

CZASOPISMO LEKARSKIE

Zator aorty brzusznej.

Podał Dr. J. Poczobut (Łuck).

Chora D. z rodziny inteligentnej, 58 lat. Ojciec umarł wskutek udaru mózgowego, wywołanego podobno wadą serca, matka zaś wskutek starczej gangreny nóg i zapalenia płuc. Przed 3 $\frac{1}{2}$ laty chora przeżyła udar mózgowy z prawostronnem porażeniem, prawdopodobnie wskutek zatoru lewej tętnicy dołu Sylwjusza. Obecnie niedowład pozostaje w prawej górnej kończynie, w mniejszym stopniu — w dolnej, mowa niewyraźna, paralityczna. Wydatne stwardnienie głównych tętnic, szmer u podstawy serca — objaw niestały. Chora do dnia dzisiejszego chodziła i oddawała się swym zwykłym zajęciom.

W nocy z 20 na 21 października 1899 r. bez widocznej przyczyny D. dostaje gwałtownych bólów w dolnej części brzucha, krzyżu i górnej części lewego uda; do tego dołączyło się lekkie omdlenie, zawrót głowy i wymioty (niekrwawe); dreszczów nie miała. Wezwany do chorej w $\frac{1}{2}$ godziny potem znalazłem stan następujący: chora przytomna, mowa zachowana, leży bezwładnie na prawym boku z wyciągniętymi i lekko w kolanach zgiętymi dolnymi kończynami; twarz przerażającej bledości, wystraszona, oddech częsty; chora niespokojna, jęczy, narzekając na drętwienie i ból w dolnej części brzucha i w górnej — lewego uda, czasem krzyknie, że „ją kurczy lewa noga“, przyczem ciągle prosi o zmianę pozycji ciała dla ulżenia bólu. Drętwienie i kurcz stopniowo rozszerzają się na całą dolną kończynę (lewą), przyłącza się uczucie zimna w stopie. Czucie skórne na ból w całej stopie zniesione, w pozostałej części kończyny osłabione, a w górnej części uda nawet wzmożone, w porównaniu z prawą kończyną, będącą od 3 lat w stanie niedowładu.

W płucach z przodu rozrzucone dźwięczne rzeżenia. Tętno około 100, twarde, napięte; przy badaniu serca oprócz wzmocnienia 2-go tonu aorty, nic nienormalnego nie znalazłem; szmer, dawniej sły-

szany u podstawy serca, obecnie znikł. Brzuch umiarkowanie wzdęty, przy lekkim dotykaniu w dolnej części bolesny, pęcherz moczowy próżny. Nie zdążyłem jeszcze zapanować nad obrazem choroby, gdy wtem, w 15—20 minut po mojem przybyciu do chorej, a w niespełną godzinę od zachorowania, D. zaczęła odczuwać także bóle w górnej części prawego uda, które jeszcze prędkiej rozszerzyły się na całą prawą kończynę. Chora obecnie może tylko wyciągnąć zgięte poprzecznie w kolanie kończyny — ruch więcej bierny; ani podnosić, ani zginać ich nie może, mówi, że „czuje bezwładne nogi“. Utrata czucia skór nego rozszerza się na obiedwie kończyny; na lewej zachodzi powyżej stopy, a na prawej zajmuje tylko stopę. Prawie równocześnie nastąpiło porażenie pęcherza i kiszki stolcowej — mocz odchodzi bezwiednie; woda wlewana do kiszki w tej że chwili wraca czysta, otwór stolcowy szeroko rozwarty. Ciepłota ciała musiała być niższą od normalnej, sądząc po jego oziębieniu. Po pierwszym zbadaniu chorej przyszedłem do wniosku, że mam do czynienia z porażeniem dolnych kończyn — paraplegia, wywołanem jakimś cierpieniem dolnej części mlecza pacierzowego.

Na zasadzie powyższego zaleciłem chorej środek przeczyszczający, jaki był pod ręką — Tinct. Rhei aq. Natr. sulf., aa.; w przerwach Tinct. valer. aeth; do nóg butelki z ciepłą wodą (z zachowaniem ostrożności zwykłych).

Tegoż dnia, w 4 godziny potem, odwiedziłem chorą wspólnie z kolegą Wojniczem, z którym odtąd już stale obserwowaliśmy ją. Utrata czucia skór nego na obydwóch dolnych kończynach posunęła się naprzód, sięgając już do połowy wysokości goleni; powyżej tego miejsca czucie zachowane, chociaż osłabione, zaś na brzuchu wzmożone. Stopy zimne, sine. Chora narzeka na bóle w górnej połowie kończyn dolnych. Ciepł. 36°,2, tętno około 90, twarde, nieco słabszego napięcia.

Zaleciliśmy wewnątrz trunek Wiedeński i podskórnie morfinę, dla uspokojenia bólów ($\frac{1}{6}$ gr.), przy czem okazało się, że przy wbijaniu igły w skórę uda chora nie odczuwała żadnego bólu. W ciągu dnia były fałszywe parcia na stolec, ale ekskrementy wcale nie odchodziły; oddawanie moczu bez czucia i woli chorej.

Nie mogąc sobie objaśnić przyczyny tak nagle powstałego zupełnego porażenia dolnych kończyn, pęcherza i kiszki stolcowej, zbadałem tętno we wszystkich tętnicach dolnych kończyn; okazał się zupełny brak jego w kończynach dolnych i tętnicach udowych. To samo stwierdził potem i kolega Wojnicz. Teraz obraz choroby stawał się wyraźniejszym.

Wiecz. ciepł. 35°8, tętno — jak przed tem. Przytomność i mowa zachowane, ogólne osłabienie; w kończynach dolnych znaczne pogorszenie, chora już nie czuje, że „ma bezwładne nogi“; ból, który ją tak niepokoił, obecnie ustał w zupełności, znieczulenie skórne i mięśniowe zajęło całe kończyny dolne. Stopy brudno-sine, miejscami czarne, na kończynach sino-fioletowe pręgi, złuszczenie naskórka od butelek z gorącą wodą. Na brzuchu wyraźna linja demarkacyjna, przebiegająca wpoprzek dolnej $\frac{1}{3}$ części brzucha, poniżej której widać sinawe zabarwienie blizn poporodowych — tu znajdujemy znieczulenie, a powyżej tej linji czucie normalne, a nawet może wzmożone. Na drugi dzień porażenie i gangrena postępowały dalej: na stopie gangrena sucha, na skórze goleni i ud miejscami wilgotna, na brzuchu sine plamy posunęły się wyżej. Kilka płynnych wypróżnień bezwiednych, bezmocz. Stopniowy upadek sił przy zupełnem zachowaniu przytomności i cichej mowie, tętno niewyczuwalne, górne kończyny ziębną. Na godzinę przed śmiercią, która nastąpiła w 48 godzin od zachorowania, pojawiło się silne drętwienie w górnej lewej kończynie z uczuciem takiego samego kureczu w niej, jak w dolnych kończynach dnia poprzedniego, przyczem lewa ręka opadła bezwładnie.

Mając na względzie następujące dane: wiek chorej 58 lat, przebył przedtem połowiczne porażenie, miażdżycowe zwyrodnienie tętnic, obecnie nagle powstałe porażenie dolnych kończyn, brak tętna w nich, stopniowo postępujące oznaki gangreny suchej i wilgotnej w tychże kończynach i w dolnej części brzucha, porażenie zupełne pęcherza i kiszki prostej, a przed samą śmiercią — nagle wystąpienie bólów i drętwienie w lewej kończynie górnej z bezwładem onej, zupełne zachowanie przytomności i mowy, wreszcie — szybkie zejście w ciągu 48 godzin, przychodzę do wniosku, że mieliśmy tu do czynienia z rzadkim przypadkiem zatoru tętnicy brzusznej, embolia aortae abdominalis, i to w miejscu podziału jej na dwa pni: tętnicę biodrową prawą i lewą. Czop, zaniesiony z serca, usadowił się tutaj, jak jeździec na koniu, zamykając naprzód światło tętnicy biodrowej lewej w zupełności, następnie, przez stopniowe nawarstwianie włókniaka ze skrzepów krwi, czop, powiększony w swej objętości, zamknął też światło tętnicy biodrowej prawej. Nagłe i również gwałtowne zjawienie się bólu w lewej górnej kończynie wskazywałoby także na zator tętnicy ramieniowej lewej (pulsu w zwykłym miejscu nie mogłem wyczuć jeszcze na 10—11 godzin przed tym zatorem, ale to z powodu ogólnego upadku sił, brak go było również i w prawem ręku). Badania zwłok z przyczyn odemnie niezależnych przedsięwziąć nie można było. Mniej prawdopodobnem było przypuszczenie istnienia w danym przypadku

zakrzepu tętnicy brzusznej, gdyż wtedy też same objawy, zależne od zamknięcia światła, o wiele wolniej by się rozwijały.

Rozstrzygnięcie kwestji, gdzie było źródło zatoru, jest bardzo trudnem z powodu braku oględzin pośmiertnych — prawdopodobnie miało ono miejsce w sercu, na zwyrodniałych zastawkach aorty.

Pozostaje mi jeszcze wypowiedzieć kilka słów co do przyczyny porażenia w danym wypadku kończyn dolnych i o udziale mlecza pacierzowego w tem porażeniu. W pierwszej chwili po obejrzeniu chorej sądziłem, że mam do czynienia albo z wylewem krwi do opon rdzenia, albo z wylewem krwi do istoty rdzenia kręgowego. Za 1-em przypuszczeniem przemawiały w początku: 1) objawy podrażnienia w obrębie zajętych korzeni czuciowych mlecza pacierzowego: bóle neuralgiczne, drętwienie w dolnej części tułowia i w lewej dolnej kończynie, uczucie kurczu w niej i 2) porażenie jednej tylko kończyny. Ale ponieważ porażenie to powstało nagle, bez zwiastunów, co bywa czasami przy haematorhachis; b) w ciągu niecałej godziny przeszło na prawą kończynę i stało się zupełnem porażeniem; c) nie było nadczułości kręgosłupa, a głównie — d) brak zwykłych w tym razie momentów przyczynowych, (uraz, choroby kości pacierzowej, czasami ostre zakaźne choroby), pomyślałem o haematomyelii, której przyczyną bywa najczęściej ogólne stwardnienie naczyń i przebyte dawniej połowiczne porażenie wskutek udaru mózgowego. Wreszcie, porażenie obydwóch dolnych kończyn ze znieczuleniem, brak objawów gorączkowych, nasuwały myśl o rozmięczeniu rdzenia pochodzenia niezapalnego (myelomacia), spowodowanem przez zakrzep lub zator naczyń samego rdzenia na tle stwardnienia tętnic. Dopiero zbadanie tętna na dolnych kończynach i zupełny brak jego naprowadziło mnie na prawdziwą drogę rozpoznania choroby t. j. na możliwe istnienia zatoru aorty brzusznej. Porażenie zatem kończyn dolnych, pęcherza i kiszki prostej zależało od nagłej przerwy w odżywianiu rdzenia, czyli od anemji jego, wywołanej zatorem tej tętnicy.

Jakkolwiek rozpoznanie rzadkiego przypadku wymaga potwierdzenia przez autopsję, której nie było w tym razie, to jednak sądzę, że objawy kliniczne przez dwu lekarzy ściśle spostrzegane, a wyżej opisane, dostatecznie mię upoważniają do ogłoszenia tego przypadku.

Dodam, że zakrzep tętnicy głównej brzusznej jest również rzadko spostrzeganym, jak i jej zator. Więc, gdyby nawet w tym przypadku kto chciał widzieć zakrzep — tem nie mniej przypadek zasługiwałby na opisanie.

O wczesnych objawach przewlekłych suchot płucnych.

(Podług odczytu na posiedzeniu Tow. Lek. Łódzkiego 21. XI. 1899 r.)

Przez D-ra S. Sterlinga.

Qui mane diagnostit — optime curat.

To motto do niedawna miało—w stosunku do suchot płucnych—zastosowanie tylko w tych nielicznych przypadkach, kiedy chory należał do klasy zamożniejszej, ponieważ środki leczące suchoty uznawaliśmy w działaniu sił leczniczych zgoła niedostępnych dla ogółu. Gdy wszakże przekonano się, że leczenie higieniczno-dyetyczne z nie-małym powodzeniem stosować można we wszystkich klimatach, t. j. że uleczyć możemy w ich rodzinnym kraju nawet niezamożnych suchotników, o ile znajdują się we wczesnym jeszcze okresie choroby,—dziś wczesne rozpoznanie suchot jest sprawą pierwszorzędną wartości praktycznej.

Że zaś ta sprawa jest dotąd niejako lekceważona w szerokich kołach lekarskich, — chcę jej słów kilka poświęcić, opierając się na poglądach Meissena ¹⁾ Pentzoldta ²⁾, Sokołowskiego ³⁾ i Turbana,⁴⁾ na poglądach, których słuszność miałem możność sprawdzić. Nie będę przytem miał na względzie szczegółów dyagnostyki suchot płucnych; owszem, te uważając jako ogółowi znane, dotknę tylko metod rozpoznawania przypadków wątpliwych, niewyraźnych.

Należałoby mi zacząć od przypadków, w których początkowe okresy suchot maskowane są przez obraz chorobowy innego cierpienia, w których i skargi chorego i objawy przedmiotowe zdają się wskazywać na schorzenie innego narządu, nie płuc. Wszakże, gdy istnieje w literaturze polskiej znakomity opis tych postaci, które Sokołowski nazwał „skrytymi postaciami suchot płucnych“, do tego opisu muszę Sz. Kolegów odesłać, jeśli są jeszcze tacy, którzy tej pracy nie przestudjowali. Przypomnę jedynie, że początkowe okresy suchot płucnych mogą przebiegać pod następującymi, głównie, postaciami:

1) *Wrzekoma blednica* (Pseudochlorosis). Bładość skóry — skóra blado-szarawa z odcieniem ziemistym. Uczucie zmęczenia po ruchu, lub nawet w czasie zupełnego spokoju, częste bicie serca. Zaburzenia w trawieniu: uparty brak łaknienia, trwający—bez przerw—tygodnie, często uparte zaparcie. Wychudnienie stale postępujące. Perjody bardzo skąpe i blade. Nieznaczne szmery w sercu i w żyłach szyjowych; znaczne przyspieszenie tętna przy (lub bez) niezna-

¹⁾ Therap. Monatsh. 1898 IX.

²⁾ Münch. Med. Woch. 1899. N. 15—17.

³⁾ Skryte postacie suchot płucnych, 1890.

⁴⁾ Beitr. z. Kenntniss d. Lungen — Tuberculose. 1899.

cznem nasileniu gorączki. Kaszel krótki, suchy, bez plwocin — wieczorami i w nocy; czasem kaszlu brak zupełnie.

2) *Postać wrzekomo sercowa*. Przyspieszona czynność serca; czasem szmer podmuchowy u wierzchołka.

3) *Wrzekome zotzy* (Pseudoscrophulosis). Zwyrrodnienie gruźlicze gruczołów oskrzelowych, dające objawy duszności charakteru astmatycznego, z kaszlem suchym, często podobnym do kokluszku.

4) *Zimnica wrzekoma* (Pseudomalaria). Objawy pozorowanej zimnicy, którym towarzyszy krótki suchy kaszel, występujący głównie wieczorem, i duszność.

5) *Postać wrzekomo żołądkowo-kiszczowa*. Brak apetytu, chudnienie, odbijania, bóle gastralgiczne, kaszel po jedzeniu, wymioty; rozwołnienie.

W przypadkach suchot, których początkowe objawy występują pod maską jednej z wyżej wymienionych postaci klinicznych, lekarz nie przecoczy choroby płuc, jeśli przywykł dokładnie badać cały ustrój a pamięta o możliwości takiego maskowanego początku suchot.

Częściej, aniżeli z postaciami „skrytymi“, mamy do czynienia z przypadkami, w których początkowe zaraz objawy wskazują na cierpienie dróg oddechowych, zadaniem zaś rozpoznania jest stwierdzić gruźliczą naturę cierpienia. ¹⁾ O takich chorych z rzekomo nieswoistymi „zakatarzeniami“ oskrzeli i płuc głównie mi tu chodzi, o chorych, których zbyt łatwo się zbywa dyagnozą zaziębnienia i lekiem wykrztuśnym — do chwili, kiedy jakiś groźniejszy i niedwuznaczny objaw nie przekona o pomyłce w rozpoznaniu.

Pierwszych zmian swoistych w płucach stwierdzić wogóle nie umiemy; tygodnie i miesiące mijają od chwili rozpoczęcia zgubnej działalności lasecznika gruźlicy, do chwili, kiedy ta działalność wyrazi się objawem dla rozpoznania dostępnym (mówimy tu ciągle o przebiegu spraw przewlekłych, nie ostrych); zadaniem lekarza jest stwierdzić te zmiany przynajmniej w chwili, kiedy one dają objawy już badaniu dostępne, chociaż wcale nie licujące z tem, co przywykliśmy nazywać wyraźnymi objawami suchot.

Takie wczesne okresy suchot płucnych podejrzewać należy w każdym przypadku, kiedy się do nas zgłasza chory skarżąc się na prędkie męczenie się, łatwą wyczerpalność, osłabienie ogólne — z niezrozumiałych dlań powodów; brak łaknienia, bóle w piersiach, już to ostre — napadowe, już tępe — stałe, uczucie duszności występujące po nieznacznym zmęczeniu, a nawet bez przyczyny, na kołatanie serca; a już mocno podejrzanym niech nam będzie chory, który do skarg powyższych może dodać — chudnienie, dreszcze, nieznaczące poty nocne — to wszystko przy istnieniu kaszlu suchego, raczej pokasływania urywanego, występującego bez przyczyny co rano, a w ciągu

¹⁾ Tu też należą Sokolowskiego: postać wrzekomo-krtaniowa, wrzekoma rozedma płuc, postać wrzekomo opłucnowa. Postać wrzekomo-krupowa może maskować ostro przebiegające suchoty; tu zaś chcę mówić jedynie o rozpoznawaniu spraw przewlekłych.

dnia przy dłuższej i głośniejszej rozmowie, podczas śmiechu, przy głębokim wdechu. Czasem o takim kaszlu opowiada chory, jako o sprawie przebytej: obecnie kaszel jest wilgotniejszy, a wykrztuszone są plwociny skąpe, niewielkie kawałki flegmy szklistej, lepkiej „z gardła“. Z wejrzenia taki chory może być żywym zaprzeczeniem tego, co rozumiemy pod nazwą „suchotnika“, może mieć pozory kwitnącego zdrowia, chociaż już i wtedy niejeden wygląda na anemicznego, osłabionego — z przyczyn dłań zagadkowych.

Nasze podejrzenie powinno się stać jeszcze żywszem, gdy badając tętno znajdziemy je przyspieszonym, a cały układ naczyniowy zdradzi — w czasie badania — pewien stopień wzmoczonej pobudliwości; tętno 100 i więcej, przy braku podwyższenia ciepłoty, lub nieproporcjonalne do nieco podwyższonej, szczególnie skłonić nas musi, przy obecności wyżej wskazanych skarg, do liczenia się z domniemalną gruźlicą. Gdy do tych najłatwiej dla badania dostępnych objawów dodamy, niekiedy spostrzeganą, nierówność źrenic, czerwony lub sinawy rąbek na brzegach źrenic — natenczas wyczerpiemy sygnały ostrzegające lekarza przed zbyt pośpiesznem zaliczeniem cierpienia do spraw lekkich, przemijających.

O wnioskach, jakie wyprowadzić musimy, słysząc o kwiopluciu, o krwotoku, o upartej chrypcie, o potach nocnych, — mówić chyba nie potrzeba.

Gdy taki wstęp zaniepokoił nasze sumienie dyagnostyczne — zbieramy wyczerpujące wywiady. Wypytać należy o wszelkie przebyte choroby, od dzieciństwa, dopomagając choremu, by sobie przypomniał, czy nie przechodził jednej z chorób, które często w gruźlicy swój początek biorą, więc np. czy nie przechodził przewlekłych cierpień gruczołów, kości, stawów, ucha; toż samo tyczy chorób, uspasabiających do nabycia (lub rozwoju utajonej) gruźlicy — odra, krztusiec, grypa, zapalenie opłucnej, różne sprawy zakaźne dróg oddechowych; pytamy chorego, jak się żywi, czy nie należy do tych, co to od dziecka nie umieją „porządnie“ zjeść; wypytujemy o rodzaj zajęcia, o warunki pracy, o stosunki mieszkalne, o ilości spożywanych używek; wreszcie, dowiadujemy się o skłonności dziedziczne i o to, czy nie stykał się przez czas dłuższy z osobą kaszlącą i plującą.

Badanie właściwe zaczynamy od oglądania. Jakkolwiek wcale nie wszyscy tego rodzaju chorzy przedstawiają tak zw. *habitus phthisicus*, to jednak podejrzana jest zawsze taka postać klatki piersiowej, która uderza swą długością i płytkością, klatka piersiowa wązka, z szerokimi przestworami międzyżebrowymi, z zakłęśniętymi dołami pod i nad—obojęzycowymi, z szyją wązką i długą, ze skąpą tkanką tłuszczową i mało wyrobionymi mięśniami oddechowymi.

Przyglądając się ruchom oddechowym klatki, spostrzedz możemy nie tylko znane objawy po przebytem zapaleniu opłucnej, ale—co ważniejsza, wyrażać objawy zajęcia jednego z wierzchołków: opóźnianie się wdychowe wierzchołka, dotkniętego początkami gruźlicy. Jeśli usadzimy chorego wprost okna i każemy mu głęboko oddychać, natenczas możemy dostrzedz, że jeden wierzchołek (chory) później od drugiego się przy wdychu rozszerza; w dalszym przebiegu choroby roz-

szerzenie chorego wierzchołka nie dorównywa wogóle zdrowemu. Ten sam objaw spostrzegać też możemy w ten sposób, że chorego sadzamy twarzą do okna, a sami stajemy po za nim i z góry oglądamy rozszerzanie się wdychowe wierzchołków. Trudniejsza sprawa, gdy oba wierzchołki są zajęte (przypadek nie tak rzadki nawet w początkach choroby); wtedy wypada spostrzedz opóźnianie się obu wierzchołków, porównywając ich wdychowe rozszerzanie się z rozszerzaniem się dolnych odcinków klatki piersiowej.

Oglądanie klatki piersiowej należy dopełnić jej zmierzeniem i porównaniem ze wzrostem: jeśli obwód klatki piersiowej, mierzonej w przerwie między wdychem a wydychem, jest mniejszy aniżeli połowa długości ciała — to taka klatka piersiowa sprzyja powstawaniu gruźlicy; toż samo powiedzieć należy o różnicy między obwodem mierzonym przy głębokim wdychu i zupełnym wydychu, jeśli on nie dochodzi 5 ctm.

Przystępując do osłuchiwania, każemy choremu oddychać głęboko, ale nie wysiłkowo, przez nos; jeśli istnieją przeszkody w nosie — każemy oddychać przez usta, chociaż płuca rozszerzają się więcej równomiernie przy oddychaniu przez nos. Najczęściej początkowe umiejscowienie gruźlicy stanowią wierzchołki, tem nie mniej zarówno osłuchiwać, jak i opukiwać należy całą powierzchnię klatki piersiowej; zaniebdanie tego jest przyczyną, że tak często przeoczone bywają zmiany w innych ustępach płuc lub niewielkie wysięki opłucnowe, u podstawy płuc umiejscowione. Z objawów osłuchowych najwcześniej słyszymy, u wierzchołków oddych chropawy¹⁾, któremu zwykle nie towarzyszą objawy nieżytowe, lub oddych pęcherzykowy osłabiony, zazwyczaj w połączeniu z rzeżeniami.

W tym okresie opukiwanie, które lekko wykonywane najwyraźniejsze daje wyniki, stwierdza bądź osłabienie, bądź podwyższenie odgłosu opukowego. Dopiero z czasem, kiedy następuje marszczenie się tkanki płucnej, wykryć możemy oddych pęcherzykowy zaostrzony, z jego odmianami w okresie wdychu i wydychu, ze stopniowaniem aż do oddychu oskrzelowego; wtedy też słyszymy całą znaną gamę szmerów i tonów w postaci świstów, rzeżeń, trzaskań, trzeszczeń, i t. p.; wtedy też odgłos opukowy staje się krótszy, wreszcie — tępy, a granice wierzchołków się obniżają.

Badanie fizykalne płuc musi być wykonane dokładnie i objąć całą powierzchnię klatki piersiowej; jednorazowe badanie wcale nie zawsze rozstrzyga wątpliwości. O tem, że odkaślnięcie zmienia nieraz obraz opukowy i wysłuchiwany — przypominać chyba zbyte-

¹⁾ Nie jest to oddych pęcherzykowy zaostrzony; podług określenia Turbana, Sahliego, Dettweilera — oddych chropawy (rauhes Athmen) jest szmerem, składającym się z szeregu szybko po sobie następujących szmerów krótkich, które — jeśli mogą być przez ucho odróżnione każdy oddzielnie — robią wrażenie króciutkich rzeżeń. Turban porównywa szmer nazywany oddychem chropawym do dźwięku wydawanego przez młoteczek Näffa maszyny indukcyjnej. Oddych chropawy jest niejako delikatnym oddychem ucinanym (saccadé), którego szmery składowe trudno uchwycić.

czna. Na ilość wysłuchiwanym objawów nieżytowych wpływa wilgotność powietrza w dniu badania; suche powietrze zmniejsza ilość tych objawów, takież wpływ ma obfity przezeiw; przeciwnie działają — przetwory jodu do wewnątrz używane i niektóre wody mineralne np. Ems. Jeśli badanie powtarzamy wciągu dłuższej obserwacji, należy je wykonywać zawsze o tej samej porze dnia. W przypadkach, gdzie pierwsze badanie daje wyniki niejasne — powtórzyć je najlepiej rano, kiedy pacjent jest w łóżku i nie zdołał jeszcze zrobić „tualety płuc“, t. j. nie zdążył jeszcze wychrzakać zawartości oskrzeli; tak postępować należy i z pacjentami, którzy nie kaszlą.

Gdy wątpimy, czy słyszany szmer tarcia lub trzeszczenie nie jest powodowane przez włosy — te nacieramy mydłem i ponownie badamy. Szmer mięśniowy, mowa głównie o mięśniu czworobocznym (cucullaris), nie przeszkadzają osłuchiowaniu, jeśli pacjent zachowuje się spokojnie. Tarcie powięzi grzbietowej o oddychającą klatkę piersiową i łopatkę, słyszalne przy osłuchiowaniu okolic łopatkowych w postaci trzaskania, warczenia, tarcia — znika, jeśli chory kilkakrotnie wykona ruchy obrotowe wyciągniętem ramieniem. Przy osłuchiowaniu wierzchołków pamiętać należy o szmerach pochodzących z pólky, dających wrażenie rzeń dźwięcznych (podejrzenie jamy).

Jeśli na zasadzie badania fizykalnego płuc chcemy powziąć przekonanie o prawdopodobieństwie uleczenia, rozpoznanie jakościowe nie wystarcza; musimy je dopełnić rozpoznaniem ilościowym, t. j. dokładnie określić rozmiary zmian chorobowych, które czasem są rozrzucone po różnych częściach płuca.

Badanie fizykalne dopełnić należy w każdym przypadku jeszcze następującymi metodami rozpoznawczymi.

Mierzenie ciepłoty. Polecamy choremu, by w ciągu tygodnia mierzył (najlepiej in recto) codziennie co dwie godziny ciepłotę, przy czem wzniesienie się ciepłoty in recto (lub pod językiem, wreszcie, pod pachą) o więcej niż pół stopnia po nad normę, jeśli się w ciągu tego czasu powtórzy parokrotnie, uważamy za objaw przemawiający za gruźlicą. Zamiast tego, można kazać raz jeden zmierzyć ciepłotę: przed i po spacerze godzinnym, a wzniesienie się ciepłoty do 38° też będzie przemawiało za gruźlicą.

Ważenie. Upadek wagi ciała bez widocznych przyczyn przemawia za gruźlicą.

Zadawanie do wewnątrz jodku potasu (3 dawki po 0,2—0,3) przez kilka dni z rzędu daje możność sprawdzenia, czy w miejscu podejrzanem znajdują się i objawy nieżytowe. Podobnie też działa nieraz i woda Emska.

Badanie gardzieli i krtani winno być wykonywane w każdym przypadku podejrzanym, bo ono dać może niespodziewane a bardzo cenne podstawy dyagnostyczne. To badanie wykonywać należy u każdego chorego z podejrzanymi objawami, choćby pozornie on nie zdradzał objawów w tych narządach umiejscowionych.

Wreszcie — badanie płwocin. Tej metody nigdy zaniedbywać nie wolno. Właśnie dla otrzymania płwocin dajemy choremu z kaszlem suchym — nieco jodku potasu lub wody emskiej, a u osób po-

łykających płwociny (np. dzieci) wydobywamy je przez przemyście zółdka, przez wycieranie watą wyjałowianą krtani (ewent. — poszukujemy laseczników w kale). Przy tem wszystkim badanie płwocin uważamy jedynie za dopełnienie innych metod rozpoznawania suchot płucnych; uważać wynik ujemny badania bakterjologicznego za motyw wystarczający do zaprzeczenia początków gruźlicy wtedy, kiedy inne metody dyagnostyczne przemawiają za tem cierpieniem — jest wielkim błędem.¹⁾ Ognisko gruźlicze może osiągnąć dosyć znacznych rozmiarów, może powodować zarówno toksyczne objawy ogólne, jak i kataralne miejscowe, a jednak pozostawać ogniskiem zamkniętym, t. j. nie łączącym się z oskrzelem; wiadomo bowiem, że tylko wtedy znaleźć możemy w płwocinie laseczniki swoiste, kiedy mamy do czynienia z ogniskiem gruźliczym otwartym.²⁾ Niezależnie od tego, widzujemy przypadki nawet otwartej gruźlicy płuc, jednak nie dające domieszki laseczników swoistych do płwocin; dzieje się to przede wszystkim w tym okresie choroby, kiedy tkanka płucna nie ulega rozpadowi; podobnie przebiegają też i suchoty płuc na tle rozedmy (Sokołowski), przypadki włóknistej postaci suchot.

Jako środki rozpoznawcze pomocnicze wyliczają jeszcze: zastrzykiwanie tuberkuliny i röntgenografię. O wartości tych metod tyle tylko powiedzieć mogę, że co do tuberkuliny zdania są bardzo podzielone, nie tylko w sprawie jej wartości dyagnostycznej, ale wprost co do jej nieszkodliwości; co się zaś tyczy röntgenografji, to tą metodą we wczesnych okresach suchot nie dziać nie można.³⁾

Spostrzeżenia z praktyki.

Trzy przypadki porodu trojaczkami.

(Rzecz czytana w Tow. Lek. Łódzkim 21 Września 1899 roku.)

Podał Dr. Józef Saks.

W przeciągu względnie niedługiego czasu miałem możność spostrzeżenia trzech przypadków porodu trojaczkami, zjawiska nie częste w praktyce akuszeryjnej. Ponieważ przebieg porodu w tych

¹⁾ Bywa i odwrotnie: W skąpych płwocinach, wykrztuszonych przez chorego zkad inąd na nic się nie skarżącego, znajdujemy laseczniki Kocha; wtedy pomimo braku innych objawów rozpoznajemy cierpienie swoiste.

²⁾ Krwioplucie nie wyklucza istnienia ogniska zamkniętego.

³⁾ W Berlinie urządzono specjalne (bezpłatne) kursy „metod wczesnego rozpoznawania gruźlicy“, z takimi wykładającymi, jak: Gerhardt, Leyden, Senator, Schaper, Brieger i w. in. Bo *powodzenie leczenia suchot zależy przede wszystkim od wczesnego rozpoczęcia leczenia.* We wczesnem rozpoznawaniu tkwi jądro pożyteczności sanatorjów ludowych dla suchotników.

przypadkach, interesujących już ze względu na ich rzadkość, przedstawia pewne odrębności, ośmielałem się podzielić z Sz. Kolegami opisem tych przypadków. Przechodzę ad rem.

Przypadek pierwszy. W styczniu r. 1894 zostałem wezwany do pierwszorodzącej, która urodzić dziecka nie może, aczkolwiek bóle porodowe już dawno trwają. Po przybyciu do chorej dowiedziałem się od akuszerki, iż jeden płód już urodzony, a drugi znajduje się jeszcze w jamie macicy. Badanie przekonało mnie o ukośnem położeniu płodu; przystąpiłem przeto do obrotu na nóżkę, przyczem podczas dokonywania rękoczynu napotykałem, ku memu zdziwieniu, mnóstwo części drobnych, co, rzecz zrozumiała, nasunęło mi myśl o obecności jeszcze i trzeciego płodu. Po wydobyciu drugiego płodu żywego, przystąpiłem do wydobywania trzeciego, co nie było właściwem ze względów, o których niżej pomówię, i wydobyłem trzeci płód żywy. Dwoje dzieci było płci męskiej, jedno zaś żeńskiej. Jedno dziecicę po dwóch dniach zmarło, dwoje zaś zostało przy życiu; jak długo — nie jest mi wiadomem.

Zaraz po narodzinach trzeciego płodu nastąpił silny krwotok; ponieważ za pomocą metody Crédego nie udało się wycisnąć łożyska, przystąpiłem do ręcznego wydobywania popłodów, których było dwa. Pępowin, rzecz zrozumiała, było trzy rozmaitej grubości; pęcherzy płodowych również trzy. Po usunięciu łożysk macica skurczyła się należycie, i krwawienie ustało.

Przypadek drugi. 13 Maja r. 1897 zostałem wezwany do rodzącej, u której bóle porodowe zatrzymały się przeszło od 2 godzin. Chora rodzi po raz czwarty; ostatni poród przed 7 laty; podczas tego okresu w ciążę nie zachodziła. Według rachunku rodzącej jest ona na początku dziewiątego miesiąca ciąży. Poród omawiany rozpoczął się, według słów chorej, przed 24 godzinami; kiedy odeszły wody płodowe, chora nie może dokładnie określić; akuszerka nie zastała już wód płodowych. Przy badaniu zewnętrznem rozpoznałem ciążę bliźniaczą; badanie wewnętrzne wykazuje obecność małej główki poza sromem. Bólów porodowych niema. Ponieważ nie miałem przypadkowo swych kleszczy, które dnia poprzedniego oddałem do naprawy, zmuszony byłem posłać jednego z obecnych do kol. Rundy, który był łaskaw swoich kleszczy mi pożyczyć. Przytaczam ten szczegół z tego względu, aby wykazać, iż w przeciągu tego czasu, najmniej 40 minut, chora nie mogła urodzić takiego małego płodu pomimo stosowania gorących okładów, wyciskania według Kristellera. Dopiero za pomocą kleszczy, które nie obejmowały nawet dobrze małej główki, udało się, rzecz zrozumiała, z nadzwyczajną łatwością wydobyć płód męski, żywy, niedojrzały. Ponieważ i potem bóle porodowe nie nastąpiły, przystąpiłem po 15 minutach do wydobywania drugiego płodu za pomocą obrotu na nóżkę; przyczem i w tym przypadku dopiero podczas dokonywania wspomnianego rękoczynu, przekonałem się o obecności trzeciego płodu, który również wydobyłem za pomocą obrotu na nóżkę. Drugi i trzeci płody też były płci męskiej, żywe, niedojrzałe. Dwa łożyska zostały wyciśnięte za pomocą metody Crédego. Po usu-

nięciu łożysk macica nie kurczyła się należyście, i krwawienie było dość znaczne. Prawie godzinę musiałem osobiście śledzić za macicą. Dzieci umarły tego samego dnia.

Przypadek trzeci. Dnia 29 Lipca 1899 r. w nocy przybyła do przytułku położniczego przy szpitalu małż. Poznańskich pierwiastka, 26 lat licząca, 1½ roku zamężna; według słów rodzącej jest ona dopiero w połowie 8 miesiąca ciąży. Bóle porodowe od 24 godzin, wody odeszły w nocy. Rodzącą widziałem następnego dnia o godz. 10½ rano. Rażącym był duży obwód brzucha — 106 ctm. (norm. 92—93 ctm.); powłoki brzuszne silnie naprężone i obrzmiałe; nogi również obrzmiałe. Ponieważ pośladek był tuż za sromem, przeto duży obwód brzucha mógł zależeć od obecności drugiego płodu w jamie macicy, przy znacznej jednocześnie ilości wód (znaczne naprężenia powłok brzusznych nie pozwala wyczuć części drobnych); o trojaczkach nie pomyślałem wcale. Bóle porodowe częste, lecz słabe; ze względu więc na to, iż poród prawie się nie posuwał, lekko pociągnąłem za pośladek i z łatwością wydobyłem płód żeński, żywy, niedojrzały. Po urodzeniu się dziecka, okazało się rzeczywiście, iż w jamie macicy znajduje się jeszcze płód. Badanie wewnętrzne wykazało, iż drugi płód był w położeniu ukośnem (część poprzedzająca—rączka i boczek), dokonałem przeto obrotu na nóżkę. Podczas obrotu napotkałem znaczną ilość części drobnych, co było dowodem obecności trzeciego płodu w jamie macicy (podczas dokonywania obrotu pękł i trzeci pęcherz płodowy). Wydobyłem za nóżkę znów żywe dziecko, płci żeńskiej. Po urodzeniu się drugiej dziewczynki, trzeci płód zsunął się znacznie ku dołowi, przyczem obok poprzedzającej główki znajdowała się i rączka. W tym okresie pozostawiłem poród siłom natury, aby macica powoli przystosowała się do zmiany ciśnienia w niej zaszłej. Trzecie dziecko, płci żeńskiej, niedojrzałe, zostało narodzonem dopiero po 3 godzinach. Łożysko jedno, na którym umieszczone były trzy pępowiny (dwie grube i jedna znacznie cieńsza) w postaci trójkąta, zostało wyciśnięte po 10 minut według Credégo. Z dzieci dwoje zmarło drugiego dnia, jedno zaś zostało zachowanem przy życiu. Chora po 14 dniach wypisała się z dzieckiem ze szpitala. Obwód główek u dzieci wynosił 28 ctm. (u dojrzałego płodu 34 ctm.), długość zaś ciała, wynosiła u wszystkich po 38 ctm. (u dojrzałego normalnego płodu 50—52 ctm.).

Z przebiegu porodów w wyżej przytoczonych przypadkach jest widoczne, iż nie przebiegały one tak, jakby się spodziewać należało wobec nieznacznych rozmiarów płodów; tłomaczy się to nadmiernem rozciągnięciem macicy i powłok brzusznych, a wskutek tego osłabieniem mięśni. Mamy tu analogję z hydramnios, przy którym bóle porodowe wskutek nadmiernego rozciągnięcia macicy też zwykle bywają słabe. Jeszcze drugą analogję mamy w naszych przypadkach z hydramnios: tak w tym jak i w drugim przypadku ciąża nie rozwija się do samego końca, a zwykle bóle porodowe występują przedwcześnie, czem łatwo się tłomaczy znaczna śmiertelność wśród trojaczek.

Co się tyczy terapii, nadmienić muszę, iż nie należy spieszyć się zbyttno z opróżnieniem macicy. Jeżeli szczególne warunki nie wymagają szybkiego zakończenia porodu, właściwem jest pozostawić siłom

natury załatwienie się z drugim lub trzecim płodem, przez co macica stopniowo przystosuje się do zmiany ciśnienia, w niej zaszłej, i w znacznie mniejszym stopniu będziemy narażeni na krwotoki poporodowe, zależne od niedowładu (atonji) macicy.



Lekarz jako biegły wobec pewnych zdarzeń nieszczęśliwych przy pracy.

Luźne uwagi Dra Mikołaja Warmana. (Kielce).

Ciąg dalszy.

Pyszni są ci śledziennicy, mówi Strümpel, którzy jednocześnie obliczają z matematyczną ścisłością wysokość ewentualnego odszkodowania lub też, pozostawieni własnej wyobraźni albo innym wpływom ubocznym, z każdym dniem potęgują swoje pretensje. Przed dwoma niespełna laty obserwowałem malarza Jana Sk., który podczas pozostawiania w gipsowo-antyseptycznym opatrunku z powodu powikłanego złamania strzałki, co tydzień dodawał sobie w imaginacji 1000 Rb., że po 8 tygodniach ani myślał kwitować z pretensji mniej jak za 8000 Rb. Po otrzymaniu zaś drogą umowy dobrowolnej 500 Rb. powrócił na rusztowanie i w dalszym ciągu, jak świadczą osobiste moje wywiady, uważany jest przez majstrów mularskich za doskonałego robotnika. Inny znów, 56-letni i niepiśmienny kamieniarz Jan B., u którego, w następstwie uderzenia w nogę przy rozsadzaniu skały wapiennej wywiązał się ograniczony i dość nieznaczny zanik obwodowy, zewnętrznej górnej warstwy mięśni lewego uda, robił przy badaniu wrażenie zupełnej utraty nie tylko zdrowia, ale wszelkiej inteligencji i prawidłowych przejawów sfery duchowej. Z tem wszystkim, zapytany przezemnie o przypuszczalne pretensje, potrafił on drobiazgowo wyliczyć ewentualnie mu przynależną sumę, posiłkując się przy tem kilkakrotnie przy działaniach arytmetycznych zamianą rubli i kopiejek na złote polskie i *vice versa*. Gdy zaś przyznane mu na mocy mojej opinii odszkodowanie za częściową utratę zdolności do pracy zostało mu w czas jakiś skradzionem, wrócił on po dawnemu do pracy fizycznej.

W ocenie znaczenia, dla zajmującej nas sprawy, tych czynników psychicznych praktyka wyrobiła wśród powag medycyny wypadków nieszczęśliwych kilka różnych poglądów. Oppenheim i Hitzig, nie bacząc na przeważającą podmiotowość danych postaci chorobowych, znaleźli w swoim czasie dosyć argumentów, aby wszystko sprowadzić do wspólnego mianownika nerwicy urazowej. Świadomej złośliwości nie przyznaje również obecnie i Ehret, który w każdym poszkodowanym widzi istotę żyjącą, słusznie oburzoną i podlegającą uza-

sadnionym namiętnościami z powodu cierpień fizycznych i moralnych, odniesionych najczęściej z cudzej winy lub przez fatalne zrządzenie losu i to przy spełnianiu nader ciężkich obowiązków wyżywienia siebie i rodziny. Thiem mniemał początkowo, że świadome udawanie nieistniejących chorób dochodzi do 10%, obecnie je zredukował do 3%. Natomiast Schultze, Seeligmüller, Saenger, Jolly, Freund, Blassius i in. są przeciwnikami zbytniego zaufania do chorych, a racjonalne rzeczoznawstwo opierają wyłącznie tylko na istnieniu objawów przedmiotowych lub proporcjonalności semiotycznej między nimi a obrazem podmiotowym. Obok tych poglądów mamy i krańcowe, żądające wdrożenia odpowiedzialności karnej w braku zmian anatomicznych. Jest to, zdaniem mojem, niesłuszny pogląd, nawet nie etyczny.

W miarę postępu naszej nauki i wiedzy w tym kierunku, w miarę rozwoju ścisłych badań treści i moralnych motywów dochodzenia odszkodowania, co raz więcej na jaw wychodzi konieczność uważania złośliwego na pozór pieniactwa, za pewną odmianę spaczenia obyczajowego, moralnego, za spaczenie woli, powstałe na tle błędnego mniemania poszkodowanego o stanie jego zdrowia, obawy o przyszłość i mimowolnej zazdrości, wynikłej z naiwnego i nieświadomego identyzowania istoty swego stanu chorobowego ze stanem tych, którzy za całkowitą lub częściową utratę zdolności do pracy, bez widocznych dla laików zmian anatomicznych lub objawów chorobowych, odebrali w swoim czasie pewną ponętą sumę pieniędzy. Tak zapatrjuje się w swej świetnej monografji Herbert W. Page na stan duchowy pretendentów do odszkodowania, uważając napotykaną obraz kliniczny za *objawy pieniactwa*, powstałe nie na tle szantażu świadomego, lecz drogą zmian w stanie czynnościowym mózgu. Tak sądzi uczony z ojezyczny „railway-braine“, której nie uważa za nerwicy strachu (Schneckneurose). Strümpel powiada, że w świadomości poszkodowanego wyrabia się, obok usposobienia do śledziennictwa, żądza odszkodowania, która tamuje wolę jego i której, nawiasem mówiąc, przypisywano cechy stałej choroby, nerwicy urazowej. Że tak nie jest t. j. że wszystkich ofiar wypadków nieszczęśliwych nie możemy uważać za kaleki psychoneurotyczne, świadczy przytoczona kazuistyka wyzdrowienia z chwilą otrzymania odszkodowania lub kategorycznej odmowy, udaremniającej wszelkie dalsze zabiegi indenizacyjne.

Ciekawym jest też stosunek, jaki zachodzi między wielkością obrażenia cielesnego, a stopniem śledziennictwa. Najmniej, albo wcale nie uskarżają się ci, którzy przyplacili wypadek nieszczęśliwy ciężkiem kalectwem, wobec którego prawo do odszkodowania nie ulega wątpliwości; najpowikłańszy zaś obraz kliniczny widzimy u tych, którzy wyszli z katastrofy niemal zwycięzko, bo z nader nieznacznymi uszkodzeniami fizycznymi.

Najłatwiej o orzeczenie w przypadkach jawnego obrażenia cielesnego (zranienia, stłuczenia, złamania, zwiechnienia, zmiżdżenia, utrata tkanek, narządów etc.). W tych razach omawiany związek przyczynowy prawie nigdy nie bywa przedmiotem wątpliwości. Trudniejszym jest nasze zadanie wobec zmian chorobowych, w powstaniu których

wypadek nieszczęśliwy gra rolę pośrednią, rolę czynnika uspasabiającego, jak np. przy paraliżu postępowym, wrodzonym, nowotworach, gruźlicy etc. W tych razach brak nieraz motywów naukowych do wykazania związku z urazem; w takich razach raczej na korzyść poszkodowanego orzeczenie wypaść powinno, bo złej woli w powstaniu choroby stanowczo nie było. Wręcz odmiennie zachować się musimy wobec objawów wyłącznie *psychoneurotycznych*. Tu bowiem nie tylko nie możemy wykluczyć udziału woli, ale przeciwnie, ona właściwie stanowi ważny czynnik etiologiczny. Dokąd to nas zaprowadzi — pisze Strümpel — jeżeli stan takich chorych zasadniczo, bez zastanowienia, uważać będziemy za konieczne i nieuniknione następstwo wypadków nieszczęśliwych. Nad wyrazem „nieuniknione“ należy, zdaniem jego, szczerze zastanowić się. Ehret mówi, że cięży na nas obowiązek nie tylko niedowierzania choremu, ale zachowania pewnej obojętności względem słów jego; nie należy mu jawnie okazywać współczucia, niektóre skargi przyjmować obojętnie, niektóre niby przesłyszeć. Nie należy czynić tego w imię walki z nadużyciem. Ta nie do nas należy. Ze stanowiska lekarskiego winniśmy uważać poszkodowanego za człowieka chorego a wskazany sposób postępowania uważać za środek leczniczy. Przed nami stoi człowiek, który w przykrych warunkach przeżył ciężką dla życia i zdrowia chwilę; mimowoli ma ją wciąż w pamięci, on ją sobie nieustannie uprzytomnia, snując po swojemu przypuszczenia, przejmujące go obawą o zdrowie. Prawda, że podczas dochodzenia odszkodowania pierwotne zmiany anatomiczne, bezpośrdnio spowodowane przez wypadki nieszczęśliwe, uległy najczęściej pożądanej sprawie wstecznej, — z tego on sobie sprawy nie zdaje; w świadomości jego nieustannie istnieje myśl o niezaprzeczeniu przez wypadek wyrządzonej mu krzywdzie; przy tem nie brak mu przykładów wynagrodzenia za następstwa wypadków nieszczęśliwych, w przypadkach podobnych. A tu rodzina marzy o polepszeniu bytu; nie brak również i wpływu kolegów; w tym duchu zachowuje się nawet fabrykant, jeśli ubezpieczył robotników od wypadków nieszczęśliwych t. j. przelał odpowiedzialność cywilną na towarzystwo ubezpieczeniowe. Nie dziw, że w podobnych warunkach myśli poszkodowanego skupiają się na chorobie, o niej marzy we śnie i na jawie, tracąc wreszcie granice między rzeczywistością a urojeniami.

Zdawałoby się, że towarzystwa ubezpieczeniowe na wypadek kalectwa lub niedołęstwa sprzyjać powinny rozwojowi racjonalnej medycyny wypadków nieszczęśliwych. Tak jednak wcale nie jest; dość spojrzeć na szematy świadectw lekarskich, zawierające obok pytań w sprawie warunków samego wypadku kilka zaledwie pytań do lekarza zwróconych, aby przekonać się o parodjowaniu dyagnostyki lekarskiej — niezmiernie trudnej i powikłanej w dziale wypadków nieszczęśliwych, i o mimowolnem lekceważeniu zasadniczej myśli prawodawcy i dobra ogółu. Dość jest zwrócić uwagę na to, że tak doniosła kwestja częściowej niezdolności do pracy jest traktowana nader powierzchownie, po macoszemu i bez żadnych motywów naukowych. I niefachowiec widzieć może, że towarzystwa asekuracyjne nie wymagają od lekarza subtelności naukowej, uwzględniają całkowitą inwalidność, bez względu na

dalsze następstwa danego wypadku nieszczęśliwego, o czym najwymowniej świadczy zupełny brak rubryki dotyczący ewentualnej uleczalności poszkodowanego, o co najwięcej nam chodzi w interesie dobra ogółu.

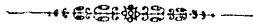
Prawodawca uważa pieniądź za smutną ostateczność, nakazuje on bowiem indemnizację wypadków nieszczęśliwych w granicach stałej krzywdy, wyrządzonej organizmowi poszkodowanego — w granicach zmian patologicznych, które nie poddają się więcej leczeniu; do pewnego stopnia pragnie on leczenia tego, co się leczyć da. Jest to zresztą rzecz niezbędną ze stanowiska poczucia ludzkości i produkcji ekonomicznej jednostek i kraju całego. Odszkodowanie pieniężne, szczególnie gdy ono zdobywa się przez pieniądź lub nadużycia, najwymowniej, jakim się nieraz przekonał, potwierdza przysłowie „male parta do czarta”.

Szczerze żałować należy, że towarzystwa asekuracyjne poświęcają ścisłość i prawdę względem konkurencyjnym i to wtedy, gdy, jak niżej zobaczymy, nauka nowoczesna daje im możliwość użycia reklamy zaszczytnej, bo opartej na wyświetleńiu prawdy i poczuciu ludzkości. Wszystko to jest tem dziwniejsze, że towarzystwa asekuracyjne same odczuwają anormalny stan i wady działu ubezpieczenia od wypadków nieszczęśliwych, wypływające z braku należytej i swoistej kontroli z braku i interwencji wiedzy lekarskiej zarówno w rzeczoznawstwie jak, i leczeniu następstw wypadków nieszczęśliwych. Niezaradność swoją tłumaczą one przedwczesnością wprowadzenia udoskonaleń, opartych na postępie wiedzy lekarskiej.

Dziwnie zaiste brzmi to nader naiwne tłumaczenie się i tem dziwniej w świetle czujności zagranicznego świata lekarskiego. Od kongresu Berlińskiego t. j. od lat 10, gdy drogą bezstronnych obserwacji uwydatnił się coraz więcej rażący kontrast między teorią i praktyką, medycyna wypadków nieszczęśliwych stała się nauką nader żywotną, co raz więcej potęguje się rola jej adeptów jako funkcjonariuszów społecznych; na każdym kongresie i zjeździe lekarskim spotykamy się z obfitością jej tematów, nader doniosłych pod względem sprawiedliwości, humanizmu i dobra społecznego. Niezależnie od tego pozyskała ona od roku bieżącego specjalną sekcję na zjazdach lekarzy i przyrodników niemieckich, a świeżo reskryptem ministerjalnym nakazano urządzić dla niej w Pradze Czeskiej specjalną katedrę, z kursem bezpłatnym, aby zachęcić słuchaczy. Oprócz kilku mniejszych stowarzyszeń niemieckich istnieje w Berlinie towarzystwo lekarzy, specjalnie zajmujących się wypadkami nieszczęśliwymi. Istnieją dwa specjalne pisma lekarskie, a mianowicie: *Monatsschrift* i *Archiv für Unfallheilkunde*, do składu redakcji których wchodzi nie tylko lekarze, ale prawnicy, technicy, inżynierowie i socjolodzy; po za tem niemiecka literatura danego przedmiotu obfituje w znaczną ilość broszur, monografji, obszerniejszych dzieł i cztery specjalne podręczniki: Kaufmana, Beckera, Gołębiewskiego i Thiema. A u nas co? Wszystko śpi; nasze towarzystwa asekuracyjne dotychczas nie obudziły się ze snu letargicznego, nie zrozumiały konieczności zużytkowania zdobytych dyagnostycznych i leczniczych dla celów zwalczania następstw wypadków nieszczęśliwych przy pracy.

Zasługuje na uwagę, prywatnie mi zakomunikowane, spostrzeżenie inspektora fabrycznego z Kielc, p. R., że u nas wypadki nieszczęśliwe prowadzą głównie (nb. oprócz wypadków śmierci) do dwóch ostateczności: albo do zupełnego wyzdrowienia, albo do zupełnego zniedołężnienia; o częściowej utracie zdolności do pracy, będącej najpospolitszem następstwem wypadków nieszczęśliwych rzadziej słyszymy. I inaczej być nie może, skoro dla braku inicjatywy ze strony towarzystwa asekuracyjnego praktyka lekarska wypadków nieszczęśliwych opiera się wyłącznie na zasadach medycyny klinicznej i sądowej t. j. nauk, pozostających z nią w pośrednim tylko związku.

Tak się dzieje, ponieważ ani towarzystwa asekuracyjne, ani sami lekarze nie zdają sobie dotąd sprawy z odrębności metod badania i leczenia takich chorych. D. n.



Szpitalnictwo w gubernji Radomskiej.

Opracował Dr. H. Fidler.

Starszy Ordynator szpitala starozakonnych w Radomiu.

Ciąg dalszy.

Liczba łóżek i przeciętna ilość chorych z 3-ech lat 1895, 1896 i 1897. Przy obliczaniu liczby łóżek i ilości chorych w szpitalach, brałem pod uwagę tylko szpitale cywilne, pozostające pod zarządem Rady Dobroczynności Publicznej. Tym sposobem w mojej statystyce nie wchodzi w rachubę szpitale więzienne, których jest 2 w gubernji (Radom i Sandomierz), 2 szpitale fabryczne (Klimkiewiczów i Starachowice), oraz lazarety wojskowe. Te bowiem szpitale obsługują specjalny rodzaj chorej publiczności i dla szerszego ogółu są niedostępne. Otóż ogółem w szpitalach cywilnych gub. Radomskiej jest łóżek 350, a mianowicie: w Radomiu 133 (Św. Kazimierza 91, Żydowski 42), Opatowie 60, Opocznie 50, Staszowie 35, Sandomierzu 72. Te dane obejmują faktyczną ilość łóżek szpitalnych, nie zaś wykazanych w etacie. Etatowa bowiem ilość jest mniejszą od faktycznej i tym sposobem nie można z niej mieć dokładnego pojęcia o tem, ile dany szpital istotnie może pomieścić chorych. Chorych było przeciętnie w przeciągu lat 3-ech (1895, 1896, 1897) we wszystkich szpitalach 2764 i to w następującym stosunku:

w Radomiu	{ Św. Kazimierza	695
	{ Żydowski	345
w Opatowie		330
w Opocznie		201
w Staszowie		784
w Sandomierzu		409

Znacznych wahań w ruchu chorych w wykazanych latach nie było.

Względnie do pór roku są wahania w ruchu chorych. W zimie bowiem leży w szpitalach $\frac{1}{3}$ wszystkich chorych, na wiosnę $\frac{1}{4}$, w lecie $\frac{1}{6}$, zaś na jesień $\frac{1}{4}$. Największa więc liczba chorych przypada na zimę, najmniejsza na lato. Przeciętna dzienna ilość chorych wynosiła:

w Radomiu	{ u Św. Kazimierza	50
	{ w Żydowskim	18
w Opatowie		24
w Opocznie		13
w Staszowie		20
w Sandomierzu		38

Ilość dni szpitalnych, które chorzy rocznie przebyli, wynosiła przeciętnie:

w Radomiu	{ u Św. Kazimierza	18408
	{ w Żydowskim	6770
w Opatowie		8562
w Opocznie		8914
w Staszowie		7452
w Sandomierzu		13989

Ilość dni szpitalnych, które 1 chory przeciętnie przebył, wynosiła:

w Radomiu	{ u Św. Kazimierza	40
	{ w Żydowskim	18
w Opatowie		25
w Opocznie		21
w Staszowie		18
w Sandomierzu		25

Dla dokładnego zrozumienia powyższych cyfr podać muszę etatową ilość dni szpitalnych. Ilość tych ostatnich stanowi iloczyn z ilości łóżek na ilość dni w roku. To znaczy, że gdyby szpital cały rok był szczelnie zapełniony, to ilość dni szpitalnych wynosiłoby pewną najwyższą cyfrę, różną dla każdego szpitala, zależnie od ilości łóżek. Lecz przy obliczaniu tej wielkości nie można brać w rachubę całej sumy dni w roku, albowiem przy najlepszych warunkach, gdyby nawet ludność tłumnie dążyła do szpitala, ten nigdy nie mógł być pełnym, gdyż stan zdrowotny zależy niewątpliwie od pór roku i tym sposobem np. w lecie zawsze pewna ilość łóżek musiała być próżną. Dla dokładnego więc obliczenia ilości dni zajętych w roku przez chorych, przyjąłem następującą zasadę. Ponieważ, jak rzekłem wyżej, ilość chorych się waha względnie do pór roku i to w tym stosunku, iż w zimie bywa $\frac{1}{3}$ wszystkich chorych, na wiosnę $\frac{1}{4}$, w lecie $\frac{1}{6}$, a na jesieni $\frac{1}{4}$, to i w tym samym stosunku wahać się będzie i ilość dni szpitalnych. Gdyby przypuścić, iż w zimie wszystkie łóżka były by zajęte, to przy ilości łóżek x , chorzy przebyli by w zimie dni szpitalnych $90x$, na wiosnę liczba chorych się zmniejsza o $\frac{1}{12}$, a więc dni szpitalnych będzie $82\frac{1}{2}x$, w lecie o połowę, a więc cyfra dni wynosiłoby $45x$, a na jesieni jak na wiosnę $82\frac{1}{2}x$ w su-

mie 300x, czyli inaczej mówiąc przy obliczeniu ilości etatowej dni szpitalnych należy przyjąć w roku 300 dni.

Zwrócić tu muszę jeszcze uwagę na to, iż w sprawozdaniach ogłaszanych corocznie przez Radę Dobroczynności Publicznej etatową ilość dni szpitalnych obliczają, biorąc średnią z ostatnich 3-ich lat. Ten system jest konieczny do ułożenia budżetu, lecz ja nie mogłem go brać za podstawę do swych obliczeń, gdyż chciałem przedstawić, ile istotnie szpital może mieć dni szpitalnych, gdyby był uczęszczany należycie. Przyjąwszy więc za zasadę, iż rok szpitalny, że tak powiem, ma dni 300, obliczyłem, iż ilość dni szpitalnych etatowa wynosić winna:

w Radomiu	{ u Św. Kazimierza 27300
	{ w Żydowskim 12600
w Opatowie	18000
w Opocznie	15000
w Staszowie	10500
w Sandomierzu	21700

Z zestawienia jednak ilości dni szpitalnych, które chorzy przebyli, z etatową ich ilością, wypada, iż żaden szpital nie dochodzi do cyfry etatowych dni szpitalnych, i różnice tu są bardzo znaczne, gdyż wynoszą:

w Radomiu	{ u Św. Kazimierza 8892
	{ w Żydowskim 5830
w Opatowie	9438
w Opocznie	10086
w Staszowie	3045
w Sandomierzu	7611

Najmniej korzystnie przedstawia się szpital w Opocznie, potem w Opatowie, Św. Kazimierza w Radomiu, a najkorzystniej — w Staszowie. Gdy się przedstawi dzienną ilość chorych z ilością posiadanych łóżek, to otrzymamy jeszcze bardziej zdumiewające wyniki, jak następuje:

Tablica I.

Nazwa szpitala i miejscowości	Ilość posiadanych łóżek	Dzienna ilość chorych
w Radomiu { Św. Kazimierza	91	50
{ starozakonnych	42	18
w Opocznie	50	13
w Opatowie	60	24
w Staszowie	35	30
w Sandomierzu	72	38

Względem zaś do pór roku otrzymamy cyfry następujące:

Tablica II.

	R a d o m				Opatów		Opoczno		Staszów		Sandomierz	
	Św. Kazim.		Żydowski		łóżek	chorych	łóżek	chorych	łóżek	chorych	łóżek	chorych
	łóżek	chorych	łóżek	chorych								
Zima		60		24		32		17		27		45
Wiosna	91	50	42	18	60	24	50	13	35	20	72	38
Lato		33		12		16		8		13		23
Jesień		50		19		24		13		29		38

Z powyższego widać, iż nawet w zimie, gdy napływ chorych jest największy, nie wszystkie łóżka jednak są zajęte. W ogóle, odsetka próżnych łóżek (w roku) wynosi:

w Radomiu	{	u Św. Kazimierza	45%
		w Żydowskim	57%
w Opatowie			60%
w Opocznie			74%
w Staszowie			43%
w Sandomierzu			45%

zaś w zimie też sama odsetka wynosi:

w Radomiu	{	u Św. Kazimierza	38%
		w Żydowskim	43%
w Opatowie			47%
w Opocznie			66%
w Staszowie			23%
w Sandomierzu			38%

Najkorzystniej tutaj przedstawia się Staszów, potem prawie w jednym rzędzie Św. Kazimierza (Radom) i Sandomierz, najmniej korzystnie zaś Opoczno, potem dopiero Opatów i Żydowski szpital (Radom). Tu muszę zrobić małe omówienie. Ilość łóżek podana przezemnie wyżej, oznacza, jak zaznaczyłem, istotną ilość łóżek w szpitalach t. j. tę ilość jaką szpital posiada i z których korzystać może w razie potrzeby. Ilość ta odbiega znacznie od ilości etatowych łóżek. Nadmiar łóżek figuruje w sprawozdaniach lekarzy szpitalnych pod nazwą łóżek zapasowych. Gdybym więc do swych obliczeń wziął etatową ilość łóżek, wyniki miałbym odmienne od podanych wyżej i dla szpitali korzystniejsze. Nie uczyniłem jednak tego ze względu następującego. Gdy dany szpital posiada więcej łóżek na salach, niż podano w etacie, to szpital ten przestrzeżni ma więcej, aniżeli ta, jaką zajmuje etatowa ilość łóżek. Gdy więc mieścić może i mieści w istocie większą liczbę łóżek, to znaczy że jest przygotowany na większą ilość chorych, czyli, inaczej mówiąc, konieczność go zmusiła do tego, iżby posiadał pewien zapas niezbędny dla umieszczenia chorych przybywających po

nad normę etatową. Nie można mówić że dany szpital posiada łóżek x , gdy ich posiada w istocie $x+a$; jakkolwiek wielkość a nie figuruje w sprawozdaniach, to jednak ona jest w rzeczywistości i pominięta być nie może, gdy chodzi o przedstawienie faktycznego stanu rzeczy. Dziwnem by się bowiem wydało niewtajemniczonemu w te sprawy, gdyby przeczytał w sprawozdaniu lekarzy szpitalnych, iż np. największa ilość dzienna chorych w pewnym miesiącu wynosiła 72, gdy liczba łóżek w tym szpitalu wynosi tylko 50. Gdyby szpital nie mógł pomieścić więcej chorych, niż wykazuje etat, cyfry dziennego napełnienia nie mogły by przewyższać cyfry łóżek etatowych. Z tego też względu ja się trzymałem w obliczeniach istotnej cyfry łóżek w szpitalach, a zaczerpnąłem te wiadomości z wykazów, łaskawie mi przesłanych przez kolegów, ordynatorów szpitalnych, i z ich sprawozdań rocznych, przesyłanych Wydziałowi lekarskiemu. Dla zrozumienia jednak tej różnicy, jaka by wynikała z obliczenia na łóżka etatowe, podaję poniżej tablicę: 1-o ilości łóżek etatowych i dziennego napełnienia szpitali wogóle 2 o takąż ilość łóżek i napełnienia dziennego względnie do pór roku.

Tablica III.

		Etatowa ilość łóżek	Dzienna ilość chorych
Radom	Św. Kazimierza	60	50
	Żydowski	20	18
Opatów		28	24
Opoczno		28	13
Staszów		25	20
Sandomierz		50	38

Tablica IV.

	R a d o m				Opatów	Opoczno	Staszów	Sandomierz				
	Św. Kazim.	Żydowski										
	Etatowa ilość łóżek	Dzienna ilość chorych	Etatowa ilość łóżek	Dzienna ilość chorych	Etatowa ilość łóżek	Dzienna ilość chorych	Etatowa ilość łóżek	Dzienna ilość chorych				
Zima		66		24		32		17	27		45	
Wiosna		50		18		24		13	20		38	
Lato	60		20		28		28	8	35	13	50	23
Jesień		50		18		24		13		20		38

Z powyższej tablicy wynika, iż nawet etatowa ilość łóżek nie bywa zajęta całkowicie, z drugiej zaś strony, że tylko w trzech szpitalach, 2 Radomskich i Opatowskim, liczba chorych w zimie przewyższa liczbę etatowych łóżek. Licząc w odsetkach liczbę niezajętych łóżek etatowych w ogóle w roku i względnie do pór roku otrzymamy dane następujące:

w Radomiu	{ u Św. Kazimierza	17 ^o / _o
	{ w Żydowskim	10 ^o / _o
w Opatowie		14 ^o / _o
w Opocznie		54 ^o / _o
w Staszowie		20 ^o / _o
w Sandomierzu		24 ^o / _o

zaś w zimie odsetka ta wynosi:

w Radomiu	{ u Św. Kazimierza	+10 ^o / _o
	{ w Żydowskim	+20 ^o / _o
w Opatowie		+14 ^o / _o
w Opocznie		-40 ^o / _o
w Staszowie		-30 ^o / _o
w Sandomierzu		-11 ^o / _o

Czyli, że w 3-ch pierwszych szpitalach należy liczbę łóżek powiększyć w zimie o pewną odsetkę, zaś w 3-ch drugich i istniejąca liczba jest zawięka w stosunku do ilości przybywających chorych.

W każdym jednak razie, czy weźmiemy pod uwagę liczbę łóżek etatowych czy istotnych, okaże się w ogólnym wyniku, iż szpitale szczerlnie zapełniane nie bywają i że żaden szpital, jak wyżej zaznaczyłem, nie dochodzi do etatowej ilości dni szpitalnych. Przeciętnie można powiedzieć, iż 54^o/_o łóżek pozostaje próżnych do roku i że szpitale posiadają o 7483 dni szpitalnych zawiele. Ztąd można by wyprowadzić wniosek, iż ilość łóżek we wszystkich szpitalach jest za wielka w stosunku do gęstości zaludnienia i ilości chorych w gubernji wogóle.

Gęstość zaludnienia, stosunek szpitali i ilości łóżek, do ilości ludności przestrzeni i liczby zachorowań. Czy ten wniosek jest słuszny okaże się z następującego. Gub. Radomska, mająca 223¹/₂ mile przestrzeni i ludności 926784 posiada w sześciu szpitalach łóżek faktycznie 350. Wypada więc jedno łóżko na 2648 ludności wogóle, a 1 szpital na przestrzeń 37¹/₂ mil. Biorąc jednak pod uwagę terytorjale rozmieszczenie szpitali, otrzymujemy cyfry odmienne. I tak Radom, posiadając łóżek 133, obsługuje całkowicie północną i południowo-wschodnią stronę gubernji, oraz część zachodniej, mieszczące powiaty: Radomski wraz z miastem, Iłżecki i Kozienicki. Powiaty te mają przestrzeni 105,7¹/₂ mil i ludności 417315. Więc jedno łóżko przypada na 3138 ludności. Opoczno z 50 łózkami obsługuje całą zachodnią stronę, a mianowicie: powiaty Opoczyński i Konecki. Przestrzeń zajmowana przez te dwa powiaty wynosi 65,1¹/₂ mil, ludności zaś posiadają 250669, czyli jedno łóżko przypada na 5013 l. Opatów z 60 łózkami obsługuje południowo zachodnią część t. j. powiat Opatowski, mający przestrzeni 31,4¹/₂ mil, a ludności 143974; 1 łóżko przypada na 2401 l. Sandomierz i Staszów 107 łózkami obsługują południową i południo-

wo-wschodnią część, czyli powiat sandomierski, mający przestrzeni 21,4□ mile, a ludności 114826, 1 łóżko przypada na 1073 l.

A więc najmniejsza przestrzeń obsługiwana przez 1 szpital wynosi 214□ m. a największa 105,7□ mil. Najmniejsza ilość ludności, przypadająca na 1 łóżko wynosi 1073, a największa 5013.

Cyfra ludności przypadająca na 1 łóżko szpitalne nie mówi nic jeszcze zarówno o niedostatecznej ilości łóżek, jako też o brakującej ilości szpitali. Dopiero zestawienie liczby zachorowań w gubernji z liczbą chorych w szpitalach może dać pojęcie w tej sprawie.

Dokładnej statystyki zachorowań nie posiadamy zupełnie, przeto w swych obliczeniach musiałem przyjąć zasadę następującą: ponieważ pewną tylko jest statystyka śmiertelności, przeto na niej opierać się musimy.

Śmiertelność w szpitalach wynosiła przeciętnie za lat 3 (1895, 1896 i 1897 r.) 9%. Ta odsetka nawet jest za wysoką dla chorych pozaszpitalnych, gdyż do szpitala przywożą zwykle ciężko chorych. Lecz przyjmując tę odsetkę jako pewną dla całej gubernji, możemy według niej obliczyć liczbę zachorowań w roku, w stosunku 9 śmierci na 100 zachorowań, co wynosi 228330. Z tego odliczyć należy 30% dzieci w wieku takim, w którym do szpitala ich nie oddają, t. j. pomiędzy 1—10 wiekiem życia, z pozostałych 70% należy odliczyć nieco więcej niż 38% ludności zamożnej, mogącej się leczyć w domu i 22% złejszych przypadków, nie wymagających szpitalnego leczenia. Tym więc sposobem tylko 10% ludności chorej wymaga leczenia w szpitalach, czyli z 228330—22830.*) Tymczasem w szpitalach bywa do roku chorych 2764, a więc tylko 12% chorych, wymagających szpitalnego leczenia do szpitali się udaje; pozostałe 88% leczy się w domu. Naturalnie, główny kontyngens tych chorych domowych dostarcza ludność wiejska, gdyż ludność miejska bardziej oswojona z pomocą lekarską i ze szpitalami chętniej się do nich udaje. Kto jednak zna warunki bytu naszego proletariatu miejskiego i wiejskiego, kto się dotykał kiedy tych brudów domowych, ten zrozumie całą niedorzeczność pozostawiania takich chorych w domu pod opieką ciemnego i brudnego, po największej części, otoczenia. Naturalnie, przy istniejącej liczbie szpitali i łóżek w nich nie może być mowy, by można było tam pomieścić wszystkich chorych wymagających szpitalnego leczenia. Lecz, jak widzieliśmy wyżej, i ta nawet liczba łóżek jest za wiel-

*) *Uwaga.* Do obliczenia tych odsetek posłużyły mi następujące dane:

1) do obliczenia dzieci od 1—10 roku życia posiłkowałem się odpowiedziami na kwestyonażusz rozesłany po gubernji w sprawie żywienia się ludu, gdzie jest rubryka z podziałem na ilości głów w rodzinie według wieku. Z 1000 rodzin obliczyłem % dzieci 1—10 r. życia, a która wynosi 30.

2) odsetkę zamożnych wziąłem z XIII tomu prac Warszawskiego Statystycznego Komitetu z r. 1895/6. Tam na str. 262 podano, iż 46% mieszkańców miasta Warszawy zamieszkuje 1 pokój, a więc 46% mieszkańców należy do bardzo biednej warstwy. Przyjąłem tę odsetkę dla całego kraju, a więc i dla Radomskiej gubernji, gdyż innych danych niema.

3) odsetkę złejszych przypadków obliczyłem z prowadzonych przez siebie ksiąg dla przychodzących chorych do mnie.

ka w stosunku do zapotrzebowania. Gdzież się tu kryje przyczyna tego stronięcia od szpitali? Przyczyny te są rozliczne. Przedewszystkiem gra tu rolę wstręt do szpitala wskutek fałszywych o nich wyobrażeń. Nasz lud wiejski jest przekonany, iż szpital jest jedynie przedsionkiem cmentarza. I może ma po temu słusność, gdyż sam oddaje tam chorych ciężkich lub nieuleczalnych. Sprawozdań szpitalnych lud nie czytuje, nie czytuje ich też i publiczność inteligentna, statystyki szpitalnej nikt nie zna. 9% śmiertelności — ta odsetka niewielka, nie może przekonać tego, kto czytać nie umie, lub czytać, nie chce, i tym sposobem legenda o zabójczych własnościach szpitali krąży stale, szczególnie wśród ludu wiejskiego. Z drugiej strony, szpital jak każde ludzkie zbiorowisko, musi podlegać pewnej dyscyplinie. Rygor szpitalny konieczny do utrzymania porządku, a wykluczający przedewszystkiem opiekę rodziny, nie podoba się wielu, mniemającym, iż pod opieką kochającej rodziny, która w znacznej większości wypadków nie pojmuje stanu chorego i troskliwością swą szkodzi mu raczej, iż pod tą opieką, powtarzam, wróci prędzej zdrowie, bez warunków higienicznych odpowiednich, i bez umiejętnej i stałej opieki lekarskiej. Nie może być bowiem w szpitalu tego „postękiwania“ razem z chorym jak w domu prywatnym. Chory powinien być obsłużony należycie, pielęgnowany z umiejętną troskliwością, lecz nie może żądać pobłażliwości czułościwej ze strony służby szpitalnej. Ten wzgląd gra rolę szczególnie wśród żydowskiej ludności, która uważa, iż dogadzanie wszystkim zachciankom chorego stanowi konieczny warunek powrotu do zdrowia. Oburza się więc ta ludność, gdy się zabrania przynosić choremu różne przysmaki, jak ryby poprzedniego dnia gotowane, konfitury, owoce, pierniki, ciasta i t. p., jak również trapi obawa chłopa, iż go zamożą głodem w szpitalu. Jedną z przyczyn, która odstrasza ludność wiejską od szpitala--są koszty leczenia. Te, ściągane czasem z całą bezwzględnością od mieszkańców gminy, stanowią poważny jednorazowy wydatek. Weźmy, dajmy na to, małorolnego chłopa, posiadającego 10 morgów gruntu. Za miesiąc pobytu winien zapłacić 10 rb. 50 kop. Gdy wskutek operacji wypadnie mu leżeć 3 miesiące, to koszt pobytu wyniesie 31 rb., sumę dość znaczną na jego niewielkie gospodarstwo. Wszak 10 morgów gruntu jest warte średnio 1000 rubli co daje rocznie 50 rb. odsetek. Czy wobec tego 31 rb. nie jest wydatkiem rujnującym?

Inną przyczyną unikania szpitali są pewne braki w wewnętrznym ich urządzeniu. Zbyt mała ilość niższej służby szpitalnej, niski poziom umysłowy i moralny tejże, ubóstwo szpitali, a wskutek tego braki w bieliźnie, nieodpowiednie pożywienie, muszą też odstręczać chorych.

D. c. n.



Towarzystwa lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Kaliskie.

Posiedzenie z d. 17 Grudnia 1899 r.

I. Na wniosek kolegi *Bibliotekarza* uchwalono zaprenumerować na rok przyszły te same pisma lekarskie, co w roku ubiegłym.

II. Kol. *Merkel* odczytał statystykę chorób zakaźnych w miesiącu ubiegłym: szkarlatyny 1 przypadek, dyfterytu 4, koklusu 4, tyfusu brzuszego 6 (1 śmiertelny), świnki 18, gorączki połogowej 5 (1 śmiertelny). Znaczna ilość przypadków gorączki połogowej wywołała dyskusję.

III. Kol. *Drozdowski* wypowiedział kilka słów o nowo zawiązanej w Warszawie kasie lekarzy, pożyczkowo-oszczędnościowej, której jest delegatem; 2) przedstawił list Kol. *Męczkowski*, który prosi o przysyłanie mu sprawozdań z działalności szpitali fabrycznych.

Posiedzenie z dnia 18 Stycznia 1900 r.

I. Do biblioteki towarzystwa nadesłano: 1) O ranach postrzałowych żołądkach przez dr. P. Schroetera. 2) Ein Fall von incompleter Luxation der Tibia nach hinten von dr. P. Schröter. 3) Die traumatische laterale Luxation des Radiusköpfcheus, von Dr. P. Schröter. 4) Maschinerverletzung der rechten Hand, Zermalmung der Finger, ausgedehnter Hautdefect auf dem Dorsum der Hand, Deckung desselben durch Lappen der volaren Hautdecke der Finger, von Dr. P. Schröter. 5) Einige Worte zur Sicherstellung der Diagnose mancher zweifelhafter Frakturen, von Dr. P. Schröter. 6) Przypadek urazu nerki, przez dr. P. Schrötera. 7) Pierwsza pomoc przy nieszczęśliwych zdarzeniach w fabryce, przez dr. P. Schrötera. 8) Protokoły zasiedań obszczestwa psychiatrow w S.-Pieterburgie (za 1898 g.).

II. *Sekretarz* zawiadomił panów członków, że Towarzystwo dostało odezwę od komisji, zawiązanej na sekcji akuszeryjnej ostatniego zjazdu lekarzy rosyjskich imienia Pirogowa w Kazaniu, o nadsyłanie odpowiednich przypadków w kwestji wyjaśnienia wpływu ciąży na choroby serca, płuc i nerek.

III. Kol. *Merkel* odczytał statystykę chorób zakaźnych w miesiącu ubiegłym: variolois 1 przypadek, dyfterytu 1, krupu 1, koklusu 4, grypy 3, tyfusu brzuszego 2, tyfusu nieokreślonego 3.

IV. Kol. *Chodakowski* przedstawił *preparat macicy, dotkniętej śródściennym włókniakiem jej ciała*. Okaz pochodzi od kobiety 34 letniej, która nigdy nie rodziła. Przy badaniu macica wielkości macicy w IV-ym miesiącu ciąży. Macicę usunięto sposobem Müllera per vaginam przy pomocy uciskadeł Richelot'a. Stan pooperacyjny bezgorączkowy. Wyzdrowienie.

V. Kol. *Rüdiger* przedstawił okaz *koltuna*, który miał powstać w jednej sekundzie. Okaz pochodzi od osoby 15-to letniej z inteligentnej rodziny. Matka opowiada, że przy myciu głowy wodą ze śniegu włosy, nasmarowane przedtem wazeliną, w jednej chwili zbiły się i przedstawiały oczom obraz koltuna. Kol. *Rüdiger* ma zamiar odesłania tego koltuna do zbadania.

VI. Kol. *Piestrzyński* opowiedział przypadek *otrucia esencją kwasu octowego*. Chora wypła odrazu prawie szklanę trucizny. Objawy: duszność, krwawe wymioty, krwawa płwocina, uryna, krwawe wypróżnienia, krwawienia z macicy—wystąpiły zaraz; te wszystkie objawy po kilku dniach ustąpiły. Kol. *Piestrzyński*, biorąc pod uwagę stosunkowo lekki przebieg choroby, nie dowierza, by była to rzeczywiście esencja octowa, przekonać się jednak dokładnie o tem nie mógł, bo nie dopita resztką płynu była wylaną przez domowników.

VII. Pan *Mrowiński* pokazał aparat do dezynfekcji formaliną, „Hygiea“; pokazał również spirytus mydlany, zrobiony na spirytusie drzewnym; zapach tego spirytusu jest tak nieprzyjemny, że uniemożliwia używanie tego przetworu.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Sprawozdanie z działalności Towarzystwa Lekarskiego Łódzkiego za rok 1899.

Sprawozdanie Sekretarza. W końcu roku 1898 Towarzystwo składało się z 54 członków czynnych i 5 członków korespondentów; w ciągu roku sprawozdawczego przybyło 7-miu członków czynnych. Obecnie jest 55 lekarzy, 4 farmaceutów, 1 weterynarz i 1 przyrodnik.

Zarząd stanowili: Prezes *Jonscher*, Wiceprezes *Goldsobel*, Sekretarz *Przedborski*, Bibliotekarz *Jasiński* i Skarbnik *Krusche*.

Komitetów stałych było 3: 1) Hygieniczno-sanitarny złożony z 15 członków. Prezydował *Wislocki*, Sekretarzem był *Sterling*. 2) Biblioteczny — *M. Cohn*, *Pinkus* i *Sterling*. 3) Rewizyjny — *Knichowiecki*, *Littauer* i *Wislocki*. Oprócz powyższych był komitet dla organizacji Towarzystwa Doraznej Pomocy, złożony z 12 czł. (*Jonscher*, *Pinkus*, *Krusche*, *Jasiński*, *Cohn*, *Rundo*, *Goldsobel*, *Likiernik*, *Wislocki*, *Górski*, *Koliński* i *Sterling*).

Towarzystwo odbyło 20 posiedzeń zwyczajnych i 1 nadzwyczajne, poświęcone organizacji Tow. Dor. Pom. Na zwyczajnych posiedzeniach było 19 odczytów, 6 krótszych omówień przypadków kazuistycznych, 36 demonstracji chorych i 14 demonstracji preparatów oraz narzędzi.

Na posiedzeniach Towarzystwa bywało przeciętnie po 29 czł., to jest o 3 więcej niż w roku zeszłym. Największa liczba — 51, najmniejsza 19. Gości bywało od 1—10, przeciętno: 4. Posiedzeń zarządu było 4.

Komitet higieniczno-sanitarny odbył posiedzeń 10.

Komitet biblioteczny odbył 2 posiedzenia, na których wybrano książki i gazety, zakupione w r. 1899.

Sprawozdanie Bibliotekarza A. Biblioteka.

W ciągu roku sprawodawczego przybyło	Dzieł	Tomów	Remanent z 1898		Ogółem	
			Dzieł	Tomów	Dzieł	Tomów
a) Książek	75	87	409	737	484	824
<i>Uwaga.</i> Z tych zakupiono	(33)	(27)				
„ otrzymano w darze	(42)	(60)				
b) Broszur	16	16	173	173	189	189
<i>Uwaga.</i> Wszyst. otrzymano w darze						
c) Wydawnictwa perjodyczne w formie książkowej	11	14	29	194	40	208
<i>Uwaga.</i> Z tych zakupiono	(11)	(11)				
„ otrzymano w darze	(3)	(3)				
d) Czasopisma	47	48	365	454	413	502
<i>Uwaga.</i> Z tych zakupiono	(16)	(17)				
„ otrzymano w darze	(31)	(31)				
Razem	149	165	932	1558	1073	1723

U w a g a. Prócz tego w księgozbiorze znajduje się 31 zeszytów wydawnictwa Nothnagla.

Strat żadnych biblioteka nie poniosła.

Z biblioteki korzystało 31 członków, 26 wypożyczało książki, a 23 czasopisma i książki. W porównaniu z r. z. liczba czytelników wzrosła o 6.

B. Czytelnia. Korzystających było niewielu.

Obrót funduszu bibliotecznego. Wydano: na czasopisma 184 rb. 40 k. (w r. 1898—169,90), na książki 171 rb. 85 k. (w r. 1898—97,50), na oprawę książek 28 rb. 15 k. (w r. 1898—62,55). Ogółem 384 rb. 40 k.

Sprawozdanie Skarbnika.

Dochody	
Ze składek w r. 1899	582 r.
„ „ zaległych	249 r.
Z wpisowego	45 r.
Odsetki od kapitału zapas. 19 r. 75 k.	
Wniosek zwrotny sekcji hygienicznej	10 r.
Ogółem	905 r. 75 k.

Wydatki	
Za lokal	300 r.
Przepisanie sprawozdania	5 r.
Biblioteka	387 r. 40 k.
Broszura o kąpielach lu- dowych	60 r.
Różne wydatki	15 r. 06 k.
Ogółem	767 r. 46 k.

Kapitał zapasowy wynosi do d. 1/I. 1900—458 rb. 29 k.

Zaległości od członków do d. 1/I. 1900—213 rb.

Posiedzenie wyborcze d. 3 stycznia 1900 roku.

Obecnych członków 44.

I. Kol. *Berenstein* przedstawił 21 letniego chorego z *coloboma maculae luteae*.

II. Po wysłuchaniu sprawozdania z roku 1899 przystąpiono do wyboru członków zarządu; na przewodniczącego wyborom przez akklamację powołano Kol. Pinkusa, który na asesorów zaprosił kolegów Kolińskiego i Littauera, a na sekretarza kol. Fankanowskiego. Wybrano — Prezesem Kol. Karola Jonschera, Wiceprezesem — Kol. Leona Sikorskiego, Sekretarzem — Kol. Bronisława Handelsmana, Bibliotekarzem — Kol. Ksawerego Jasińskiego, Skarbnikiem Kol. Henryka Kohna. Prezes ustępującym członkom zarządu: Goldsoblowi, Kruschemu i Przedborskiemu podziękował za gorliwe spełnianie obowiązków.

III. Prezes zaprosił na członków Komitetu bibliotecznego Kol.: M. Cohna, W. Pinkusa i S. Sterlinga, i Komisii rewizyjnej Kol.: W. Littauera, Kol. J. Wisłockiego i aptekarza p. Knichowieckiego.

IV. Na członka czynnego przyjęto Kol. Samuela Krukowskiego.

Posiedzenie z dnia 17 stycznia 1900 roku.

I. Kol. *Berenstein* przedstawia a) chorą, która od lat 10 jest dotknięta słabym zapaleniem powiek oraz jaglicą z powikłaniami na rogówce, a u której znalazł *acorus folliculorum* w torebkach włosowych rzęs. b) Kilka preparatów wyciętej fałdy przejściowej powieki chorych dotkniętych jaglicą c) Bąblowca łączniczy u dziecka 3 letniego.

II. Na wniosek Kol. *Berensteina* postanowiono w d. 31 b. m. zwołać nadzwyczajne posiedzenie, na którym tenże ma wygłosić odczyt z zakresu higieny przemysłu.

III) Dyskusja w sprawie zmian w regulaminie Towarzystwa. Wnioski odesłano do rozpatrzenia Zarządowi.

KORESPONDENCJE.

W sprawie farmaceutów.

Zamknięty przed kilkunastu dniami zjazd farmaceutów w Moskwie załatwił, między innymi, nader ważną kwestję, mianowicie — określili ilość godzin pracy w aptekach.

Sprawa na pozór obojętna dla niefarmaceutów, w skutkach jednakże może okazać nadzwyczaj dodatnie wyniki, jak dla nas lekarzy, tak i dla ogółu.

Wiemy, jakiej dokładności, posuniętej nieomal do pedanterji, wymaga czynność aptekarska; tę sumiennie wypełniać może tylko człowiek zupełnie wypoczęty, nie przeciążony zbytnią pracą i niezniechęcony do swego zawodu.

A czyż pracujący w aptekach znajdują się obecnie w takich warunkach, by mogli sumiennie wypełniać włożone na nich obowiązki?

Niestety!... Na pytanie to musimy odpowiedzieć — nie.

Jako lekarz, będąc nieraz w styczności z apteką, miałem sposobność poznać warunki, w jakich znajdują się ci ludzie.

W skutek niezmiernie długiej, bo 14-to godzinnej, pracy na dobę (prócz dyżurów w nocy), pracujący w aptekach zachowują się w stosunku do swego zawodu nadzwyczaj apatycznie, czynność swą odrabiają jak pańszczyznę, myśląc tylko o tem, by jaknajprędzej odpocząć. Zachodzi więc pytanie, czy ludzie, mający poniekąd zdrowie ludzkie w swoich rękach, powinni pracować w podobny sposób?

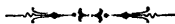
Choćby więc tylko ze względu na zdrowie ogółu, powinniśmy dołożyć starań, by ta reforma w czyn wprowadzoną została jaknajprędzej.

Z uznaniem witamy więc postanowienie zjazdu w kwestji zmniejszenia ilości godzin pracy w aptekach, z jednej strony bowiem reforma owa złagodzi ciężki do tego czasu zawód pracujących w aptekach, z drugiej zaś strony, na czem nam lekarzom i ogółowi głównie zależy, lekarstwa otrzymane z aptek bezwarunkowo zyskają na dobroci, gdyż robione będą z większą dokładnością przez ludzi względnie wypoczętych i pracujących z pewną miłością dla swego zawodu.

Obojętna więc na pozór kwestja trwania pracy w aptekach da nam w skutkach wyniki ze wszech miar pożądane, co nie ulega najmniejszej wątpliwości.

Wypowiadając tych kilka myśli, dodam, że lekarze za mało dotąd pamiętają o tem, iż, mając sobie powierzona opiekę nad chorymi, nie powinni tak obojętnie traktować sprawy i zawodu aptekarskiego, jak to się dzieje obecnie.

J. K.



KRONIKA.

— Ukazał się pierwszy tom oryginalnie napisanego dzieła Kolegi Władysława Biegańskiego „Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych“. Treść wykładów tego tomu stanowią: Tyfus brzuszny. Tyfus wysypkowy. Gorączka powrotna. Ospa. Szkarlatyna. Odra. Zakażenie septyczne. Róża. Reumatyzm stawów ostry i zakażenie rzęzączkowe. Błonica. Krztusiec.

— Rada powiatowa dobroczynności publicznej m. *Ilży* po otrzymaniu zatwierdzonego w ministerjum spraw wewnętrznych planu inżyniera A. Załuskiego, w tych

dniach uchwaliła rozpocząć z wiośnią *budowę szpitala* w *Ilży*, na 15 łóżek, z 2 oddziałami dla mężczyzn i kobiet, z oddzielnymi izbami dla chorych wewnętrznych i chirurgicznych, z lokalami dla lekarza (5 pokojów), dla felczera i służby.

Budowa będzie dokonana nie sposobem gospodarczym, lecz powierzona przedsiębiorcy. Kosztorys wynosi 20608 rb. 92 k., z których odchodzi 792 rb. 65 kop. na korzyść techników.

Szpital będzie murowany i stanie za miastem, na placu przestrze-

ni 2 mor. 211 pr., w miejscowości wyniosłej, nie wilgotnej, zdrowej, z pięknym widokiem na górę zamkową. Ujemną jednak stroną tego miejsca jest sąsiedztwo cmentarza, oddzielnego tylko wąwozem, przez który prowadzi szosa. Widok codziennych ceremonii pogrzebowych będzie dla chorych niezmiernie przykry. Wprawdzie z czasem będzie można zasłonić widok na cmentarz drzewami, ale ten środek będzie dobry dopóki liście nie opadną.

Fundusz szpitalny, stanowiący około 33000 rb., powstał: z dro-

bnych ofiar, przedstawień amatorskich, koncertu orkiestry amatorskiej i „Lutni“ z Radomia, loterii fantowych i balów. Znaczniejszą ofiarą, 12000 rb., pochodzi z zapisu ś. p. księdza Piotra Choroszyńskiego, proboszcza parafji Połaniec.

Gazeta Radomska. 1900. № 11.

— Zgodnie z życzeniem kilku kolegów, przypominamy następujące, zatwierdzone w r. 1897 przez Ministerjum spraw wewnętrznych, prawidła, dotyczące terminu izolacji uczniów szkół publicznych, po chorobach zakaźnych.

Termin izolacji uczniów, którzy się stykali z chorującymi na cierpienia zakaźne lub mieszkających z nimi w jednym mieszkaniu.	Chorym uczniom wolno powrócić do szkoły.
Po płońicy dni 12—14	Po 6 tygodniach od chwili wystąpienia wysypki i jeżeli już nie ma śladów łuszczenia się skóry.
Po odrze dni 15.	Po 4 tygodniach od chwili wystąpienia wysypki i jeżeli już nie ma śladów łuszczenia się skóry.
Po kurze dni 16.	Po 2 tygodniach od chwili wystąpienia wysypki.
Po ospie wietrznej dni 17.	Po odpadnięciu wszystkich strupów.
Po krztuścu dni 15—20.	Po 6 tygodniach od początku kaszlu, kiedy ten straci swój charakter kurczowy i kiedy już nie wydzielają się płwociny.
Po śwince dni 22.	Po 3 tygodniach od obrzmienia gruczołu.
Po błonicy dni 14.	Po 3 tygodniach od początku zdrowienia, po ustąpieniu przekrwienia gardzieli, krtani i nosa (jeśli istnieje możliwość badania bakteriologicznego po zniknięciu łaseczników Leofflera).
Po ospie dni 14.	Po odpadnięciu wszystkich strupów.

U w a g a. Pożądaniem jest, by chorzy — w okresie zdrowienia, przed powrotem do szkoły, dostali 2—3 kąpiele (28° R.).

Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich uchwalił następujący ogólny program Zjazdu:

W *Piątek*, 20 Lipca 1900, wieczorem; zebranie i powitanie przybyłych uczestników. W *Sobotę*, 21 lipca 1900: o 8 rano nabożeństwo, o 10 rano otwarcie Zjazdu i I posiedzenie ogólne, na którym wygłoszą wykłady: Prof. Nencki z Petersburga i Prof. Baranowski z Warszawy. Treścią wykładu Prof. Baranowskiego będzie: „Walka z gruźlicą, jako zadanie społeczno-narodowe“; o 1 w południe otwarcie Wystawy przyrodniczo-lekarskiej; o 4 popołudniu posiedzenia sekcyjne; wieczorem przyjęcie uczestników przez komitet gospodarczy. W *Niedzielę* 22 lipca 1900: rano zwiedzanie miasta i zakładów naukowych przyrodniczo-lekarskich i leczniczych; popołudniu wycieczka w okolice Krakowa. W *Poniedziałek* 23 lipca 1900: od 7—9 rano zwiedzanie miasta i jego zakładów; o 9 rano posiedzenie zbiorowe w sprawie gruźlicy i jej zwalczania; o 3 popołudniu posiedzenia sekcyjne; o 6 wieczorem zwiedzanie parku Prof. Jordana. W *Wtorek* 24 lipca 1900: od 7—9 rano zwiedzanie miasta; o 9 rano posiedzenia sekcyjne; o 4 popołudniu II-gie posiedzenie ogólne z wykładem Prof. Hoyerera z Warszawy i zamknięcie Zjazdu. W *Srodę* 25 lipca 1900: wyjazd na wycieczkę do zdrojowisk krajowych i ewentualna wycieczka do Wieliczki.

Prace naukowe Zjazdu odbywać się będą współcześnie w 23 sekcjach, a mianowicie dotąd utworzone następujące sekcje naukowe: 1) matematyczno-fizyczna, 2) chemiczna, 3) mineralogii, geologii i geografii fizycznej, 4) zoologii i anatomii porównawczej, 5) botaniczna, 6) przyrodniczo rolnicza, 7) techniczna (mechanika, budownictwo, inżynierja i technologia chemiczna), 8) fotografii zastosowanej do celów naukowych, 9) farmaceutyczna, 10) psychologiczna, 11) anatomiczno-fizjologiczna, (anatomia, fizjologia, embjologia, histologia, chemia fizjologiczna, antropologia), 12) patologiczna (anatomia patolog., patologia ogólna, bakterjologia lekarska), 13) medycyny wewnętrznej wraz z pedjatrją (oraz balneologia, hydroterapia i farmakologją), 14) chirurgiczna, (chirurgia, ortopedja, laryngologia i otyatrya), 15) dentyścyczna, 16) dermatologiczna, 17) neurologii i psychiatrii, 18) okulistyczna, 19) ginekologiczna, 20) medycyny sądowej i toksykologii, 21) medycyny publicznej (higiena, policja lekarska, badanie środków spożywczych), 22) weterynarska, 23) prasy lekarskiej.

Prace przygotowawcze wszystkich tych sekcji są w pełnym toku. Większość sekcji umieści na porządku dziennym swych obrad kilka z góry oznaczonych tematów, które przedstawia uprzedzeni do tego sprawozdawcy. Znaczna część tematów jest już obrana, nadto zgłoszono już kilkadziesiąt samodzielnych wykładów. Ostateczny termin zgłaszania samodzielnych wykładów ustanowił Komitet na dzień 1 czerwca 1900. Do zgłoszeń powinno być doręczone krótkie streszczenia zgłoszonego wykładu.

Komitet gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich podaje do wiadomości następujący program naukowy Zjazdu, wraz z wykazem zgłoszonych dotychczas wykładów:

A. Organizacya sekcji naukowych i temata ogólne, postawione na porządku dziennym ich obrad.

I. Sekcja matematyczno-fizyczna.

(łącznie z astronomią):

Gospodarz: Prof. Dr. Rudzki (*Biskupia 8*). — Sekretarz: pan Leon Klecki (*Karmelicka 38*).

II. Sekcja chemiczna.

Gospodarz: Prof. Dr. Julian Schram (*ul. Jagiellońska, zakład chemiczny*). — Sekretarze: Dr. Tadeusz Estreicher (*św. Anny 8*), Dr. Ludwik Brunner (*ul. Jagiellońska, zakład chemiczny*).

Temat obrad:

„Sprawa słownictwa chemicznego polskiego“, sprawozdawca prof. Bronisław Znato wicz (Warszawa).

III. Sekcja mineralogii, geologii i geografii fizycznej.

Gospodarz: Prof. Dr. Władysław Szajnocha (*ul. św. Anny, Collegium physicum*). Sekretarz: Dr. Józef Grzybowski (tamże).

IV. Sekcja mineralogii i anatomii porównawczej.

Gospodarz: Prof. Dr. Wierzejski (*ul. św. Anny 6*), Sekretarz: Doc. Dr. Tadeusz Garbowski (tamże).

Temata obrad:

- 1) „Sprawa ujednostajnienia i ustalenia polskiej nomenklatury porównawczo-zoologicznej“, sprawozdawca Prof. Dr. J. Nusbäum (Lwów).
- 2) „Obecny stan prac nad fauną krajową“, sprawozdawca Prof. Władysław Kulczyński (Kraków).
- 3) „Sprawa pochodzenia odnoży kręgowców“, sprawozdawca Prof. Dr. Henryk Hoyer jun. (Kraków).
- 4) „Teoria listków zarodkowych wobec nowych prądów w porównawczej morfologii“, sprawozdawca Doc. Dr. T. Garbowski (Kraków).

V. Sekcja dentystryczna.

Gospodarz: Prof. Dr. Józef Rostański (*Garncarska 14*).

VI. Sekcja przyrodniczo-rolnicza.

Gospodarz: Prof. Dr. Emil Godlewski (*Straszewskiego, 22*). — Sekretarze sekcji: Prof. Dr. Waleryan Klecki (*Kraków, Karmelička 44*), Prof. Dr. Józef Mikułowski-Pomorski (*Dublany, pod Lwowem*). Komisarze sekcji: Prof. Dr. Mikułowski-Pomorski i p. Stanisław Chełchowski (*Chojnów p. Przasnysz gub. Płocka*).

Temata obrad:

- 1) „O krążeniu azotu“, sprawozdawca Prof. Dr. Jentys (Kraków).
- 2) „O składzie roślin uprawnych, jako wskazówce do ocenienia potrzeb nawozowych gleby“, sprawozdawca Prof. Dr. Godlewski (Kraków).
- 3) „O pomiarach kranjologicznych przy badaniu ras zwierząt domowych“, sprawozdawca Prof. Dr. Waleryan Klecki (Kraków).
- 4) „W sprawie metodyki doświadczeń wazonowych a w szczególności o wpływie sposobu rozdzielania nawozów w ziemi na ich skutek przy doświadczeniach wazonowych“, sprawozdawca Prof. Dr. Mikułowski-Pomorski (Dublany).
- 5) „Ujednostajnienie metod badania produktów rolniczych“, sprawozdawca Dr. Sempołowski.
- 6) „Ujednostajnienie metod wykonywania zbiorowych doświadczeń rolniczych“, sprawozdawca Dr. Rogoyski.

VII. Sekcja techniczna.

(mechanika, inżynierja, budownictwo i technologia chemiczna).

Gospodarze: Dyrektor Roman Ingarden (*Jagiellońska, 11*) i Prof. Gustaw Stengraben (*Gołębia, Szkoła przemysłowa*).

Szczegóły ob. w dopełnieniu na końcu.

VIII. Sekcja fotografii, zastosowanej do celów naukowych.

Gospodarz: Dr. Stanisław Tolloczko (*Retoryka, 3*). — Sekretarz: Dr. Zygmunt Jaworski (*Studenska 15*).

Temat obrad:

„O obecnym stanie fotografii barwnej“, sprawozdawca na razie nieoznaczony.

IX. Sekcja farmaceutyczna

Gospodarz: P. Eugeniusz Heller (właściciel apteki, *ul. Grodzka*). — Sekretarz: P. Ksawery Mikucki (właściciel apteki, *Rynek główny*).

X. Sekcja psychologiczna.

Gospodarz: Prof. Dr. Napoleon Cybulski (*Szczepańska, 11*). — Sekretarz: Dr. W. M. Kozłowski (*Smoleńsk, 22*).

Temata obrad:

- a) Proponowane przez Prof. Struvego (Warszawa):
 - 1) Porównanie objawów psychicznych z fizjologicznymi i fizycznymi w celu ścisłego określenia właściwości pierwszych, różnicy od ostatnich“.
 - 2) „Wyjaśnienie faktu ześrodkowania czyli koncentracji rozlicznych objawów psychicznych w poczuciu lub też świadomości indywidualnego bytu żywej istoty“.
 - 3) „Wyjaśnienie faktu połączenia szeregu odrębnych w sobie ruchów ciała dla urzeczywistnienia wspólnego im wszystkim celu woli“.
- b) Proponowane przez Prof. Dr. M. Straszcwskiego (Kraków):
 - 4) „Wpływ nauk przyrodniczych na obecne kierunki w teorii poznania“.
 - 5) „O stosunku filozofii do nauk szczegółowych, a w szczególności do przyrodoznawstwa“.
- c) Proponowane przez Dr. W. M. Kozłowskiego (Kraków):
 - 6) „Aprioryczny charakter ogólnych zasad przyrodoznawstwa“.

XI. Sekcja anatomiczno-fizyologiczna.

(anatomia, fizjologia, embjologia, histologia, chemia fizyologiczna i antropologia).

Gospodarze: Prof. Dr. Cybulski (*Szczepańska 11*) i Prof. Dr. K. Kostanecki (*Kotejowa, 7*) — Sekretarze: Dla działu anatomiczno-embryologicznego: Dr. Emil Godlewski jun. (*Kopernika 12*); dla działu fizjologii i histologii: Dr. Stanisław Maziański (*ul. Grzegórzecka, Collegium medicum*).

Aby zyskać więcej czasu na wykłady i demonstracje, nie stawia Sekcja żadnych tematów ogólnych na porządku dziennym obrad.

XII. Sekcja patologiczna.

(anatomia patologiczna, patologia ogólna, bakteriologia lekarska).

Gospodarz: Prof. Dr. Tadeusz Browicz (*Krupnicza 5*). — Sekretarz: Dr. Konrad Gliński (*ul. Grzegórzecka, Collegium medicum*).

Temata obrad:

- 1) „Etyologia nowotworów“ sprawozdawcy: Prof. Dr. Browicz (Kraków) i Prof. Dr. Bron. Kader (Kraków).
- 2) „Patogeneza żółtaczki“ sprawozdawcy: Dr. Teodor Dunin (Warszawa) i Prof. Dr. Browicz (Kraków).

XIII. Sekcja medycyny wewnętrznej łącznie z pediatrią, balneologią i hydroterapią, oraz farmakologią.

Gospodarz: Radca Dworu Prof. Dr. Edward Korczyński (*Lobzowska 12*). — Zastępcy gospodarza: Prof. Dr. Jaworski (*Kopernika 2*) i Dr. A. Kwaśnicki (*Basztowa 4*) — Sekretarz główny: Dr. Wawrzyniec Kędzior (*Kopernika 7*). — Sekretarze: Dr. Ksawery Lewkowicz (*Strzelecko, Szpital św. Ludwika*), Dr. Ignacy Lemberger (*Grzegórzecka, Collegium medicum*) i Dr. Jan Landau (*Grodzka 69*).

Sekcja rozpadnie się w miarę zgłoszonej liczby wykładów na 4 działy, mianowicie: a) medycyna wewnętrzna, b) pediatria, c) farmakologia, d) balneologia i hydroterapia. Przedewszystkiem zaś utworzoną będzie w razie dostatecznej liczby zgłoszeń odrębna Sekcja pediatriczna.

Temata obrad: w dziale a) (medycyna wewnętrzna):

- 1) „O ile dotychczasowe badania nad kwasem moczowym tłómaczą zjawiska skazy moczanowej?“ sprawozdawcy: Dr. Władysław Biegański (Często-

chowa), Dr. Teodor Dunin, Dr. J. Pruszyński i Dr. A. Sokołowski (Warszawa).

2) „Organoterapia“ sprawozdawcy: Doc. Dr. Ludomił Korczyński (Kraków) i Dr. Walenty Jeż (Wiedeń).

W dziale *b*) (pedyatrja):

1) „O sztucznem karmieniu noworodków“ sprawozdawcy: Dr. Bączkiewicz i Dr. A. Sokołowski (Warszawa).

2) „Nowsze poglądy na choroby przewodu pokarmowego u dzieci“ sprawozdawcy: Dr. Ksawery Lewkiewicz (Kraków) i Dr. Józef Brudziński (Paryż).

3) „Wyniki leczenia surowicą przeciwbłoniczą“ sprawozdawca Doc. Dr. Jan Raczyński (Kraków).

Na wspólne posiedzenie z Sekcją chirurgiczną:

1) „O leczeniu kamicy żółciowej“ sprawozdawcy: Dr. Krajewski i Dr. Rejchman (Warszawa).

2) „O leczeniu wrzodu żołądka“ sprawozdawcy: Prof. Dr. Gluziński i Prof. Dr. Rydygier (Lwów).

Pożądanem jest zgłaszanie tematów w zakresie farmakologii i balneologii, któreby mogły być postawione na porządku obrad Sekcji medycyny wewnętrznej.

Za staraniem Sekcji będą w czasie Zjazdu przy zwiedzaniu klinik chorób wewnętrznych i chorób dzieci przedstawiane ciekawsze przypadki chorobowe. W obu tych klinikach będzie nadto przygotowane miejsce dla chorych, którychby zamiejscowi uczestnicy Zjazdu w celu przedstawienia na posiedzeniach Sekcji ze sobą przywieźli. Z inicjatywy Sekcji urządzone będą w czasie zwiedzania wystawy przyrodniczo-lekarskiej wykłady z przedstawieniem środków i przetworów lekarskich i zdrojowych, poleconych przez Towarzystwo lekarskie krakowskie, czem zajmuje się Komisya przemysłowo-lekarska Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. Również za staraniem Sekcji urządzone będą wykłady naukowe w czasie wycieczki do miejsc kąpielowych i uzdrowisk krajowych, mającej się odbyć po Zjeździe.

XIV. Sekcja chirurgiczna.

Złożona z 2 działów: *a*) chirurgia i ortopedia:

Gospodarz: Prof. Dr. Kader (*ul. Kopernika, Klinika chirurgiczna*). — Sekretarze: Doc. Dr. Maksymilian Rutkowski (*Podwale 3*) i Dr. Jan Gawlik (*ul. Kopernika, Klinika chirurgiczna*).

b) laryngologia i otyatrja:

Gospodarz: Prof. Dr. Przemysław Pieniążek (*Bracka 10*). — Sekretarz Doc. Dr. Aleksander Baurowicz (*Rynek główny 16*).

Temata obrad:

W dziale *b*): „O leczeniu ropienia ucha średniego“ sprawozdawcy: Dr. Heiman i Dr. Guranowski (Warszawa).

Temata obrad na wspólne posiedzenie z Sekcją medycyny wewnętrznej obacz wyżej pod XIII.

XV. Sekcja dentystyczna.

Gospodarz: Doc. Dr. Wincenty Lepkowski (*Straszewskiego 26*). — Sekretarz: Dr. K. Wernikowski (*Rynek 6*).

Temat obrad:

„O leczeniu chorób miążgi zębowej“ sprawozdawcy: Dr. B. Dzierżawski i Dent. Idzikowski (Warszawa).

XVI. Sekcja chorób skórnych i wenerycznych.

Gospodarze: Prof. Dr. Władysław Reiss (*Basztowa 25*) i Prof. Dr. Aleksander Zarewicz (*Floryańska 40*). — Sekretarze: Dr. Fr. Krzyształowicz (*Plac Matejki 3*), i Dr. St. Boczar (*ul. Kopernika, Szpital św. Łazarza*).

Temat obrad:

„O leczeniu kily ręcicą“ sprawozdawca Dr. Fr. Krzyształowicz (Kraków), drugi sprawozdawca na razie nieoznaczony.

XVII. Sekcja chorób nerwowych i umysłowych.

Gospodarz: Prof. Dr. Stanisław Domański (*Szczepańska 9*).

Temata obrad:

- 1) „O ostrych zapalanych cierpieniach mózgowia“, sprawozdawcy: Dr. Edward Flatau, Dr. Wł. Gajkiewicz i Dr. A. Wizel (Warszawa).
- 2) „O padaczkę“, sprawozdawcy: Dr. E. Bregman, Dr. Luxenburg i Dr. Wisłocki (Warszawa).

XVIII. Sekcja okulistyczna.

Gospodarz: Prof. Dr. Bolesław Wicherkiwicz (*Wolska 11*). — Sekretarz: Dr. K. W. Majewski (*ul. Kopernika, Klinika okulistyczna*).

Temata obrad:

- 1) „Jaskra pod względem patogenezy i terapii“ sprawozdawca: Doc. Dr. Franciszek Sroczynski (Kraków).
- 2) „Objawy gruźlicy w narządzie wzrokowym“ sprawozdawca na razie nieoznaczony.
- 3) „Znaczenie lecznicze i technika syndesmoplastyki“ sprawozdawca Prof. Dr. Wicherkiwicz (Kraków).
- 4) „Patologia jaglicy“ sprawozdawca na razie nieoznaczony.
- 5) „Walka z jaglicą, jako klęską społeczną“, sprawozdawcy: Dr. Z. Kramsztyk, Dr. Cetnarowicz i Dr. J. Steinhauz (Warszawa).

XIX. Sekcja ginekologiczno-położnicza.

Gospodarz: Prof. Dr. Henryk Jordan (*Wiślna 5*). — Sekretarz: Dr. Stanisław Dobrowolski (*Kopernika 12*), — Komisarz Sekcji we Lwowie: Prof. Dr. Antoni Mars (*Kościuszki*).

Temata obrad:

- 1) „O zapobieganiu i leczeniu gorączki połogowej“, sprawozdawcy: Prof. Dr. A. Mars (Lwów) i Prof. Dr. H. Jordan (Kraków).
- 2) „Przyczyny i leczenie niepłodności“ sprawozdawcy Dr. Stępkowski i Dr. Zweigbaum (Warszawa).

XX. Sekcja medycyny sądowej i toksykologii.

Gospodarze: Prof. Dr. Józef Łazarski (*ul. Diella 97*), i Prof. Dr. Leon Wachholz (*Basztowa 25*). — Sekretarz: Dr. Stefan Horoszkiewicz (*ulica Grzegorzeka, Collegium medicum*).

Sekcja nie umieszcza żadnych ogólnych tematów na porządku dziennym swych obrad.

XXI. Sekcja medycyny publicznej.

(higiena, policja lekarska, badanie środków spożywczych, sprawy zawodowe).

Gospodarz: Prof. Dr. Odo Bujwid (*Kolejowa 3*). — Sekretarz: Dr. Leonard Bier (*ul. Strzelecka, Zakład badania środków spożywczych*).

Temata obrad:

- 1) „Badanie wód gruntowych“ sprawozdawca na razie nieoznaczony.
- 2) „Zapobieganie szerzeniu się gruźlicy“ sprawozdawca: Prof. Dr. Bujwid (Kraków). — Referat ten wygłoszony zostanie na posiedzeniu, poświęconem sprawie gruźlicy.
- 3) „Środki ku powsurzymaniu alkoholizmu“ Sprawozdawca: Dr. K. Rychliński (Warszawa).
- 4) „Sprawa tak zwanej kontroli rynkowej środków spożywczych“, sprawozdawca na razie nieoznaczony.
- 5) „Postępy w szerzeniu u nas wiadomości z zakresu higieny w ostatnich latach dziesięciu; jak w tym kierunku działaćby należało?“ sprawozdawca Dr. L. Bier (Kraków).

XXII. Sekcja weterynarska.

Gospodarz: Prof. Dr. Seifmann (*Bernardyńska 13*). — Sekretarz P. Maksymilian Pappée (*Plac Matejki 9*).

XXIII. Sekcja prasy lekarskiej.

Gospodarz: Dr. A. Kwaśnicki (*Basztowa 4*). — Sekretarz: Prof. Dr. St. Ciechanowski (*Wielopole 4*).

Temata obrad:

- 1) „Sprawa ujednostajnienia polskiego wyrazownictwa lekarskiego, oraz sprawa błędów językowych w naszym piśmiennictwie lekarskiem“ sprawozdawca: Dr. Stanisław Markiewicz (Warszawa).
- 2) „Sprawa polemik“ sprawozdawca: Dr. Heliodor Świącicki (Poznań).
- 3) „Zorganizowanie działu korespondencyj we wszystkich czasopismach lekarskich polskich“ sprawozdawcy: Dr. Świącicki (Poznań), Dr. Karol Rychliński (Warszawa).
- 4) „Organizacja sprawozdań dla prasy lekarskiej zagranicznej“ sprawozdawca: Dr. K. Rychliński (Warszawa).
- 5) „Czy i jakie reformy są potrzebne w polskich czasopismach lekarskich, aby je uczynić odpowiedniejszymi celowi?“ sprawozdawca Dr. S. Sterling (Łódź).

B. Samodzielne wykłady i demonstracje zgłoszone po dzień 1-go lutego 1900 r.

Ostateczny termin zgłaszania wykładów upływa z dniem 1-go czerwca 1900 r. Do zgłoszeń powinno być odrazu dołączone krótkie streszczenie wykładu dla „Dziennika Zjazdu“.

I. Sekcja matematyczno-fizyczna.

- 1) S. Dickstein (Warszawa). „O teorii liczb“.
- 2) Prof. Dr. I. Puzyna, „Z teorii ciałek algebraicznych“.
- 3) Prof. Zakrzewski (Lwów). „Obecny stan znajomości dynamicznego równoważnika ciepła“.
- 4) Dr. Smółchowski, „O najnowszych postępach na polu cynetycznych teorii materii“.
- 5) Prof. Dr. M. Rudzki (Kraków). „O ruchu obrotowym ziemi“.

II. Sekcja chemiczna.

- 1) Dr. Ludwik Brunner (Kraków). „Nowsze postępy w dziedzinie chemii fizycznej“.
- 2) Dr. Tadeusz Estreicher (Kraków). „Nowopoznane składniki atmosfery“.
- 3) Dr. L. Marchlewski (Manchester). „Chemia chlorofilu“.
- 4) Prof. Dr. Karol Olszewski (Kraków). „Przyrządy, służące do skraplania gazów“.
- 5) Dr. Stanisław Tołkoczko (Kraków). „Nowe metody oznaczania ciężaru drobinowego“.

III. Sekcja mineralogii, geologii i geografii fizycznej.

- 1) Prof. Dr. Dunikowski. „Flysz w Atlasie“.
- 2) Dr. Józef Grzybowski. „Ostatnie rezultaty badań otwornicowych z galicyjskich piaskowców karpaccyckich“.
- 3) Prof. Maryan Łomnicki. „O nauce mineralogii i geologii w szkołach średnich“.
- 4) Prof. Dr. Zuber. „O nauce mineralogii i geologii w szkołach średnich“.
- 5) Prof. M. Łomnicki. „O głębokich wierceniach w różnych okolicach Galicji“.
- 6) Prof. Dr. Siemiradzki. „O głębokich wierceniach w różnych okolicach Galicji“.
- 7) Prof. Syroczyński. „O głębokich wierceniach w różnych okolicach Galicji“.
- 8) Prof. Dr. Zuber. „O głębokich wierceniach w różnych okolicach Galicji“.

- 9) Prof. Dr. Siemiradzki. „O perisfinktach“. (19)
- 10) Prof. Syroczyński. „O mapie zagłębia węglowego polskoszlaskiego.“ (20)
- 11) Prof. Dr. Szajnocha. „O stratygrafii galicyjskiego fłyszu“. (21)

VI. Sekcja przyrodniczo-rolnicza.

- 1) Stanisław Chelchowski. „O potrzebie systematycznych badań geologiczno-rolniczych ziem polskich“. (22)
- 2) Karol Huppenthal. „O wpływie przesuszenia ziemi na przyswajalność związków azotowych w jej próchnicy“. (23)
- 3) Adam Karpiński. „O wpływie wilgotności na rozwój gorczycy i owsa i pobieranie przez nie azotu“. (24)
- 4) Dr. Rogoyski. „Badania geologiczno-rolnicze i chemiczne nad bielcami Królestwa Polskiego“. (25)
- 5) Dr. Sempołowski. „O przyrodzonych podstawach uszlachetniania roślin uprawnych“. (26)
- 6) Dr. Siemiątkowski. „O pobieraniu baru przez rośliny“. (27)

X. Sekcja psychologiczna.

- 1) Abramowski. „Psychologia syllogizmu“. (28)
- 2) Appel. „Poczucie językowe ze stanowiska psychologicznego“. (29)
- 3) Dawid. „O właściwym zastosowaniu prawa Webera do pojęć „fortune physique“ i „fortune morale““. (30)
- 4) Dawid. „O psychologicznej podstawie klasyfikacji sądów“. (31)
- 5) Dawid. „O zasadzie odpowiedniości między procesami psychicznymi a mózgowymi“. (32)
- 6) Dr. E. Flatau. „Znaczenie anatomii i fizjologii mózgu dla wyjaśnienia zjawisk psychicznych“. (33)
- 7) Karpowicz. „Co w sprawie wychowania wspólne działać możemy?“ (34)
- 8) Dr. Kornilowicz. „Historyczne przedstawienie pojęcia woli“. (35)
- 9) W. M. Kozłowski. „Połączenie chemiczne jako problemat teorii poznania“. (36)
- 10) Adam Mahrburg. „Krytyka intelektualizmu w psychologii społecznej“. (37)
- 11) Adam Mahrburg. „Co należy rozumieć przez syntezę psychiczną?“ (38)
- 12) Dr. Massonius. „Zasada przyczynowości w psychologii“. (39)
- 13) Dr. J. Ochorowicz. „Stosunek psychologii do pedagogii“. (40)
- 14) Dr. Radziwiłłowicz. „Terminologia psychologiczna“. (41)
- 15) Prof. H. Struve, (tytuł wykładu podany będzie później) (42)
- 16) Dr. Wizel. „Stosunek psychologii do psychiatrii“. (43)
- 17) Dr. Wizel. „Mechanizm psychiczny powstawania urojeń“. (44)

XI. Sekcja anatomiczno-fizjologiczna.

- 1) Dr. Edward Flatau i Jr. Bronisław Sawicki (Warszawa) „Badania doświadczalne i drobnowodowe z dziedziny chirurgii nerwów obwodowych“ (na posiedzeniu wspólnym Sekcyj medycyny teoretycznej z Sekcją chirurgiczną). (45)
- 2) Dr. Jan Pruszyński (Warszawa). „Zakończenie nerwów w sercu“. (46)
- 3) Dr. Jan Pruszyński (Warszawa). „Zachowanie się terpenów w ustroju“. (47)

XII. Sekcja patologiczna.

- 1) Dr. Julian Steinhaus (Warszawa). „O mięsakach“. (48)
- 2) Dr. Jan Pruszyński (Warszawa). „W sprawie dżumy. (Badania chemiczno-biologiczne)“. (49)
- 3) Dr. Jakowski (Warszawa) „Udział drobnoustrojów w powstawaniu zakrzepów“. (50)
- 4) Porównaj XI. 1. (45)

XIII. Sekcja medycyny wewnętrznej.

- 1) Dr. Witosław Dąbrowski (Warszawa). „Alkohol jako środek leczniczy ze stanowiska klinicznego“. (51)

- 2) Dr. J. Goldbaum (Warszawa). „O zastosowaniu elektryczności w leczeniu chorób przewodu pokarmowego“. (52)
- 3) Dr. Walenty Jeż (Wiedeń). „Pogląd na leczenie chorób ostrych“. (53)
- 4) Dr. Jekelles. „O zasadach termo- mechano- i kinesiterapii, ich uprawianiu i stosowaniu“. (54)
- 5) Dr. Wawrzyniec Kędziór (Kraków). „O leczeniu blednicy“. (55)
- 6) Doc. Dr. Ludomił Korczyński (Kraków). „O rodzajach ciałek białych w płwocinie“. (56)
- 7) Dr. Stanisław Kwiatkowski (Kraków). „*Asthma bronchiale*“. (57)
- 8) Dr. Adam Lande (Warszawa). „O tak zwanej niedomodze nerek“. (58)
- 9) Dr. Ignacy Lemberger (Kraków). „Pogląd na najnowsze leki ze stanowiska chemicznego, farmakologicznego i leczniczego“. (59)
- 10) Dr. Józef Zawadzki (Warszawa). „Dyeta mleczna w cierpieniach żołądka i kiszek“. (60)

XIV. A. Sekcja chirurgiczna.

- 1) Dr. E. Flatau i Dr. Leśniowski (Warszawa). „Uszkodzenie rdzenia pancerzowego ze specjalnem uwzględnieniem odruchów“ (na posiedzenie wspólne Sekcji chirurgicznej z Sekcją chorób norwowych). (61)
- 2) Porównaj XI. 1. (45)

XV. Sekcja dentystyczna.

- 1) Władysław Zieliński i Kobyliński (Warszawa). „O mechanicznem leczeniu braków podniebienia“. (62)
- 2) Stanisław Essigmann (Warszawa). „Demonstracya złotych koron systemu Wintera“. (63)
- 3) Dr. Leszczyński (Warszawa). „O znieczulaniu ogólnem dla celów dentystycznych“. (64)
- 4) Pani Marya Linda (Warszawa) „O wypełnianiu ubytków próchnicowych szkłem“. (65)
- 5) Dr. Kułakowski (Warszawa) „Gingiwokaustyka i ocena środków przysięgających“. (66)

XVI. Sekcja chorób skórnych i wenerycznych.

- 1) Dr. Franciszek Krzyształowicz (Kraków). „O leczeniu liszaja żrącego sposobem Unny“. (67)
- 2) Prof. Dr. Władysław Reiss (Kraków). „O rozwoju naskórka ze szczególnem uwzględnieniem warstwy Malpighiego w pierwszych miesiącach życia płodowego“ (z demonstracją preparatów drobnowidzowych). (68)
- 3) Prof. Dr. Reiss. „O prawdziwych keloidach“ (z demonstracją preparatów drobnowidzowych). (69)
- 4) Prof. Dr. Aleksander Zarewicz (Kraków). „O kile złośliwej“. (70)
- 5) Prof. Dr. Zarewicz. „O wrzodach wenerycznych części pochwowej matki“. (71)
- 6) Prof. Dr. Zarewicz wspólnie z prof. Dr. Julianem Nowakiem (Kraków). „O zmianach w tęcznicach włosowatych, w przebiegu kily wtórzędnej występujących“ (z demonstracyami). (72)

XVII. Sekcja chorób nerwowych i umysłowych.

por. XIV. A. 1. (61)

XVIII, Sekcja okulistyczna.

- 1) Dr. J. Steinhaus (Warszawa). „Zmiany anatomiczne w oderwanej siatkówce“. (73)

XIX. Sekcja ginekologiczno-położniczo.

- 1) Docent Dr. Stanisław Braun (Kraków). „O rozpoznawaniu i leczeniu ciąży zamacicznej w pierwszej połowie ciąży“. (74)

- 2) Dr. Stanisław Dobrowolski (Kraków). „Obrót zapobiegawczy przy miednicach ścięśnionych“. (75)
- 3) Dr. St. Dobrowolski. „Spostrzeżenia nad etiologią drgawek porodowych“. (76)
- 4) Dr. G. Grzybowski (Kraków). „Przypadek ciąży zamacicznej“. (77)
- 5) Dr. G. Grzybowski. „Przypadek raka trzonu macicy“. (78)
- 6) Dr. Tymoteusz Piotrowski (Kraków). „W sprawie cucenia noworodków“. (79)
- 7) Dr. Tym. Piotrowski. „O zakraplaniu protargolu u noworodków“. (80)
- 8) Dr. Tym. Piotrowski. „O porodach po wentrofikacji względnie wagi nofikacji“. (81)
- 9) Prof. Dr. Aleksander Rosner (Kraków). „*Ileus in gravida*“. (82)
- 10) Prof. Dr. A. Rosner. „W sprawie opatrywania szypuły guzów brzusznych“. (83)
- 11) Prof. Dr. A. Rosner. „O pęcherzykach Graafa w mnogich jajkach“. (84)
- 12) Doc. Dr. Ludwik Świtalski (Kraków). „*Deciduoma malignum*“. (85)
- 13) Doc. Dr. Świtalski. „Twór ektodermalny pomiędzy blaszkami więzadła szerokiego“. (86)
- 14) Doc. Dr. Świtalski. „*Vaginitis granulosa*“. (87)
- 15) Dr. Czesław Stankiewicz (Łódź). „O tylozgięciu macicy“. (88)
- 16) Dr. Wiktor Stankiewicz (Kraków). „*Atmokaussis i zestokaussis*“. (89)
- 17) Dr. W. Stankiewicz. „O nowszych sposobach leczenia konserwatywnego zmian zapalnych chronicznych przydatków i tkanek okołomacicznych“. (90)
- 18) Dr. Bruno Wojciechowski. „Leczenie zmian zapalnych błony śluzowej macicy“. (91)

XX. Sekcja sądowo-lekarska

(wraz z toksykologią).

- 1) Niezabitowski (Kraków). „Krajowa fauna zwłok i jej znaczenie dla oznaczenia chwili i miejsca śmierci“. (92)
- 2) E. Klęsk (Kraków). „O samobójstwach“. (93)
- 3) Dr. Horoszkiewicz (Kraków). „O wpływie otruc alkaloidami roślinnymi na przebieg stężenia pośmiertnego w mięśniu sercowym“. (94)
- 4) Dr. Horoszkiewicz. „Z kazuistyki rzadszych pośmiertnych obrażeń zwłok przez pasorzuty zwierzęce“. (95)
- 5) Dr. Horoszkiewicz i Dr. Jankowski. „Doświadczalne badania nad przyrodą śmierci osób dotkniętych przez *Status thymicus*“. (96)
- 6) Dr. H. Kowalski (Tarnów). „Rzadki przypadek złamania podstawy czaszki“. (97)
- 7) Prof. Dr. Wachholz (Kraków). „O rozpoznawaniu śmierci z uduszenia; wartość i znaczenie rozpoznawcze obecności płynnej krwi“. (98)
- 8) Prof. Dr. Wachholz i Dr. Lemberger. „Jak długo daje się wykazać tlenek węgla w krwi zaczerwionych, po śmierci“. (99)
- 9) Prof. Dr. Wachholz i Dr. Lemberger. „O otruciu acetylenem“. (100)

XXI. Sekcja medycyny publicznej.

- 1) Dr. L. Bier (Kraków). „Usterki higieniczne mąki w Galicji“. (101)
- 2) J. Buraczewski (Kraków). „O miodzie“. (102)
- 3) Dr. Franc. E. Fronczak Buffalo N. Y. Ameryka). „Obecny stan medycyny w Stanach Zjednoczonych“. (103)
- 4) A. A. Wróblewski (Kraków). „W sprawie metod, stosowanych przy badaniu środków spożywczych“. (104)
- 5) Porównaj XII. 2. (49)

U w a g a. Jedno posiedzenie odbędzie się wspólnie z Sekcją techniczną ze względu na zapowiedziane w niej wykłady, dotyczące higieny.

XXII. Sekcja weterynarska.

- 1) Prof. Dr. M. Grabowski (Lwów). „Pogląd na pomór trzody chlewnej“. (105)
- 2) Prof. Stanisław Królikowski (Lwów). „Wpływ kastracji krów na mleczność“. (106)

- 3) Prof. J. Kubiński (Dublany). „Znaczenie umiejętności weterynaryjnych dla gospodarstwa krajowego i stosunek nauk weterynaryjnych do innych umiejętności“ (107)
- 4) Prof. Dr. Julian Nowak (Kraków). „Badania doświadczalne nad hemoglobinemią u koni“ (108)
- 5) Prof. Dr. Piotr Seifman (Kraków). „Pogląd na gruźlicę u bydła ze stanowiska policyi weterynaryjnej“ (109)
- 6) Rektor Prof. Dr. Szpilman (Lwów). „Pogląd krytyczny na szczepienia ochronne, stosowane w weterynaryi“ (110)
- 7) Rektor Prof. Dr. Szpilman. „Wartość szczepień rozpoznawczych, stosowanych w weterynaryi“ (111)

Dopełnienie.

VII. Sekcja techniczna.

Zgłoszone wykłady:

- 1) Inżynier Ludwik Bagiński (Warszawa). „Teoria filtracji wody“ (112)
- 2) Inżynier Roman Ingarden (Kraków). „Poszukiwania za wodą do wodociągów“ (113)
- 3) Inżynier Roman Ingarden. „Objaśnienie projektu wodociągu krakowskiego“ (114)
- 4) Inżynier Z. Kremer c. k. inspektor przemysł. (Kraków). „Przyrządy służące do ochrony robotników w zakładach przemysłowych i ich demonstracja“ (115)
- 5) Prof. G. Steingraben (Kraków). „O zapalności nafty“ (116)
- 6) Prof. G. Steingraber. „O zużytkowaniu odpadków nafty“ (117)
- 7) Inżynier Edward Szymański (Warszawa). „Oczyszczanie ścieków kanałowych“ (118)
- 8) Prof. W. Ekielski (Kraków). „Z dziedziny higieny“ (dokładny tytuł podany będzie później). (119)

Proponowane temata obrad w Sekcji VII.

- 1). „Usunięcie dymów fabrycznych z miast“.
 - 2) „Jak zapobiedz zanieczyszczeniu wód płynących odpadkami fabrycznymi i ściekami kanałowymi“.
 - 3) „Jak sytuować budynki mieszkalne ze względu na higienę“.
 - 4) „Jak ograniczyć *minimum* wymiarów ubikacji, przeznaczonych na mieszkania“.
 - 5) „Z jakich materiałów najodpowiedniej budować budynki mieszkalne ze względu na higienę“.
 - 6) „Urządzenia ochronne przy sortowania szmat“.
 - 7) „O zastosowaniu drożdży czystych w browarnictwie i gorzelnictwie, hodowla drożdży, przeróbka niedogonów“.
 - 8) „Wentylacja, ogrzewanie i oświetlanie mieszkań“.
- Nazwiska sprawozdawców podane będą później.
Odnośnie do posiedzenia wspólnego z Sekcją medycyny publicznej porównaj uwagę pod XXI.

Kraków, dnia 1-go lutego 1900 roku.

Prof. Dr. Kostanecki, Prof. Dr. Witkowski
Przewodniczący

Prof. Dr. Ciechanowski,
Sekretarz Komitetu (Wielopole 4).

Wydawca: Dr. J. Koliński.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Ценаурою. Г. Лодзь, 4 Февраля 1900 г. Друк К. Kolińskiej Średnia 23.