

Czasopismo Lekarskie

W sprawie leczenia owrzodzeń rogówki, a szczególnie wrzodu pełzającego.

Przez D-ra med. J. Kolińskiego.

(Rzecz czytana na posiedzeniu Tow. Lek. Łódz. dnia 3 Października r. b.).

W liczbie chorób ocznych cierpienia rogówki zajmują co do ilości drugie miejsce i stanowią według mego własnego materiału 13,5% wszystkich chorób oczu. Są one jedną z częstszych przyczyn utraty wzroku; według statystyki *H. Cohna*¹⁾ 3,9% ślepych zawdzięcza swoje kalectwo chorobom rogówki. Najbardziej groźnemi są postacie owrzadzające, które według *W. Szokalskiego*²⁾ stanowią 14,8% wszystkich form zapalnych rogówki. Nie wszystkie jednak postacie wrzodów rogówki są jednakowo niebezpieczne dla wzroku; największą złośliwością odznacza się wrzód pełzający (ulcus serpens, Hypopyon-keratitis). O niebezpieczeństwie tej choroby daje pojęcie sprawozdanie z kliniki okulistycznej *Pagenstecher'a*³⁾. Na 91 przypadków wrzodu toczącego, spostrzeganych od roku 1892 do 1896, było 17 zejść z zupełną utratą wzroku, w 37 przypadkach pozostała możność liczenia palców na odległości mniejszej niż 1 metr, w 30 przypadkach zachowana została $\frac{1}{20}$ do $\frac{2}{3}$ siły widzenia i tylko w jednym przypadku pozostał wzrok normalny. Nie o wiele lepsze wyniki leczenia wykazuje i sprawozdanie z Berlińskiej kliniki okulistycznej za czas od 1893 do 1898 roku⁴⁾.

Jeśli to cierpienie daje tak mały odsetek pomyślnych zejść w klinikach, nie można się spodziewać szczęśliwszych wyników leczenia w praktyce prywatnej okulistów, a tembardziej u lekarzy niespecjalistów, zmuszonych leczyć choroby oczu.

Wrzód pełzający rogówki występuje najczęściej u ludzi w podeszłym wieku. Znaczny odsetek stanowią rolnicy („keratite de moissonneurs“), i, wogóle, ludzie zatrudnieni przy zajęciach, przy których

¹⁾ Real-Encyclopädie *Eulenburga*, T. III, str. 138. ²⁾ Wykład chorób przyrzędu wzrokowego, T. I, str. 373. ³⁾ Klin. Manatsbl. f. Augenh. Kwiecień 1899 r. ⁴⁾ Arch. f. Augenh., IV, 1899.

czystość rąk i odzieży jest niepodobieństwem. Tak np. jeden z najcięższych przypadków wrzodu pełzającego obserwowałem u robotnika towarzystwa asenizacyjnego, wywołającego nieczystości, drugi podobny u robotnika, zajętego tłuczeniem kości w fabryce kleju. Najczęściej jednak cierpienia te spotykamy u osób dotkniętych ropieniem woreczka łzowego (Dacryocystoblenorrhoea). Przeszło połowa wrzodów pełzających spostrzega się jednocześnie z niedrożnością dróg łzowych i ropieniem woreczka. Ponieważ choroby dróg łzowo-nosowych są smutnym przywilejem kobiet, łatwo zrozumieć, dla czego tę postać wrzodu tak często spostrzegamy właśnie u nich. Każdy prawie zaniedbany przypadek śluzotoku woreczka łzowego na wsi, pozostawiony bez leczenia, kończy się zakażeniem jakiegoś zadrażnienia na rogówce i wrzodem pełzającym, co przy uprzedzeniu naszego ludu do leczenia chorób ocznych równa się utracie wzroku dotkniętego oka. Lud nasz zna straszne następstwa tej choroby, nazywając ją „rysi pazur“.

Najczęstszy sposób powstawania tego wrzodu, jest zakażenie ranki, spowodowanej drogą mechanicznego naruszenia nabłonka rogówki. Badania *Gasparini*'ego, *Bosso*, *Uthoffa* i *Axenfelda* wykazały, iż *ulcus serpens* powstaje dzięki zakażeniu dwuziarniakiem (*diplococcus*) *Fraenkel-Weichselbaum*¹⁾, tym samym, który stale jest obecnym przy ostrem zapaleniu płuc i dla tego znany jest pod nazwą *pneumococcus*. Na 70 przypadków, badanych przez *Uthoff*'a, tylko w jednym obecność tego drobnoustroju nie została stwierdzoną.

Jakkolwiek obraz kliniczny tego wrzodu jest ogólnie znany, ośmielam się jednak uprzytomnić go tutaj w kilku wyrazach.

Miejsce wrzodu — część rogówki bliższa środka; forma okrągła lub owalna; barwa — żółtawo-szara, dno — mało pogłębione, brzegi — obrznięte, na pewnej przestrzeni żółtawo-białe łukowate nacieczenie; przyległa część rogówki — mętna. Objawy towarzyszące: zmętnianie płynu wodnistej przedniej komory, gromadzenie się u dołu ropy (Hypopyon), przekrwienie i przydymienie tęczy, przekrwienie i obrzęk spojówki gałki ocznej, światłowstręt, łzawienie, ból w skroni i czole; w wyjątkowych razach — brak objawów zapalnych. Przebieg — szerzenie się przeważnie w płaszczynie, lecz po części i w głąb. Zejście — zwykle sprawa dochodzi do przedziurawienia rogówki z wypadnięciem tęczy i t. d., a następstwami tego — albo zanik gałki, albo powstawanie garbca (*Staphyloma*), albo — w najlepszym razie — pozostają mniej lub więcej obszerne zmętnienia rogówki. Obecność na obwodzie wrzodu żółto-białawego, wciąż posuwającego się nacieczenia, zmętnienie przyległej rogówki oraz gromadzenie się ropy w przedniej komóreczce stanowią swoiste cechy kliniczne tego wrzodu; dwuziarniak zapalenia płuc zaś stanowi jego swoisty zarazek.

¹⁾ *W. Uthoff*. Bakteriologie d. Bindehaut—und Hornhautentzündungen. Sprawozdanie z XII Międzynarodowego Zjazdu Lekarzy w Moskwie :897 r. Tom VI, str. 24.

Omawiany wrzód zatem jest pierwowzorem miejscowego cierpienia zakaźnego, powstanie którego możemy dokładnie obserwować od pierwszej chwili, dzięki dostępności rogówki. Najmniejsze naruszenie całości rogówkowej możemy łatwo dostrzedz przy pomocy zabarwienia fluoresceiną (Fluoresceini 0,1, Natri carbon.0,2, aq. destil. 5,0), która barwi obnażone miejsca rogówki na zielono. Posiłkując się lupą, po zapuszczeniu kropli fluoresceiny, możemy od samego początku rozpoznać charakter wrzodu, a zatem i leczenie rozpocząć od chwili zakażenia.

O rozpoznawaniu tego wrzodu za pomocą drobnowidzowego badania zarazliwych drobnoustrojów naumyślnie tu nie wspominałam, gdyż objawy kliniczne tej choroby są tak znamienne, iż lekarz praktyczny na prowincji, zwykle nie posiadający mikroskopu, łatwo rozpozna ją przy pomocy najprostszej soczewki.

Zdawało by się, iż leczenie cierpienia tak dostępnie umiejscowionego, którego nadto swoisty zarazek jest znany, powinno być łatwe i owocne; rzeczywistość jednak pokazuje, iż tak nie jest, a przyczyną tego są znów własności rogówki. — Tkanka właściwa rogówki, stanowiąca skomplikowany spłot włókienek i włókien, posiada niezmierną obfitość kanalików chłonnych, dokąd łatwo przenikają zaraźliwe drobnoustroje. Zabicie tych właśnie mikro-bów bez zniszczenia samej tkanki rogówkowej stanowi kamień obrazu naszego leczenia.

Minęły już czasy — niezbyt zresztą odległe — kiedy upusty krwi, pijawki, środki czyszczące i t. d. tak ważną odgrywały rolę przy leczeniu tego — również jak i innych form zapalnych rogówki.

Ogólnie dziś praktykowane zabiegi lecznicze przy wrzodzie pełzającym dadzą się sprowadzić do następujących wskazań i środków: 1) *Atropina*, głównie jako środek przeciwzapalny i kojący. Wywoływane przez nią rozszerzenie źrenicy zapobiega wypadnięciu tęczy przy przedziurawieniu rogówki w częściach bliższych środka oraz powstawaniu przyczepów tęczy do soczewki (*Synechia posterior*). W wypadkach wzmożonego wewnątrz-gałkowego ciśnienia lub przy niebezpieczeństwie przedziurawienia wrzodu na obwodzie, zamiast atropiny używa się *ezeryna*. 3) Środki *przeciwgnilne* jak — woda chlorowa, rozczyzny sublimatu, dwucyanu ręci, saletrzan srebra, kwas karbolowy, kwas chromny, chlorek cynku, jodoform i t. d. Do tej również grupy należy *termo* — i *elektrokaustyka*. 2) *Wilgotno-ciepłe okłady* ze słabych rozczynow przeciwgnilnych środków (kwas borny, sublimat, dwucyanek ręci, runnianek). Mają one na celu pobudzić „energję zapalną“ tkanek, wzmocnić dopływ krwi, a zatem — przyspieszyć sprawę gojenia, oraz koić bolesność oka. 4) *Zabiegi chirurgiczne* — przekłucie rogówki i operacja *Saemisch'a* — przyczyniają się do zmniejszenia ciśnienia zwewnątrz na rogówkę, a przez to mają ułatwiać krążenie sokom po kanalikach chłonnych. 5) *Opaska* unieruchamiająca oko. W ciągu ostatnich lat zalecono jeszcze: *wstrzykiwanie pod-*

spojówkowe (rozczynów sublimatu, cyanku rtęci, soli kuchennej) pioktaninę, xeroform i inne.

Już sama różnorodność i mnogość zalecanych przy tem cierpieniu środków wskazuje, że nie ziszczają one pokładanego w nich zaufania, a powyżej zacytowane cyfry są tego najlepszym dowodem. Wyniki i mojego leczenia wrzodu pełzającego nie były lepsze niż innych, dla tego też skwapliwie chwyciłem każdy nowy środek celem wypróbowania go w danem cierpieniu. Zalecony przez prof. *Stilling'a* fiolet metylowy, pod nazwą *piotkaniny*, wypróbowałem przy kilkudziesięciu przypadkach śluzotoku worka łzowego i wrzodu pełzającego rogówki, po czem przyszedłem do tegoż wniosku, jak *Thorwirth*, *Lainati i Denti*, *Scheffels* i wielu innych, to jest, że fiolet metylowy nie zasługuje na nazwę „pyocetaninum“, czyli środka przeciwnilnego, przynajmniej odnośnie do chorób rogówki i woreczka łzowego.

Z szeregu doświadczeń z zalecanemi przez *Secondi*, *Sgrosso* i *Darier'a* wstrzykiwaniami podspojówkowewi rozczynów sublimatu ($\frac{1}{2000}$ — $\frac{1}{5000}$) wyniosłem smutne rozczarowanie, nie widziałem bowiem ani jednego przypadku, w którym bym szczęśliwy obrót sprawy chorobowej mógł przypisać tym wstrzykiwaniom. Dziś już, za wyjątkiem samych projektodawców tego sposobu leczenia, rzadko który z okulistów wierzy w skuteczność tych wstrzykiwań przy *ulcus serpens*, pomimo zachwytu pierwszego wynalazcy wstrzykiwań podspójkowych wogóle, *A. Darier'a*, który mówi: „*C'est là en effet, qu'elles donnent des résultats merveilleux*“. ¹⁾

Nie wielka dotąd liczba spostrzeżeń nie pozwala mi wprowadzić jeszcze powziąć ostatecznego przekonania o działaniu niedawno zaleconego *xeroformu* (*Bismuthum tribromphenolicum*), dotychczasowe jednak moje próby z tym środkiem nie wpłynęły na mnie zbyt zachęcająco. We wszystkich przypadkach, w których go stosowałem nie widziałem wybitnie dodatniego działania tego środka na omawianą sprawę.

Z łatwych do zrozumienia powodów, wszystkie zalecane ostatniemi czasy nowe środki lecznicze przy tem cierpieniu, infekcyjnego pochodzenia, mają na celu zabójcze działanie na chorobotwórcze drobnoustroje. Niedostateczna skuteczność dotychczasowych leków tłumaczy się nietylko słabemi ich własnościami odkażającymi, ile okolicznością, iż działanie ich ogranicza się na powierzchni wrzodu, podczas gdy chorobotwórcze mikroby przenikają do wewnątrz zdrowej jeszcze tkanki rogówkowej. Tylko taki przeciwnilny środek może tu spełnić swe przeznaczenie, który posiada własność przenikania włąb tkanek, nie wpływając na nie szkodliwie. Takie własności posiada proteinat srebra czyli *protargol*, na który zwrócił uwagę świata lekarskiego prof. *Neisser*, (*Centralbl. f. Dermat.*, I, 1897), a do okulistyki wprowadził *A. Darier* ²⁾ na począt-

¹⁾ La Clinique Ophtalmologique, 1899, str. 139. ²⁾ La Clinique Ophtalmologique. 1898, № 1.

ku 1898 r. Moje doświadczenia nad tym samym przetworem datują się od Marca tegoż roku, kiedy *Darier* ogłosił swoje spostrzeżenia nad działaniem protargolu przy zapaleniu ropnem spojówki u noworodków¹⁾. Doświadczenia moje nie tylko potwierdziły spostrzeżenia *Darier'a*, prof *Wicherkiewicza*²⁾ i *Bossalino*³⁾, lecz nadto wykazały, iż protargol jest ważnym nabytkiem w arsenale środków lekarskich nie tylko przy leczeniu *Conjunctivitis blenorrhoicae* noworodków, oraz przy śluzotoku worka łzowego, lecz—między innymi—i przy owrzodzeniach rogówki, a mianowicie przy *hypopyon—keratitis*, to jest przy cierpieniu, które tak często powstaje dzięki ropieniu worka łzowego. Wyniki swych doświadczeń zakomunikowałem na posiedzeniu Tow. Lek. Łódz. 19 Października 1898 r. (Czasop. Lek., 1899 r., str. 29), a już w kilka miesięcy później ukazały się w druku spostrzeżenia *A. Chiapella*⁴⁾ *E. Praun'a*⁵⁾ i inne, których autorzy zwracają również uwagę na dobroczynne działanie protargolu przy *ulcus serpens*.

Minęły już dwa lata od posiedzenia Tow. Lek. Łódz., na którym zakomunikowałem wyniki swoich doświadczeń z protargolem, ilość spostrzeżeń znacznie wzrosła, a moje zaufanie do tego środka przy leczeniu wrzodu pełzającego nie tylko się nie zmniejszyło, lecz przeciwnie, dziś jestem jeszcze więcej przekonany o jego skuteczności. Już po jednym zatuszowaniu wrzodu stężonym (30—50%) roztworem protargolu dno owrzodzenia zaczyna się oczyszczać i przeświecać, wyniosły brzeg staje się więcej płaskim, równym, znika żółtawe jego zabarwienie, przyległa część rogówki staje się przezroczystszą, *hypopyon* się zmniejsza — słowem wrzód traci swój złośliwy charakter. Jeśli mamy do czynienia z początkowym okresem wrzodu pełzającego, lub jeśli charakter zakażenia jest mniej złośliwy, wrzód wkrótce pozbywa się swoistych cech zakażenia pneumokokami i zaczyna się goić.

W przypadkach złośliwych lub w okresach więcej posuniętych działanie protargolu nie było by wystarczającym i wtedy przybywa z pomocą *airol*, najenergiczniejszy ze znanych mi dzisiaj suchy środek odkażający. Dotychczas do opatrunku wrzodu pełzającego był ogólnie używany jodoform, już to w postaci miążskiego proszku, już też pod postacią 5—10% maści z wazeliną. Na podstawie długiego doświadczenia przyszedłem do wniosku, że wpływ samego jodoformu na dwuziarniakowy wrzód rogówki jest tak nieznaczny, iż dotychczasowe jego stosowanie przy tem cierpieniu usprawiedliwić się daje tylko korzystnymi wynikami leczenia tym środkiem owrzodzeń, nie zależnych od pneumokoków, albo w ostatnim okresie wrzodu pełzającego, to jest wtenczas, kiedy złośliwe jego własności zostały już usunięte innymi środkami. Zamiast jodoformu do opatrunku omawianego wrzodu od lat

1) Loco cit. 1898, № 6. 2) Die Ophthalmolog. Klinik. 1898, № 18. 3) Giornale d. Accadem. med. di Torino, 1898, № 3. 4) Centralbl. f. Angenheilk. 1899, Kwiecień, str. 127. 5) Centralbl. f. Aug. 1899, Czerwiec, str. 178.

pięciu używam airolu. Jak wiadomo, jest to połączenie bizmutu jodogarbnikowego (Bismuthum jodogallicum basicum) albo jododermatol—szaro-zielony proszek, nierozpuszczalny w wodzie, lecz w wilgoci ulegający rozkładowi. Przy zasypaniu do oka, wydzielający się jod barwi opatrunki i skórę powiek na czerwono. Prawdopodobnie, energiczne swoje antyseptyczne własności zawdzięcza wydzielaniu się jodu *in statu nascendi*. Zapewne temu chemicznemu procesowi należy przypisać i silne palenie po zasypaniu airolu do oka. Palenie to, trwające około $\frac{1}{4}$ do $\frac{1}{2}$ godziny, stanowi jedyną prawie ujemną jego własność przy stosowaniu w chorobach ocznych: mianowicie dzieci w pierwszej chwili po nałożeniu opatrunku airolowego stają się niespokojne. Pod postacią maści lub pasty airol, wprowadzany do oka, prawdopodobnie, rozkłada się wolniej i dla tego wywołuje podrażnienie, trwające daleko dłużej. Z tego powodu unikam stosowania maści airolowych pod powieki, ograniczając się do użycia suchego proszku, którym staram się pokryć dno owrzodzenia. Ostriy z początku ból stopniowo słabnie i chory wkrótce się uspakaja, podczas gdy po założeniu maści, ból trwający godzinami, staje się jeszcze przykrzejszy i dla tego choroby niechętnie się z nim godzą.

O znakomitych antyseptycznych własnościach tego przetworu przekonałem się przypadkowo. Mając do czynienia z owrzodzeniem rogówki rzerzączkowego pochodzenia, a wyczerpawszy bez skutku wszystkie używane w tych razach środki, zasypałem wrzód długo stojącym bez użycia i mało mi znanym airole. Na drugi dzień wrzód rogówki miał o tyle lepszy wygląd, iż bez obawy opatrunków airolowy nakładałem aż do zagojenia się wrzodu. Odtąd airol stał się dla mnie niezbędnym środkiem opatrunkowym mianowicie w tych razach, gdzie mam do czynienia z zakaźną raną lub owrzodzeniem pochodzenia drobnoustrojowego.

Wrzód pełzający rogówki, leczony airole, prędko traci swoje szaro-żółte zabarwienie, „pełzający“ brzeg zaczyna się wygładzać—przestaje się posuwać; jednocześnie z tem ilość ropy w komórce przedniej zaczyna się zmniejszać. Aby się przekonać, iż hypopyon zmniejsza się rzeczywiście pod wpływem airolu, nakładałem na kilkanaście godzin opatrunków z jodoformem (zamiast airolowego) i widziałem, iż ilość ropnego wysiąku była znaczniejsza. Zastępując znów jodoform airole, widziałem następnego dnia zmniejszenie się hypopyonu. Podobne wyniki dawała mi zmiana airolu xeroformem. Po zasypaniu wrzodu xeroformem, ilość ropy była jeszcze znaczniejsza, niż po zasypaniu jodoformem. Tu zauważę, iż podobne spostrzeżenia można robić tylko w przypadkach nieznacznych wrzodów, przy których nagromadzenie się ropy w komórce oka jest niewielkie i różnice zawartości łatwo się dają zauważyć. Podobne małe owrzodzenia, mające wszelkie cechy wrzodów pełzających wczesnego okresu, goją się pod airole bardzo szybko.

Wyniki moich doświadczeń z airolem znalazły potwierdzenie w sporej już dziś ilości spostrzeżeń, ogłoszonych w czasopiśmie lekarskich przez takich doświadczonej specjalistów jak *Gallemaerts*¹⁾, *Hosch*²⁾, *Bonivento*³⁾, i *Wherry*⁴⁾. Jeśli do tego dodać niezliczone artykuły o airole, tak chirurgów jako też dermatologów i syfilidologów, gdzie wszyscy oddają jednogłośnie pochwały działaniu tego leku, to dziwić by się można, dla czego jest on u nas jeszcze tak mało stosowanym nie tylko przez okulistów lecz w ogóle przez lekarzy. Jestem głęboko przekonany, że zdobędzie on sobie z czasem taką popularność, jaką dziś posiada jodoform, nad którym ma jeszcze i tę przewagę, że nie jest trującym i nie wywołuje nieprzyjemnych komplikacji, jak np. pryszczycy, dla której jedynie zmuszeni jesteśmy częstokroć zaniechać stosowania jodoformu do oczu. Widocznie airole przewagę swoją nad jodoformem zawdzięcza nie tylko działaniu jodu *in statu nascendi*, (co ma miejsce i przy jodoformie), lecz również i garbnikowi oraz bizmutowi.

Nie wdając się w szczegółowe mikrochemiczne teorie i przypuszczenia, notuję fakt wybitnej skuteczności airole przy wrzodzie pełzającym rogówki, iż bezwarunkowo przewyższa on wszystkie powyżej wyliczone suche odkażające środki, stosowane przy leczeniu tego wrzodu. Jednakże tak protargol jako też i airole, jakkolwiek stanowią bardzo energiczne i skuteczne odkażające środki w tej chorobie, nie wykluczają konieczności uciekania się do najsilniejszego antisepticum, jakim jest bezwątpienia *galwanokautyka*. W przypadkach wrzodów więcej zaniedbanych, gdzie owrzodzenie zajmuje już znaczną część rogówki, a w przedniej komórce znajduje się już znaczne nagromadzenie ropy, nie można czekać na skutki powolnego działania chemicznych preparatów, nawet wypróbowanej skuteczności w świeżych przypadkach. Galwanokauter niszczy ziarninowy rozpad oraz zarazliwe grzybki tak szybko i dokładnie, jak tego nie można się spodziewać od żadnego z farmaceutycznych przetworów.

Ponieważ jednak zęgałem wypalić możemy tylko zarazki, znajdujące się na powierzchni wrzodu, oszczędzając tkankę zdrową, w której znajdują się drobnoustroje, to też po oczyszczeniu powierzchni wrzodu wypaleniem, stosujemy nasze odkażające środki farmaceutyczne — protargol i airole. Rozczynem airole zmywam powierzchnię wrzodu, mechanicznie wcierając go za pomocą penszelki lub kuleczki z waty, dopóki szare zabarwienie wrzodu nie ustąpi brązowemu. Na tak odkażoną powierzchnię nakładam za pomocą płaskiego zgłębnika lub innego podobnego narzędzia warstwę proszku airolowego. Tu mnszą zauważyć, iż proszek airole chciwie się czepia wszelkich obnażonych od nabłonka powierzchni tak błony rogówkowej jako też i skóry. Następnie na-

1) La Policlinique de Bruxelles, 1896, Nr. 2. 2) Grundriss d. Augenhilk, 1897, str. 192. 3) Annali di Ottalmologia, 1898, Tom 27, zeszyt 3. 4) Internat. Med. Magazine, 1898, Wrzesień.

kładam suchy opatrunek z waty higroskopijnej i opaski unieruchamiającej oko. Można również zasypać wrzód proszkiem protargolowym, lecz, według moich spostrzeżeń airol wpływa korzystniej na sprawę gojenia niż protargol *in substantia*.

Zbytecznym uważam dodawać, iż przy obecności ropienia woreczka łzowego i niedrożności kanału łzowo-nosowego, należy przede wszystkim zondowaniem przywrócić drożność kanałowi, a przestrzykiwaniami 10% roztworem protargolu leczyć ropienie woreczka. Przestrzykiwania te okazują się się bardzo skutecznymi, chociaż działanie ich jest za powolne w przypadkach, gdzie mamy do czynienia z obszernym i zaniedbanym wrzodem. Wtedy używam do przestrzykiwań woreczka daleko mocniejszy roztwór protargolu (20%). Wprawdzie wywołuje to dość silny odczyn ze strony dróg łzowych: okolica woreczka nabrzmiewa, na skórze zjawia się nawet podbiegnięcie krwi, a chorzy doznają silnego bólu — wszystko to jednak ustępuje po 2—3 dniach, a skutek niewatpliwy, gdyż ropienie znika już po jednym takim przespicykowaniu. Na okoliczność tę zwracam tu szczególną uwagę, gdyż takie usunięcie ropienia często stanowi o zachowaniu chorego oka, na chirurgiczne zaś wyłuszczenie woreczka nie zawsze godzą się chorzy.

Ponieważ przespicykowanie woreczka łzowego roztworami protargolu jest dość bolesne i często sprowadza objawy podrażnienia, z początku stosuję do tego roztwór dwucyanku rtęci (1:500), co nie sprawia choremu większego bólu, niż przestrzykiwanie wodą destylowaną, a również posiada znaczną choć nieco powolniejszą od protargolu skuteczność.

Za wyłączeniem tych rzadszych wypadków, gdzie wskazana jest ezeryna, najczęściej stosujemy przy tem leczeniu atropinę, która ważną odgrywa tu rolę, chociażby tylko ze względu na zapalenie tęczy, prawie zawsze wikłające tę sprawę. Zamiast roztworów atropiny, używam ją *in substantia*, mając na celu energiczniejsze jej działanie.

Przy takim leczeniu ciepłe antyseptyczne okłady okazują się zbytecznymi i sprawa zwykle kończy się pomyślnie bez uciekania się do zabiegów operacyjnych, jeśli za taki nie będziemy uważać galwanokaustyki, która, bądź co bądź, stanowi prawie niezbędną czynnik naszej terapii we wszystkich ciężkich przypadkach. To też, mojem zdaniem, galwanokauter powinien się znajdować w gabinecie każdego praktycznego lekarza na prowincji i to nie tylko ze względu na ważne usługi przy chorobach ocznych (jaglica). Mogę rekomendować najprostszy przyrząd tego rodzaju, używany dziś w większości klinik okulistycznych niemieckich. Składa on się: 1, z większego elementu Greneta; 2, przewodnika z b. prostym imadłem (w formie obsadki do pisania), na końcu którego umocowany jest kawałek platynowego drutu, stanowiący—3, żegadło. Cały ten przyrząd wraz z elementem kosztuje nie całe 20 rubli. Zalety jego — działanie zawsze pewne, oraz prostota konstrukcji i zastosowania. Nie moją jest rzeczą wskazywać, w jakich wypadkach stosuje dziś galwanokaustykę współczesna medycyna; ja pragnąłem tylko wskazać na tani i praktyczny przyrząd, mający dziś tak obszerne zastosowanie.

Zdarzają się jednak ciężkie przypadki wrzodów pełzających, gdzie pomimo kilkakrotnego wypalania oraz gorliwego stosowania powyżej przytoczonych środków, wrzód uparcie się szerzy, hypopyon się powiększa i wszelkie objawy zapalne się wzmagają. Wtedy nie pozostaje nic innego, jak uciec się do zabiegów chirurgicznych, które stanowią *ultimum refugium* naszej terapii. Mamy tu albo przekłucie rogówki i wypuszczenie ropy z komórki przedniej, albo też przecięcie błony rogowej na miejscu samego owrzodzenia (operacja *Saemisch'a*). Paracenteza czyli przekłucie rogówki, jakkolwiek jest rękoczynem nader łatwym i niewinnym, nie jest jednak tek niezawodnym, jak rękoczyn *Saemisch'a*. Po przecięciu rogówki komórka oka opróżnia się od ropy, a wrzód rogówki znajdującej się w korzystniejszych warunkach krążenia, zaczyna się szybko goić. Lecz pominiawszy już niebezpieczeństwo zranienia przy operacji woreczka soczewki i wywołania zaćmy urazowej, rękoczyn ten powoduje w większości wypadków powstawanie przyczepów przednich (*Synechiae anteriores*), a to nie jest bez wpływu na dalsze losy operowanego oka. Te są główne powody, dla których najdoświadczeńszy okulista do zabiegów chirurgicznych przy tem cierpieniu ucieka się tylko w ostateczności. Przy stosowaniu airolu i protargolu, ostateczność ta zdarza się rzadko i tem rzadziej, im wcześniej rozpoznamy i zaczniemy leczyć wrzód pełzający.

Streszczając wszystko powyżej powiedziane o leczeniu wrzodu pełzającego rogówki, wyprowadzam następujące wnioski:

1) Wszelki wrzód rogówki, o podejrzanym wyglądzie, leczę od samego początku, jako pochodzący od zakażenia dwuziarniakiem *Fraenkel-Weichselbauma*. Jeśli stosowanie protargolu i airolu nie zmienia na lepsze wyglądu wrzodu w ciągu 24 godzin, dno jego wypalam galwanokauterem i następnie leczę jak wyżej.

2) W przypadkach więcej posuniętych, gdzie obszerne спустoszenie rogówki nie pozwala na spokojne i powolne leczenie farmaceutyczne, przedewszystkiem stosuję galwanokaustykę, celem wypalania mikrobów i zniszczenia ziarninowego rozpadu, a dania możności protargolowi rozwinąć swoje antyseptyczne własności w głąb tkanki, airolowi zaś pozwolić działać miejscowo.

3) Tylko tam, gdzie hypopyon wypełnia większą część komory przedniej, przy czem sprawę komplikuje zapalenie tęczy i wzmoczenie wewnątrz-galkowego ciśnienia, gdzie dno wrzodu już tak pogłębione, iż grozi niechybnem przedziurawieniem rogówki, uciekam się do zabiegów chirurgicznych.

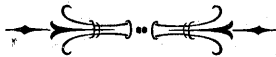
4) W przypadkach, gdzie mam do czynienia z ropieniem woreczka łzowego, przedewszystkiem staram się usunąć tę sprawę zondowaniem kanału łzowo-nosowego oraz przestrzykiwaniami rozczynek najwpierw dwucyanku rtęci (1 : 500), a następnie protargolu (10—20%).

5) Za wyjątkiem przypadków, gdzie z przyczyny wzmoczonego napięcia gałki lub gdzie przy nadbrzeżnem owrzodzeniu gro-

żącym przedziurawianiem rogówki wskazana jest ezeryna, we wszystkich innych razach stosuję atropinę i to chętnie *in substantia*.

* * *

W końcu wypada mi nadmienić, iż cała serja wrzodów rogówki, pochodzenia nie pneumokokowego, jako to: wrzody przy zapaleniu rzerzączkowem spojówki, przy jaglicy, okrągłe drażące wrzodziki u dzieci skrofalicznych oraz wszelkie owrzodzenia rogówki przy nieżytach spojówkowych — leczą się bardzo pomyślnie airolem i protargolem.



O znieczulaniu rdzeniowem w ginekologii i położnictwie.

Podał Dr. Cz. Stankiewicz.

(Odczyt w Tow. Lek. Łódz. z dnia 17 Października 1900 r.)

Szanowni Panowie! Wiecznie żywą i wiecznie na dobie jest w chirurgji sprawa znieczulania. Martyrologia eteru i chloroformu jest bodźcem, który popycha badaczy na nowe pola pomysłów. Już Schleich swą metodą wyzwolił pewną część chorych z pod obawy odurzenia ogólnego. Bier (1899) otwiera szersze horyzonty, zastrzykując kokainę do jamy podpajęczynówkowej. W ten sposób powstaje nowa metoda, pod mianem *znieczulania rdzeniowego*.

Wszelako myśl Bier'a nie była nowa. Już Siccard (1898) na zwierzętach, Jaboulay i Jacob u ludzi dowiedli możliwości i nieszkodliwości wprowadzania pewnych leków drogą przekłucia łądzwiowego (*punctio lumbalis Quinke'go*).

Ciężkie i mało obiecujące były pierwociny nowego sposobu. Próbę na sobie samym przypłacił Bier drogo: przez 9 dni nękały go nudności, zawrót i bóle głowy. Wszakże u innych osób, operowanych przez Bier'a, objawy nie były tak ciężkie i tak długotrwałe.

Seldowicz, jeden z pierwszych zwolenników kokainizacji rdzenia, w przypadku zakończonym śmiercią — niezależnie od sposobu znieczulenia, mógł stwierdzić brak wszelkich zmian anatomicznych tak w rdzeniu samym, jak w oponach.

Dopiero w rękach Tuffier'a (*Sem. méd. 16/V. 1900*) nowa metoda zyskuje na popularności. Dzielnym ten chirurg wykonywał w znieczuleniu rdzeniowem nie tylko operacje na dolnych kończynach, jak Bier i Seldo-

wiecz: w zakres metody wprowadza on wszystkie operacje ginekologiczne, zabiegi na pęcherzu moczowym, nerkach, ostatnio—na kiszkach i żołądku (126 przypadków Rev. de Chir. Nr. 9. 1900).

Kazuistyka przedmiotu, ogłoszona na XIII Zjeździe międzynarodowym w Paryżu, wzrosła olbrzymio dzięki operatorom rumuńskim: Racoviceanu (125 spostrz.) i Severeanu (70 spostrz.).

Tuffier opisuje w sposób następujący przebieg znieczulenia rdzeniowego.

Po zastrzyknięciu 0,01—0,02 kokainy do jamy podpajęczynówkowej już po 4—10 minutach występuje znieczulenie dolnych kończyn, które następnie przechodzi na tułów aż do łuków żebrowych. Znieczulenie to jest zupełne i trwa 1 do 1½ godziny, aby następnie zniknąć w odwrotnym kierunku, innymi słowy: czucie wraca najpierw w częściach ciała, położonych wyżej, gdy znieczulenie kończyn trwa najdłużej. Czucie dotykowe pozostaje zachowane.

Jako objawy uboczne, w zależności od kokainy, wyliczyć należy: bóle głowy (95%), wymioty, znacznie rzadziej spostrzegane, wreszcie niekiedy nasilenie ciepłoty ciała jednorazowe, dochodzące do 38°, 39°, nawet 40° C. Przy większych dawkach, oprócz przyspieszenia tętna i przejściowego rozszerzenia źrenic, widziano czasowe porażenie zwieracza odbytnicy z bezwiednym oddaniem zawartości.

Objawy rzeczone nigdy wszakże, podług Tuffier'a, nie występują w postaci ciężkiej, zagrażającej życiu chorego.

W odwiedzinach u Tuffier'a w Sierpniu r. b., byłem świadkiem dwóch operacji, wykonanych w znieczuleniu rdzeniowym. Pierwszy przypadek dotyczył gruźlicy kiszki ślepej (enteroanastomoza), w drugim znalazła wskazanie gastroenterostomia z powodu złośliwego nowotworu okolicy odźwiernika. W obu razach znieczulenie było zupełne, bez jakichkolwiek powikłań. Zachwycony widzianem postanowiłem zająć się bliżej zbadaniem nowego sposobu.

Zanim przejdę do opisu własnych spostrzeżeń, niestety bardzo nielicznych, poświęcę słów kilka technice zabiegu.

Niezbędne instrumentarium stanowi strzykawka Tuffier'a, objętości 2 ctm.³, zaopatrzona w igłę platynową, długą na 8 ctm.; strzykawka ta podlega wyjałowieniu przez gotowanie w ciągu kwadransa. Do wstrzykiwań używamy 2% roztworu kokainy, który winien być wyjałowiony przez kilkakrotne nagrzanie do 80°C. Przy wyższej ciepłocie kokaina rozkłada się, tracąc swe własności znieczulające. Apteka p. Gessnera w Warszawie przygotowała na moje zlecenie roztwór wzmiankowany w rurkach zatopionych. Po umyciu okolicy lędźwiowej, w położeniu siedzącym chorego, asystent oznacza końcami palców grzebienie podłędźwiowe (cristae ilei). Linia pozioma, przechodząca przez grzebienie, ma dla nas pierwszorzędne znaczenie: na tej bowiem linii wkładamy igłę, zazwyczaj pomiędzy czwartym a piątym kręgiem lędźwiowym. Aby ułatwić wkłucie, każemy pacjentowi zgiąć się

w kablak. Namacawszy wskazicielem ręki lewej odnośny wyrostek kolczasty, wkłuwamy igłę (bez strzykawki) tuż poniżej i z boku od linii pośrodkowej, przebijamy części miękkie, a gdy tylko koniec igły trafi do jamy podpajęczynówkowej, zaczyna się wyiewać, strumieniem lub kroplami, ciecz mózgodzeniowa. Teraz dopiero przykładamy strzykawkę i w wolnym tempie wlewamy 1 ctm.³ roztworu kokainy. Miejsce ukłucia przykrywamy watą z kollojdjonem lub plastrem lepkiem. Zdarzyć się może, iż nie trafimy odrazu do jamy właściwej, należy wtenczas wyciągnąć igłę (zupelnie lub w części) i wkłuć w innym kierunku.

Zabieg jest łatwy, jakkolwiek wymaga pewnej wprawy. W pierwszym z moich przypadków, mimo dwukrotnej próby, nie mogłem wprowadzić igły do worka oponowego.

W drugim przypadku, u 23 letniej histeryczki, po zastrzyknięciu 0,01 kokainy, czucie bólowe nietylko że się nie zmniejszyło, lecz wystąpiła nadezłość dolnych kończyn w stopniu tak silnym, iż ukłucie igłą wywoływało rodzaj lekkich drgawek. Jakże rad byłem w tym przypadku (laparotomia), że w skarbcu naszym mamy chloroform!

Trzecie spostrzeżenie, z praktyki położniczej, zasługuje na szersze omówienie. Rzecz tyczyła 21 letniej kobiety, bardzo wrażliwej, rodzącej po raz pierwszy. Położenie płodu czaszkowe 1-sze. Ustawienie główki niskie poprzeczne. Wskazanie do operacji kleszczowej. Rodząca nie zgadza się na chloroform, wobec czego zastrzykuje do jamy podpajęczynówkowej 1 ctm.³ 2⁰/₀ roztworu kokainy. W kilka chwil twarz rodzącej, zmieniona od bólu, wyjaśnia się. W 4 min. po zabiegu chora czuje „gorąco w brzuchu“, w nogach chłód i drętwienie. Po 9 minutach znieczulenie zupełne. Bardzo trudne kleszcze. Płód płci męskiej, wagi około 15 f., żywy. Wyjęcie ręczne łożyska przyrośniętego na dużej przestrzeni. Zeszyście obrażeń pochwy i krocza. Podczas całego zabiegu chora nie wydaje ani jednego jęku, gdy przedtem krzyczała przy badaniu. Przygląda się ciekawie moim rękoczynom i dopiero w godzinę po wstrzyknięciu, przy ostatnich szwach krocza, zaczyna odczuwać ból (25. IX. 1900).

W następstwie raz jeden wymioty, wieczorem obfity pot. Połóg bezgorączkowy.

Przypadek ten jest dla mnie podniętą do dalszych badań. O ile mi wiadomo, próby znieczulania rdzeniowego przy porodach robione były we Francji (Dupaigne, Doléris) i Szwajcarji (Kreis).

Zachodzi pytanie, w jaki sposób działa na rdzeń kokaina, wprowadzona do jamy podpajęczynówkowej. Nicoletti (Rev. de Chir. 1900 str. 363), który zajął się zbadaniem tej sprawy, twierdzi na podstawie licznych doświadczeń, że ciało to, w zetknięciu z komórką nerwową, nie sprowadza w niej żadnych zmian anatomicznych. Moment naczynioruchowy gra tu przeważną rolę. Pod wpływem kokainy następuje zwężenie naczyń krwionośnych, za którym idzie niezwłocznie rozszerzenie ich światła. Skutkiem szybko postępujących za sobą niedokrwistości i przekrwienia, ko-

mórki czuciowe podlegają zaburzeniom w odżywianiu, ztąd zmiana ich czynności, między innymi—znieczulenie (Rev. de Chir. 1900 str. 364).

W sposób podobny, podług Nicoletti'ego, działają inne substancje, jak chinina, ergotyna i t. p., mające zdolność kurczenia naczyń.

O ile znieczulenie rdzeniowe sprawdzi pokładane nadzieje, pokaże przyszłość. Do niej należy również bliższe określenie wskazań. Za nienadające się do kokainizacji już dzisiaj można uważać przypadki hysterji.

* * *

Od daty odczytu do dnia 23 XI. 1900 wykonałem w znieczuleniu rdzeniowem 6 operacji, między innymi, laparotomię (retrofl. fix.), vaginofixację, skrócenie więzów obłych pochwowe, nephrotomię. W jednym przypadku nastąpiło znieczulenie *całego ciała*, nie wyłączając głowy. Oprócz bólów głowy i nieznacznego nasilenia ciepłoty (rzadziej), innych skutków ujemnych w następstwie nie spostrzegalem. Raz jeden znieczulenie było niezupełne z powodu wylania się na zewnątrz części kokainy, zmieszanej z cieczą mózgodzeniową, przy odjęciu strzykawki od igły, pozostającej w jamie podpajęczynówkowej.



Jak się prowadzi walka z chorobami na gminnemi na prowincji?

Podał Dr. Fr. Grodecki (Preny).

Artykuł 732 ustawy lekarskiej wkłada na każdego lekarza obowiązek donoszenia bezpośredniej władzy lekarskiej, a więc lekarzowi powiatowemu, względnie miejskiemu, o każdym przypadku choroby nagminnej, a to w celu przedsięwzięcia środków ku umiejscowieniu zarazy, oraz dostarczenia zagrożonej ludności odpowiedniej pomocy lekarskiej. Za niewykonanie tego przepisu lekarz może być pociągnięty do odpowiedzialności sądowej. Artykuły 740, 1, 2, 3, 4, 7, 8, 750—7 z całą dokładnością określają postępowanie władzy administracyjnej w razie otrzymania zawiadomienia o wybuchłej epidemji. Z tych artykułów widać, że prawodawca od władzy wykonawczej wymaga dołożenia wszelkich usiłowań dążących do stłumienia zarazy z jednej strony i zabezpieczenia lu-

dności — z drugiej. Myliłby się ten, kto by sądził, że nakaz ów stosuje się tylko do pewnych, wyjątkowo groźnych, chorób nagminnych, jak ospa, mór, cholera, dur osutkowy lub trąd. Bynajmniej, rozciąga się on na wszelkie wogóle choroby mające skłonność do rozpowszechniania się. Zdawałoby się więc, że wobec tak kategorycznego wymagania prawodawcy—postępowanie nie może być dwojakie, że, krótko mówiąc, ilekroć administracja otrzyma zawiadomienie o wybuchu tej lub owej choroby nagminnej — powinna bezwzględnie zastosować wszelkie możliwe w danych warunkach środki ku jej stłumieniu. Niestety! codzienna praktyka życiowa dowodzi, że tak nie jest, że dzieje się wręcz przeciwnie.

Podobne zjawiska zdarzają się wszędzie; dowodzą one, że pomimo, nie pozostawiające żadnej wątpliwości wymagania prawa, władza wykonawcza nie zadaje sobie trudu w walce ze *zwyczajnymi* epidemjami i dopiero widma ospy, cholery lub moru budzą wszystkich z niczem nie dającego się usprawiedliwić dolce far niente sanitarnego. Dur, błonica, płonica mogą dziesiątkować lud i nikt nawet palcem nie ruszy. Nawoływania lekarzy wolnopraktykujących pozostają czezą pisaniną z góry przeznaczoną do kosza. Zachodzi jednak pytanie, z jakiego to powodu istnieje taka rażąca sprzeczność w zachowaniu się władzy wykonawczej względem rozmaitych chorób nagminnych? Wszak mór, cholera — są to rzadcy goście w naszym kraju i w porównaniu z resztą chorób zarazkowych znacznie mniej zabierają ofiar, niż błonica, dur lub płonica; o suchotach nie mówię nawet, bośmy się z nimi tak już zżyli, że nawet nie zwracamy na nie uwagi zresztą—nie należą do grupy chorób epidemicznych. Zdawałoby się jednak, że właściwie działać się powinno wręcz odwrotnie, że skoro owe powszednie, zwyczajne nasze epidemie dzień w dzień po całym kraju setki ofiar przedwczesnych sprzątają, powinnyby być przeto przedmiotem nieustannej i najenergiczniejszej walki. I prawodawca taką walkę nakazał. Na jakiej zasadzie więc władza wykonawcza ją systematycznie zaniedbuje?

Pytanie powyższe zadawałem nieraz różnym przedstawicielom władzy i zawsze otrzymałem stereotypową odpowiedź, że przyczyną zła jest brak środków na ten cel przeznaczonych.

Nie będąc wtajemniczony w tę sprawę, oczywiście, nie mam zasady powyższemu twierdzeniu zaprzeczać, ale, jeżeli mam być szczerzy, a właśnie raz przecie chciałbym kwestję tę bez obłonek przedstawić, muszę się przyznać, że mojem zdaniem do owego przysłowiowego braku środków należało by dodać jeszcze jedną małą uwagę: brak dobrej woli.

Jeszcze Chrystus powiedział nam: „szukajcie, a znajdziecie, proście, a będzie wam dane“. Całe jednak nieszczęście, że nikt u nas nie prosi i nie szuka środków do walki z plagą, jaką właśnie stanowią owe „zwyczajne“ nieustające epidemie, a dzieje się to dla tego, że, ściśle rzeczy biorąc, na szerokiej prowincji kontrola sanitarna zgoła nie istnieje. Wprawdzie do rzędu obowiązkowych doniesień, jakie władze gminne i miejskie powinny perjo-

dycznie składać urzędowi powiatowemu, należą również sprawozdania o stanie zdrowotności gmin czy miast. Źródłem tych sprawozdań są raporty sołtysów resp. straży ziemskiej; trudno jednak żądać, by ludzie pojęcia o medycynie nie mający, nadto — zgoła się zdrowotnością ludności nie interesujący, podawali ściśle statystyczne wiadomości. A zresztą, w razie niepodania, nikt ich o to nie pyta i nie ukarze — więc dziwić by się nawet należało, gdyby rzeczy stały inaczej.

Można by mi zrobić zarzut, że część winy spada na lekarzy wolnopracujących, na prowincji osiadłych; nie zaprzeczam, ale pośpieszam dodać, że wskutek zupełnej, nieskończoną ilość razy powtarzającej się obojętności władzy powiatowej, nawet najgorliwszym z nas opadają ręce, gdyż z góry wiemy, że wszystko co byśmy napisali, jeżeli tylko rzecz nie dotyczy ospy, cholery lub moru, pozostanie bez najmniejszego skutku, w najlepszym zaś razie — wywoła rozporządzenie o składaniu tygodniowych wykazów z przebiegu epidemji. Takie zaś postawienie sprawy oczywiście każdego musi zniechęcić.

Lekarze powiatowi na zmianę istniejących stosunków wpływać nie mogą, gdyż:

1) Zajmują stanowisko podrzędne i zależne.

2) Pobierają tak małą pensję, że zmuszeni są narówni z wolnopracującymi uprawiać praktykę lekarską, inaczej bowiem umarli by zgłodu. Poświęcając zaś lwią część czasu na zdobywanie środków do życia, nie mają kiedy zająć się sprawami sanitarnymi powiatu; wpływa na to jeszcze i ta okoliczność, że lekarz powiatowy obecnie bardzo często zmuszony jest pełnić funkcje lekarza sądowego.

Dzięki tym wszystkim okolicznościom lekarz powiatowy nie może dokonywać perjodycznych objazdów sanitarnych, w czasie których mógłby się naocznie przekonać o stanie sanitarnym ludności. Zresztą, czy takie objazdy osiągnęły by cel pożądaný? — wątpić należy.

Jeden atoli zarzut, i to bardzo poważnej natury, można uczynić lekarzom powiatowym, a to mianowicie z powodu ich milczenia. Wszak, o ile mi wiadomo, w naszym piśmiennictwie lekarskiem perjodyczne sprawozdania o stanie zdrowotnym pojedynczych powiatów od lat wielu się nie ukazują. Dla czego — ja tego nie wiem, mniemam jednak, że jest to bardzo źle. Przypuszczam, że sprawozdania takie, brzmiąc stale ponuro, innego łowiem tonu trudno się w naszych warunkach spodziewać, zwróciły by nareszcie uwagę prasy ogólnej i odnośnych władz — no i może dzięki temu zaczął by się choć niejaki ruch w tym kierunku. Dzisiejsze milczenie uprawnia niejako do przypuszczenia, że wszystko znajduje się w należyтым porządku, że więc możemy sobie i nadal drzeinać.

Z powyżej przytoczonych danych widać, że:

1) na szerokiej prowincji, pomimo wyraźnego nakazu prawodawcy, dotąd nie robi się zgoła nic w celu ograniczenia liczby zachorowań oraz śmierci ze „zwykłych“ chorób nagminnych;

2) dzieje się to głównie wskutek obojętności administracji z jednej strony, z drugiej zaś dzięki brakowi należytej zorganizowanej służby zdrowia;

3) że w pewnej mierze przyczynia się do tego milczenie lekarzy powiatowych, oraz brak odpowiednich starań ze strony powojencjonalnych towarzystw lekarskich.

Czas by już wielki położyć kres tym opłakanym stosunkom, które nam wstyd, tysiącom zaś przedwczesny zgon przynoszą!

W jaki więc sposób możnaby, choć w nieznacznym stopniu, wpłynąć na zmniejszenie istniejącego zła?

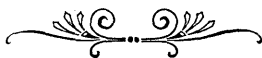
Oczywiście, nie można tego dokonać odrazu, zwłaszcza w obec tego zaniedbania i nieznajomości wymagań sanitarnych, oraz nierozumienia ceny zdrowia i życia, jakie u nas panuje. Chcąc zmniejszyć liczbę zachorzeń zarazkowych, trzeba stworzyć cały system zarządzeń oraz cały szereg urzędników sanitarnych; ma tego dokonać, wprawdzie w bardzo niewystarczającym stopniu, spodziewane, a tak przez wszystkich upragnione, urządzenie medycyny gminnej. Nim to jednak nastąpi — powinniśmy się przynajmniej starać, by w odpowiednich wypadkach zastosowane zostały, i to z pedantyczną ścisłością, wymagania prawa, w przytoczonych powyżej artykułach ustawy lekarskiej wskazane. Skoro prawodawca nakazał, wykonawca środki i sposoby znajdzie, bo znaleźć musi, niech się tylko przejmie myślą o całej doniosłości, jaką walka z chorobami nagminnymi przedstawia. A lubo i wówczas nie potrafimy w należyty sposób opanować odry lub płonicy, to jednak z dudem i ospą lub błonicą nieraz potrafimy zwycięzki bój stoczyć, a już przez to samo ograniczyć zdołamy tak liczbę zachorzeń, jak i śmiertelność.

Że przemówienie najbardziej do tego powołanych lekarzy powiatowych, oraz towarzystw lekarskich sprawie całej nadadzą i ton właściwy i odpowiedni ruch oraz znaczenie, o tem nikt chyba wątpić nie może.

Myliłby się jednak wielce ten, ktoby sądził, że poprawa istniejącego stanu rzeczy zależy tylko od nas, lekarzy, lub władz administracyjnych; nawet w społeczeństwach na daleko wyższym szczeblu rozwoju stojących, byłoby to nie wystarczające, tem bardziej u nas, gdzie lud na ogół jest ciemny, lekarzy zbyt mało, szpitale zaś tak dobrze jak i niema. Chcąc przeto, by walka z chorobami zakaźnymi wydała jakie takie owoce, trzeba koniecznie, by udział w niej wzięły jaknajszersze warstwy tak zwanej inteligencji powojencjonalnej. Na pierwszym miejscu stoją obywatele ziemscy, którzy przez wprowadzenie w dobrach swoich chociażby najbardziej elementarnych urządzeń sanitarnych, oraz większą, niż dotąd dbałość o zdrowie swych robotników, mogliby naocznie przekonać

otaczających wieśniaków o całej wartości tych urządzeń, a przeto zachęcić do stopniowego usuwania istniejącego zła.

Niestety, z niekłamany smutkiem wyznać muszę, że oprócz pojedynczych, bardzo zresztą nielicznych, usiłowań w tym kierunku, na ogół wśród ziemian naszych panuje jeszcze zupełne zaniedbanie tych, prawdziwie obywatelskich, obowiązków.



Nowy typ lecznicy ludowej.

Jednym z pozytywnych wyników „Kongresu w celu zwalczania gruźlicy jako choroby nagminnej“, który odbył się w Berlinie w roku 1899-ym, było utworzenie „Schroniska dziennego dla gruźliczych“ (Erholunstätte) pod Jungfernheide.

W odległości kwadransa drogi od stacji Jungfernheide (1 g. od Berlina) w pięknym lesie sosnowym pobudowało niemieckie stowarzyszenie Czerwonego Krzyża, na przestrzeni otoczonej parkanem, dwa baraki Döckerowskie i długą hallę—dla chorych.

Nie przyjmują tu jednak chorych na stałe.

W nowem „Schronisku“ chorzy przebywają jedynie w ciągu dnia, leżąc bądź w samym baraku, bądź w halli, bądź na kanapkach trzcinowych, ustawionych w lesie, w którym też są rozrzucone liczne stoliki, ławeczki, krzeselka, hamaki. Do użytku chorych ustawiono kilka krokietów, kręgielnię.

W jednym baraku urządzono kuchnię.

Chorzy tu przepędzający dzień — to cierpiący na gruźlicę robotnicy, którzy z tych lub owych powodów bądź nie zdążyli jeszcze wstąpić do sanatorjów, bądź też do nich nie wstąpią — jako już niekwalifikujący się do tych lecznic zapobiegawczych. Tu, zdala od wyziewów miejskich, spędzają pół doby na świeżem powietrzu pod opieką sióstr miłosierdzia.

Wszystkie „kasy chorych“ dają tu swym chorym-stowarzyszonym bezpłatnie mleko. Obiady są wydawane za 20 fenigów. Za równie niską cenę są sprzedawane zimne potrawy, pieczywo.

Większość „kas“ płaci za koszta przejazdu z Berlina do Jungfernheide.

W baraku ma każdy chory oddzielną szufladę, zamykaną. Fiaszki do płwociny otrzymują chorzy bezpłatnie.

W ciągu lata bywało w tem „Schronisku“ przeciętnie 100—150 osób dziennie. Wyniki otrzymane są bardzo zachęcające.

Z nastaniem chłódów „Schonisko“ zamknięto, aż do wiosny.

S.



Towarzystwo Lekarskie.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.¹⁾

Posiedzenie z dnia 17 Października 1900 roku.

I. Kol. Cz. *Stankiewicz* przedstawia:

1) 23-letnią pacjentkę (niezameżna, nie rodziła), u której w Maju r. b. wykonał przyszcicie *nerki ruchomej* prawej, (*nephropexia*) sposobem Kocher'a. Wynik ortopedyczny doskonały. Bóle w prawem podżebrzu, nekające chora, zwłaszcza przy pracy, ustąpiły.

U teje pacjentki, przed 2¹/₂ laty, S. wykonał ovariotomię pochwową, z powodu torbieli, wielkości jabłka tyrolskiego.

2) *Przypadek ciąży zamocicznej w 8 miesiącu*. 32-letnia kobieta, V-para, ostatnio przed 7 laty. W końcu Października 1890 ponowna ciąża, tym razem powikłana kilkakrotnem zapaleniem otrzewnej i krwawieniami z części rodnych. 23. VI. 1900 bóle porodowe; płód żywy. Operacja w szpitalu św. Aleksandra o godz. 6 wieczorem; *Ciąża jajowodowa międzywiązowa lewostronna*. Cięcie worka płodowego, podłużne, u góry natrafia na łożysko. Silny rzut krwi, opanowany przez ucisk. Szybkie wydobyte płodu w stanie nieznacznego omdlenia (krzyczy wnet po przecięciu pępowiny). Wszycie worka płodowego, z pozostawieniem łożyska, do dolnej części rany brzusznej. Wypełnienie gaza jodoformową. Trwanie zabiegu 56 minut.

Przebieg pooperacyjny wogóle pomyślny. Nasilenia gorączki kilkakrotne. W ciągu trzech tygodni po operacji wydobyto

¹⁾ Na str. 430 „Cz. Lek.“ № 11 zamiast „za szybko przechodzą od rozczyznów słabszych do silniejszych“ powinno być: „wbrew wskazówkom lekarza utrzymującego, że należy szybko przechodzić od rozczyznów słabszych do silniejszych, zbyt długo stosują rozczyzny słabe“.

większą część łożyska, resztki mogły być usunięte dopiero przy końcu drugiego miesiąca. Obecnie pozostaje mała przetoka drążąca w głąb na 6 ctm.

Dziecko, długości 41 ctm., płci żeńskiej; rozwinięte doskonale. żyło *dwie doby, godzin 14 i pół*. Prawdopodobny powód śmierci — bronchitis w następstwie zaziębnienia.

3) *Przypadek ciąży zamacicznej donoszonej*. 31-letnia kobieta, zameżna od lat 15, rodziła na czasie 3 razy, ostatnio przed 10 laty. Obecna ciąża miała przebieg zgoła niepowikłany. Życie płodu ustało w Lipcu r. b., gdy spodziewane na ten czas rozwiązanie nie nastąpiło; zaczęły się krwawienia z części rodnych, o charakterze nieprawidłowym,

Jamę brzuszną wypełnia guz kulisty, chełboczący, niebolesny; zajmuje dolnym odcinkiem jamę Douglas'a, sięgając ku górze łuków żebrowych. Na tym guzie, w połowie odległości między spojeniem łonowym a pępkiem—leży macica, powiększona do wielkości pięści, nieco ruchoma, bez treści. Prawy jajowód i jajnik, więzy obłe — wyczuwalne dokładnie. Lewa trąbka ginie w guzie. Części płodu niewyczuwalne (napięcie ścian guza znaczne).

Rozpoznanie: *Ciąża zamaczna lewostronna. Płód macerowany.*

Przypadek ten będzie niebawem operowany, o wyniku S. zawiadomi Towarzystwo¹⁾.

II. Kol. *H. Kohn* pokazał *8 miesięczne dziecko z rzekomem obajnactwem męzkim*. Rodzice oraz 7 starszych dzieci nie przedstawia zбочenia. Prącie dobrze rozwinięte, bez otworu zewnętrznego; moszna rozdzielona na 2 części, w każdej 1 dobrze rozwinięte jądro. Poniżej prącia rodzaj pochwy.

III. Kol. *Cz. Stankiewicz* wypowiedział rzecz „O znieczuleniu rdzeniowym w ginekologii i położnictwie“. Drukowane w „Czas.“ str. 456.

VI. Kol. *Cz. Stankiewicz* przedstawia *kultury gronkowca złocistego*, otrzymane z zawartości macicy w przypadku poronienia kryminalnego. Zejście śmiertelne 5-go dnia choroby przy objawach mózgowych (śpiączka, utrata przytomności). We kwi nie znaleziono drobnoustrojów.

W przypadku tym, przed ukończeniem badania bakterjologicznego, stosowano surowicę Marmorka.

Preparaty drobnowidzowe wykonał kol. Serkowski.

Posiedzenie z dnia 7 Listopada 1900 r.

1) Kol. *Sonnenberg* przedstawił chorą, dotkniętą cierpieniem skórny, noszącą miano *Mykosis fungoides*. Przypadek obecnie demonstrowany, był już w Lutym r. b. przez S. w Towarzystwie Lekarskiem szczegółowo omówiony. Chorej wówczas

1) Operacja (20/X. 1900) stwierdziła rozpoznanie. Ciąża międzywiązowa. Dziecko płci żeńskiej, długie 52 ctm., waży 7 i pół funt., rozwinięte prawidłowo. Zdrowienie nie powikłane gorączką.

S. nie mógł pokazać, ponieważ udała się do Wrocławia, gdzie pozostawała 8 miesięcy, będąc przedmiotem zarówno ciekawych obserwacji naukowych, jak i gorliwych a bezinteresownych zabiegów leczniczych (Dr. Chotzen, Prof. Neisser). Stosowano arsen; guzy z początku wypalono, a gdy to niewiele pomogło — wyłuszczone. Od chwili opuszczenia przez pacjentkę Wrocławia przeszło już pół roku. Na miejscach operowanych widoczne są tylko blizny, bez dążności do powtórzenia się guzów. Natomiast na skórze w okolicy podżebrowej lewej oraz na skórze przedniej powierzchni prawego uda, w bliskości pochwy, t. j. na miejscach zupełnie jeszcze przed półrokiem niedotkniętych, powstały cztery nowe guzy. Jeden z nich, około pępka, jest wielkości dłoni dorosłego człowieka. Uległ on już owrzodzeniu. Wygląd omawianych guzów jest zupełnie podobny do guzów, jakie przedtem były na plecach pacjentki, a które we Wrocławiu wyłuszczone: półkuliste, ruchome, ciastowatej spistości, brunatno-czerwonej barwy, z odcieniem cyanotycznym, na dotyk bolesne i t. d. (szczegółowy opis w „Medycynie” № 21 r. b.).

W ogólnym stanie chorej, który przed 6-ma miesiącami był jeszcze wcale niezły, zaszła znaczna zmiana na gorsze i pacjentka bardzo wychudła, robi wrażenie ciężko chorej: upadek sił, bezsenność, brak apetytu, łamanie w stawach i t. d. Słowem—stan charłaczny cierpienia i okres ostatni. (Autoreferat).

2) Kol. *Margulies* pokazał chorą 20-letnią z *fissura sterni congenita*.

3) Kol. *Rosenblatt* pokazał dorosłego mężczyznę ze *szezeliną podniebienia twardego*, zależną, prawdopodobnie, od przebytego przymiotu.

4) Kol. *Pański*: *Kilka słów o leczeniu ataksji ćwiczeniami—przy pomocy aparatów, lub bez nich, podług metody Frenkla. Demonstracja aparatów.* Lekarze niechętnie zajmują się sposobami leczniczymi, jeżeli te nie służą do radykalnego wyleczenia pewnego cierpienia, lecz polecają się tylko jako mogące usunąć pojedynczy objaw, a nie usuwają z organizmu samej istoty choroby. Jest to niesłuszne, gdyż często pojedyncze objawy są tak dominujące i dla chorego tak uciążliwe, iż chory pragnie wszelkimi siłami pozbyć się właśnie tego objawu, może nawet więcej niż samego cierpienia, którego doniosłości nie jest w stanie pojąć. I osądźmyż sami, czy bezgłós histeryczny, także drgawki, przykurczenia, czkawka, trapiąca chorego tygodniami, impotentia psychiczna, erythrophobia, drżenie jako objaw sclerosis disseminatae, ataksja tabetyczna, lub ataksja polineurytyczna nie gnębią chorego często więcej, niż nieuleczalność ich cierpienia? Zwalczanie ataksji ćwiczeniami jest jedną z metod leczniczych, skierowanych przeciw objawowi choroby tylko, a świecąca dziś w świecie tryumf prawdziwy.

Ta metoda polega na przyswojeniu choremu ruchów celowych za pomocą powtarzanych przez czas dłuższy ćwiczeń systematycznie ugrupowanych. Ponieważ tabetyk wraz z utratą czucia traci zmysł koordynacyjny, zmuszony jest on przeto kontrolować

swoje ruchy oczami i wprawiać się w nie — dopóki nie przekona się sam, iż znów odzyskał pewność i zręczność w ich wykonaniu, przez co chory pozyskuje sam do siebie zaufanie; po pewnym czasie nauki ćwiczeń chory już automatycznie wykonywa ruchy koordynowane. Zręczności w ruchach uczymy choremu za pomocą aparatów lub bez nich; aparaty służą również do podtrzymywania chorego w równowadze. Podczas ćwiczeń chory skupiać ma całą uwagę, co więcej go wyczerpuje, niż praca mechaniczna i dla tego chory często wypoczywać powinien. Ćwiczenia rozpoczynamy od najprostszych ruchów w pozycji siedzącej lub leżącej i powtarzamy je codziennie, nawet już po przejściu do ćwiczeń trudniejszych, do jakich zaliczamy utrzymanie się chorego w równowadze, lub poruszanie się naprzód, w tył i t. d.; wykonywanie bowiem najprostszych ruchów takąż dla tabetyka odgrywa rolę, jak gamy i wprawki dla skończonego artysty. Chory podczas ćwiczeń powinien być lekko ubrany, by nie był w wykonaniu ruchów krępowany. Leczenie trwa, zależnie od stopnia ataksji, odżywiania chorego, inteligencji i t. p. od 3 do 6 miesięcy.

Przyrządy najczęściej używane: a) Drabinka, której stopni chory, będąc w pozycji leżącej czy siedzącej, dotyka stopą lub palcami.

b) Kulki przymocowane sznureczkami różnej długości do poręczy; chory puszcza kulki w ruch i stara się je zatrzymać w biegu.

c) Waga dwuramienna, której koniec chory palcami nogi unosi w górę i opusza na dół.

d) Kołki zakończone miseczkami — amfiteatralnie rozstawione; ćwiczenia jak przy a).

e) Kładka, z poręczami lub bez, z rozstawianymi za niej przeszkodami w jednym lub dwóch rzędach; przeszkody ustawione w różnych płaszczyznach. Przyrząd służy do nauki chodzenia.

f) Podnózek — służy do nauki wchodzenia i schodzenia ze schodów.

g) Krzesło do chodzenia (wielki „stojak“).

Ataksja rąk zwalczana również być może ćwiczeniami za pomocą aparatów lub bez; wyniki są również zadawalniające. (Autoferat).

Dyskusja. Kol. *Sterling* zapytuje, czy niezborność w innych cierpieniach, w których pomaga ta metoda, też polega na zaburzeniu uczucia. Kol. *Pański* dodaje, że metoda *Frenkla* bywa stosowana prócz wządu rdzenia pacierzowego jeszcze w innych cierpieniach np. w kurczach zawodowych. W dyskusji jeszcze wzięli udział koledzy: *Jonscher*, *Sonnenberg* i *Olszewski*.

5. Kol. *Handelsman* odczytał rzecz o *białaczce* i przytoczył historję choroby obserwowanego przez siebie w szpitalu św. Aleksandra robotnika, u którego prócz charakterystycznych zmian we krwi i powiększenia śledziony zauważył zaburzenia w układzie nerwowym.

Towarzystwo Lekarskie Mińskie.

Posiedzenie z dnia 23 Października 1900 roku.

Kol. Lunz odczytał pracę, „O potrzebie zamiany w szkołach niższych i średnich pisma pochylego na pismo pionowe“. Pełniąc przez lat 20 obowiązki lekarza w miejscowej szkole realnej i sprawdzając co rok siłę wzroku u wszystkich uczniów, on się przekonał o prawdziwości poglądu Cohn'a, Kotelmana i innych okulistów, podług którego: 1) na krótkowzroczność cierpi większa część uczącej się młodzieży; 2) krótkowzroczność rozwija się i stopniowo się wzmaga potłoczaz wieku szkolnego; to ostatnie spowodowane jest tem, że dzieci wskutek rozległych wymagań szkoły współczesnej, spędzają prawie cały dzień i większą część wieczoru w pozycji zgiętej i że zajęcia te połączone są ze wzmoczoną akomodacją na blizkiej przestrzeni, następczem przekrwieniem biernem oczu i powiększeniem ciśnienia wewnątrzgałkowego.

W wieku szkolnym niezmiernie też często się spostrzega i skrzywienie boczne kręgosłupa, które kol. Lunz notował nieraz wśród uczniów mińskiej szkoły realnej i które, podług obserwacji Eulenburga, Parow'a i Guillaume rozwija się przeważnie w wieku od lat 7 do 15.

Przyczyny tego zjawiska również szukać należy przeważnie w nieprawidłowem siedzeniu dzieci podczas długotrwałych zajęć szkolnych przy osłabionym systemie mięśniowym organizmu dziecięcego.

Wskutek powyższego—wszystko, co usposabia do równego i prawidłowego siedzenia dzieci, podług zdania kol. Lunza, będzie przeciwdziało powstawaniu krótkowzroczności i bocznego skrzywienia kręgosłupa. W tym kierunku działają odpowiednio urządzone ławki i stoły szkolne, dobre oświetlenie, usunięcie z użycia książek z drukiem drobnym i niejasnym, i obowiązkowe wprowadzenie do szkoły pisma pionowego, zamiast używanego powszechnie pochylego: przy piśmie pionowem bowiem dzieci siedzą równo i prosto, nie nachylając się i nie wykrzywając, jak to się dzieje przy użyciu pisma pochylego. Na potwierdzenie poglądu swojego kol. Lunz przytacza zdania d-ra Schubert'a, prof. Fuchs'a i wielu innych okulistów i ortopedystów, czyniących badania w tej kwestji i jako dowód, dla każdego widoczny, pokazuje zdjęcia fotograficzne, dokonane przez powyższych autorów, i przedstawiające dzieci, piszące piśmie pionowem i pochylem.

Różnica w istocie bardzo rażąca: większość dzieci pisząca literami pionowemi, siedzi bez zarzutu prosto, podczas gdy używający pisma pochylego siedzą krzywo, niektórzy — dotykają kajetu nosem.

Ścisłe pomiary, przez Schubert'a poczynione, dały następujące wyniki: przy piśmie pionowem przestrzeń pomiędzy oczami i kajetem równa się 31 ctm., przy piśmie pochylem — 23 ctm.; prawidłowe i proste ustawianie głowy okazało się przy 1 w 43%,

przy II—w 17%, jednakowa odległość obydwóch oczu od kajetu przy I — 58%, przy II — 32%.

Ortopedysta Meyer znalazł w szkołach Norymberskich: z 1389 uczniów, piszących pionowo — 50% siedziało bez zarzutu, 15% krzywo, 35% z lekką pochyłością w stronę; a z 1039 piszących pochyło, prawidłowo siedziało wszystkiego 5%, z lekkimi wykrzywianiami 33%, a 62% zupełnie krzywo.

Następnie kol. Lunz przytoczył kilka faktów z historii pisma pionowego, które dawniej było w powszechnem użyciu, i nakreślał prawidłła, przez Schuberta wypracowane, co do zastosowania tego w szkołach.

W dyskusji kol. *Święcicki*, poddając krytyce dotychczasowe urządzenia szkolne, przyczyniające się do fizycznego zwyrodnienia uczącej się dziatwy, napada na zaniedbywanie ćwiczenia lewej połowy ciała, oświadcza się za wprowadzeniem gier na wolnem powietrzu i prawidłowej gimnastyki: w radach szkolnych powinien zasiadać lekarz.

Inni zarzucają d-rowi Lunzowi, że: 1) skrzywienie kręgosłupa powstaje przy *usposobieniu* organizmu do tego cierpienia, a to wskutek osłabionej muskulatury, lub krzywicy, lub też niesymetrycznego rozwoju klatki piersiowej; 2) że nieprawidłowe siedzenie odgrywa rolę tylko przyczyny *sprzyjającej* i 3) że przy piśmie pochyłym możliwe jest siedzenie równe i prawidłowe.

Dr. *Janowski* (prezes Towarzystwa) stawia wniosek, by Mińskie Tow. Lek. na zjazdach lekarskich poruszyło sprawę pisma pionowego w celu przekonania władz szkolnych o korzyściach jego dla zdrowia uczącej się młodzieży. Wszyscy obecni członkowie zgodzili się na propozycję Prezesa.



Korespondencje.

W kwestji felczerów.

W numerze 10 „Czasopisma lekarskiego“ pomieszczony został artykuł o roli, jaką powinni odgrywać felczerzy u nas.

Kwestja felczerska jest bolączką, która jaknajprędzej usunięta być powinna, ale — niestety — nie prędko usunięta będzie. Że felczerzy tamują prawidłowy rozwój lecznictwa wśród Indu, to każdy z nas, lekarzy prowincjonalnych, wie aż nadto dobrze. Dawniej, kiedy lekarzy było brak na prowincji, felczer był potrzebny, obecnie zaś, kiedy liczba lekarzy powiększyła się, myślę, — zdanie to podziela wielu z kolegów, z którymi w tej kwestji rozmawiałem — że felczer jest zbyteczny. Wiem, że szkoła felczerów istnieje i z niej corocznie wychodzi pewna ich liczba, ale to jeszcze nie racja, że ci, którzy zostali felczerami, muszą mieć jakieś

zajęcie, aby żyć. Ileż to rzemieślników musiało porzucić swe rzemiosło i wziąć się do innego zajęcia wskutek tego, że fabryki dokładniej i taniej zaczęły produkować towar przez nich wytwarzany. To samo ma się obecnie z felczerami; są oni zupełnie niepotrzebni, jeżeli zaś my, lekarze, zaczniemy par force ich marną egzystencję przedłużać, to szkodę wyrządzamy im samym, a nadewszystko racjonalnemu leczeniu się ludu wiejskiego. Trzeba znać lud, być pomiędzy nim, leczyć go, aby wiedzieć, jaką szkodę wyrządza felczer. Znałem kolegów, którzy bez felczera nie ruszali się po za obręb miasteczka, w którym mieszkali. Co z tego wynikło? Otóż to, że wielu z ludzi wiejskich nie wzywało takiego lekarza wcale, bo zatrudno im było płacić naraz i lekarzowi i felczerowi, inni znowu wzywali tylko felczera, bo rozumowali w ten sposób, że „przecież doktor nie wiele musi się znać więcej od felczera, bo bez niego nie może się obejść, kiedy felczer bez doktora pojedzie i sam poradzi“. Otóż do czego prowadzi protegowanie felczera!

Następnie, dawniej felczer był potrzebny na prowincji nie tylko dla tego, że lekarzy było mało, ale że sami lekarze daleko więcej potrzebowali felczera, stosowanie bowiem baniek suchych i ciętych, puszczenie krwi, było na porządku dziennym; dzisiaj rzadko kiedy uciekamy się do tych rękoczynów, a puszczenie krwi, jeżeli okaże się potrzebne, uskuteczniamy sami. Co zaś do innych posług u łoża chorego, to je daleko lepiej i dokładniej, podług wskazówek lekarza, uskutecznią domownicy, niż felczer.

Zdawać by się mogło jeszcze, że felczer potrzebny jest lekarzowi jako pomocnik przy operacjach, trudniejszych bowiem operacji niepodobna samemu wykonać. Lecz i tu wolę mieć do pomocy akuszerkę lub kobietę, którą mogę do pomocy przyuczyć i która umie się do moich wskazówek zastosować, niż brudnego a zarozumiałego felczera, który nie tylko sam nic umie, ale jeszcze niczego nauczyć się nie chce i który chce działać na swą rękę. Ja sam chciałem nauczyć felczera umiejętnej pomocy przy operacji, po licznych jednakże próbach przyszedłem do przekonania, że felczer raczej szkodę, niż pomoc przynosi.

Wobec tego wszystkiego felczer staje się niepotrzebny lekarzowi, próbuje leczyć na swą rękę, zaczyna tumanić lud, wyzyskiwać go i wrogo usposabiać względem lekarza. Lecz to trwać długo nie może; nasz chłop umie już rozróżniać dobre od złego i znajduje już różnicę w poradzie jaką mu daje lekarz i felczer dać może, wskutek tego coraz więcej zaczyna zasięgać porady u pierwszego, a stroni od drugiego.

W takich warunkach trudno, abyśmy sami mieli przykładać ręki odo utrzymania tego, co cierpienie być nie powinno. Dalsze podtrzymywanie felczerów równa się opóźnieniu rozwoju racjonalnego lecznictwa wśród ludu. Felczer i znachor, to plaga naszego ludu. Ze zniknięciem jednego i drugiego znacznie się dopiero lud

nasz leczyć racjonalnie. Naszem zadaniem tępić, o ile sił naszych starczy, a nie zostawiać go tylko dla tego, że i on chce żyć.

K. Lidmanowski.

(Zagórowo).

Z wnioskami kolegi Lidmanowskiego nie mogę się zgodzić.

Jeśli „kwestja felczerska — niestety — nie prędko usunięta będzie“, to znaczy żeśmy bezsilni wobec faktu istnienia felczerów, jakkolwiek większość kolegów *od wielu lat* stara się wygubić ten zawód.

Ta wojna wieloletnia powinna nas była przekonać, że broń, którą walczyliśmy i taktyka, jakiej używaliśmy — do celu nie prowadzi.

Bo: felczerzy dotąd istnieją.

Nikt przecież nie pochwala felczerów — brudasów, ani felczerów, zajmujących się partactwem leczniczem, nikt ich *w tym charakterze* popierać nie radzi.

Nie mówiąc już o niesłuszności takich porównań, jak: nieczystość felczerów *a czystość akuserek*, lub takich przykładów, jak lekarz, który „się bez felczera nie rusza z miasteczka“ — nie zgodzę się też wcale na to, by np. domownicy lepiej umieli pielęgnować chorego, aniżeli felczer odpowiednio przygotowany (p. „Czasop.“ № 10).

Wogóle, otwartą jest jeszcze kwestja, czy na prowincji wszędzie obejść się dziś można bez felczerów.

Moje doświadczenie uczy, że *złych* felczerów, partaczy lekarskich, prześladować należy, jak owczarzy i t. p. oszustów; że jednak nie wszyscy felczerzy schodzą na manowce partactwa, że tem więcej ich zostanie w granicach fachu ucziwie wykonywanego, im łatwiej im będzie w tych granicach znaleźć chleb.

Felczerów, t. j. niedouczonej „medyków“ wytępi *jedynie*: podniesienie się ogólnego poziomu cywilizacyjnego.

Zamknijmy szkoły felczerskie dziś, kiedy nie wszyscy dorośli do zrozumienia różnicy między nauką, a gusem — a powstanie cały zastęp partaczy leczących (vide: Niemcy, Austrja, Francja).

Co do mnie, wolę już felczerów, z których część jest nawet dziś pożyteczna, a wśród których zawsze można dobrać pomocników ucziwych i pożytecznych.

Między partaczami — są *wyłącznie* ciemni, niesumienni wydrwigrasze.

Az.



Ubezpieczenie Robotników

w Niemczech, od następstw choroby, wypadku i niedołęstwa.

(Dokończenie).

Odszkodowania.

Organizacja *Ch.* w ciągu lat 1885—97 zaspokoiła 32,7 milionów przypadków chorobowych.

Organizacja *W.* odszkodowała (1895—97) 616,000 (w roku 1998 : 486,645) wypadków nieszczęśliwych.

Organizacja *N.* (1891—97) przyznała 296,556 rent; zwróciła wkłady w 213,068 przypadkach.

W celu zapobieżenia niedołęstwa leczono w roku 1898-ym 13,758 osób.

Na 2,4 miljardy marek odszkodowania wypłaconych aż do roku 1899 złożyli się:

	Miliony marek.	%
Robotnicy	1.164,4	48,3
Przedsiębiorcy	1.099,2	45,5
Państwo	150,2	6,2

Wysokość odszkodowania w pojedynczych przypadkach:

Organizacja *Ch.* wypłaciła przeciętnie w jednym przypadku chorobowym:

1885—97	— 36,93 M.
1897	— 40,97 M.

Za jeden dzień choroby:

1895—97	— 2,23 M.
1897	— 2,37 M.

Organizacja *W.* wypłacała przeciętnie tytułem jednego odszkodowania:

1897	— 149,91 M.
1898 ¹⁾	— 147,40 M.

Renta w przypadkach odszkodowania za skutki wypadków wynosiła: przy zmniejszeniu się zdolności do pracy:

mniej niż o 10%	— 0,09 M. dziennie
10 do 15 „	— 0,16 „ „

1) Zmniejszenie — dzięki szeroko stosowanemu systematowi leczenia.

15	do	20%	—	0,23	M. dziennie
20	"	25	"	0,31	" "
25	"	50	"	0,48	" "
50	"	75	"	0,85	" "
75	"	100	"	1,15	" "
		100	"	1,60	" "

III. Działalność lecznicza.

Organizacja *Ch.* opiekuje się wszystkimi chorymi w ciągu pierwszych 13 tygodni choroby. Po tym czasie: 1) Jeśli choroba była skutkiem wypadku przy pracy — poszkodowanym opiekuje się organizacja *W.* 2) We wszystkich innych przypadkach — organizacja *N.* (o ile do opieki tej ostatniej chory ma wogóle prawo).

Zarówno *W.* jak i *N.* może brać udział w leczeniu chorego już w ciągu pierwszych 13 tygodni, a mianowicie wtedy, kiedy swoją pomocą ma nadzieję zapobiedz ujemnym skutkom choroby, jakie (od 14 tygodnia) wypadło by leczyć na koszt organizacji.

Wydatki organizacji *Ch.* podaliśmy wyżej. Tu podamy więcej szczegółowo wydatki organizacji *W.* i *N.*

Organizacja *W.* wydała:

Na leczenie.

	W ciągu pierwszych 13 tygodni	Począwszy od 14 tygodnia	RAZEM
	po wypadku		
Związki zawodowe przemysłowe (1885/98)	2.134.796	32.121.045	34.255.841
Związki zawodowe rolne i leśne (1889/98)	427.993	6.993.478	7.421.472
Razem	2.562.790	39.114.523	41.677.314

Dokładnych danych, jakie wyniki otrzymano z leczenia rozpoczętego po 13 tygodniach — dotąd nie opracowano. Natomiast wiadomem jest, jakie wyniki dało leczenie „zapobiegawcze“, dobrowolnie przez organizację *W.* na siebie wzięte przed czasem, kiedy z prawa była by do tego zmuszona.

Wyniki leczenia rozpoczętego przed upływem 13 tyg. od wypadku:

(Lata: 1896, 1897 i 1898).

Liczba związków zawodowych	Liczba wypadków leczonych przez W.	Rodzaj uszkodzenia			Sposób leczenia		Wyniki leczenia	
		Złamania kości	Uszkodzenia oczu	Inne uszkodzenia	W lecznicach (szpitalach)	Inne rodzaje leczenia	Dodatnie	Ujemne
1	2	3	4	5	5	6	7	8
A. Związki zawodowe przemysłowe.								
56	26.299	5.652	1.194	19.434	10.662	15.677	22.923	2.358
B. Związki zawodowe rolne i leśne.								
35	4.249	1.091	465	2.692	2.556	1.685	9.748	459
Razem.								
91	30.548	6.743	1.660	22.145	13.178	17.362	26.671	2.817

Głównejsze pozycje wydatków organizacji N. o ile były użyte na leczenie chorób przewlekłych, są niżej podane.

Przedewszystkiem przyjrzyjmy się ilości chorych, leczonych z funduszu N. (przypominam, że leczenie jest tylko dodatkowym celem tej organizacji).

Z powodu suchot płucnych leczono.

W roku	Mężczyzn	W ciągu dni szpitalnych	Kobiet	W ciągu dni szpitalnych
1897	2.555	186.838	731	63.337
1898	3.806	278.642	1.104	91.291
1899	6.032	440.871	1.666	131.343
Z powodu innych chorób leczono.				
1897	4.068	211.353	1.783	99.362
1898	6.025	249.737	2.849	129.131
1899	6.870	329.743	3.802	200.176

Wydatki (w Markach).

W roku	Na jedną osobę.		Na 1 dzień choroby		Trwanie leczenia 1 osoby, dni	
	M.	K.	M.	K.	M.	K.
Suchoty płuc.						
1897	269,00	350,44	4,05	4,04	73	87
1898	307,50	340,95	4,20	4,12	73	83
1899	310,31	318,54	4,25	4,03	73	79
Inne choroby.						
1897	167,74	149,35	3,23	2,68	52	56
1898	166,57	144,32	3,35	2,78	50	52
1899	156,47	141,13	3,26	2,68	48	53

Rodzaj leczenia stosowanego w r. 1899-ym.

Rodzaj leczenia	U chorych na suchoty			U chorych na inne choroby (próczsuchot) przewlekłe		
	M.	K.	Razem	M.	K.	Razem
Szpitala i zakł. podobne	349	88	437	3.756	2.161	5.913
Sanatorja i uzdrowiska klimatyczne	4.993	1.310	6.303	591	205	796
Przytułki dla rekonwalescentów	35	21	56	235	333	568
Miejscowości kąpielowe	632	241	873	2.136	933	3.070
Własne mieszkanie	23	6	29	147	152	309
Inne miejsca				9	7	16
Razem	6.032	1.066	7.698	6.870	3.802	10.672

Wyniki leczenia otrzymane przy suchotach płuc są zestawione w następujących tablicach:

Grupa chorobowa i płeć chorych leczonych	Na 100 leczonych osób było przy końcu kuracji takich, u których nie potrzeba było obawiać się niedoleństwa, w roku:		
	1897	1898	1899
A) Leczonych z powodu suchot płuc.			
a) Męż. i Kob.	68	74	74
a) Męż.	68	74	74
c) Kob.	68	73	73
B) Leczonych z powodu innych chorób			
a) Męż. i Kob.	69	73	71
b) Męż.	70	73	73
c) Kob.	67	72	69

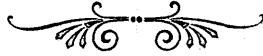
Grupy chorobowe i płeć chorych leczonych.	Na 100 osób leczonych i pozostających pod kontrolą.					
	wynik dodatni otrzymany w r. 1897-ym trwał do końca roku			wynik dodatni otrzymany w r. 1898 trwał do końca roku		wyлік dodat. otrzym. w r. 1899 trwał do końca roku
	1897	1898	1899	1898	1899	1899
A. Leczonych na suchoty						
a) Męż. i Kob.	61	43	30	68	48	69
b) Męż.	60	41	28	68	47	69
c) Kob.	64	50	36	69	50	68
B) Leczonych na inne choroby.						
a) Męż. i Kob.	60	45	41	66	30	63
b) Męż.	61	46	41	66	49	63
c) Kob.	57	43	41	66	51	64

Źródła: *Dr. Zaehner*. Leitfaden zur Arbeiter—Versicherung des Deutschen Reiches zusammengestellt für die Welt-Ausstellung in Paris 1900

Dr. jur. Klein. Die Leistungen der Arbeiter-Versicherung des Deutschen Reiches 1900.

Bielefeldt. Die Heilbehandlung der gegen Unfall und Inwalidität versicherten Arbeiter in Deutschland. Berlin 1900.

S.



REFERATY.

I Zjazd międzynarodowy, poświęcony sprawom zawodu lekarskiego i deontologii lekarskiej w Paryżu. (Dokończenie). Dr. Thiery mówił, w imieniu syndykatu lekarzy departamentu Sekwany, o nadużyciu bezpłatnej pomocy lekarskiej w ambulatorjach publicznych i szpitalach. Przypomnieć należy, że warunki leczenia szpitalnego inne są we Francji i Anglii, aniżeli np. w Niemczech. W tem ostatniem państwie prawie wszyscy płacą za leczenie szpitalne osobiście lub przez kasy zawodowe i stowarzyszenia dobroczynne. We Francji za dobę leczenia w oddziale wewnętrznym płaci się 3 fr., w oddz. chirurgicznym — 5 i pół fr. Od opłaty wolni są ubodzy; ale poświadczenie ubóstwa zależy przeważnie od — portjera domu, w którym mieszka dłużnik szpitala. Zresztą, nawet opłacając wyżej wymienione sumy, zamożny wyzyskuje dobroczynność, ponieważ wydatek na chorego jest w szpitalach paryzkich o wiele wyższy, niż 3 lub 5 i pół franka. Zamożny wypiera z przepelnionych szpitali — ubogich.

Toż samo się dzieje w ambulatorjach, gdzie nadmiar chorych nie pozwala na ich dokładne zbadanie; usunięcie wyzyskujących tę pomoc bezpłatną, zapewni troskliwszą pomoc prawdziwie jej potrzebującym. Pamiętać bowiem należy, że i zamożni pchają się do takich ambulatorjów bezpłatnych, gdzie im lada zastrzał przetnie „sam professor“.

Mówca proponuje wprowadzenie ogłoszeń przypominających, że bezpłatna pomoc lekarska istnieje jedynie dla ubogich, dalej proponuje nie przyjmowanie do szpitali chorych mogących płacić, ponieważ te instytucje są przeznaczone jedynie dla ubogich.

Zjazd uchwalił taką decyzję: „Uznając, że kliniki należą wyłącznie do ubogich, Zjazd pozostawia związkowi zawodowemu stosowanie tej zasady zgodnie z warunkami miejscowymi”.

Prof. Grasset, mówiąc o deontologii lekarskiej, doszedł do takich wniosków: Lekarz nie ma prawa wymawiać się niezajomością zasad etyki lekarskiej, Należy wydać kodeks deontologii lekarskiej, który będzie wręczany lekarzowi wraz z dyplomem.

Dużo mówiono na Zjeździe o reklamie lekarsko-farmaceutycznej i gorąco potępiano reklamowanie środków lekarskich w artykułach gazet politycznych.

Następny Zjazd odbędzie się w Belgji, za trzy lata. Wybrano komitet, który ma ułożyć kodeks deontologii lekarskiej zgodnie z wnioskiem prof. Grasseta.

Garcin. **Rozerwanie aorty wskutek nieszczęśliwego zdarzenia. Śmierć po 6-iu tygodniach.** Kupiec J., lat 36, poślizgnąwszy się, upadł tyłem na cementową posadzkę. Upadek był nader silny i wywołał nieustające bóle w lewym ramieniu. Wobec zachowanej zdolności ruchowej autor rozpoznał częściowe złamanie kości ramieniowej i zaznaczył to w świadectwie do Tow. Ubezpieczeń. Pod bandażem zwykłym i okładami z lodu, a następnie pod bandażem krochmalowym, chory czuł się coraz lepiej i po 5-u tygodniach był uznany przez autora za zupełnie uleczonego, co było też zaznaczone w świadectwie do Towarzystwa.

Następnego dnia autor został wezwany do tegoż kupca: leżał on w łóżku i uskarżał się na silne bóle brzucha; bóle te powstały nagle koło obiadu, poczem wystąpiły wymioty. Podczas badania chory rzuczał się i wił z bólu; tętno prawidłowe, nieco przyspieszone, ciepłota normalna; wypróżnień od poprzedniego dnia nie było; przy ucisku okolica żołądka bolesna, brzuch nie wzdęty. Zastrzyknięcie morfiny (0,015), ciepłe okłady na brzuch, lód wewnątrz uspokoiły chorego, i wieczorem autor zastał go w stanie lepszym. Następnego dnia o g. 5-ej rano znów spieszenie wezwano go do chorego, ale zastał już tylko trupa. Według opowiadania żony, chory o g. 4-ej zażądał mleka, zaraz potem wypił lemoniady — nastąpiły wymioty; gdy później żona położyła się i rozmawiała z mężem, który się uskarżał na tępy ból pod mostkiem, nagle usłyszała charczenie, po którym w kilka sekund nastąpiła śmierć.

Sekcja wykazała ogólne otłuszczenie. W opłucnej około 1 łyżki krwawego płynu. Worek sercowy bardzo napięty, po nacięciu wydobywa się płynna krew (około 4 szklanek) i skrzepy (około 2 szklanek). Serce pokryte zakrzepłą krwią, duże, szerokie; ścianki cienkie, zastawki normalne. Po otwarciu aorty znajdujemy w odległości 4—5 ctm. od zastawek, w części wstępującej łuku, pęknięcie ścianki wewnętrznej, które prowadzi do worka wielkości jaja kurzego; przy bliższym badaniu widać rozerwanie tego worka, przez które też nastąpił wylew do jamy osierdzia; podstawa (radix) lewego płuca jest silnie nacieczona krwią; na aorcie żadnych zwapnień — jedynie miejscami powierzchowne nieznaczne ogniska stłuszczenia. Serce, płuca, krtań i przełyk posłano jeszcze dla zbadania do prof. Recklinghausena. Klatka piersiowa z lewej strony normalna, jako też i lewy staw ramieniowy; na powierzchni stawowej górnej ramienia nieznaczne ogniska stłuszczonej chrząstki; kość ramieniowa na powierzchni wewnętrznej pod wyrostkiem kruczym (proc. coracoideus) przedstawia nierówny pas miękkiej, różowej, młodej tkanki kostnej; przy przecięciu pod-

łuznem widzimy, że blaszka zewnętrzna jest oddzielona, a część tylna została wcisnięta w masę porowatą; modzel wyrównał i pokrył miejsce złamania.

Orzeczenie na zasadzie wymienionych danych brzmiało, że śmierć nastąpiła przez pęknięcie rozdzielającego tętniaka aorty; wobec poprzedniego znakomitego stanu ogólnego i braku cierpienia aorty, należy przyjąć, że pęknięcie aorty stoi w związku z nieszczęśliwym zdarzeniem, a stan tętniaka! każe przypuszczać, że on powstał na 1—2 dni przed śmiercią. Orzeczenie prof. Recklinghausena w zupełności potwierdziło wywody autora.

W tętniakach rozdzielających Boström wyróżnia rozerwanie „pierwotne“, na którego tle się taki tętniak rozwija. To rozerwanie „pierwotne“ powstaje niekiedy pod wpływem zmniejszonej elastyczności ścianek wskutek mesarteriitis, lecz o wiele częściej przyczynia się do tego uraz, który wywołuje raptowne wzmożenie ciśnienia,

Utworzenie się tętniaka u wymienionego J. wiąże się z upadkiem w magazynie na zasadzie następujących wywodów.

I. Upadek w magazynie należał do urazów ciężkich i wywołał silne wzruszenie psychiczne, które nagle podniosło ciśnienie krwi i wywołało naderwanie napiętej aorty; w tem mniemaniu utwierdzają nas dane doświadczalne, przy których naderwania przez wzmożone ciśnienie mają także umiejscowienie; to naderwanie należy w danym razie uważać za „pierwotne“.

II. Szczelina w aorcie przenika przez części ścianki wewnętrzna i środkowa; brzegi jej w części środkowej są świeże, podczas gdy w części wewnętrznej postrzeżone i starsze, co stwierdza badanie drobnowidzowe. Z tego wnika, że naderwanie „pierwotne“ nastąpiło wcześniej.

III. Aorta, poza nieznacznem mesarteriitis, które w rachubę brane być nie może, wogóle była zdrowa: powstaniu więc tętniaka mogło być w danym razie zależne tylko od owego naderwania „pierwotnego“ — skutkiem urazu. Wreszcie,

IV. w większości przypadków przy tętniakach rozdzielających wzmożone ciśnienie, które wywołuje owo naderwanie „pierwotne“, może być objaśnione jedynie przez zjawienie się nagłych przeszkód dla czynności serca i naczyń, t. zw. przeszkód czynnościowych. Taką przeszkodę w danym razie wywołał silny upadek na cementową posadzkę.

Z. Prechner.

Aertztl. Sechverständ. Ztg. 1900. Nr. 16.

Prof. Thiem. **Termoterapja przy leczeniu ofiar nieszczęść przy pracy.** Do niedawna stosowano w tych razach wyłącznie leczenie mechaniczne (Zanderowskie) w celu usunięcia bólu, porażenia, zeszywnienia, zaburzeń w odżywianiu i krążeniu. Od paru lat z korzyścią stosuje się w odpowiednich przypadkach: wysoką ciepłotę. Doświadczenie wykazało, że — przy zachowaniu pewnych ostrożności — można stosować wysoką ciepłotę bez szkody dla ciała ludzkiego, że pod wpływem tego środka ustępują bóle,

stawy stężale odzyskują ruchomość, blizny i mięśnie twarde stają się elastycznymi. Dłuższe stosowanie tego zabiegu sprzyja wessaniu wysięków zapalnych, poprawie odżywiania i krążenia. Th. stosował ciepło: przy pomocy aparatów o ciepłem powietrzu, w postaci parówek miejscowych, kąpeli borowinowych, zawijań z fango, kąpeli piaskowych i za pomocą termoforów.

Parówki miejscowe stosował za pomocą skrzyń specjalnych (Dampfschwitzkasten); gorące powietrze — za pomocą przyrządów Krausego, które pozwalają na stosowanie ciepłoty do 140°C. — bez wywołania oparzenia. Przyrządzając kąpiel piaskową, ogrzewa małą ilość piasku, którą później rozprowadza zimnym — aż do żądanej ciepłoty¹⁾. Termofory stosował na stężale stawy.

Obok jednego lub kilku z powyższych zabiegów termoterapeutycznych — stosował mięsienie i leczenie mechaniczne. Wartość leczniczą zabiegów termoterapeutycznych Th. uwidoczniła w następującej kolejności: 1) Fango. 2) Piasek. 3) Powietrze gorące. 4) Parówki miejscowe. 5) Termofor.

Jako przeciwwskazanie do termoterapii wymienia: ogólne osłabienie działalności serca, ponieważ to leczenie podnieca obieg krwi i wydzielanie potu, czego nie znosi osłabione serce. Dalej, zabronione jest stosowanie tych zabiegów przy leczeniu gruźliczych zapaleń stawów, choćby tylko podejrzewano taką naturę cierpienia; dalej — przy istnieniu żyłaków na nogach, ponieważ w tym razie łatwo powstaje zapalenie żył.

Monatrschr f. Unfallheilk. 1800. Nr. 3).

Leube. Nutritio extrabuccalis. I Per rectum. 1. Z białek nadają się do tego przetwory peptonowe (60,0 w 300,0 płynu — miska); jajka surowe (3 sztuki + 3,0 soli kuchennej). Przy używaniu tych preparatów do ławatyw — występuje w moczu białko lub albumozy. Przy dłuższem stosowaniu — proctitis. Przed ławatywą odżywczą stosować ławatywę przemywającą. 2. Cukier (15,0 — 20,0 na 300,0 płynu). Lepiej — krochmal (50,0—100,0 na 300,0 wody lub mleka). 3. Tłuszczu samego w ten sposób zadawać nie należy. 4. Ławatywy trzustkowe z tłuszczu (40,0), mięsa (100,0) i masy trzustkowej. Rozpuszczać należy powyższe przetwory najlepiej w 300,0 mleka (=150 Ciepłostek). Każda z wyżej wymienionych mieszanin powinna dać 300 — 450 Ciepłostek. W odpowiednich przypadkach można zastosować dwie takie ławatywy na dobę.

II. Odżywianie podskórne. 1. Białki się do tego nie nadają. 2. Z wodań węgla cukier nie jest odpowiedni, ponieważ w słabych roztworach mało ma wartości odżywczej, w stężeniu silniejszym powoduje ból i gorączkę. Dekstryna wydziela się w moczu niespalona. Raczej glikogenu roztwory mogą się tu nadawać. 3. Tłuszcz nadaje się doskonale do karmienia podskórnego, w ilości 50,0—100,0. Zastrzykiwany powoli dobrze się wchłania.

¹⁾ Szczegóły dotyczące kąpeli piaskowych p. „Czasop.“ Tom I. str. 480.

III. Kombinacja lawatyw i podskórnego zastrzykiwania tłuszczu może dostarczyć organizmowi wystarczającą ilość Ciepłostek. (Dwie lawatywy po 550 Ciepł.=1100 C.; 1 zastrzyknięcie tłuszczu=930 C. Razem 2000 C.).

(VIII Kongr. międzynar. w Paryżu).

Lenipacher. **Wlewania podskórne roztworu soli kuchennej w praktyce chirurgicznej.** Przy krwotokach stan ogólny szybko się poprawia po wlewaniu, ciśnienie po paru minutach powraca do normy w skutek pobudzenia działalności serca. Jeśli ta poprawa działalności serca po pewnym czasie zaczyna ustępować — powtórzyć wlewanie (nie zaniedbując środków podniecających).

Przy posocznicy, zależnej od ran zakaźnych, nie widziano wyników dodatnich po wlewaniach; rzecz godna uwagi, że nie widziano też w tych przypadkach ani zwiększenia ilości wydzielanego moczu, ani podniesienia ciśnienia krwi. Natomiast przy zakażeniu pochodzenia otrzewnowego — codzienne wlewania dały wyniki bardzo pomyślne.

Shock z powodu zgniecenia i wstrząsu nerwów czuciowych lepiej zwalczać oddychaniem sztucznym i ogrzewaniem; natomiast shock operacyjny stanowi wskazanie do wlewań, mianowicie gorących, do 50° C.

Przy oparzeniach nie widziano wyników zachęcających.

Dawki: przy ostrej niedokrwistości 1 — 1½ litra, 40° C., kilkakrotnie;

przy przewlekłej utracie krwi — ½ litra, 40° C., codziennie przez długi przeciąg czasu;

przy zapadzie po operacjach i długotrwałem odurzeniu chloroformowem, bez znaczniejszej utraty krwi, 500 cm³ roztworu gorącego (bolesne, więc jeszcze podczas odurzenia);

przy zapadzie po operacjach połączonych ze znaczniejszą utratą krwi — co trzy godziny powtarzane wlewanie;

przy posocznicy i zatruciach — codzienne wlewania 1—2 litrów, o ciepłocie 37° C.

(Mitteil. aus den Grenzgeb. d. Med. u Chir. 1900. VI)



KRONIKA.

— Zbyt późno zawiadomieni nie mogliśmy podać szczegółów dotyczących „kursu dla lekarzy“, jaki odbywa się w r. b. w Krakowie.

Tej dawno pożądanej organizacji przy polskim uniwersytecie życzymy z całego serca powodzenia!

— „Rozwój“ Łódzki, a za nim szereg pism codziennych (i lekarskich: „Wracz“, „Przegląd dentystyczny“) ogłosił fakt następujący ze szpitala w Rawie: Chorą przed operacją chloroformowałą ochmistrzyni w nieobecności lekarzy, którzy w tym czasie w sąsiednim pokoju przy-

gotowywali narzędzia. Nagle ochmistrzyni krzyknęła: „proszę pilnować serca“. Ostrzeżenie było spóźnione. Chorej do życia nie przywrócono.

Jak się jednak dowiadujemy od obydwu lekarzy, którzy pracują w szpitalu rawskim, opisany fakt śmierci pod chloroformem zaszedł w warunkach wykluczających wszelką winę lekarzy:

Przed operacją (ropnego zalenia okostnej szczęki dolnej) obydwaj lekarze zbadali serce i tętno chorej.

Śmierć nastąpiła podczas operacji — więc obydwaj lekarze byli przy chorej.

Chloroform podawała ochmistrzyni, pod okiem lekarzy, z których jeden kontrolował tętno, oddech i stan żrenic.

Więc: 1) Nie „powierzano“ odurzenia ochmistrzyni. 2) Lekarze nie byli w sąsiednim pokoju, lecz przy chorej.

Surowych krytyków należało by zapytać, jak ma operować lekarz szpitalny, jeśli sam jeden obsługuje szpital? Jak ma operować, mając chętnego kolegę do pomocy, ale niezbędnego przy wykonywaniu samej operacji?

Czy nie jest zmuszony powierzyć *automatycznego* nalewania chloroformu — ochmistrzyni, felcerowi?

— Na skutek przedstawienia Rady Gubernjalnej Dobroczynności publicznej w Radomiu Ministerjum spraw wewnętrznych zezwoliło przyjąć do szpitala św. Leona w Opatowie trzy siostry Miłosierdzia z Instytutu św. Kazimierza w Warszawie.

Pozostaje więc obecnie w całej gub. Radomskiej jeden tylko szpital w Opocznie, św. Włady-

sława, w którym dotąd niema Sióstr.

(Gazeta Radomska.)

— W ostatnich tygodniach wszystkie pisma, zarówno brukowe jak i poważne, ogłaszają, że ministerjum skarbu powzięło szereg postanowień w sprawie udzielania pomocy lekarskiej w fabrykach: „1) Mają być urządzone pokoje do udzielania rad chorym; 2) rady bezpłatne, jak i lekarstwa; 3) szpitale mają być utrzymywane wyłącznie kosztem właścicieli fabryk“.

Otóż to wszystko już istnieje w Królestwie Polskiem, więc nie może być przedmiotem projektów.

Jedynie brak dotąd przytułków położniczych dla robotnic fabrycznych, t. j. brak racjonalnej pomocy lekarskiej w postaci, która największą pomoc przynosić zwykła.

— W dniu 14 Listopada obchodzono w Łodzi jubileusz 25 letniej pracy lekarskiej kolegi *M. Cohna*, Naczelnego lekarza szpitala im. Poznańskich i Prezesa kasy lekarskiej.

W dniu 3 Grudnia obchodzono w Radomiu jubileusz 25-letniej pracy lekarskiej kol. *Fr. Kosickiego*, Naczelnego lekarza szpitala św. Kazimierza. W tej uroczystości wzięli udział zarówno lekarze, jak i mieszkańcy, którzy zgotowali jubilatowi nader gorące owacje. „Gazeta Radomska“ wydała z tego powodu specjalny numer, zawierający następujące prace: Dr Kosicki chirurg i Radomianin (z portretem). — Dr. Kosicki jako przyjaciel i filantrop. — Rys biograficzny D-ra F. Kosickiego. — Na dobie. U furty szpitalnej (opowiadanie). — Szpital św. Ka-

zimierza w Radomiu (rys historyczny). — Na dzień jubileuszu Dr. Fr. Kosickiego (wiersz okolicznościowy). — Notatki z archiwum magistratu radomskiego (feljeton).

— Związek okręgowy walki z alkoholizmem m. Berlina („Bezirks-Verein gegen den Missbrauch geistiger Getränke für Berlin u. Umgegend“) otworzył w tych dniach sanatorium dla alkoholików w Fürstenwalde (40 minut od Berlina). Śliczny gmach mieści 50 łóżek w 20 pokojach (w każdym po 1, 3 lub 5 łóżek). Sąsiedni budynek gospodarski zawiera warsztaty i przyrządy, których używają chory, zajęci przy gospodarstwie rolnem.

Przyjmowani są tylko tacy chorzy, których stan daje nadzieję zupełnego wyleczenia, moralnego i fizycznego, i odzyskania zdolności do zarobkowania.

(Das Rothe Kreuz 1900 Nr. 20).

— Pierwszą „Publiczną kuchnię dla chorych“ otworzono w Berlinie (Brüderstrasse 10) 17 Października r. b.

Otworzyło ją specjalne stowarzyszenie „Verein für Krankenküchen“.

Z regulaminu tej kuchni wymujemy następujące ustępy:

Potrawy, w termoforach, są przez kuchnię rozsyłane do mieszkań leżących nie dalej nad 2 kilometry od kuchni. Z ceny potraw zabieranych z kuchni we własnym naczyniu potrąca się 10 fenigów. Ciepłą strawę wydaje się tylko od 12 do 2 w południe; zimne porawy (gelée, kompoty, potrawy słodkie, zimne mięso i t. p.) zarówno jak i zupy

do odgrzania — od 9 rano do 6 popołudniu. Obiady typu A. i B. są przygotowywane jedynie na obstalunek.

A. Obiad za 2 Marki (w 4 naczyniach) zawiera:

1. Rosół z kury lub wołowiny, czysty lub z dodatkiem, albo kleik (do wyboru).

2. Wołowina albo drób, mleczko cielece, dziczyzna — pieczone lub gotowane (do wyboru).

3) Jarzyna.

4) Potrawa słodka i kompot.

B. Obiad za 1,25 Mk. (w 3 naczyniach) zawiera:

1. Rosół z kury lub wołowiny, czysty lub z dodatkiem, albo kleik (do wyboru).

2. Mięso z jarzyną, gotowane lub pieczone (do wyboru).

C. Obiad za 75 fenigów (w 2 naczyniach) zawiera:

1. Rosół z mięsa, czysty lub z dodatkiem, albo kleik (do wyboru)

2. Mięso z jarzyną lub kompotem (do wyboru).

D. Obiad za 50 fenigów (w 1 naczyniu): Zupa z mięsem i jarzyną.

(Tego typu wydawane też są półporcje po 25 fenigów).

E. Porceje oddzielne, mianowicie:

Mięso — 80 fenigów.

Zupa — 50 „

Jarzyna — 40 „

Potrawa słodka — 40 fen.

Kompot — 40 fen.

Celem „Stowarzyszenia“ jest dostarczanie zdrowego pożywienia chorym i rekonwalescentom, którzy nie mogą w własnym gospodarstwie przyrzadzić sobie odpowiedniej strawy.

Członkiem tego stowarzyszenia zostaje każdy, kto ofiaruje jednorazowo 500 M.; członkiem zwyczajnym — płacący 10 M. rocznie.

Pewną część obiadów wydaje to Stowarzyszenie bezpłatnie.

(Deut. Krankenf. Ztg. 1900 Nr. 20)

Dnia 30 Listopada zamknięto niespodziewanie drukarnię P. K. Kolińskiej (z powodu ogłoszenia upadłości tej firmie).

Z tej przyczyny cały numer grudniowy musiał być po raz drugi składany.

Za opóźnienie w wydaniu tego numeru, jakkolwiek pochodzące nie z naszej winy, przepraszamy naszych czytelników.

Skorowidz.

Acne—201. Ammonium chloratum—382. Aorty brzusznej zator — 49,—rozerwanie—478. Appendicitis — 115. Ascaris lumbricoides—632. Atresia ani vulvo-vaginal—31. „Avant et après“—204.

Babińskiego objaw—219. Badanie moczu—245. Barkowego splotu porażenie—303. Barwienie wydzieliny rzerzączkowej—306. Bezład połowiczny—241. Bóle z niedokrewności—357. Bólu psychoterapja—222. Brighta choroba — 29. Brodawki—132.

Cesarskie cięcie dwukrotne—301. Chinina podskórnie — 201. Choroby oczne—209, 283. Ciąża jajowodowa—165. Cieclocinek—137. Claudicatio intermittens— 66. Cukromocz pokarmowy—167 — u włóczęgów—360. Cwiczenia jako lek—199. Czaszki złamania—363, 411. Czkawka—362.

Derivantia—171. Dystrophia musculorum progressiva—303.

Epityphlitis traumatica—358. Eter przy przepuklinach — 201. Euchini-na—323.

Farmaceutów sprawy—76. Felcerów sprawy—402,469. Finsena metoda—44. Fizyczny stan Mazurów—265.

Gardzieli płókania—1. Gimnastyka w kąpieli—127. Ginekologiczna ka-
zuistyka—214, 286. Głodu uczucie—134. Gnilec—306. Goleni wrzody—170. Górników zdrowie—37. Gruźlicy statystyka—445. Grypa—133, 362. Guajaci tin-
ctura—362.

Hernia inguino-labialis—163. Hygiena mieszkań—260. Hypurgja przy
wykrztuszaniu—45.

Ischias scoliotica—32. Izolacji uczniów terminy—78. Jajowód ciężar-
ny—305. Jajnika torbiele—28, 305, 90 — guz 204. Jodoformu zapach — 133.
Jubileusze—48?

Kaniula tracheotomiczna i inwalidność—221. Karlsbadzka kuracja w do-
mu—132. Kartofiami zatrucie—171. Kasy lekarskie—48, 1³⁴, 172. Kłosa wę-
drówka—322. Kobiety w medycynie—443. Kolonie letnie w Solcu— 112—w Ło-
dzi—443. Kołtun—74. Kończyny sztuczne—133. Krtani płókania—1; — cierpie-
nia przy ciąży—164. Krynica—397, 432. Krwawienia tamowanie—132. Krwo-
toki wewnętrzne—132. Kuchnia dla chorych—483.

Lecznicy typ nowy—469. Lekarz jako biegły—12, 61, 102. Lekarze do-
mowi—220—prowinjonalni—276. Łaknienia uczucie—134. Łódzka rada dobro-
czynności—442. Łódzkie kolonie letnie—433.

Macicy pęknięcie—162, 252. Macicy zbroczeń leczenie—316. — wycicie—299. Materace z korka palonego—170. Mechaniczno-terapeutyczne instytuty—354, 403. Mięsa trawienie—201. Mięśnio-włókniak ścian brzusznych—395y. Mleko—94, 182. Mleko i bakterje—135. Moczówka cukrowa pourazowa—37. Moczwo badanie—245. Mózgu zapalenie—29; — guz—115. Mycosis fungoides—160. Mydło szare—133. Myocarditis traumatica—357. Myśli i aforyzmy o etyce—48.

Nakłócie próbne—171. Natrium jodatum—362. Nephritis traumatica—35. Nerki guz—302. Nerwica urazowa—396. Neurasteników pielęgnowanie—359. Niedokrewność i bóle—357. „Nowiny lekarskie“—46. Nutritio extrabuccalis—480.

Octową essencją otrucie—74. Odurzenie chloroformowe—201. Ołowiem zatrucie—361. Omphalocele—303. Ophtalmoplegia—161. Ospa—201. Ospy szczepienie—417. Osłepnięcie po wzruszeniu—222. Otrzewnej zap. przewlekłe—166.

Pamiętnik jubileuszowy—205. Peritonitis—361. Pęknięcie macicy—252. Pielęgnowanie chorych w obec samogwałtu—129. — neurasteników—359. Plamica Werlhoffa—170. Płonica przyrzanna—89. Pokarmu przyjmowanie — 132, 358. Polimyositis acuta—32. Polemika—32, 409. Położniczy przytułek—322, 374. Pomoc lekarska w gub. Płockiej—409. Porażenie opuszkowe—429. Porażenie połowiczne — 28. Pomoc lekarska—46, 203, 204, 204, 482. Porażenie mięśni ocznych—255. Pośmiertne wspomnienia—202, 203, 311, 312, 313. Póty nocne—133. Pracy wartość lecznicza—358. Pragnienia uczucie—134. Praktyka wśród ludu—233. Produkty spożywcze w Łodzi—94, 182. Promienica—177. Promienie światła w lecznictwie—43. Protargol—429. Przepuklina pępkowa—304. Przepuklin wprawianie pod eterem—201. Przetoka pęcherzowa—119. Przytulki położnicze—203. Psychoterapia bólu—222. Pyopneumothorax—116, 319.

Rak szyjki i trzonu—165. Rak po urazie—361. Ramieniowego splotu porażenie—396. Robaczkowy wyrostek—115, 116. Rogówki wrzody—170, 447. Ropień pozagąlkowy—114. Róża—133. Rwa kulszowa i niezdolność do pracy—195.

Salipyrina—362. Salol przy ospie—201. Sączenie się płynu po nakłóciu—133. Schronisko leczniczo-wychowawcze—359. Siostry miłosierdzia jubileusz—430. Spirytus mydlany—30. Sprawozdanie z przytulku położniczego—322, 374. Skrzywienie palców—256. Statystyka sanitarna—273. Stowarzyszenie dostarczania pielęgnarek—166. Strzykawki—362. Suchot płucnych objawy—53. Syfilityczne oddziały—407. Sytości uczucie—134. Szczepienie ospy—417. Szpital w Hły—77, 203, — wegetarjański—133, w Lublinie—408, wogóle 408, prowincjonalne—444. Szpital fabryczny w Żyrardowie—26. Szpitale (wizyty) — 34. Szpitalnictwo w gub. Radomsk.—21, 65, 107, 187, 216, 288, 338, 376. Szpitalne sprawy—282. Śmiertelność od raka—201. Światła promienie w lecznictwie—43, 361.

Tkanki łącznej pozagąlkowej zapalenie—153. Termoterapia—470. Torbiele jajnika—28, 305. Towarzystwo lekarskie kaliskie—27, 73, 194, 427. Towarzystwo lekarskie Łódzkie—30, 74, 119, 161, 191, 219, 395, 395, 429, 464. Tranu smak—301. Trądzik—301. Trojaczkami poród—58. Tyfus brzuszny—422.

Ubezpieczenie robotników—131, 473. Uczniów izolacji terminy — 78. Uraz a choroby kobiece—120, — a nowotwór—231. Uzdrowisko dla nerwowych—133.

Walka z chorobami—458. Wągr gałki ocznej—116, 219, 301. Wątroby marskość—163. Wilka leczenie—44. Wlewania podskórne—202, 481. Władzy lekarza granice—292, 335, 369. Włókniak macicy—73, 430. Wodolecznictwo przy neurastenji—37, — w tyfusie—442. Wodonercze—307. Wodowstręt—117. Wrzody goleni—170. Wrzody rogówki—171. Wsierdzia zapalenie ostre—427. Wykłady o chorobach zakaźnych—77, 223. Wysok—171. Wystawa przyrodniczo-lekarska—172.

Zakłady dla niezamożnych nerwowych—156. Zakrzep żył—171. Zanogica—201. Zaparcie u dzieci—352. Zator aorty brzusznej—49. Zatrucie kartoflami—171. Zawodowej władzy granice—292, 325, 369, 419. Zebrania lekar-

skie w Kutnie i Łęczycy—114. Zdrowia domy—354, 403. Zjazd IX lekarzy i przyrodników—79, 207, 230, 308, 343, 384. Zjazd w sprawach zawodowych—438, 477. Zniekształcenia wrodzone—300. Znieczulanie rdzeniowe—455. Zebracy i włóczędzy—360. Żołądkowego soku nadkwaśność—170. Żyłki i nieszczęśliwe przypadki—36. Żył zakrzep—171.

Skorowidz autorów.

Arstein F.—137, 223. As.—402, 471. Bäumlér—442. Berenstein M.—209, 283. Biegański W.—222. Bus—354, 403. Buttersack—358. Dettermann—37. Dornblüth—339. Drecki F.—417. Ebstein—37. Eher—175. Fidler H.—21, 65, 107, 137, 216, 288, 368, 379. Finsen—43. Flatau E.—241. G.—285. Gad—99. Goldscheider—127. Grodecki F.—458. Heryng T.—1. K. J.—76. Kędziński A.—323. Klaner S.—260. Koliński—447. Kossobudzki S.—214, 286. Lentz—357. Leyden—127. Markwald—357. Mendelsohn—45. N. G.—168. N. S.—221. Nägeli—440. Oppenheim—222. Pełczyński—202. Perlis I.—89. Pocsobut J.—49. R.—34. Rohieder—129. Ronthaler S.—397, 432. Rosenthal J.—32. Rosenthal H.—322, 285. Rząd A.—177. S.—434, 464, 472. Sachs J.—58, 322, 376. Sarason—44. Schotmüller—358. Schwarze—120. Schroeter P.—319. Schüle—358. Serkowski S.—94, 182. Sikorski L.—Dodatek. Skłodowski J.—241. Skusiewicz F.—245. Sonnenberg E.—292, 269, 325, 419. Stankiewicz Cz.—243, 315, 455. Sterling S.—53, 258. Dodatek. Stern—30. Straus—167. Świątecki J.—273, 364, 411. Thiem—163, 221, 479. Tokarski Z.—26. Troczewski A.—153, 276. Tugendhold T.—Dodatek. Tumpowski A.—156, 255. Wagner—36. Warman M.—12, 61, 102. Zimmer—361.

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.

Доз. Ценз. г. Лодзь, 2 Декабря 1900. г. Друк А. Карского, Новы Рынек 11.

Spis rzeczy.



I. Medycyna praktyczna.

	Str.
Arnstein F. (Ciechocinek). Ciechocinek pod względem higieniczno-sanitarnym, oraz Ciechocinek w sezonie 1899 r.	137
Flatau E. i Skłodowski J. (Warszawa). Przypadek bezładu połowiczego na skutek urazu (wstrząsu rdzenia).	241
Heryng T. (Warszawa). O wartości leczniczej płókań gardzieli i krtani	1
Kędziński A. (Serock). Euchinina w kokluszu	323
Koliński J. (Łódź). W sprawie leczenia owrzodzeń rogówki, a szczególnie wrzodu pełzającego.	447
Kossobudzki S. (Warszawa). Przyczynek do kazuistyki ginekologicznej str. 214,	89 286
Perlis I. (Łódź). O płonicy przyrannej	
Poczobut J. (Łuck). Zator aorty brzusznej	49
Rosenthal J. (Warszawa). Kilka słów z powodu artykułu artykułu d-ra C. Stankiewicza	32
Rutkowski L. (Płońsk). Wędrowka kłosa z oskrzeli nazewnątrz przez ścianę klatki piersiowej	322
Rząd A. (Łódź). Dwa przypadki promienicy	177
Sachs J. (Łódź). Trzy przypadki porodu trojaczkami	59
Schroeter P. (Pabianice). Przypadek Pyopneumothoracis traumatici. Leczenie bez operacji. Wyzdrowienie	253
Skusiewicz F. (Łódź). Ułatwienie praktyczne przy badaniach moczu	245
Stankiewicz Cz. (Łódź). Pęknięcie macicy podczas porodu. Płód i łożysko w jamie otrzewnej. Cięcie brzuszne. Wyzdrowienie	253

Stankiewicz Cz. O leczeniu zbroczeń macicy ku tyłowi zapomocą skrótowania wewnątrztrzewnowego więzów okrągłych	315
— O znieczuleniu rdzeniowem w ginekologii i położnictwie	456
Sterling S. (Łódź). O wczesnych objawach przewlekłych suchot płucnych	53
Świątecki J. (Wilno). Przyczynki do kazuistyki złamań czaszki str. 364,	411
Troczewski A. (Kutno). Przypadek zapalenia tkanki łącznej pozagąłkowej i okołoszczękowej, z następnym ropniem mózgu po wyjęciu zęba zepsutego	153
Tumpowski A. Zakłady lecznicze dla niezamożnych chorych nerwowych	156
— Przypadek jednostronnego porażenia wewnętrznych mięśni ocznych (ophtalmoplegia int.) pochodzenia urazowego	255

II. Hygjena.

Berenstein M. (Łódź). Przyczynek do sprawy rozpozszeczenia chorób ocznych w fabrykach przemysłu włóknistego w Łodzi . . . str. 209,	283
Drecki F. Dane o szczepieniu ospy w powiecie kaliskim w roku 1899	417
Grodecki Fr. (Preny). Jak się prowadzi walka z chorobami nagminnymi na prowincji.	454
Klarner S. (Bełżyce). Przyczynek do higieny mieszkań małomiasteczkowych	260
Rontaler S. (Łódź). Wrażenia z Krynicy . . . str. 397,	432
Rutkowski L. (Płońsk). Stan fizyczny Mazurów z okolic Płońska	265
Serkowski S. (Łódź). O produktach spożywczych w Łodzi. I. Mleko str. 94,	182
S. Ubezpieczenia robotników w Niemczech, od następstw choroby, wypadku i niedoleństwa . . . str. 434,	472
Sterling S. (Łódź). Wrodzone skrzywienie małego palca u rąk ludności pracującej fizycznie	258
Świątecki J. (Wilno). Nieco statystyki sanitarnej z budowy kolei Zaniemeńskiej	273

III. Sprawy zawodowe.

A z. W kwestji felcezerów	402, 471
Biegański W. (Częstochowa). Kilka uwag o praktyce lekarskiej wśród ludu naszego	233
J. K. W sprawie farmaceutów	76
Lidmanowski K. (Zagórowo). W kwestji felcezerów	471
N. G. Stowarzyszenie w celu dostarczania pielęgnarek	166
S. N. Lekarze domowi	221
Sonnenberg E. (Łódź). Granice władzy zawodowej lekarza ze stanowiska prawa i etyki	292, 325, 369, 419
Troczewski A. (Kutno). W sprawie lekarzy prowincjonalnych słów kilka	276
Warman M. (Radom). Lekarz jako biegły wobec pewnych zdarzeń nieszczęśliwych przy pracy	str. 12, 61, 102

IV. Towarzystwa lekarskie. Zjazdy. Wystawy.

IX Zjazd lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie w Lipcu 1900 roku	str. 308, 343, 384
Towarzystwo Lekarskie Kaliskie	str. 27, 73, 194, 427
Towarzystwo Lekarskie Łódzkie	str. 30, 74, 119, 161, 191, 219, 289, 395, 429, 464
Towarzystwo lekarskie Mińskie	468
Zebrania Lekarskie w Kutnie i Łęczycy w r. 1909	114

V. Szpitale i szpitalnictwo.

Fidler H. (Radom). Szpitalnictwo w gubernji Radomskiej	21, 65, 107, 137, 216, 288, 338, 379
G. W sprawach szpitalnych — uwag trzy	282
R. Wizyty w szpitalach	34
Rosenthal H. (Łódź). Tyfus brzuszny w szpitalu małż. Poznańskich w Łodzi w latach: 1897, 1898, 1899	422

S. Nowy typ lecznicy ludowej	463
Sachs J. (Łódź). Sprawozdanie z Przytułku położniczego przy szpitalu małż. Poznańskich za lata 1897, 1898, 1899 ste. 332,	376
Tokarski Z. Sprawozdanie z działalności szpitala fabrycznego w Żyrardowie za r. 1898	26

VI. Referaty.

Buss. Znaczenie domów zdrowia dla sprawy orzekania następstw wynikłych z nieszczęśliwych wypadków (referował Fr. Grodecki)	403, 354
Cukier w moczu włóczęgów	360
Ebstein. Do sprawy pourazowej moczówki cukrowej	37
Ehret. Przyczynę do oceny stopnia niezdolności do pracy przy rwie kulszowej (referował A. Tumpowski)	195
Garcin. Rozerwanie aorty wskutek nieszczęśliwego zdarzenia	478
Lentz. Orzeczenie o przypadku Myocarditis traumaticae et Pericardicis adhaesivae	357
Markwald. Bóle z niedokrewności	357
Nägeli. Częstość, umiejscowienie i wyleczenie gruźlicy	440
O żebrakach i włóczęgach wielkomijskich	360
Oślepienie z powodu wzruszenia moralnego	222
Schottmüller. Epityphlitis traumatica	358
Schwarze. Uraz a choroby kobiece (refer. Fr. Grodecki)	120
Stern R. Nephritis traumatica	35
Straus. Cukromocz pokarmowy, jako objaw rozpoznawczy nerwicy urazowej (referował A. Tumpowski)	167
Thiem. O przewlekłym zapaleniu otrzewnej i o zrostach po zgnieceniu brzucha	161
— Czy w pojęciu prawnem noszący kaniulę trecheoniczną jest inwalidą (referował F. Gr.)	28
237	
W sprawie górników	
Wagner. O stosunku zylaków do nieszczęśliwych wypadków (referował A. Landau)	36
Zimmer. Schronisko leczniczo wychowawcze	361
I Zjazd międzynarodowy poświęcony sprawom zawodu lekar- skiego i deontologii	477, 438

Bäumler. Wodolecznictwo w tyfusie	442
Buttersack. O leczniczej wartości pracy (referował A. T.)	358
Determann. O działaniu i stosowaniu wodolecznictwa przy neurastenji (referował A. Tumpowski)	37
Dornblüth. W sprawie pielęgnowania neurasteników (re- ferował A. T.)	359
Finsen. O stosowaniu skoncentrowanych chemicznych promieni światła (referował J. Birenweig)	43
Gad. Ćwiczenie jako czynnik leczniczy (referował A. Tum- powski)	199
Leopacher. Wlewania podskórne w praktyce chirurgi- cznej	481
Leyden i Goldscheider. O gimnastyce mięśniowej w kąpieli (referował A. Tumpowski)	127
Leube. Nutritio extrabuccalis	480
Mendelsohn. Zadania hypurgji przy wykrztuszaniu	45
Oppenheim. Przyczynek do psychoterapii bólu	222
Rohleder. Zadania pielęgnowania chorych w obec samo- gwałtu (referował J. Birenweig)	129
Sarason. O leczeniu wilka metodą Finsena (referował J. Birenweig)	44
Schüle. O przyjmowaniu pokarmów przez chorych (refero- wał A. T.)	358
Thiem. Termoterapja przy leczeniu nieszczęśliwych wy- padków	479

VII. Wiadomości drobne.

131, 170, 201, 361.

VIII. Kronika.

46, 77, 134, 172, 202, 311, 406, 442, 481

IX. Wspomnienia pośmiertne.

Ś. p. Karol Adamski. (napisał J. Pełczyński)	202
Ś. p. Władysław Messyng. (napisał K.)	203
Ś. p. Tadeusz Pawłowicz.	311

Ś. p. Franciszek Sroczyński. (napisał K.)	202
Ś. p. Józef Stanisławski	313
Ś. p. Konstanty Stecki	313
B. p. Mikołaj Warmann	312
Ś. p. Czesław Wroczyński	313

X. Krytyka i bibliografia.

Biegański W. Myśli i aforyzmy o etyce lekarskiej (ocenił S.)	48
-- Wykłady o chorobach zakaźnych ostrych. T. I. (Ocenił F. Arnstein).	223
Męczkowski W. O szpitalach prowincjonalnych (ocenił S)	445
Pamiętnik jubileuszowy ku uczczeniu Prof. Edwarda Sas-Korczyńskiego (ocenił S.)	205
Serkowski S. Mleko i bakterje (ocenił S. Sg.)	135

Sposoby przepisywania leków in praxi pauperum.
Stronic 96.

