

CZASOPISMO LEKARSKIE

Przyczynki do kazuistyki złamań czaszki.

Podał Dr. Jan Świątecki (z Wilna).

(Rzecz, odczytana na posiedzeniu Cesarskiego Wileńskiego Towarzystwa Lekarskiego, d. 31. Kwietnia 1900 r.)

I. Strzaskanie czaszki. Wywichnięcie odłamu kości obejmującego zatokę czołową wraz z górnymi ścianami oczodołów ku przodowi i ku górze. Pęknięcie kości skalistej. Zgorzel częściowa zrazów czołowych. Przepuklina mózgowa (prolapsus cerebri). Ropień mózgowy. Wyzdrowienie.

D. 18. Stycznia 1896 r. przywieziono do szpitala miejskiego w Krzemieńcu Wołyńskim wieśniaka lat 30, którego przed 10 dniami uderzono drągiem po głowie. Chory natychmiast padł bez czucia na miejscu, ocknął dopiero w domu, na łóżku; jak długo pozostawał bez przytomności dowiedzieć się nie można; teraz, jak się zdaje, jest przytomny. Oprócz znacznego opuchnięcia obu powiek górnych, do wielkości kurezego jaja, rzuca się przede wszystkim w oczy zniekształcenie czaszki: wydaje się ona nadmiernie długą z powodu wypuklenia części czołowej. Nad prawym łukiem brwiowym widnieje rana skośna, 1 ctm. długa z poszarpanymi brzegami, przez którą wypływa ciecz mająca wygląd ropy; takąż sama ciecz wypływa z drugiej ranki, mniejszej, na lewej powiece górnej. Przez skórę czoła wyczuwają się ostre brzegi odłamów strzaskanej kości. C-ta 38^o,5. T. = 100 (wieczorem). Przystąpiłem bezzwłocznie do badania. Wobec niewątpliwego strzaskania kości czołowej tuż nad oczodołami z przemieszczeniem odłamków i przedziurawieniem skóry, uważałem za stosowne przeprowadzić cięcie skórne od rany na prawym łuku brwiowym ponad nasadę nosa ku ranie w lewej powiece górnej, przedłużając je w obie strony na 5 ctm. w okolice skroniowe. Cięcie to, aczkolwiek narażało na znaczny krwotok z przeciętych u samej nasady naczyń, zwłaszcza że nie mogłem użyć tu pasa Esmarcha z obawy wciśnięcia odłamów kostnych w tkankę mózgową, przedstawiało na razie tę dogodność, że mogłem je powiększać w miarę potrzeby, z czem wobec

istniejącego już zakażenia należało się liczyć. Otrzymany w taki sposób płat skórny odgiałem wraz z czepcem ścięgniętym ku górze, co poszło tem łatwiej, że oddzielały go od kości duże skrzepy krwi, omywane cieczą mózgodzeniową. Po wygarnięciu skrzepów i oczyszczeniu rany, zauważyłem, co następuje:

Od środka lewego brzegu nadoczodołowego prostopadle ku górze, a potem poprzecznie ponad zatokę czołową, idzie w kości szeroka szpara, opuszczająca się następnie ku środkowi prawego brzegu nadoczodołowego; szpara ta przechodzi z obu stron na górne ściany oczodołów. Odgraniczony w ten sposób odłam kości czołowej, w kształcie czworoboku, długość 5, szerokości $3\frac{1}{2}$ ctm., zawierający w sobie nieuszkodzoną zatokę czołową, silnie wystaje ku przodowi: dolna jego część występuje naprzód o całą swoją grubość; górna jeszcze bardziej, gdyż między wewnętrzną powierzchnią odłamu i zewnętrzną otaczającej kości czołowej szczelina ma $\frac{1}{3}$ ctm. szerokości. Jeżeli nacisnąć odłam, ruchomy na podobieństwo klawisza, to górny jego brzeg zachodzi dachówkowato na odpowiedni brzeg kości czołowej: można tu więc mówić o zwknięciu odłamu ku przodowi i ku górze. Odgraniczającą odłam szczeliną wypełnia zmiażdżona, gdzieś pulsująca, tkanka mózgowa; kawałki mózgu, wielkości grochu; oddzielają się przy najlżejszem dotknięciu grzbietem noża oprócz tego, z prawego końca szczeliny, u prawego oczodołu, wycieka obficie ciemnoszara kasza, w której bez wachania rozpoznaliśmy przemieszaną ze skrzepami krwi tkankę mózgową ze zgorzelinowego ogniska, widocznie znajdującego się w tem miejscu. Od środka tylko co opisanej szpary kostnej poprzez szew wieńcowy idzie w kości szczelina, milimeter szeroka, kończąca się u wierzchołka głowy; od dolnego jej końca na prawo odchodzi wyginając się łukiem ku górze nieco węższa szczelina, kończąca się

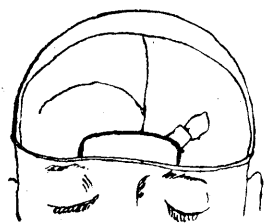


Fig. 1.

gdzieś w prawej okolicy skroniowej. Kierunek pęknięć objaśnia najlepiej załączony obok rysunek schematyczny (Fig. 1). Oprócz tego, w okolicy lewego guza czołowego znalazłem dwa wbite w głąb odłamki kostne, każdy o średnicy $1\frac{1}{2}$ —2 ctm.; odłamki te usunąłem zupełnie, poczem okazało się, że twarda opona w tem miejscu była rozerwana na przestrzeni 2 ctm; ranę tę pozostawiłem niezasytą z obawy zanieśienia zarazków pod oponę.

Wracając do głównego odłamu i mając zamiar wprawić go napowrót w otwór, z którego był wyskoczył, odciąłem z niego kawałek kości z ponad prawego łuku brwiowego, chcąc w ten sposób zabezpieczyć wolny odpływ zmiażdżonej tkanki mózgowej ze znajdującego się w tem miejscu ogniska zgorzelinowego — gdy jednak przyszło do wprawienia, okazało się, że tego żadną miarą skutecznym nie podobna: podstawa odłamu, składająca się, jak wiadomo, z części górnych ścian oczodołów, nie dała się poruszyć w pożądanym kierunku — widocznie w szczeliny na podstawie czaszki wcisnęły się naciezione krwią czy też cieczą mózgową miękkie tkanki oczodołów.

Aby uczynić ową podstawę dostępną dla palca lub oka należałoby chyba zrobić cięcie wzdłuż obu brzegów nadczołowych i odsunąć tępymi hakami jabłka oczne ku dołowi — nie odważyłem się jednak na to, bo obnażyłbym szczeliny na podstawie mózgu i przeciałbym naczynia dochodzące do pokrywającej dolny brzeg odłamu skóry łuków brwiowych, a przez to zniósłbym zupełnie odżywianie całego skórno-kostnego płatu. Tem mniej można było myśleć o usunięciu całej wyłamanej części kości czołowej, bo pomijając, już to, że zmuszony byłbym w takim razie usunąć i zatokę czołową, przez co połączyłbym niejako jamę czaszkową z jamą nosa, — otworzyłbym tu jamę czaszki na wielkiej przestrzeni i nie mógłbym załatać jej inaczej, jak tylko owym podejrzaną czystości płatem skórny. Tak więc należało się pogodzić z nienormalnem położeniu odłamu, poczem nie pozostawało mi nic innego, jak odwrócić płat skośny ku dołowi i zaszyć ranę, pozostawiając po obu stronach otwory dla przepuszczenia długich pasków gazy jodoformowej, którymi przedzieliłem szczelinę, resp. ranę mózgu od pokrywającej ją teraz skóry. W nocy chory bredził, zrywał się z łóżka, tak, że trzeba było trzymać go siłą, uspokoił się dopiero nad ranem; faeces et urinas oddaje pod siebie. D. 19. Przy zmianie opatrunku okazało się, że jest jeszcze jedna niezauważona wczoraj szczelina na podstawie mózgu, mianowicie pęknięcie prawej kości skalistej; z prawego ucha wycieka ciecz mózgorzeniowa, czysta, bez domieszki krwi; podczas opatrywania rany wyciekło jej około łyżeczki, sądząc zaś po śladach na szyji i opatrunku w ciągu nocy musiało jej wyjść parę łyżek. Wytarłem więc ostrożnie przewód słuchowy wyżętym wacikiem sublimatowym i przykryłem muszlę uszną opatrunkiem aseptycznym.¹⁾ Chory na zadawane pytania odpowiada logicznie, tak np. powiedział wiele ma lat i kiedy stawał do poboru wojskowego. C. r. 38,⁰⁵. C. w. 35,⁰ 8. D. 20. W nocy silne bredzenie i sen niespokojny, gorączka jednak w porównaniu z poprzednim dniem mniejsza: 37,⁰ 6 rano, 36,⁰ 8 wieczorem. Przy opatrunku zmuszony byłem usunąć szwy, gdyż wskutek znacz-

¹⁾ Wszelkie przemywania są tu przeciwwskazane, przewodu przez to z mikrobów nie oczyścimy, a wpędzić je tylko możemy do jamy czaszki. Ośmieliłem się wypowiedzieć te słowa, mając na względzie kolegów niespecjalistów, którzy tylko przygodnie zmuszeni są podawać pomoc w wypadkach nagłych, i zazwyczaj, jak to byłem nieraz świadkiem, grzeszą zbytnią wiarą w cudowne własności karbolu i sublimatu. Widziałem np. dwa przypadki złamań czaszki, gdzie chorzy czuli się znośnie aż do chwili, kiedy w jednym przypadku felczer, w drugim lekarz — przemylił ucho; na 2—3 dzień chorzy umierali przy objawach ropnego zapalenia opon mózgowych. Co dziwniejsza, że ten sam błąd popełniają podręczniki chirurgiczne, nawet względnie nowe: tak np. w niedawno przełożonym na język polski podręczniku Huefer-Lossena na str. 34 czytamy: „w przypadku wypływania cieczy mózgowej z ucha należy przestrzyknąć przepust słuchowy kilka razy dziennie płynem aseptycznym i wprowadzać do zewnętrznego przepustu słuchowego mały wacik karbolowy lub sublimatowy, często zmieniając tenże. Aczkolwiek nie jest on w stanie zatrzymać wypływu, to jednakże często chroni ciecz zatrzymaną w jamie bębenkowej od gnicia.“ Mojem zdaniem i ostatnia rada nie jest słuszna; jak wiadomo utrata nawet wielkiej ilości cieczy mózgorzeniowej życiu bezpośrednio nie grozi, natomiast zatrzymana po nad tamponem ciecz, zawierająca wymyte z przewodu zarazki, niechybnie zmiesza się z cieczą w jamie czaszkowej, a wtedy ropne zapalenie opon staje się rzeczą nieuniknioną.

nego naprężenia poprzecinały skórę, tak że po cofnięciu się płata skóronego w górę, odłam czołowy pozostał całkiem bez pokrycia. D. 21. Sen spokojniejszy C-ta 37,^o 2—37,^o 7. W lewej połowie czoła, na miejscu usuniętych podczas operacji małych odłamów kostnych, przez ranę w oponie trwardej, wyszła przepuklina mózgowa (prolapsus cerebri), wielkości orzecha laskowego — pulsuje także mózg i w prawej połowie głównej szczeliny. Dnia 22. C-ta 36,7—37,^o 6. D. 23. Wyciek z prawego ucha znacznie się zmniejszył; wata nad uchem coraz suchsza. C-ta: 37,^o — 37,^o 3. D. 24. Przepuklina mózgowa w lewej połowie czoła dosięgła wielkości orzecha włoskiego, natomiast w prawej części szczeliny pulsacja się nie zwiększa. Wyciek z prawego ucha ustał zupełnie. C-ta 37,^o 4—37,^o 8 T.=88. D. 25. Płat skórny przygoił się do niżej leżących kości na całej przestrzeni; przedni jego brzeg dosięga tylko w pośrodku do poprzecznej części głównej szczeliny, a z lewej strony do przepukliny mózgowej, nie pokrywając ich jednak, tak, że wywichnięty odłam czołowy świeci nagą mleczno-białą kością.

W ciągu następnych dwóch tygodni, podczas których przepuklina mózgowa i szczelina otaczająca odłam pokryła się ziarniną, ból głowy ustał, chory przestał gorączkować i wypróżniać się pod siebie, tak że już można było przystąpić do dalszych zabiegów chirurgicznych.

11. Lutego, w celu wytworzenia łączno-tkankowej blizny między wywichniętym i wciąż ruchomym odłamek czołowym i otaczającą go od dołu kością, przedsięwziąłem operację plastyczną: odseparowałem przedni brzeg płatu skóronego i naciągnąłem go na szczelinę, z której usunąłem nożyczkami kawałki tętniącej tkanki mózgowej; jednocześnie ściałem przepuklinę mózgową w lewej stronie rany i przykryłem tymże płatem. Dodać jednak należy, że odciałem przepuklinę nie u samej podstawy, a pozostawiłem $\frac{1}{3}$ jej części w nadziei że odegra ona rolę korka zapobiegającego wypadnięciu nowych zrazów mózgu. Lecz zaraz na 3-ci dzień zauważyłem, że skóra pokrywająca przepuklinę mózgową obrzękła: zrobiłem więc w tem miejscu cięcie i wypuściłem około łyżeczki mętnego wysięku. Powstanie ropnia objaśniam nie dość dokładnie zeskrobanie ziarniny u wrót, przepuklinowych. Zresztą, dalsze gojenie szło bez powikłań, płat przyrósł, jama ropnia zabiłniła się zupełnie i na miejscu przepukliny pozostało tylko nieznaczne, lekko tętniące wklęsnięcie, tak że w końcu tego miesiąca czoło chorego miało dosyć oryginalny wygląd (por. fig. 2): dolną jego część stanowiła gładka, błyszcząca powierzchnia kostna, leżąca w jednym poziomie z otaczającą ją z trzech stron skórą; tylko skóra łuków brwiowych leżała nad nią, t. j. powyżej. Powierzchnia ta, jak się rzekło, błyszcząca na podobieństwo kości słoniowej, tak że było widoczne, iż przynajmniej blaszka zewnętrzna (lamina externa) uległa tu zgorzeli; wypadało więc czekać aż oddzieli się ona, czy to w postaci sekwestrów (martwiaków), czy też zostanie wessaną przez wrastającą od dołu ziarninę (exfoliatio insensibilis). 1. Marca oddzieliła się nareszcie blaszka zewnętrzna z odłamu czołowego, tak, że z całej rany pozostała teraz ziarninująca powierzchnia kostna, którą

też w kilka dni później (6. III.) pokryłem płatem skórny nasuniętym nań z góry przy pomocy osłabiającego cięcia, równoległego do górnego brzegu rany, jak to pokazano na fig. 2 i 3:

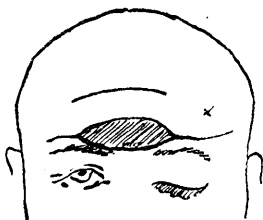


Fig. 2.

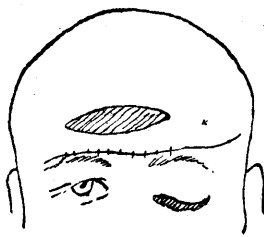


Fig. 3.

Nowopowstałej powierzchni rannej nie pokrywałem plastycznie, pozwalając jej ziarninować i zaciągać się blizną, licząc na to, że ta ostatnia, rozciągając przemieszczony płat skórny, tem samem przy ciśnię lepiej ruchomy zawsze odłam do leżącej pod nim kości czołowej. I tak się też stało, a chory odtąd mógłby być uważany za wyleczonego, gdyby nie niemożność podnoszenia lewej powieki górnej. (Ptosis palp. sup.) Z początku przypisywałem to niewyrównanym jeszcze zmianom w oczodole w bliskości m. levatoris palpebrae sup., później jednak zacząłem przypuszczać istnienie jakiejś centralnej przyczyny. Zauważyłem mianowicie, po raz pierwszy d. 3. III., że chory, mimo absolutnego braku gorączki, miewa tętno znacznie przyspieszone (110—120), co mię wielce zaniepokoiło; otóż gdy 10. III. wystąpił nagle obrzęk i zaczerwienienie lewej powieki górnej (opadłej) i gdy po przecięciu wylało się około łyżeczki zielonej ropy, nabrałem prawie pewności, że gdzieś powyżej w jamie czaszki znajduje się ropień.

12. III. Cięcie od otworu na powiece przez łuk brwiowy ku górze, obnażające wstępującą część szczeliny odgraniczającej b. odłam czołowy. Szczelinę powiększyłem, oddłutowując 1 ctm. kw. kości czołowej z ponad łuku brwiowego, wprowadziłem palec pomiędzy mózg i ścianę oczodołu, ropnia jednak nie znalazłem; tak więc ropień w oczodole nie był opadowym, lecz rozwinął się samoistnie.

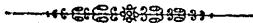
W ciągu następnych 3 tygodni chory nie gorączkował; czuł się jak i przedtem doskonale, a nawet odzyskał władzę w powiece górnej; tętno jednak, wynoszące w pozycji leżącej 90—100, gdy chory stał lub chodził, dochodziło do 130. Ponieważ przy wysłuchiwaniu serca szmerów dosłuchać się nie mogłem, zacząłem znów doszukiwać się przyczyny takiej nadmiernej jego pobudliwości w mózgu. Wprawdzie wiedziałem bardzo dobrze, że np. przy ropniu mózgowym prędzej należałoby oczekiwać zwolnionego niż przyspieszonego tętna, gdyż wtedy wzmacniać się powinno ciśnienie wewnątrz-czaszkowe;

sądziłem jednak, że w danym razie czynnik ten mógł pozostać bez wpływu, gdyż istniały szerokie rozdarcia opon mózgowych, przez które nadmiar cieczy mózgowej mógł przedostać się np. do naczyń chłonnych zewnątrz-oponowych. Rzecz prosta, że rozumowania podobne nie upoważniały wcale do jakiegokolwiek interwencji chirurgicznej, to też zdecydowałem się na nowy zabieg wtedy tylko, gdy zauważyłem nowy objaw, którego sobie wytłumaczyć nie mogłem, mianowicie: znaczne pogłębienie wklęsnięcia na miejscu byłej przepukliny mózgowej, które przytem tętnić przestało.

5. IV. oddłutowałem znów 1 ctm. kw. kości czołowej na zewnątrz od szczeliny odgraniczającej, przyrośnięty teraz, odłam kostny, poczynając od dolnego brzegu otworu, przez który przechodziła niegdyś przepuklina, wdół; ranę na razie zatamponowałem, gdyż krew zalewała mi pole operacji; dopiero nazajutrz obnażyłem mózg i gdy zabierałem się do robienia próbnej punkcji, zauważyłem, że z dna rany, z otworu w tkance mózgowej, zaczyna się sączyć cienkim strumykiem ciecz, mająca wygląd gęstej śmietany. Otwór ten rozszerzyłem szczypcykami Péan'a i wypuściłem łyżkę stołową owej płynnej tkanki mózgowej. Na drugi dzień wydzielina z rany miała już wygląd zwyczajnej ropy, przyczem temperatura ciała podniosła się do 38°,4, lecz tylko na dzień jeden, poczem spadła do normy i taką pozostała aż do zagojenia się rany, co jednak nastąpiło dopiero w 3 miesiące potem, gdyż przez dren stale wydzielala się ropa. Nie mogąc wytłumaczyć sobie tego długiego ropienia, d. 25. Czerwca zdecydowałem się odseparować skórę od ropiącej przetoki, przetokę rozszerzyłem na tępo i wypełniłem mocno gazą jodoformową. Następnego dnia udało mi się obejrzeć jamę ropnia, wielkości dużego orzecha laskowego; wyściełającą ją wątłą ropiejącą ziarninę (membrana pyogenica) wyskrobałem ostrą łyżeczką, poczem zagojenie nastąpiło bardzo szybko, bo już 7. Lipca dren usunąłem, a 15. rana zagoiła się całkowicie i chory nakoniec opuścił szpital. Dodać należy, że pod koniec pobytu chorego w szpitalu dał się słyszeć skurezowy szmer u wierzchołka serca, co nakoniec dostatecznie objaśniło niezwykle zachowanie się tętna. Prawdopodobnie więc chory zaraz po wypadku przebył jakieś zapalenie wsierdzia, boć trudno przypuszczać, aby wada serca rozwinąć się mogła jedynie wskutek uderzenia po głowie; przynajmniej o ile mi wiadomo, nikt jeszcze dotychczas nie opisał organicznej wady serca jako objawu neurozy traumatycznej.

We dwa lata potem miałem sposobność oglądać znów mego chorego: pod względem psychicznym zdrów zupełnie; żadnej przemiany w usposobieniu nie zaszło; uwypuklenie czoła w okolicy glabellae bardzo widoczne, kość jednak w tem miejscu (b. odłam czołowy) nieruchoma; wadę serca (insufficiencia valv. mitralis) stwierdzić teraz bardzo łatwo.

(D. n.)



Granice władzy zawodowej lekarza ze stanowiska prawa i etyki.

Napisał **Dr. E. Sonnenberg.**

(*Ciąg dalszy*).

IV. Dokonywanie zabiegu leczniczego za zgodą chorego, lecz bez wskazania lekarskiego.

TREŚĆ: Wskazanie lekarskie, jako drugi warunek legalności zabiegu. Dogadzanie kaprysom klienta. Lekarz wobec beznadziejnie chorego. „Gnadenstoss“ w pojnowaniu poetów i belletrystów. Skracanie życia ze stanowiska prawnego i etycznego. Euthanasia, czyli sztuka uczynienia cierpień przedśmiertnych mniej dotkliwymi.

Widzieliśmy wyżej, iż zezwolenie pacjenta na uskutecznianie zabiegu leczniczego stanowi integralny warunek legalności zabiegu. Nie znaczy to bynajmniej, aby lekarz mógł imać się każdego zabiegu, jaki mu chory zaproponuje. Wezmę przykład najzwyczajniejszy. Do lekarza może się zwrócić kobieta, znajdująca się w stanie odmiennym, z żądaniem przerwania ciąży. Cięża może być dla niej ze względów rodzinnych, towarzyskich lub wprost z wyrachowania, rzeczą wysoce nie pożądaną. Czyż dla zadosyćuczynienia żądaniu klientki wystarczą lekarzowi powody, na jakie się przybyła powołuje? Naturalnie, że nie. Do wywołania sztucznego poronienia brak tu jest potrzeby w interesie zdrowia lub życia, czyli brak wskazania lekarskiego. Gdyby lekarz dogodził żądaniu tej kobiety stałby się współwinnym zbrodni.

Abym więc przedsiębrany zabieg leczniczy był legalny, niezbędna jest, prócz zezwolenia klienta, obecność innego jeszcze warunku. Tym warunkiem jest naukowe uzasadnienie zabiegu. To, co się ma zamiar zastosować przy łożu chorego, powinno z punktu widzenia interesów zdrowia, odpowiadać rzeczywistej potrzebie. Można przedsiębrać zabiegi, nie mające wprawdzie bezpośredniego związku z interesami zdrowia pacjenta, jak naprzykład, zabiegi kosmetyczne (ryno-plastyka i t. p.), lecz nigdy, naturalnie nie wolno przykładąć ręki do zachodów, noszących cechy występne, lub do takich, któreby dogadzały chociażby tylko kaprysom klienta.

Z jakimi nieraz zwracają się do lekarzy żądaniami, za przykład niech posłuży następujący fakt autentyczny.

Do jednego z lekarzy, w mieście niemieckiem Zittau, zwrócił się student. Przybyły opowiedział lekarzowi, że studjuje prawo i urozmaica sobie studia pojedynkami, dodając, że miał już kilka pojedynków, lecz wychodził z nich zawsze cało, z czego właśnie jest niezadowolony, ponieważ pragnąłby bardzo mieć na swej twarzy dowody, któreby świadczyły o jego odwadze. Nieszczęśliwy bursz prosił lekarza, by zechciał zaradzić jego utrapieniu i zrobił mu na twarzy kilka

nacień, któreby pozostawiły trwałe blizny. Lekarz, naturalnie, nie uczynił zadość prośbie tego obiecującego młodzieńca.¹⁾

Idźmy dalej. Człowiek beznadziejnie chory i uginający się pod bezmiarem bólu błaga swego lekarza, aby zlitował się nad nim i skrócił przynajmniej, gdy mu już pomódz nie może, jego męczarnie. Czy lekarz może uleść podobnemu żądaniu chorego?

Poruszam powyższe pytania ze względu na to, iż znalazły się głosy, które — pod pozorem uczuciowych a przesadnych porywów — stawały po stronie rozwiązania tej kwestji w znaczeniu twierdzącem. Jeśli można — oto jak rozumowano — mieć litość i dobijać zdychającą zwierzę, to dla czegożby nie mieć litości nad człowiekiem, dla którego już niema ratunku, a który uosabia boleść, sam widok jakiej rozdziera i krwawi serce?

Zagadnienie to pociągało wyobraźnię i wielu belletrystów, a uczuciowa strona jego była wyzyskiwana jako tło i wcielenia do utworów zkadinań nawet większej wartości artystycznej. W romansie, naprzykład „La sacrifice“ bohater Dr. Morget, obiecuje swojemu przyjacielowi, dotkniętemu atakiem apoplektycznym, iż skróci jego męczarnie, jeżeli w dalszym przebiegu choroby wystąpią objawy, które nie pozostawiają już żadnych widoków uratowania mu życia.²⁾ Jakoż wkrótce złowróźbne objawy nie omieszkały nastąpić i M., przynaglony natarczym żądaniem, jakie wyczytał w spojrzeniu, dręczonego cierpieniami przyjaciela, spełnia obietnicę i truje go morfiną.

W innym znów utworze, obfitującym w sceny rzewne i uczuciowe, znajdujemy zupełnie podobną fabułę i układ powieściowy³⁾. Przyjaciel młodego lekarza, zapatrzonego w ponury los swego ojca, który był dotknięty nieuleczalnym obłędem, pozostawał od wielu lat pod groźbą złowrogiego widma dziedziczności. Pożerany trwogą wymógł na lekarzu przyrzeczenie, iż go otruje, gdy przewidywania jego się spełnią. Chwila spełnienia obietnicy nadeszła. Choroba coraz więcej opanowywała umysł nieszczęśliwego. W przeddzień zupełnej utraty zmysłów wzywa do siebie lekarza. Ten daje się ująć współczuciu i, zdjęty litością, spełnia obietnicę.

Pogłębienie będącego w mowie zagadnienia znajdujemy i w innym romansie Heyse'go p. t. „Auf Tod und Leben“, oraz w powieści Teodora Storm'a: „Ein Bekenntnis“

Lecz powróćmy do postawionego pytania: czy może lekarz wobec beznadziejnie chorego a wstrząsanego męczarniami ciężkiego konania, rządzić się uczuciem?

Ze stanowiska prawnego i etycznego odpowiedź na pytanie powyższe jest jasna i prosta: pozbawiający kogo życia, na usilną tegoż prośbę, postępuje wprawdzie zgodnie z wolą szczególną, lecz obraża wolę ogólną, która ustanowiła przepisy, ochraniające życie, w widokach interesu pospolitego⁴⁾. Życia więc nikt niema prawa odbierać,

¹⁾ Allgemeine Medicin. Central-Zeitung. 1894. 22. VIII. ²⁾ Edouard Rod: „La sacrifice“. Lausanne 1892. ³⁾ Paul Heyse: „Die schwerste Pflicht“ (tragedia). ⁴⁾ Albert Friedrich Berner: „Lehrbuch des deutschen Strafrechtes“. 1863. W tłumaczeniu polskiem przez prof. Małkowskiego: „Prawo karne“ Warszawa, 1866. Str. 111.

tembardziej lekarz, którego obowiązkiem jest opóźniać, chociażby na godziny i minuty gasnące życie. Skracanie życia byłoby niezgodne, z duchem powołania lekarskiego i uwłaczałoby szczytności nauki, oddanej na użytek cierpiącej ludzkości. Zresztą, czynić inaczej, znaczyłoby nie liczyć się z rzeczywistością. Należy bowiem nie zapominać, że rzeczywistość nieraz kłam zadaje naszym przewidywaniom i szydzi z najprawdopodobniejszych przypuszczeń naszych. Chyba każdy z lekarzy potrafi uprzytomnić sobie chociażby jedno zdarzenie ze swej życiowej praktyki, kiedy to stan chorego nie wzbudzał w nim już żadnej nadziei, a stojąc bezsilny przed lożem cierpiącego, oczekiwał z całą pewnością rychłej już katastrofy, aż tu nagle w stanie chorego następował zwrot niespodziewany... Nie jesteśmy przecież nieomylni, a wiedza nasza nie jest znów tak doskonała, aby można zawsze było obliczyć siły żywotne ustroju ludzkiego.

Lekarz więc, stojący na wyżynie posłannictwa, nigdy nie powinien się dać unieść do tego stopnia, aby gorąco odczute cierpienia pacjenta oraz bolesne błaganie dogorywającego, zagłuszyły w nim głos obowiązku. Jedyne, co lekarz może i powinien zrobić tam, gdzie śmierci zażegnać już niepodobna, gdzie chwila zgonu, pomimo najszerszej wiedzy odwrócić się już nie daje, to skierować swój wysiłek ku temu, aby udrczenia przedśmierne uczynić konającemu lżejszemi i chwilę nieodzowną a tragiczną — mniej bolesną. To będzie prawdziwa i ostatnia posługa, jaką on odda choremu i posługę tę już z dawien dawna zaliczano do zadań sztuki lekarskiej (Euthanasia).

V. Zabiegi lecznicze nie usprawiedliwione rozmiarami cierpienia.

TREŚĆ: „Delirium operatorum“ w ósmem i dziewiątem dziesięcioleciu. Oddziaływanie przeciwko tym przejawom. Zjazd lekarzy angielskich w r. 1894. Ginekologowie amerykańscy. Projekty, wniesione do senatu kanadyjskiego i parlamentu stanu Michigan. Przejawy, o jakich mowa, ze stanowiska etyki.

Zastosowanie przeciwnilnego i bezgnilnego traktowania ran stanowiło, jak wiemy, dobrą przełomową w chirurgji. Z ową chwilą technika operacyjna weszła w nowy a współczesny nam okres swego rozwoju. Uciążliwe zadanie leczenia ran, częste powikłania operacyjne, jak zgorzel szpitalna, róża przyrana i t. p., które przed siódmym dziesiątkiem obecnego stulecia stanowiły postrach operatorów, dziś przestały już niepokoić. Wprowadzenie metody przeciwnilnej zaznaczone zostało niezwykle ożywieniem działalności pracowników na tem polu medycyny. Mając w nowej metodzie znaczną rękojmię bezpiecznego operowania, zaczęto stosować zabiegi, jakie przeszły najśmielsze nawet marzenia dawnych lekarzy.

Udoskonalenie jednakże techniki operacyjnej wywołało i mniej pożądaný skutek.

Operator, mając przedtem do czynienia z wrogiem niewidzialnym, musiał rozwijać w sobie spostrzegawczość kliniczną, postępować

z wielką ostrożnością i starannie rozważać wszelkie szanse, zanim się podjął zabieg operacyjny. Wymienione zalety wraz z nową techniką zaczęły się stawać rzadszemi. Do zachodów operacyjnych zaczęto uciekać się zbyt łatwo i nieogłędnie. Kierunek zachowawczy w chirurgji schodził coraz bardziej z widowni: zaczęto obcinać i usuwać z ustroju nietylko to, co było dla tegoż rzeczywiście szkodliwem, lecz i to, co w danej chwili za takowe uchodziło. Wpłynęły zwłaszcza na te niepożądane objawy efemeryczne, krótkotrwałe, poglądy innych dziedzin nauki, przy pomocy których tłumaczono przyczynę wielu cierpień.

Grzeszyli w tej mierze zarówno chirurgowie, jak i ginekologowie. Kastrowano więc histeryczne kobiety w przekonaniu, że tą drogą usunie się najpewniej podstawowe cierpienia; usuwano jajniki przy przewlekłych cierpieniach tychże; w ciągu krótkiego czasu ogłoszono znaczną ilość wyluszczeń nerek; usiłowano nawet osiągnąć wyleczenie ostrego obłądu przy pomocy usuwania całej półkuli mózgu i t. d. ¹⁾ Nóż w rękach wielu chirurgów i ginekologów stawał się nie tyle środkiem, ile celem zabiegów krwawych i dogadzał skłonnościom ambitnym operatora; im rękoczyn był niezwyklejszy i świetniejszy, tem więcej miał dla niego powabu.

Lecz nie tylko w celach leczniczych przedsiębrano najryzykowniejsze operacje; uciekano się do nich lekkomyślnie i w celach rozpoznawczych. Do jakiego stopnia dochodził ten szal, zwłaszcza u ginekologów, cechuje wymownie fakt, jaki często przytaczał Le-Fort, gorliwy przeciwnik tego kierunku. Otóż Le-Fort spotkał był raz znajomego ginekologa, który w rozmowie między innemi wzmiankował o pewnej chorej, do której był wezwany, a która skarżyła się na dolegliwości w okolicy podbrzusza. „Rodzaju cierpienia — opowiadał ginekolog — rozpoznać nie mogłem. Ponieważ nie można było uskutecznić wewnętrznego badania; aby nie uszkodzić błony dziewiczej postanowiłem wykonać próbną laparatomję. Po uskutecznieniu operacji okazało się, że żadnego cierpienia nie było.“ ²⁾

Połowa ósmego dziesięciolecia odznaczała się największem napięciem w omawianym kierunku. Od owej jednak chwili następował powolny zwrot ku umiarkowaniu. Przyczyniła się do tego, między innemi, postawa, jaką zajęli w tej mierze wybitni chirurgowie, jak wzmiankowany Le-Fort i inni. Nie dzielając panującego zaślepienia, nawoływali oni swych towarzyszy do większej powściągliwości. Z ginekologów powstawali przeciwko gorączce krajania Schroeder, Martin, Olshausen, O'Reilly, Doleris.

Na początku dziewiątego dziesięciolecia pogoń za bezcelowymi i ryzykownymi zabiegami operacyjnymi, jakkolwiek już znacznie osłabła, całkowicie jednak jeszcze nie minęła. Najlepszym tego dowodem, iż na jednym ze zjazdów lekarzy angielskich w r. 1894 nader cierpkie uwagi w tej mierze były wypowiedziane przez Banks'a. Tenże zarzucał chirurgom, iż w zbytnej pogoni za nowymi zabiegami

¹⁾ Prof. A. S. Tauber: „K woprosu o chirurgji briansznoj połosti“ (Wraccz 1894, Nr. 51). ²⁾ „Journal de Médecine de Paris“ 1897. 7. II. („Wraccz“ 1897, Nr. 7.)

zatraca ją z oczu to, co mieć powinni przede wszystkim na uwadze, a mianowicie: chorego. Wielcy chirurgowie — oto słowa Banks'a — stawiali zawsze na pierwszym planie chorego, świetny zaś zabieg operacyjny był dla nich rzeczą podrzędną. Mówca nawoływał do umiarkowania i radził, aby z próbowaniem nowych zabiegów zbytnio się nie spieszyć i krytyczniej oceniać to, co podają za nowe.¹⁾ System lekkomyślnego uciekania się w praktyce ginekologicznej do noża znalazł zwłaszcza chętnych i gorliwych wyznawców w Ameryce.

Jednostronne a modne wierzenia, jakoby większość cierpień kobiecych zależną była od nieprawidłowości ich narządów płciowych, znalazły wśród ginekologów amerykańskich dobry grunt. Najrozmaitsze cierpienia kobiet psychano na karb zaburzeń płciowych i bez dostatecznego uzasadnienia i stwierdzania swych przypuszczeń, przystępowano do leczenia kobiety z nożem w rękę. Gorączką operowania kobiet dochodziła w Ameryce do tego stopnia, że jeden z wziętych tamtejszych ginekologów, trzeźwiej i lepiej snadź na zadanie leczenia się zapatrujący, Goodell, odczuwał potrzebę przy każdej sposobności, bądź to na swych wykładach, bądź też na zebraniach lekarskich, nieustannie przypominać lekarzom niestosowność ich postępowania. „Pamiętajcie, panowie — mawiał on — że u kobiety prócz organów rozrodczych, są jeszcze inne narządy!”²⁾

Przykład ginekologów zaczął już w Ameryce oddziaływać i na psychiatrów.

W r. 1892 komisja, wydelegowana dla zbadania jednego z zakładów dla obłąkanych, w stanie Pensylwania, znalazła w jednym z oddziałów zakładu cztery kobiety po świeżo wykonanem wyłuszczeniu jajników, oraz listę, na którą wniesiono imiona 50-ciu innych kobiet, na jakich postanowiono uskuteczyć tę samą operację. Z przeprowadzonego z tego powodu śledztwa okazało się, że zarządzający zakładem lekarz, powziął za правило usuwać jajniki wszystkim obłąkanym, u których przypuszczał powstanie cierpienia na tle zaburzeń płciowych.³⁾

Upodobanie do operacyjnych zabiegów urosło w Ameryce do takich rozmiarów, że w nożu zaczęto upatrywać nie tylko środek, który powinien usuwać rozmaite już rozwinięte cierpienia, lecz i środek zapobiegawczy przy pomocy którego, możnaby zapobiedz szerzeniu się cierpień, przekazywanych drogą dziedziczności. Pewien amerykański lekarz podniósł w miesięczniku „Litterary Digest” myśl, aby wszystkich epileptyków i umysłowo chorych... kastrować. Kastracja — zdaniem wnioskodawcy, odgrywałaby rolę środka przeszkadzającego rozmnażaniu się ludzi psychicznie chorych⁴⁾. Byli więc tacy, co sądzili, że owej tajemniczej a okrutnej sile, pod wpływem której umysłowe cierpienia rodziców często przechodzą na potomstwo, a przeciwko której bezsilniemi się nieraz okazują wychowanie i hygiena, najpewniej jest przeciwstawić — nóż.

¹⁾ The British Medical Journal 1894. X. (Wrac 1894, N. 42). ²⁾ Wrac 1890. № 8. ³⁾ „The Lancet” 1893. 4. III. „Врач” 1893, № 9. ⁴⁾ „Revue Scientifique” 1894. 7. VII. (Врач 1894, № 29).

Że pomysł powyższy nie wszystkim wydawał się dzikim, brutalnym i nieludzkim, dowodem jest, iż znalazł gorliwych orędowników. Otóż w Kanadzie gorąco go podtrzymywali prawnicy i przedstawili nawet senatowi do uchwały.¹⁾ Taki sam projekt wniesiono w r. 1894 do parlamentu stanu Michigan.²⁾ Żądano prawa kastrowania wszystkich epileptyków i umysłowo chorych przed wypuszczeniem ich ze szpitali. Projektodawcy żądali nawet rozciągnięcia tego prawa i na ważniejszych przestępców — recydywistów, skazanych za powtarzanie przestępstw przez sądy po raz trzeci.

Dziś przejawy, o jakich mowa, należą już prawie do przeszłości. Jeżeli jeszcze gdzieś występują, to rzadko i w każdym razie w postaci łagodniejszej. Kierunek zachowawczy, który był zawsze ideałem w chirurgji, powrócił znów do swych praw. Jest bowiem zbyt jasną rzeczą, że sztuka chirurga mieści się nie tylko w technicznej stronie zabiegu operacyjnego lecz tkwi w orjentowaniu się w całości zjawisk chorobowych i w umiejętnym wyborze wskazania leczniczego. To samo da się powiedzieć i o ginekologii. „Dobry ginekolog — oto słowa Doleris'a — powinien być terapeutą zawsze, operatorem zaś — czasem.“³⁾

Operacyjny zabieg, zwłaszcza połączony z utratą ważniejszego narządu, musi być uważany za środek ostateczny i powinien być stosowany w braku innych skutecznych środków jedynie tylko wtedy, kiedy zachodzi nieodzowna tego potrzeba. Dokonywanie zabiegu leczniczego, który rozmiarem przewyższa rozmiary cierpienia, przeciwko jakiemu został użyty, chociażby i był uskuteczniiony z największą zręcznością, wytrąca operatora z tej normy, którą powinien mieć zawsze na uwadze i nie tylko nie stanowi o umysłowym zasobie i zdolności chirurga lub ginekologa, ale jest, jak się dosadnie wyraża Łuczkiwicz — „występkiem przeciwko nauce, sumieniu i ludzkości.“⁴⁾

(D. c. n.)

SPRAWOZDANIE

z Przytułku położniczego przy szpitalu małżonków Poznańskich za lata 1897, 1898 i 1899.

(Podług odczytu wygłoszonego w Tow. Lek. Łódzkim, dnia 21 Marca 1900 roku).

Podał Dr. Józef Saks.

(Dokończenie.)

Znakomita ilość porodów przebiegała w przytułku normalnie, a co z tego wynika, ilość operacji była nieznaczną. Wszelkich rękoczynów (nie zaliczam tutaj zaszywania krocza) dokonałem w czasie

¹⁾ „The Lancet“ 1894. 8. XII. ²⁾ „Klinisch-therapeutische Wochenschrift“.
³⁾ „La Presse médicale“. 1896. 7. X. ⁴⁾ Prof. Henryk Łuczkiwicz: „Kurs prope-
deutyki lekarskiej“. Warszawa 1876. Str. 188.

omawianym w przytłoku 19. W 3 przypadkach zakładałem kleszcze; raz z powodu krwawienia podczas porodu; drugi raz z powodu podniesionej ciepłoty rodzącej przy porodzie trwającym już 48 godzin; w trzecim przypadku — rodząca została specjalnie skierowana do szpitala dla dokonania na niej operacji kleszczowej. We wszystkich trzech przypadkach otrzymałem dzieci żywe (w jednym przypadku omdlałe, lecz szybko przywrócone do życia).

W jednym przypadku dokonałem wymóżdżenia przy wypadnięciu nietętniącej pępowiny obok czaszki u pierwiastki, dotkniętej zwężeniem miednicy; poród od 36 godzin, bóle silne, przodogłowie znaczne, objawy silnego ucisku na części miękkie dróg porodowych; w jednym przypadku zmuszony byłem dokonać cięcia cesarskiego po bezskutecznej próbie wymóżdżenia.¹⁾

W 2 przypadkach miałem do czynienia z łożyskiem przodującym; obfite krwawienia, datujące od kilku tygodni; początkowo stosowane było tamponowanie pochwy, a następnie przy dostatecznym otwarciu macicy obrót na nóżkę z b. powolną ekstrakcją. W trzech przypadkach dokonałem obrotu przy ukośnem położeniu płodu; wydobywania ręcznego płodu dokonałem dwa razy: raz przy położeniu pośladowem ze względu na nieposuwanie się porodu, drugi raz przy porodzie przedwczesnym w VI miesiącu ciąży przy otwarciu macicy nieznacznem ze względu na krwawienie, w jednym nakoniec przypadku zakładałem kleszcze, na rodzącej; dotkniętej ciężką rzucawką, trwającą przeszło 24 godzin. O wydobyciu ręcznem popłodu wyżej wspomniałem, tutaj dodam tylko, że trzy razy zmuszony byłem usuwać resztki popłodu w okresie po połogowym; we wszystkich przypadkach prawie stała, choć nieobfita wydzielina krwawa nasuwała podejrzenie obecności ciała obcego w jamie macicy. Usuwałem resztki li tylko za pomocą palca w uspieniu; używanie wszelkich skrobaczek uważam, conajmniej, w tych przypadkach za zbyteczne; w trzech, nakoniec, przypadkach dokonałem wyłżeczki macicy po poronieniach. Na tem kończę omówienie okresu porodowego, aby zająć się poporodowym.

Słów kilka o postępowaniu naszym podczas okresu popołogowego. Żadnych przemywań pochwowych się nie robi; zadawalniamy się obmywaniem narządów zewnętrznych; w szczególnych tylko przypadkach na wyraźne me zlecenie, przepłukuje się pochwę odpowiednim środkiem.

Dziecko przykłada się do piersi najczęściej w 12 godzin po porodzie; pozycji szczególnej, np. stałego położenia na krzyżu nie zalecam położnicom; pozwalam im nawet w kilka godzin po porodzie leżeć na boku (rozumiem się że po zaszyciu kroczka, przy powikłaniach okresu popołogowego postępowanie jest odmienne. Wstawać pozwalam położnicy, kiedy tylko zechce, i bardzo często się zdarza, że dziewczęta podnoszą się z łóżka trzeciego dnia. Gdy Küstner wystąpił na zjeździe lekarskim w Berlinie z uwagami swojemi w sprawie wczesnego podnoszenia się z łóżka położnic, otrzymał energiczną odpowiedź

¹⁾ O tym przypadku patrz: „Czasopismo Lekarskie“ №12 r. 99 str. 528 w sprawowaniu z posiedzenia Tow. Lek. Łódzkiego.

ze strony Olshausena, uważającego takie postępowanie za szkodliwe, Küstner na zarzut Olshausena odpowiedział krótko i węzłowato, że twierdzenie swe opiera na obserwacji, Olshausen zaś swoje na teoretycznych rozumowaniach.

Ze swej strony zapewnić mogę najkategoryczniej, że wstawanie wczesne położnicy lub zmiana położenia w łóżku choćby zaraz po porodzie ani w jednym przypadku nie odbijały się ujemnie na zdrowiu położnicy. Zwijanie się narządów płciowych po porodzie następowało bądź co bądź nie gorzej, jeśli nie lepiej; dodać w tem miejscu zaraz winienem, że kobiety zamężne, a szczególnie wieloródki, rzadko opuszczały łóżko wczesnie; niewątpliwie większe osłabienie i tradycja o konieczności dłuższego spokoju w okresie popołogowym były przyczyny tego. Nie chciałbym jednak być źle zrozumianym; pozwalając położnicom w przytulku na wczesne podnoszenie się z łóżka, zwalczałbym takie postępowanie w praktyce prywatnej w sferze ludności ubogiej. Położnica, podnosząc się wczesnie w przytulku, wstaje na chwilkę, nie ma żadnego zajęcia, po chwile więc znów się kładzie; w praktyce zaś prywatnej wstawanie wczesne jest prawie identyczne z imaniem się ciężkiej pracy gospodarskiej, co niewątpliwie najniekorzystniej odbić się musi na osłabionym ustroju kobiecym.

Pod względem diety u normalnych położnic też nie jestem zbyt ostrożny; już drugiego dnia pozwalam na mięso rosółowe i bułki, jeśli tylko położnica ma apetyt po temu, a położnice w przytulku na brak apetytu się nie uskarżają.

Jeżeli położnica przez trzy dni nie ma wypróżnienia, co zresztą z powodu swobody ruchów rzadko się zdarza, dostaje na przeczyszczenie ol. rącznikowy lub pulv. *Liquiritiae compositus*; cewnikowanie pęcherza z powodu niemożności oddawania moczu należało u nas do nadzwyczajnych rzadkości.

Co się tyczy powikłań zauważonych u położnic naszych w tym czasie, to na 161 osob, korzystających z przytulku, zmarły trzy. Przypadki śmierci zależały od przyczyn następujących. W pierwszym przypadku (rzecz działa się w r. 97) śmierć nastąpiła przy objawach ostrej psocznicy u kobiety, na której dokonana została operacja z powodu łożyska przodu. Chora wykrawawiona (krwawienia przeszło 6 tygodni) przybyła do szpitala z wsi podmiejskiej z wstrętami tamponami, przez które obficie przeciekała krew; drugi przypadek śmierci miałem po operacji cięcia cesarskiego, o którym wyżej wspominałem; trzeci, nakoniec, przypadek śmierci zdarzył się przy następujących okolicznościach. Do przytulku przepisana została z wewnętrznego oddziału 17 letnia dziewczyna, dotknięta ostrym goścem stawowym i świeżą wadą serca, zależną od gościa; chora w VII miesiącu ciąży, od dłuższego czasu gorączkuje. Bóle porodowe; poród długotrwały dobrowolny; płód nieżywy. Po porodzie gorączka zależna od gościa, trwała, tętno przez czas cały przyspieszone, wyżej 120; chora na przepisana naporstnicę. Samopoczucie względnie niezłe; szóstego dnia w nocy chora nagle zaczęła płuć krwią i w kilka minut zmarła, najprawdopodobniej od zatoru płucnego; przywołany natychmiast felczer szpitalny zastał już pacjentkę nieżywą.

Reszta, t.j. 158 osób wypisały się zdrowe. Okres popołogowy był 22 razy w czasie oznaczonym powikłany gorączką; jednak w trzech przypadkach gorączka nie była zależną od porodu, a mianowicie: raz zależała od duru brzuszego, podczas którego chora rodziła; w drugim przypadku zależała od zapalenia gruczołu piersiowego (mastitis), operowanego na oddziale chirurgicznym; podczas leczenia się od tego cierpienia chora urodziła, poczem stan piersi się pogorszył; w trzecim, nakoniec, przypadku gorączka zależała od zapalenia krtani gruźliczego ataki duszności w okresie popołogowym były b. silne i częste, tak że kol. Przedborski zmuszony był następnie na chorej, przepisanej do oddziału wewnętrznego, dokonać tracheotomji; chora w kilka tygodni później zmarła przy objawach b. szybko rozwijającej się gruźlicy płuc i krtani.

Potrąciwszy wyżej przytoczone trzy przypadki, pozostaje 19 przypadków gorączki podczas okresu popołogowego, z nich w 8 przypadkach było tylko jednokrotne podniesienie ciepłoty wyżej 38° C., w 2 przypadkach podniesienie ciepłoty trwało przez 2 dni, w 3 przypadkach przez 3 dni (jeden przypadek u położnicy nie badanej wewnątrznie, po t. zw. Sturzgeburt); pozostaje zatem 6 przypadków dłużej trwającej gorączki — przeważnie przez 5—6 dni; najdłuższy czas trwania gorączki był 9-dniowy u pierwiastki, która rodziła dobrowolnie, choć ciężko. Przypadku cierpienia dłużej trwającego albo jakiegoś wysięku przy — lub okołomacicznego nie mieliśmy ani razu. W 2 przypadkach chore skarżyły się na pewną bolesność brzucha, we wszystkich innych przypadkach gorączki popołogowej chore najzupełniej na nie się nie skarżyły. Z pośród powikłań okresu popołogowego należy zanotować kilka przypadków obrzmień narządów płciowych zewnętrznych, 3 przypadki pozostania resztek łożyska i 2 przypadki bolesnego stwardnienia piersi, które nie doszło jednak do ropienia; zapalenia piersi ropnego nie mieliśmy ani jednego przypadku.

Pewną miarą przebiegu okresu popołogowego może być ilość dni, przez jaką chore przebywały w przytułku. Otóż jedna położnica wypisała się w 5 dni po porodzie, 7 po 6 dniach, 14 po 7 dniach, 42 po 8 dniach, 32 po 9 dniach, 21 po 10 dniach, 6 po 11 dniach, 1 po 15, 3 po 16 dniach, 2 po 3 tygodniach i jedna po 4 tygodniach. Największa ilość przypada zatem na 8 i 9 dni; przez tyle dni zdrowa położnica bywa przetrzymywana w przytułku; niektóre czują się tak dobrze, że chętnie wypisałyby się wcześniej, lecz ze względu na obrządek religijny obrzezania, który przypada ósmego dnia po porodzie i który im wygodniej załatwić w szpitalu, zostają przez 8—9 dni; kobiety, obdarzone dziećmi płodu żeńskiego, wypisywały się często wcześniej, niektórych, po porodzie przedwczesnym, nie mających dziecka, nie udawało się zatrzymać dłużej, nad 6 dni; Mężatki przebywały na ogół przez czas dłuższy, przez 10—11 dni.

Zwraca uwagę w powyższej tabliczce pobyt niektórych położnic w przytułku przez czas względnie długi, bo trzech osób po 16 dni, dwóch po 3 tygodnie i t. d., otóż prawie zawsze długie ich przebywanie w przytułku zależne było od cierpienia oczu u noworodków — ble-norrhoea neonatorum. Cierpieniem tem dotknięte były dzieci w 10 przy-

padkach występowało to cierpienie piątego, szóstego i nawet ósmego dnia, niekiedy przechodziło b. szybko (po 3 dniach), innym razem trwało uporczywie. Postępowanie lecznicze, przez nas stosowane, było zwykle: okłady zimne i pędzlowanie 2% azotanem srebra. W kilku przypadkach efekt od azotanu srebra był znakomity, niekiedy zaś prawie żaden, tak, że w kilku ostatnich przypadkach stosowałem wyłącznie 15% protargol, po którym, zdaje mi się, rezultaty są lepsze.

Icterus neonatorum zauważyliśmy 4 razy; pępowina odpadała przeważnie między 5 a 7 dniem; przypadku zapalenia pępka (omphalitis) nie widzieliśmy. W 6 przypadkach mieliśmy do czynienia z b. obfitymi krwotokami po obrzezaniu (nie wspominam tu o drobnych), zależnymi najczęściej od niemiętznego operowaniu (ta operacja rytualna dokonywana bywa przez osoby nielekarskie); w 3 przypadkach zmuszony byłem obkłuwać miejsce krwawiące, albowiem wszelkimi innymi sposobami nie udało się zatamować krwotoku. Dzieci zmarło w przytulku sześcioro: i jedno przy objawach bronchiolitis, troje wskutek niedorozwoju (nie umiały ssać); jedno czasowe też wskutek osłabienia (nie umiało ssać); jedno nakoniec zadusiła matka przez nieostrożność podczas snu. W jednym przypadku dziecię konało przeszło 24 godzin, przyczem ruchy oddechowe przez ostatnich kilka godzin powtarzały się w odstępach 20-minutowych.

Na tem kończę właściwe sprawozdanie. Przytułek, uprzystępniając racjonalną pomoc akuszeryjną i otaczając opieką w ciężkiej chwili rodzące ze sfer biednych, niewątpliwie oddaje b. duże usługi; chwilowa jednak pomoc w przytulku nie rozstrzyga w zupełności kwestji pomocy, jaką winno jest okazywać społeczeństwo biednym rodzącym. Na większość w przytulkach składają się niezamężne; cóż staje się z dziećmi potem? Odpowiedź nietrudna, choć nie poparta dokładnymi cyframi. Gdy powiem, że z pośród rozpytywanych przezemnie w tej kwestji dziewcząt, które rodziły, żadna nie posiadała dziecka żywego po roku, zrozumiemy całą groźbę położenia. Większość dziewcząt idzie w mamki, dzieci zaś swych pozbywa się przez oddanie ich na t. zw. garnuszek. Niejeden z kolegów miejscowych odwiedzał zapewne owe nory na przedmieściu Łodzi: na Bałutach, gdzie niekiedy 2—3 dzieci znajduje się u jednej kobiety; brud, stęchlizna, brak opieki macierzyńskiej, karmienie dzieci jakąś mieszaniną, zawierającą mleko w minimalnej ilości — oto czynniki, wywołujące tę okropną śmiertelność wśród dzieci. O miedzę z nami każdy powiat ma swój dom wychowawczy dla niemowląt, pozbawionych opieki macierzyńskiej, u nas zaś prawie legalnie odbywa się cicha rzeź niemowląt. Kwilenie i skargi bez słów głodzonych niemowląt nie przedostają się poza nory, w których giną masami owe dzieci; nie naruszają one spokoju publicznego, przeto przechodzi się do porządku dziennego nad tymi jękami, których odgłosy budzą od czasu do czasu sumienie społeczne, gdy wykrytem zastaje cmentarzysko tych ofiar drobnych.

Jedna z najgwałtowniejszych potrzeb społecznych to domy wychowawcze dla niemowląt: brak ich winien wywoływać rumieniec wstydu na twarzy wszystkich dobrze myślących członków społeczeństwa.

Szpitalnictwo w gubernji Radomskiej.

Opracował Dr. H. Fidler.

Starszy Ordynator szpitala starozakonnych w Radomiu.

Dokończenie.

Innych pozycji wydatków nie dotykam, jako mniej ważnych. Zaznaczę tylko, iż jedynie 3 szpitale (Starozakonnych, Sandomierski i Opoczński) kapitalizowały resztę swych dochodów, jakkolwiek sumy te były nieznaczne, gdyż stanowiły od 0,27% do 4,9% rocznego rozchodu. Reszta tego czynić nie mogła. Zestawiwszy cyfry dochodów i wydatków otrzymujemy tablicę następującą:

Tab. XXVII.

Nazwa szpitali lub miejscowości	Dochód roczny w rublach	Rozchód roczny w rublach
Radom św. Kazimierza	11331	12391
„ starozakonnych	4935	5864
Sandomierz	10460	11087
Opatów	5165	6512
Opoczno	4240	5074
Staszów	4742	6345
Razem . . .	40873	47273

Na 1 łóżko przypada dochodu 116,7 rubli rocznie.

„ 1 „ „ rozchodu 135 rubli „

A więc we wszystkich szpitalach rozchód przewyższa dochód. Buchhalteryjne księgi i spawozdania roczne Rady Dobroczynności Publicznej wykazują przeciwną przewyżkę dochodów nad rozchodami, jedynie dzięki temu, iż figuruje w rubrykach dochodów pozycja „reszta dochodów“, która właściwie nie jest nadwyżką lecz, przeniesiona na rok następny, służy do zapłacenia zaległości z roku poprzedniego. A zaległość ta wynosi czasami 20% rocznego rozchodu. A więc jakkolwiek buchhalteryjnie jest to dochód, to jednak w rzeczywistości dochodem nie jest w ścisłym znaczeniu tego słowa, a tylko niewypłaconym rozchodem. Tem się tylko tłumaczy niezgodność moich cyfr z cyframi zamieszczonemi w rocznych sprawozdaniach. Wreszcie, widzieliśmy już,

że zaledwie tylko 3 szpitale miały w istocie nieznaczną nadwyżkę, wynoszącą od 30 do 250 rubli rocznie. Nie jest to bynajmniej dowodem, że potrzeby szpitalne są zaspokojone należyście, lecz że pomimo krzyżujących braków można robić oszczędności kosztem niezbędnych potrzeb. Wreszcie, jak rzekłem, sumy oszczędzane są bardzo małe, a więc nie mogłyby pokryć potrzebnych wydatków, a że dochody na przekroczenie koniecznych wydatków nie pozwalają, przeto są stałe braki w szpitalach, o których już mówiłem poprzednio, braki, że tak powiem, codzienne, nie mówiąc już o tem, że rozszerzenie szpitala, sprawienie potrzebnych narzędzi, urządzenie pracowni i t. p. należą do niedoścignionych mrzonek. Trzymać się musimy tej zasady, iż lepiej mieć zły szpital, aniżeli nie posiadać żadnego, nie bacząc na to, iż zdanie to usypia naszą czujność w tym kierunku i skazuje na bezczynność.

Koszt utrzymania jednego łóżka wynosi 135 rb. rocznie¹⁾. Gdyby zaspokoić wszystkie potrzeby szpitala należałoby podnieść koszt utrzymania 1 łóżka do 250 rb. rocznie. W tym mieściłyby się: zwiększenie wydatku na pożywienie chorych, liczniejszą służbę niższą i lepsze wynagrodzenie lekarzy i felezerów, oraz na zwiększenie ich liczby. Ponieważ według mego obliczenia winno być w gubernji 1810 łóżek, przeto suma potrzebna na utrzymanie takowych wynosiłaby rocznie z górą 450000 rb. rocznie. Dodać do tego należy utrzymanie uzdrowisk dla suchotników i szpitala dla obłąkanych, co by razem wyniosło przypuszczalnie 600000 rb. rocznie. Suma to bardzo poważna. W myśl mego projektu sumę tę możnaby zebrać drogą podatku pogłównego. W gubernji mamy ludności 926784. Licząc pięć głów na rodzinę, otrzymujemy cyfrę 185000, wykazująca liczbę rodzin ewentualnie głów rodzin (odrzucam trzy ostatnie cyfry dla równego rachunku). Otoż ta liczba 185000 głów rodzin musiałaby uiszczać podatek szpitalny. Przeciętna suma na 1 rodzinę wynosiłaby 3,2 rb. rocznie. Cyfra ta nie jest zbyt wielka sama przez się. Gdyby jednak, co jest jedynie słusznem, podatek ten ustanowiono proporcjonalnie do dochodów, przyjąwszy za zasadę podatek mieszkaniowy, wypadłoby zapewne, iż najniższa kategoria płaciłaby 25 kop. rocznie, a najwyższa 25 rb. rocznie. Ten podatek nie obciążałby najbiedniejszych, lecz przeciwnie najbogatszych, dla których wreszcie wydatek 25 rb. rocznie byłby bez

¹⁾ Podana przezemnie cyfra 125 rb. nie odpowiada wykazanej w sprawozdaniach rocznych, gdyż według tych ostatnich przecięciowo utrzymanie 1 łóżka kosztowało 202,8 rb. Różnica ta powstała ztąd, iż ja do obliczenia kosztów przyjąłem istniejącą faktycznie liczbę łóżek w szpitalach, t.j. 350 gdy tymczasem sprawozdania obliczają wydatki według liczby łóżek, zajętych w roku przez chorych. Tym więc sposobem łóżko, zajęte przez chorego w przeciągu roku t.j. 365 dni, kosztuje 202,8 rb. gdy średni koszt łóżka, przyjmując w rachubę zajęte i niezajęte oraz 300 dni w roku szpitalnym, jakem to wykazał na początku, wynosi tylko 135rb. Gdy więc mówię, iż wypadłoby podnieść koszt utrzymania łóżka rocznie do 250 rb. to mam na myśli, iż przy obliczaniu ogólnych kosztów utrzymania szpitala należy wziąć pod uwagę wszystkie łóżka istniejące w danej chwili w szpitalu. Dla przykładu podam następujące cyfry. Szpital Starozakonnych w Radomiu ma łóżek 42, koszta utrzymania ich winny wynosić według mego obliczenia 10500 rb., gdy tymczasem w ostatnim roku 1898 wydano 7276 rb. i łóżko według sprawozdania kosztowało 214,6 rb. a to dlatego, iż obliczono tylko 34 łóżka stale zajęte w roku. Pominęto zaś 8 niezajętych.

znaczenia. Kto bowiem ma dochodu z kapitału 20000 rb. np. ten może dla zdrowotności publicznej rocznie płacić 25 rb.

Budowa szpitali pociąga za sobą wielkie koszta, jeśli się ma na widoku postawić szpital odpowiadający wymaganiom nowoczesnym. Dawniej chodziło tylko o to, by szpital był, by biedni i chorzy mieli przytułek. Dzisiaj, jakem to już wyżej powiedział, pogląd na szpitale z gruntu się zmienił. Przeto nie chodzi nam lekarzom o to, by mieć byle jaki szpital, lecz szpital dobrze urządony. Otóż przyjmują w Niemczech (Kuhn) jako normę, iż koszt budowy szpitala wynosi na jedno łóżko 1000 rb. Ponieważ my mamy w guberni 350 łóżek, a powinniśmy mieć 1810, przeto na budowę szpitali dla brakującej liczby łóżek należy posiadać kapitał w wysokości 1460000 rb. Posiadamy tymczasem 56771 rb. złożone dla projektowanych trzech szpitali, w Końskich, Kozienicach i Iłży. Za tę sumę można mieć 57 łóżek czyli po 19 w każdym szpitalu, gdy tymczasem według mego obliczenia w tych trzech miastach winno być łóżek 450. Jakże daleko odbiega rzeczywistość od wymagań warunkowanych stanem zdrowotności i liczbą chorych potrzebujących szpitalnego leczenia! Lecz naturalnie w obecnej chwili pożądane będą i tak małe szpitale, byle tylko uwzględniono wszystkie wymagania przy budowie takowych. Jeżeli bowiem kierującą myślą przy stawianiu szpitali będzie to, iżby tylko szpital był, bez względu na wygodę i potrzeby chorych i lekarzy, wtedy popełnimy ten sam błąd, jaki popełniali stale nasi poprzednicy, lecz naturalnie owe 57 łóżek nie wypełnią braków. Ponieważ ja w projekcie swym podaję cyfry idealne, wymagalne ze względu na stan zdrowotności w naszej gubernji, do których należy dążyć w przyszłości, przeto i środki przezemnie wykazane są ideałem przyszłości. Zgodnie z założeniem, odsuwając na drugi plan dobroczynność prywatną w budowaniu i utrzymaniu szpitali, chętnie bym widział, gdyby skarb państwa sam sprawę tę podjął i, zbudowawszy szpitale w odpowiedniej ilości i jakości, z ludności ściągając poniesione na ten cel koszta w przeciągu dłuższego czasu, by 1) zbytnio opodatkowanych nie obarczać i 2) złożyć na barki przyszłych pokoleń ten ciężar, który nieś winien cały szereg pokoleń.

W pracy swej o „Szpitalnictwie Warszawskiem” D-r Polak ¹⁾ proponuje obłożyć podatkiem ludność miasta Warszawy. Z osiągniętej z tego źródła sumy dwóch milionów rubli $\frac{1}{10}$ przeznaczyć na rzecz szpitali, resztę zaś na uzdrowienie miasta. Tym sposobem ma Dr. Polak nadzieję zmniejszyć liczbę zachorowań wogóle, a tem samem i liczbę chorych szpitalnych, a co za tem idzie zmniejszyć koszta utrzymania szpitali. Najzupełniej się zgadzam na to, iż poprawienie zdrowotnych stosunków wogóle zmniejsza liczbę zachorowań, lecz sądzę jednakże, że nie dzieje się to w tak znacznym stopniu, iżby można przypuszczać, że kiedykolwiek liczba szpitali i łóżek będzie za wielka. Pomijając już tę okoliczność, iż zmiany atmosferyczne niezależne od zdrowotności danej miejscowości wywierają duży wpływ na wahanie w ruchu chorych w różnych porach roku, pozostaje jeszcze

¹⁾ „Bolniczny wopros w Warszawie” J. W. Polaka.

jedną okoliczność, iż są choroby, które jak nieprzyjaciel napadają na daną miejscowość z zewnątrz, a których natura, sposób rozprzestrzeniania się nie są nam dotychczas znane, jak odra, szkarlatyna i tyfus wysypkowy. Widzimy wszak codziennie, iż przy najlepszych warunkach zdrowotnych w domach zamożnych uniknąć niepodobna wybuchu jednej z trzech wyżej wymienionych chorób podczas epidemii takowej. Można by powstrzymać pojawienie się epidemii w danym miejscu, lecz na to wypadaloby chyba zaprowadzić kwarantannę, czyli odosobnić daną miejscowość przez czas klęski. Jest to środek niemożliwy. Stosuje go się w obawie cholery i dżumy, gdyż te choroby zjawiają się rzadko, co lat kilkanaście, lecz niepodobna go stosować niemal co rok, gdyż u nas odra i szkarlatyna należą do gości odwiedzających nas co najmniej raz do roku, a czasami i dwa. Musimy więc spokojnie wyczekiwać ich przybycia i dotychczas przynajmniej nie wskazano żadnego środka, któryby mógł zabezpieczyć nas od najścia owych wrogów. Zaś w razie przybycia takowych dla zapobieżenia rozprzestrzenianiu się zarazy pozostaje jeden środek odosobnienia chorych i odkazanie zarażonych miejsc. Lecz by odosobnić chorych, należy mieć odpowiednie szpitale, których my na prowincji zupełnie nie posiadamy, a Warszawa zaledwie jeden (zapasowy); po drugie należy uzyskać zgodę chorego i rodziny, co się niezbyt często udaje, a przymusu stosować nie można, po trzecie, chcąc być logicznym odosobnić i tych, co z chorymi się stykali, zamykając ich w domach izolacyjnych dla przebycia okresu wylegania. Nie mając więc możności zapobiedz wtargnięciu chorób zakaźnych jak wymienione, nie mogąc przeszkodzić w zupełności ich rozprzestrzenianiu się dla wyżej wymienionych powodów, pozostaje jeno ograniczyć szerzenie się zarazy przez odosobnienie chorych, czyli umieszczanie takowych w szpitalach. Ztąd wniosek, iż przy największych nawet wydatkach na uzdrowienie, szpitale muszą swe znaczenie zachować i środki odpowiednie posiadać.

W rządzie wreszcie zarządzeń zdrowotnych niema jednego a najważniejszego — poprawy warunków bytu. Wiemy z doświadczenia aż nazbyt częstego, niestety, iż najpotężniejszym współczynnikiem i nieodstępny towarzysz choroby jest nędza. Najlepsze warunki ogólne zdrowotne nie poprawią stanu materialnego tego biedaka, który się staje najczęstszą ofiarą choroby. By ten ostatni był odporniejszy względem choroby (a to się stosuje do wielu chorób jak suchoty, zolzy, krzywica, blednica i t. p.) należy, by oprócz dobrej wody do picia, czystego powietrza np. w mieście posiadał odpowiednie mieszkanie (co najmniej 15 metrów sześciennych na osobę i osobną kuchnię), i odpowiednie środki na żywienie się, oraz by praca nie była nad siły. Czy my swemi zarządzeniami zdrowotnymi osiągniemy co w tym kierunku, wątpię. A ileż jest chorób zawodowych i nieszczęśliwych wypadków? Wzrastająca produkcja fabryczna mnoży i liczbę tych ostatnich dwóch kategorii. Chcąc więc w szerokim zakresie przeprowadzić sprawę uzdrowienia należy mieć na względzie nie tylko warunki zdrowotne zewnętrzne (woda, powietrze) lecz i wewnętrzne (rodzaj pracy, natężenie takowej i środki materialne pracujących). — Tu jesteśmy za

słabi by cośkolwiek w tym kierunku zrobić. Chwytny tylko zewnętrzny strona tej sprawy. Lecz mając tylko ten ostatni kierunek na względzie, musimy również pamiętać, iż społeczeństwo, ewentualnie państwo, winno dostarczać środków nie tylko do uzdrowienia w znaczeniu kol. Polaka, lecz i do powstawania i utrzymania lecznic, uzdrowisk dla ofiar dotkniętych w walce z żywiołami i warunkami życiowymi. Godząc się więc w zasadzie z kol. Polakiem, jakem to wyżej zaznaczył, na znaczenie uzdrowienia, nie mogę mu jednak przyznać słuszność, gdy wymaga by tylko $\frac{1}{10}$ część podatku przez niego proponowanego została przeznaczona na szpitale. Gdy Warszawa potrzebuje, według obliczania kol. Polaka, 3000 łóżek, a koszt utrzymania 1 łóżka oblicza na 80 kop. dziennie, czyli według mego wyżej podanego rachunku 240 rub. rocznie, to na utrzymanie 3000 łóżek należy wydawać rocznie 720000 rubli, t. j. 36% projektowanych dochodów nie zaś 10 %. Przy bliższym obliczeniu prawdopodobnie wydatek ten wynosiłby 50 %, a z biegiem czasu i więcej.

Wnioski ogólne. Zebrawszy więc wszystko, com w swej pracy powiedział, stawiam wnioski następujące, iż w guberni Radomskiej.

1. Liczba szpitali jest za mała. Zamiast istniejących 6 winno być 23.

2. Jedno łóżko winno wypadać na 500 mieszkańców, czyli winno być łóżek 1810 zamiast 350 obecnych.

3. Promień okręgu szpitalnego winien wynosić 16—18 wiorst, a mieszkańców w okręgu 28000.

4. Należy posiadać przytulki dla nieuleczalnych i dla starców.

5. Należy posiadać uzdrowiska dla suchotników.

6. „ „ szpitale dla obłąkanych.

7. Należy urządzać szpitale wzorowo według nowoczesnych wymagań. — Zwiększyć objętość powietrza na jednego chorego, urządzić sale operacyjne, pracownie, zaopatrzyć je w doborowe narzędzia i przyrządy. Zmienić deyetę szpitalną, zaopatrzyć szpitale w odpowiednią ilość bielizny, urządzić wanny i przybory do wodolecznictwa; powiększyć służbę niższą, dać dobre wynagrodzenie takowej i nie przeciążać zbytnio pracą. Powiększyć liczbę lekarzy i felczerów w szpitalach i odpowiednio ich wynagrodzić. Przy każdym szpitalu ustanowić ordynatora chirurga, obowiązkowo.

8. Upaństwowić szpitale, uznając takowe jako niezbędne urządzenia na równi ze szkołami i czerpać z funduszków skarbu państwa środki na utrzymanie i budowanie szpitali, nie wykluczając jednakże dobroczynności prywatnej.

9. Podnieść koszt utrzymania łóżka do 250 rb. rocznie.

10. Obłożyć ludność podatkiem szpitalnym pogłównym w stosunku wzrastającym do dochodów.



IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie, w Lipcu 1900 roku.

III.

Sekcja okulistyczna w przeważnej części zajęta była sprawą jaglicy. Przedmiotowi temu poświęcone były prawie całe dwa posiedzenia. Dr. Z. Kramsztyk w referacie p. t. „Walka z jaglicą jako klęską społeczną“ zaleca: udoskonalić wykłady okulistyki na uniwersytetach, otwierać oddziały okulistyczne w szpitalach prowincjonalnych, urządzić sanatorja dla chorych na jaglicę. Nie radzi on leczyć lekkich form chorób spojówki (nie uważa ich za jaglicę); jak również — nie przerywać nauki szkolnej dla leczenia jaglicy.

Cetnarowicz mówił o leczeniu jaglicy, zalecając saletrzan srebra, siarczan miedzi, wyciskanie szczypczykami Knappa, stosowanie Jequirity. Radzi zaznajamiać lud z niebezpiecznymi skutkami tej choroby, zakładać lecznice i oddziały okulistyczne przy szpitalach, wysyłać ruchome oddziały okulistyczne, oraz proponuje zawiązanie międzynarodowego towarzystwa walki z jaglicą.

Dudziński zdaje sprawę ze swoich badań bakteriologicznych worka spojówkowego przy jaglicy. Badania dotyczyły 69 przypadków. Znajdował on stale przy formach przewlekłych prątki kserozy, rzadziej — staphylokoki, *micrococcus candidans* i inne. W sprawach ostrych prątki Koch-Wecksa (7 na 9) oraz diplobacill. Moras'a. Badanie woreczków jaglicowych dało wyniki ujemne.

Dyskusja. Bednarski stosuje przypalanie guzów jaglicowych za pomocą przyrządu Holländera. Prof. Wicherkiewicz kładzie nacisk na higienę oczów. Ziarna jaglicy wyciska paznogciami, zamiast szczypczyków Knappa; przytacza spostrzeżenie dowodzące znaczenie jadu rzerzączkowego; zwraca uwagę na możliwość powstawania przewlekłej jaskry u osób, które przeżyły jaglicę. Odróżnia jaglicę od t. z. folliculosis. Koliński: konfrontacja przekonywa że t. z. conjunctivitis follicularis jest słabiej rozwiniętą jaglicą. Trachoma jest w związku z dwoinką Neisser'a. Przypadki świeżej jaglicy najczęstsze są pomiędzy 16 a 40 rokiem życia. Protargol okazuje się skutecznym tak przy ostrej jaglicy, jak i przy ropotoku niemowląt. Ziarna jaglicowe wyciska szczypczykami Knappa oraz wypala galwanokauterem. Cetnarowicz jest również unitarystą. Jaglicę mogą wywołać różnorodne czynniki; swoistego zarazka nie ma. Granulacje jaglicowe nie zawsze są zaraźliwe. Bałłaban przy ropieniu w ostrym perjodzie stosuje 5% argentaminę, w przewlekłym — wygniatanie a nawet wycinanie przejściowej fałdy. Zaleca też mięsienie równymi częściami oliwy z naftą. Siarczanu miedzi i saletrzanu srebra nie

używa. B. jest dualistą. Talko uważa oddziały okulistyczne za nieodpowiadające celowi. Zamiast Knappa, używa on szczypeczyków Donberga. Jest zdecydowanym unitarystą. Rozprawy nad jaglicą zakończone były uchwaleniem wniosków niżej przytoczonych.

Prof. Machek wypowiedział rzecz o dziedziczności optycznej budowy oczu. Bałaban pokazał preparaty drobnowidzowe i fotogramy bardzo rzadkiej postaci przybłonkowej torbieli spojówki gałkowej ocznej obszerniej omawiając ten przypadek. Talko odczytał o wrodzonych przepuklinach mózgowych oczodołu i przytoczył własny przypadek meningokele orbitalis posterior u noworodka. Łuniewski mówił o wartości dioniny w terapii okulistycznej, przy czem zaznaczył skuteczność jej przy iritis, zmętnieniach rogówki i ciała szklistego a po części i przy zapaleniach naczyńówki i siatkówki. Prof. Wicherkiewicz wypowiedział kilka słów w sprawie etyologii odzepienia siatkówki, przyczem przytoczył własne spostrzeżenie odzepienia siatkówki, spowodowane przez guzik tuberkuliczny naczyńówki. K. Majewski, mówiąc o czynnikach wpływających na stopień niezborności po operacji zaćmy, wykazał, iż na powstawanie astygmatyzmu wpływa: 1. cięcie rogówkowe, 2. powikłania, 3. blizna bruzdkowana i 4. wiek zgrzybiały. Bednarski mówił o ciałach obcych żelaznych i ich wydobywaniu, oraz o siderosis bulbi, spostrzeżenia kliniczne i anatomiczne, z przedstawieniem preparatów reakcji mikrochemicznej na żelazo. Prof. Wicherkiewicz demonstrował preparat mikroskopowy melanosarcoma corneae epibulbare.

W sekcji ginekologicznej rozpoczęto pracę od wysłuchania odczytu Prof. Marsa na temat: O zapobieganiu gorączce połogowej. Przyczyny mogące wywołać, ułatwiać (resp. utrudniać) zakażenie, prelegent dzieli na 4 grupy: 1) Osoby niosące pomoc i otaczające; instrumenty stykające się z organami płciowymi. 2) Źródła zakażenia znajdujące się w pobliżu osoby rodzącej lub położnicy. 3) Ogniska, zawierające istoty chorobotwórcze, a tkwiące w organizmie rodzącej lub położnicy. 4) Odporność organizmu osób zakażeniu uległych mogących. Każdą z tych grup z osobna omawia.

O leczeniu gorączki połogowej mówił Prof. Jordan. W każdym przypadku należy poznać źródło, gdzie się zakażenie pierwotnie usadowiło i z kąd ono pochodziło. Szczególniej zaś — rozstrzygnąć, czy mamy do czynienia z zakażeniem sapremicznym, czy też septycznym. Mówiąc o leczeniu zakażenia septycznego, potępia zarówno wyskrobanie macicy po porodzie czasowym, jak i stałe przemywanie macicy. Tylko w przypadkach świeżych należy ewent. opróżnić palcem macicę i przestrzykiwać (w 12—24 godz. odstępach) lekkimi antyseptykami, wytrzeć alkoholem, jodyną. Wyjęcie macicy zakażonej zaleca tylko w świeżych przypadkach. W przypadkach zadawnionych nie potrzeba leczenia miejscowego. Natomiast zaleca surowicę Marmorka, zastrzykiwanie roztworu soli kuchennej; podawanie

alkoholu, arsenu, kreozotu — stosowanie środków nasercowych, kąpiele podniecających, owijań w prześcieradła.

W dyskusji najobszerniej zastanawiano się nad ułatwieniem dezynfekcji akuszerkom i nad wartością leczniczą surowicy paciorkowej. W tej ostatniej sprawie wielu badaczy przemawiało za jej skutecznością, o ile została użyta w dostatecznej ilości, i o ile możliwa, — wcześniej.

Dr. T. Borysiewicz mówił o stosowaniu szwu międzywęzłowego.

Dr. J. Jaworski na zasadzie dziesięciu własnych spostrzeżeń, dotyczących powikłania ciąży, porodu i poronienia wadami serca, wypowiada następujące wnioski: Wady serca są w wymienionych przypadkach powikłaniem bardzo poważnym. Cięża obostrza sprawy przewlekłe w sercu. W przypadkach, gdzie nie ma zwyrodnienia mięśnia sercowego, porody mogą przebiegać pomyślnie — przy metodzie wyczekującej. Właściwa pomoc akuszeryjna podczas porodu, nawet przy groźnych objawach dyskompensacji, odwrócić może niebezpieczeństwo.

W dyskusji wypowiedzieli Prof. Mars i Prof. Jordan zdanie, że im ciąża przy wadach serca jest wcześniejsza, tem więcej wskazane (ewent.) jest przerwanie ciąży; im zaś ciąża jest bliżej kresu, tem bierniej należy się — w sprawie porodu przedwczesnego — zachowywać. Bywają przypadki, gdzie jeden poród przebiega z objawami niedomogi, a następnie — prawidłowo.

Doc. S. Braun mówił o rozpoznawaniu i leczeniu pierwszej połowy ciąży pozamacicznej.

Dr. Koźmiński mówił o operacjach mających na celu rozwiązanie rodzących drogami naturalnymi za pomocą zmniejszenia pojemności płodu.

Poleca operowanie pod kontrolą wzroku przy pomocy wziernika i szeregu narzędzi, które okazał.

Doc. Świtalski mówił o *deciduoma malignum*.

Dr. Cz. Stankiewicz przemawiał w sprawie operacyjnego leczenia tyłozgięcia macicy.

Dr. K. Zaleski za znakomity środek pobudzania względnie wzmacniania bólów porodowych uważa zimne nacierania sromowe Kuhnego (*Sitzreibbad*). Zabieg ten stosuje się u położnicy w postawie (jak przy badaniu wziernikowem) leżącej o krzyżach nieco podniesionych zapomocą poduszki gumowej lub zwoju jakiegokolwiek materji pod ręką znajdującą się (kocyk, prześcieradła, pęk słomy związanej itp.) tak, aby na łóżku pomiędzy udami ustawioną miednicę wygodnie można oprzeć o międzykrocze i zapobiedz przemoczeniu łóżka. Zabiegowi należy dokonywać w pokoju ogrzanym co najmniej do 15° R; należy też na czas zabiegu okryć chorą tj. tułów i każdą kończynę dolną osobno. Osoba wykonująca zabieg staje po prawej stronie chorej, a druga osoba przytrzymuje miednicę z wodą przy międzykroczu. Najlepiej działa woda różniąca się od prawidłowej ciepłoty ciała ludzkiego o 24° R — 20° R, a więc woda, jaką każdej chwili możemy mieć z głębokiej stu-

dni t. j. 8^o R., chociaż woda miękka deszczowa jest o wiele przyjemniejsza dla chorej. Do nacierania używamy czystej szmatki zgrzebnej, którą macza się bezustannie i lekkim a szybkim ruchem z dołu ku górze wargi wielkie naciera (zmieniając wodę w miednicy co 10 minut dla utrzymania jej świeżości).

Nacieramy w miarę potrzeby przez 25 — 60 minut jednym ciągiem co 2, 3, 4 godziny. Wcześniej użyte zwykle jedno, dwa nacierania, przy korzystnych zresztą warunkach, wystarczają dla ukończenia porodu, wskazane są w każdym okresie porodowym, a nadzwyczaj cenne zapobiegawczo użyte przy rozpoczęciu porodu i po odejściu łożyska, gdyż nie tylko macica kurczy, względnie zwęża się, znakomicie, ale cały ustrój położnicy orzeźwia się i siła widocznie nabiera. Dlatego zbyteczne okazują się wszelkie apteczne środki pobudzające lub wino, ba nawet przeciwwskazane. Prócz czystej wody świeżej łykami nie podajemy żadnych napojów lub pokarmów i jesteśmy pewni jak najkorzystniejszego przebiegu porodu. U gorączkujących położnic nacierania Kuhnego mają być środkiem niezrównanym.

Dr. S. Dobrowolski: Obrót zapobiegawczy przy miednicach ściśnionych. Jest to zabieg racjonalny. Nie należy go używać u pierwiastek. U wieloródek daje dobre wyniki przy miednicach płaskich, gdzie ściśnienie wymiaru prostego nie przekracza 8 cm.; przy ogólnie ściśnionych zaś — 8½ cm.; miednice ogólnie ściśnione znacznieszego stopnia nie kwalifikują się do obrotu. Zabieg omawiany stosuje się po ukończeniu pierwszego okresu porodu. Operować przy pęcherzu stojącym, albo — lepiej — zaraz po pęknięciu. Nie należy zaraz po obrocie — bez wskazań — próbować wydobyć płodu.

Prof. Jordan dodaje, że główkę wyprowadza się w położeniu według Walchera.

Dr. J. Lachs: Zachowanie się ciepłoty noworodków w pierwszych dniach ich życia. Noworodki w łonie matki mają wyższą od tejsze ciepłotę. Po porodzie ciepłota opada. Wahanie dzienne istnieją. Różnicy pomiędzy pojedynczymi dniami — z wyjątkiem pierwszego — niema. Czynności fizjologiczne dziecka mają wpływ na jego ciepłotę.

Dr. J. Jaworski jako wskazanie do użycia kleszczy ze względu na stan płodu przy przedłużającym się porodzie uważa długotrwały ucisk na czaszkę płodu. Ten ucisk bywa bowiem przyczyną następujących porażeń, idjotyzmu, epilepsji.

Chorych i preparaty okazali: Dr. Pomorski, Dr. F. Stępkowski, Dr. Kościński, Doc. Świtalski.

Dr. J. Kadyi okazał perforator własnego pomysłu, Dr. Kościński — prosty przyrząd do infuzji podskórnych i stołek do badania, Dr. S. Kurtz — sterylizator z przyrządami do zeszywania krocza.

W sekcji medycyny publicznej (hygjeny) przemawiali: Dr. J. Zawadzki o organizacji pogotowia ratunkowego w naszych miastach.

P. A. Wróblewski: W sprawie tak zw. kontroli rynkowej środków spożywczych. Kontrola rynkowa, niezależnie od laboratoryjnej, odegrywa na zachodzie b. ważną rolę. Zajmować się nią winni aptekarze, lekarze, chemicy.

Dr. K. Rychliński jako środki ku powstrzymaniu alkoholizmu wyliczył: 1) Kongresy międzypaństwowe, ustalające prawodawstwo, dążące do zmniejszenia wytwórczości alkoholu. 2) Szerzenie zasad o szkodliwości alkoholu. 3) Zakłady dla pijaków.

Protomedyk Dr. Merunowicz mówił o zjeździe międzynarodowym dla zwalczania pijaństwa, mającym się odbyć w Wiedniu w r. 1901.

Dr. F. E. Fronczak. (z Buffalo) mówił o medycynie w Ameryce. Liczba lekarzy w Ameryce, (przeszło 125,000), jest większą niż w którymkolwiek innym kraju na świecie; stosunek tychże jest kilkakrotnie większy niż w Rosyi, Niemczech, Włoszech, Francyi i Anglii, aczkolwiek dopiero w r. 1601 przybył pierwszy lekarz do Ameryki. Liczba słuchaczy na medycynie, dentyście, farmacji, prawie, teologii, weterynarji i szpitalnictwie w ostatnich kilku latach wzrasta według sprawozdań rządowych bardzo szybko, tak że w r. 1899. było ogółem 64,474 słuchaczy.

Czas wykładów i ich długość różnią się w różnych stanach i różnych uniwersytetach i trwają od zaledwie kilku miesięcy do 5 lat. Niech ogólny majątek (90,885,118.55 dol.) uniwersytetów amerykańskich, jakoteż fundusze, podarowane w ostatnich 5 latach (110,052,199 dol), będą małym dowodem, świadczącym o bogactwach Ameryki. Kobiety znajdują się na uniwersytetach amerykańskich w wielkiej liczbie, gdyż przeszło 10,000 kobiet uczęszcza na wykłady, głównie na wydział lekarski i szpitalnictwo. Egzamina państwowe musi się składać w języku angielskim, a rezultategzaminów w ubiegłym roku dowodzi ścisłości tychże, gdyż 22,58% kandydatów przepadło przy egzaminach w Stanie New York. Nie wszyscy lekarze zajmują się medycyną po jej ukończeniu, a nieraz widzimy lekarzy w zupełnie odmiennej roli. Dochody lekarzy nie są wysokie, przeciętnie zarabia lekarz w Ameryce mniej niż 1,200 dol. rocznie.

Zarządy zdrowia w Ameryce są bardzo skrupulatnie prowadzone; pomiędzy urzędnikami w tym wydziale w mieście Buffalo są i Polacy, którzy skończyli Uniw. Jagielloński. W Ameryce nie brak Stow. lekarskich, pomiędzy ktoremi najsilniejsze jest Amer. Stow. Lek., liczące przeszło 12,000 członków. Pisma lekarskie są bardzo rozpowszechnione u nas, gdyż wychodzi ich 240, poświęconych literaturze lekarskiej.

Na polu medycyny doświadczalnej Amerykanie nie są w tyle, gdyż pracują w kilku kierunkach nad badaniem przyczyny chorób, i dużo działali na polu medycyny. Lekarzy Polskich w St. Zj., tak z Eurody jakoteż i domorostych, nie brak. — Rada dla polskich lekarzy w Europie, którzy wybierają się do Ameryki. Nasamprzód znać język angielski i to gruntownie, przygotować się na egzamina państwowe w tym języku; przez czas dłuższy, około roku lub dwu, nie spodziewać się wielkiej praktyki, a w ostatniej spodziewać się ogromnej konkurencji ze strony tamtejszych lekarzy.

2. Dr. Szcześny Bronowski. „Etyka lekarska, a wyjawianie prawdy.“ Czy tak zwana „etyka lekarska“ ma rację bytu. Jak winna być rozumiana etyka lekarska i co obejmować. Obrona bytu lekarzy, sprawy zawodowe — a etyka lekarska. Wyjawianie prawdy w stosunkach ogólnoludzkich, w stosunku lekarzy do chorych, do ich otoczenia, krewnych i odwrotnie. Analizy lekarskie, ich ujawnianie, prognoza, zlecenia lecznicze. Pierwiastek altruistyczny i egoistyczny w czynnościach i sądach lekarskich. Prawdziwy i konsekwentnie stosowany altruizm, podporządkowanie interesu osobistego lekarza interesom chorych tylko i bezwzględnie zapewni niezachwiany szacunek i powagę stanu lekarskiego.

W dyskusji przemawiają:

Dr. Polak Etyka nie tylko na uczuciu polega, raczej i na pierwszym miejscu na imperatywach categorycznych rozumu. Lekarz nie posiada przyrody specyficznej, lecz nosi w sobie wszelkie pierwiastki przyrody ludzkiej i zwierzęcej. Zetknięcie się lekarza z chorym wymaga zastosowania całego szeregu procesów logicznych, do wykonania obowiązku w każdym wypadku prowadzących. Wnioski ostateczne: 1) Etyka winna być przedmiotem rozpraw kongresów; 2) powinna być przedmiotem uzupełniającym wykształcenia lekarza (jako nauka); 3) należałoby skreślić oparte na etyce typy postępowania lekarskiego w pewnych kategoriach wypadków; zyskać akceptację ogółu lekarskiego (tajemnica lekarska itp.).

Dr. Tchórzniński. Lekarz powinien być więcej moralny, niż każdy człowiek. Lekarz zjawia się w nieszczęściu i musi w sobie obudzić uczucia litości i miłości bliźniego. Lekarz w pierwszym rzędzie powinien być przyjacielem cierpiących. Potrzeba wyklądać propedeutykę i podnieść znaczenie moralne lekarza i jego obowiązku. Jak kol. Bronowski, tak i kol. Polak mają rację, że lekarz musi ze swego egoizmu wiele ustąpić, aby pomódz bliźniemu; ale lekarz musi żyć i spełniać swe obowiązki, a o tem powinno pomyśleć społeczeństwo i państwo; lekarz nie może strejkować, bo przez ten czas cierpi chory. Stawia wniosek: Sekcja powinna zaznaczyć: Ze położenie materialne lekarza jest takie, iż w wykonaniu etycznych zadań medycyny spotyka wielkie przeszkody. Społeczeństwo i państwo powinno podnieść płace lekarzy szpitalnych i postawić lekarza w możności spełniania swych świętych obowiązków dla ludzkości.

Dr. Bronowski. Jestem zdania, że nasza przyszła etyka lekarska winna być oparta na zasadach następujących:

1) Przedewszystkiem winna ona być ogólnoludzką; 2) dobro cierpiącej ludzkości postawić na pierwszym planie, na drugim dopiero interes stanowy lekarski; 3) taka ogólnoludzka etyka z wyłączeniem oka nieustannem na dobro cierpiącego w zastosowaniu do warunków bytu stanu lekarskiego winna być nazwana etyką lekarską. Ludzi kształcić etycznie można i należy, a więc i etyka lekarska i jej zadania winny być stale na Zjazdach lekarskich polskich w oddzielnej sekcji rozpatrywane. Jednym słowem popiera wniosek Dra Polaka.

Dr. Opieński uważa sprawę podniesioną przez prelegenta za bardzo ważną, ale to tylko jest niejako zapowiedzią, a raczej zapoczątk-

kowaniem rozpraw na ten temat, a nadto uważa, iż prelegent za mało uwzględnił potrzebę traktowania etyki lekarskiej osobno, a nie w morzu ogólnej etyki społecznej.

Dr. Gantkowski, mówiąc o partactwie w lecznictwie i sposobach zwalczania tegoż, przypomina, że partacze działają pod osłoną trzech sekt leczniczych, mianowicie: przyrodolecznictwa, wodolecznictwa i homeopatii i stawia wnioski następujące:

1) Staranie się o to, by słuchacze medycyny mieli sposobność poznania na uniwersytetach metod leczniczych fizykalno-dyetycznych oraz wodolecznicznych.

2) Docenci uniwersytetów winni starać się o to, by ich słuchacze nauczyli się wyczerpująco prostych zabiegów, koniecznych przy pielęgnowaniu chorych, bo partacze lekarscy te właśnie zabiegi doskonale znają i budzą tem — rzecz jasna — zaufanie do siebie.

3) Lekarze winni być bardzo ostrożnymi we wydawaniu sądu o nowych lekach, których dostatecznie nie wypróbowali; dyskredytuje to medycynę, o której potem mówić mogą partacze, że to, co dziś uznaje za niezawodne, jutro z szeregu leków usuwa,

4) W czasopismach lekarskich podawać powinni lekarze spostrzeżenia swoje, odnoszące się do partactwa leczniczego, by tem dać innym lekarzom w danym razie broń w rękę wobec bezkrytycznej publiczności.

5) Władze lekarskie starać się winny wpłynąć na rząd, by lekarzy, którym wydaje patenty rządowe, wziął szczerzej pod swą opiekę, zakazując partaczom ich bezgranicznej reklamy i karząc surowo wszelakie ich przestępstwa.

6) Lekarze sami wreszcie powinni we własnym interesie szanować naukę swoją, nie krytykując siebie lekceważąco wobec publiczności, bo podkopują w ten sposób sami zaufanie do medycyny naukowej.

7) Dziełka z dziedziny medycyny popularnej winno się rozszerzać i popierać.

W dyskusji przemawiają:

Dr. Tchórzniński. Przyczyną rozwoju partactwa lekarskiego wśród felerzów i znachorów jest — choroba nieuleczalna. Musi być śmierć, musi być przed nią cierpienie. Najlepiej ukonstytuowana medycyna nie zna środków na tysiące stanów patologicznych. Ci nieuleczeni rzucają się w prawo i w lewo — tonący się brzytwy chwytają, więc tych brzytw zawsze jest pewna ilość. Do partactwa przyczynia się niedostateczne wykształcenie lekarzy. Lekarz powinien po skończeniu uniwersytetu jeszcze 2—4 lat pracować i wtedy tylko zacząć samodzielnie leczyć. Najlepszym środkiem na partactwo jest doskonałość lekarska. Dr. Opieński żąda, by partaczy karano w drodze administracyjnej. Dr. Staniewicz zauważa, że przedewszystkiem lekarze powinni wystąpić przeciw partactwu. Dr. Opieński wnosi, by udać się do władz z prośbą o tępienie partactwa za pomocą wydania odpowiednich ustaw. Prelegent życzy sobie, by sprawa partactwa była poruszona na posiedzeniu ogólnem przyszłego Zjazdu. Dr. Dehnel przyłącza się do zdania poprzedniego mówcy.

Z odczytów sekcji technicznej wymienić na tem miejscu wypadła pracę Pana Adelmanna: Hygiena i zabezpieczanie od wypadków w drożdżowniach i gorzelniach.

Dwie ważne sprawy, obchodzące wszystkich uczestników sekcji lekarskich, poruszono na Zjeździe: Sprawę wychowania fizycznego i Sprawę walki z gruźlicą.

Prace obydwu tych sekcji będą *in extenso* drukiem ogłoszone w postaci oddzielnej broszury. To też na tem miejscu ograniczę się jedynie do podania uchwał przez te sekcje powziętych, a przez II. zebranie ogólne zatwierdzonych.

Uchwały Posiedzenia w sprawie gruźlicy:

Wydział gospodarczy IX Zjazdu lekarzy i przyrodników zajmie się zebraniem statystyki gruźlicy, ułoży do tego celu potrzebne formularze i zajmie się ich zestawieniem, przyczem się zaznacza, że głównie rozechodzi się o dokładność danych, a nie tyle o ich ilość. Statystyka owa ma być przedstawiona na przyszłym Zjeździe. Obok tego uprasza obecnego Dra Jaklińskiego, członka Wydziału Krajowego, o poparcie tego wniosku.

II. Wnioski w sprawie tłumienia i zapobiegania gruźlicy były:

1. Tłumienie i zapobieganie gruźlicy jest bezwzględnie koniecznym potrzebem. 2. Dobrowolne tłumienie gruźlicy byłaby ze strony samych właścicieli uznaje Zjazd za pożądane i polecenia godne z tem zastrzeżeniem, że bezwzględnie konieczną jest pomoc Wysok. Rządu. Pomoc tę stanowić powinna wydatna subwencja na pouczanie ludności o istocie choroby, wartości rozpoznawczej tuberkuliny, wartości nadzoru weterynarskiego nad oborami, na dostarczanie bezpłatne tuberkuliny i ponoszenie kosztów szczepienia tych obór, których właściciele o to prosić będą i pewne zarządzenia, zapobiegające szerzeniu się i inwazji gruźlicy, przestrzegać się zobowiązują. 3. Dobrowolne przez Rząd popierane tłumienie zarazy uważa Zjazd za konieczny tymczasowy, przygotowawczy a najrychlejszego wprowadzenia oczekujący zabieg, który, zanim wejdzie w życie odpowiedni przymus prawno państwowy, działać będzie korzystnie w interesie społeczeństwa i samego Rządu. 4. Wydanie ustawy przymusowego tępienia gruźlicy jest pożądaniem i potrzebnem, gdyż przez zastosowanie odpowiednich środków, tłumiących zarazę, zapobiegnie się bez wątpienia szerzeniu się choroby i doprowadzi do jej umniejszenia, względnie wytepienia, Ustawa powinna obejmować przepisy dotyczące wykrywania zakażonych obór, wyśledzenia zwierząt gruźlicą dotkniętych, ochrony przed nową inwazją choroby, wybijania sztuk za odszkodowaniem ze strony skarbu państwa, sprzedaży i użytkowania produktów u zwierząt chorych i o chorobę podejrzanych, sposobów ochrony przed sprowadzaniem do kraju bydła gruźliczego oraz ruchu obrotowego zwierząt, pochodzących z obór gruźlicą zapowietrzonych, nadzoru wystaw, premiowania i subwencjonowania bydła. 5. Ze względu na bezpieczeństwo ludzi koniecznym jest jaknajrychlejsze zaprowadzenia ścisłego fachowego weterynarskiego nadzoru nad mleczarniami, centry-

fugami i oborami ich dostawców, zaprowadzenie ogólnopństwowej ustawy oględzin bydła i mięsa ze szczególnem uwzględnieniem uchwał, zapadłych w sprawie dopuszczenia do konsumpcji mięsa sztuk gruzliczych na międzynarodowym kongresie w Baden-Baden. 6. Powołanie przez Rząd osobnego komitetu do opracowania przepisów w sprawie tłumienia i zapobiegania gruzlicy bydła, składającego się z przedstawicieli interesowanych sfer, uważa Zjazd za bardzo korzystne i usilnie Wys. Rządowi zaleca.

III. Zgromadzeni na posiedzeniu, poświęconem sprawie gruzlicy uchwalają, co następuje:

Program walki z gruzlicą obejmować powinien następujące działy:

1. Wszeczhronne naukowe badanie gruzlicy.
2. Leczenie: tu należy sprawa budowy sanatoryów i reforma szpitali w tym duchu, aby przy każdym szpitalu był osobny oddział odpowiednio urządzony, przeznaczony dla chorych na gruzlicę; oddział taki mieścić się winien za obrębem miasta.
3. Zapobieganie chorobie.
4. Kształcenie czy to w sanatorjach, czy w specjalnych oddziałach szpitalnych, lekarzy specjalistów. Pouczanie społeczeństwa za pomocą odczytów, broszur etc. o potrzebie i sposobach walki z gruzlicą.

Każda z dzielnic dąży do urzeczywistnienia tego programu drogą taką, jaka okaże się najpraktyczniejszą, a zastosowaną do miejscowych warunków. Łącznikiem będą zjazdy, odbywające się co kilka lat podczas zjazdu lekarzy i przyrodników, na których każda z trzech odrębnych organizacji zda sprawę ze swych czynności, stosownie do zakresłego ogólnego programu.

Uchwały sekcji wychowania fizycznego:

I. Zjazd uznaje niezmierną doniosłość wychowania fizycznego młodzieży dla polepszenia stanu zdrowia ludności wogóle, w szczególności zaś uważa racjonalne ćwiczenia cielesne za jedną z najlepszych broni w walce z gruzlicą.

Dla możliwie najlepszego spełnienia tych zadań powinno jednak wychowanie fizyczne u nas przybrać znacznie większe, niż dotąd, rozmiary i częściowo przekształcić swą postać.

W szczególności Zjazd uznaje, iż:

1. Gry i zabawy ruchowe na wolnem powietrzu, jako jedna z form ćwiczeń, najlepiej odpowiadających celowi higienicznemu wychowania — winny zająć znacznie poważniejsze, niż dotąd miejsce, w programie wychowawczym. W tym celu jest pożądanem: a) odpowiednie uposażenie gier szkolnych na równi z nauką gimnastyki z funduszków rządowych i krajowych; b) dopóki to nie nastąpi, zakładanie parków Jordanowskich we wszystkich większych miastach z funduszków gminnych lub prywatnych; c) uzyskanie od wojskowości używania placów musztry dla gier młodzieży; d) wprowadzenie w czyn ustawy (na wzór Anglii), któraby wzbraniała zamykać dla użytku publicznego place, które dotąd stały otworem; e) urządzenie z funduszków rządowych i krajowych kursów gier dla nauczycieli; f) ścisłe przestrzeganie przepisów

ministerjalnych, które chronią ucznia od przeciążenia nauką w dnie poświęcone grom szkolnym.

2. Nauka gimnastyki powinna odbywać się z reguły na wolnem powietrzu, a sale powinny stanowić tylko ostateczne schronienie przed zimnem. Dla spełnienia tego żądania koniecznym jest udoskonalenie urządzeń, które służą przy naszych szkołach celom wychowania fizycznego, a w szczególności: a) pożądaną jest większa troskliwość o zyskiwanie i utrzymanie boisk szkolnych, oraz b) sumienne przestrzeganie przepisów zdrowotnych przy budowie sal gimnastycznych; istniejące zaś sale wymagają dokładnej rewizji sanitarnej, gdyż wiele z nich powinno uleść zamknięciu, jako wprost szkodliwe zdrowiu dziatwy.

3. Obowiązujące obecnie u nas plany nauki gimnastyki dla szkół ludowych i średnich za mało uwzględniają cele zdrowotne wychowania fizycznego; to też potrzebną jest ich rewizja ze strony fizjologów i lekarzy.

4. W sprawie kierownictwa wychowania fizycznego Zjazd uznaje: a) potrzebę powierzenia lekarzom nadzoru nad wychowaniem fizycznym na równi z higieną szkolną. Nadzór ten mogliby wykonywać lekarze szkolni, w drugiej zaś instancji inspektorowie krajowi dla higieny szkół; b) potrzebę zapoznawania ogółu lekarzy i wychowawców ze zasadami wychowania fizycznego, przez otworzenie katedr dla tego przedmiotu na uniwersytetach i uwzględnienie go przy egzaminach nauczycielskich, oraz egzaminach dla lekarzy szkolnych.

5. Zjazd uważa za konieczne powiększenie czasu, poświęconego wychowaniu fizycznemu w szkołach; równoległe jednak z tem musi iść zmniejszenie przeciążenia umysłowego młodzieży, praca bowiem miesięcowa nie jest *derivativum* pracy umysłowej.

6. Zjazd uznaje potrzebę stworzenia w kraju stałej organizacji, czuwającej nad sprawami zdrowotnymi, w szczególności zaś nad sprawą wychowania fizycznego i popularyzacji ćwiczeń cielesnych.

7. Zważywszy, iż poruszone obecnie przez Sekcję wych. fiz. zagadnienia, mogły być zaledwie sumarycznie traktowane, ogromna zaś ich doniosłość praktyczna wymagałaby gruntownych rozpraw i zainteresowania najszerszych warstw społeczeństwa, Zjazd wybranej komisji powierzy:

a) zwołanie kongresu dla spraw higieny do jednego z miast Galicji;

b) przedłożenie mu, we formie ile możności gotowej, szeregu referatów, wniosków, rezulucji, adresów i memorjałów do odpowiednich władz w sprawach niniejszej rezulucji poruszonych, w szczególności zaś projektu organizacji higienicznej dla Galicji.

II. 1. Dla zachowania i podniesienia zdrowia młodzieży szkolnej potrzeba stworzyć stałą opiekę lekarską w szkołach.

2. Opiekę tę wykonywać mają: a) w szkołach średnich lekarze zrównani pozycją i rangą z profesorami szkół średnich, utrzymywani kosztem państwa; b) w szkołach ludowych i wydziałowych gmin większych, liczących ponad 1500 dzieci szkolnych, lekarze szkolni utrzymywani przez gminy.

W gminach, posiadających mniej niż 1500 dzieci szkolnych, spełnianie funkcji lekarzy szkolnych powierzyć należy lekarzom gminnym, którzy są za tę czynność osobno wynagradzani. W okręgach sanitarnych dozór lekarski nad szkołami ma być powierzony lekarzom okręgowym. — Szkoły prywatne mają wspólnie utrzymywać lekarzy szkolnych.

Rady szkolne miejscowe i okręgowe mają obowiązek w sprawach dotyczących stosunków zdrowotnych jakiejkolwiek szkoły powoływać z głosem czynnym lekarza pełniącego w nadzór lekarski.

2. Nadzór lekarski ma być wykonywany ściśle według instrukcji określającej ich obowiązki. Do obowiązków tych należy: a) dozór nad stanem higienicznym budynku szkolnego, jego urządzeniem szkolnym i „stancją” uczniów; b) dozór nad tem, by przestrzegano wykonywania rozporządzeń, odnoszących się do higieny nauki i jej środków pomocniczych; c) opieka nad zdrowiem młodzieży szkolnej.

4. Nadanie posady lekarza szkolnego należy uczynić zależnym od dostarczenia dowodów, że starający się o nią lekarz posiada dostateczne wiadomości z zakresu higieny ogólnej i że zajmował się przez czas dłuższy higieną szkolną.

5. W centralnym zarządzie szkół tak państwa, jak i poszczególnych krajów koronnych, powinni zasiadać w liczbie odpowiedniej obok pedagogów zawodowi higieniści lekarze, jako referenci dla spraw szkolnych, o ile dotyczą one zdrowia młodzieży.

6. Należy dążyć, by między nauczycielstwem tak wyższem jak niższem wywołać zrozumienie i zamiłowanie dla spraw higieny tak osobistej, jak ogólnej i higieny szkolnej. Żądać należy, by na uniwersytetach, w seminarjach duchownych i nauczycielskich zaprowadzono obowiązkowe przez rok trwające wykłady i ćwiczenia praktyczne z higieny, z których kandydaci na nauczycieli obowiązani byli składać colloquium.

III. Sekcja higieny szkolnej IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich organizuje się w towarzystwo higieny szkolnej.

Sekcja uchwaliła oddać ten wniosek do rozpatrzenia komisji, wybranej dla zawiązania organizacji higienicznej.

IV. Wniosek: Zjazd uchwali założenie „Towarzystwa wychowania fizycznego” z siedzibą w Krakowie i oddziałami we wszystkich częściach kraju” uchwała Sekcja przekazać teje komisji do rozpatrzenia.

V. Zjazd uznaje za potrzebne: 1. Wprowadzenie sokratesowskiej (indukcyjnej) metody uczenia, ze zniesieniem wykładu w szkole (z wyjątkiem historii. 2) Określenie materiału na dłuższy przeciąg czasu z zachowaniem nauczycielowi swobody w jego wyczerpaniu. 4) Skrócenie lekcji na najwyżej 45 min. 4) Zniżenie *maximum* dziennej pracy w szkole do 3 godzin, podzielonych na 4 lekcje. 5) Zaprowadzenie przerw 15-minutowych po każdej godzinie z zupełną swobodą użytkowania ich. 6) Zaopatrzenie wszystkich szkół w boiska, otwarte na lato, kryte na zimę. 7) Higieniczny rozkład godzin. 8) Udzielanie historii naturalnej na łonie przyrody.

Z uchwał innych sekcji przez Zjazd zatwierdzonych wymienić należy:

I. IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich, wyrażając uznanie inicjatorom oddziałów ruchomych okulistycznych w Królestwie Polskim, mniema, że działalności swojej mogą dać kierunek bardziej pożyteczny i stanowczy przez tworzenie w rozmaitych okolicach kraju stałych uzdrowisk dla chorych na jaglicę.

II. 1. Należy poczynić starania, aby władze wojskowe żołnierzy z jaglicą nie wyleczoną nie urlopowwały.

2. Uznaje się potrzebę zakładania szpitali barakowych dla chorych na jaglicę, na lato.

3. Sekcja okulistyczna postanawia powołać do życia „Towarzystwo okulistów polskich” i powierza prof. Wicherkiewiczowi w Krakowie, prof. Machekowi ze Lwowa i Drowi Kramsztykowi z Warszawy wypracowanie statutu, jako też uzyskanie dlań zatwierdzenia.

III. Przyszły zjazd lekarzy i przyrodników polskich zechce poświęcić jedno wspólne posiedzenie lekarzy celem rozpatrzenia sprawy, dotyczącej się etyki lekarskiej, t. j. etyki lekarzy w stosunku do władz, społeczeństwa i do swych kolegów zawodowych.

IV. Pożądanem jest ze względu na szerzenie się partactwa lekarskiego, by rządy państw wzięły stan lekarski dla dobra ludzkości w obronę przed partactwem i ścięły partaczy na drodze tak sądowej, jak i administracyjnej.

V. Zjazd wyraża życzenie, aby na wszechnicach krakowskiej i lwowskiej odbywały się kursa praktyczne wakacyjne dla lekarzy na wzór kursów zagranicznych, jakoteż kursu, zorganizowanego w roku bieżącym w Krakowie przez Doc. Dr. Kryńskiego.



Towarzystwa lekarskie prowincjonalne.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 20 Czerwca 1900 r. (*Dopełnienie*).

VII. Kol. *Stankiewicz Czesław* okazuje: 1) *Narządy rodzajne kobiece, dotknięte gruźlicą*. Preparat pochodzi od pacjentki, przedstawionej na pos. T. lek. łódzk. d. 2 maja r. b. (Czas lek. № 8, 1900); 2) *Mięsno-włókniak ścian brzusznych*, wagi 1 funta. Guz, zajmujący prawą okolicę podbrzuszną, wychodził z mięśnia skośnego wewnętrznego brzucha. Tylna powierzchnia guza mocno zrośnięta z otrzewną; część otrzewnej wycięto wraz z nowotworem. Szew trzypiętrowy jedwabny. Zdrowienie bez powikłań; 3) *Rzadki okaz ciąży zamacicznej powtórnej* u kobiety 27-letniej, zameżnej od lat siedmiu. Pierwsza ciąża

za w roku 1895: Gravid. tubar. sin. Haemotocele. We Wrocławiu colpotomia post. Druga ciąża w roku bieżącym: Gravid. tub. sin. Ruptura tubae. Abortus tubarius. Laparocoeliotomia. Z ujęcia brzuszego jajowodu sterczy do jamy brzusznej jajo płodowe, wielkości jaja kurzego, zachowane całkowicie. Czwarta część jaja pozostaje w jajowodzie (abortus incompletus). Na przedniej powierzchni jajowodu, w odległości 3 ctm. od ujęcia brzuszego, otwór o brzegach nierównych, strzępiastych, średnicy $1\frac{1}{4}$ — $1\frac{1}{2}$ ctm., zatkany skrzepem krwi. Jajo zawiera zarodek dwumiesięczny. Wycięcie jajowodu. Wyzdrowienie. W przypadku tym na uwagę zasługuje *powtórne* wystąpienie ciąży zamiatycznej. Niemniej rzadką jest kombinacja poronienia trąbkowego z pęknięciem ściany jajowodu.

Posiedzenie z d. 5 września 1900 r.

1) Kol. *Pański* okazał przypadek *nerwicy urazowej w postaci czynnościowego bezwładu górnej kończyny prawej*. Robotnik 30-letni przed 11 tygodniami był windą uderzony w prawy staw łokciowy, poczem utracił przytomność. W stawie był duży wylew krwawy. Obecnie chory skarży się na niemożność pracowania uszkodzoną kończyną, na silne bóle i uczucie odrętwienia w przedramieniu. Dłoń i palce zimne, sinicowo-zabarwione. Palcami porusza dobrze, dłoń zgina, wyprostowuje; przy ruchach widoczne drżenie całej kończyny, a nie oddzielnych mięśni; zwracanie i odwracanie (pronatio et supinatio) przedramienia niemożliwe; zgięcie i wyprostowanie w stawie łokciowym możliwe tylko biernie. Ruchy w stawie barkowym zniesione. Na palcach dłoni, przedramienia i dolnej połowie ramienia uczucie przy ułknięciu szpilką zniesione; uczucie dotykowe, odczuwanie zimna i pędzelka faradycznego znacznie zmniejszone. Na całej prawej połowie ciała uczucie upośledzone. Prąd elektryczny nie wykazuje różnicy pobudliwości ani w mięśniach, ani w nerwach po obydwu stronach. Znieczulenie śluzówek, gardzieli i gałek ocznych.

2) *Tenże* przedstawił chorobę z *porażenia splotu ramieniowego typu Erba*. Przed 3 miesiącami ostrem narzędziem została skaleczona w lewą stronę szyji. Badanie, dokonane w szpitalu starozakonnych, wykazało niegłębką ranę, dochodzącą do m. mostko-obojezyko-sutkowego (rana zagoiła się w przeciągu 2 dni) oraz niemożność uniesienia i odprowadzenia ramienia, zgięcia przedramienia i odwrócenia (supinatio) ręki. Ruchy dłoni i palców były zachowane, aczkolwiek słabsze, niż po stronie zdrowej. Zanik m. nadgrzebieniowego i podgrzebieniowego był również widoczny. Porażenie m. m.: trójgraniastego, dwugłowego, ramieniowego wewn. i odwracającego długiego, spostrzegane w danym przypadku, zwykle zależy od ucisku lub skaleczenia punktu Erba splotu ramieniowego. Znalaziono również zaburzenie czucia na zewnętrznej powierzchni ramienia. Po opuszczeniu szpitala znaleziona porażenie i wychudnięcie wszystkich wymienionych wyżej mięśni z kompletnym odczynem zwyrodnienia oraz brak efektu skurezu mięśni przy drażnieniu punktu Erba prądem elektrycznym. Leczenie bardzo nieznaczny dało wynik. P. zwraca uwagę na to, że w danym przypadku

sprawdza się przypuszczenia Bernhardta, iż zgięcie w stawie przedramienia łokciowym zależy nie tylko od zginaczy: m. dwugłowego, ramieniowego, ramienio-promieniowego, ale także od mięśni, których przyczem jest z jednej strony nad łokciem, a z drugiej na przedramieniu lub dłoni. Zauważyć należy, że chory musi się nauczyć wykonywania tych ruchów. Chora jakby huśtała całą kończyną i w ten sposób doprowadzała do nieznacznego zgięcia przedramię, z początku podtrzymywane przez zdrową kończynę, a potem dopiero nauczyła się ruchy wykonywać bez pomocy zdrowej ręki. (Autoreferat).

3) Rozpatrywano sprawy administracyjne.

KORESPONDENCJE.

Wrażenia z Krynicy

Napisał Dr. med. Stefan Rontaler.

Zdrowowiska galicyjskie są u nas w Królestwie za mało znane. Nie wielu, względnie, lekarzy wysyła swoich pacjentów do tych wód właśnie dzięki nieznajomości szczegółów. Posyłając, na chybił-trafił, do nieznanych z urzędzeń zdrowowisk, lekarz może narazić się na słuszne pretensje mającego określone wymagania pacjenta.

Jakkolwiek Krynica oddawna cieszy się rozgłosem, przekonałem się, że i o tej miejscowości brak u nas wielu lekarzom koniecznych wiadomości.

Korzystając z dłuższego pobytu w Krynicy, starałem się zapoznać z jej położeniem, urządzeniami, działaniem leczniczem i t. p., o czem też pozwałam sobie parę słów podać.

Odległość Krynicy od Krakowa wynosi 8 godzin jazdy koleją. Z Krakowa jedzie się na Tarnów, Nowy i Stary Sącz do stacji kolejowej Muszyna-Krynica, skąd do właściwej Krynicy, t. z. fiakrem przejeżdża się przestrzeń 11-to kilometrową w przeciagu godziny (w roku przyszłym ma być zbudowana na tej przestrzeni kolejka elektryczna). Po przyjeździe do Krynicy najlepiej zjechać do hotelu lub do domów rządowych, jak dom zdrojowy (Kurhaus) i inne, i stamtąd szukać mieszkania. Niestety, jeżeli się miejsca w hotelu nie znajdzie, jak to się mnie zdarzyło, trzeba z rzeczmi objeżdżać Krynice i przed każdym domem stawać a pytać się o mieszkanie, dopóki się odpowiedniego nie znajdzie. Zwykle przywożący kuracjuszów woźnice zapewnniają, że już wszystkie hotele i mieszkania prywatne są zajęte; są oni faktorem jakiegoś właściciela domu, do którego zawożą, twierdząc, że tylko w danym domu są jeszcze mieszkania do wynajęcia. Już więc na wstępie może się dać we znaki brak biura do czasowego składania rzeczy; byłoby to wielkiem udogodnieniem, bo każdy przyjezdny mógłby swobodnie, nie wożąc z sobą rzeczy, szukać mieszkania. Co gorsza, brak tu biura, informującego o wolnych mieszkaniach.

Wadą też urzędzeń i zwyczajów krynickich jest sposób wynajmowania mieszkań na cały sezon sześciotygodniowy; nie każdy z kuracjuszków zechce zobowiązywać się na ten czas, nie wiedząc, czy będzie mógł pozostać w Krynicy do końca sezonu. W domach rządowych wynajmują mieszkania na tygodnie, to też są one zawsze zajęte.

Okres kuracji dzieli się w Krynicy na 3 sezony. Pierwszy sezon rozpoczyna się 15 maja, drugi 1 lipca, trzeci zaś 1 września (a nawet już w połowie sierpnia, jeżeli w tym czasie jest dużo wolnych mieszkań) i trwa do końca września. W I i III sezonie mieszkań wolnych jest dużo; ceny mieszkań są wtedy od 25 do 50% tańsze. W II sezonie cena lepszego pokoju wynosi od 100—180 guldenów, z pościelą i usługą. Lamp, talerzy, widelców, noży, łyżek, łyżeczek, nawet obsadek i piór w żadnym z tych mieszkań znaleźć nie można; takie przybory domowe trzeba sobie kupować lub też przywozić ze sobą. Każdy z gospodarzy tłumaczy się, że „u nas w Krynicy nie ma tego zwyczaju”, (dodać zaś trzeba: „aby właściciel domu dbał o wygodę lokatorów“). A jednak jakżeż inaczej jest w zdrojowiskach niemieckich, gdzie każdy gospodarz rozporządza dostateczną ilością utensyljów gospodarskich dla wygody swoich lokatorów. Są to szczególiki, które jednak stanowią ogromną niedogodność.

Położenie zdrowotne mieszkań jest w Krynicy rozmaite. Najgorsze pod względem higienicznym są mieszkania przy drodze z Muszyny do Deptaka położone; jest tam straszny zaduch. Najlepsze położenie mają mieszkania wysoko nad zakładem się znajdujące, jak willa Alpejska i inne w tym rzędzie; odległość tych will od Deptaka nie każdemu się jednak podoba. W bliskości Deptaka i źródła znajdują się bardzo dobrze pod względem zdrowotnym położone i weale niezłe urządzone domy, jak willa Tatrzańska, willa Witoldówka Dra Skórczewskiego, gdzie się mieści zakład dyetetyczny z pensjonatem, willa Białej Róży, willa Janina, Litwinka, willa pod Wisłą p. Burzyńskiej z pensjonatem dla samotnych pań i panien i t. d. Prócz wymienionych pensjonatów posiada także pensjonat Dr. Ebers na drodze do Tylicza. Prócz rządowych, wszystkie prawie domy są drewniane.

Położenie Krynicy, 587 metrów nad poziomem morza, jest przesłizne. Krynica leży w górskiej kotlinie, ze wszystkich stron okrajonej Karpatami i lasami; przerywna ją rzeczulka Kryniczanka i potok Palenica, wpadający koło teatru do Kryniczanki, ta ostatnia zaś wpada do Popradu pod Muszyną, Poprad — do Dunajca, Dunajec — do Wisły.

Krynica weale nie ustępuje wielu pięknie położonym miejscowością Europy Zachodniej (Marienbad, Elster, Wiesbaden) a nawet niektóre, zwłaszcza podobny pod względem leczniczym, trochę wilgotny Elster, bezporównania przewyższa pod względem zdrowotności i pięknie urządzonych lesistych spacerów w parku, zajmującym obszar 100-morgowy. Sam park położony jest na górze, której szczyt leży 741 M. n. p. m., skąd rozpościera się piękny widok Jaworynę na Urdy-Werch i Huzary-Werch i zdala na Tatry. Niedaleko szczytu znajduje się piękna polana, zwana Michasiową, ku uczczeniu pamięci długoletniego rządowego lekarza (1857—1888), D-ra Michała Zielenie-

wskiego, który bardzo się przyczynił do podniesienia Krynicy. Najbliżej prowadzi droga do Michasiowej od Dietlówki (polany, na której znajduje się stara kaplica) wprost w górę. Druga droga do Michasiowej prowadzi koło pięknej statuy Matki Boskiej, wzniesionej w roku 1865, według rysunku Grottgera. Takiego parku pozazdrościć może Krynicy każda wszechświatowa miejscowość kąpielowa. Ścieżki, tak wygodnej jak chodnik Sieglera, przebiegającej w linii poziomej cały prawie park, nigdzie nie znajdziemy; w północnej części łączy się on z chodnikiem prowadzącym na Wojnaczkę, w południowym zaś kierunku prowadzi na Edwardówkę, znaną z ustronia Kraszewskiego, który będąc w 1866 roku w Krynicy, zawsze na jednej ławce siadywał i tam pisał. Obecnie znajduje się tam, od roku 1881, kamienna ławka z popiersiem Kraszewskiego, według rysunku Gersona. Wszędzie, co kilka kroków, znajdujemy wygodne ławki, kilka schronisk dla ochrony przed deszczem, 2 place tenisowe, kręgielnie, krokiety i t. d. Do blizkich wycieczek należą: wycieczka do Słotwin (1 kilom.), do Kopciowej, na miejsce przeznaczone na pomnik Kazimierza Puławskiego, na Huzary-Werch, na Jaworynę. Z dalszych wymienić należy wycieczkę na Hutę, do Tylicza, Bardyowa, Żegiestowa i t. d.

W ostatnich latach dokonano w Krynicy kilku ważnych ulepszeń; mianowicie: urządzono dom izolacyjny dla chorób infekcyjnych, sprowadzono wodę źródlaną słodką do picia wodociągiem 3 kilometry długim, i zbudowano rezerwoar na 250 m. sześciennych; ujęcie zaś źródła Józefa, sprowadzenie wody tegoż do łaźniek mineralnych i urządzenie 7 nowych kabin kąpielowych z wannami miedzianymi podług systemu Wächtlera — wykonano w zeszłym roku.

Widać więc, że w ostatnich latach zarząd kąpielowy zaczął wprowadzać inowacje i że krocząc tą drogą postępu, postawi z czasem Krynice na stopie pierwszorzędnej miejscowości leczniczej. Warunki zewnętrzne są wyjątkowe, a przy dobrych chęciach i stałych nakładach, które sownie się oprocentują, zakład krynicki odpowie kompletnie swemu zadaniu. O ile mnie się zdaje, to zarządowi brak pewnej przedsiębiorczości, chociażby np. w sprawie tak ważnej, jak szukanie nowych, a tak potrzebnych, źródeł wody mineralnej, bo ilość wody mineralnej w wielkim sezonie jest niewystarczająca. O ile przedsiębiorczość rządowa w tym kierunku i ruchliwość w poszukiwaniu nowych źródeł wód górskich w zdrojowiskach niemieckich, widzieć można np. w Nauheim, gdzie, dzięki energii i wytrwałości tamtejszego zarządu, odkryto w ostatnim roku nowe, bogate w żelazo, źródło, które niewątpliwie przyczyni się do podniesienia tej miejscowości leczniczej.

Kuracja w Krynicy, jak w każdej podobnej miejscowości leczniczej, polega nie tylko na picciu wody mineralnej, ale zależy od całego szeregu czynników: dobrego powietrza, kąpeli, zmiany trybu życia i t. d.

W pierwszym rzędzie uwzględnić tu trzeba świetne, czyste powietrze, obfitujące w ozon, bogato wydzielany przez lasy otaczające całą Krynice. Szkoda tylko, że ulic i deptaka nigdy się nie polewa, więc w czasie suszy straszny kurz daje się we znaki oczom i drogom oddechowym kuracjuszków.

Do picia służą dwa źródła: 1) „Zródł główny”, którego źródło znajduje się w samym zakładzie i 2) „Zródł Słotwiński”, którego źródło oddalone jest od Krynicy o kilometr. Codziennie ze wsi Słotwin przywożą po 7 lub 8 razy do zakładu po 150—180 butelek wody słotwińskiej i z butelek nalewają ją do kubków na żądanie kuracuzów. Ze źródła głównego czerpią wodę zdrojową za pomocą czerpaków (koszyczków), do których wstawiają się 2 kubki. Ta manipulacja, ogromnie nie apetyczna i nie higieniczna, i dziwić się trzeba, że zarząd nie postarał się o urządzenie kranów (na wzór urządzeń np. w Elster i Francesbadzie), z których woda płynie wprost do kubka. Takież prymitywne urządzenie praktykuje się przy źródle słotwińskim.

Główne składniki źródeł krynickich, według rozbioru prof. Stopczańskiego (1888 r.) są następujące:

		CO ₂	Soli wapniow.	Węgl. żel.
Zródł główne	na 1000 gr.	1513 cm. sz.	1,554	0,0217
Zródł słotwiński	„ „ „	1188 „ „ „	0,561	0,0209

Woda mineralna Krynica jest więc silną szczawą żelazisto-wapniową, posiadającą znaczną ilość kwasu węglanego, pokąźną ilość wapnia i średnią żelaza; smak ma przyjemnie kwaskowaty, nieco szczypiący i bardzo orzeźwiający. Porównywanie składu źródła głównego z innymi źródłami żelazistymi uwidocznionem być może w następującej tabelce:

		Węglanu żelazawego	Kwasu węglanego	Wzniesienie nad poziomem morza
Marienbad	Ambrosiusbrunnen	0,166	1170	605
„	Ferdinandsbrunnen	0,073	1127	„
Francensbad	Neuquelle	0,128	1020	450
„	Stahlquelle	0,179	1528	„
Liebenstein	Altequelle	0,104	934	340
„	Neuequelle	0,081	1003	„
Rippoldsan	Wenzelsquelle	0,094	1086	570
Elster	Moritzquelle	0,086	1266	473
„	Marienquelle	0,063	1371	„
Pyrmont	Hauptquelle	0,077	1271	125
„	Brodelquelle	0,074	1271	„
Schwalbach	Neubrunnen	0,077	1429	316
Bocklet	Stahlquelle	0,076	1312	209
Wildungen	„	0,076	1238	228
Spaa	Pouhon	0,076	304	320
Cudowa	Eugenquelle	0,063	1200	400
Reinerz	Ulrikenquelle	0,062	1100	568
„	Lauequelle	0,039	1465	„
Tarasp	Bonifaciusquelle	0,045	1185	1200
St. Moritz	Paracelsusquelle	0,038	1531	1769
Krynica	Zródł główne	0,021	1513	587

Prócz powyższych źródeł przytoczę jeszcze:

	Fe	As ₂ O ₃
Levico	0,66	0,009
Roncegno	0,384	0,067
Srebrenica	0,073	0,041

które prócz żelaza zawierają arsenik.

Do picia wody są w użyciu szklane rurki, nie dla tego, aby uchronić zęby od psucia, ale z tego powodu, że przez rurkę pije się powolniej, woda nieco się rozgrzewa w drodze, zanim dojdzie do żołądka, a przytem nie traci kwasu węglanego, lecz cała jego ilość przechodzi do żołądka. Do Słotwinki dodaje się często żętycę (mieszanie serwatki owczej i koziej).

Skład chemiczny		żętycy i serwatki (krowiej):	
Składników azotowych	.	2,1	1,1
" bezazotowych	{	tłuszczu 0,2	0,1
	{	cukru 5,0	4,1
Soli	.	0,6	0,4
Wody	.	92,1	93,3
		<u>100,0%</u>	<u>100,0%</u>

W bliskości źródła głównego znajduje się skład wód mineralnych zamiejscowych.

„Zdrój Józefa” (słabszy) używa się jedynie do kąpieli mineralnych, jak również i „zdrój główny”. W łazienkach mineralnych, wybudowanych w r. 1866, znajduje się na parterze 79 wanien, urządzonych podług systemu Schwartz’a; wanny mają podwójne dna, między którymi ułożona jest węzownica metalowa; do tej wpuszcza się parę i w taki sposób ogrzewa wodę mineralną, która w tych warunkach minimalną traci ilość gazu. System ten ma tę ujemną stronę, że chory, siedząc w wannie, może się nieco oparzyć. Na pierwszym piętrze urządzono w zeszłym roku 3 bardzo porządne kabiny salonowe (z lustrem, umywalnią) i 4 kabiny I-ej klasy według systemu Wächtlera. W takich wannach są 2 otwory: przez jeden przechodzi woda mineralna zimna, przez drugi zaś para. Wszystkie wanny (7) na I piętrze są miedziane, większe od parterowych. Do każdej kąpieli na górze zużytkowuje się 200 litrów wody, na dole zaś 170, bo ostatnie są mniejsze. Na parterze łazienki dzielą się na 3 klasy. Wanien I-ej klasy jest 18, w tem 13 miedzianych i 5 (od № 35 do 39) cynkowych. W tych 5 kabinach są takie same wanny, jak w II-ej klasie, tylko kanapa jest porządniejsza i właśnie za tę kanapę trzeba wyższą takse płać. Jestto niesprawiedliwe i dziwić się nie można, że wielu kuracjuszków protestuje przeciwko temu stanowi rzeczy. Druga klasa posiada 31 wanien cynkowych, trzecia zaś 30 również cynkowych, ale w gorszym gatunku. Podłogi wszędzie na piętrze i na parterze, za wyjątkiem jednej kabiny (№ 32), są drewniane, a nie kamienne. Urządzenie kabin na parterze jest skromne. W tak zwanym chodniku krytym znajduje się jedna wanna dla kąpieli gazowej.

Ciepłota kąpieli wynosi, przeważnie 26° R.; po dwóch kąpielach zwykle następuje jednodniowa przerwa. Kąpiel trwa od 10—20 minut. Do kąpieli mineralnej dodaje się często igliwie od 2—5 litrów

na kąpiel. W kąpielach gazowych dla uniknięcia szkodliwego wpływu wznoszącego się nad poziomem kąpeli kwasu węglanego, od czego czasem powstaje bicie serca, zawroty głowy, odurzenie, a nawet omdlenie, — najlepiej za pomocą prześcieradła spędzić gaz nagromadzony nad poziomem wody, lub, będąc w kąpeli, nakryć wannę prześcieradłem.

Źródło Józefa daje na minutę od 10—11½ litrów wody mineralnej, na godzinę więc wydaje od 600—690 litrów, co czyni 14,400 do 16,560 litrów na dobę. Zbiornik ze źródła Józefa znajduje się w bliskości jego źródła. Źródło główne daje na minutę 45 litrów, na godzinę więc 2700 litrów, na dobę 64,800 litrów wody mineralnej. Razem obydwie źródła wydają na dobę od 79,200—81,360 litrów. Woda ze źródła głównego zbiera się w rezerwoarze obok gmachu kąpeli mineralnych. Rezerwoar ten może pomieścić około 180,000 litrów.

Mineralnych kąpeli wydaje zarząd dziennie 750 (tylko na parterze) w II sezonie; na I piętrze mało się kąpia: w wannach I klasy wydają dziennie 32 kąpiele w II sezonie, w salonowych zaś od 3 do 14—16 kąpeli. Nie włączając do ogólnego rachunku wanień I piętra, z powodu niewielkiej ich ilości, okazuje się, że jeżeli jedna wanna pochłania 170 litrów, 750 kąpeli wymagać musi 127,500 litrów wody mineralnej. Woda mineralna niemoże więc w wielkim sezonie wystarczyć na zapotrzebowanie kąpeli. Kuracjusze z I sezonu zapewnijają, że kąpiel w tym sezonie jest silniejsza i zawiera większą ilość kwasu węglanego. To samo również twierdzi kol. Skórczewski, wspominając, iż w I sezonie (w Czerwcu) w Krynicy wody są silniejsze. Tu więc widzimy niezbędną potrzebę poszukiwania nowych źródeł.

(D. n.)

W kwestji felczerów.

Słyszałem niedawno wyrazy oburzenia z powodu, że jeden z kolegów, zapisawszy choremu roztwór kamfory, do wykonania zastrzyknięcia polecił wezwać felczera.

Jest to — zdaniem wielu lekarzy — demoralizowanie publiczności, przyuczanie jej do posługiwania się felczerami.

Taki sąd o tem pojedynczem zdarzeniu jest w związku ścisłym z poglądem lekarzy na felczerów wogóle. W tym względzie nasze przekonania moglibyśmy streścić w jednym wyrazie: Ausrotten!

Nie dziwnego, że ten okrzyk wyrывa się nam na widok frymarczenia zdrowiem ludzkim, jakiego się dopuszcza wielu felczerów.

Wszakże powyższem hasłem nie nie wskóramy. Liczyć się natomiast musimy z faktem, że felczerzy istnieją i że z czegoś żyć muszą; że szkoły felczerskie co rok dyplomują nowy zastęp felczerów i że my tych szkół zamknąć nie mamy możliwości.

Wobec takich faktów musimy się zdobyć na plan jakiegoś *modus vivendi*, wychodzącego poza granice odruchowej niechęci.

Mojem zdaniem, lekarze—godząc się ze złem koniecznym i działając w interesie zdrowia publicznego—nie powinni usuwać felezerów od wszelkiego udziału w lecznictwie, jak to się dziś często dzieje, t. j. nie powinni usuwać felezerów od pracy odpowiadającej ich uzdolnieniom zawodowym. Tylko bowiem drogą umożliwiania im zarobku godziwego usuwa się pokusę do nadużyć i czyni z felezerów pomocników, do czego są przeznaczeni.

[Niestety, spotykamy dziś stosunki wręcz odwrotne: lekarzy na usługach felezerów. Pomijając ocenę wartości moralnej tych lekarzy, filarów współczesnego felezeryzmu, powiem tylko, że podobne stosunki są konsekwencją nienormalnego stanu naszego lecznictwa, w którym felezer może grać rolę samodzielnego doradcy zdrowia.]

Musimy pouczyć ogół, jaka rola w lecznictwie przypada felezerom. W tym celu należy w każdym odpowiednim przypadku polecać felezerom wykonywanie posług lekarskich, zarówno przy ogólnem pielęgnowaniu chorych, jak i przy takich zabiegach leczniczych, jak wcierania szaruchy, mięsienie, zabiegi wodolecznicze, epilacja, karmienie przez odbytnicę i t. p.

Naturalnie, felezerzy muszą się wyspecjalizować w pielęgnowaniu chorych, muszą się nauczyć mięsienia, techniki wodolecznictwa i t. p. A uczyć się tego będą, gdy się przekonają, że tą drogą chleb zdobyć mogą.

Inicjatywa wyjść musi od nas. Powinniśmy stanąć na stanowisku, z którego będziemy dbali o godziwy zarobek dla felezerów, na początek tych, którzy do swej właściwej roli są przygotowani i nią się ograniczają.

Tą drogą, jak już powiedziałem, przyzwyczajamy ogół do widzenia w felezerze pomocnika, a nie zastępcy lekarza,

Nie ludzę się, byśmy w ten sposób wykorzenili ten zły „felezeryzm”. Ale część tych zawodowców pchniemy na drogę pracy uczciwej i pożytecznej, a w każdym razie spełnimy w granicach możliwości naszą powinność jako stróże zdrowia publicznego.

I. IX. 1900.

Az.



REFERATY.

Dr. Buss. **Znaczenia domów zdrowia (instytutów mechaniczno-leczniczych) dla sprawy orzekania następstw wynikłych z nieszczęśliwych wypadków.** (*Dokończenie*). Przechodzimy obecnie do grupy drugiej. Tu w celu wyjaśnienia istoty rzeczy przedewszystkiem moglibyśmy uciec się do odurzania chloroformowego; niestety, w najcięższych przypadkach chorzy zwykle na zabieg ten się nie zgadzają.

Pozostają nam jednak inne jeszcze sposoby badania, których wyniki często dostarczają nam danych prawie zupełnie pewnych; a więc przedewszystkiem ruchy bierne: sprężysty opór mięśnia dowolnie skurzonego znacznie się różni od stężalości wskutek zrostów stawowych i t. d. Potem skłaniamy chorego do wykonania wrzekomo zniesionego ruchu. W razie udawania chorey bądź wprawia w ruch nieodpowiednią grupę mięśni, bądź rozwija taką siłę, która stoi w rażącej sprzeczności z zamierzonym ruchem. Następnie przystępujemy do badania za pomocą przyrządów, najlepiej Zander'a. Wobec niezwykłych kształtów przyrządu niektórzy chorzy tracą zupełnie odwagę i sami się zdradzają, innych demaskuje działanie przyrządu. Gdy i w ten sposób nie wskórać nie możemy, uciekamy się do prądu przerywanego, przykładając elektrody najlepiej do palców. Zauważyć jednak należy, że chorzy obeznani z działaniem tego prądu niekiedy zapomocą woli potrafią sparaliżować jego efekt. U takich chorych winniśmy zbadać jakość mięśni wykonywujących wrzekomo zniesione ruchy. Gdy otrzymany w ten sposób, do prawdy zbliżony, sąd nasz nie odpowiada zachowaniu się chorego — uciekamy się wtedy do naszkicowanej powyżej obserwacji, która zazwyczaj cel pożądaný osiąga. Badanie charakteru nie jest w tych razach niezbędné, może jednak niekiedy oddać rzetelną przysługę; a oto przykład: pewien chory udawał sztywność w stawie barkowym prawym, przyczem rozwinął tyle silnej woli, że w ciągu długich tygodni nie sposób było powziąć dokładnego zdania o istotnym stanie rzeczy, ilekroć bowiem wprawiano w nieco rozleglejszy ruch porażoną kończynę, chory skarżył się na ból. Atoli autor na podstawie badania charakteru miał zasadę nieufania skargom chorego; i rzeczywiście, przy opuszczeniu zakładu chory się zdradził.

Przykład ten poucza, że i przy badaniu zaburzeń ruchowych nie zawsze można sobie stworzyć dokładne pojęcie o istotnym stanie rzeczy, w grę bowiem wchodzi nowy czynnik, o którym tylko chory może dać nam pojęcie dokładne; jest nim ból.

Odróżniamy dwa rodzaje bólu: psychiczny czyli ośrodkowy, wynikający z nadczułości psychicznej, i cielesny, pochodzący wskutek schorzenia lub obrażenia układu nerwowego ośrodkowego lub obwodowego. Ból cielesny znowu może być pierwotny, jak przy wjadzie rdzenia lub zapaleniach nerwów, albo następczy — wskutek cieplnego (termicznego), chemicznego lub mechanicznego uszkodzenia tkanek oraz następstw stąd wynikających (zapalenia). W danym wypadku zajmuje nas przedewszystkiem ostatni rodzaj bólu, który nazwiemy przyrannym (Wundschmerz); jest on wyrazem mniejszego lub większego pobudzenia zakończeń nerwów czuciowych. Zjawiając się przy lub bezpośrednio po urazie, ból przyranny waha się w swoim napięciu zależnie od przebiegu sprawy miejscowej lub działania rozmaitych bodźców zewnętrznych, resp. czynnego lub też biernego ruchu; ból ten nawet przy trwaniu zaburzeń czynnościowych może zniknąć, gdy chory doń się przyzwyczaja lub stara się nie myśleć o samym urazie i skutkach jego. Jest to tym łatwiejsze, im ktoś jest mniej wrażliwy oraz im bardziej stara się uwagę swoją od miejsca uszkodzonego odwrócić.

W szerokim zakresie miało to miejsce przed wprowadzeniem towarzystw ubezpieczeń od nieszczęśliwych wypadków; wtedy skargom chorych można było całkowicie ufać; dziś rzeczy mają się wręcz odmiennie, a chory, widząc nieraz w bólu ultimam rationem na odszkodowanie, stara się też zeń jaknajwiększy użytek czynić. Stosuje się to zwłaszcza do mniej wyraźnych uczuć bólowych, tym większą przeto powinniśmy im uwagę poświęcić. Obolałość (Schmerzweh) nie zawsze bywa następstwem znikającego bólu przyrannego, niekiedy bowiem może się zjawiać pierwotnie wskutek jakiegoś obrażenia, to ma jednak wspólnego z bólem przyrannym, że tło jej stanowią zmiany organiczne. Ta to właśnie okoliczność odróżnia obolałość urazową od neurotycznej.

Wydanie sądu o bólu jako następstwie obrażenia należy do najtrudniejszych zadań lekarza, nasuwa się bowiem pytanie, czy i w jakich warunkach chory doznaje bólu oraz i w jakim stopniu może on wpłynąć na zdolność do pracy? Jako uczucie czysto subiektywne ból nie może być przedmiotem sądu obiektywnego, a chorzy o tem wiedzą aż nadto dobrze. Wprawdzie, gdy znamy skutki i czas zaszłego urazu, możemy uznać istnienie bólu, możemy nawet wbrew skargom chorego dla pewnego stopnia określić jego napięcie; im jednak czas od urazu ubiegły jest dłuższy, im natura urazu bardziej nieznana, im mniej widoczne następstwa—tym większe piętrzą się trudności, tym bardziej na łasce chorego zostajemy. Może wprawdzie lekarz uciec się do różnych sposobów sprawdzenia skarg chorego na celu mających, rzadko jednak uda się mu wykrycie jakichś pewniejszych danych. Przyczyny tego są aż nadto jasne. Badanie za pomocą ucisku jest zgoła niepewne tak wskutek tego, że uczucie bólu nie zawsze umiejscawia się w jednym jakimś punkcie, jak i dla tego, że nie zawsze możemy wywierać jednakowo silny ucisk: zresztą, stan chorego nie zawsze bywa jednakowy. Ztąd wyniki badania różne. Przy tem brak bólu przy ucisku nie zawsze dowodzi nieobecności samego bólu, ten bowiem może ustępować przy pewnym położeniu chorego członka; chorzy o tem wiedzą i tysiączne wynajdują wybiegi, których sprawdzić lekarz przy najlepszych chęciach nie może, chociaż by nawet znał chorego bardzo dobrze. Przekonanie lekarza, że przy silnej i dobrej woli uszkodowany mógłby jednak pracować, nie na wiele się zda wobec istniejącej w nauce jednostki chorobowej, nazwę neurozy (resp. hysterji, neurastenji) urazowej noszącej. I lubo termin ten stworzony raczej został dla zamaskowania niewiadomości naszej, liczy się zeń musimy, bo go odpowiednie prawodawstwo ku utrapieniu rzeczoznawców uznaje. A jednak słuszność nakazywała by określenie to ze słownictwa lekarskiego usunąć, bowiem do rozpoznania hysterji urazowej stosujemy te same wymagania co i zwykle. W najlepszym razie można by przystać na określenie: hysteria resp. neurastenia wskutek nieszczęśliwego wypadku (Unfalls-Hysterie, Unfalls-Neurastenie); ponieważ atoli nieszczęśliwe wypadki stanowią stosunkowo nieznacznym czynnikiem w powstaniu hysterji resp. neurastenii, musimy się przeto zgodzić, że układ nerwów danego osobnika już i poprzednio posiadał pewne braki, które wskutek nieszczęśliwego wypadku na jaw wyszły. To samo się

stosuje i do bólu na tle neurotycznym. Z drugiej znowu strony, jeżeli się zgodzimy, że pewien uraz u człowieka dotąd zdrowego może spowodować pewne zmiany drobinowe, prowadząc do neurastenji lub hysterji, dowieść należy, że uraz ten istotnie skutki takie w budowie nerwów wywołać był w stanie. Oczywiście jest to niemożliwe. Wobec tego co się rzekło, ilekroć zmuszeni będziemy uznać w jakimkolwiek przypadku ból na tle neurozy, obowiązani jesteśmy jednocześnie wykazać inne jeszcze objawy dla hysterji resp. neurastenji charakterystyczne. Stosuje się to i do tych chorych, których układ nerwowy wyszedł zwyczajko z nieszczęśliwego wypadku, a którzy pomimo to skarżą się np. na gwałtowny i długotrwały ból głowy. W tym celu znowu uciekamy się do obserwacji, przy czym staramy się wykryć następstwo bólu na stan duchowy i fizyczny pacjenta, a ztąd możemy wyciągnąć wnioski o stopniu i o natężeniu jego.

Udawanie zaburzeń psychicznych przy starannej obserwacji jest bardzo trudne; badanie charakteru chorych w tych wypadkach daje zwykle wiele bardzo cennych wskazówek. By to jednak było możliwe, lekarz powinien często obcować z chorym, bowiem tylko wtedy będzie mógł poznać go bliżej i wiarogodne wnioski wyciągnąć. Dobrze by było i w tych razach w celu określenia zdolności do pracy skłaniać chorych do wykonywania pewnej roboty; niestety, staje temu na przeszkodzie niechęć ze strony chorych. Co się tyczy zaburzeń dotyku, te zdarzają się nader rzadko; największe stosunkowo znaczenie posiada znieczulenie, którego przyczyną najczęściej bywa hysteria. Dla wykrycia znieczulenia posługujemy się zwykle stosowanymi w tych razach środkami rozpoznawczymi. Równie rzadko wskutek nieszczęśliwego wypadku zdarza się nadczułość, której udawanie nie trafiło się dotąd autorowi ani razu; zdarza się natomiast, że chorzy udają rozmaite objawy odruchowe w nadezłej okolicy początek biorące, jak np. drżenie, kurcze i t. p. Troskliwe jednak badanie oraz odpowiednia obserwacja sprawę wyświetlają.

Aerztliche Sachverst. Ztg. 1899. № № 23: 24. F. Grodecki.



KRONIKA.

Piąty zeszyt „Dziennika IX Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie“ wyszedł 11 Sierpnia. Z powodów od wydawnictwa niezależnych ten zeszyt dopiero teraz będzie uczestnikom

rozdany przez księgarnię E. Wende-
dego, w Warszawie. Tamże nabyć
można całe komplety „Dziennika“.

— W № 154 „Kurjera Co-
dziennego“ pisano: „jeden z le-
karzy warszawskich podniósł pro-

jekt zorganizowania oddziałów syfilitycznych, na wzór istniejących okulistycznych“:

Gorącą i racjonalną odprawę tym niezdrowym kierunkom daje kol. Fr. Grodecki w „Krytyce lekarskiej“:

Oto co pisze pod adresem tych koczowników:

„Skoro odczuwam niedolę, dajmy na to, chorych na oczy, a kocham szczerze swój lud, i pragnę mu przynieść rzetelną i trwałą pomoc, to powodowany właśnie ową miłością z jednej strony, z drugiej zaś nieprzepartą chęcią ulżenia niedoli, osiedlam się wśród owego ludu i leczę go od chorób ocznych. Wtedy mam to przeświadczenie wewnętrzne, że pracuję dla idei i dobrej sprawie służę całą istotą swoją. Ale kiedy wyjeżdżam jako specjalista na kilka tygodni za niezłą względnie opłatą ryczałtową, daję wówczas tylko zdawkową monetę, a odjeżdżając, zostawiam obok wdzięczności rozgoryczenie, wyrażające się mniej więcej w tych słowach: „Dlaczego ten znakomity okulista, względnie syfilidolog, odjechał, a toć i ten i ów i setny są jeszcze chorzy!“ lub: „co my biedni teraz poczniemy? tego dobrego doktora, co tyłu za darmo leczył i wyleczył, już niema, a nasi to nic nie rozumieją, lepiej do nich nie chodzić!“ Że tak rozumuje lud, a rozumuje słusznie, to wiem aż nadto dobrze; a że w tem prostem rozumowaniu mieści się gryząca krytyka paliatywnych urządzeń pomocy lekarskiej, to także chyba nie ulega żadnej wątpliwości.

Czy takie skutki powinna sprawiać racjonalnie pojęta chęć słu-

żenia ludowi, niech odpowiedzą na to twórcy koczujących brygad specjalistów różnej broni.

Przechodząc obecnie do „doniosłego projektu“ (za taki bowiem go uważa światły recenzent „Kurjera Codziennego“) powiem otwarcie, że zgola go nie rozumiem a to dla następujących przyczyn., Rozpoznawanie i leczenie syfilisu jest dziś obowiązującym dla każdego lekarza, a nawet prowincjonalnego; ani szczególnej sztuki, ani wyrobionej techniki operacyjnej leczenie przymiotu nie wymaga. Wobec tego sądzę, że każdy z lekarzy prowincjonalnych i rozpozna i potrafi leczenie przymiotu poprowadzić należycie, bez żadnych zgola wskazówek ze strony specjalistów; pomoc ich w tym względzie jest stanowczo zbyt czarna. Dalej, leczenie syfilisu powinno się znajdować w rękach lekarzy, stale w danej miejscowości osiadłych, wymaga bowiem tego sama istota choroby, o czem widocznie twórca „doniosłego projektu“ zapomniał, — i ta okoliczność, że zarażenie się przymiotem trwa cały rok, a nawet najznakomitsi specjaliści nie dokażą tego, by odpowiedni do leczenia kandydaci zjawiali się tylko wtedy, kiedy owym specjalistom podoba się zjechać do danej miejscowości.

Zgoda, odpowiedzą zwolennicy medycy koczowniczej: dla czegoż jednak chłop się nie leczy u miejscowych lekarzy od przymiotu? Dla tego, że musi im za to płacić, musi nadto jeszcze kupować lekarstwa, dla tego, wreszcie, że chłop w ogóle nie rozumie, co to jest leczenie dłużej trwające: on pragnie, by mu zdrowie co rychlej przez lekarza przywróconem zostało. A zresztą, gdzie się ma

ten chłop leczyć? Szpitali tak dobrze jak nie mamy i przytułków również, lekarzy także jest trochę za mało. Usuńmy te braki, pootwierajmy w każdej gminie lecznicę, przyczynmy się do tego, by leki były tańsze, uczmy chłopą, ile jest warte zdrowie, co każda choroba kosztuje i jakie następstwa sprowadza, a zobaczymy ilu nam siermiężnych pacjentów przybędzie. Nakoniec, o ile rzecz dotyczy specjalnie przymiotu, takim on strachem przejmuje każdego wieśniaka, że wszelkich usiłowań dokłada, by się „złej“ choroby pozbyć.

Obok nielicznych syfilityków mamy tysiące kobiet, rok rocznie umierających przy — lub po porodach, dziesiątki tysięcy kobiet, chorobami niewieścich narządów płciowych dotkniętych, tysiące dzieci, mrących przed czasem wskutek zaniedbania pomocy lekarskiej.

Dlaczegoż taka moc wszystkich tych nieszczęśliwych ma być gorszą od syfilityków.

— Szpital świętego Jana Bożego w Lublinie przed lat dziesiątkiem zalecał się czystością, porządkiem i starannym dozorem chorych. Zyskał sobie zaufanie u chorych i opinię bardzo pożytecznej instytucji. Ale w latach ostatnich zmieniły się warunki. Sprzedaż majątku szpitalnego, Rury Bonifraterskie, za niską cenę bo po 80 rub. za morgę gruntu wraz z łąkami i lasem, zubożyła instytucję o 50 z górą tys. rubli kapitału. Kupowanie opału, po sprzedaży 100 morgów lasu, obciąża mocno budżet wydatków, bo drzewo drogie. Równocześnie ze sprzedażą folwarku nastąpiło usunięcie sióstr miłosierdzia. Sześć sióstr, pobierając niską płacę, po 10 rub. miesięcznie każ-

da, kosztowało szpital 720 rub. rocznie. Za ten grosz była obsłużona kuchnia, apteka, a chorzy, tak umysłowi, jak na oddziałach wewnętrznym i chirurgicznym, byli pielęgnowani starannie. Obecnie są trzy dozoreczynie, jedna nadzorczydni i dozorea umysłowo chorych. Kosztuje to cztery razy więcej, niż poprzednio. Jedna z dozoreczyń zajmuje się kuchnią, która jest prowadzona lichy; druga ma zajęcie w aptece. Pozostaje więc do obsługi 150 chorych jedna dozoreczyni, bo nadzorczydni niezem się nie zajmuje. Chorzy więc nie mają podanego we właściwej porze lekarstwa, i poleceń lekarskich niema komu wykonywać. Szpital brudny i wstrętny, porządku żadnego. Trzeciego felczera do obsługi chorych trudno pozyskać, a tymczasem istnieje intendent szpitala, sekretarz i pomocnik sekretarza, kiedy sam sekretarz niewiele ma do roboty. Kościół przy szpitalu Ś-go Jana Bożego posiadał dotąd kapelana, który pobierał pensję 150 r. rocznie i miał pomieszkanie przy kościele. Obecnie zmniejszono pensję do 75 rubli i kapelana stałego niema. Odmówienie chorym posługi duchownej jest krzywdą wielką. Dopóki opiekunami szpitala byli ludzie mający stosunki z miastem i okolicą, ogół mieszkańców zajmował się instytucją, przychodził chętnie z pomocą materialną. Z chwilą, kiedy ludzi takich zabrakło, szpital stał się dla społeczeństwa obcym, co na korzyść tego rodzaju instytucjom nie wychodzi. Usunięcie przeto czynników, ujemnie na byt i rozwój szpitali prowincjonalnych wpływających, wprowadzenie ładu, otoczenie chorych należyta opieką i racjonalne gospodarstwo, byłoby rzeczą pożądaną; bez tego bowiem

te nieodzowne dla społeczeństwa instytucje upadają i niszczeją.

„Słowo“ № 150. 1900.

— Wartość systemu rozjazdowego „pomocy lekarskiej dla ludności gub. płockiej” dobrze charakteryzuje fakt następujący. W miasteczku Bodzanowie poprzednio, przed zaprowadzeniem bezpłatnej pomocy lekarskiej gubernialnej, zawsze przemieszkiwał lekarz, który, obsługując okolice, miał dostateczne dla siebie utrzymanie. Gdy pomoc lekarska dla ludu została wprowadzona, lekarz miejscowy wobec lekarza okręgowego, który raz na tydzień zjeżdża dla udzielania porad, nie mógł się utrzymać, bo każdy naturalnie wolał oczekiwać tydzień na lekarza bezpłatnego, niż choćby najmniejszą kwotę zapłacić lekarzowi miejscowemu. To też, gdy ostatni lekarz, który próbował tu szczęścia, wyniósł się — nie mamy obecnie dostatecznej pomocy lekarskiej dla okolicy, co fatalnie odbija się na zdrowotności mieszkańców, powiększając liczbę wypadków śmiertelnych; zwłaszcza w wypadkach ciężkich porodów, brak lekarza odczuwać się daje. Wiemy o znacznej liczbie wypadków śmierci u kobiet; gdyby lekarz mieszkał w okolicy i mógł być przy chorej obecny, spory odsetek tych wypadków śmiertelnych — nie byłby z pewnością zaznaczany w kronikach i innych aktach. Zresztą, i w innym czasie lekarz byłby tu potrzebny. Obecnie np. panują w okolicy febra, błonica i różne choroby gardlane, głównie we wsiach: Reczynie, Gałkach i innych. Sporo chorych zginię, zanim lekarz przyjedzie, a przyjeżdża jak pisaliśmy, raz na tydzień.

(Echa płockie i łomż. 1900).

— Pisząc o izbach izolacyjnych dla chorych, jakie są projekto-

wane przy domach koszarowych dla ludności ubogiej, wygłasza p. J. Moszczeńska („Głos”, № 38 „Hygiena ubogich”) parę trafnych uwag o lecznictwie wogóle, zasługujących na przytoczenie choćby ze względu na to, że w tych sprawach rzadko słyszymy głosy niefachowców: „Wstręt do szpitali jest wśród klas ubogich naszego kraju najszerzej rozpowszechnionym i najgłębiej zakorzenionym antihygienicznym przesądem. Lud nasz nie ma bynajmniej przekonania, że szpital zapewnia troskliwszą opiekę i wygody, niż mieszkanie, choćby najciaśniejsze, i rodzina, choćby najuboższa i — dziwna rzecz — doświadczenie bynajmniej na wykorzenienie tego przesądu nie wpływa. Ludzie, którzy swych chorych w szpitalu leczyli, którzy w nich sami chorowali, ci którzy w szpitalu długie lata służyli, zupełnie w tym samym stopniu, co inni, temu przesądowi hołdują. Widocznie szpitale nasze nie są idealne, co może wynika z ich przepełnienia, niedostatecznego wyposażenia i t. d. Bądź co bądź, „opieka i wygody”, jakich tam chorzy doznają, nie imponuje i nie zachwyca. Zresztą, ile razy o tej kwestji i o doktorach rozmawiałam z ludem, pragnąc na wykorzenienie uprzedzeń wpłynąć, zawsze natrafiałam na jakieś, może niejasno sformułowane, lecz nieomal u wszystkich jednomyślne przekonanie, że szpitalom nie zależy na uzdrowieniu chorych, lecz albo na pozbyciu się ich, albo na „praktykowaniu”, jak się wyrażano, że chorzy nie są tam uważani jako ludzie, których przedewszystkiem i koniecznie wyleczyć trzeba, lecz jako materiał do kuracji, operacji, prób, spostrzeżeń i doświadczeń. Ile razy np. doktor chce operacji,

zdaje im się, że ona jest pożądaną tylko dla doktora, jako rodzaj rozrywki, ale nie dla pacjenta. Czasem znów sądzą, że mniej bezpieczne operacje robi się dlatego, żeby było—wedle ich wyrażenia — „albo na tę stronę — albo na tę stronę” (t. j. żeby raz z chorym skończyć: albo go uzdrowić, albo zabić), przyczem doktorom jest zupełnie obojętne, „na którą stronę”. W prasie i naszej i nie naszej roztrząsa się poważnie kwestję, czy i o ile są dozwolone próby na chorych w szpitalach, czy i o ile wolno dla nauki młodych medyków męczyć ciężko chorych częstemi oględzinami — i różne tym pokrewne; gdy jednak sami pacjenci lub ich krewni wyrażają żal i obawę, że szpitalom o najszybsze uzdrowienie i najstarszanniejsze pielęgnowanie chorych nie chodzi — widzimy w tem dowód przesądu i niemądrego uprzedzenia.

W pismach naszych czytamy nieraz przez doktorów pisane artykuły o różnych wadach i niedostatkach naszego szpitalnictwa, artykuły rozumne i przekonujące, gdy jednak lud do tych, naszym zdaniem, wadliwych szpitali wstąpił i niechęć okazuje, oskarżamy go o głupotę. Prawda, że nasz zmysł krytyczny wytwarza się przez niedostępne dla niego porównania między tem, co jest, a tem, co być powinno, lecz za to na ostrość jego sądu wpłynąć może ta okoliczność, że braki, które my tylko widzimy, on czuje na swojej skórze. Ażebym zakończyć z tym

tematem, dodam jeszcze jedną uwagę o doktorach.

Zdaje mi się, że kobiety-lekarze mają więcej szans, ażeby pozyskać zaufanie biednych, niż mężczyźni, może dla tego, że oni nie wierzą, aby kobieta była naprawdę takim doktorem, jak inni, i sądzą zawsze, że jest ona tylko mądrszą od innych znachorką. Objaw ten u mniej cywilizowanych ludów jest dosyć znany. Możeby też one, lecząc ubogich, miały więcej szans przełamania nieufności.

Jedno jeszcze wyrażę przypuszczenie: możeby lud miał więcej zaufania do medycyny, gdyby ona mu się w takiej samej, jak nam, ponętnej przedstawiała formie. Czy wszyscy doktorzy, praktykujący w bezpłatnych klinikach, są równie uprzejmi, cierpliwi, wyrozumiali, jak wobec bogatych pacjentów? Może większość, ale nie wszyscy?”

— Radomskie Tow. Dobroczynności wysyła corocznie 25 dzieci na kurację do Solca (dzięki pomocy ze strony kol. Daniewskiego). W r. b. Tow. powzięło zamiar wysyłania dzieci, prócz do Solca, na kolonie miejskie. Sprawą zajmują się p. adwokat Z. Zaleski i kol. W. Papiewski.

(Gazeta Radomska 1900 № 38).

— W szpitalu św. Stanisława w Szczuczynie obchodziła siostra miłosierdzia zgromadzenia św. Wincentego à Paulo, Łucja, 50-letni jubileusz pracy szpitalnej. W szpitalu szczuczynskim pracuje siostra Łucja od lat 25; poprzednio w ciągu lat 25 dawała swą pracę i poświęcenie szpitalowi w Płocku.

Komitet redakcyjny: L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, S. Serkowski, C. Stankiewicz, A. Tumpowski.

Wydawca: Dr. C. Stankiewicz.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою. Г. Лодзь, 14 Сентября 1900 г. Друк К. Кобиńskiej, Srednia 23.