorych. Na koszt utrzymania pierwotnego szpitala wyznaczono 200 rb. z kasy miejskiej i 225 rb. z kar za ubiory żydowskie.

Ponieważ warunki tego szpitala były bardzo niekorzystne, przeto Rada Opiekuńcza zajęła się gorliwie zbieraniem ofiar i, gdy te ostatnie dosięgły poważnej cyfry, umyśliła wybudować dla szpitala własny gmach. W tym celu na przedstawienie ówczesnego gubernatora Bechtiejewa b. komisja spraw wewnętrznych zezwoliła na użycie na budowę szpitala sumy 4356 rb. 90 kop. z kar, nakładanych na żydów za noszenie wzbronionej odzieży. Następnie dzierżawcy dochodów koszer-nych w gub. Sandomierskiej, Lewek Erlich i Majer Mendelsohn, wskutek wpływu i przedstawień Sany Bekermana ofiarowali sumę 6643 rb. 10 kop., będącą w procesie ze skarbem, nowopowstającemu szpitalowi. Oprócz tego, rząd gubernjalny odstąpił temuż szpitalowi 1½ morgi gruntu przy rogatce Staro-Krakowskiej. Posiadając dostateczne środki i mając ofiarowany plac, Rada Opiekuńcza Szpitala Starozakonnych przystąpiła do budowy domu dla szpitala, którego kosztorys wynosił 11039 rb. 28½ kop. i domu dla służby szpitalnej za sumę 696 rb. 56 kop. W tym celu był utworzony osobny komitet budowlany, który winien był administracyj-

nym sposobem dokonać budowy. Komitet ten, powierzywszy Sanie Bekermanowi kapitał, upoważnił go do prowadzenia robót i wszelkich rachunków. Roboty szły szybko, tak, że 13 września 1851 r., t. j. po upływie 3 lat od powstania projektu, chorzy byli przeniesieni do nowego szpitala. Budowa kosztowała zamiast 11685 rb. 84 kop. tylko 8773 rb. 34 kop. Za zaoszczędzone pieniądze kupiono w tymże 1851 r. dom po szpitalu S-go Aleksandra za 3000 rb., który przynosił szpitalowi Starozakonnych 500 rb. rocznego dochodu. W następstwie ten dom został sprzedany Klimaszewskiemu. Początkowy etat wynosił 25 łóżek, lecz w r. 1865 wskutek zmniejszenia się liczby chorych zmniejszony został do 20.

Szpital S-go Władysława w Opocznie. Myśl wybudowania szpitala zrodziła się w r. 1842 równocześnie z powstaniem Powiatowej Rady Opiekuńczej. Lecz brak środków nie pozwolił tej myśli wprowadzić w czyn. Poczynając od r. 1845 i wskutek usilnych starań taż Rada już posiadała pewne środki, które pozwalały na rozpoczęcie robót. Został więc zrobiony projekt i przedstawiony do zatwierdzenia Głównej Rady Opiekuńczej. Projekt Rady Powiatowej nie uzyskał zatwierdzenia Rady Głównej, która przysłała projekt własny wraz z kosztorysem i nakazała ściśle się tego trzymać. Ponieważ kosztorys Rady Głównej opiewał na sumę 7500 rb., przeto nie mógł być wprowadzony w czyn, gdyż Rada Powiatowa środków takich nie posiadała. Nie mogąc więc przystąpić do budowy szpitala i nie mając widoków zdobycia potrzebnych po temu środków w najbliższym czasie, Rada Powiatowa postanowiła skorzystać z nadarzającej się sposobności i nabyć na wygodnych warunkach duży jednopiętrowy dom. Dom ten należał do b. pomocnika Naczelnika powiatu Zielińskiego i został nabyty dla szpitala za 3000 rb. w roku 1847. Rada Główna przychyliła się do zdania Rady Powiatowej i udzieliła 1000 rb. w postaci zapomogi od Skarbu na przeróbki konieczne dla umieszczenia w nim Szpitala. 4 października 1849 r. został szpital otwarty.

Dla powiększenia dochodów szpitalnych Rada Powiatowa nabyła w r. 1857, dom pod nazwą „Esterka” który przynosił dochodu 600 rb. rocznie. Oprócz tego, szpital ma dochodu 81 rb. rocznie z dzierżawy 3 kolonji we wsi Sulejowskie Podklasztorze w pow. Opoczyńskim. Te kolonje nabyła w r. 1851 zakonnica Klara Ziomkowska dla powiększenia środków na utrzymanie urzędzonej przez nią ochrony dla dzieci. Gdy ochrona ta została zwinięta w r. 1870 na skutek rozporządzenia b. Rady Opiekuńczej Głównej, kolonje te przeszły na własność skarbu, a w r. 1878 były sprzedane szpitalowi za sumę 488 rb. 88 kop.

Szpital S-go Duchu w Sandomierzu mieści się w starożytnym domu wzniesionym przez kasztelana krakowskiego Zegotę w r. 1222 razem z kościołem S-go Duchu i klasztorem dla pięciu mnichów zakonu S-go Duchu. W akcie spisany przy budowie tego szpitala powiedziano, iż do obowiązków zakonników zarządzających klasztorem S-go Duchu i szpitalem przy nim istniejącym należy leczenie chorych, pomaganie biednym, podróznym oraz utrzymanie sierot i podrutków. W dalszym ciągu powiedziano, iż Zegota wznosił te zakłady za wolą synów swoich Ottona i Zakleki i na utrzymanie ich oddaje wieś Życ, między wsiami Samborze i Złota. Wieś tę w następstwie, wskutek niewiadomych przyczyn, utracił klasztor S-go Duchu.

W r. 1331 niejaki Peregrin z Lwowa wraz z żoną ofiarowali klasztorowi i szpitalowi wieś. Około 1640 r. zakonnicy dokupili folwark Pełczyn i urządzili folwark Kruków. W następstwie różni dobroczyńcy czynili ofiary zarówno w pieniądzu jako też majątkach ziemskich.

W r. 1399 Mikołaj Kemi, obywatel miasta Sandomierza, ofiarował klasztorowi winnicę zwana Tuszkowską na przedmieściu Sandomierza. Takąż winnicę ofiarowała niejaka Oszanka, mieszkanka Sandomierza. Kancelarz koronny Zakleka ofiarował w tymże 1399 r. wieś Szczepanów, która w r. 1508 otrzymała nową nazwę Wierzki.

W latach 1407 i 1420 przełożony klasztoru, ojciec Mikołaj, zakupił we wsi Obrazów dużą ilość ziemi. Oprócz tego, różni ofiarodawcy poczynili zapisy na swych dobrach na rzecz klasztoru i szpitala. W r. 1604 Bernard Maciejewski, biskup krakowski, podczas wizytacji pasterskiej w Sandomierzu rozkazał natychmiast naprawić wszelkie budynki przeznaczone dla chorych i dzieci a następnie wszelkie dochody otrzymywane przez klasztor podzielić na 3 części. Jedna część przeznaczona została na szpital i dzieci, druga na stawianie nowych i naprawę starych budynków, trzecia zaś na utrzymanie duchowieństwa.

W w. XVIII wskutek różnych klęsk dochody klasztoru S-go Duchu zarówno

jak i szpitala znacznie zmalały, tak że w 1774 r. obydwojma zakładami zarządzał jeden zakonnik wraz z magistratem m. Sandomierza. Na utrzymanie 20 chorych szpital posiadał tylko jeden folwark Kruków i nieznaczne dochody z samego szpitala. W r. 1799 na skutek rozporządzenia rządowego znajdujące się w Sandomierzu 2 szpitale, S-go Hieronima i S-go Piotra, zostały przyłączone do szpitala S-go Duchy wskutek czego zwiększyły się i środki tego ostatniego, co dało znowu możliwość utrzymania w r. 1800—trzydziestu łózek.

W r. 1714 kanonik Sandomierski Jacek Kochański ofiarował szpitalowi wieś Sieciechowo.

W r. 1719 wskutek starań biskupa Sandomierskiego Prospera Burzyńskiego i komisarza obwodu Sandomierskiego Hr. Jelskiego zarząd szpitalem, kościołem, majątkami, kapitałami i całkowitym majątkiem szpitalnym został powierzony siostrze miłosierdzia. Te ostatnie zamiast dotychczasowego domu szpitalnego, składającego się z parterowej oficyny i drewnianego domu, wystawiły w r. 1728 piętrowy mурowany dom, zawierający 5 sal dla chorych i aptekę.

W r. 1837 wybudowały także dom dla ochrony dziecięcej, na mieszkanie dla siostr miłosierdzia i budynki gospodarskie. Wszystkie te budynki zostały otoczone murem.

W r. 1842 na skutek Ukazu Najwyższego dobroczynne te zakłady przeszły pod zarząd Sandomierskiej Powiatowej Rady Opiekuńczej. Główny zaś nadzór powierzony został Głównej Radzie Opiekuńczej w Warszawie. Zaś od r. 1870 zakłady te pozostały pod zarządem gubernjalnej i powiatowej Rad Dobroczynności Publicznej.

Szpital S-go Adama w Staszowie. Właściciel majątku Staszów, hr. Artur Potocki, w testamentie swym z dnia 39 sierpnia 1826 r. przeznaczył 1066 czerwonych złotych dla biednych w swoich dobrach. Długi czas z zapisu tego nikt nie korzystał. Dopiero w r. 1866 spadkobierca ofiarodawcy hr. Adam Potocki, i żona jego hrabina Katarzyna Potocka (z domu Branicka) postanowili wprowadzić w wykonanie wolę zmarłego i obowiązali się w majątku swym Staszów przeznaczyć mурowany dom na urządzenie szpitala, który się nazywać miał lazaretem i leżał za miastem. Obowiązali się przytem własnym kosztem dom ten przyprowadzić do należytego porządku i urządzić w nim kilka sal dla chorych, oraz kilka pokoi dla służby szpitalnej. Oprócz tego ofiarowali niezbędne utensylia i 2 morgi gruntu na urządzenie podwórza i ogrodu, również cały ten plac ogrodzili. Na utrzymanie szpitala hr. Potoccy przeznaczyli owe 1066 czerwonych złotych zapisanych przez Artura Potockiego i wypłacili sumę powyższą wraz z należnymi odsetkami po 1 stycznia 1865 r., co uczyniło 11062 rb. 52 kop. Hr. Potoccy obowiązali się również zabezpieczyć tę sumę hipotecznie na majątku Staszów i płacić 5% rocznie, licząc od 1 stycznia 1865 r., za co zowiąrowali sobie prawo rozporządzenia 3 łózkami. Szpital ten winien był nosić nazwę hr. Potockich. Formalna umowa w tym sensie została zawartą 13 grudnia 1866 r. między Feliksem Chwalibogiem, pełnomocnikiem hr. Potockich, a członkiem b. Sandomierskiej Powiatowej Rady Opiekuńczej. Główna Rada Opiekuńcza uznawszy warunki podane przez Hr. Potockiego za wygodne, postanowiła urządzić szpital w Staszowie. Obliczywszy więc należność od sumy 1066 czerwonych złotych po 1 stycznia 1867 r. w kwocie 12158 rb. 75 kop. tąż Rada prosiła b. Komisję spraw wewnętrznych o odpowiednie rozporządzenie. Komisja zwróciła się do hr. Potockiego z prośbą o powiększenie ofiarowanej sumy, lecz hr. Potocki odmówił. Wtedy hr. Potocki, chcąc otrzymać z Banku sumę 8445 rb., które tam leżały jako zabezpieczenie sumy testamentowej 1066 czerw. złotych, zaproponował: 1) wykreślić z umowy warunek rozporządzenia 3 łózkami w szpitalu; 2) i zrzec się nazwy szpitala „imienia hr. Potockich”; 3) sumę należną od 1066 czerw. złotych obliczyć pod koniec 1869 r. w kwocie 13746 rb. 55 kop., zabezpieczyć ją na majątku Staszów po wieczne czasy i płacić od niej 5% rocznie co stanowiło 692 rb. 32 kop. Warunki te były wymienione w osobnym akcie spisany 27 października 1869 r. przez tegoż Chwaliboga pełnomocnika, hr. Potockich i członka Głównej Rady Opiekuńczej, Skibińskiego. Rada Główna przyjęła wszystkie warunki Hr. Potockiego i prosiła Komitet Urządzący, by zatwierdził wyżej wzmiankowaną umowę, pozwolił wycofać z Banku 8445 rb. i otworzyć szpital na 20 łózek, do którego był przygotowany już budżet na lat 3 od 1 stycznia 1870 r. po 1 stycznia 1873 r. w sumie 2450 r., dochodu i takiejże—rozchodu.

Senator Sołowiew, zarządzający sprawami b. Komitetu Urządzącego, postanowił w dniu 3 stycznia 1870 r.: umowę zatwierdzić; sprawę otwarcia szpitala

powierza gubernatorowi radomskiemu dla rozstrzygnięcia ostatecznego resp. Radzie Dobroczynności Publicznej, z chwilą powołania takowej do życia.

Na zasadzie tego rozporządzenia umowa była zatwierdzona przez Główną Radę Opiekuńczą 12 Marca 1870 r., wniesiona do ksiąg hipotecznych i akceptacja wręczona została hr. Potockiemu i jego żonie. Następnie gubernjalna Rada Dobroczynności Publicznej, uznawszy, że środki są dostateczne, postanowiła prosić Ministerjum Spraw Wewnętrznych o pozwolenie otwarcia w dniu 1 stycznia 1872 r. szpitala S-go Adama na 20 łózek. Ministerjum zezwoliło, o czym Kancelarja Namiestnika zawiadomiła gubernatora Radomskiego w dniu 7 listopada 1872 r. Wskutek tego 2 stycznia 1873 r. szpital został otwarty pod wezwaniem S-go Adama i mieścił w sobie 20 łózek.

Szpital S-go Leona w Opatowie. W początku roku 1855 Opatowska powiatowa Rada Opiekuńcza, wskutek częstych przedstawień Marszałka szlachty gubernji Radomskiej, zajęła się wyszukaniem odpowiedniego placu pod budowę szpitala. Plac taki wraz z dwoma budynkami i ogrodem został kupiony w Opatowie od właściciela miasta Karskiego za sumę 1500 rb. Plac ten miał 7 morgów i 17 prętów. W roku 1856 zrobiony był kosztorys na budowę budynku dla szpitala, domu dla służby i budynków gospodarczych, który opiewał na sumę 21270 rb. Kosztorys ten został zatwierdzony przez Główną Radę Opiekuńczą 10 kwietnia 1857 r. Budowa została wykonana sposobem administracyjnym przez Opatowską Powiatową Radę Opiekuńczą. Budowa rozpoczęta 3 maja 1859 r., została ukończona 1860 r. Kapitał zaś do tego potrzebny składał się z 22000 rb. przeznaczonych przez Rząd i 4000 rb. ofiarowanych przez mieszkańców powiatu Opatowskiego. Jakkolwiek budynek był gotów, to jednak szpital nie został otwarty i dom ten był wynajmowany na koszarę. Dopiero 13 stycznia 1869 r. został otwarty szpital na 20 łózek. Środków na utrzymanie szpitala dostarczyły koncerty, loterie fantowe i dobrowolne ofiary zbierane przez Powiatową Radę Opiekuńczą. W r. 1871, na skutek rozporządzenia Prezydującego w Radomskiej Radzie Dobroczynności Publicznej, liczba łózek została powiększona do 28.

Rozmieszczenie szpitali i ich wzajemna odległość. Szpitale są rozmieszczone nierównomiernie. Gdy bowiem zachodnia część gubernji posiada jeden szpital (Opoczno), północna dwa (Radom), południowa posiada ich aż 3 (Sandomierz, Opatów, Staszów), zaś wschodnia jest zupełnie szpitali pozbawiona. Cały płat od Radomia do Wisły w kierunku wschodnim posiłkować się musi szpitalami w mieście Radomiu. A odległość jest dość znaczna, gdyż do Góry Puławskiej wynosi 57 wiorst (wschód), do Solca (południowo-wschód) 53, do Tarłowa (południowo-wschód) 69, do Brodów (południe) 44 w. Również i północna strona jest pod tym względem upośledzona, gdyż do krańca gubernji w tym kierunku odległość wynosi 44 wiorsty (Mniszew nad Wisłą) lub 30 (Białobrzegi). Nie lepiej się rzecz ma i w zachodniej stronie gubernji. Opoczno, leżąc bliżej zachodniej granicy, oddalone jest od Radomia (wschód) o 68 wiorst, od granicy północnej (Nowe Miasto nad Pilicą) 43 w., południowej (Mnin przez Żarnów i Radoszyce) 59 w., zachodniej (Podklasztorze, Sulejów) 30 w., zachodnio-północnej (Przedbórz) 44 wiorst.

Południowa strona posiada 3 szpitale (Sandomierz, Opatów i Staszów) odległe od siebie w ten sposób, iż od Sandomierza do Opatowa jest wiorst 29½, do Staszowa 40, od Opatowa zaś do Staszowa 35 w., W ogóle w tej stronie gubernji odległości od szpitali są mniejsze albowiem od południowego krańca gubernji, Ruszcza dolna, do Staszowa jest wiorst 20, od Opatowa do Rakowa (zachód) 28, do Lechówka (zachód) 25, do Ostrowca (północ) 16½, przez Ostrowiec do krańca północnej granicy 24 w., do Łęga (wschód) 48, z Sandomierza do Klimontowa

(zachód) 21 w., do Zawichosta (północ) 13 w., do Koprzywnicy (południowo-zachód) 19 w., ze Staszowa do Koprzywnicy (wschód) 25 w. Gdy więc w północnej stronie przeciętna odległość od krańcowych punktów do szpitali wynosi 44 w., zachodniej 44, wschodniej 44, w południowej odległość ta wynosi 29 w.

Komunikacja ze szpitalami. Komunikacja pomiędzy miastami szpitalnymi odbywa się szosą lub koleją, lecz pomiędzy krańcowymi punktami a szpitalami odbywa się po drogach bocznych, w wielu miejscach nie do przebycia podczas jesiennych i wiosennych roztopów. W najlepszych nawet warunkach podróż z chorym na przestrzeni 44 wiorst trwać może około 6 godzin, zaś na przebycie tej samej przestrzeni po bocznej drodze w dobrych warunkach należy użyć 7 godzin, a w czasie roztopów i 9 lub więcej, zależnie od natury gruntu. Przyjmując jednak trzeba pod uwagę i to, iż zawsze przywożą do szpitala wogóle ciężko chorych, dla których przebycie 6 milowej przestrzeni jest rzeczą niezmiernie utrudzającą.

Kolej żelazna przerywa gubernję w kierunku południowym, dzieląc się w Bzinie na odnogi: południową (w stronę Kielce), zachodnią do Koluszek przez Końskie i Opoczno i południowo-wschodnią do Ostrowca. Wzdłuż linii kolejowej leżą nieliczne miasta, które mogą korzystać z dobrodziejstw przewozu, zaś większa część oddalona jest o wiorst kilkadziesiąt np. Przedbórz—Końskie 37, Przedbórz—Opoczno 44, Przysucha—Opoczno 34, Odrzywół—Opoczno 44, Ożarów—Ostrowiec 31, Łęg—Ostrowiec 43 w. Z zachodniej i południowo-wschodniej boczniczy należy się przesiadać w Bzinie do pociągu biegnącego w kierunku południowym lub północnym (do Kielce lub Radomia).

(Dok. nast.)

Sprawozdanie z działalności Szpitala fabrycznego

w ŻYRARDOWIE

za czas od 1. lipca 1898 do 1. lipca 1899.

Podał Dr. Zenon Tokarski.

Szpital w Żyrardowie, otwarty w roku 1893, składa się z domu dla zarządu (w tym mieszkanie dla lekarza) i połączonych z nim szklanymi korytarzami dwóch pawilonów: męskiego i żeńskiego. W każdym pawilonie 3 sale dla chorych (chirurgiczna, wewnętrzna i zakaźna), jeden pokój oddzielny i sala z kaplicą. Dla chorych umysłowych jest oddział osobny, na 6 łóżek. Dla chorych urzędników są 4 pokoje na pierwszym piętrze, w domu zarządu. Ogrzewanie centralne, oświetlenie elektryczne, wodociągi, kanalizacja, ogród. Ogólna

ilość łóżek 80. Lekarzy 3, gospodyni, 2 dozoreczynie pawilonów, niższej służby 20.

Ruch chorych za czas sprawozdawczy tak się przedstawia:

Pozostało z roku 1897—8:	M. 15.	K. 41.	Razem 56.
Przyjęto	" 216.	" 216.	" 432.
Zmarło	" 23.	" 14.	" 37.
Pozostało na 1899-1900	" 8.	" 23.	" 31.

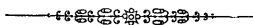
Z chorobami narządów krążenia	było 10.	Zmarło 1.
" " oddechów.	" 97.	" 21.
" " trawienia	" 27.	" 1.
" " moczowych	" 23.	" 1.
" skórnymi	" 7.	" —
" nerwowymi	" 30.	" 1.
" zakaźnymi	" 30.	" 3.
" wenerycznymi	" 15.	" —
" oczu	" 6.	" —
" kobiecymi	" 32.	" —
" chirurgicznymi	" 102.	" 5.
" krwi i odżywiania	" 29.	" 4.
Z różnymi innymi chorobami	" 24.	" —

Ogółem było 432. Zmarło 37.

Ilość dni szpitalnych M. 7518. K. 13693. Razem 21211.

Największa ilość: 2039 przypada na miesiąc marzec,
najmniejsza " : 1499 " " " " czerwiec.

Operacji dokonano 135 (phlegmone 35, nowotwory 15, zepsute zęby 10, rany 12, gruźlica kości 10, złamania 15, zwiehnięcia 3, ciała obce 10, wyłuszczenie gruczołów 7, oczne operacje 4, resekcje zeber 2, inne operacje 13.



Towarzystwa lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Kaliskie.

Posiedzenie d. 18 września 1899 r.

I. Na wniosek przewodniczącego obecni przez powstanie oddali cześć pamięci zmarłego kolegi Prof. Meyera, członka honorowego Towarzystwa.

II. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

III. Statystyka chorób zakaźnych w miesiącu Sierpniu, podana przez kolegę Merkla, tak się przedstawia: 2 przypadki szkarlatyny, 2 błonicy, 12 odry, 12 koklusz, 4 tyfusu (3 śmiertelne).

IV. Kol. *Wojciechowski* podaje do wiadomości członków Towarzystwa, że pan Hejbowicz nosi się z myślą ofiarowania Towarzystwu pewnej ilości dzieł medycznych. Towarzystwo upoważnia kolegę *Wojciechowskiego* do przyjęcia wzmiankowanych dzieł.

V. Do *Biblioteki* nadesłano: 1) *Więstnik* obszczestwiennoy higjeny, sudiebnoj i praktyczeskoj medicyny (Janwar 1899). 2) *Zapiski Ural-skowo medicinskawo obszczestwa* w g. Jekaterinburgie. 3) *Revue clinique d'Andrologie et de Gynécologie*. 4) *Anatomja czaszkojamu* przez D-ra *Kazimierza Noiszewskiego*. 5) *Nałęczów*—przewodnik informacyjny dla leczących się i lekarzy. 6) *Trudy obszczestwa wraczej gg. Rostowa na Donu i Nachiczewani* za 1897 g. 7) *Dniownik obszczestwa wraczej pri J. Kaz. Uniw. Wypusk III. 1898 g. i Wyp. I-1899 g.*

VI. Kol. *Chodakowski* przedstawił dwa przypadki chorych z *cierpieniem torbieli jajnika*, obydwaj leczone w miejscowym szpitalu św. Trójcy operacyjnie drogą otwarcia jamy brzusznej, z tą jednak różnicą, że w pierwszym przypadku operacja wykonaną była w dwa okresy, skutkiem wypadkowego przekonania się o ropnej zawartości torbieli skórzastej, w drugim, pomimo zawartości torbieli wielokomorowej, także ropnej, operacja była wykonaną odrazu. a to wskutek przedwczesnego (jeszcze przed operacją) pęknięcia jednej komory torbieli i wylania się treści ropnej do jamy brzucha. W pierwszym przypadku wyzdrowienie, w drugim, po 17-tu dniach, śmierć. Autor zestawiając te przypadki nalega, żeby guzy jamy brzusznej, szczególnie torbiele, były operowane jaknajwcześniej, bo nikt zaręczyc nie może, w jak prędkim czasie torbiel, nawet taka, jak skórzak, podlegnie zropieniu (lub samoistnemu pęknięciu), a dalej: przy zdjagnozowaniu ropy w torbieli, radzi, sposobem *Olshausena*, wykonywać operację we dwa okresy, która w każdym razie daje lepsze rokowanie *quo ad vitam*.

VI. Kol. *Drozdowski* zawiadamia Towarzystwo, że otrzymał ustne pozwolenie od J. W. Gubernatora na urządzenie sali położniczej przy szpitalu św. Trójcy, którą zarządzać będzie kol. *Chodakowski*.

Posiedzenie z d. 17 października 1899 r.

I. Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. *Sekretarz* Towarzystwa przeczytał list Dra *Romanowa* z *Kazania*, w którym prosi kolega *Romanow* o protokoły posiedzeń, a to w celu korzystania z prac Towarzystwa z dziedziny neuropatologii i psychjatrii. Ponieważ Towarzystwo drukuje protokoły swoich posiedzeń w czasopismach lekarskich, więc uchwalono odpowiednio odpowiedzieć koledze *Romanowowi*.

III. *Statystyka* chorób zakaźnych w miesiącu wrześniu, podana przez kolegę *Merkla*: 9 przypadków szkarlatyny (3-śmiertelne), 1 dyfterytu, 1 koklusz, 2 krupu, 13 odry, 1 krwawej dysenterji, 11 tyfusu brzuszego.

IV. Kol. *Piestrzyński* przedstawiał *przypadek połowicznego porażenia* u pacjenta 85-letniego, z jasno wyrażoną arterio-sklerozą naczyń. Przypadek zasługuje na uwagę z powodu, że wszystkie objawy pora-

żenia połowicznego zupełnie minęły w przeciągu 3 dni i dlatego kol. Piestrzyński przypisuje hemiplegję w danym przypadku chwilowemu przekrwieniu mózgu.

W dyskusji zabierali głos: kol. kol. Wiczewski, Drozdowski, Rüdiger i Beatus. Pierwsi dwaj skłonni są myśleć, że w przytoczonym przypadku miał miejsce zatór naczyń, ostatni przychylają się do zdania kolegi Piestrzyńskiego.

V. Członek Towarzystwa, aptekarz *Mrowiński*, przedstawił czyste przetwory ol. Suatali ostindiei, Solosantali i Gonoroli i wykazał ich różnice

VI. Kol. *Rüdiger* opowiedział przypadek zapalenia mózgu u 4-letniej dziewczynki, z zejściem śmiertelnym, zasługujący na uwagę z tego powodu, że objawy patognomiczne dla tej choroby wystąpiły dopiero po 2 tygodniach, gdy cały przebieg nasuwał myśl zaburzeń natury gastrycznej.

VII. Kol. *Wilczewski* przytoczył ciekawy przypadek choroby *Brigtha* u 6-letniej dziewczynki, u której choroba ta, ciągnąc się 3 lata, doszła w ostatnim czasie prawie największego swego nasilenia i wtedy właśnie została powikłaną przez odrę. Jakież zdziwienie, gdy po 2 tygodniach choroby wysypkowej opuchlina schodzi zupełnie, chora nabiera cery, ilość białka w urynie zmniejsza się do minimum. Chora jest jeszcze pod obserwacją kolegi Wilczewskiego. Przytaczając ten przypadek, kolega Wilczewski zastanawia się nad tem, czy rzeczywiście może mieć wpływ choroba zakaźna, resp. odra na przebieg choroby *Brigtha*, czy też choroba nerek w danym przypadku przyjęła inny obrót niezależnie od odry.

Kol. *Beatus* zaznacza, że miał w swej praktyce przypadek choroby *Brigtha*, trwającej 2 lata, także u dziecka, z zupełnym wyzdrowieniem.

Posiedzenie z dnia 17-go Listopada 1899 r.

I. Do Biblioteki Towarzystwa nadesłano: 1) Kliniczeskij żurnal, wydawajemyj pr. doc. W. A. Worobjewymi (zeszyty od Stycznia do Października włącznie). 2) Dniownik obszczestwa wracej pry I. Kar. Uniw. Wyp. II 1899 g 3) Revue clinique d'Andrologie et de Gynecologie (№ 10). 4) Przyczynek do kazuistyki ciąży jajowodowej: zatrzymanie płodu prawie donoszonego w ciągu lat 18-tu. Podał Dr. Czesław Stankiewicz (Łódź). 5) Katalog mikroskopów G. Reichert'a (Wiedeń). 6) Pewna ilość dzieł medycznych od pana Herbut-Hejbowicza. Ostatniemu Towarzystwo uchwaliło wyrazić piśmienne podziękowanie za przysłane dzieła.

II. *Sekretarz* Towarzystwa odczytał statystykę chorób zakaźnych, która w ubiegłym miesiącu tak się przedstawia: 1 przypadek szkarlatyny, 7 dyfterytu (jeden śmiertelny), 10 odry, 5 tyfusu brzuszego, 8 koklusu, 2 gorączki płożowej (jeden śmiertelny).

III. Kol. *Drecki* przedstawił Towarzystwu pisany na Jego imię list Tow. Hygienicznego Warszawskiego, w którym Tow. Hygieniczne zachęca do urządzenia na prowincji przytułków położniczych, jak również do organizowania Towarzystw opieki nad ubogimi matkami.

W dyskusji zabierali głos: Rüdiger, Drecki, Chodakowski. Ostatni, reasumując wszystkie dane, zaznacza, że wobec urządzającej się sali dla położnic przy tutejszym szpitalu, myśl o otworzeniu oddzielnego przytułku, przy braku środków, jest przedwczesna.

IV. Kol. *Brokman* odczytał zreferowaną pracę prof. Mikulicza: „odkażanie rąk i skóry za pomocą spirytusu mydlanego.“ Obecnie wszyscy zgadzają się na to, że najskuteczniejszym środkiem odkażania skóry jest mycie jej znaczną ilością ciepłej wody, mydłem i szczotką, a następnie alkoholem. Pr. Mikulicz przypuszcza, że owo mycie wodą, mydłem i alkoholem da się połączyć w jeden akt. Próby z officynalnym spirytus saponatus dały wyniki świetne. Dziś, po roku studjów klinicznych, pr. Mikulicz przyszedł do wniosku, że w spirytusie mydlanym posiadamy doskonały środek, nadający się do odkażania skóry i rąk i mogący walczyć o lepsze z dotychczas używanymi. Zalety tego środka: 1) Nie mając potrzeby obmywania operowanego obfitą ilością wody, oszczędzamy naszych chorych, zwłaszcza słabych. Nie potrzebujemy chorych do naga rozbierać; wystarcza zupełnie, jeżeli pole operacyjne i sąsiednie części są odkryte. 2) Odkazenie spirytusem mydlanym jest wygraną na czasie, wystarcza bowiem na to 5 minut. 3) Officynalny spirytus mydlany jest bezwonnny, i nie jadowity, nie drażni skóry nawet w miejscach bardzo wrażliwych, jeżeli jest stosowany nie dłużej jak przez 5 minut. 4) Ten spirytus przenika widocznie i głębsze warstwy naskórka — w ten tylko bowiem sposób można sobie wytłómaczyć ten fakt, że i po dłużej trwających operacjach ręce nasze są względnie wolne od zarazków, co przy innych środkach odkażających niema miejsca. 5) Odkazanie spirytusem mydlanym jest znacznie tańszem (w Niemczech), aniżeli innymi środkami. Ujemną stroną spirytusu jest, że ręce pozostają śliskie, jak po użyciu lysolu, czemu łatwo zapobiedz, osuszając ręce gazą wyjałowioną. Ale ta jakoby ujemna strona stanowi może zaletę w praktyce akuszerskiej.

V. Kol. *Beatus* przedstawił przypadek rzucawki podczas porodu, z dobrem zejściem dla matki i dziecka.

VI. Kol. *Rüdiger* zaznaczył, że w liczbie swoich pacjentów miał w ostatnim czasie dziecko, ciepłota ciała którego dosięgła 42^o₃, Dziecko zmarło.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 6 grudnia 1899r.

I. Kol. *Rosenblatt* przedstawia 50-letniego mężczyznę, który przed 6 laty zauważył na lewem skrzydle nosa znamię, po rozdrapaniu wolno rosnące. Przymiotu nie przechodził. Obecnie na lewem skrzydle nosa widać głębokie owrzodzenie długości 2 ctm., szerokości 1 ctm., różowoczerwonej barwy, o dnio i brzegach gładkich, ze skąpą wydzieliną. Badanie drobnowidzowe wykazało budowę nabłoniaka

Kol. *Przedborski* robi zarzut, że R. oparł rozpoznanie na badaniu drobnowidzowem. Przeciwnabłoniakowi przemawia brak zajęcia gruczołów. P. uważa cierpienie za kilak lub twór gruczliczy i radzi leczenie ręcione tytułem próby. Kol. *Birencweigu* zdaniem 5-letni okres trwania przemawia raczej na korzyść nabłoniaka. Kilak w tych warunkach albo uległby całkowitemu zablźnieniu albo przyjąłby przebieg pełzający (ulcus serpiginosum). W obec rozpoznania drobnowidzowego, B. uważa leczenie swoiste za szkodliwe, jako mogące przyspieszyć charłactwo; bez badania drobnowidzowego byłby stosował leczenie swoiste. Kol.

Goldman nazywa owrządzenie to łagodnem. Kol. *Stankiewicz* nie zna łagodnych nabłoniaków. Kol. *Goldman* uzasadnia łagodność, względną, rzadkością przerzutów do dalszych narządów i zarażenia się sąsiednich gruczołów chłonnych oraz brakiem charłactwa.

II. Kol. *Perlis*. Dziecko 18-dniowe, płci żeńskiej, z rzadko spotykanem zбочeniem w rozwoju, t. z. atresia ani vulvo-vaginalis. Otworu stołcowego niema zupełnie, a na jego miejscu znajduje się zgrubienie szwu krocza, w postaci cienkiego sznurka. Odbytnica ma swe ujście w najniższej części pochwy, na tylnej jej ścianie, w postaci maleńkiego otworu, przepuszczającego cienki zgłębnik, który daje się dość daleko przesunąć ku górze i w głąb światła odbytnicy, zupełnie drożnej. Ze strony krocza główkę zgłębnika wymacać można przez niezbyt grubą warstwę części miękkich. Przez wyż wspomniany otworek w ścianie pochwy wydziela się obficie płynny kał. Atresia ani vulvo-vaginalis, jako szczątkowa pozostałość kloaki zarodkowej (tractus genitalis) należy do rzędu nie często spotykanych zбочeń wrodzonych ustroju, i w ich szeregu przedstawia postać najłżejszą pod względem rokowania i leczenia. Inne bowiem postacie tegoż zбочenia, jako to: 1) atresia ani uterina, 2) atresia ani vaginalis (przetoka w sklepieniu przednim) u dziewcząt, 3) atresia ani vesicalis i 4) atresia ani urethralis u chłopców, ze względu na możliwość zakażenia kałem organów moczopłciowych wewnętrznych, jakoteż ze względu na zbyt poważne w pierwszych dniach życia, a często wprost nie dające się skutecznie zabiegi chirurgiczne, dają rokowania prawie zawsze niepomyślne. W przytoczonym przypadku operacja—proctoplastica jest drobnym zabiegiem, dającym doskonałe rezultaty.

Pozostawiony bez interwencji chirurgicznej dany przypadek może zakończyć się smutnie, gdyż z powodu możliwego zatkania przetoki i dolnego odcinka odbytnicy zbitym twardym kałem wystąpić może niedrożność jelit z jej następstwami. Dziecko dotychczas rozwija się zupełnie prawidłowo. W tych dniach będzie wykonana—proctoplastica.

III. Kol. *Goldman* pokazał kość wołową, za pomocą korneangu przez kol. *Haberlaua* wyjętą z gardła dziecka 7-letniego. Kość długości 3,6 cm., szerokości 2,8 cm., znajdowała się przy przejściu cieśni paszczy do przetyku.

IV. Kol. *Stankiewicz* mówił o wolnych krwotokach do jamy brzusznej w przebiegu ciąży zamacicznej (Drukowano Nr. 12 Czas. Lek.).

Posiedzenie z d. 20 grudnia 1899 r.

I. Kol. *Pański* przedstawia: 1) 18-letnią robotnicę, ze zdrowej rodziny pochodzącą. Przed 4 miesiącami, bez wiadomej przyczyny, w prawej górnej kończynie, początkowo tylko przy pracy, zjawiały się silne bóle; po kilku dniach obrzęk, sine zabarwienie i większa bolesność. Ruchy zachowane, siła mięśniowa nieznaczna. Przy ucisku na mięśnie silny ból. Uczucie dotyku i bólu zachowane. Obwód na środku ramienia o 3 cm. większy (32 — 29), na lewem o 2 cm (26 — 24,5), w górnej $\frac{1}{2}$ części przedramienia o 2 cm. Pnie nerwowe w sulc. bic. int. przy ucisku niebolesne, nieobrzękle. Mięśnie pr. g. k. oddziaływają na prąd stały i przerywany, lecz przy znaczniejszej sile

prądu, niż na k. lewej. Odczynu zwyrodnienia niema. Obrzęk skóry nieznaczny. Odruch ścięgnisty m. trójgłowego ramienia zmniejszony. Mamy w danym przypadku polimyositis acuta—jednej tylko kończyny, która już niejednokrotnie była spostrzegana przy influenzy, po wysiłkach.

2) Dwu chorych z ischias scoliotica (scoliosis neuropathica). Przypadek pierwszy: „Heterologe Scoliose” u 45-letniego robotnika, od 2 miesięcy doznającego bólów w prawej nodze, cieńszej od lewej. Ruchy czynne i bierne pr. nogi bardzo bolesne. Odruchy wzmożone, brak odczynu zwyrodnienia. Przy staniu—tułów pochyłony ku przodowi i na lewo.

Przyp. 2 dotyczy 21-letniego krawca (Homologe Scoliose). Silne bóle w nodze lewej. Odruchy w obu kończynach jednakowe. Przy staniu tułów pochyłony ku przodowi i na lewo.

II. Kol. *Goldblum* pokazał preparat drobnowidzowy gruczołków języka, otrzymany od osobnika, którego demonstrował w Tow. Lek.

III. Kol. *Jasiński* wyliczył książki, otrzymane w podarunku od kol. Z. Paderewskiego (Sosnowice).

IV. Kol. *Prezes* przeczytał odezwę obecnych i byłych uczniów prof. Korczyńskiego w Krakowie, zapraszającą do przyjęcia udziału w obchodzie jubileuszowym prof. K., Tow. Lek. postanowiło wysłać depeszę w d. 9 I 1900 r.

Kol. *Prezes* z powodu 25-letniej działalności lekarskiej czynnych członków Łódz. Tow. Lek., kol. Likiernika i Pinkusa, w imieniu Towarzystwa wyraził im uznanie i serdeczne życzenia.

Posiedzenie Komitetu higieniczno-sanitarnego z d. 13 grudnia 1899 r.

Kol. *Kaufman* odczytał, w ostatecznem opracowaniu, tekst podania do władzy w sprawie poprawy istniejących braków pomocy akuszeryjnej.

KORESPONDENCJE.

Kilka słów z powodu artykułu Dr. C. Stankiewicza p. n. „Przyczynę do kazuistyki ciąży jajowodowej: zatrzymanie płodu prawie donoszonego w ciągu lat ośmnastu”.

Napisał **Dr. Jakób Rosenthal.**

Starszy Ordynator zawiadujący oddziałem chorób kobiecych w Szp. Staroz.
w Warszawie.

Z niekłamanem zajęciem biorę zawsze do ręki każdy z artykułów kol. Stankiewicza, pomieszczanych w naszych pismach lekarskich.

Odnaczają się one bowiem ścisłą obserwacją, naukowym rozbiorem opisywanych przypadków i zastosowaniem racjonalnego leczenia. Z niemniejszą uwagą odczytałem artykuł pod powyższym nagłówkiem w Nr. 10 „Czasopisma Lekarskiego” z r. b. zamieszczony. Posiada on wszystkie te cechy, które powyżej dla artykułów kol. S. podałem, a które są jego właściwością. Wywiady, operacja są mistrzowsko skreślone, tak, że czytający ma wrażenie, jakby własnymi rękami wszystkiego się dotykał, nie mówiąc już o uwagach nastęrczających się szan. koledze, którym pod względem naukowości niczego odmówić nie można.

Śmiem jednakowoż zrobić zarzut Szan. koledze S., że zabieg operacyjny, przezeń w tym przypadku zastosowany, zdaniem mojem nie był w zupełności odpowiedni. Wybrałbym bowiem w omawianym przypadku drogę pochwową, mianowicie przez sklepienie tylne, z następujących powodów:

a) Guz był nieruchomy, wychodzący z małej miednicy i wypuklający pochwę w lewym i tylnem sklepieniu. b) Z wywiadów już można było powziąć prawie absolutną pewność, (ś. p. prof. Neugebauer i inni lekarze), iż mieliśmy do czynienia z ciążą zamaciczną, w worku płodowym której nastąpił rozkład, jaki w swoim czasie spowodował zakażenie. c) Guz jest chęłboczący, przy nacisku wyczuwa się w nim dużą ilość rozmaitej postaci i wielkości twardych cząsteczek; d) mając więc pewność nastąpionego rozkładu treści worka płodowego, należy uważać chęłbotanie jako następstwo zebrania się w worku płodowym płynu rozkładowego, owe zaś wyczuwane w nim twarde cząsteczki, za pojedyncze kości zmacerowanego płodu. e) Nieruchomość jaka dozwalała przypuszczać obecność obszernych zrostów jego z otaczającymi tkankami, a więc utrudnione, a nawet niemożliwe, ich usunięcie.

Operując przez pochwę, dokąd, jak z opisu widocznem jest, dostęp był bardzo łatwy, zapobieglibyśmy: 1-o wylaniu się płynu rozkładowego do jamy otrzewnej, co rzeczywiście zaszło podczas operacji, lecz na szczęście bez złego wyniku dla chorej; 2-o nie pozostałaby przetoka brzuszna, w dziesięć miesięcy po operacji jeszcze istniejąca, i która, bardzo jest możebne, nie tak prędko jeszcze, a może i wcale, się nie zagoi.

O ile jestem przeciwnikiem Elythrocoeliotomii przy świeżych ciążach zamacicznych, z powodów, które gdzieindziej podałem (Medycyna 1898), o tyle jestem zwolennikiem tej operacji przy zastarzałych krwistekach i ropniach zamacicznych, jakoteż ropniach przydatków. Przypadek powyższy traktowałbym tak, jak ropień przydatków, i pewny jestem, że chora równie szybko, jeżeli nie prędzej, uzdrowioną by była, nie mówiąc już o tem, że nie miałyby do czynienia z przetoką, która, bądź co bądź, przyjemną dla niej nie jest. Jeżeli zaś powyżej wypowiedziałem zdanie, że przetoka ścian brzusznych sięgająca do jamy otrzewnej może wcale się nie zagoić, to opieram je nie tylko na powadze innych operatorów, ale i na własnem doświadczeniu. W kilku przypadkach coeliotomii brzusznej, przy której z rozmaitych powodów zmuszony byłem zastosować worek Mikulicza, pozostała przetoka, która, pomimo kilkakrotnego rozszerzania, wyskrobania i t. d. zagoić się nie dała. W ostatnich też czasach, w razie potrzeby, miast

zakładania worka Mikulicza, przebijam sklepienie tylne i przeprowadzam pas gazy jodoformowej do pochwy, a wynik bywa zawsze zadawalniający.

Pewny jestem, iż powyższe uwagi nasunęły się po dokonaniu operacji również i szan. koledze S. i jeżeli ogłaszam je, to tylko dla tego, iż szan. kolega nie pomieścił ich w epikryzie leczenia.

I. XII. 99.

Szanowny krytyk życzliwą ręką stawia mi zarzut, iż cięcie brzuszne, obrane przezemnie w danym przypadku, nie było odpowiednim, że natomiast właściwszą była droga pochwowa. Z poglądem tym zgadzam się najzupełniej, zaznaczę tylko, iż zarówno wszycie torbieli do ściany brzusznej, jak i otwarcie ze strony pochwy uważam za znamię naszej niedomogi operacyjnej, gdyż ideałem zostaje doszczętne usunięcie guza. Ten ideał przyświecał mi, gdy otwierałem jamę brzuszną i dopiero napotkane trudności zmieniły pierwotny plan działania. Nie będę przeczył Szanownemu koledze Rosenthalowi, że owe trudności już z góry można było przewidzieć, czyż miałem jednak porzucić *wszelką* nadzieję całkowitego wyluszczenia? A jeśli ta nadzieja była mi nicią przewodnią, przyzna Szanowny Kolega R., iż mogłem myśleć tylko o cięciu brzuszem. Dziś, post factum, gdy na drodze obranej spotkał mnie zawód, najchętniej uznaję za właściwszy sposób postępowania, wskazany przez Sz. kol. Rosenthala..

Dr. Czesław Stankiewicz.

Lódź, d. 6. I. 1900.

Wizyty w szpitalach.

Kolega Troczewski poruszył w swej monografii szpitala kutnowskiego wiele ważnych spraw, dotąd u nas odłogiem leżących. Jedną z jego myśli tu podejmuję, jako tak łatwą do spełnienia, a tak przytem wdzięczną i owocną w skutki, że niepodobna, by się nie znaleźli w naszym społeczeństwie ludzie dobrej woli, którzyby ją w czyn wprowadzili.

Mówię tu o *zainteresowaniu* ogółu sprawami bieżącymi szpitali, a właściwie — losem ubogich chorych, którzy się w naszych szpitalach leczą.

W Anglii istnieje powszechny zwyczaj, że każda dama z „towarzystwa“ wybiera sobie jakiś szpital, lub jeden oddział szpitalny, którego chorych odwiedza, pomagając im radą i czynem.

Niewątpliwie, środek lekarski, jakaś naparstnica lub chinina, wpływa ściśle w pożądanym kierunku na serce i ciepłotę. Ale chory człowiek nie tylko jest „przypadkiem“ choroby sercowej, lub koportą dla pasorzytów zimnicy — jest przedewszystkiem człowiekiem myślącym i czującym; i wprost nielitościwem jest, gdy z powodu potrzeby reparacji jednego narządu zapomina się o jego potrzebach moralnych.

Trudno wymagać, by lekarz każdemu choremu poświęcał tyle czasu, ile potrzeba na wtajemniczenie się w jego kłopoty, nadzieje i troski. A jednak ten chory, ten nieszczęśliwy, wymaga stale objawów współczucia, słów pociechy, wymaga serca i ucha, które nie tylko z punktu dyagnozy i terapii z nim się liczą.

Taką pomoc chorym szpitalnym dać mogą stali opiekunowie i stałe opiekunki szpitala.

Ci, opierając się na informacji lekarza, temu i owemu czynnie, w szpitalu i po wyjściu ze szpitala, pomoc dać mogą; aj jeśli nawet tej nie dadzą, to przynajmniej zwiększą, przez jawne współczucie, twarde los biedaka. Wejrzenie w życie szpitali przyczyni się też niewątpliwie do zainteresowania społeczeństwa losem tych instytucji, traktowanych u nas*) po macoszemu.

To też, każdy lekarz szpitala prowincjonalnego powinien poszu-kać (że znajdzie, nie wątpię!) wśród inteligencji takich moralnych pro-tekatorów dla swych chorych.

Czyniąc to, nie wyjdzie wcale ze swej roli, która mu nakazuje wszelkimi sposobami zmniejszać cierpienia swych chorych.

R.

REFERATY *)

R. Stern. **Nephritis traumatica.** Zdarzają się przypadki urazo-wego obrażenia nerek, kiedy w ciągu pierwszych dni w moczu znaj-dujemy, obok czerwonych ciałek krwi, wateczki różnej postaci i białko w ilości wyższej, aniżeli by to mogło zależeć od d. nieszki krwi. W kilku przypadkach sekowanych wykryto nie zapalenie nerek, lecz martwicę. Zejście w innych podobnych przypadkach było pomyślne, mocz po kilku dniach stał się normalnym, objawów ogólnych zapalenia nerek—nie było. Więć i w tych przypadkach może była tylko martwica, jakkolwiek nie podobna wykluczyć możności istnienia nephrit. traumatic. circumscr.

W rzadkich przypadkach po urazie nerek trwa białkomocz przez całe lata; objawów ogólnych zap. nerek przy tem brak. W niewielu długo spostrzeganych przypadkach wszystko wróciło ad integrum. Prawdopodobnie były to ograniczone ogniska zapalne wskutek urazu.

Znane są przypadki rozlanego zapalenia nerek po urazie okolicy nerkowej, ze wszystkimi objawami charakterystycznymi (białkomocz, obrzęki, zmiany na dnie oka, mocznica).

Czy tu istniał związek z urazem, jak chcą niektórzy badacze, jest jeszcze rzeczą wątpliwą. Przynajmniej dla niektórych z tych przy-padków jest prawdopodobnem, że zap. nerek istniało już przed urazem.

(Monat. f. Unfallhlknde, 1899. Nr. 11).

*) W Anglii większość szpitali istnieje nie przez państwo lub gminy utrzy-mywana, ale drogą stałej filantropii szerokiego ogółu.

*) W obec tego, że czytelnicy żądali od nas uwzględnienia działu tera-peutycznego, zaczęliśmy od połowy roku zeszłego umieszczać i referaty prac z za-kresu leczenia fizykalnego, — dyetetycznego i hypurgji.

Wagner. **O stosunku żylaków do nieszczęśliwych wypadków.** „Mechaniczne przeszkody w krążeniu krwi wywołują tylko rozszerzenie żył; powstawanie zaś żylaków zależy już od przerostu ścianek naczynia—wzdłuż i wszerz“. Dziedziczność, wiek, płeć, okres dojrzewania płciowego, ciąża etc. przyczyniają się do wywołania żylaków, ale są to przyczyny drugorzędne. Zająęcia, wymagające ciągłego stania, więcej sprzyjają powstawaniu żylaków, niż wymagające chodzenia; w ostatnim razie mięśnie czynne opróżniają żyły.

Pierwotna przyczyna powstawania żylaków zależy od zmian w ściance żylniej; sprawy zastoinowe mają wpływ drugorzędny; należy odróżniać rozszerzenie żył zależne li tylko od spraw zastoinowych i rozpoczynające się od dużych pni żylnych, od żylaków, rozpoczynających się od najmniejszych żył; rozszerzenie zaś tych ostatnich należy uważać za sprawę wtórną.

Jako objawy wtórne opisuje autor: a) Zanik skóry, wywołany nie przez zmniejszony dopływ krwi, lecz przez zwolniony jej odpływ; do tego przyłącza się swędzenie i drapanie, wywołujące pryszczycę, a przy warunkach sprzyjających—wrzód голени. b) Przerost skóry, który następuje, jeżeli do żylaków przyłącza się cierpienie naczyń chłonnych. c) Nadmierne pocenie się nóg, zależne bądź od przerostu skóry, a zarazem i gruczołów potowych, bądź od kwasu węglanego krwi żylniej, działającego pobudzająco na nerwy naczynioruchowe, bądź też od krwi żylniej w ogóle, drażniącej komórki gruczołów potowych. d) Płaskonóg (Platffuss), gdy żylaki powstały nietylko w skórze, ale i w mięśniach, i wywołują osłabienie takowych.

Jeżeli cierpiący na żylaki, ulegnie nieszczęśliwemu wypadkowi, to zjawiają się następujące pytania: po pierwsze, czy objawy, na które się uszkodzony skarży, wywołane zostały przez nieszczęśliwy wypadek, czy też są one zależne od żylaków; po drugie, czy żylaki mogą być uważane jako następstwo nieszczęśliwego wypadku. Co się tyczy ostatniego pytania, to etiologia już wskazuje nam, że żylaki w żadnym razie nie mogą być wywołane przez uraz, ani też ten ostatni nie może być pośrednią przyczyną powstawania żylaków, choć przynajmniej należy, że niektóre zabiegi lecznicze, po urazie przedsiębrane, mogą przyspieszyć zjawienie się żylaków u osób, usposobionych do tego cierpienia.

Jeżeli nieszczęśliwemu wypadkowi ulegnie osoba, cierpiąca na żylaki, to nie ulega kwestji, że nieznaczny nawet uraz może wywołać gorsze następstwa, niż u zdrowego zupełnie człowieka, i tem groźniejsze, im żylaki są więcej rozwinięte (np. śmierć z powodu krwotoku przy pęknięciu żyłaka). Przy większym urazie, wymagającym dłuższego spokoju i unieruchamiającego opatrunku, może nastąpić zanik tkanki mięśniowej, szczególnie, jeżeli i w niej już były rozwinięte żylaki. Płaskonóg, który nieraz następuje skutkiem wadliwego zrośnięcia się kości голени, prędzej nastąpi przy obecności żylaków; również uraz może przyspieszyć zjawienie się płaskiej stopy, będącej skutkiem żylaków. Nadmienić jeszcze należy, że w rzadkich wypadkach przy obecności żylaków uraz może wywołać nadmierne pocenie się nóg,

częściej atoli może uraz je usunąć (jeśli poprzednio już istniało) skutkiem zaniku skóry (resp. grucz. pot.), co pacjentowi również daje sposobność do uskarżania się na rozmaite dolegliwości, które mają niby to być skutkiem zatrzymania się potu w ciele.

A. Landau.

(Aerztl. Sachverst. Zt. 1899. XI.)

Ebstein. **Do sprawy pourazowej moczówki cukrowej.** Nowe przypadki, opisane przez E., tyczą dwu 58-letnich osobników, zupełnie zdrowych, do chwili urazu. Jeden z nich, który przed czterema miesiącami pośliznął się (i, podobno, rozerwał sobie ścięgno) skarżył się jedynie na ból w krzyżu i nogach, napadowy; mocz zawierał 14% cukru; innych objawów cukrzycy nie było. Przy odpowiedniej diecie cukier znikł z moczu. Drugi chory został najechany przez automobil elektryczny, który go włókł 2 metry; chory stracił przytomność. Po czterech miesiącach — pełny obraz cukrzycy. E. nazywa pierwszy przypadek diabetes decipiens (glikozurja prosta nie trwa tak długo); w drugim przypadku uraz był połączony ze wstrząśnieniem, a takie właśnie urazy szczególnie sprzyjają powstawaniu cukrzycy.

(Aerztl. Sachv. 1899. Nr. 21).

W sprawie ochrony zdrowia górników. Następujące wnioski w tej sprawie mają być przedstawione Radzie Państwa Niemieckiego: 1) Dzień roboczy dla górników może trwać maximum 8 godzin na dobę, włącznie z wjazdem i wyjazdem ze szybu. Po za temi godzinami mogą być dozwolone tylko prace konieczne ze względów technicznych przedsiębiorstwa. W szybach z ciepłotą powyżej $+26^{\circ}$ C.—praca tylko 6 godzin trwać powinna. 2) System akordowy dla robót podziemnych ma być zniesiony. 3) Praca podziemna ma być zabronioną mężczyznom do lat 18-tu, kobietom zaś—w ogóle wszelka praca w kopalniach. 4) Na każde 1000 robotników ma przypadać jeden inspektor wybrany z pośród robotników i płatny przez rząd. 5) W kopalniach, w których znajdują się gazy wybuchowe ustanowieni mają być specjali, fachowych wykształceni, urzędnicy. 6) Przy kopalniach powinny być urządzone zakłady kąpielowe i izby, w których robotnicy mogli by przyjmować pokarmy.

N. G.

(Soz. Prax. Nr. 2, 13. I. 1899).

H. Determann. **O działaniu i stosowaniu wodolecznictwa przy neurastenji.** Przy leczeniu neurastenji stosujemy tak znaczną ilość środków leczniczych, iż ocena wpływu każdego z nich jest bardzo utrudniona. Dla jej ułatwienia nie będzie zbyt cennym przytoczenie kilku uwag o rozpoznawaniu i istocie tego cierpienia.

Trudności *rozpoznawcze* zachodzą nie tyle przy odróżnianiu neurastenji od chorób organicznych układu nerwowego, ile wskutek istnienia rozmaitych przejść i kombinacji między neurastenją a cierpieniami wymiany materji (otłuszczenie, skażenie moczanowe), chorobami umysłowemi (zaduma, hypochondrja) i t. d. Wreszcie, nie zawsze bywa łatwem odróżnić neurastenika od człowieka zdrowego, albowiem w stanie zdrowia napotyka się, zależnie od wieku, wykształcenia i innych

względów, nader rozmaite oddziaływanie na bodźce zewnętrzne, na stany podniecenia i osłabienia, wskutek czego osobnik, uważany przez jednych za neurastenika, będzie przez drugich uznany za zdrowego. Wobec tego, rozpoznanie neurastenji wtedy należy uznawać za zupełnie pewne, gdy za pomocą znanych nam fizycznych i chemicznych środków badania wyłączone zostały inne choroby, oraz gdy „pobudliwe osłabienie (reizbare Schwäche)” układu nerwowego w znacznym stopniu ogranicza zdolność do prowadzenia prawidłowego trybu życia i do pracy wytwórczej. Pamiętać też należy, iż długotrwałe zaburzenie czynności jakiegoś narządu może spowodować z czasem powstanie zmian organicznych, np. na tle nerwowych zaburzeń żołądka mogą się rozwinąć zmiany anatomiczne jego błony śluzowej i mięśni. W tych przypadkach rozpoznanie jest znacznie utrudnione, zwłaszcza jeśli ogólny stan nerwowy ustąpił pod wpływem leczenia.

Istota neurastenji, równie jak i innych nerwic, jest nam nieznaną, niemożna bowiem za wystarczające uznać wyjaśnienia, polegające na skonstatowaniu cechy ujemnej, jaką stanowi brak zmian anatomicznych. Poważny przyczynek do wyjaśnienia tej sprawy stanowią badania Goldscheidera o znaczeniu fizjologicznem i patologicznem bodźców. Podstawę wniosków tego autora stanowi pojęcie o granicy pobudliwości neuronów (Neuronschwelle), pod którem należy rozumieć bodziec, działający na neuron z taką siłą, iż podrażnienie przenosi się na dalsze, stykające się z nim neurony resp. na ich zakończenia w mięśniach, gruczołach i t. d., wywołując czynność tych narządów. Bodźce znajdujące się poniżej tej granicy, nie wpływają na czynność narządów, lecz wpływają jedynie ożywczo na komórki nerwowe oraz udostępniają silniejszym bodźcom przechodzenie po drogach nerwowych, niejako torują te drogi (co Goldscheider określa terminem „Bahnung“). Otóż istota neurastenji polega, według G., na obniżeniu granicy pobudliwości neuronów, wskutek czego, już bodźce, przebiegające poniżej normalnej granicy pobudliwości, wywołują wzmoczoną czynność układu nerwowego, a zarazem ten ostatni mniej otrzymuje bodźców ożywczych i prędzej się wyczerpuje.

Ta hipoteza znakomicie ułatwia pojmowanie objawów neurastenji, nie rozstrzyga jednak ostatecznie kwestji, gdyż pozostawia bez wyjaśnienia pytanie, jaka przyczyna wywołuje obniżenie granicy pobudliwości (nadczułość) neuronów. Dla odpowiedzi należy się uciec do przypuszczenia, wypowiedzianego już przez Beard'a, iż objawy neurastenji zależą od pewnych zasadniczych zmian wymiany materji, na które niedawno zwrócił uwagę Biernacki. Twierdzi on, że krew neurasteników zawiera bardzo mało fibrynogenu, co dowodzi istnienia zaburzenia w sprawach utleniania, zachodzących w organizmie. W ten sposób neurastenja staje w jednym rzędzie z moczówką cukrową, skażeniem moczanowem, otyłością chorobową i t. p. sprawami, polegającymi na nieprawidłowości utleniania. Jakkolwiek badania Biernackiego nie są wystarczające, w każdym razie wyjaśnienie neurastenji, jako wyniku zaburzeń w wymianie materji, bardziej odpowiada obecnemu stanowi wiedzy, niż inne teorje, jak teorja naczynioruchowa i psychiczna, które za istotę neurastenji uważają zjawiska, nader wprawdzie

ważne dla pojmowania tej choroby, będące jednak niewątpliwie tylko objawami wtórnymi, występującymi w przebiegu choroby.

W wymienionej pracy poświęca też Goldscheider uwagę *lecniczemu wpływowi hydroterapii*. Wbrew zdaniu Winternitz'a, upatrującego główne znaczenie zabiegów wodoleczniczych w ich wpływie na krążenie krwi, sądzi G., iż działanie ich polega na wpływie hamującym i torującym, jaki ciepło i zimno wywierają za pośrednictwem nerwów, przeprowadzających bodźce ciepłe, na odległe okolice nerwowe. Tak np., działanie pęcherza z lodem lub t. zw. Migränenstifte przy bólach głowy polega na hamującym wpływie zimna na odnośne nerwy, przeciwnie zaś — wzmaganie się bólów głowy pod wpływem ciepła zależy od torującego działania ciepła na te drogi. Takie działanie zabiegów wodoleczniczych niewątpliwie istnieje, ale na niem nie ogranicza się leczniczy wpływ hydroterapii.

Należy rozważyć, iż nerwy naczynioruchowe bardzo szybko oddziaływają na wszelkie bodźce i wywołane przez ich czynność zmiany ukrwienia mają bezwątpienia poważny wpływ leczniczy. W braku dostatecznych danych fizjologicznych nie można osądzić, który z tych dwóch czynników ma większy wpływ, wolno jednak przypuszczać, iż zmiany czynnościowe, wywoływane przez zabiegi wodolecznicze, przychodzą do skutku dzięki współdziałaniu wielu czynników, z których pierwszym i najpotężniejszym jest wpływ ich na układ nerwowy, poważną jednak pod względem praktycznym rolę odgrywają też zmiany w krążeniu krwi, wymianie materji i t. d. Sama już rozmaitość tych zmian wskazuje, iż przy stosowaniu zabiegów hydroterapeutycznych należy zawsze dokładnie określić, jakie mianowicie zmiany chcemy za ich pośrednictwem wywołać, to zaś zależy nie od postaci zabiegu, lecz od ciepłoty wody, jej ciśnienia, oraz trwania zabiegu. Zawsze też odróżniać należy, czy pożądaný skutek bywa osiągnany dzięki bezpośredniemu działaniu wody przez zetknięcie z chorym organizmem (Kontiguitätswirkung), czy też dzięki odczynowi, jaki dany zabieg wywołuje w organizmie (Reactionswirkung lub. krócej, Reaction). Istnieją jednak osoby, u których nie daje się wywołać prawidłowy odczyn fizjologiczny na działanie wody i te są zupełnie nie odpowiednie dla leczenia wodą.

Po tych uwagach ogólnych zwrócić się należy do *szczegółowej terapii* neurastenji za pomocą zabiegów wodoleczniczych. W tym celu najdogodniej będzie rozpatrzyć oddzielnie rozmaite typy kliniczne neurastenji oraz wybitniejsze objawy, wymagające specjalnego leczenia. Najczęściej napotykaną jest postać neurastenji ze *wzmoczeniem pobudliwości* układu nerwowego, łącząca się zwykle z osłabieniem oddziaływania fizjologicznego na zimno (t. zw. przez balneologów reakcji), co musi być brane w rachubę przy stosowaniu zabiegów wodoleczniczych, mających ua celu przedewszystkiem wywarcie wpływu uspakajającego. Z tego powodu leczenie rozpoczyna się od zabiegów łagodniejszych, których charakter zależy od indywidualności, odżywiania i oddziaływania pacjenta, aby w ten sposób przygotować chorego do znoszenia późniejszych zabiegów z zimniejszą wodą. Przy niedostatecznym odczynie, znacznie wzmoczonej pobudliwości i wrażliwości, stosuje się na-

przód letnie kąpiele (35° — 32° C.), z następczem wycieraniem. Jeśli po tych zabiegach pacjent czuje się dobrze, nie żębnie, ma skórę czerwoną (na co zawsze należy zwracać uwagę), dowodzi to, iż znosi on je dobrze i uprawnia do zastosowania procedur zimniejszych. Przejścia te powinny być dokonywane bardzo ostrożnie, przy ciągłej kontroli oddziaływania chorego oraz jego poczucia ogólnego. Bardzo dobrze działają na stan ogólny zanurzania (Tauchbäder) w wodzie 25° — 20° , aplikowane natychmiast po przebudzeniu się i trwające 3—8 sekund.

Przed każdym zastosowaniem zimnej wody baczyć należy, aby naczynia skórne były rozszerzone i chory nie odczuwał zimna; najdogodniej osiągnąć to można za pomocą spaceru lub też suchemi wycieraniami albo ogrzaniem w skrzyni parowej (Dampfkasten). Z zabiegów energiczniejszych na pierwszym miejscu postawić należy półkąpiel (Halbbad, 30° — 20° , 2—6 minut), poprzedzoną ochłodzeniem głowy chorego za pomocą t. zw. kołpaka oziębiającego i połączoną z jednorazowym lub kilkakrotnym zlewaniem zimną wodą i mięsieniem. Przy dobrym stanie odżywiania, jeśli poprzednie procedury niezbyt dobrze były znoszone, można użyć natrysków bocznych o małym ciśnieniu i ciepłocie 33° — 38° , po których niekiedy jeszcze się dodaje zimniejszą procedurę. Przy tej postaci neurastenji rzadko zachodzi potrzeba użycia energiczniejszych zabiegów, ilość zaś ich nie powinna przewyższać 1—2 dziennie.

Drugi typ neurasteników stanowią chorzy z *ogólnem osłabieniem* czynności układu nerwowego, głównem zatem zadaniem leczniczem będzie tu pobudzenie innerwacji a zarazem wzmoczenie czynności narządów za pomocą ożywionego dopływu i odpływu krwi. Ze względu na szybkie męczenie się tych chorych można ich poddawać tylko krótkotrwałym manipulacjom, które powinny być zarazem energiczne. Jest to tem łatwiejsze, iż ci chorzy są zazwyczaj dobrze odżywiani. Zabiegi przygotowawcze będą te same, co poprzednio wyliczone, z tą różnicą, iż zostanie do nich użyta chłodniejsza woda. Do energiczniejszych procedur (poprzedzanych rozgrzaniem chorego) należą zimne (28° — 17°) wycierania, połączone u osób silniejszych z kąpielą prześcieradłową (Lakenbad), czyli zlewaniem chorego, przez prześcieradło, zimną wodą, dzięki czemu powstaje powtórne skurczenie i rozszerzenie naczyń skórnych. Tutaj też wymienić należy półkąpiele (25° — 19° , 1—2 minuty) oraz rozmaitego rodzaju natryski o ciepłocie stałej lub przemiennej (od ciepłoty początkowej 38° — 40° szybko się przechodzi do 20° — 12°). Przy znacznem osłabieniu ruchowem, uniemożliwiającem szybki ruch po zimnym zabiegu, jeśli przytem mięsienie nie wystarcza do wywołania prawidłowego odczynu, można zastosować krótkotrwałe gorące kąpiele (36° — 40 — 42° , 4—8—12 sekund), po których często znacznie się wzmacnia wydolność mięśni. Zimne kąpiele (18° — 12°), stanowiące środek bardzo energiczny dla ożywienia innerwacji, krążenia krwi i t. d. rzadko znajdują zastosowanie.

Leczenie wodne przy postaciach neurastenji, do których obecnie się zwrócimy, różni się od powyżej opisanego tem, iż prócz wyliczonych zabiegów, mających przeważnie wpływ ogólny, znajdują przy niem

zastosowanie zabiegów, mające na celu działanie miejscowe. Przedewszystkiem należy tu *mózgowa* postać neurastenji, cechująca się bólami i zawrotami głowy, bezsennością, zaburzeniami duchowymi i t. p. Głównym celem leczenia przy tej postaci neurastenji, o ile nie towarzyszy jej anemja, jest działanie odciągające od głowy, które należy wykonywać stopniowo, aby nie wywołać pogorszenia. W tym celu, po zastosowaniu zabiegów przygotowawczych, przechodzi się do t. zw. koców (Einpackung), wywołujących znaczny wpływ uspakajający i zarazem okazujących działanie odciągające wskutek dopływu krwi do skóry i odpływu z mózgu i narządów wewnętrznych. Zawinięcie w kocu trwa $\frac{1}{2}$ — $\frac{3}{4}$ godziny, przy dłuższem bowiem trwaniu występuje silne pocenie się. Następnie obmycie całego ciała (23° — 18°), półkąpiel (25° — 20°), prysznic (20° — 17°) przywraca utracone napięcie naczyń skórnych. Ten zabieg działa bardzo korzystnie przy bezsenności, jest zaś przeciwwskazany u osób źle odżywianych, dla których odpowiednie są letnie wanny (35° — 33°). Specjalnego leczenia wymagają niekiedy zawroty głowy, zależne od nieprawidłowego ukrwienia opon mózgowych; można je często usunąć (przy przekrwieniu mózgu) odciągnięciem krwi do innych okolic ciała np. za pomocą nożnych kąpieli (20° — 12° , $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ minut), chodzenia boso po mokrej trawie przez 1—2 godziny, krótkotrwałych kąpieli nasiadowych (22° — 20° , 3—4 minuty). Przy istnieniu anemji są raczej wskazane zabiegi z ciepłą a nawet gorącą głową, np. okłady gorące na głowę, obok krótkotrwałego zimnego obmywania twarzy z następczem silnem wytarciem. Zarówno przy tej postaci neurastenji, jak i przy następnych, nie należy też naturalnie zaniedbywać leczenia ogólnego.

Przy *rdzeniowej* postaci neurastenji specjalnego leczenia wymagają różnorodne bolesne i przykre sensacje w okolicy kręgosłupa, tułowia, kończynu i t. d., którym towarzyszy wzmócona pobudliwość mięśniowa albo też osłabienie mięśni. Prócz procedur ogólnych stosuje się tutaj zabiegi wodolecznicze miejscowe, czy to w postaci bezpośredniego zastosowania wody (obmywania, natryski na grzbiet) czy to stosując odpowiednie przyrządy zawierające wodę (np. okład Chapman'a, rury gumowe z przyptywającą i odpływającą wodą). Do zabiegów tych używa się najczęściej zimnej wody, daleko rzadziej—cieplej.

Do najważniejszych objawów neurastenji należą *nerwice serca i naczyń*, których leczenie wymaga wielkiej ostrożności, zwłaszcza wskutek możliwości pomyłek rozpoznawczych. Z zabiegów ogólnych, stosowanych w tych wypadkach, wymienić należy kocy, zastosowane na tułów (Rumpfeinpackung), okazujące korzystne działanie na tętno i ciśnienie krwi. Miejscowo przy stanach podniecenia używa się zimnych okładów (20° — 0°) lub pecherza z lodem, gdy jednak leczenie trwa dłużej, wygodniej jest posiłkować się rurami gumowymi z przepływającą wodą o odpowiedniej temperaturze. Przy stanach osłabienia czynności serca użyjemy do tych zabiegów ciepłej wody. Przy *nerwicach dróg pokarmowych* leczenie zależy również od tego, czy mamy do czynienia z objawami wzmózonej pobudliwości, czy też osłabienia kanału pokarmowego. W pierwszym wypadku, prócz znanych już zabiegów ogólnych, znajduje zastosowanie opakowanie tułowia,

połączone z leżącą na brzuchu rurą gumową z przepływającą gorącą (38° — 42°) wodą. Miejscowo stosuje się zimne (25° — 20°) okłady brzuszne, przy bardzo zaś mocnych bólach—gorące okłady lub gorące ławatywy ($\frac{1}{2}$ litra wody 35° — 38°). Z objawów osłabienia najczęściej napotyka się z zaparciem stolca, przy którym dobre wyniki dają kąpiele nasiadowe (26° — 18° , 3—8 minut), podniecające muskulaturę kiszek i wywołujące wzmoczony dopływ krwi do brzucha. Niemniej korzystnie wpływają niekiedy zimne (20° — 16°) wlewania do odbytnicy, które prawdopodobnie drogą odruchową wywołują mocniejsze skurcze mięśni kiszek. Istnieje jednak postać zaparcia t. zw. spastyczna (brzuch zapadnięty, stolce taśmowate, niewystarczające, złe odżywianie), przy której powyższe zabiegi, zwiększając stan podrażnienia, mogą tylko pogorszyć sprawę chorobową, wymagającą leczenia uspakajającego. W tych przypadkach najskuteczniej działa leczenie Westphalen'a, polegające na zastosowaniu w przebiegu okężnicy ciepłego natrysku (36° — 40° , 2— $2\frac{1}{2}$ minuty, później nieco dłużej) z następczym natryskiem ogólnym i łagodnym wytarciem, po którym następuje 10 minut odpoczynku.

Przy *nerwicach narządów moczopłciowych* z zabiegów miejscowych używa się kąpeli nasiadowych, obmywań i natrysków w okolicy tych narządów i kroczca, a także t. zw. psychoforów, działających bezpośrednio na przewód wytryskowy (ductus ejaculatorius).

Z *nerwic narządów oddychowych* wymienić należy astmę nerwową i katar nerwowy, przy których również bywa niekiedy skutecznym leczenie wodne według zasad, kilkakrotnie już wymienianych, i które na też przy tych cierpieniach wpływ zapobiegawczy, polegający na zahartowaniu narządów oddychowych względem zmian temperatury.

Na zakończenie powtórzmy raz jeszcze prawidła ogólne, które należy uwzględniać przy stosowaniu wodolecznictwa, zwłaszcza zaś przy leczeniu tą metodą neurastenji.

1) Należy ściśle określić, jakie zaburzenie czynności powinno zostać usunięte.

2) Ciepłota, czas trwania i rodzaj zabiegu powinny być ściśle podane, najlepiej na piśmie.

3) Stopniowanie przejść od jednej ciepłoty do drugiej i od jednego zabiegu do innego. Unikanie zbyt mocnych, mocno działających, zbyt zimnych, zabiegów. Ciągła kontrola oddziaływania chorego.

4) Ogrzewanie chorego przed każdym zabiegiem i po nim. Ochładzanie głowy przed zabiegiem.

5) Leczenie powinno trwać od 6 do 8 tygodni.

6) Po ukończeniu kuracji, w domu codzień rano obmywanie lub zanurzanie.

7) Przeciwwskazania stanowią: starość, miażdżyca naczyń, apoplektyczna budowa i t. d.

A. Tumpowski.

Niels R. Finsen. **O stosowaniu w lecznictwie skoncentrowanych chemicznych promieni światła.** Autor zwraca uwagę na pewne własności chemicznych promieni światła, mogące znaleźć zastosowanie w lecznictwie. Można np. uniknąć przy ospie ropienia, gorączki, blizu, przez wykluczenie chemicznych promieni światła, zasłaniając okna w pokoju chorego czerwoną firanką. Doświadczenie stwierdza, że czerwone ciała krwi kurczą się pod wpływem tych promieni, a układ nerwowy niższych zwierząt ulega pobudzeniu. Powszechnie znane jest szkodliwe działanie tego światła na drobnoustroje. Bezpośrednie działanie promieni słonecznych w lecie zabija hodowle w ciągu 1—1½ godziny, światło rozproszone—w ciągu 5 godz., światło lampy łukowej w ciągu 8 godz., a lampa żarowa w ciągu 11 godzin. Zdaniem większości badaczy, niezbędnym warunkiem zabójczego wpływu światła na drobnoustroje jest obecność tlenu, (utlenianie, a może wytwarzanie $H_2 O_2$). Tylko niebieskie, fioletowe i ultrafioletowe promienie są przytem czynne. Tak zwana dezynfekcja słoneczna nie ziściła jednak pokładanych nadziei; albowiem światło nie przenika głębokich warstw, zwłaszcza materiałów zabarwionych.

Prof. Finsen od lat czterech stosuje światło w celach leczniczych, posługując się światłem skoncentrowanem; ponieważ przy koncentrowaniu światła wzmaga się współcześnie i działanie ciepła, mogące wywrzeć ubocznie szkodliwe działanie, F. wyklucza to działanie, przepuszczając promienie przez wodę, zabarwioną na niebiesko-błękitem metylenu. Że zaś w Kopenhadze ze światła słonecznego można korzystać tylko przez krótki czas w ciągu roku, F. używa głównie lampy elektrycznej łukowej (25 Amperów), jako dającej wiele promieni chemicznych; lampy żarowe zupełnie się tu nie nadają. Promienie świetlne przenikają przez tkanki zwierzęce: szklane rurki, zawierające chlorek srebra, umieszczone pod skórą zwierząt, oświetlanych przez światło słoneczne — czerniały, gdy u zwierząt pozostawionych w ciemności pozostały niezmiennione. W tym samym sensie wypadło i takie doświadczenie: zakryto hodowlę uchem żywego królika i wystawiona na działanie promieni świetlnych; po pewnym przeciągu czasu hodowla stała się jałową.

Ważnym wnioskiem z dalszych doświadczeń F. było, że przez tkanki pozbawione krwi promienie wnikają głębiej: umieszczony za uchem ludzkim papier albuminowy, używany w fotografii, nie ulegał rozkładowi, jeśli promienie przechodziły przez ucho w ciągu 5 minut; po wywołaniu niedokrewności, przez ściskanie ucha pomiędzy szklanymi płytkami, papier ulegał rozkładowi już po upływie 20 sekund. Według F. promienie chemiczne odegrają dużą rolę przy leczeniu chorób skórnych miejscowych, wywołanych przez drobnoustroje, o ile będą to choroby umiejscowione niezbyt głęboko, t. j. dostępne dla promieni światła (blona śluzowa nosa i jamy ustnej są pod tym względem w niekorzystnych warunkach), oraz o ile można będzie wywołać w chorych tkankach sztuczną niedokrewność. Wyliczonym warunkom najlepiej odpowiada wilk i na nim autor wypróbował działania leczniczego promieni chemicznych. Ostatecznego zdania o wartości metody autor nie wypowiada z po-

wodu małej ilości chorych obserwowanych oraz z powodu krótkiego czasu spostrzeżeń. *)

Chorych leczył 11; z tych 2 widział po upływie 5 — 6 miesięcy po przerwaniu leczenia. W jednym przypadku wilk, zajmujący większą część policzka, trwający 8 lat i leczony rozmaitymi sposobami, poddany został leczeniu światłem w ciągu 4—5 miesięcy, po 1—2 godziny dziennie (lampa elektryczna 20 Amp.); chory przerwał leczenie ponieważ uważał się za wyleczonego; po 8 miesiącach cierpienie ogranicza się do guziczka wielkości grochu. W innym przypadku wilk od 6 lat, wielkości 2 markówki, na policzku, również leczony bezskutecznie rozmaitymi sposobami, został poddany działaniu promieni słonecznych (marzec i kwiecień). Chory przerwał leczenie po osiągnięciu znacznej poprawy z powodu braku czasu; po 6 miesiącach cierpienie o połowę się zmniejszyło. Co do kwestji najważniejszej, nawrotów choroby, F. nie może nic stanowczo orzec; opierając się jednak na powyższych dwóch wynikach przypuszcza, iż przy tym sposobie leczenia uda się ich uniknąć, jeśli leczyć jednocześnie z miejscami choremi i pozornie zdrowe, w rzeczywistości jednak kryjące już w sobie zarodki cierpienia.

Światło wywołuje w miejscach działania objawy zapalne, 6 razy zdarzała się i zgorzel, ale to przypisać należy oparzeniu. Wyleczenie następowało bez blizn, z wyjątkiem przypadków ze zgorzelą, po których wytwarzały się blizny. Zwykle, w miarę postępu leczenia miejscy chore stawało się mniej czerwonym, wydadne brzegi więcej płaskimi, słowem—chora skóra upodobniała się zdrowej. Leczenie wymaga długiego czasu; pod tym względem można się spodziewać korzystnych zmian w miarę ulepszeń źródła światła i przyrządów.

F. sądzi, że wtedy można będzie stosować jego metodę przy leczeniu gruźlicy stawów u dzieci, po wywołaniu w stawie niedokrwoności za pomocą bandażu Esmarcha.

(Ueber die Anwendung von concentr. chem. Lichtstrahlen in der Medicin. von Prof. Dr. Niels R. Finsen. 1899. Lipsk F. C. W. Vogel.)

J. Birenzweig.

Sarason. **O leczeniu wilka metodą Finsena.** Na zasadzie dośladnich wyników, otrzymanych u 8 chorych, S. sądzi, iż metoda Finsena ma przewagę nad innymi, ze względów następujących: Przy leczeniu wilka dążymy do zabicia lasecznika gruźlicy, oraz do usunięcia tkanek schorzałych. Używane w tym celu środki można podzielić na 3 grupy: I Środki niszczące, natury mechanicznej, termicznej lub chemicznej; z tych najlepsze i najczęściej stosowane są—ostra łyżeczka z następnym wypaleniem galwanokauterem, Paquelinem, azotanem srebra lub sublimatem. Tutaj należy też metoda Holländera — przypalania gorącym powietrzem. II grupę stanowią środki ułatwiające wessanie tkanki wilka: jod i rtęć. III grupę stanowią środki swoiste, dziś prawie zaniechane: tuberkulina Kocha i kantarydyna Liebreicha.

*) Wszyscy, którzy bądź sami widzieli, bądź sprawdzali te doświadczenia mówią o ich wyniku z większym uznaniem, aniżeli to czyni F. Przemawia to bardzo na korzyść metody Finsena.

Wszystkie wymienione środki czynią zadość głównemu wskazaniu — zniszczenia tkanki schorzałej, ale tylko w powierzchownych warstwach skóry; natomiast nie działają na głębokie warstwy, zwłaszcza na rozsiane guziczki, oraz ukryte łaseczniki. Ostatniemu właśnie wskazaniu czynią zadość chemiczne promienie światła: przenikają one głęboko w głąb tkanki, jeśli tylko istnieje sztuczna niedokrewność.

Niedawno Finsen przedstawił swoich chorych w Towarzystwie lekarskim w Kopenhadze. Z 246 chorych leczonych przez Finsena 146 (59,3%) zostało zupełnie wyleczonych, 16 chorych przerwało leczenie, pozostali 84 pozostawali jeszcze w leczeniu. Istota działania chemicznych promieni różni się zasadniczo od działania promieni cieplnych; tak np. ostatnie wywołują, w czasie ich stosowania, przemijające przekrwienie, gdy chemiczne promienie podczas ich działania nie wywierają widocznego wpływu, dopiero po upływie 1—10 godzin występuje zaczerwienienie wskutek trwałego rozszerzenia włoskowatych naczyń krwionośnych; temu towarzyszy wyjście białych ciałek krwi; powstają wskutek tego zmiany w odżywianiu, które wpływają korzystnie na sprawę chorobową. Wyleczenie następuje bez blizny, bez zniekształceń; wyniki więc pod względem kosmetycznym również nie pozostawiają do życzenia. S. kończy swe wywody wezwaniem do uczestników kongresu balneologicznego w Berlinie (marzec 1899), aby chorych na wilka leczyli metodą Finsena, nie tracąc czasu na inne metody, a to w celu uniknięcia zniekształceń, oraz osiągnięcia zupełnej restitutio ad integrum.

(Zeitschrift f. diätetische und physikalische Therapie, T. III Z. 5).

J. Birencrewig.

M. Mendelsohn. **Zadania hypurgji przy wykrztuszaniu.** Położenie ciała odpowiednie ułatwia wykrztuszanie, przy czem wyzyskiwanym jest ciężar płwociny. Przy jednostronnej rozstrzeni oskrzeli lub zgorzeli jędnego płuca, jamie w płucu, zalecamy choremu po parę godzin przeleżeć na stronie zdrowej; wtedy odpływa wydzielina z miejsc chorych. Szczególniej należy to położenie zalecić choremu przed zaśnięciem, by opróżnił jamę, t. j. nie był w nocy niepokojony przez kaszel, a rano po przebudzeniu się — by odrazu wykrztusił wydzieloną przez noc płwocinę. W tym samym celu zalecać należy chorym z obfitą płwociną — ułożenie na płask (bez poduszki) co dzień rano (np. od 6—8 godz.), by możliwie dokładnie opróżnić z zawartości oskrzela; gdy się chory do takiego położenia przyzwyczai — unosimy jeszcze nożny koniec łóżka o jakie 20—30 ctm., za pomocą podstawiania deseczek. Trzecią odmianę położenia ciała — w celu sprzyjania wykrztuszeniu, stanowi położenie na brzuchu, z rękami założonemi na krzyżu; pod mostek i czoło podkłada się małe poduszeczki, a końce palców opiera chory o koniec łóżka; głęboko oddychając, odbija się chory stop mi przy każdym wydechu, przez co mocniej przyciska pierś do poduszki. Ten ucisk ciężaru całego ciała wypycha, przy wydechu, płwocinę z oskrzeli. U małych dzieci stosować można w tym samym celu — wahania Schultzego.

Wykrztuszać zawsze należy, conajmniej, siedząc; jeśli leżymy przy tem, na boku szczególnie, ograniczamy głębokość wdychu, przez

co i wydech nie może być dostatecznie energiczny. Odzież ograniczająca głębokość wdychu pociąga ten sam niepożądany skutek.

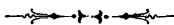
Chorych przestrzegać należy, by płwociny nie połykali; kontrolować ich w tym względzie, zaopatrzyć w wygodne spluwaczki ręczne.

Zbitość płwociny może utrudniać wykrztuszanie. W celu jej rozrzedzenia należy zwilżać powietrze pokoju, stosować wziewania.

Kaszel powstaje drogą odruchu, przez podrażnienie błony śluzowej oskrzeli i gardzieli, przyczem tę nie tylko płwocina drażnić może, ale też powietrze chłodne, pył i inne zanieczyszczenia powietrza; o tem hypurgia pamiętać powinna.

Wysiłkiem woli wstrzymać można odruch kaszlu, pomagając sobie naprzykład przez kilkakrotne wykonanie ruchu połykania; zalecać to trzeba szczególnie przy krwotokach płucnych, wogóle zawsze, kiedy wysiłkowy kaszel groźny skutki za sobą pociąga (cierpienia serca, naczyń).

(Berliner Klinik. 1899. Zeszyt VII).



KRONIKA.

— Wyszedł z druku pierwszy zeszyt *dwutygodnika* „Nowiny Lekarskie”; odznacza się tym samym doborem i układem ciekawych prac oryginalnych, sprawozdań, korespondencji, zapisek i t. d. jakim to pismo w ostatnich latach słusznie się może szczycić.

— Pomoc lekarska w gub. Płockiej. W d. 17-ym października r. z. odbyło się trzecie, od czasu zaprowadzenia w gubernji Płockiej przystępnej dla wszystkich pomocy lekarskiej, posiedzenie płockiej Rady gubernjalnej dobroczynności publicznej. Na posiedzeniu powyższem, prócz naczelników wszystkich powiatów i lekarzy okręgowych, przyjmowali udział: doktor medycyny P. E. Obozneńko, delegowany umyślnie w tym celu z Petersburga, oraz kurator jednego z okręgów, obywatel miejscowy, hr. Miączyński. Zgromadzeni zapoznali się z danymi statystycznymi, dotyczącymi działalności okręgów lekarskich.

Z danych tych okazało się, że:

1) Sprawa pomocy lekarskiej rozwija się szybko, wskutek czego obecnie czynni przy okręgach lekarze nie są w stanie podolać zadaniu, gdyż do niektórych z nich zgłasza się po 100 i więcej chorych dziennie. Część chorych, nie mogąc doczekać się kolei, wraca do domu bez otrzymania porady. W ciągu ostatnich czterech miesięcy lekarze okręgowi udzielili pomocy 27,000 osobom. Ze względu na zbyt wielki napływ chorych postanowiono starać się o powiększenie funduszków, wyznaczonych na sprawę lekarską w gubernji w celu zopewnienia jej rozwoju.

2) Jakkolwiek lekarze nie byli krępowani w użyciu tych lub innych środków lekarskich, przeciwnie, zarówno biedni, jak i bogaci chorzy, korzystali z lekarstw jak najlepszych, jednakże w ogólnym rozchodzie, wyznaczonym na nabycie lekarstw, recepta wynosi prze-

ciętnie tylko $9\frac{3}{4}$ kop., przyczem zaliczono do powyższego rachunku i recepty bezpłatne w ilości 807. Wartość recept pojedynczych lekarzy była znacznie wyższą.

Po tem sprawozdaniu, wysłuchano referatu d-ra med. Oboznenki, w sprawie pomocy lekarskiej w gub. plockiej. Ze sprawą tą p. Oboznenko miał sposobność zapoznać się gruntownie na miejscu, w ciągu trzechmiesięcznego tu pobytu.

Następnie zgromadzenie przystąpiło do rozpatrzenia pytań, poruszonych bądź w pracy d-ra Oboznenki, bądź wywołanych dyskusją, pomiędzy lekarzami okręgowymi i członkami rady gubernialnej i powiatowej dobroczynności publicznej.

Niektórzy z obradujących poruszyli pytanie, czy nie należy zmniejszyć liczby posiedzeń, które odbywają się obecnie, według przepisów, trzy razy rocznie, ze względu na to, że posiedzenia takie, wobec dosyć znacznych kosztów podróży, odbijają się niekorzystnie na skromnych budżetach lekarzy. Po wszechstronnem zbadaniu sprawy powyższej, zgromadzenie, uwzględniając wielki pożytek, płynący z takich posiedzeń, postanowiło, nie bacząc na względy osobiste, nie tylko nie zmniejszać liczby posiedzeń, lecz nadto urządzać w przyszłości, podczas zjazdów podobnych, specjalne narady przy wydziale lekarskim, pod przewodnictwem inspektora lekarskiego: dzięki naradom tym lekarze będą w możności na drodze wymiany swych poglądów, rozstrzygnąć wiele kwestji specjalnie medycznych.

Sprawa używania przez lekarzy różnorodnych środków medycznych, nasunęła pytanie, czy nie należy przyjąć pewnej normy w zaopatrywaniu aptek w medykamenty. Pro-

jekt nie znalazł uznania pośród obradujących, po pierwsze dla tego, że na posiedzeniach uprzednich uchwalono nie ograniczać lekarzy w wyborze środków leczniczych, powtóre, dla tego, że wymiana poglądów na przyszłych naradach lekarskich, bezwątpienia dojdzie do właściwego zapatrywania się na wszelkiego rodzaju nowe środki.

Obradujący zwrócili również uwagę i na szczepienie ospy w gubernji, przyczem zgodzono się, że obecny sposób dokonywania szczepień przy pomocy felerow nie odpowiada w zupełności wymaganiom, wskutek czego postanowiono powierzać tę sprawę studentom z kursów starszych medycyny. W celu szczepienia ospy, rewakynacji i zbadania rezultatów szczepień, studenci-medycy będą objężdżali swoje okręgi trzykrotnie.

Gorące debaty wznieciła kwestja zamiany obecnie praktykowanego systemu notowania chorych na kartkach, na system zapisywania pacjentów do jednej księgi wspólnej. Postanowiono trzymać się nadal systemu kartek, ponieważ przedstawia się najdogodniejszy ze względu na statystykę medyczną, dla której projektowanem jest urządzenie osobnego biura przy wydziale lekarskim.

Nie zapomniano zgromadzenie i o sprawie sanitarnej w gubernji. Jakkolwiek lekarze okręgowi wobec masy zajęć obowiązkowych, nie mogliby tej sprawie podołać, tem nie mniej uchwalono jednak, aby podczas zwiedzania swych okręgów, zwracali uwagę na stan sanitarny miejscowości zaludnionych, zawiadamiając władze policyjne o wszelkich brakach w tym względzie, w celu przedsięwzięcia odpowiednich środków.

(Echa Płockie i Łomż. 20. X. 99).

Krytyka i bibliografia.

Władysław Biegański. Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej.
Warszawa 1899. Str. 91.

Chyba każdego myślącego lekarza raziło to, że termin „etyka lekarska” wtedy tylko słyszeć się daje, kiedy w grę wchodzi nasze interesy zawodowe. To też doszło do tego, że na „etykę lekarską” patrzą niektórzy jako na coś stojącego po za prawidłami etyki obowiązującej wszystkich ludzi. Dzieje się tak z krzywdą dla całego stanu lekarskiego, bo tak na ogół ani jest, ani być powinno. Wyjaśnia tę sprawę książka, której nagłówek przytoczyliśmy.

Ciepłe i rozumne słowa o błędnem pojmowaniu zakresu „etyki lekarskiej” płyną z książki kol. Biegańskiego. Tak czuć i myśleć może—nawiasem mówiąc—nie tylko jednostka wybitna, ale też taka, która stoi zdala od wielkomięskiej walki życiowej, z jej małostkową popolitością i gorączkową chęcią rozgłosu lub zysku.

Bezpośrednio z tej książki musi się każdy z czytelników dowiedzieć, że etyki korporacyjnej nie może wyczerpywać zbiór praw korporacyjnych, „zakazujących pewnych czynów, które w czemkolwiek mogłyby szkodzić ogólnemu dobru stowarzyszonych”; że obok tych istnieją ideały korporacyjne, w których „tkwi cała wartość tych stowarzyszeń dla społeczeństwa”.

„Myśli i aforyzmy”, stanowiące drugą część dzieła kol. Biegańskiego znamy już z „Krytyki lekarskiej”, której szpalty one zdołały w latach 1897 i 1898-ym.

S.

List otwarty do Redakcji „Czasopisma Lekarskiego”.

Szanowny Redaktorze!

Po otrzymaniu ustawy Warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy, w dniu 4 listopada r. b. odbyły się wybory zarządu oraz komisji rewizyjnej z pośród członków-założycieli Kasy.

Większością głosów zostali wybrani: 1) do zarządu: prezes W. Kosmowski, wiceprezes J. Zawadzki, sekretarz E. Flatau, członkowie: O. Hewelke i Jaworski, zastępcy E. Kurella i Z. Rzecznowski. 2) Do komisji rewizyjnej: H. Kucharzewski, K. Sierpiński i K. Wisłocki.

Po ukonstytuowaniu się i zawarciu umowy co do administracji ze związkiem roboczym giełdowym Warszawskim, Zarząd postanowił otworzyć Kasę w d. 1 grudnia r. b. w lokalu tegoż związku (Mazowiecka, pałac bar. Kronenberga).

Zarząd zawiadamia Kolegów, że deklaracje do wpisywania się na członków Kasy oraz ustawa będą wydawane w biurze kasy codziennie od godziny 10 rano do 5 pp.; informacji zaś udzielają członkowie zarządu codziennie w lokalu Kasy pomiędzy 12 a 1 w południe (prócz świąt i niedziel).

E. Flatau.

Warszawa, w Grudniu 1899.

Wydawca: Dr. J. Koliński.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою. Г. Лодзь, 8 Января 1899 г. Друк К. Кolińskiej Średnia 23.