
Czasopismo Lekarskie

O postępowaniu lekarskiem przy uszkodzeniach fabrycznych.

Przez D-ra Józefa Brzezińskiego (Zawiercie) ¹⁾.

I.

Medycyna uszkodzeń fabrycznych (nazwałbym ją urazownictwem zawodowym) należy do najnowszych gałęzi medycyny praktycznej, bo ściśle jest związana z przemysłem fabrycznym, który dopiero w drugiej połowie zeszłego stulecia rozrósł się do olbrzymich rozmiarów i przerabia w swych maszynach nie tylko najrozmaitsze produkty, ale również i stosunki międzyludzkie. Nie znajdzie się pewno ani jedna dziedzina życia społecznego, której by nie dotknęła jego żywiołowa siła, z całą bezwzględnością podporządkująca wszystko swoim interesom. Jeden tylko duch ludzki, w najszczytniejszym znaczeniu tego wyrazu, a więc jako byt, wiecznie dążący do prawdy i piękna, pozostał nietkniętym w tej ogólnej przeróbce. I dla tego, chociaż medycyna praktyczna, jako mająca ścisły związek ze stosunkami międzyludzkimi, uległa pewnym zmianom, nie mogła w niczem się zmienić medycyna teoretyczna, która ma zawsze jednakowe zadania i cele.

Urazownictwo zawodowe zyskuje sobie coraz więcej praw obywatelstwa, jako samodzielna gałąź medycyny praktycznej. W Pradze istnieje już podobno specjalna katedra tego przedmiotu; w Berlinie zawiązało się przed kilku laty towarzystwo lekarzy, wyłącznie zajmujące się wypadkami nieszczęśliwymi; wreszcie, wychodzą w języku niemieckim z specjalne pisma lekarskie, a mianowicie: Monatschrift i Archiv für Unfallheilkunde, prócz znacznej ilości monografii i podręczników, traktujących o powyższym przedmiocie. W najnowszych więc dziejach medycyny znajdujemy dość znamienych objawów, nadających urazownictwu zawodowemu charakter oddzielnej specjalności lekarskiej. W wyodrębnianiu tej gałęzi medycyny najważniejszą rolę odgrywa duża ilość specjalnych wymagań, jakie sprawa uszkodzeń fabrycznych stawia lekarzowi praktycznemu, który bez odpowiedniego przygotowania nie mógł by tym wymaganiom odpowiedzieć. Jednak wyodrębnienie tej specjalności dało by się uzasadnić teoretycznie.

¹⁾ Część odczytu wypowiedzianego na posiedzeniu Tow. lek. Częstochowskiego w d. 17. V. 02.

Każda specjalność, jak wiemy, musi posiadać odrębne metody badania i leczenia; bez tego niema specjalności. Otóż te cechy posiada także urazownictwo zawodowe.

Lekarz, badając robotnika, który uległ wypadkowi, musi nie tylko podług ogólnych zasad dyagnostyki określić stopień uszkodzenia danego organu lub tkanki, lecz: 1^o musi liczyć się z możliwością symulacji i przesadzenia,—obowiązany więc jest zapoznać się z licznymi dziś metodami demaskowania symulantów; 2^o musi określić także z możliwą dokładnością stopień utraconej zdolności zarobkowej—obowiązany więc jest w ogólnych zarysach zapoznać się z rodzajem zajęcia poszkodowanego, a nawet z odnośnem prawodawstwem. Leczenie uszkodzeń zawodowych jest dążeniem do restitutionem ad integrum narządów i ich funkcji, które są konieczne potrzebne przy wykonywaniu pewnej pracy zawodowej. W tym celu musi się często uciekać do pomocy mechanoterapii z całym jej arsenalem rozmaitych maszyn, tej nowej gałęzi lecznictwa, która w ostatnich czasach dzięki właśnie potrzebom przemysłu doszła do znacznego rozwoju i udoskonalenia.

Zagranicą istnieje dziś bardzo dużo zakładów mechanoterapeutycznych, z których wiele zajmuje się wyłącznie leczeniem skutków urazów fabrycznych. U nas, o ile wiem, jest tylko jeden zakład mechanoterapeutyczny D-ra Skowrońskiego w Warszawie, gdzie prawdopodobnie leczą się przeważnie zbroczenia pochorobowe, a bardzo rzadko pourazowe, bo nasze stosunki przemysłowe jeszcze w tym kierunku swych potrzeb nie wyraziły. *)

Urazownictwo zawodowe tem się jeszcze różni od innych działów medycyny praktycznej, że zachodzi tu nieco odmienny stosunek między chorym i lekarzem. Lekarz jest tu jednocześnie rzeczoznawcą, chory zaś widzi w nim nie tylko tego, który ma przywrócić mu zdrowie, lecz także tego, od którego opinii zależy jego byt materialny. Stosunek taki nie powtarza się w żadnym innym dziale medycyny i wytwarza często bardzo trudne do rozwiązania kwestye, o których poniżej będzie mowa; wymaga więc od lekarza rozwagi, zupełnej bezstronności i szerokiego doświadczenia życiowego.

Już ten stosunek lekarza do chorego w połączeniu z odmiennością metod badania i leczenia wystarczyłyby w zupełności do wyodrębnienia urazownictwa zawodowego, jako osobnej specjalności lekarskiej. Jest jednakże jeszcze jedna okoliczność, która w tym względzie nie jest bez znaczenia. Każda specjalność lekarska oprócz właściwych sobie zadań praktycznych posiada pewien zakres zagadnień teoretycznych, których rozwiązanie staje się dobrikiem ogólnej medycyny, lecz może być dokonane tylko przez specjalistów dzięki opanowaniu przez nich pewnych metod badania. Mają dużo takich zagadnień chirurgia, okulistyka i inne spe-

*) To samo powiedzieć trzeba o zakładzie D-ra Steinberga w Łodzi. (Przyp. Red.).

cyalności; urazownictwo zawodowe posiada takie jedno zagadnienie, a jest niem znaczenie urazu, jako momentu etyologicznego rozmaitych chorób.

Doniedawna kwestya ta była niemożliwą do rozwiązania, gdyż, naprzód, uraz od wybuchu choroby często oddziela znaczny okres czasu, podczas którego uraz albo się zupełnie zaciera w pamięci chorego, albo nabiera niebываłych rozmiarów; powtóre — trudno było przekonać się, czy nie podziałała tu jeszcze jaka inna przyczyna przed lub po urazie. Dzisiaj badanie w tym kierunku jest znacznie ułatwione: każdy wypadek fabryczny jest natychmiast szczegółowo opisany, poszkodowany jest zaraz badany przez lekarza i często pozostaje długo w jego obserwacji, jeżeli jakakolwiek wątpliwość tego wymaga.

Dzięki temu namnożyło się w ostatnich czasach wiele obserwacji, które rzucają dużo światła na stosunek urazu do gruźlicy, moczówki cukrowej, padaczki, syryngomyelii, nowotworów i wielu innych.

Jeszcze niedawno z uśmiechem pobłażania słuchaliśmy opowiadań pacjenta z ludu, który zwykł wiele swych cierpień składać na karb urazu, dziś w takich razach zachowujemy się z całą oględnością, chociaż daleko jeszcze do rozstrzygnięcia tego zagadnienia.

W końcu zaznaczę tu, że nie przypuszczam, aby kiedykolwiek wyodrębienie urazownictwa zawodowego szło tak daleko, że potrzebni by byli lekarze-specjaliści, gdyż lekarz, zajmujący się specjalnie wypadkami fabrycznymi musiałby być jednocześnie chirurgiem, neuropatologiem, okulistą i t. d. Twierdzą tylko, że urazownictwo zawodowe rozwijać się będzie jako osobna gałąź umiejętności lekarskiej, z którą zapoznać się będzie musiał każdy chirurg czy okulista, jeśli swą działalnością praktyczną wkracza w sferę przemysłową.

Jak już wyżej wspomniałem, sprawa wypadków fabrycznych jest zagranicą wielostronnie opracowywana przez liczne grono lekarzy, u nas zaś na tym polu nic jeszcze nie zrobiono.

Z powodu tych okoliczności lekarze nie tylko fabryczni, ale także szpitalni, miejscy i powiatowi są bardzo często powoływani do wyrzeczenia swej opinii w sprawie odszkodowania robotników i tym sposobem są poniekąd zmuszani do zapoznania się z urazownictwem zawodowym. Aktualność kwestyi, o której mówię, szczególnie dla lekarzy zamieszkałych w przemysłowych dzielnicach naszego kraju, nasuwała myśl podzielenia się z Szan. kolegami niektórymi uwagami ogólnymi, które każdemu nasuwać się muszą, gdy przystępuje do wypadku fabrycznego jako lekarz lub rzeczoznawca.

II.

W mniej lub więcej krótkim czasie po wypadku poszkodowany dostaje się w ręce lekarza, gdzie już pozostaje zwykle aż do zupełnego wyleczenia. Przez cały ten okres czasu lekarz ma do rozwiązania oprócz nieraz bardzo trudnych kwestyi leczniczych

także i wiele spraw luźno związanych z medycyną, wymagających dokładnej znajomości zasad traumatologii zawodowej, jakoteż rozległego doświadczenia lekarskiego i życiowego.

Uszkodzenia w wypadkach nieszczęśliwych są bardzo rozmaite i mogą należeć do wszystkich działów medycyny. Lwia część, ma się rozumieć, przypada w udziale chirurgii, nie brakuje ich okulistyce, ale zdarzają się i takie, które do innych specjalności należą.

Do chorób nerwowych zaliczają się przypadki wstrząsu moralnego bez uszkodzenia fizycznego; do chorób wewnętrznych należą uszkodzenia narządów wewnętrznych, które już poprzednio były chore, lub stały się chorymi w następstwie urazu; są wreszcie takie, które należą do ginekologii, jako to: poronienia wskutek urazu, dyslokacja macicy i inne.

W rozpoznawaniu uszkodzenia i jego rozmiarów kierujemy się zwykle ogólnymi zasadami dyagnostyki tego działu medycyny, do jakiego uszkodzenie należy; nie będę się więc nad tym przedmiotem zastanawiał. Zrobię tylko uwagę, że bardzo ważnem, a czasami koniecznem, jest obejrzeć miejsce wypadku i sprawdzić wielkość siły, z jaką działał uraz. Szczególnie jest to koniecznem w przypadkach uszkodzenia narządów wewnętrznych, gdzie badanie wkrótce po wypadku najczęściej daje bardzo mało danych, a dokładna znajomość siły, z jaką działał uraz, może dużo światła rzucić na stopień uszkodzenia narządu, którego wytrzymałość na uraz możemy sobie poniekąd wyobrazić. W jednym przypadku rozpoznałem pęknięcie kiszki wskutek kontuzji brzucha tylko na zasadzie olbrzymiej siły uderzenia, bo w ciągu kilku pierwszych godzin po wypadku nie było żadnych danych, uprawniających takie rozpoznanie.

Najtrudniejsze pod względem rozpoznawczym są te przypadki, w których należy wyjaśnić stosunek urazu do chorób wewnętrznych. Kwestya ta, jak już wspomniałem, nie jest jeszcze teoretycznie rozwikłana, dla tego rzadko w tych przypadkach dojść możemy do pewnych rezultatów. Najczęściej ograniczyć się musimy na większem lub mniejszem prawdopodobieństwie, opierając się na analogii podobnych przypadków, znanych z literatury lub własnej obserwacji.

Do tej kategorii należą też przypadki nagłej śmierci podczas pracy, spowodowane apopleksją lub paralizem serca; nadmierny wysiłek lub inne momenty pracy mogą tu wywrzeć wpływ dość znaczny i właśnie wyjaśnienie tego wpływu należy do trudnych zadań rzeczoznawcy.

Już w pierwszych chwilach po wypadku lekarz musi wytworzyć sobie mniej lub więcej dokładne pojęcie o przebiegu gojenia się uszkodzenia i o jego możliwych następstwach, gdyż tego wymaga strona formalna sprawy: w doniesieniach do inspekcji fabrycznej, jako też w świadectwach dla towarzystw ubezpieczeniowych, lekarz zamieszcza nie tylko opis uszkodzenia, ale także swoje zdanie o możliwych jego następstwach, a nawet o długotrwałości

leczenia. W sprawie rokowania ma lekarz do rostrzygnięcia jeszcze jedno pytanie. Podług przepisów inspekcji fabrycznej doniesieniu podlegają wszystkie wypadki, których następstwem może być śmierć, kalectwo, lub niemożność pracy w ciągu 3 dni i dłużej. Otóż, niektóre fabryki pozostawiają swojemu lekarzowi rostrzygnięcie pytania, czy o danym wypadku donieść lub nie. Przy rozważaniu tego pytania trzeba mieć na uwadze, że niezawiadomienie o wypadku, który się podług przepisów do tego kwalifikował, może narazić fabrykę na niemałe nieprzyjemności, donoszenie zaś o każdym najbłahszym wypadku pomnaża niepotrzebnie i tak już dość rozległą pisaninę.

Leczenie uszkodzeń fabrycznych opiera się na ogólnych zasadach terapii, z tą tylko różnicą, że tu kładziemy większy nacisk na przywrócenie tych funkcji, które są niezbędne przy wykonywaniu pracy zawodowej. Kończymy więc leczenie nie wtedy, kiedy uszkodzenie zostało zabliznione, lecz kiedy wszystko już zostało zrobione dla odzyskania utraconej funkcji. To zaś odzyskiwanie funkcji w większości wypadków dokonywa się za pomocą mechanoterapii, która, jak już powiedziałem, odgrywa w Niemczech dużą rolę w leczeniu uszkodzeń fabrycznych, u nas zaś prawie żadnej. Kończymy zwykle leczenie na zabliznieniu uszkodzenia i przystępujemy już do określenia stopnia niezdolności zarobkowej. Dzieje się tak dla dwóch przyczyn: 1) nie mamy pod ręką wykwalifikowanych masażyistów i maszyn niezbędnych do leczenia mechanicznego; 2) są okoliczności, które wpływają na przyspieszenie wypłacenia odszkodowania. Okoliczności te zależą od niedostatecznego uregulowania stosunków fabrykanta do poszkodowanego. Większość fabryk nie przyjmuje z powrotem do pracy tych robotników, którzy z powodu wypadku ulegli kalectwu i otrzymali odszkodowanie od towarzystwa ubezpieczeniowego, nawet w razie bagatelnego kalectwa; w interesie więc poszkodowanego leży jak najszybsze otrzymanie odszkodowania, by mógł na innej drodze ustalić sobie byt materialny, ponieważ wsparcie, jakie podczas kuracji otrzymuje, na najniezbędniejsze potrzeby wystarczyć nie może. Okoliczność ta nie może być bez wpływu na postępowanie lekarza.

Oczywiście na takim stanie rzeczy tracą tylko towarzystwa asekuracyjne. Poszkodowany otrzymuje większe wynagrodzenie, niż by dostał po ukończonem leczeniu, gdy tymczasem większość przypadków zeszytwnień i przykurczeń, a o nich tu przedewszystkiem mowa, ulegają z czasem z powodu pracy znacznemu wyrównaniu bez specjalnego leczenia. Związki zawodowe niemieckie nie dla celów humanitarnych utrzymują własnym kosztem kilkanaście zakładów mechanoterapeutycznych, lecz robią to dla własnego i dobrze zrozumianego interesu.

Koszta leczenia ponosi fabryka, jak tego zresztą wymagają przepisy prawodawcze. W wyjątkowych jednak przypadkach, wymagających specjalnego leczenia lub badania, towarzystwo asekuracyjne ma prawo poddać poszkodowanego badaniu specjalisty

lub umieścić go na swój koszt w specjalnym zakładzie. Lekarze fabryczni powinni popierać myśl o szerszym udziale towarzystw ubezpieczeniowych w leczeniu poszkodowanych, ponieważ w tym wypadku interes towarzystwa i dobro chorego przedziwnie harmonizują.

Leczenie uszkodzeń fabrycznych może czasem nasunąć lekarzowi takie wątpliwości, które się nigdy nie spotykają przy leczeniu innych chorób. Chcę tu mówić o oporze lub przeciwdziałaniu zaleceniom lekarza ze strony poszkodowanego, w celach zysku. Wprawdzie, wypadki takie zdarzają się niezmiernie rzadko, ja przynajmniej nie miałem jeszcze takiego zdarzenia, ale zdarzyć się mogą i należy być na to przygotowanym. Wiekami urobiony stosunek lekarza do chorego wymaga, aby chory współdziałał lekarzowi w zwalczaniu choroby. Jest to wymaganie tak proste i zrozumiałe, że z wyjątkiem tych wypadków, gdzie mamy do czynienia z istotami nierozumnymi (dzieci, psychopaci), wszędzie i zawsze obowiązywać powinno. A więc i w leczeniu wypadków nieszczęśliwych musimy wymagać współdziałania ze strony poszkodowanego. Jeżeli zaś tego współdziałania nie widzimy, jeżeli poszkodowany nie zgadza się na opatrunki, oczyszczanie rany i inne nawet bolesne zabiegi, albo nie chce zapisać się do szpitala, gdy tego wymaga rodzaj leczenia, to lekarz ma najzupełniejsze prawo wydać opinią, która poszkodowanemu przyznaje takie wynagrodzenie, jakie by otrzymał przy najlepszym wyniku odpowiedniego leczenia.

Są jednak granice naszych wymagań. Poszkodowany ma prawo niezgodzić się na proponowaną mu operację i z tego powodu nie możemy wpływać na zmniejszenie wynagrodzenia, chociażby operacja mogła znacznie zmniejszyć niezdolność zarobkową. Wynika to z humanitarnej i powszechnie przyjętej zasady, według której każda jednostka ma zupełne prawo rozporządzać swoim zdrowiem. Nie możemy więc wkraczać w nietykalne prawo jednostki ze względu na interes finansowy jakiegoś towarzystwa tem bardziej, że nigdy, nawet w razie bagatelnej operacji, nie możemy zupełnie zapewnić chorego, że wszystko pójdzie pomyślnie.

Po zupełnem ukończeniu leczenia przystępujemy do rozwiązania pytania, jak wpłynął uraz na zdolność zarobkową, i tutaj często napotykaemy trudności ze strony poszkodowanego, polegające na symulacji i przesadzaniu.

Jak często wogóle spotykają się fakty symulacji, bardzo trudno powiedzieć coś pewnego. Różni autorzy przytaczają tak różne odsetki (od 5% do 33%), że widocznie największą w tym względzie rolę odgrywa indywidualność lekarza: jeden jest skłonny widzieć symulanta wszędzie, gdzie nie znalazł dostatecznych zmian obiektywnych, drugi jest może zbyt optymistycznie usposobiony względem ludzkiej uczciwości. W każdym razie fakty symulacji zdarzają się niewątpliwie i o tem trzeba zawsze pamiętać przy

określaniu niezdolności zarobkowej. Zdaje mi się, że u nas jest mniej symulantów niż zagranicą; w ciągu 5 lat ostatnich obserwowałem do 500 wypadków nieszczęśliwych i z tych przypominam sobie tylko 4 przypadki niewątpliwie stwierdzonej symulacji. Nie umiem powiedzieć, czy fakt ten objaśnić większą uczciwością naszych robotników, czy też mniejszą ich znajomością przepisów prawnych i objawów chorobowych.

Zwykłą pobudką symulacji jest chęć zysku, należy jednak różnić różne stopnie zepsucia moralnego symulantów. Są tacy, dla których wypadek nieszczęśliwy staje się punktem wyjścia do nieraz bardzo wyrafinowanych kombinacji, mających na celu zrobienie dobrego interesu. Ci spekulanci własnego zdrowia potrafią kilkakrotnie powiększyć rzeczywisty objaw chorobowy lub nawet odtworzyć cały obraz jakiejś choroby. Do drugiej grupy należą symulanci do pewnego stopnia nieświadomi. Poszkodowany od chwili wypadku aż do otrzymania wynagrodzenia znajduje się często w takich warunkach, które niejednego zdolne są wyprowadzić z równowagi nerwowej.

Na umysł, oszołomiony już grozą wypadku, działają tu: obawa o zdrowie i możliwość zarobkowania, poczucie doznanej krzywdy, jaką jest dla robotnika każde uszkodzenie, poniesione przy pracy dla cudzego dobra, dalej—nadzieja wynagrodzenia i nieogłędne zaprzeczanie istotnych objawów chorobowych przez lekarza lub funkcjonariusza towarzystwa asekuracyjnego. Wszystko to może wprowadzić poszkodowanego w taki stan zdenerwowania, że nieznaczące objawy łatwo nabierają w jego umyśle mocniejszego zabarwienia i dążność do przesady rozwija się prawie nieświadomie. Stan taki przy większym natężeniu objawów wkracza już w zakres nerwic pourazowych. Nie należy także zapominać o właściwym każdemu, a szczególnie mało krytycznemu człowiekowi, dążeniu do przesadnego odtwarzania raz doznanych wrażeń.

Pomiędzy pierwszą a drugą grupą symulantów znajdują się liczne grupy przejściowe, które też najczęściej w praktyce się spotykają; symulant, który zupełnie świadomie oszukuje, spotyka się stosunkowo rzadko. Mówiąc o przyczynach symulacji nie mogę pominąć jeszcze jednej okoliczności, która w tej sprawie odgrywa często dużą rolę i polega na wmieszaniu się pomiędzy strony zainteresowane osoby trzeciej. Tą trzecią osobą najczęściej bywa pokątny doradzca, były pracownik fabryczny lub kolejowy, który już kiedyś wyprocesował dla siebie wynagrodzenie za wypadek nieszczęśliwy, uchwycił przytem pewną sumę potrzebnych wiadomości i obecnie robi sobie korzystny proceder z namawiania innych do pieniactwa i dawania im odpowiednich wskazówek. Tacy procederzyści znajdują się w każdej miejscowości fabrycznej i wywierają niesłychanie ujemny wpływ na moralność robotników, lekarzom zaś przysparzają niemało trudności i kłopotów. Ze smutkiem wspomnieć tu muszę, że procederem tym zajmują się także niektórzy, nb. bardzo nieliczni, adwokaci przysięgli. Posługują się oni w tym celu agentami, którzy jeżdżą po miejscowościach fa-

brycznych, węszą po szpitalach poszkodowanych robotników i za podpis dają zadatek, czyli „kupują wypadek.“

Pytanie, jak się zachowywać wobec symulanta, należy do trudniejszych zagadnień medycyny praktycznej i wymaga od lekarza wysokiego taktu, rozwagi i dużego doświadczenia. Przedewszystkiem, gdzie to jest możliwem, powinniśmy się starać zapobiegać symulacyi. Jeżeli pod naszą obserwacyą znajduje się poszkodowany, który zaczyna nas nudzić rozmaitemi sensacyami, należy, nie okazując zniecierpliwienia i nie zaprzeczając wprost rzeczywistości tych objawów, nie zwracać na nie uwagi, bagatelizować je i odwracać uwagę chorego na inne przedmioty. Tą drogą nieraz można ustrzedz poszkodowanego od istotnego śledziennictwa, na które jedynem lekarstwem jest dobre wynagrodzenie.

Gdy podejrzujemy kogoś o symulacyę, należy go w imię sprawiedliwości demaskować. Ku temu są tak liczne i różnorodne sposoby, że, nie chcąc przekroczyć ramek odczytu, mogę podać tylko ogólne zasady, jakimi się lekarz w takich okolicznościach kierować powinien.

Przedewszystkiem zwracamy uwagę na psychiczną stronę symulanta. W opowiadaniu o swoich cierpieniach, szczególnie jeżeli te są nerwowej natury, symulant jest najczęściej chwiejny, dzisiaj opowiada tak, jutro cokolwiek inaczej; jest skłonny do przesadzania symulowanych objawów: mniej widzi, niż ślepy, gorzej słyszy, niż głuchy, na ból rzekomy reaguje zawsze przesadnie; wreszcie, usposobienia symulanta nie cechuje zwykłe u prawdziwie cierpiących przygnębienie, lecz raczej niepokój i ożywiona działalność psychiczna.

Badanie obiektywne także dostarcza nam często bardzo ważnych wyników: ogólny kwitnący wygląd wyklucza prawie zawsze każde długotrwałe cierpienie, nawet czynnościowo nerwowe; sztywność stawów zawsze idzie wparze z zanikiem otaczających mięśni i brak tego objawu przemawia za symulacyą. Nie wspomnę już tutaj o naiwnych, nb. często spotykanych symulantach, którzy, utrzymując, że mają sztywną nogę w kolanie, swobodnie siadają na niskim stołku lub wtoczywszy się na czworaku do gabinetu lekarza, na ulicy idą sprężystym krokiem.

Najtrudniej jest sprawdzić rzeczywistość objawów nerwowych przy zupełnym braku zmian obiektywnych; w takich razach tylko dokładna i długotrwała obserwacya szpitalna może jeszcze dać jakieś dane, chociaż nie zawsze. Dodać przytem należy, że nie dość jest kogoś podejrzwać o symulacyę lub mieć o niej moralne przekonanie: trzeba umieć tego dowieść, bo orzeczenie, którego od nas w tych wypadkach wymagają, powinno przekonać nawet laików.

W odszkodowaniu za wypadki nieszczęśliwe płaci się nie za uszczerbek, poniesiony na zdrowiu, którego nie można zamienić na pieniądze, lecz za upośledzenie zdolności zarobkowej. Stopień tego upośledzenia określamy w procentach, przyjmując za 100 cał-

kwotą zdolność zarobkową danego robotnika. W sprawie określenia niezdolności zarobkowej istnieją dwa poglądy.

Podług jednego poglądu zdolność zarobkową stanowi suma wrodzonych i nabytych przez wprawę i wykształcenie właściwości, pozwalających wykonywać pewną pracę zawodową i zmniejszenie tej zdolności można pojmować tylko w stosunku do pracy zawodowej; podług tego poglądu ślusarz, który utracił kilka palców lewej ręki nie może się zajmować nadal ślusarstwem, utracił całkowitą zdolność zarobkową, jakkolwiek mógł by zarabować w wielu innych zajęciach. Podług drugiego poglądu zdolność zarobkową stanowi przeciętny zasób właściwości umysłowych i fizycznych, koniecznych do wykonywania jakiejkolwiek pracy, i zmniejszenie tej zdolności ocenia się w stosunku do pracy wogóle; podług tego poglądu majster fabryczny, który utracił pamięć i nie mógł nadal pełnić swych obowiązków, albo im podobnych, nie utracił całkowitej zdolności zarobkowej, ponieważ może pracować fizycznie, jako zwyczajny robotnik.

Już z powyższych przykładów widać, że ani jeden ani drugi pogląd nie mogą być wszędzie stosowane i że każdy przypadek należy indywidualizować. Często się zdarza, że poszkodowany, utraciłszy całkowitą zdolność do pracy zawodowej, nie może już zarabować żadną inną pracą z przyczyn zupełnie niezależnych od wypadku, jako to: wiek, ogólny stan zdrowia, wreszcie stopień wykształcenia i poziom wymagań życiowych, który nie pozwalała poszkodowanemu zająć się pracą niższego rzędu. W tych razach zmniejszenie zdolności do pracy zawodowej jest jednoznaczne z zmniejszeniem zdolności do zarabowania wogóle. Daleko częściej bywa jednak wprost przeciwnie: kto utracił możność zarabowania w swoim zawodzie, może w mniejszym lub większym stopniu pracować w innym, lecz pokrewnym zajęciu; przy ocenie niezdolności do pracy należy to brać pod uwagę.

Sprzeczność powyższych poglądów bardzo trafnie godzi określenie niezdolności do pracy, jakie dała najwyższa instancja w sprawach ubezpieczeniowych w Niemczech. Niezdolność do pracy podług tego określenia należy pojmować jako stratę ekonomiczną, wyrządzoną poszkodowanemu przez wypadek; ta zaś strata ekonomiczna polega na ograniczeniu szans, jakie poszkodowany dzięki swym zdolnościom fizycznym i umysłowym posiadał przed wypadkiem na ogólnym rynku pracy.

Takie pojmowanie niezdolności zarobkowej daje się zastosować do wszystkich wypadków.

1-o **Rodzaj zajęcia poszkodowanego.** Jednakowe kalectwo może mieć różne znaczenie dla pracowników różnych kategorii; dla przykładu weźmy choćby drobne kalectwo palców ręki, które może mieć poważne znaczenie dla przedsiębiorcy, a niema żadnego — dla górnika lub tragarza.

2-o **Możliwość zmiany zajęcia,** co zależy od wieku poszkodowanego, jego zdolności fizycznych i umysłowych, wreszcie od po-

krewniństwa zajęć, podlegających zamianie, gdyż pracownik umysłowy nie może się stać fizycznym, ani odwrotnie.

3-o Wiek uszkodzanego. Kalectwo u osób starszych wpływa ujemniej na stan całego organizmu i więcej ogranicza szanse na rynku pracy, niż u osobników młodych.

4-o Płeć uszkodzanego. Kalectwo połączone z oszpeceniem silniej obciąża kobiety, ponieważ zmniejsza jej szanse na rynku małżeńskim; kalectwo palców u rąk również ma dla niej większe znaczenie, ponieważ kobieta przeważnie zarobkuje pracą palców.

5-o Stan zdrowia przed wypadkiem. Nie ulega wątpliwości, że kalectwo ciężiej dotyka osobnika chorego i stawia go w trudniejszej położeniu ekonomicznym, dla tego przy określaniu stopnia niezdolności zarobkowej powinniśmy brać pod uwagę nie tylko uszkodzenie, wywołane przez wypadek nieszczęśliwy, ale ogólny stan zdrowia, a nawet istniejące poprzednio kalectwo. Wymaga tego humanitarna strona sprawy, a sprawiedliwości w niczem się nie uchybia, ponieważ odszkodowanie oblicza się na zasadzie dziennego zarobku, który musi mniej wynosić u ludzi chorych i kalek. Jednym słowem, w myśl powyższej zasady przy obliczaniu odszkodowania przyjmuje się za 100 całkowitą zdolność zarobkową uszkodzanego bezpośrednio przed wypadkiem. Jeżeli np. ślepy na jedno oko traci drugie wskutek wypadku, należy mu się odszkodowanie za utratę całkowitej niezdolności zarobkowej, czyli 100%, a nie za utratę jednego oka czyli 50%.

Kierując się powyższymi zasadami, łatwo ustrzedz będziemy się mogli od popełnienia grubszych błędów w określaniu niezdolności zarobkowej. Resztę szczegółów dają nam tablice odszkodowań, ułożone przez różnych autorów na podstawie statystyki odnośnych wyroków sądowych. Było by jednak dużym błędem opierać swe orzeczenia wyłącznie na cyfrach tablicy: za zdolność zarobkową czyli za 100 przyjmuje się w tablicach przeciętna, teoretyczna zdolność normalnego robotnika, która się może bardzo różnić od zdolności zarobkowej danego uszkodzanego. Zresztą, uszkodzenia są tak różnorodne, że żadna tablica nie może być kompletną. Pomimo to wszystko tablice takie są dla nas niezbędne, bo ogromnie ułatwiają orientowanie się w poszczególnych wypadkach. Dla tego przytoczę tu jedną z najczęściej rozpowszechnionych, mianowicie tablicę Haag'a.

Kończyny górne	Prawa	Lewa
Brak całej ręki	80%	70%
„ dłoni	75%	65%
„ dużego palca	25%	20%
„ wskaziciela	17%	15%

Kończyny górne	Prawa	Lewa
Brak 3-go palca	13%	12%
„ 4-go palca	9%	8%
„ małego palca	11%	10%
Sztynność stawu barkowego zależnie od stopnia .	30—50%	20—40%
Sztynność stawu łokciowego pod kątem prostym .	40%	30%
To samo pod kątem rozwartym	60%	50%
Sztynność stawu napięstkowego	40%	30%
Paraliż nerwu promieniowego	50%	40%
„ „ łokciowego lub środkowego	75%	60%
Nieprawidłowe zrośnięcie złamania kości promieniowej	60%	50%
Sztynność palca = zupełnemu brakowi.		

Kończyny dolne (prawa i lewa bez różnicy).

Wyłuszczenie w stawie biodrowym	85%
Amputacya nad kolanem	80%
„ pod kolanem	60%
Złamanie rzepki	50%
Zwiótczenie stawu kolanowego	50%
Sztynność kolana w linii prostej	50%
„ „ pod kątem prostym	80%
Sztynność stawu skokowego	30%
„ całej stopy	40%
Brak dużego palca	10%
„ innych palców po	5%
Skrócenie nieznaczne kończyny	20%
Wszystkie kalectwa, wymagające noszenia kul lub szcudeł .	50—75%

Brzuch.

Przepuklina białej linii	50%
„ pachwinowa	10%
Dwustronna przepuklina pachwinowa	15%
Przepuklina biodrowa	15%
Dwustronna przepuklina biodrowa	20%
Przepuklina z wypadaniem wnętrzości	50—100%

Głowa.

Brak jednego oka zależnie od zajęcia	30—50%
„ obydwu oczów	100%
Głuchota jednostronna	10%
„ dwustronna	75%

Na określeniu stopnia niezdolności zarobkowej w procentach kończy się działalność lekarza przy uszkodzeniach fabrycznych. Zanim jednak nastąpi ostateczne uregulowanie odszkodowania, wychodzi na jaw tyle kwestyi ważnych, a spornych, z którymi lekarz na każdym kroku spotykać się może, że muszę choć niektórych dotknąć tu pobieżnie.

Za podstawę do obliczania odszkodowania przyjęto powszechnie brać dzienny zarobek. Nic mieć nie możemy przeciw słuszności tej zasady. Jeżeli odszkodowanie wypłaca się w postaci renty, poszkodowany otrzymuje swój zarobek dzienny w całości lub częściowo, zależnie od kalectwa.

Renta jest to najprawdłowszy sposób wynagradzania, bo: 1-o wielkość renty może uleść zmianie w zależności od poprawy lub pogorszenia stanu zdrowia w następstwie urazu; okoliczność ta jest bardzo ważna, gdyż często się zdarza, że w rok lub później po urazie występują objawy nowe, silnie wpływające na zdolność zarobkową, jako to: psychoza, próchnica kości, moczówka cukrowa i t. p., jak również zdarza się przeciwnie, że następuje nieoczekiwana poprawa.

2-o Renta mniej usposabia do symulacji, gdyż poszkodowany i jego sposób zarobkowania jest pod kontrolą i ewentualnie renta może być odebrana; zresztą, jednorazowa większa suma jest więcej pożądana dla spekulantów, niż drobne kwoty miesięczne.

Opowiadał mi jeden lekarz fabryczny, że zna kilka wypadków, w których włościanin szedł pracować w fabryce w tym celu; by uledez drobnemu kalectwu i tym sposobem poprawić zachwiane interesa swojego gospodarstwa.

3-o Renta ma jeszcze tę dobrą stronę, że interes instytucji, która ją wypłaca, wymaga, aby poszkodowany zarabkował. Niemieckie związki zawodowe często własnem staraniem uczą poszkodowanego jakiegoś możliwego dlań rzemiosła, np. zegarmistrzostwa lub szewstwa, i tym sposobem dają społeczeństwu pożytecznego pracownika, który bez obcej pomocy został by pasorzytem.

Jednorazowe odszkodowanie nie ma tych stron dodatnich, a ma tę niedogodność, że norma, według której się oblicza, nie jest ustaloną i wszędzie jednakową. U nas, gdzie robotnicy są ubezpieczeni w towarzystwach prywatnych, tych niedogodności jest więcej.

Nie dość że odszkodowanie wypłaca się jednorazowo, gdyż towarzystwa prywatne nie posiadają dostatecznych gwarancyi, obliczanie sumy wynagrodzenia odbywa się w sposób zupełnie dowolny, zależnie od umowy towarzystwa z fabrykantem. Wskutek tego często się zdarza, że w jednej i tej samej miejscowości fabrycznej robotnik jednej fabryki otrzymuje za kalectwo inną summe, niż za takież kalectwo robotnik drugiej fabryki. Że taki stan rzeczy ujemnie wpływać musi na zaufanie robotników do towarzystw asekuracyjnych i wzniecać niezadowolenie, nie ulega wątpliwości. Jeszcze gorzej wpływa targowanie się towarzystwa z poszkodowanym i powiększanie summy wynagrodzenia w miarę tego, jak poszkodowany energicznie żąda.

Jednym środkiem zaradczym przeciw tym wszystkim niedogodnościom było by wzajemne ubezpieczenie fabrykantów od wypadków nieszczęśliwych. Założenie takiego towarzystwa jest zupełnie możliwe w naszych warunkach tem bardziej, że istnieją już doskonale wzory w okręgach fabrycznych Rygskim i Odesskim. Koszta ubezpieczenia były by nawet mniejsze, bo towarzystwa prywatne muszą przecież zarabiać, a sprawa odszkodowania za wypadki nieszczęśliwe zyskała by wiele na powadze i sprawiedliwości.



Projekt pomocy lekarskiej gminnej w gub. Radomskiej.

Podał Dr. Henryk Fidler,

Starszy Ordynator Szpitala Starozakonnych w Radomiu.

(Dokończenie)

II.

Zgodnie z powyższymi wymaganiami dążeniem nowej organizacji być winno:

a. Walka z nagminnymi chorobami przez: 1. usuwanie lub odosobnianie chorych zakaźnych, 2. odkażanie, 3. objaśnianie o sposobach szerzenia się epidemii, 4. przedsięwzięcie środków zapobiegawczych (szczepienie ospy)

b. Krzewienie i stosowanie przepisów higieniczno-dyetycznych wśród ludu.

c. Leczenie chorych: 1. nakłanianie do szukania porady we wczesnych okresach choroby w celu zapobieżenia kalectwom; 2. tępienie przesądów za pomocą okazywania jawnych dowodów skuteczności ze stosowania środków i zabiegów lekarskich. Tutaj należy wzywać się w zwyczaj i obyczaj ludowe, poznanie zabobonów, przesądów, praktyk znachorów i cudowników, obznajmianie się ze sposobami żywienia się ludu i wydajnością jego pracy.

Tutaj również należy i poznanie zależności chorób od różnych warunków bytu ludowego.

Trzeba umieć stanąć na poziomie pojęć ludowych i umieć wnieść tenże lud do pojęć kulturalnego człowieka.

d. Walka z nałogami: pijaństwem, paleniem tytoniu, nieumiejętnym użyciem czasu i wywczasu i złym rozkładem pracy.

Jak widzimy, zakres jest szeroki. Jakkolwiek praca lekarza może wychodzić po za ramy specjalnie fachowe, jeżeli pod tem mianem rozumieć będziemy wyłącznie samo leczenie, to jednakże tylko przy wypełnianiu tych warunków możemy oczekiwać dobrych skutków z pomocy gminnej.

By ukrócić pochody epidemii trzeba lud wyrwać z jego pojęć fatalistycznych o konieczności tychże jako dopustu Bożego. By skłonić tenże lud do leczenia się, należy wzbudzić większe zamiłowanie do życia, czyli rozszerzyć widnokrąg jego myśli. Wiadomą jest bowiem rzeczą, że chłop nasz jest zupełnie obojętny na śmierć. Upatruje w niej, co prawda słusznie, nieodzowną konieczność, lecz z drugiej strony mało czyni, by tę chwilę oddalić, składając swe losy apatycznie w ręce wyższych instancji. Ta stoicka filozofia, mająca swe źródło we własnej bezsilności ludu, staje na zawadzie najlepszym urządzeniom. I tu właśnie należy ad oculos demonstrare, co może zrobić rozumny przepis i rozumny zabieg.

Ta część pracy lekarzy uczestkowych wydać może najlepsze owoce z biegiem czasu, lepsze o wiele, aniżeli pośpieszne porady w ambulatoryum. Lecz odkładając tę sprawę przyszych stosunków lekarско—ludowych na bok, przejdę do środków, jakich się jać należy w celu urzeczywistnienia żądań, wymienionych pod lit. a., b., c. i d.

Ad a. Skutecznie walczyć można z nagminnymi chorobami tylko: 1. przez usuwanie już chorych osobników. A więc należy takich chorych umieszczać w szpitalu. Stosowanie środków leczniczych rozumných i celowych jest tylko możebnem w tymże szpitalu. Wszelkie bowiem zalecenia lekarskie w tych wypadkach wśród złých warunków, w jakich lud nasz żyje, są bezskuteczne. Co możemy zrobić u chłopu lub żyda małomiasteczkowego z chorym tyfusowym, gdy leży w brudnej izbie, w której się mieści co najmniej 5 osób? Czy mu pomoże nasza wizyta, gdy nawet znajdziemy na to czas lub gdy niewielka odległość będzie nas dzielić od jego domu? Jeden tylko szpital może uczynić zadość choć w części wymaganiom leczniczym. Po za tem nasza pomoc będzie fikcyjną.

Że można wzbudzić zaufanie ludności do szpitali, jest to rzeczą niewątpliwą. Mam tego dowód na szpitalu żydowskim w Radomiu, gdzie liczba chorych niepomierne wzrasta z roku na rok.

Należy tylko, by chory widział, że o niego dbają i koło niego robią. Niech chory będzie chorym, a nie materiałem klinicznym, to zawsze do szpitala dążyć będzie.

2. Nie dość na tem. Trzeba wszak odkażać miejsce zarazy. Ta czynność jest coprawda bardzo ważną, lecz niezmiernie trudną. Przedewszystkiem są wymagania, którym nie uczyni zadość dobra wola lekarza i na które również nie zdobędzie się i ogół wiejski, jak np. zaopatrzenie wsi lub miasteczek w dobrą wodę do picia, urządzenie podłóg w izbach, budowanie chałup o 2-ach izbach z dużemi oknami i t. p. Wchodzą tu w grę — oprócz przyzwyczajęń i tradycyi — jeszcze czynniki ekonomiczne. wobec których jesteśmy bezsilni. Po drugie, my sami jeszcze nie mamy wyrobionych dostatecznie sposobów odkażania, które winny być tanie i skuteczne. Po trzecie, należy unikać szematyzowania w tej sprawie. Trzeba zdać sobie dokładnie sprawę ze sposobu rozprzestrzeniania się chorób zaraźliwych i uderzyć tam, gdzie może być podług wszelkiego prawdopodobieństwa źródło choroby. Niepotrzebnie będziemy np. wylewać izbę płynami odkażającymi w tyfusie brzuszny, gdy wystarczy tylko odkażenie bielizny i odzieży chorego, nauczenie o sposobach odkażania stolców i zacho-wania czystości przez otoczenie. Niepotrzebnie również będziemy odkażać w podobny sposób po błonicy, gdy, jak wykazały doświadczenia, o ile się nie mylą dokonane w Szwecyi przypadkowo, że takowe nie usuną pojawienia się epidemii. Wystarcza tylko odkażanie jamy ustnej przez otoczenie, gdy natomiast odkażanie przyjętym sposobem (wylewanie karbolu, sublimatu i t. p.) nie wystarcza przy błonicy, odrze i innych lotnych zarazkach. Musimy więc przedewszystkiem wypracować na podstawie najnowszych badań naukowych ściśle wskazanie i dokładny sposób wykonywania odkażenia, wynaleźć środki skuteczne a tanie. W przeciwnym razie czynność ta będzie bezo-

wocna, jak to się dzieje obecnie, przy szematycznym stosowaniu t. zw. dezynfekcyi. Lud zaś, widząc bezskuteczność takowej, szybko straci do niej wiarę i stawiać będzie opór. A o współdziałanie interesownych dbać trzeba.

3. Należy objaśnić otoczenie, w jaki sposób można się uchronić od zarażenia przez zachowanie pewnych ostrożności: mycie rąk po dotknięciu się do chorego tyfusowego, płukanie ust odkażającymi płynami przy błonicy, gotowanie bielizny po zakaźnych chorobach i t. p.

4. Szczepienie ospy nie wymaga żadnego uzasadnienia. Należy ułatwiać takowe. Dokonywać w chwilach wolnych, gdy lud jest mało zajęty; jeździć po wsiach, wpływać przez duchowieństwo, inteligencyę (dwory) i władze i surowo przestrzegać, by lud się nie uchylał od tego.

Ad b. Stosować przepisy sanitarne przy pomocy środków, przeznaczonych na ten cel z ogólnych sum. Krzewić zamiłowanie do czystości ciała, wpływać, by lud korzystał z kąpieli, i urządzać takowe po wsiach i miasteczkach. Objasniać o sposobach taniego lecz pożywnego żywienia się. Użyć do tego wpływu duchowieństwa i inteligencyi.

Ad c. Wielka ilość zaniedbanych przypadków i kalectw wśród ludu jest spowodowana istotnie brakiem rozumnej pomocy lekarskiej i zawdzięcza swe istnienie fuszerskim praktykom lekarskich samozwańców: felczerów, znachorów, bab, owczarzy i, t. p. Walczyć z tem może tylko lekarz. A więc danie pomocy lekarskiej w ścisłym tego słowa znaczeniu, uprzystępienie jej dla ludu, jest nieodzowną koniecznością. Lecz należy tak zorganizować tę pomoc, by była przystępną dla wszystkich, wykonalną dla lekarza i skuteczną.

Unikać więc należy przepracowania lekarza, a natomiast dać mu możność wykonywania swych czynności w najlepszych warunkach. Skuteczność bowiem pomocy lekarskiej zależy ściśle od warunków, wśród których lekarz pracuje. Intelligentna warstwa stosuje się chętnie do wskazówek lekarza i ma możność w swem otoczeniu wykonania przepisów lekarskich. Lecz publiczność ciemna i uboga albo nie jest w stanie zastosować się do wskazówek lekarskich albo ich nie rozumie. A wtedy wszelkie starania pozostaną próżne. Lekarz zamiłowany w swym zawodzie i szczerze przejęty myślą o zdrowiu swych chorych nie zgodzi się na pobieżne ich traktowanie i zawsze starać się będzie, by miał możność skontrolowania ścisłości wypełniania swych przepisów. A więc najlepszą formą pomocy lekarskiej jest urządzenie szpitali i postawienie ich w warunkach możliwie korzystnych.

Porady ambulatoryjne dawać należy w przypadkach lekkich, których, co prawda, jest znaczna większość. Lecz przypadki cięższe winny być niezwłocznie kwalifikowane do szpitali. Ztąd wypływa, iż cała waga urzędzenia pomocy przyszłej polega na tworzeniu szpitali, zaś głównym i najważniejszym obowiązkiem lekarza być winno prowadzenie takowego i udzielanie porad ambulatoryjnych, w ściśle określonych godzinach, jak się to dzieje we wszystkich naszych szpitalach. Zrobić należy wyjątek w dni targowe, gdy ludność groma-

dnie do osad zjeżdża, i oznaczyć podwójną liczbę godzin na przyjęcie chorych.

W szpitalu chory nauczy się czystości, porządku i pewnego rygoru. Przekona się, iż dotychczasowe środki leczenia, jakie stosował w domu, z porady felczerów lub owczarzy, były zawodne i że jedynie rozumna pomoc może mu wrócić upragnione zdrowie. Objasnianie ludu, przychodzącego po poradę, o szkodliwości jego przesądów i zabobonów, odczyniań, uroków, zamawiań, zaklęć. i t. p. będzie obowiązkiem lekarza. Tępienie przesądów odbywać się będzie powoli, stale, lecz skutecznie, podtrzymywane przez radę rozsądną i celową.

Ograniczenie godzin przyjęcia ambulatoryjnego jest koniecznem ze względu na uniknienie pośpiechu i szybkiego wyczerpania się lekarza, a zatem ze względu na skuteczność porad. W dodatku do wszystkiego, pomoc ambulatoryjna winna być samą siłą rzeczy przeznaczoną dla ludzi ubogich. Słuszniem się to wyda przy bliższem objaśnieniu, które podam poniżej.

Wychodząc więc z tego założenia, byłbym zdania, iżby ambulatoryjum nie wydawało żadnych leków. Natomiast można wejść w układy z aptekarzem miejscowym, by za recepty, wydawane w ambulatoryjum i jako takie oznaczone pobierał możliwie niską cenę. Tak się dzieje u nas w Radomiu; w żydowskim szpitalu mamy ambulatoryjum; piszemy recepty na blankietach z nagłówkiem „Ambulatoryjum szpitala Starozakonnych w Radomiu.“ Każdy aptekarz ustępuje około 30% od ceny Towarzystwo Bratniej Pomocy wśród Żydów w Radomiu, (które wydaje lekarstwa biednym chorym i opłaca poradę lekarską), również taki sam % otrzymuje. Można zażądać, by każdą receptę ambulatoryjną aptekarz cenił po 10 lub 15 kopiejek. Tym sposobem niezamożny będzie miał możność za bardzo małe pieniądze nabyć przepisane lekarstwa i wtedy będzie można być spokojniejszym o dobroć wydanego lekarstwa, sporządzonego przez specjalistę.

Jestem bowiem tego zdania, iż jest niepodobieństwem dać bezpłatną pomoc wszystkim warstwom ludności miejskiej i zamieszkałej w osadach. Jest to niemożliwe z wielu względów. Jakkolwiek stopa podatkowa est jedna, to jednak niejednakowym staje się ciężarem dla ludzi różnej zamożności.

Przypuśćmy, że wypadnie płacić 5, 5 kop. z morgi. Chłop na 6 morgach, który ma dochodu, według obliczeń podanych na początku tej pracy, r. 18 k. 60 (po rb. 3 kop. 10 z morgi), jest nędzarzem. Wiemy o tem wszyscy. Ten chłop płacić będzie podatku lekarskiego 33 kop. i prawdopodobnie najrzadziej korzystać będzie z pomocy lekarskiej. Zaś chłop na 30 morgach, mający dochodu 93 rb., jest bogaczem. Ten krezus płacić będzie rb. 1 kop. 65 i korzystać będzie najskwapliwiej z bezpłatnej pomocy. Jakaż zachodzi jednak ogromna różnica pomiędzy 6 morgowym nędzarzem, a 30 morgowym gospodarzem! Ten ostatni ma zwykle oszczędności, dochodzące nieraz do 1 lub 2 tysięcy rubli, wianuje dostatnio dzieci i jest niewątpliwie siłą moralną i ekonomiczną w swem środowisku. Osadnik 6 morgowy nie ma kapitałów, nie wianuje dzieci i nie posiada wpływu moralnego na oto-

czenie. Ten ostatni jest najbardziej wystawiony na uleganie chorobom wskutek nędzy, niedostatku, brudu i konieczności częstego narażania swego zdrowia w celach zarobku. Czy wobec tego słuszną jest rzeczą, by obydwa jednakowe mieli prawo do korzystania z pomocy lekarskiej? Podatek płacony przez 30 morgowego gospodarza nie jest bynajmniej 5-krotnie większy od takiegoż, pobieranego od 6 morgowego osadnika. Jest on niewątpliwie kilkadziesiąt razy mniejszy, biorąc pod uwagę stopień zamożności pierwszego i wydajności jego pracy. Dla tego sądzę, iż, o ile słuszną jest rzeczą, by biedny korzystał z pomocy lekarskiej bezpłatnie, o tyle z drugiej strony jestem zdania, iż zamożnych należy ograniczyć w korzystaniu z tejże. Zjawia się tu nowa trudność: kwalifikowania biednych i bogatych. Lecz taka kwalifikacja jest zupełnie niepotrzebna. Pomijam już nadużycia, jakiego by mogły wyniknąć przytem, które naturalnie odbiły by się na skórze biednego jak zazwyczaj, gdy bogaty mógłby przechylić na swą stronę względy kwalifikujących. Wymaganie podobnego podziału wprowadziłoby niepotrzebną i utrudzającą manipulację, a tem samem uniemożliwiłoby korzystanie z pomocy lekarskiej. Sądzę jednak, że z czasem sprawa ta uregulowała by się sama przez się. Biorę przykład z ambulatoryumu przy Żydowskim szpitalu. My pobieramy za poradę po 5 kop. od chorego. Dochody z tego, które wynoszą około 40 rubli rocznie (gdyż bardzo biednych zwalnia się od opłaty), idą na potrzeby szpitalne. Otóż rzadkie są przypadki, aby do ambulatoryumu przychodzili zamożni ludzie. Cała prawie masa składa się z biedaków. To samo byłoby i w ambulatoryach ludowych. Z początku wszyscy będą dążyli, zaś z biegiem czasu pierwszeństwo otrzymają biedni, którym ta pomoc słusznie się należy. Wydatek na lekarstwo nie obciążał by zbyt znacznie kieszeni biedaka, a z czasem, gdyby były jakieś fundusze zapasowe, można by było wydawać bezpłatnie lekarstwa, płacąc za nie w aptece według umówionej ceny. U nas szpital Ś-go Kazimierza wydaje lekarstwa bezpłatnie. Obecnie takowe przygotowują siostry miłosierdzia, dawniej zaś brano je z apteki. Przeznaczony na to fundusz wynosi 150 rb. rocznie i za to wydają około 4000 lekarstw. Również nie było przypadku, by zamożny po lekarstwo się zgłosił. Z powyższego wypada, iż zamożny może szukać porady płatnej u lekarza po za godzinami ambulatoryjnymi.

Wobec tego zachodzi pytanie: 1-o. Czy zamożny chłop lub mieszczanin będzie korzystał z porady lekarskiej i czy nie pozostanie w dalszym ciągu pod opieką fuszerów lekarskich? 2-o. Co otrzyma ludność opodatkowana wzamian za płacony podatek? Niewątpliwą jest rzeczą, że zamożny chłop lub mieszczanin, mając niemal pod bokiem lekarza, z jego usług korzystał będzie.

Widzimy już obecnie, że coraz częściej włościanie i małomieszczkowi mieszkańcy zwracają się do lekarza, szczególnie tam, gdzie lekarz potrafił sobie wyrobić zaufanie swem postępowaniem, trafami radami, znajomością życia ludu, stosunków rodzinnych i t. p. Mamy i u siebie w gubernii liczne tego przykłady. Gdy więc lekarz poststerunkowy zechce się wżyć w życie ludu po wsiach i osadach, tedy niewątpliwie odciągnie tenże lud od zwyczaju szukania porad u fu-

szerów lekarskich. Zapewne, stanie się to nie odrazu i również zapewne pewna część ludu nie przestanie bardziej ufać swym owczarzom i cudownikom, aniżeli lekarzom. Lecz zjawisko to spotyka się i na najwyższych szczeblach kultury. Pociąg do cudowności jest niemal wrodzony ludziom. Zrozumiałą tedy staje się wiara w różne knajpizmy, medyumizmy, spirytyzmy, edyzmy i inne płody rozbudzonej fantazy i nieuctwa. Nie można z tego robić zarzutu jedynie ludowi

Tym sposobem opodatkowany lud otrzyma:

1-o możliwość leczenia się w szpitalach w wypadkach cięższych i wymagających odosobnienia chorych, jako rozsadników zarazy.

2-o biedny i zamożny bezpłatną poradę w ambulatoryum. Ten ostatni z biegiem czasu rzadziej się będzie zgłaszał do tegoż ambulatoryum, pozostawiając użytkowanie z takowego prawie wyłącznie biednemu, który i wcześniej przybędzie do ambulatoryum i cierpliwiej będzie wyczekiwał.

3-o zamożny będzie miał możliwość w blizkiej osadzie poradzić się lekarza u niego w domu czy to w dzień targowy, czy świąteczny, czy też w razie potrzeby. Również będzie miał możliwość mieć tegoż lekarza u siebie za niską opłatą, gdyż odległości od posterunku będą niewielkie. Będzie on mógł prędzej liczyć, iż lekarz zechce do niego przyjechać na każde wezwanie, gdy będzie wiedział, że tenże nie wymówi się od wyjazdu, który stanowić będzie o jego dochodach. Nie ma najmniejszej obawy, by lekarz mógł nadużywać swego położenia i wyzyskiwać ludność. Obecnie, gdy lekarzy jest mniej, gdy odległości od lekarzy są dość duże, ci jednakże biorą takie wynadgródenia za wyjazdy, które chory uścić może. Np. za wyjazd do miasteczka, odległego od Radomia o wiorst 11, płacą najwyżej 5 rb. o wiorst 18—6 do 10 rb. W okolicy Przytyka za wyjazd na odległość 10 wiorst lekarz pobiera 1 r. 50 k. do 2 rb. W dodatku, wszak my, lekarze, do tej pory nie uchodzimy za zdzierców. Przeciwnie, dźwigamy na sobie cały ciężar filantropii. Leczymy bowiem chorych bezpłatnie nie tylko w ambulatoryach szpitalnych, lecz i u siebie w domu i po za domem. Jeżeli czynimy to teraz, to tembardziej czynić to będziemy w przyszłości. Nie ma najmniejszej wątpliwości, że lekarz posterunkowy, poznawszy dobrze swą okolicę, resp. uczałek, potrafi się zastosować najzupełniej do jej warunków ekonomicznych i do położenia materialnego każdego poszczególnie mieszkańca. W jego własnym będzie interesie, by wzbudzić do siebie zaufanie, gdyż w przeciwnym razie takowe może zyskać albo jego sąsiad na posterunku, albo też miejscowy felczer. Zdarza się to i obecnie po małych miasteczkach, przynajmniej u nas. Bywają wypadki, że lekarze nie umieją jakoś wyrobić się w danym miejscu, a chorzy szukają chętniej porady nawet u ślepych (sic) felczerów, aniżeli u lekarzy. Unikać więc tego będą starannie lekarze posterunkowi w przyszłości.

Jest wprawdzie jeden szkopuł w tej sprawie:

Koszt lekarstwa, który opłacać ma biedny i chory. W wyjątkowych wypadkach niech ma lekarz prawo zapisywać takim chorym środki z apteki na koszt szpitala. Suma roczna na ten cel winna być oznaczona zgóry. Gdybyśmy przypuścili, że z 7500 chorych,

przypadających na 1 udział. 1500 nie będzie w stanie kupić sobie lekarstwa i że ci chorzy nie będą się kwalifikowali do szpitala, lub też nie znajdą w nich miejsca, wydatek na lekarstwa dla nich wyniesie 150 rb., licząc po 10 kop. jedno, jakem to wyżej wskazał. Jest to suma aż nadto dostateczna. Wykazałem również, że w Radomiu u Ś-go Kazimierza wydają za to 4000 numerów. Wszak takiej liczby chorych biednych w udziale prawdopodobnie nie będzie. Ja liczę $\frac{1}{5}$ zupełnie biednych, ewentualnie prawie żebraków, gdyż na wydatek 10 kopiejkowy może sobie pozwolić każdy robotnik, chociaż i biedny. Z tego widocznie założenia wychodził i Gubernator Płocki w pierwotnym swym projekcie. Kol. Zienkiewicz w swej pracy „Działalność lekarska w obwodzie Ciechanowskim“, drukowanej w r. b. w „Czasopiśmie“ wspomina, iż w Płockiej gubernii lekarze udziałowi mają prawo uwalniać od opłaty 10 kopiejkowej za lekarstwa nie więcej niż 10% przychodzących chorych. Tymczasem uwolniono w 1899 r. w całej gubernii 3,27%, zaś w 1900 r. w obwodzie Ciechanowieckim 1,42% chorych ambulatoryjnych. Widać więc z tego, iż liczba zupełnie biednych nie jest tak wielka, tembardziej, gdy się zważy, iż w r. 1899 zgłosiło się na porady do wszystkich udziałów 65552 chorych, zaś w 1900 w Ciechanowieckim udziale 12130. Odsetkę więc podaną przeze mnie (20) uważać należy za zbyt wysoką.

A więc wydatek na lekarstwa nie może być przeszkodą w korzystaniu z porady lekarskiej. Wprawdzie General-Gubernator mówi, iż wydatek ten chory ponosi wtedy właśnie, gdy jego zdolność do pracy jest zmniejszona. Prawda. Lecz do kategorii przychodzących chorych należą tacy, którzy bądź co bądź pracować jeszcze mogą. Albowiem ciężko chory, a biedny, musi leżeć w szpitalu i unika wszelkich wydatków. A więc lżej chory, którego zdolność do pracy jest tylko zmniejszona, może uiścić tę drobną kwotę, która w żadnym razie nie szali jego dochodów zbyt znacznie zaważyć nie może.

Można by żywić obawę, czy lekarz, mając możność zajmowania się praktyką prywatną, nie zaniedba szpitala i ambulatorium przy nim. Na to odpowiedź dają obecne stosunki. Wynagrodzenie nasze jako lekarzy szpitalnych jest tak niskie, iż za nie istnieć nie można. Jednakże pomimo tego, iż praktyką zajmować się musimy, szpital nie na tem nie traci. Nie było wypadku, by który z nas otrzymał nagane lub dymisyę za zaniedbanie swych szpitalnych obowiązków. Gra tu rolę zamilowanie do szpitala, które leży w naturze każdego lekarza.

Tym więc sposobem, powierzywszy lekarzowi szpital ludowy i zobowiązawszy go do przyjmowania ambulatorium w określonych godzinach, resp. ograniczonej ilości przychodzących chorych, daje się opiekę lekarską bezpłatną biednej ludności i ciężko chorym, wymagającym szpitalnego leczenia, a zarówno daje się możność lekarzowi zajęcia się praktyką prywatną, a tem samem zyskania sobie środków do życia. To ostatnie ma nie tylko znaczenie materialne, lecz i moralne. Nie ustaje bowiem zainteresowanie się lekarza chorym. Ten ostatni przestaje być numerem porządkowym, lecz chorym wymagającym od lekarza, jako od lekarza, a nie od urzędnika państwowego, pomocy właściwej. Zmienia się stosunek lekarza do chorego i odwrotnie. Chory

może wymagać od lekarza pomocy, a lekarz dla względów wymienionych wyżej (jak odległość i lekka choroba) nie może mu takowej odmówić. Takie rozwiązanie sprawy było by mojem zdaniem najwłaściwsze. Lekarz pozostał by lekarzem, czem być powinien, nie zaś urzędnikiem.

Zmniejszenie zakresu obowiązków pociąga za sobą z konieczności i zmniejszenie wynagrodzenia za to pobieranego. Ponieważ i w innych działach wydatki by się znacznie zmniejszyły, przeto i ciężar opodatkowania byłby mniejszy. Zachodzi jednak pytanie, co jest lepsze: czy pobierać większy podatek i zapewnić całej ludności leczenie bezpłatne, czy pobierać mniejszy i zapewnić tylko warunkowe z niej korzystanie?

Czy w ostatnim razie wydatki, jakie ludność poniesie na opłacenie lekarza, już jako wolnopraktykującego, nie będą znacznie większe od samego podatku?

O bezpłatnem leczeniu w ścisłem tego słowa znaczeniu mowy być nie może. Skoro ludność opłaca podatek na pewną instytucję, przeto tem samem nie korzysta z niej bezpłatnie. Lecz chodzi tu właściwie o korzystanie z pewnej instytucji w stosunku nieodpowiednim do płaconego podatku. Podatek mały, a korzyść duża. Korzyść, z której ludność użytkować będzie kosztem tych, co jej oddadzą swą wiedzę, zdrowie i życie. A więc będzie to pomoc mało-płatna. Czy to jest możebnem, by dostarczyć pomocy mało-płatnej, czy też bezpłatnej, jak opiewa projekt, całej ludności? Bardzo wątpię. Sądzę raczej, iż to jest bardzo niesłuszne. Z filantropijnych instytucji, do jakich zaliczyć należy i pomoc lekarską gminną, gdyż jak powiedziałem, dawać ona będzie dużo korzyści za małe pieniądze, powinni użytkować tylko biedni. Zamożni winni na rzecz tychże biedaków, którzy są wypadkową pewnych warunków społeczno-ekonomicznych, ponosić ofiary. Sami zaś powinni korzystać z tego urzędzenia względnie. Niesprawiedliwie jest rzucać cały ciężar filantropii społecznej na barki lekarzy. Oni to bowiem będą ponosić największą ofiarę na rzecz tych, co tej ofiary potrzebować nie mogą. A więc, jeżeli żądać będziemy ofiary ze strony lekarzy i sfer zamożnych, to tylko dla tych, co tej ofiary ponosić nie mogą, t. j. dla biednych i dla nich właściwie winna być urządzona pomoc bezpłatna. Zamożni zaś pośrednio skorzystają z niej, mogąc w każdym razie szukać pomocy u ludzi wykwalifikowanych, umieszcając ciężko chorych w pobliżym szpitalu, uchronić się od chorób nagminnych i korzystać z dobrodziejstw urządzeń higieniczno-sanitarnych. To bardzo wiele. Ograniczenie bowiem pochodu epidemii, zapobieganie takowym, pomoc rychłą i skuteczna, zmniejszenie odsetki śmiertelności, uchronienie od kalectw, wzmożenie zdolności do pracy, wyczerpują najzupełniej cały program działalności lekarskiej na posterunku i winny zadowolnić i tę część ludności, która większy podatek opłacać będzie. Wyzysk, szczególnie uprawniony, prowadzi stale do nieporozumienia i niezadowolienia i rodzi protest w wyzyskiwanym. A że tu ostatnim będzie lekarz, to nie ulega najmniejszej wątpliwości. Gdy więc nie można urządzić pomocy lekarskiej gminnej (t. j. porad) mało-płatnej dla wszystkich, należy ją urządzić

racyjonalnie dla biednych. Wprawdzie zamożni ponosić będą znaczniejszy wydatek na pomoc lekarską dla siebie w postaci wynagrodzenia za porady u lekarza lub u siebie w domu, lecz to jest zupełnie zrozumiałem i słusznem. Skutkiem takiego urządzenia może być tylko zobopólne zadowolenie.

1. Należy rozrzucić gęstą sieć szpitalików ludowych i lekarzy po gubernii; dać im wynagrodzenie odpowiednie do wymaganych obowiązków, a ludności możliwość korzystania z pomocy lekarskiej: wszystkim bez wyjątku w szpitalu, biednym zaś i ambulatoryjnie. Nie wydawać bezpłatnie lekarstw. Oznaczyć ich cenę w porozumieniu z aptekarzem miejscowym na 10 kop., o ile recepty wydawane będą w ambulatoryum lub nosić będą napis: „pro paupero.“ Zostawić możliwość lekarzom zajęcia się praktyką prywatną, a ludności zamożnej możliwość korzystania z takowej za opłatą według zobopólnej umowy. Na lekarza włożyć obowiązek:

- a) prowadzenia szpitala,
- b) przyjmowania chorych ambulatoryjnych codziennie w przeciągu 2-ch godzin, zaś w dni targowe w przeciągu 4-ch godzin.
- c) walki z nagminnymi chorobami i
- d) szczepienia ospy.

2. Felczer winien spełniać polecenia lekarza; jak w szpitalu, tak i w ambulatoryum. Winien mieszkać w szpitalu i prowadzić jednocześnie kancelaryę. Życie otrzymuje w szpitalu.

3. Akuszerka winna dawać pomoc rodzącym w szpitalach. Obowiązana jest wyjeżdżać do położnic: do biednych bezpłatnie—według wskazówek lekarza, do zamożnych za umówioną opłatą, oznaczoną lub akceptowaną przez lekarza. Winna prowadzić jednocześnie gospodarstwo szpitalne. Mieszkać musi w szpitalu i tamże otrzymywać będzie życie.

4. Szpitale gubernialne i powiatowe wcielić do nowej organizacji. Koszta utrzymania takowych włączyć do podatku. Zobowiązać je do bezpłatnego leczenia tamże wszystkich bez wyjątku chorych. Włożyć na ordynatorów szpitali obowiązek przyjmowania ambulatoryum, jak w szpitalikach ludowych, po 2 godziny dziennie, i szczepienia ospy. Lekarstw nie wydawać, jeżeli na to nie będzie specjalnych środków, jak np. u Ś-go Kazimierza.

5. Zrównać pensye lekarzy szpitalnych w obecnych szpitalach z takiemiż lekarzy ucząstkowych.

6. Ubezpieczyć wszystkich ucząstkowych i zapasowych lekarzy oraz felczerów i akuszerki w jakim Towarzystwie ubezpieczeniowem w stosunku 10-krotnej rocznej pensyi na wypadek śmierci i na przeżycie po 25 latach. Nie pobierać od nich składki emerytalnej, lecz $\frac{1}{3}$ premii ubezpieczeniowej strącać z pensyi, $\frac{2}{3}$ zaś dopłacać z podatku.

Na posady lekarzy ucząstkowych zgłaszać się będą niewątpliwie ludzie młodzi pomiędzy 25 a 30 rokiem życia. W tym wieku od 1000

rb. wypada płacić 38 rb. 50 kop. rocznie, a więc od 6000 rb. — 231 rubli.

W tym samym wieku prawdopodobnie będą felczerzy i akuszerki. Za ubezpieczenie 29 lekarzy (w tem dwóch zapasowych), 27 felczerów i 27 akuszerki wypadało by płacić rocznie 18641 rb. Trzecią część tej summy płacił by personel lekarski ze swojej pensyi t. j. 6214, resztę w kwocie 12427 rb. należało by pokrywać z podatku.

7. Utworzyć posady 2-eh zapasowych lekarzy z miejscem zamieszkania w gubernialnem mieście. Jeden z nich pełnić winien czynności ucząstkowego lekarza: przyjmować ambulatoryum szpitalne i mieć pieczę nad higieniczno-sanitarnym stanem wsi leżących w pobliżu miasta. Oprócz tego ciż obydwaj lekarze zastępowali by chorych lub będących na urlopie lekarzy ucząstkowych i prowadzili by część statystyczną. Za to pobierali by pensye takież, jak ucząstkowi, więcej koszta przejazdu i wynagrodzenie za prowadzenie statystyki, co by wynosiło:

600 rb. pensyi

200 rb. za prowadzenie statystyki

300 rb. koszta przejazdu

Razem 1100 rb. rocznie każdy.

8 Szpitaliki ludowe winny być tymczasowo urządzone na 10 łózek. W miarę potrzeby liczba łózek winna być zwiększana.

9. By obsadzić posady lekarzy ucząstkowych odpowiednio uzdolnionymi lekarzami, należy pozwolić dokonać wyboru takowych Towarzystwu lekarskiemu miejscowemu, które winno przedstawić kandydatów za pośrednictwem Inspektora Lekarskiego do zatwierdzenia Gubernatorowi. Przy wyborze oddać należy pierwszeństwo lekarzom zamieszkałym już w osadach przed wprowadzeniem organizacyi. To samo dotyczy felczerów i akuszerki. Niewątpliwie, lekarze zamieszkałi w gubernialnem mieście znają dobrze kolegów praktykujących w gubernii i mogą, wreszcie, prędzej znaleźć odpowiedniego kandydata, tembardziej, jeśli zbiorowo tę sprawę sądzić będą.

10. Obecnie zamieszkuje w naszej gubernii 68 lekarzy, 154 felczerów i 39 akuszerki resp. babek, z czego 46 lekarzy i 26 akuszerki zamieszkuje w miastach, reszta zaś t. j. 22 lekarzy i 13 babek w osadach. Na służbie rządowej w charakterze lekarzy powiatowych, szpitalnych i miejskich pozostaje 22 lekarzy; felczerów na służbie będących liczymy 16 i miejskich akuszerki 9. A więc, ponieważ już zamieszkuje w osadach 22 lekarzy i 13 babek, wypadnie lekarski personel powiększyć tylko o 7 lekarzy i 14 babek. Felczerów zaś wszędzie mamy aż nadto. Braku ich uczuwać nie będziemy. Lekarze i akuszerki zamieszkujący w miastach w dalszym ciągu niewątpliwie w miastach pozostaną.

Ponieważ ilość ludności miejskiej wynosi 105176, to 1 lekarz (z zamieszkałych w miastach) przypada na 2286 ludności miejskiej, zaś 1 akuszerka na 4045.

Ludność wiejska wynosi 898473. Przeto 1 lekarz przypada obecnie na 40794 ludności wiejskiej, a 1 akuszerka na 77203. Zaś w przy-

szłości 1 lekarz przypadać będzie na 37950 ludności wiejskiej i na takąż cyfrę ludności 1 akuszerka.

Wobec powyższego etat nowej organizacyi przedstawiał by się jak następuje:

		Ilość osób i urzędzeń	Wydatek roczny w rublach			
			Pensya	Stoło- we lub dodat- ki	Razem jedne- mu	Razem wszystkim
1	Lekarzy zapasowych	2	600	500	1100	2200
2	, uczastkowych	27	600		600	16200
3	felczerów	27	300		300	8200
4	akuszerok felczerok	27	300		360	9720
5	na utrzymanie szpitalikow ludo- wych (najem mieszkania, opał, światło, życie, pranie, obuwie, odzież, naczynia, służbę i t. p.	27			1520	41940
6	na lekarstwa dla spitali (licząc po 7,8 kop. (*) dziennie, na cho- rego i 2000 (***) dni szpitalnych	27			156	4212
7	na lekarstwa dla ambulatoryj- nych biednych (licząc po 1500 tako- wych rocznie i po 10 kop. le- karstwo).	27			150	4050
8	na instrumenty i materyaly opa- trunkowe				45	1215
9	na kupno materyalu ospowego lub utrzymanie cieiętnika					2000
10	na druki					900
11	na koszta przyjazdu osob urzę- dowych					1350
12	dodatek do pensyi inspektorowi lekarzkiemu					500
13	na wydatki kancelaryjne w wy- dziale Dobroczytności Publicznej					2000

*) Cyfra ta przedstawia średnie za 3 lata (1898, 1899, 1900) ze wszystkich szpi-
tali gub. Radomskiej. **) Cyfra ta wzięta jest ze sprawozdań szpitalikow ludowych
w Płockiej gubernii.

		Ilość osób i urzędzeń	Wydatek roczny w rublach.			
			Pensya	Stoło- we lub dodat- ki	Razem jedne- mu	Razem wszystkim
14	na walkę z nagminnymi choro- bami					3000
15	na ubezpieczenie lekarzy, akusze- rek i felczerów	83				12427
16	na utrzymanie szpitali gubernial- nych i powiatowych	6				58990
17	dotatki do pensyi lekarzy szpi- tali powyższych.	6				1925
	Razem					170729
	Ponieważ szpitale gubernialne i powiatowe mają swe stałe do- chody z kapitałów i nierucho- mości rocznie w kwocie					11985
	Przeto, odtrąciwszy tę sumę od powyższej, otrzymamy tę jaką powinna wpłynąć w postaci po- datku, co wynosi					158744

Gminy i miasta, płacąc powyższy podatek, będą wolne od zwrotów kosztów leczenia i zapomóg, które wynoszą przecięciowo rocznie 32800 rb.

a więc płacili by też gminy i miasta więcej o 125944 rb.
 Jednem słowem, wysokość nowego podatku na utrzymanie 620 łózek w gubernii wraz z odpowiednią służbą i pomocą bezpłatną dla ludności biednej wynosiło by 158744 rb.

Podatek ten będzie bardzo poważnym ciężarem dla już opodatkowanych stanów, a szczególnie znacznie będzie przeciążona ziemia.

biorąc pod uwagę jeszcze obecny zły stan rolnictwa. Było by więc ze wszech miar pożądanem, ażeby podatek powyższy rozłożyć równomiernie na wszystkie stany w stosunku do dochodów, a tem samem uczynić zadość zasadom słuszności, ulżyć opodatkowanym stanom i mieć możność powiększenia podatku tego w miarę potrzeby w przyszłości, bez zbytecznego obciążania tylko widomych przedmiotów opodatkowania jak ziemia, domy, przemysł i handel.

Z zestawienia cyfr opodatkowania wymienionych przedmiotów według projektu rządowego i według przyjętych norm, wypada co następuje:

Ponieważ według mojego projektu suma podatku lekarskiego wynosić winna 158744 rb. przeto przypadnie:

1-o na nieruchomości miejskie 26906 rb. co stanowi 58,33% podatku podymnego i liwerunkowego, a więc o 15,33% więcej aniżeli w projekcie rządowym.

2-o na nieruchomości miejskie 94172 rb., co stanowi 29,76% podatku gruntowego zasadniczego, a więc o 6,10% więcej aniżeli w projekcie rządowym.

3-o na przemysł i handel 37666 rb., co stanowi 28,57% od patentów handlowych i przemysłowych, a więc o 7,07% więcej, aniżeli w projekcie rządowym.

Muszę dodać omówienie, iż projekt rządowy nie oblicza kosztów utrzymania obecnych szpitali, co stanowi sumę 47005 rb. (po odłączeniu stałych dochodów szpitalnych). Gdybyśmy tę sumę wliczyli do wykazanej w projekcie rządowym 122445 rb., to otrzymamy sumę istotnych wydatków w kwocie 169550 rb., która jest wyższą od wykazanej przezemnie o 10806 r.

Z zestawienia tych dwóch cyfr otrzymamy wyniki następujące, iż po obliczeniu wydatków jakie miasta i gminy ponoszą na utrzymanie szpitali, istotny podatek wynosić winien (podług projektu rządowego):

1-o z nieruchomości miejskich 28740 rb., czyli 62,33% podymnego, a więc o 4% więcej aniżeli w moim projekcie.

2-o z nieruchomości miejskich 100579 rb. czyli 31,79% gruntowego zasadniczego, a więc o 2,03% więcej aniżeli w moim projekcie.

3-o z przemysłu i handlu 40231 czyli 30,52% od świadectw, a więc o 1,95% więcej aniżeli w moim projekcie, zaś w stosunku do projektu rządowego zasadniczego wypada:

Od 1-o o 19,33%⁰ więcej

od 2-o o 8,13%⁰ „

od 3 o o 9,02%⁰ „

Ostatnie cyfry są wyrazem istotnej wysokości opłacanego w przyszłości podatku.

Tym sposobem wypadnie co następuje:

	Obecnie płacono podatki		Też same z dodaniem podatku lekarskiego			Wysokość podatku lekarskiego							
	Według rządow. projektu bez szpitali	Też ze szpitalami	Według jego projektu	Według rządow. projektu bez szpitali	Też ze szpitalami	Według jego projektu							
							R	u	b	l	e	i	k
Średnia cyfra opodatkowania 1 mieszkańca (ludność w guberni wynosi 1003649)	1 51,8	1 64,06	1 68,79	1 67,60	12,26	16,89	15,83						
Średnia cyfra opodatkowania morga we wsiach i osadach (ilość ziemi opodatkowanej wynosi 1884925 *) morgów	69,55	72,99	74,88	74,54	3,44	5,33	4,99						

Najtrudniej wynaleźć odpowiednie środki do zaspokojenia tych wymagań. Zdawało by się słuszną rzeczą, iżby wszystkie stany w podatku powyższym uczestniczyły. Jest to bowiem sprawa ogólnospoleczna i dotyka wszystkich warstw zarówno. Zdrowie publiczne winno obchodzić wszystkich bez wyjątku i wszyscy też bez wyjątku winni się przyczyniać swymi środkami do ochrony takowego. Tymczasem w projekcie zarówno płockiego Gubernatora jak i przystanym przez Generał Gubernatora wskazane są jako źródła opodatkowania: nieruchomości wiejska, czyli ziemia, nieruchomości miejskie, przemysł i handel.

Są to stany już opodatkowane na rzecz państwa, miast i gmin. One to ponownie dźwigać będą na sobie ciężar nowego opodatkowania, gdy tymczasem stany wolne, urzędnicy i kapitaliści, co najważniejsza, oraz rzemieślnicy nieopłacający żadnych podatków (t. j. ci, którzy albo robią sami w warsztacie, lub przy pomocy jednego współpracownika) nie będą uczestniczyć zupełnie w podatku lekarskim. Wyłączone są również i dobra skarbowe, ewentualnie lasy.

Naturalnie, nie weszły tutaj jeszcze do obliczenia: przytulki dla starców i kalek i szpitale dla obłąkanych, dwie palące sprawy, na zaspokojenie których brak zupełnie środków i o których ani projekt rządowy nie wspomina, i których ja nie obliczam, gdyż trzymam się ściśle ram nakreślonych w projekcie rządowym.

*) W 1-ej części tej pracy podałem ilość morgów w guberni 1932978. Istotnie zaś jest 1884925. Omyłka powstała z niedokładnego obliczenia dziesięcin na morgi.

O badaniu przez lekarzy produktów spożywczych, dostarczanych do szpitali.

Przez D-ra St. Serkowskiego

Zarządzającego pracownią higieniczną miejską w Łodzi.

(Dalszy ciąg.)

II. Mleko i produkty nabiałowe.

Zbytecznym byłoby przypominać, jak wielkie znaczenie odgrywa mleko, jako pożywienie dla dzieci i dorosłych, jako środek dyetetyczny dla chorych i rekonwalescentów, jako zaprawa do wielu potraw, mających zastosowanie w żywieniu chorych. Bez względu jednak na metodę kuracji mlecznej (Brown-Sequard'a, Karell'a Becholier'a, Weir-Mitchell'a, Wiel'a, Playfair'a i bardzo wielu innych), bez względu na cel i sposób stosowania i dawkowania, mleko wogóle, a przeznaczone dla chorych w szczególności musi być absolutnie czyste, nie zafałszowane i nie zakażone. Niestety—mleko w dużych miastach rzadko bywa zdadne do użytku, ponieważ stale, na porządku dziennym, zdarzają się takie zmiany w mleku, jak odtłuszczenie i rozcieńczenie wodą, jak zanieczyszczenie i zakażenie, lub domieszki różnych środków konserwujących.

Normalne mleko krowie zawiera 3,6% białkanów, 3,4% tłuszczu, 4,5% cukru mlecznego, 0,75% popiołu, 87,75% wody; kobiece zaś—2,25% białkanów, 3,75% tłuszczu, 5,95% cukru mlecznego, 0,3% popiołu i 87,75% wody. Substancje azotowe w mleku znajdują się w trojkiej postaci (*Schmidt*): kazeiny, albuminy i hemialbumozy (dwie pierwsze, jako takie, nie mogą się wchłaniać w przewodzie pokarmowym), a mianowicie:

w 100 cz. mleka	kazeiny	albuminy	hemialbumozy	razem białka
kobiecego . .	0.6573 (49.8%)	0.3382 (25.7%)	0.3224 (24.5%)	1.3179
krowiego . .	3.166 (87.3%)	0.297 (8.2%)	0.1672 (4.5%)	3.6302

W tem zestawieniu rzuca się w oczy przewaga mleka kobiecego nad krowiem dzięki znacznie większej zawartości hemialbumozy.

O stosunku tej ostatniej do kazeiny możemy się łatwo przekonać, mleko bowiem z dużą ilością kazeiny daje ogromne kawały twarogu, gdy zaś przeważa hemialbumozą, płatki twarogu są niewielkie. Dlatego też krowie mleko daje duże skrzepy twarogu (składającego się z kazeiny i mechanicznie uwieczonych w niej kropel tłuszczowych), kobiece zaś—małe, drobne płatki.

Przed rozpoczęciem badania należy takowe przedewszystkiem dobrze wymieszać, przekonano się bowiem, że naprz. mleko, przeciętnie zawierające 3,9% tłuszczu, przez ruch podczas przewozu (w naczyniach, jak na rys. 30) dzieli się na dwie warstwy: górna mniejsza zawiera do 8—10—11% tłuszczu, a dolna zaledwie—1—2%. Badanie mleka polega na wykonaniu następujących 8 prób, na co—przy pewnej wprawie—poświęcić trzeba nie więcej nad $\frac{1}{2}$ godziny czasu.

1) *Własności fizyczne.* Mleko krowie zaraz po wydojeniu ma barwę białą z żółtawym odcieniem, zmiennym, bo zależnym od rodzaju paszy, spożywanej przez krowy. *Zapach* mleka nieco przypomina wydzieliny skórne wołów, potęguje się przez niedość czyste utrzymanie zwierząt i obory, szybko nabierając zapachu otaczającej atmosfery w oborze lub spiżarni bezpośrednio (gazy) lub pośrednio (bakterye gnilne z nawozu, korki gumowe w naczyniach hermetycznych). W *smaku* dobre mleko jest słodkawe, przyjemne; pochodzące od krów w okresie ocielenia ma smak mdły, ścina się łatwo przy gotowaniu i działa rozwalniająco.

Aby rozpoznać przyczynę zabarwionego (czerwonego, żółtego i t. d.) mleka. gorzkiego smaku, śluzowatej konsystencji, intensywnego gnilnego zapachu i odróżnić, kiedy te wady pochodzą od bakteryj, a kiedy od innych przyczyn (pasza, lekarstwa), powołać się muszę na szczegółowy opis takich zmian w książce mojej p. t. „Mleko i bakterye“ 1900 r. Tutaj zaznaczę tylko, że bakterye-chromogeny zabarwiają mleko na powierzchni (jako tlenowce), krew zaś nadaje czerwonawe lub krwiste zabarwienie dolnej części mleka, w której też (w osadzie) znaleźć możemy w takim wypadku czerwone krążki krwi.

Oddziaływanie mleka kobiecego jest słabo-alkaliczne, krowiego słabo-kwaśne lub amfoterne. Mocno kwaśna lub intensywnie alkaliczna reakcja wskazuje, że albo mleko jest skwaśniałe i jako takie ścina się podczas gotowania albo zawiera sodę (p. niżej) albo też pochodzi od chorych krów. Próba odbywa się za pomocą papierka lakmusowego, na którym kropla znajdować się winna nie mniej nad 1—2 minuty.

2. *Cieźar gatunkowy mleka* dobrego wynosi 1.028—1.032 i określa się za pomocą specjalnego areometru, t. zw. laktodensimetru Quevenn'a (rys. 17), na którym wskazane są dwie ostatnie cyfry ciężaru (naprz. 28,32 i t. d.). Ułamki ($\frac{1}{10}$, $\frac{2}{10}$ do $\frac{5}{10}$) z prawej strony oznaczają ilość dodanej wody do mleka niezbianego. Mleko nalewa się do cylindra (fot. 1) ostrożnie po ścianie i albo mierzy się ciężar przy t^0 15 0 C., albo też mierząc przy dowolnej t^0 ,

wprowadza się odpowiednią poprawkę przez dodanie po 0,20 do każdego stopnia [naprz. przy 13° C. laktodensimetr wskazuje 1,033, więc przy 15° C. ciężar wynosi $1033 - (2 \times 0,20) = 1032,6$].

3. *Ciężar gatunkowy surowicy mleka* nie może być niższym od 1,027 i wyższym nad 1,031. Różnica w ciężarze gatunkowym między mlekiem a jego surowicą nie powinna przekraczać 0,0005—0,001, o ile mleko jest dobre: surowica mleka, rozcieńczonego 10% wodą wykazuje tylko 1027 ciężaru; przy 20% wody 1025; 30% wody 1023. Wprowadzając poprawkę na różnicę w t° przy badaniu surowicy, dodaje się nie po 0,20 na każdy stopień, jak wyżej, lecz po 0,32. Ciężar gat. surowicy badamy albo po uprzednim samoistnym skwasnieniu mleka albo też po ogrzaniu mleka do 80° C. i dodaniu 2 ctm. sześć. 20% kwasu octowego (na 100 ctm. sześć. mleka); gdy się mleko zsiądzie, odcedzamy twaróg i do filtratu opuszczamy wagę Quevenn'a.

4. *Objętość śmietanki*. W ciągu 24—36 godzin mleko dzieli się na dwie warstwy, górną zajmuje żółtawej barwy śmietanka (8 do 15%), a dolną—mleko zsiadłe, pływające w zielonej serwatce; ta ostatnia po wyparowaniu pozostawia słodki osad—cukier mleczny czyli laktozę.

Śmietanka zawiera tylko $\frac{3}{8}$ tłuszczu, znajdującego się w mleku, $\frac{1}{5}$ uwięziona jest w skrzepach sernika; również i do śmietanki przechodzi, prócz kropeł tłuszczowych, dużo innych składników mleka; z tego powodu 100 cz. śmietanki zawiera tylko 15—30% tłuszczu.

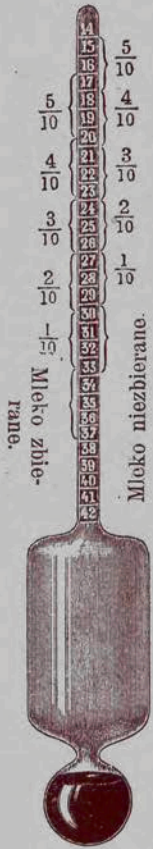
Objętość śmietanki badać można w zwyczajnym szerokim cylindrze, opatrzonym podziałkami (fot. 1), do którego wlewamy 200 ctm. sześć. mleka i stawiamy w miejscu chłodnym.

5. *Próba alkoholowa* jest powszechnie znaną i stosowaną nawet w domowych gospodarstwach: do łyżki lub kilku ctm. sześć. mleka (w próbówce lub kieliszku) dodaje się równą objętość 95% wysokoku. Czyste mleko krzepnie od ostatniego natychmiast, pozostawiając na ściankach kieliszka lub próbówki płatki twarogu, a zawierające 0,06—0,08 i więcej *sody* lub 0,08—0,1% i więcej *boraksu* nie krzepnie. Również szybko ścina się dobre mleko od kilku kropeł kwasu octowego.

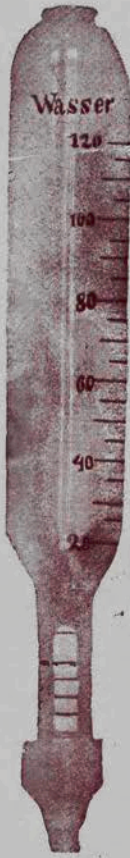
6. *Tłuszcz* jest jednym z najważniejszych składników, choć zawiera się w mleku w niezbyt wielkiej ilości=2,75—3,50. Pierwsze porce dojonego mleka zawierają tylko 0,55—0,90%, a pod koniec wydziela się mleko z 6,8 do 10% tłuszczu.

Łatwych i zarazem zupełnie pewnych sposobów określania tłuszczu w mleku nie posiadamy dotąd wcale. Takie domowe sposoby, jak ślad w szklance wody, jak skupianie lub odwrotnie rozlewanie się kropli mleka na szkle lub igle, nie mogą i nie powinny być stosowane w szpitalu. Opiszę tu dwa sposoby określania tłuszczu, używane w pracowniach, oraz dwie odpowiednie ułatwione przezemnie modyfikacje, które każdy lekarz z łatwością zastosować może i które nie wymagają żadnych przyrządów.

Tablica IV.



Rys. 17.



Rys. 18.



Rys. 19.



Rys. 20.



Rys. 21.



Rys. 23.



Rys. 22.

a. *Optyczny sposób za pomocą laktoskopu Feser'a.* W zwężonej dolnej części szklanego podłużnego naczynia (rys. 18) znajduje się wewnątrz niewielki cylinder mlecznej barwy, na jednej zaś stronie jego pięć wyrytych czarnych kresek. Do laktoskopu wlewamy pipetką 4 ctm. sześć. mleka, a następnie stopniowo wodę do tej pory, aż 5 kresek czarnych można będzie dojrzeć w rozcieńczonym mleku. Cyfry z lewej strony naczynia oznaczają objętość dolanej wody, cyfry z prawej—odsetkę tłuszczu w mleku.

Ponieważ sam sposób Feser'a nie jest dokładnym, więc i można ułatwiona *modyfikacja* nie może być ścisłą. Do niezbyt szerokiej próbówki wkładamy długie pasmo papieru z narysowanymi na nim poprzecznymi kreskami lub lepiej wycięty podłużnie kawałek ryg № 2, używanych do papieru listowego (fot. № 19), tak aby środek powierzchni papieru z linijkami był odległy od ścianki przedniej w próbówce na 1 ctm. Pipetką wlewamy do tej ostatniej mieszankę, którą przygotowuje się poprzednio w sposób następujący: Ustawiamy rzędem sześć szklanek, z których każda zawiera po 10 ctm. sześć. dobrze wymieszanego mleka: w 1 szklance nie rozcieńczamy go wodą, do 2-ej dolewamy 100 ctm. sześć. wody, do 3-ej—125, do 4-ej—150, do 5-ej—175, do 6-ej—200 ctm. sześć. wody. Przenosząc po kolei mieszankę—począwszy od 2 szklanki—do próbówki, zwracamy uwagę, czy kreski na rygach stały się widoczne: mieszaninę w 2-ej szklance odpowiada 2% tłuszczu, w 3-ej $2\frac{1}{2}$, w 4-ej 3%, w 5-ej— $3\frac{1}{2}$, w 6-ej 4%.

Jeżeli kto nie chce się zadowolnić ani domowymi próbami badania mleka ani też mało ścisłymi metodami optycznymi, tym zalecam następujący sposób lub modyfikację tegoż.

b. *Acid-butyrometryczny sposób Gerber'a.* Do określenia tłuszczu według tej metody musimy się zaopatrzyć w kwas siarczany o ciężarze gatunkowych 1.825 przy 15° C. (co odpowiada 90% czystego H_2SO_4 ; nie można używać ani słabszej ani mocniejszej koncentracji), w alkohol amylowy (95° Tral.) i w gorącą wodę ($70 - 75^{\circ}$ C.) w cylindrze (jak na rys. 1). Sposobem Gerber'a można określić w ciągu 20—30 minut tłuszcz jednocześnie w kilkunastu próbach mleka. Do rurki Gerber'a (fot. 20) wlewa się pipetką 10 ctm. sześć. kwasu siarczanego, 1 ctm. sześć. alkoholu amylowego i 11 ctm. sześć. mleka (alkohol i mleko wlewa się ostrożnie po ściance). Następnie zamyka się rurkę korkiem kauczukowym, zawiąza ją w ręcznik i skłóca się mieszankę; nakoniec wstawi się na kilka minut rurkę (korkiem na dół) do gorącej wody: tłuszcz oddzieli się od reszty płynu i wypływa na powierzchnię (rys. 21 a), zwłaszcza jeżeli rurkę centryfugować i powtórnie wstawić do gorącej wody. Objętość tłuszczu odczytuje się w zwężonej części przyrządu. Określając tłuszcz w śmietance, musimy ją wpród kilkakrotnie wodą rozcieńczyć. Do tego sposobu, prócz reaktywów, potrzebne są jeszcze przyrząd Gerber'a i specjalna wirówka. Obyć się można zarówno bez przyrządu jak i wirówki przez zastosowanie następującej *modyfikacji*.

Wydzielamy tłuszcz w zwyczajnej probówce (fot 22) przez zmieszanie kwasu siarczanego, alkoholu amyłowego i mleka, jak wyżej, przez zanurzenie probówki w gorącej wodzie i centryfugowaniu wprost ręką, umocowawszy probówkę na sznurku, jak to przedstawia załączona fotografia (№ 22). Obliczyć ilość wydzielonego tłuszczu (rys. 22 a) możemy bardzo dokładnie wciągnawszy z powierzchni tłuszcz do wąskiej, opatrzonej podziałką na $\frac{1}{10}$ cm., sześć., pipetki (fot. 23 a).

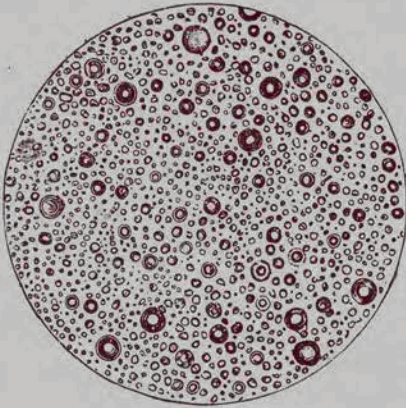
7. *Domieszki* przypadkowe, czyli brud, składają się z nawozu, żdźbeł słomy, pyłu i osadzają się albo w naczyniu zwięzonym albo przez wirowanie. Badając *mikroskopowo* osad z mleka, znajdziemy nieraz komórki nabłonkowe, krążki krwi czerwone i ropę (rys. 28); w razie jakich wątpliwości można zabarwić preparat eozyną, która barwi wymienione elementy; lecz kulki tłuszczowe pozostaną bezbarwne. Dzięki badaniu drobnowidzowemu wykryć można też niektóre *domieszki sztuczne*, jak mąkę i krochmal. Dodanie kilku kropeł t-ae jodi do mleka ogrzanego w probówce i następnie ostudzonego wywołuje zabarwienie niebieskie w razie obecności mąki lub krochmalu.

Sodę wykryć w mleku można na mocy następujących prób: 1) reakcyi, 2) bardzo wolno następującego kwaśnienia mleka (porównywać z mlekiem nie zafałszowanym przy jednakowej t^o) i wydzielania się w kwaśnym mleku pęcherzyków gazu, 3) próby alkoholowej, 4) próby octowej (mleko z sodą nie ścina się wcale lub też ścina się bardzo wolno za dodaniem 2 kropeł kwasu octowego, od którego ścina się od razu mleko, nie zawierające sody), 5) przez dodanie do mieszaniny po próbie alkoholowej (mleko + alkohol aa) 1—2 kropeł 1% kwasu rozolowego: dobre mleko zabarwi się na pomarańczowo, zawierające sodę na kolor czerwono malinowy. Wbrew temu, co podają niektóre podręczniki, przekonałem się, że barwna reakcyja z kwasem rozolowym występuje tylko przy bardzo dużej zawartości sody.

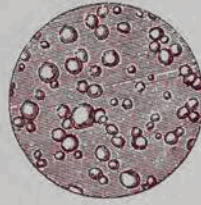
Mleko gotowane odróżnić można w smaku, a także za pomocą t-ae guajaci, która zabarwia na niebiesko produkt surowy, zawierający ozon, lecz nie zmienia barwy gotowanego.

8. *Badanie drobnowidzowe* mleka nie przedstawia żadnych trudności, o ile chodzi o określenie przypadkowych lub sztucznych domieszek—krwi, ropy, dużej ilości nabłonków, krochmalu lub brudu. Dawniej przypuszczano, że przewaga średnich kulek tłuszczowych nad małymi i dużymi oraz nieobecność w mleku komórek protoplazmatycznych Beigel'a przy badaniu drobnowidzowem cechuje dobre mleko kobyce, teraz zaś przekonano się (*Rotschild 1898, Biedert 1900, Winter 1902*), że większe ma znaczenie nieobecność siary, krwi i ropy, oraz złanych kulek w postaci dużych kropli i niezbyt wysoka zawartość tłuszczu (nie wyżej nad 5—6%) na prawidłowe odżywianie niemowląt. Z tego powodu—przy obecnym stanie wiedzy—zupełnie jest niewystarczającym ogólnie stosowane badanie mleka dla niemowląt, polegające na określeniu wielkości kulek tłuszczowych i próbie na igle!

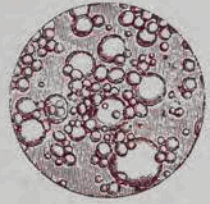
Tablica V.



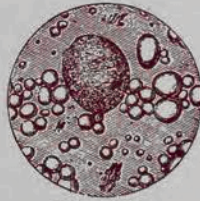
Rys. 24.



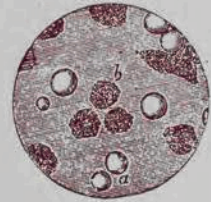
Rys. 25.



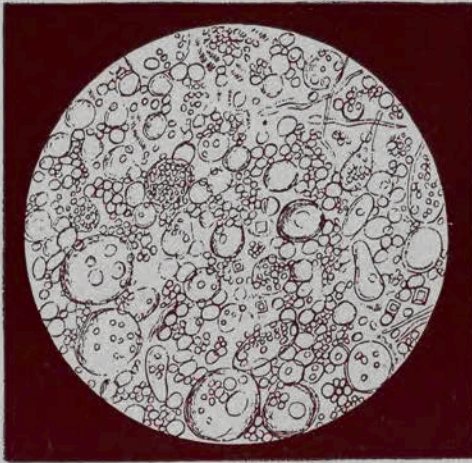
Rys. 26.



Rys. 27.



Rys. 28.



Rys. 29.



Rys. 32.



Rys. 30-31.

Mleko krowie przy pow. 450 razy (rys. 24) ma wygląd kulek niejednakowej wielkości, przyczem mniejsze przeważają ilościowo nad większemi; kuleczki mleczne mają połysk pereł. Jeżeli mleko jest zmieszane z wodą, lub częściowo zbierane, to w jednakowej objętości zawierać musi znacznie mniej kulek mlecznych (rys. 25); w śmietance (rys. 26) kulki tłuszczowe są większe, niż w mleku. Wielkość kulek tłuszczowych w siarze (rys. 27) jest różną, przeważnie znajdujemy w niej duże kulki oraz komórki protoplazmatyczne i pojedyncze duże bryłki tłuszczu z ziarnistą lub włóknistą, jakby chropowatą powierzchnią; one to powodują żółtawą śluzowatą warstwę śmietanki na powierzchni siary.

O ściślem badaniu bakteriologicznem mleka w praktyce szpitalnej i klinicznej, tymczasem niema nawet mowy: szybkich sposobów określania, czy mleko i produkty nabiałowe są zakażone, niema. Jeżeli mleko, dostarczane do szpitala, może być tylko od czasu do czasu badane ściśle bakteriologicznie w odpowiednich pracowniach, to przynajmniej w szpitalu można często 1) określać pod drobnowidzem czy w danem mleku niema śluzu, ropy, komórek protoplazmatycznych i kulek siarowych, oraz 2) wstrzykiwać królikowi pod skórę 5 ctm. sześć. mleka i zaprzestać używania danego produktu lub zbadać go ściślej, jeżeli wstrzyknięcie spowoduje ropień, chorobę lub śmierć zwierzęcia.

Na mocy powyższych 8 prób, które wymagają niewiele czasu, możemy odróżnić:

a) *mleko dobre i nie zafalszowane*: normalny smak i wygląd, przewaga hemialbumozy nad kazeiną; słabo-kwaśna reakcja, która zwiększa się szybko; ciężar gatunkowy mleka=1028—1032, różniąc się od ciężaru surowicy nie więcej nad 0.0005—0.001; około 10% śmietanki; 3% tłuszczu; próba alkoholowa i octowa dodatnia (t. j. mleko ścina się szybko za dodaniem równej objętości alkoholu lub kilka kropel kwasu octowego); brudu niewiele; krochmalu, mąki i sody niema.

b) *mleko zbierane* całkowicie lub częściowo: śmietanki 0—3%; tłuszczu 1—2%; ciężar gatunkowy=1.031—1.034.

c) *mleko z domieszką wody* (różnica w ciężarze gatunkowym między mlekiem a surowicą znaczna).

d) *mleko zbierane i rozcieńczone wodą* (b—c).

e) *mleko rozcieńczone i obciążone* dla zamaskowania ciężaru mąką lub krochmalą (surowica jak c), mało tłuszczu, domieszki).

f) *mleko zawierające środki konserwujące*. ¹⁾

¹⁾ Przesyłając od czasu do czasu mleko do zbadania ściśłego w pracowni analitycznej, można dodawać małą ilość dwuchromku potasu, dwuchlorku rtęci, formolu, 1% chloroformu, o ile przesyłka odbywa się z dalszych stron w lecie; zwłaszcza dwa pierwsze związki są przydatne do przechowania mleka przez czas dłuższy (sody nie można w tym celu dodawać, jeżeli pracownia ma wykazać domieszkę sody w mleku, dokonaną przez kupca).

Śmietanka. Jakkolwiek lepszy gatunek śmietanki zawierać powinien około 25%, a gorszy około 15% tłuszczu, nie zdarzyło mi się jeszcze ani razu znaleźć nawet takiej „gorszej” śmietanki w sklepach i na rynkach łódzkich: w miejscowej odsetka tłuszczu jest zaledwie dwa razy większą, niż w mleku (przeciętnie 5 — 9%)!

Badając śmietankę, zwracamy przede wszystkim uwagę na barwę jej, smak, konsystencję i zapach. Przez określenie tłuszczu według wyżej opisanych sposobów—po uprzednim rozcieńczeniu śmietanki 4-krotną ilością wody—sprawdza się gatunek śmietanki, ewent. rozrzedzenie mlekiem lub wodą. W celu rozpoznania często spotykanych domieszek w śmietance, jako-to białka jaj, kredy, twarogu, sody i mąki, najprościej można postępować w sposób następujący. Przy zagotowaniu wypadają skrzepnięte płatki białka; wszystkie domieszki nierozpuszczalne, w tej liczbie kreda i twaróg opadają na dno w śmietance, rozcieńczonej 5-krotnie wodą i pozostawionej na pewien czas w probówce; sodę i krochmal określa się tak samo, jak w mleku.

Z wyjątkiem laseczników gruźliczych, których większa część osadza się na dnie w mleku, inne gatunki bakterii zarówno normalnych tlenowców mlecznych, jak i chorobotwórczych — grupują się przeważnie w śmietance (*Scheurlen i Wilckens*), która wskutek tego może być i bywa też często roznosicielem zarazy i przyczyną wielu chorób nagminnych. Jeżeli mleko powinno być zabezpieczone od możliwości rozpowszechniania zarazy, to tembardziej zdanie takie stosuje się do śmietanki.

W ciągu roku bieżącego zanotowałem z różnych pism kilkanaście endemicj i zbiorowych otruc mlekiem i produktami nabiałowymi: pierwsza z nich miała miejsce w Pawłogrodzie, druga w Charkowie, kilka ostatnich w Królestwie Polskiem. W kilku przypadkach przyczyna była wyjaśniona bakterjologicznie, inne pozostały nierozwiązane.

Co się tyczy takich zagadkowych przypadków, należy zwrócić uwagę na dwie, mało jeszcze bakterjologicznie zbadane przyczyny chorób. Pierwsza z nich to *afty*, czyli *zaraza pyskowo-racicowa*. Oto co mówi *Walkowski*, w „Przegl. lek.” 1899: „W ostatnich miesiącach roku 1899 pojawiła się w granicach mnie przydzielonego okręgu sanitarnego, tudzież w kilkunastu z nim sąsiadujących gminach wyżej wzmiankowana choroba bydła w dość znacznem nasileniu. W tym samym czasie zaczęły pojawiać się liczne, szczególnie u dzieci, zachorzenia, przypominające swym przebiegiem zapalenie jamy ustnej wrzodzikowe. Przypadków takich naliczyłem przeszło 20”. „Cztery wypadki infekcji, powstałej drogą spożywania surowego mleka od chorych krów” widział *Krajewski* w 1901 r. w Kaliszu. Jeżeli przypomnieć sobie takie epidemie, jak we Vieux Everle, gdzie zaraziło się 200 osób, lub w Bils w Anglii, gdzie prawie jednocześnie zapadło na chorobę aftową około tysiąca ludzi, należy zwrócić uwagę na zarazek, który dotychczas mało jest zbadany (drobnostrój *Loeffler-Frosch'a*) i przedostaje się do mleka z powierzchni wymion, z sierści, z rąk osób dojących, wreszcie z powietrza. Zauważono, że „w czasie epizootyci mleko krów zupełnie zdrowych może zawierać zarazek aft, przy zajęciu zaś wymion zarazek niewątpliwie zawiera się w gruczołach mlecznych, a zatem i w mleku” (*Krajewski*).

Aby określić, czy dane mleko jest zakażone zarazkiem aft, należy je szczepić przez rozcieranie w błonę śluzową małym zwierzętom, a najlepiej kurom.

Druga przyczyna „zagadkowych epidemii” polegać może na obecności w mleku i nabiale *beztlenowców*. Tymczasem powszechnie mało na nie zwracają uwagi.

Śmietana powinna być tłustą (29—30% tłuszczu), gęstą, niezbyt kwaśną, nie zapleśniałą, nie zepsutą, no—nie zafałszowaną! Rozcierając dobry produkt między palcami oraz próbując smak jego na języku, nie odczuwa się żadnych ziarenek, nierówności lub twardych cząsteczek, które wskazują na obecność domieszek (twarogu). Za pomocą prób chemicznych i mikroskopowej, (por. r. 26), jak w mleku i śmietance, można się przekonać o dobroci i świeżości śmietany. **Mleko kwaśne** należy odróżniać od kwaskowatego, niedokładnie sfermentowanego i niezupełnie skrzepniętego: pierwsze działa przeciwnie i zwalnia czynność jelit, drugie zaś, fermentując jeszcze w przewodzie pokarmowym, działa nań pobudzająco.

Sposobów badania wielu innych produktów mlecznych wymieniać nie będę, ponieważż przeważnie takowe produkują się z mleka na miejscu w szpitalu, jak naprz. maślanka, żętyca, mleko salepowe, tapioka i mondamin na mleku, mleko z dodatkiem odwarów śluzowych, mleczanek z pieczywa lub mąki, kaszka i ciasto na mleku: omówiłem już wyżej wszystkie używane w tym celu produkty.

Kefir i Kumys. Zasadniczej różnicy między kefirem a kumysem niema, chyba ta tylko, że ostatni pochodzi z mleka kobyłego, względnie rzadszego. Grzybki kefiru i kumysu posiadają zbliżone własności: wywołują fermentację mleczną i alkoholową z tworzeniem się kwasu węglanego oraz powodują przemianę kazeiny na acydalbuminę, hemialbumozę i pepton; z tego powodu sernik w danych produktach ścina się w postaci drobnych kłaczek, czem być może głównie warunkuje się wielka zdolność do wchłaniania kefiru i kumysu.

Mleko, używane do kefiru, musi być świeże, 2 — 3 godzinne po dojeniu, niezbyt tłuste (niektórzy radzą rozcieńczać wodą w ilości $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{4}$). Zbyt gęste i tłuste mleko nie szkodzi wprawdzie grzybkom, lecz daje mniej podatny kefir, który odstawia się w ciągu 6 godzin w chłodnym miejscu i z którego należy usunąć śmietankę i używać tylko w gotowanym stanie (Dmitriew). Świeże, niezepsute *grzybki kefirowe* są białe, elastyczne, wznoszą się na powierzchnię mleka nie później, jak w $\frac{1}{2}$ godziny po wrzuceniu; mikroskopowo przedstawiają obraz współżycia dwóch gatunków drobnostrojów (rys. 32). Podczas suszenia grzybków (przy t^0 nie wyżej nad 40^0 C), tracą one około 90% wody, zmniejszając się na wadze i nabierając wyglądu małych pomarszczonych ziaren prosa różnej wielkości i kształtu; w dotyku suszone grzybki są dosyć tłuste, twarde, nie elastyczne, przy nacisku rozpadają się na okrągławe kawałeczki. Mikroskopowe zmiany grzybków suszonych polegają na zmniejszeniu się objętości komórek, oraz zaniku postaci nitczkowatej bakterij kefirowych (rys. 32), natomiast biorą przewagę zarodniki: dzięki tym ostatnim suszone nie tracą zgoła swych własności fermentacyjnych do 2 lat. Nie można używać na kefir grzybków, które skwaśniały lub podległy t. zw. fermentacji mleczno-śluzowej. Pierwsze cechują się kwaśnym zapachem, szybko ścinają mleko, dając duże twarde kłaczki twarogu; kefir nabiera

nieprzyjemnego i kwaśnego zapachu i smaku, a przy staniu dzieli się na dwie warstwy—górną serwatkę i dolną w postaci gęstego osadu. ¹⁾ Grzybki kefirowe wtedy tylko mogą zachować swoje normalne własności, gdy obchodzić się z nimi będziemy nadzwyczaj skrupulatnie, przemywać co 2—3 dni na sitku czystą wodą, mieszając je srebrną łyżką. Jeżeli grzybki mają zbyt kwaśny zapach, to można usunąć takowy przez dodanie 1 łyżeczki sody na 3 szklanki wody, służącej do mycia ich, zgniłe i śluzowate grzybki trzeba oczywiście odrzucać.

W pracy niniejszej pominać muszę milczeniem konserwy mleczne i śmietankowe (Voltmer'a, Biedert'a), mleko roślinne Lahmann'a i niektóre inne preparaty, które dotychczas nie znalazły jeszcze prawa obywatelstwa w dyecie szpitalnej.

Masło i maślanka. Wyrób masła zasadza się na połączeniu w jedną masę kulek tłuszczowych, zawartych w śmietanie (p. rys. 29); płyn pozostały w kierzni nazywa się *maślanką* i odznacza się małą zawartością tłuszczu (0.5—0.9%, nie więcej nad 1%), ciężarem gatunkowym=1.023—1.035. Maślanka bywa niekiedy nienormalnie tłusta lub chuda, w pierwszym przypadku—gdy nie wybiorą dokładnie grupek masła z kierzni, w drugim—gdy zbyt wiele wody użyją do płukania masła; maślanka ze słodkiej śmietany psuje się bardzo prędko. Masło również szybko się psuje i jełczeje, jeżeli nie jest dobrze oddzielone (przez płukanie i wygniatanie) od maślanki, która wynosi około czwartej części na wagę zużytej śmietany.

W składzie swym niewiele się różni masło solone od niesolonego:

	<i>Solone.</i>	<i>Niesolone.</i>
Wody	12.50	14
Białka	0.50	0.80
Tłuszczu	84.50	83.50
Cukru mlecznego	0.60	1.50
Popiołów	1—6%	0.20

Zawartość wody w masle świeżem waha się w granicach między 10 i 15%, tłuszczu 80—85%, kwas i cukier mleczny, białko i popioły przeciętnie wynoszą 1.4%.

¹⁾ W takim zepsutym kefirze znajdowałem wielokrotnie *clostridium butyricum* w ogromnej ilości. Jeżeli mleko podległo *częściowej* peptonizacji pod wpływem bakterij peptonizujących, to sprawy rozkładowej w niem nie można usunąć przez *gotowanie* mleka: takie, nawet gotowane mleko może wywołać niezbyt żołądka i kiszek.

Wykonanie następujących badań ułatwionych może dać pojęcie o gatunkach i własnościach danego masła.

1) **Wygląd, barwa, smak.** Dobre masło ma wygląd jednolitej masy niezbyt miękkiej, bez wszelkich plamek i żyłek. Obecność tych ostatnich lub wygląd marmurkowaty znamionuje już zmiany, powstałe wskutek złego wygniecenia, użycia barwnika w proszku, domieszek sztucznych lub przypadkowych; nierównomiernie solone masło posiada ciemniejszą barwę i ziarna nierozpuszczonej soli w miejscach mocniej nasolonych. Gdy krowy w lecie karmią się zieloną paszą, masło ma żółto-żłocisty kolor i aromatyczny zapach ziół; w zimie zaś bywa białe i bez zapachu. Zimowy produkt bywa prawie zawsze zabarwiony sztucznie orleanem w większych mleczarniach, — sokiem z marchwi, szafranem lub kwiatem majówki w mniejszych. Takie zabarwienia są nieszkodliwe i dozwolone; bardziej przemyślni kupcy używają barwników szkodliwych (dinitrokrezol, chromian ołowiu i in.), ale to zdarza się rzadko.

Smak i zapach dobrego masła jest zupełnie czysty, świeży, swoisty. Zapach występuje intensywniej w maśle ogrzanem, roztopionem. Przy pewnej wprawie można w smaku odróżnić dobre masło od zjełdzałego (rozkład glicerydów), stęchłego lub nieświeżego (obecność pleśni, nieczyste utrzymanie obory, mleczarni i naczyń rys. 30—31), oleisto-gorzkiego (zepsuta maślanka, użycie starej śmietany), szmalcówato-tłustego (bakterye, żywienie krów nadmiernie tłustą paszą), rybiego (bakterye, nadmiar makuchów w pożywieniu krów), gorzkiego (wadliwa śmietana, zepsuta pasza, łubin).

Dość rozpowszechnionym u nas jest zwyczaj odmładzania starego lub zepsutego masła przez mycie w wodzie (z dodatkiem sody), a później w mleku lub rozcieńczonej śmietance.

2. **Domieszki mąki, krochmalu, kartofli tartych** określa się w sposób następujący. Do napełnionej do połowy wodą szerokiej probówki, ogrzanej aż do zagotowania wody, wrzuca się kawałek masła: gdy się roztopi, należy zlać z powierzchni tłuszcz, wyjąć z dna część osadu pipetką na szkiełko do badania drobnowidzowego, a do pozostałej części w probówce dolać (po uprzednim ostudzeniu!) kilka kropel t-ae jodi. Obecność wymienionych domieszek uwydatni się przez niebieskie zabarwienie płynu w probówce oraz stwierdzenie pod mikroskopem ziaren krochmalu, które też można zabarwić roztworem Lugola. Dzięki próbie drobnowidzowej (przy pow. 300 razy, rys. 29) odróżnia się, prócz tego, brud i inne domieszki przypadkowe.

3. **Próba Birnbaum'a.** Do probówki (rys. 7—8) lub cylindra z podziałkami (rys. 1) wlewa się zwolna słabo ogrzane, roztopione masło i potrzykuje się t⁰ przez zanurzenie probówki w ciepłej wodzie. Odsetka nie tłustych składników w dolnej części probówki nie przewyższa 15% w dobrem maśle; 20% lub więcej wskazuje na zły gatunek lub zafałszowanie.

4. **Nadmiar wody** wywiera wpływ szkodliwy na konserwowanie masła i znacznie obniża wartość produktu, który powinien zawierać jej nie więcej nad 10%. W razie obecności większej ilości

wody, występuje ona na powierzchni masła w postaci kropeł, zwłaszcza przy naciskaniu gładką stroną noża lub na powierzchni świeżo odciętego kawałka.

5. **Próba Orzechowskiego** (określenie soli kuchennej i margaryny). Zawartość soli kuchennej w różnych gatunkach masła waha się w granicach od 0 do 6%. Pragnąc zwiększyć wagę produktu, kupcy dodają doń dużą ilość soli z lodem lub wodą. Próba Orzechowskiego (z mojej pracowni) polega na równoczesnym określeniu % soli i obecności w danym maśle margaryny. Zasada jest następująca. Przygotować trzeba mieszaninę 3 cz. wysokoku na 7 części eteru i dodać kilka kropeł ługu. 1 grm. masła rozpuszcza się w 3 ctm. sześć. takiej mieszaniny, która od masła czystego nie mętnieje, a do rozpuszczenia 1 grm. innych tłuszczów (margaryny, łożu etc.) zużywa się conajmniej od 6 do 150 ctm. sześć. mieszaniny, która robi się przytem mętną. Sól opada w postaci osadu razem z cukrem mlecznym. Do próbówki, zwężonej i opatrzonej podziałką (rys. 3), wlewa się 3 grm. roztopionego masła i 9 ctm. sześć. mieszaniny alkoholu z eterem (3:7); górna część płynu zachowuje swą przezroczystość, o ile masło nie zawiera obcych tłuszczów; zmętnienie i stopień takowego wskazuje na ich obecność; odsetkę zawartej w maśle soli wskazują cyfry w dolnej części próbówki. Orzechowski zastosował w tym celu próbówkę z wydrążoną przykrywką, której objętość odpowiada 3 grm. masła.

Nie potrzebuję chyba nadmieniać, jak ważnem jest badanie masła ściśle bakteryologiczne, które jednak w praktyce szpitalnej jest obecnie niemożliwem.

Jaja kurze składają się jak wiadomo, ze skorupy, białka i żółtka. Pierwsze stanowi przeciętnie 11.5%, drugie 58.5%, trzecie 30% na wagę całego jaja. Przez skorupę mogą się dostać razem z powietrzem i bakterye gnilne i pleśnie i spowodować gnicie jaj. Przez wstrząsanie koło ucha przekonać się możemy, czy jaja są świeże (zawartość jest nieruchoma), czy też nieświeże lub zepsute (zawartość ruchoma).

Trzymając w dłoni obmyte od brudu jajko i patrząc przez nie na światło, widzimy tło zupełnie przezroczyste z ciemną obwódką lub też tło nieprzezroczyste z plamami: w pierwszym przypadku jaja są świeże, w ostatnim — zepsute.

Opierając się na ciężarze gatunkowym jaj (przeciętnie 1.087), określa się świeżość jaj sposobem Straucha przez zanurzenie ich po kolei w następujących 4 roztworach.

Roztwór. I.	{	Normalny roztwór: 120,0 soli kuchennej w 1 l. wody (ciężar gat. = 1.073)	{	Świeże jaja toną, nieświeże pływają.
Roztwór II.		$\frac{3}{4}$ litra I + $\frac{1}{4}$ litra wody (ciężar gat. = 1.055)		2—3 tygodniowe pływają, zwolna zanurzając się.

Roztwór III.	$\frac{1}{2}$ litra I + $\frac{1}{2}$ litra wody (cięż. gat. = I.037)	4 – 5 tygodniowe pływają, zwolnają zaczynają się.
Roztwór IV.	$\frac{1}{4}$ litra I + $\frac{3}{4}$ wody (cięż. gat. = I.018)	2 miesięczne toną.

Zachować jaja w świeżym stanie można w wodzie wapiennej lub słonej, w roztworze szkła wodnego, lub też przez pokrycie powierzchni tłuszczem, waseliną, collodium i t. d.

(Dokończenie nastąpi).



Korespondencje

Preny, w Kwietniu 1902.

Przyczynę rozwoju partactwa leczniczego upatruje wielu kolegów *w niedoskonałości medycyny.*

Do partaczy, mówią oni, udają się przeważnie ci, którym lekarze niepomogli, ludzie z t. zw. z chorobami nieuleczalnymi. Dajmy pomoc i zdrowie każdemu choremu, a partactwo zniknie!

Czy taki pogląd jest słuszny—pouczyć może tylko obserwacya życiowa.

Oto próbka takiej obserwacyi.

Poniżej przytaczam garść spostrzeganych przezemnie różnymi czasy czynów partackich; zaznaczyć tu winieniem, że pochodzą one z północnowschodniej części powiatu Maryampolskiego, gub. Suwalskiej.

I. W roku 1898 zgłosiła się do mnie kobieta, prosząc o udzielenie porady z powodu bólu w trzecim palcu lewej ręki; przy oględzinach okazało się, że II członek trzeciego palca lewej ręki przedstawia się w postaci całkiem nagiej, złamanej w dolnej $\frac{1}{3}$, części kości, którą w okolicy stawu otacza bujnie ziarnina. Z opowiadania chorej dowiedziałem się, że przed 4–5 tygodniami chora, złamawszy sobie palec, udała się do słynnego ze zdolności chirurgicznych zamężnego gospodarza M., który jej palec zbandażował. Po upływie kilku dni, cierpiąc bardzo z powodu bólu tego palca, zasięgnęła powtórnie porady u tego samego znachora; wynikiem tej porady było powtórne zbandażowanie złamanego członka; chora cierpliwie jeszcze przez trzy tygodnie znosiła ból. Na moją propozycyę wyluszczenia jej zmartwiałej kości—chora nie zgodziła się.

II. Ten sam znachor M. pewnej 40-letniej kobiecie tak opatrzył uległą powikłanemu złamaniu goleń, że okazała się potrzeba amputowania kończyny.

III. Złamanie gołeni u 28-letniego mężczyzny; tego samego dnia nałożyłem gipsowy opatrunek; na trzeci dzień znachor zdjął gips, nałożył leszczotki; kończyna zrosła się krzywo i przeszkadza w chodzeniu.

IV. Czteroletnie dziecko chore na błonicę gardzieli i krtani przywieziono do mnie w stanie beznadziejnym; na zapytanie, dla czego rodzice tak długo zwlekali z zasięgnięciem porady lekarskiej, otrzymałem odpowiedź, że przed czterema dniami udali się do aptekarza A., który leczył dziecko przez cztery dni; widząc jednak, że stan chorego bynajmniej się nie poprawia, zdecydowali się nareszcie zasięgnąć porady u mnie.

V. Przed kilku laty wezwany zostałem do zamożnego gospodarza, który, jak się okazało, miał ciężką flegmonę na lewej gołeni i stopie; ogólny stan chorego był względnie niezły. Widząc, że uratować chorego można jedynie przez operację, poradziłem rodzinie przewieźć Ojca do Pren. Tak żona jak i dorosły syn po długim wachaniu się zgodzili się nareszcie na moją propozycję i mieli nazajutrz przewieźć chorego do miasteczka; stało się atoli inaczej. Ekswojskowy felczer T., dowiedziawszy się od syna chorego o stanie zdrowia jego ojca, zaproponował swoje usługi, obiecując nie uciekać się wcale do noża. Oczywiście, propozycja taka bardziej przypadła do gustu; felczer wziął się do roboty; po dwóch tygodniach chory zmarł.

VI. Przed kilkoma miesiącami zgłosiła się do mnie młoda dziewczyna, córka zamożnego gospodarza; badanie wykazało ostro przebiegającą gruźlicę płuc i krtani, wywiady zaś ujawniły, że chorą od trzech miesięcy leczy ten sam felczer T., przyrzekając wciąż zupełne wyleczenie.

VII. W r. 1895 przyniesiono do mnie ze wsi nowonarodzone dziecko z rozlaną flegmoną powłok brzusznych i wydartym pępkiem; na zapytania, kto spowodował takie ciężkie obrażenie, otrzymałem odpowiedź: „babka wiejska, przecinając pępowinę nożem.“ Dziecko zmarło.

VIII. W roku 1897 wezwany zostałem na wieś do położnicy, którą znalazłem w stanie wysokiej niedokrwistości i mocno gorączkującą. Badanie wykryło, że przyczyną takiego stanu chorej było zatrzymane w szyjce macicznej łożysko, znajdujące się w stanie daleko posuniętego rozkładu. Poród przyjmowała baba wiejska, która śmiałość swoją posunęła do tego stopnia, że haczykiem (pogrzebaczem) i nożem rozkawałowała dziecko i takowe częściowo wyjęła; krwotok przy tem był ogromny; kiedy zaś mąż, widząc wielkie osłabienie chorej, wyraził chęć sprowadzenia lekarza, baba zapewniła, że wszystko obecnie jest już dobrze oraz, że lekarz jest zgoła niepotrzebny. Chora zmarła, sprawa zaś oparła się o sąd, atoli po sekcyi—na wyraźne życzenie męża zmarłej—umorzona została.

IX. W r. 1892 wezwany byłem na wieś do porodu; poród trwał szósty dzień, płód uległ zupełnemu gniciu do tego stopnia, że stercząca ze szpary sromowej rączka była zielona.

Mąż chorej objaśnił mnie, że zwłoka w wezwaniu lekarza pochodzi z tego powodu, iż za poradą kumoszek cztery dni z rzędu chodził do mieszkającej w Kownie homeopatki, która coraz to jakieś inne ziareczka mu dawała, zapewniając, że powinny pomódz. Widząc atoli że leki nie wywierają żadnego wpływu, zwrócił się nareszcie do mnie.

Pomimo rozległe dyflerytyczne naloty, którymi tak pochwa jak i wargi gęsto były usiane, chora po dokonanych przezemnie porodzie, po którym dwa razy dziennie stosowano przemywanie kwasem karbolowym, wyzdrowiała

X. W r. 1894 wezwany byłem do rodzącej; badanie wykazało pęknięcie macicy oraz urodzenie się płodu do jamy brzusznej. Poród przy poprzecznem położeniu płodu trwał dwie doby; do przyjęcia zaś takowego wezwana była domorosła „doświadczona“ babka, która *wszelkich dokładała usiłowań*, by poród szczęśliwie doprowadzić do końca.

Rozglądając się w powyższych danych widzimy, że w żadnym razie nie da się tu zastosować we wstępie wyrażone przypuszczenie; albowiem w 9 wypadkach nie znachor, lecz lekarz stanowił ostateczną instancję, do której chorzy uciekali się wówczas dopiero, gdy się przekonali o niedoskonałości rad udzielanych przez znachorów.

Co rzuciło chorych w ręce znachorów?

Przyczyny są różne. Odnośnie do przypadków I, II i III zaznaczyć muszę, że znachor, były wójt, człowiek bardzo zamożny i skąd inąd wcale niegłupi, cieszy się niemałym zaufaniem w okolicy, „rzemiosło“ zaś lekarskie uprawia od lat z górą dwudziestu z amatorstwa, za pomoc wynagrodzenia nie wymaga.

Taki partacz-dobroczyńca to najgorsza bodaj plaga, gdyż w obec § 99 Ustawy lekarskiej walka z nim jest wprost niemożliwa; nieudanych zaś kuracyi lud bynajmniej w rachubę nie bierze: nieudać się przecie każdemu może. Osobą M. otacza więc pewien urok, który ludowi imponuje i w obec którego wiele rzeczy uchodzi mu płazem.

W przypadku IV przyczyną udania się do aptekarza jest ta okoliczność, że ten za poradę nie wymaga żadnego wynagrodzenia, każąc sobie płacić tylko za leki.

Przypadki VII., VIII., IX i X mówią same za siebie.

Fr. Grodecki.



Towarzystwa Lekarskie

Towarzystwo Lekarskie Płockie.

Posiedzenie z dnia 31 Sztycznia 1902 r.

I) Ponieważ w dniu tym przypadała 30-letnia rocznica istnienia Towarzystwa Lekarskiego Płockiego i upłynęło 3 lata od chwili wyboru Zarządu, przeto Towarzystwo, zgodnie z ustawą, przystąpiło do wyborów nowego Zarządu.

Większością głosów wybrani zostali: prezes-kol. Zaleski, wiceprezes-kol. Kaszczenko, sekretarz-kol. Chmieliński, bibliotekarz-kol. Maciejsza, skarbnik-prow. farm. Szymański.

II. Prez. kol. P e r k a h l zaznaczył bolesną stratę, jaką Towarzystwo poniosło w ubiegłym trzyleciu przez śmierć ś. p. prezesa kol. Ehrlicha.

III.) Sekretarz kol. C h m i e l i ń s k i przeczytał sprawozdanie z działalności Towarzystwa za ubiegłe trzylecie.

W ciągu wspomnianego czasu Towarzystwo odbyło 20 posiedzeń zwyczajnych i 4 nadzwyczajne.

Posiedzenia zwyczajne odbywały się w ostatnim dniu każdego miesiąca za wyjątkiem 2 letnich miesięcy (Czerwiec i Lipiec). Treścią ich były przeważnie opisy i demonstracje ciekawszych przypadków z praktyki prywatnej i szpitalnej, odczyty i nowe projekty.

Szczegółowo odczytane lub opowiedziane były:

a) Przypadki z praktyki prywatnej i szpitalnej:

- 1.) dr. P e r k a h l: demonstracja chorego, dotkniętego tężyczką;
- 2.) dr. Z a l e s k i: demonstracja chorej z torbielą dermoidalną, wielkości wiadra, na prawym pośladku;
- 3.) dr. P e r k a h l: „O wyleczalności suchot płucnych“ z demonstracją wyleczonego chorego;
- 4.) dr. Z a l e s k i — „kilka przypadków cierpienia płuc przy malarji, symulujących objawami klinicznymi gruźlicę“;
- 5.) dr. Z a l e s k i — demonstracja bąblowca wątroby, wyłuszczonego pomyślnie przez demonstranta.
- 6.) dr. J u r z y ń s k i — „ciężki przypadek porodu z powodu wodogłowia u płodu“;
- 7.) dr. C h m i e l i ń s k i — „nagła śmierć po użyciu do wewnątrz eteru“;
- 8.) dr. Z a l e s k i — „Salpingitis purulenta“ — przypadek operowany przez tegoż;
- 9.) dr. M a c i e j s z a — demonstracja chorej po extirpatio canceroidis palpebrae super. i transplantatio błony śluzowej pochwy w braku łącznicy powiek;

10.) dr. M a z o w i e c k i—„zranienie pęcherza moczowego przy wyłuszczeniu macicy przez pochwę“ — wyzdrowienie bez nałożenia szwów.

b.) odczyty.

1.) dr. fil. M a j e w s k i—„O sacharynie i sposobach jej wykrycia w produktach spożywczych“;

2.) dr. fil. M a j e w s k i—„O sposobach zbierania błon dyfterytycznych do badań drobnowidzowych“, z demonstracją specjalnych przyrządów.

3.) dr. Z a l e s k i—streszczenie pracy d-ra Krajewskiego „Deruptura uteri“ z powodu wypadku pęknięcia macicy podczas porodu, operowanego w szpitalu Ś-tej Trójcy w Płocku.

4.) dr. P e r k a h l—„O gruźlicy w Płocku“.

5.) dr. P e r k a h l—„Obowiązujące przepisy w Prusiech o zawiadomianiu policyi o chorobach zakaźnych“.

6.) dr. Z a l e s k i—„Gruźlica i walka z nią“—odezyt popularny, wygłoszony przez autora publicznie; dochód czysty z odczytu tego włączony do kasy Towarzystwa.

7. dr. Zaleski—„Projekt pomocy lekarskiej gminnej na tle obecnej organizacji Płockiej“ (odezyt ten był umieszczony w „Czasopiśmie Lek.“)

c) Projekty:

dr. Z a l e s k i—„Projekt urządzenia w Płocku przytułku położniczego“ przedstawiony władzy przez Płockie Towarzystwo Dobroczynności.

W ciągu ubiegłego trzylecia Towarzystwo liczyło członków, opłacających składki:

w r. 1899 — 16

1900 — 15

1901 — 17

Dochód w roku 1899 — 87 rb.

1900 -- 75 rb.

1901 (z remanentem)—100 rb. 12 $\frac{1}{2}$ kop.

wydano w 1901 92 rb. 50 kop.

Pozostało w kasie na r. 1902 — 7 rb. 62 $\frac{1}{2}$ kop.

Dotychczasową składkę roczną, wynoszącą rb. 5, postanowiono podnieść do rb. 6.

Czasopism lekarskich w czasie sprawozdawczym Towarzystwo prenumerowało 11.

Postanowiono prenumerować, nadal: 1.) Krytyka Lekarska, 2.) Nowiny Lekarskie, 3.) Pamiętnik Tow. Lek., 4.) Czasopismo Lekarskie, 5.) Kronika Lekarska, 6.) Zdrowie, 7.) Archiwum prac lek. polsk., 8.) Przegląd chirurgiczny, 9. „Wracz“ 10.) „Farmacewt“, 11.) La semaine medicale, 12.) Wiener medicinische Wocnenschrift.

IV.) Na zakończenie posiedzenia kol. Zaleski odczytał pracę: „O celach i zadaniach prowincjonalnych towarzystw lekarskich:“

Obecnie pracownicy wszelkich zawodów, łącząc się w grupy, tworzą stowarzyszenia, by w ten sposób wykonywanie swych obowiązków zawodowych sobie ułatwić; ułatwienie to dzieje się w różnych kierunkach. A więc: doskonalenie się w zawodzie, dopomaganie w pracy swym członkom, czy to jako zapewnienie im możliwości pracy, czy w postaci pomocy w razie nieprzyjaznych warunków życiowych. Powstają wtedy takie towarzystwa, syndykaty raczej, które, mając na względzie li tylko materialne dobro swych członków, uwagi nie zwracają na dobro ogólne — przeciwnie,—wbrew temu dobru interesy własne jedynie mają na celu, wręcz ze szkodą dobra ogółu. Stowarzyszenia te, dążąc do wyzysku swych współobywateli, cieszyć się nie mogą sympatya.

Nasze towarzystwa lekarzy na pierwszym planie stawiać zwykły dobro społeczne; wszelkie interesy korporacyjne—mają na planie drugim; dobro ogółu to ich cel główny.

Bez wątpienia, w panujących obecnie dążeniach do zrzeszania się jest wielka racya: gromada, to siła. Z tego względu towarzystwa lekarzy mają wielką swą rację, idzie tylko by jasno wytknąć sobie ich cele, ich zadania i środki, którymi rozporządzają.

Dawniejsze towarzystwa przy uniwersytetach i akademiach—to warsztaty nauki lub jej muzea, z których rozchodziły się idee postępu w dziedzinie medycyny. Cel naszych towarzystw prowincjonalnych z natury rzeczy musi być inny. Nie do nas należy inicjatywa w postępie nauki; na to brak nam środków pomocniczych, brak pracowni, klinik, brak odpowiednich instytucji naukowych. Towarzystwa nasze składają się z lekarzy — praktyków, którzy ani środków, ani czasu nie mają, by zajmować się rozwojem i rozstrzygnięciem nowych zagadnień nauki, mają natomiast inne ważne zadania.

By towarzystwa te odpowiadały swemu zadaniu, przyniosły odpowiedni pożytek, potrzeba, byśmy świadomi byli celów i środków do ich urzeczywistnienia, byśmy jasno i wyraźnie zdawali sobie sprawę z tego, czego oczekiwać nam należy od towarzystwa, jednym słowem: jasno postawić trzeba program prac naszych.

Biorąc za punkt wyjścia nasze Płockie tow. lekarskie, ustawa którego jest bardzo obszerna i działać nam pozwala w bardzo szerokich granicach, wyznać musimy, że vegetuje ono i widocznych oznak jego istnienia jakoś nie widać. Frekwencya członków na posiedzeniach naszego towarzystwa jest niska, często one do skutku nie dochodzą z tego powodu, co dowodzi, iż widocznie nie daje ono odpowiedniej stawy duchowej a czas poświęcony na zebrania przez wielu uważany jest za stracony.

Od kogo i czego to zależy?

Uderzmy się w piersi i powiedzmy: od nas samych! My tylko sami ożywiać możemy zebrania nasze, zdziałać, by ogół kole-

gów garnał się na posiedzenia, a stać się to może wtedy jedynie, gdy każdy przekona się, że czasu na marne nie użył. My wszyscy czujemy przecież, że towarzystwo jest nam bardzo potrzebne, ale czujemy także zarazem, że braku mu czegoś!

Uwidocznijmy więc sobie braki nasze, przedstawmy sobie jasno zadania, a wtedy dopiero nastąpić może poprawa tych stosunków.

Jakiemiż więc winny być cele i zadania towarzystwa?

Zadania te są rozmaite, jak rozmaitemi są zadania lekarza-praktyka.

Lekarz każdy przy wykonywaniu obowiązków swego zawodu zastanowić się musi w początkach zaraz nad stosunkiem swym: 1) do chorego 2) do nauki 3) do ogółu i 4) nakoniec—do swych współtowarzyszów. Powinien określić sobie wspomniane stosunki i w ciągu życia całego dążyć do możliwego udoskonalenia się, by obowiązki, z powyższych względów wpływające, pełnić mógł jak najlepiej, z jak największym pożytkiem.

Towarzystwa lekarskie za główny cel swój mieć winny pomaganie poszczególnym członkom swoim w doskonaleniu się w tych kierunkach.

A zatem, co do punktów 1 i 2, najważniejszym jest stosunek lekarza do chorego i do nauki, co jedno z drugim jest nierozdzielne. Pomoc w chorobie jest pierwszym i najważniejszym obowiązkiem lekarza, — a zależy sumienne jej spełnienie od wiedzy lekarza i umiejętności jej zastosowania.

Tu zadaniem towarzystwa będzie pomoc w doskonaleniu się jego członków. Dziś, przy ogromie naszej nauki, rzeczą jest niemożliwą każdemu zdołać za jej postępem w całej rozciągłości i tu właśnie jasny cel przed nami. Każdy członek niechaj dzieli się z towarzyszami swą wiedzą i doświadczeniem. Jeden więcej biegłym jest w tej dziedzinie, inny w innej; jeden od drugiego czegoś nauczyć się może, i to nietylko łatwiej niż z książek, lecz wprost w wielu razach tylko w ten sposób,—boć wiemy, że z książek wielu rzeczy wcale nauczyć się nie można. To dydaktyczne zadanie towarzystwa zapewne jest najważniejszym w naszym położeniu.

Dalej, zjawiają się dla kogoś kwestye wątpliwe; te łatwiej rozstrzygnąć, rozjaśnić się dadzą w miejscu i okolicznościach, kiedy usłyszeć możemy zdania więcej kompetentnych w danym razie kolegów.

Następnie, zadaniem tow. lekarskiego winno być ułatwienie czytelnictwa, a więc nietylko ułatwienie w dostarczaniu czasopism specjalnych i książek, ale i odpowiedni ich wybór, co dla pojedynczego osobnika jest rzeczą trudną nietylko ze względów materialnych,—ale, by wybrać to, co rzeczywiście godnem jest czytania, by nie marnować napróżno drogiego czasu. Tu wobec ogromu piśmiennictwa lekarskiego, wielkie znaczenie miałoby obrabianie sprawozdań z postępów w różnych gałęziach naszej nauki przez członków bliżej obznajmionych z daną kwestyą.

Dalej, w towarzystwie uwzględniane być winny szeroko spostrzeżenia z praktyki własnej, mogące rzucić światło na jakąś niewyjaśnioną sprawę. Tu należą demonstracje chorych, demonstracje instrumentów, preparatów.

Następnie towarzystwa zaopatrywać się mogą wspólnym kosztem w droższe przyrządy lekarskie, niemożliwe do nabycia przez pojedynczego członka. Tu należeć będą wreszcie wszelkie inne sprawy, wyniknąć mogące z obcowania grona osób, przenikniętych jedną idea, jednym dążeniem.

Co do punktu 3-go, stosunku do publiczności, do ogółu, to obowiązkiem tow. lek. jest z jednej strony szerzenie zdrowych pojęć z dziedziny higieny i lecznictwa, a z drugiej — badanie warunków higienicznych i sanitarnych danego środowiska, a więc: krzewienie żywym słowem, za pomocą odczytów, czy też za pomocą broszur lub odezw odpowiednich wiadomości; powtóre: poznanie warunków zdrowotnych, a więc statystyczne dane co do zachorowalności, urodzeń, rozprzestrzeniania się chorób zaraźliwych i przyczyn tego, wyszukiwanie środków zaradczych i t. d. i t. d., jednym słowem, legion cały prac różnych w tym kierunku leży przed nami. Zbadanie różnych tych okoliczności przechodzi siły jednostki, tu zrobić coś może tylko systematyczna praca zbiorowa. Tow. lekarskie wskazywać winny społeczeństwu słabe jego strony, przyczyny tego i sposoby zaradzenia złemu. Zapewne, nie w możliwości one będą złemu często zaradzić, — ale już samo wskazanie stron słabych zwróci uwagę na zło i przez to samo łatwiej doczekać się będzie można pomyślnego rozwiązania. Nie wolno nam się wymawiać brakiem władzy, my raczej zrobić powinniśmy, co do nas należy, i mieć pod tym względem sumienie czyste. Ileż to razy słyszeć się daje w publiczności zdanie, w razie jakich zaniedbań czy to pod względem czystości produktów spożywczych, czy innych spraw: „dla czego lekarze temu nie zaradzą“, a chociaż lekarze istotnie mocy tu nie mają, niech jednak zwracają uwagę tych, którzy powinni być informowani przez organy kompetentne, by wiedzieli, co i jak przeprowadzić należy. Ustawa naszego tow. zaleca to wyraźnie i tow. ma do tego nie tylko prawo, ale i obowiązek.

Pozostaje nakoniec stosunek do kolegów — kwestya etyki. Etyka może być tylko jedna, wszystkich ludzi obowiązująca, mająca na celu dobro ogółu, i innej etyki dla lekarzy być nie może. Są jednak pewne specjalne stosunki, czy to między lekarzami, czy z pacjentami, które wymagają specjalnych przepisów. Tu tylko powaga zgromadzeniu ustalić może sposoby postępowania i wpływać skutecznie na jednostki odporne. Wreszcie, zawsze mając na względzie ogólną, nie jakąś specjalnie lekarską etykę, towarzystwo tylko mieć może powagę, by członków trzymać w pewnych korbach, — tu groza odpowiedzialności przed towarzystwem zrobić może bardzo dużo.

Zadań więc przed nami wiele! Otrząśnijmy się jeno z apatii, weśmy się zgodnie do pracy, a wtedy powiedzieć będziemy

mogli, że czynimy rzecz dobrą, że wiernie służymy, wedle sił, swemu społeczeństwu.

Posiedzenie z d. 28 Lutego 1902 r.

I.) Prezes kol. Zaleski zaproponował, aby protokoły posiedzeń Towarzystwa Lekarskiego Płockiego były zamieszczane w „Czasopiśmie Lekarskim,” jako organie towarzystw lekarskich prowincjonalnych. Wniosek ten jednomyślnie został przyjęty.

II.) Na propozycję prez. kol. Zaleskiego Towarzystwo zdecydowało prosić niektórych kolegów (w liczbie 17) z miast i osad gubernii Płockiej na członków-korespondentów Towarzystwa Lekarskiego Płockiego.

III.) Tow. Lek. Płockie postanowiło zapisać się w poczet członków Towarzystwa Hygienicznego w Warszawie.

IV.) Postanowiono urządzić cały szereg popularnych odczytów; w tym celu wybrano komisję, która ma opracować projekt i treść odczytów, nie kępując jednakże prelegentów obiorem tematów.

V.) Z powodu braku w miejscowym szpitalu Ś-tej Trójcy oddziału dla zakaźnych chorych, zdecydowano wystąpić do władzy z projektem utworzenia takowego i w tym celu obrano komisję.

VI.) Wybrano komisję, która ma orzec, czy domy publiczne (dotąd ich niema w Płocku) są w Płocku potrzebne, czy nie, gdyż kwestya ta jest dziś u władz na porządku dziennym.

VII.) Kol. Zaleski opowiedział przypadek operowanej przez niego torbieli wielokomorowej jajnika u kobiety 66-letniej, zakończony wyzdrowieniem. Przytem kol. Z. demonstrował ów okaz torbieli, wagi 20 funt., zawierający wewnątrz koloidalną masę.

VIII.) Kol. Mazowiecki odczytał pracę „Lacto-salpinx duplex” z powodu 33-letniej chorej z pyosalpinx sin. i hydrosalpinx dex.; chora ta w styczniu roku bież. była operowana przez kol. M. z dobrym wynikiem per laparotomiam.

m. Płock, data stempla pocztowego.

Sekretarz J. Chmieliński.



REFERATY

Alwin Bielefeldt. Wpływ ubezpieczenia robotników niemieckich na zwalczanie suchot płucnych. Dane statystyczne z lat 1891—5 obejmujące 158462 osoby, pobierające rentę, wykazały, że

1) z pośród robotników pracujących w hutnictwie, górnictwie, budownictwie, tudzież w zakładach przemysłowych więcej niż połowa inwalidów w wieku od lat 30 cierpi na suchoty;

2) stosunki te wśród robotnic w wieku od 20 do 24 lat są równie opłakane, w wieku zaś od 25 do 29 lat są nieco lepsze; w każdym jednak razie i tu prawie połowa kobiet dzięki gruźlicy staje się do pracy niezdatną;

3) robotnicy zajęci w rolnictwie i leśnictwie w wieku od 20 do 24 lat dostarczają 350 suchotników na każdy 1000;

4) wreszcie, wśród robotników wszelkich innych gałęzi przemysłu w wieku od 20 do 30 lat na 1000 osób przypada 450 suchotników, gdy tymczasem na 1000 kobiet zaledwie 250 dotkniętych gruźlicą płuc.

Ponieważ ogólnopanstwowa statystyka niemiecka poucza, że na 100 zmarłych w wieku od 15 do 60 lat w 33 przypadkach przyczyną śmierci jest gruźlica, zarząd przeto ubezpieczeniowy przyszedł do wniosku, że walka z gruźlicą stanowić winna jedno z najpilniejszych, oraz najbardziej w skutki owoconych, zadań jego; a że według brzmienia § 12 ustawy przysługuje mu prawo przez zastosowanie zabiegów leczniczych zapobiegać niedoleństwu, więc z biegiem czasu coraz to częściej zaczęto korzystać z tego przywileju tak, że już ku końcowi 1900 roku na cel powyższy wydatkowano przeszło 17 milionów marek, przyczem z liczby tej w roku 1900 aż 3,766,761 marek wydano na walkę z gruźlicą.

Na takie pocieszające rozwinięcie zabiegów czysto leczniczych przez towarzystwa ubezpieczeń nie mały wpływ wywarł państwowy urząd od ubezpieczeń, który już w r. 1896 zwrócił uwagę na doniosłość walki z gruźlicą. I oto dzięki wspólnym usiłowaniom do walki z tą plagą ludzkości powstały 3 instytucje:

I. Niemiecki komitet centralny do urządzenia uzdrowisk dla chorych piersiowych.

II. Berlińsko-brandenburskie towarzystwo uzdrowisk dla chorych piersiowych.

III. Towarzystwo uzdrowisk ludowych Czerwonego Krzyża (uzdrowisko w Grabowsee).

W obec tak pomyslnych warunków państwowy urząd ubezpieczeniowy zaproponował odnośnym towarzystwom, by przy współudziale kas dla chorych, tudzież gmin, zechciały korzystać z nowozałożonych uzdrowisk, umieszczając w nich rokujących pewne nadzieje na wyzdrowienie chorych, którym wraze pomyslnych wyników leczenia możnaby zmniejszyć wysokość wypłacanej renty. Powodzenie, jakiego doznała propozycja powyższa, jest znane: Gdy do tego jeszcze towarzystwa ubezpieczeniowe rozmaitym związkom zaoferowały nisko oprocentowane pożyczki na budowę uzdrowisk, cała sprawa żywszym tempem posuwać się naprzód zaczęła, ale na właściwe tory weszła dopiero z chwilą, gdy prawo z r. 1900 zniosło wszelkie ograniczenia, krępujące dążności lecznicze towarzystw ubezpieczeniowych. I dzięki temu dziś już nie tylko zagrożonych niezdolnością do pracy, ale nawet uznanych inwalidów, o ile ci rokują jeszcze pewną nadzieję na poprawę zdrowia, towarzystwa ubezpieczeniowe mogą umieszczać w uzdrowiskach, szpitalach, różnych zakładach leczniczych i kąpielowych. Ze zaś przytem chory nie ponosi nawet kosztów podró-

ży, więc nawet najbardziej ubodzy mogą obecnie zdrowie odzyskiwać; przymus nie istnieje, wszakże mają towarzystwa ubezpieczeniowe prawo wywierać pewien wpływ na decyzję chorych, mianowicie: gdy chory bez poważnych powodów nie zechce poddać się leczeniu, towarzystwo może na pewien czas cofnąć mu całą lub pewną część renty.

I dzięki temu suchotnicy zwłaszcza opuszczają dziś uzdrowiska dopiero wtedy, gdy im na to lekarz zezwoli.

Troszcząc się o samych chorych, nie zapomniał prawodawca i o ich najbliższem otoczeniu, zobowiązując towarzystwa ub. do wypłaty rodzinie chorego pewnej zapomogi. Nakaz ten wpłynął nadzwyczaj dodatnio na przebieg samego leczenia, chory bowiem dziś nie potrzebuje się troszczyć o to, czy też jego najbliżsi mają dach nad głową i kęs chleba, więc pełen otuchy i spokoju może w uzdrowisku pozostawać dopóty, dopóki tego stan jego zdrowia wymaga. Gdzie zapewniona przez prawo zapomoga okazuje się niedostateczną, tam z pomocą wkracza dobroczynność, starając się nie tylko o zapewnienie zachwianego chwilowo bytu, ale i o usunięcie we właściwym czasie zagrażających zdrowiu szkodliwości. Dla ułatwienia tej działalności państwowy urząd od ubezpieczeń okólnikiem z dnia 27 Maja 97 r. uprawnił wspólność działania towarzystw od nieszczęśliwych wypadków i ubezpieczeń z organizacją ojczystego związku kobiecego, mającego na celu opiekę nad chorymi, dzięki czemu liczne stacje pielęgarskie zaczęły otrzymywać stałe zapomogi roczne, co znowu znakomicie wpływa na szerzenie się tej wybornej instytucji, która zwłaszcza na wsi, gdzie pomoc lekarska nie zawsze bywa na miejscu, oddaje ludności nieocenione usługi. Szczególnie dobroczynny wpływ wywarły dążności lecznicze towarzystw ub. na stan kas dla chorych, które dotąd wobec gruźlicy były bezsilne, musiały bowiem ponosić olbrzymie wydatki; dosyć powiedzieć, że niejeden chory otrzymywał na leczenie tudzież inne wydatki do 1000 marek zapomogi rocznej! Zrozumiałym jest przeto pochop; z jakim kasy owe śpieszą z pomocą towarzystwom ub. starając się, by każdy podejrzany o gruźlicę osobnik ulegał jaknajstaranniejszemu badaniu lekarskiemu. Ale i tu państwo wyciąga swą dłoń pomocną, zobowiązując kliniki do bezpłatnego badania płwocin chorych. Wszystkie powyższe usiłowania wytrwale dążą do tego, by do uzdrowisk dostać się mogli chorzy w jaknajwcześniejszym okresie choroby. Dla całości obrazu dodać winniśmy, że wszystkie wyżej wyszczególnione towarzystwa dobroczynne nie pomijają żadnej sposobności do pouczenia swych członków o całej groźbie gruźlicy tudzież o środkach walki z nią: w tym to właśnie celu rozchodzą się całe miliony rozprawek omawiających gruźlicę, jakoteż urządzają się odczyty popularne tej samej sprawie poświęcone. A jednocześnie wracający do domu z uzdrowisk ozdrowieńcy, poznawszy tam całą wartość dla zdrowia urządzeń higienicznych i przejąwszy się nimi, żywem słowem rady drukowane stwierdzają, przed szkodliwościami rozmaitemi przestrzegając nie tylko najbliższe otoczenie, ale szerokie koła krewnych i znajomych. Co za budujący obraz!

W ostatnich latach na pomoc leczeniu w uzdrowiskach przyszło jeszcze pielęgnowanie ozdrowieńców w zdrownicach (Genesungs-Häuser), oraz zakładach przeznaczonych na wypoczynek. Obydwa te rodzaje zakładów obok chronicznych chorych czynią wiele dobrego suchootnikom.

Oto są środki do bezpośredniej walki z suchotami zdążające. Po za tem jednak przyczyniają się towarzystwa ub. do walki z gruźlicą i pośrednio w ten mianowicie sposób, że kapitał przeznaczony na wypłatę rent, chwilowo jednak niewymagalny, obracają przede wszystkim na budowę zdrowych mieszkań dla robotników, a to bodaj że jest najlepszy, najpewniejszy środek przeciwko gruźlicy.

Nawet i tam, gdzie środki zapobiegawcze lub lecznicze nic już zdziałać nie są w stanie, ubezpieczenie robotników stanowi istotne dobrodziejstwo dla biednych suchotników, tudzież ich rodzin. Ponieważ jednak stowarzyszeniom ub. przysługuje prawo budowania przytułków dla inwalidów, w których mogą znaleźć bezpłatną opiekę inwalidzi, zrzekający się renty w gotówce, więc dzięki temu nawet nieuleczalni suchotnicy mają zapewnioną opiekę aż do śmierci, rodziny zaś ich zabezpieczone są od zarażenia się. Przytułki tego rodzaju założyło już kilka towarzystw ub., ale dopiero dłuższa praktyka wykaże, czy instytucje te znajdą szersze rozpowszechnienie. Jak się to już wyżej rzekło, leczenie robotników dotkniętych suchotami odbywa się w specjalnych uzdrowiskach. W roku 1900 z liczby 11094 chorych 8942 szukało zdrowia w sanatoryjach, 1431 w zakładach kąpielowych i 653 w szpitalach.

Liczba uzdrowisk rośnie z każdym rokiem; obecnie w Niemczech istnieje już 33 uzdrowiska ludowe i 16 zakładów prywatnych. W najbliższej przyszłości ma być otwartych 19 uzdrowisk ludowych. Dla 17 zaś są już wygotowane projekty. Przyjmując, że każde łóżko w uzdrowisku może służyć dla 4 chorych rocznie, otrzymamy, że Niemcy rozporządzają co rok 20000 łóżek dla samych tylko chorych piersiowych.

Leczenie w uzdrowiskach polega na stosowaniu zabiegów higienicznych i dyetycznych, jako to: świeżego powietrza, obfitego odżywiania, racjonalnego pielęgnowania skóry, wreszcie wdrażania chorych do przestrzegania zasad higieny.

Koszta leczenia z nielicznymi wyjątkami pokrywają towarzystwa ubez., tudzież kasy dla inwalidów, w ostatnim jednak wypadku czas leczenia jest ograniczony do 13 tygodni. Przeciętny koszt leczenia każdego chorego wynosił

w roku	1897	1898	1899	1900
mężczyzni:	296,00 marek	307,50	310,31	345,13
kobiety	350,44	340,95	318,04	321,12
Utrzymanie zaś dzienne kosztowało:				
mężczyzni:	4,05 m.,	4,20	4,25	4,78
kobiety	4,04	4,12	4,03	4,0

Czas trwania leczenia w przeciągu 4 lat wynosił przeciętnie 73—72 dni dla mężczyzn i 87—80 dni dla kobiet.

Wyniki leczenia w ciągu lat 97—900 przedstawia następująca tabliczka:

Grupy chorobowe i płeć osób stale leczonych od suchot płucnych.	Na 100 leczonych osób				Na 100 leczonych i poddanych kontroli osób										
	Ku końcowi leczenia otrzymano wyniki wyłączone niedotęstwo				Otrzymany w r. 1897 wyniki trwał				Otrzymany w r. 1898 wyniki trwał			Otrzymany w r. 1899 wynik trwał		Otrzymany w r. 1900 wynik trwał	
	W roku				K u k o ń c o w i r o k u										
	1897	1898	1899	1900	1897	1898	1899	1900	1898	1899	1900	1899	1900	1900	
	Kobiety i mężczyźni	68	74	74	72	61	43	29	28	68	45	40	67	49	67
mężczyźni	68	74	74	72	60	41	27	26	68	44	38	67	48	67	
kobiety	68	73	73	73	64	50	36	36	69	48	44	67	52	68	

Uważne rozejrzenie się w przytoczonych danych dowodzi, że z każdym rokiem wyniki leczenia są coraz to pomysłniejsze, zwłaszcza u kobiet.

Oto w głównych zarysach rezultaty, do jakich doprowadziła walka z gruźlicą, zapoczątkowana przez towarzystwa ubezpieczeń robotników niemieckich, do których się przyłączyły gminy kasy dla chorych, towarzystwa dobroczynności, wreszcie osoby prywatne. Podobnym wynikiem nie może się dotąd żaden inny naród poszczycić!

Die Krankenpflege 1901—2 z. 3.

Fr. Grodecki.

G. König. Mały szpital. Chcąc wybudować mały szpital wiele rzeczy wypadnie wziąć pod uwagę, a więc: położenie i własności gruntu, rozplanowanie budowli, urządzenie zewnętrzne i wewnętrzne, szczególnie zaś koszt budowli, utrzymania i pielęgnowania chorych.

Pierwsza kwestya, następująca się przy budowie małego szpitala, polega na rozstrzygnięciu pytania, ile łóżek powinien on mieścić. Odpowiedź zależy od tego, azali do projektowanego szpitala mają być przyjmowani wszyscy bez różnicy chorzy, czy też z wyjątkiem dotkniętych pewnymi chorobami zakaźnymi, dla tych bowiem potrzebne są osobne zabudowania, znacznie zwiększające koszty budowy. Zwykle ostracyzmowi ulegają ciężkie choroby zakaźne; miejsce jednak dla chorych na dur, odrę, płonicę i błonicę zawsze powinno być zarezerwowane. Dalej, przy obliczaniu liczby potrzebnych

łóżek kierować nami powinna ta okoliczność, że w okolicach przemysłowych, fabrycznych liczba chorych jest znacznie większa, niż w tych stronach, gdzie lud oddaje się rolnictwu. Wahania w tym względzie są nader znaczne; gdy bowiem w Poznańskiem na każde 10.000 ludności przypada 66 chorych, w Berlinie liczb ta wznosi się do 422, w Westfalii spada na 189, w Prowincyi Reńskiej—185, na Szlązku i w Hessen-Nassau—165, w Hanowerze 127, w Prusiech Wschodnich 122 i na Pomorzu 111.

Wielkość placu pod budowę zależy całkowicie od obszaru zamierzonych budynków, w każdym jednak razie nie powinna być mniejsza od 200 metrów na każde łóżko, na cały zaś szpital 50 arów (morga). Jeżeli szpital ma być połączony z niewielkiem gospodarstwem, które by dlań dostarczało produktów ziemiańskich, w takim wypadku plac musi być znacznie większy, budowle zaś na nim należy rozmieścić w ten sposób, by ozdrowieńcy mogli znaleźć odpowiednie do swych upodobań zajęcie. Plac pod budowę szpitala wybrany powinien być zaciszny, a jednak przewiewny, wystawiony na słońce i od ostrych wiatrów zasłonięty; dla ułatwienia przewozu chorych powinien leżeć w pobliżu miejsc zamieszkałych, na gruncie o ile można żwirkowatym lub piaszczystym, o dobrym spadku; niezbędny warunek stanowi bliskość dobrej wody do picia; woda gruntowa nie powinna stać wyżej nad 50 cm. pod podłogą piwnicy.

Nawet najmniejszy szpital oprócz sal dla chorych powinien posiadać następujące pomieszczenia: 1) pokój dzienny dla ozdrowieńców, 2) salkę operacyjną, 3) pokój do odurzania, 4) pokoje dla służby oraz pielęgnarzy, wreszcie 5) pokoje gospodarcze jako to: kuchnię, pralnię, suszarnię, skład na rzeczy i bieliznę chorych, piwnicę, spiżarnię, pokój do maglowania i prasowania, jednym słowem wszelkie lokale niezbędne w porządnie prowadzonym gospodarstwie.

Jak wiadomo, szpitale bywają kurytarzowe, pawilonowe i barakowe; otóż dla małych szpitali nadaje się jedynie system kurytarzowy, — przyczem budynek powinien być piętrowy, gdyż w ten sposób najłatwiej można rozdzielić obiedwie pięci.

Ponieważ pokoje dla chorych powinny być słoneczne, należy więc korpus szpitalny wybudować w ten sposób, by nawet podczas zimy słońce zaglądało doń choć przez parę godzin.

Przeźroczność wymagalna na każde łóżko powinna wynosić 35 m. ³, co przy wysokości 3.9 m. wymaga 9 m. ² podłogi; minimalna powierzchnia świetlna nie powinna być mniejsza nad 1.5 m. ² na każde łóżko; drzwi mają posiadać taką szerokość, by przez nie można było swobodnie przenieść łóżko.

Przy budowaniu trzeba usilnie dążyć do tego, by stworzyć warunki jaknajmniej podatne do nagromadzenia się zarazków, tudzież jaknajbardziej ułatwiające usuwanie takowych. Z tego względu sufity powinny być gładkie, ściany równo wytynkowane, i gdzie na to pozwolą środki, pomalowane farbą olejną lub emaljową i tylko w ostatcznym razie wybielone wapnem; w ostatnim jednak wypadku dolna część ścian przynajmniej na wysokości 1½ metra powinna być pomalowana na olejno. W zelkich niepotrzebnych upiększeń należy

uniknąć, największą bowiem ozdobę szpitala stanowi czystość. Podłoga powinna być bez szpar; pustej przestrzeni pod posadzką należy unikać, gdyż z powodu niemożliwości dokładnego oczyszczenia stała by się z czasem siedliskiem wszelkiej zarazy. Jeżeli z powodu braku funduszu wypadnie ułożyć podłogę drewnianą, w takim razie powinna być ona wymalowana olejną farbą, przyczem należy malowanie kilka razy do roku odnawiać. Posadzki taflowe z powodu masy szpar są nieodpowiednie, lepszą już będzie podłoga, ułożona na asfalcie. Wykładanie podłogi linoleum zalecać nie można, nie posiadamy bowiem takiego kleju, zapomocą którego moglibyśmy dokładnie linoleum do podłogi przykleić, w zwykłych zaś warunkach pod linoleum nagromadzają się zarazki. Pomimo wszelkie braki najodpowiedniejszą dla małych szpitali okazała się posadzka z białych taflelek marmurowych (Terrazobelag), najłatwiej bowiem utrzymać ją w czystości. Ponieważ jednak jest ona chłodna, więc dobrze jest ułożyć na niej chodniki z linoleum.

Co do ogrzewania, to centralne jest nadzwyczaj kosztowne, wypadnie więc uciec się do pieców kaflowych, urządzonych w ten sposób, by świeże, napływające z zewnątrz do sali powietrze, rozchodziło się po niej po uprzednim ogrzaniu. Gdzie na to pozwolą środki pieniężne, tam ogrzana podłoga powinna stanowić źródło ciepła.

Dla odprowadzania zepsutego powietrza należy urządzić rury wentylacyjne z takim wyliczeniem, by w przeciągu godziny przynajmniej dwukrotnie można było odnowić powietrze.

Przez ułożenie sufitu w ten sposób, by płaszczyzny jego łączyły się w środku pod kątem, można urządzić przewietrzanie wierzchołkowe przez co znacznie ułatwia się odświeżanie powietrza. Jest to atoli możliwe jedynie w budynku parterowym.

Nawet najuboższe szpitale powinny posiadać dobre żelazne łóżka, przy każdym zaś z nich niezbędne są jeszcze: krzeselko, szafka nocna z nocnikiem, spluwaczką i naczyniem do picia. Oczywiście, byłoby pożądanem, by w każdej sali znajdowały się wygodne fotele dla chorych, którzy mogą na kilka godzin dziennie opuszczać łóżko. Co do umywalni, to o ile tylko na to pozwolą warunki, powinna się znajdować w osobnym pokoju.

Do najpotrzebniejszych urządzeń szpitalnych należą pokoje z wannami (na 15 łózek 1 wanna), o ile się da oddzielne dla każdej płci; oczywiście, w pokojach tych ściany powinny być całkiem gładkie, pomalowane na olejno, podłoga zaś nieprzemakalna.

Nowoczesne szpitalnictwo słusznie wymaga osobnych pokoi, w których by ozdrowieńcy mogli spędzać dni; wielkość tych pokoi oblicza się w ten sposób, by na jedno łóżko przypadają 2 m.² podłogi. Umeblowanie ich ma się składać ze stołu i wygodnych krzesłek. W szpitalach całkiem małych ze względów oszczędnościowych pokoje dziennych zwykle bywa brak, budują się natomiast szerokie sienie przeznaczone dla ozdrowieńców. Jest to jednak urządzenie nieracjonalne, chociażby z tego tylko względu, że w razie potrzeby pokój dzienny może być w każdej chwili zamieniony na salkę dla chorych. Nigdy w pokoju dziennym nie należy zaprowadzać urządzeń

do mycia naczyń kuchennych lub odgrzewania jedzenia, traci bowiem na tem czystość. Dla powyższego celu służyć powinien osobny niewielki pokój, w którym jednocześnie możnaby przyrządzać herbatę.

Nadzwyczaj ważne znaczenie dla pielęgnowania chorych posiadają werandy kryte, które najlepiej jest połączyć z pokojami dziennymi; służą one nie tylko dla ozdowieńców, ale i dla ciężko chorych, których tam umieszczamy na łózkach. Wobec wielkich usług jakie w leczeniu werandy oddają — nie powinno ich brakować w najuboższym nawet szpitalu. W celu utrzymania czystości oraz przez wzgląd na trwałość werandy należy budować z żelaza, podłogę zaś stanowczo ułożyć z kostek marmurowych.

W najmniejszym nawet szpitalu nieodzowną jest choćby niewielka salka operacyjna, obok zaś niej pokój do odurzania, ostatni może jednocześnie służyć za gabinet lekarski dla pomieszczenia środków opatrunkowych oraz umywalni.

Sala operacyjna 3,5 m. długa, 4 m. szeroka musi być widna, z oknami zwróconymi na północ, a to dla uniknięcia podczas operacji zbyt jaskrawego światła słonecznego. Podczas chłodnych dni letnich należy ją ogrzewać.

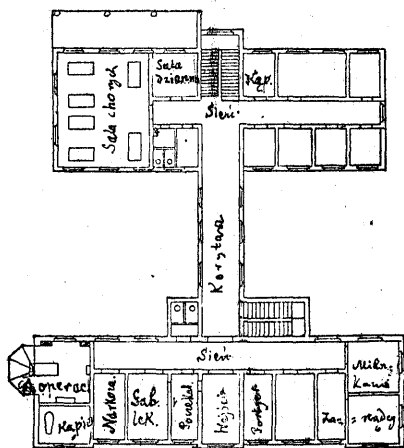
Do niezbędnych pomieszczeń szpitalnych należy jeszcze zaliczyć trupiarnię i celkę dla furiatów; ostatnią umieścimy w ten sposób, by krzyki szaleńców nie zakłócały spokoju innym chorym. Co do trupiarni, to powinna się ona znajdować w osobnym budynku, o ile można zakrytym tak, by go chorzy nie widzieli. Gdzie jednak środki na to nie pozwalają, można trupiarnię urządzić w suterenie zaopatrzonej w oddzielne wejście i niemającej żadnego związku z innymi lokalami szpitalnymi. Gdzie fundusze na to pozwolą, dobrze byłoby wybudować dom izolacyjny dla chorych zakaźnych, zaopatrzonej we wszelkie niezbędne urządzenia, oraz obsługiwanej przez osobny personel.

Jednym z niezbędnych warunków racjonalnego leczenia jest odżywianie chorych, przeto baczną uwagę należy zwrócić na urządzenie kuchni; zwykle mieści się ona w suterenie, co jednak, szczególnie przy niewielkiej ilości służby, jest niewłaściwe i z wielu względów niedogodne; daleko więc odpowiedniej umieścić kuchnię na parterze. Za wzór wielkiej kuchni może służyć kuchnia, znajdująca się w szpitalu Św. Wincentego w Duisburgu; mieści się ona w suterenie pod salą operacyjną i składa się z 4 kotłów na kąpeli wodnej ustawionych na jednym palenisku i przeznaczonych do gotowania mięsa, jarzyn, mleka i kawy. Piąty kocioł zaopatrzonej w kran używa się do gotowania kartofli na parze. Środek paleniska używa się do przyrządzania pieczeni, tudzież delikatniejszych jarzyn. Przy ścianie znajduje się zbiornik z gorącą wodą, tudzież szafa na naczynia kuchenne. W dodatkowym pomieszczeniu widzimy poruszane zapomocą motoru elektrycznego maszyny do krajania chleba, obierania ziemniaków, mielenia kawy i t. p. Jest tu jeszcze specjalnie do mycia naczyń przeznaczony pokój. Do przenoszenia jadła na piętro służą 3 windy.

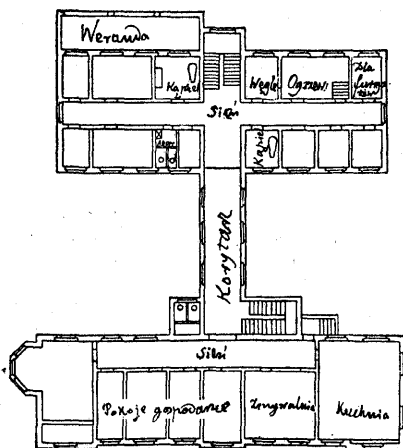
Oczywiście, luksus taki w małym szpitalu jest wprost niemożliwy, mając jednak wzór, łatwo zeń wybrać, co w danych okolicznościach zastosować można.

Nadzwyczaj wielkiej troskliwości i uwagi wymaga racjonalne urządzenie wychodków, które oczywiście powinny leżeć jaknajbliżej sal dla chorych, nie wydawać najmniejszej woni, wreszcie zawsze być czyste. Na każde 10 łóżek wymagalny jest jeden sedes i, o ile tylko się da, należy wszędzie urządzać waterklozety z tem atoli zastrzeżeniem, by użytej do nich wody nie trzeba było wywozić, kosztuje to bowiem zbyt drogo. Dół dla nieczystości zrobiony na cemencie i obłożony 30 cm. grubą warstwą zbitą gliny, powinien leżeć co najmniej w odległości 15 m. od studni, tudzież 5 m. od otaczającego dom ogrodzenia.

Przy każdym szpitalu winna się znajdować studnia takiej wielkości, by w każdej porze roku mogła dostarczać 150 litrów wody dziennie na osobę, wliczając w to już i personel służbowy; że cementowe studni na całej wysokości należy urządzić nieprzepuszczalną, dowodzić byłoby zbyt ciężko. Ze względu na ogromne znaczenie, jakie woda w gospodarce szpitalnej posiada, nawet najmniejszy szpital powinien na górnym piętrze urządzić zabezpieczony od kurzu zbiornik, z którego by wodę za pomocą rur można po całym budynku rozprowadzać; w braku motoru gazowego może służyć zwykła pompa ręczna. Jako ilustrację powyżej wyluszczonej wymagań opiszę tu szpital przy fabryce krochmalu w Salzuffen, mieszczący 22 łóżka dla chorych, oraz przytułek dla niedołączonych i starców. Odpowiednio do swego celu zakład ten składa się z dwóch połączonych ze sobą za pomocą korytarza piętrowych domów; z nich leżący na froncie zawiera pomieszczenie dla zarządu oraz pokoje dla



Szpital i przytułek dla kalek w Salzuffen.
Piętro.



Szpital i przytułek dla kalek w Salzuffen. Parter.

niedoleżnych; nalewo od wejścia znajduje się poczekalnia, gabinet lekarski, w którym otrzymują porady chorzy przychodni, zmieniają się opatrunki i t. d. Tuż do gabinetu lekarskiego przylega pokój do odurzania, przy nim łazienka, wreszcie sala operacyjna. Przez schody dobudowane do obszernej sieni dostajemy się na górne piętro przeznaczone dla kobiet i tu się również znajdują pokoje dla inwalidów oraz siostr miłosierdzia i urzędzeń gospodarskich. Kurytarz 13.33 m. długi łączy pawilon gospodarczy z właściwym szpitalem, w którym na każdym z pięter znajduje się większa sala ogólna oraz kilka pokoi dla pojedynczych chorych, lokal dzienny, łazienka wychodek i weranda.

W suterrenach drugiego skrzydła, przeznaczonych dla chorych na świerzbę, znajdują się 2 łazienki: jedna specjalnie dla świerzbowatych, druga dla służby szpitalnej oraz inwalidów, — wreszcie urządzenie do centralnego ogrzewania parą.

W suterrenie pod pawilonem gospodarczym mieści się kuchnia oraz zaopatrzone w osobne wejście pokój jadalny, przeznaczony dla służby oraz rodzin odwiedzających chorych, wreszcie robotników fabrycznych, potrzebujących lepszego odżywiania, które tu otrzymują darmo.

Koszta budowy szpitali mniejszych, zależnie od miejscowych warunków, wahają się w granicach od 2 do 3 tysięcy marek na łóżko.

Krankenpflege 1901 № 2—3

Fr. Grodecki.

F. Hampeln. Wpływ przenoszenia chorych na zapalenie płuc na ich śmiertelność w szpitalach. Pod nazwą śmiertelności rozumiemy stosunek procentowy zmarłych do ogółu chorych; w rozmaitych chorobach zakaźnych stosunek ten bywa różny i waha się między 0 a 100%. Pod względem praktycznym odróżnić należy śmiertelność naturalną od wypadkowej czyli sztucznej; pierwsza zależy całkowicie od natury choroby, o ile takowa posiada niczem niezamącony, że się tak wyrażę idealny przebieg; druga jest wynikiem różnych wpływów zewnętrznych, które nie mając za przyrodą cierpienia nic wspólnego, działają najczęściej niekorzystnie na jego przebieg i zejście. Ztąd wynika, że śmiertelność wypadkowa zawsze przewyższa naturalną; różnica ta szczególnie jaskrawo się uwydatnia w zejściu chorych na zapalenie płuc leczonych w domu i w szpitalu. W pierwszym wypadku śmiertelność zwykle nie przekracza 10%, podczas gdy w drugim osiąga 23—26,6%. Studyjąc statystykę obejmującą 348 zejść śmiertelnych wskutek zapalenia płuc u chorych przywiezionych do szpitala, autor przekonał się, że w pierwszym dniu pobytu chorych w szpitalu umiera aż 23%, w drugim 20%. Złowrogie te liczby same dowodzą, że warunki szpitalne w żadnym razie nie mogły wpłynąć na taką olbrzymią śmiertelność: działały bowiem zbyt krótko. Cóż więc jest przyczyną tego zjawiska?

Gdy sobie uprzytomnimy z jednej strony, jak ważne znaczenie posiada zachowanie prawidłowej czynności serca, zmuszonego do nadmiernej pracy, z drugiej zaś—na ile wysiłków musi się to serce zdobyć podczas przenoszenia, względnie zaś i przewożenia chorego, któ-

re w olbrzymiej liczbie wypadków odbywa się nieumiejętnie, albowiem chory bywa przewożony bądź w niewygodnej dorozce, lub co stokroć gorsze—podróż do szpitala odbywa piechotą, łatwo zrozumimy, że owe fatalne cyfry jedynie na karb przeciążenia serca zapisać należy i to tem więcej, że samo przeniesienie chorego odbywa się najczęściej w najgroźniejszym okresie choroby. Gdy rzeczy tak stoją, zgodzić się musimy, że chorzy na zapalenie płuc nie znoszą transportu do szpitala. Ponieważ jednak często nieubłagana konieczność wymaga tego, należy przeto ów szkodliwy wpływ transportu zredukować do minimum. W tym względzie nasuwają się dwa pytania: 1) kiedy można chorego na zapalenie płuc przenieść do szpitala i 2) jak to zrobić wypadła?

Co do pierwszej kwestyi, to opierając się na podstawie anatomopatologicznej, można podać następujące wskazówki: pierwszego i drugiego dnia choroby przeniesienie chorego do szpitala możemy doradzać, im jednak bardziej choroba zbliża się do przełomu, tem większe niebezpieczeństwo zagraża choremu, tem więc mniej wskazany jest transport; gdy zaś chory znajduje się już w stanie zapaści, czy to przez przełom spowodowany, czy też z innych wynikający przyczyn, wówczas transportu stanowczo zaniechać należy. W każdym jednak razie przy przenoszeniu zachować należy następujące przepisy: 1) chory w żadnym wypadku nie powinien być przewożony w pozycji siedzącej; 2) najlepiej przenieść chorego w specjalnych noszach lub odpowiednio urządzonej karecie; 3) w tym celu chorego wprost z łóżka ostrożnie układamy na przenośne łoże, na którem przenosimy do karety; 4) nigdy przy tem nie należy chorego ubierać, wystarczy szczelne przykrycie chorego kołdrami; 5) podczas przenoszenia, zwłaszcza na dalszą metę, chory powinien znajdować się pod troskliwą a umiejętną opieką. 6) Formalności szpitalne w takich razach muszą być załatwione w jaknajkrótszym czasie.

Przy zachowaniu powyżej wskazanych ostrożności, szkodliwość ich wynikające z przenoszenia zredukują się do minimum, śmiertelność zaś spadnie do właściwej normy.

Die Krankenpflege 1901—2 Nr. 3.

Fr. Grodecki.

Uwaga. Z własnego doświadczenia wiem, jak względnie częstymi gośćmi w poczekalni lekarza prowincjonalnego są chorzy na zapalenie płuc, przywożeni niekiedy o kilka mil wśród najgorszych warunków atmosferycznych i transportowych;—i już od bardzo dawna przestrzegam przed takim barbarzyństwem. Ze w większych miastach naszych sto-unki w tym względzie są nielepsze, o tem wobec braku najelementarniejszych wiadomości z dziedziny medycyny, a właściwiej pielęgniarstwa, wśród szerokich warstw nie tylko ludu naszego, ale nawet t. z inteligencji, ani na chwilę nie wątpię. Więc wobec danych przytoczonych w streszczonej tu pracy, sądzę że wielki już czas na sprawę tę zwrócić jaknajpilniejszą uwagę. Należałoby, zdaniem mojem, w pismach codziennych i ludowych kwestyę tę omówić szeregółowo i peryodycznie przestrogi powtarzać; sądziłbym, że zadania tego podjąć się powinno Tow. Hygjeniczne, tudzież prelegenci wygłaszający odczyty popularne.

Fr. Grodecki.



KRONIKA

Kronika bytowa.

58. Z Towarzystwa Lekarskiego Kaliskiego. W sobotę, d. 21 czerwca, o godz. 5-ej po południu, w pomieszczeniu zarządu wydziału lekarskiego gubernalnego, Towarzystwo lekarzy gub. Kaliskiej odbyło posiedzenie roczne i jednocześnie obchodziło 25-lecie swego istnienia. Na uroczystość tę, jako gość, przybył inspektor lekarski dr. med. Wł. N. Żabotyński i pozamiejscowi doktorzy, członkowie rzeczywiści: Podciechowski, Paciorkowski i Dukalski, oraz prawie cały komplet miejscowych.

Po zagajeniu posiedzenia przez prezesa, odczytano sprawozdania roczne sekretarza Towarzystwa, skarbnika, bibliotekarza i komisji rewizyjnej, poczem sekretarz Towarzystwa, dr. Kasprzak, odczytał sprawozdanie z 25-letniej działalności instytucji. Następnie odczytane zostały 2 referaty: d-ra Podciechowskiego „O chorobach zakaźnych, ich leczeniu i walce przeciw nim” i d-ra Wernica „O stanie higienicznym dzieci w szkołach kaliskich miejskich oraz o stanie higienicznym samych szkół”. W końcu posiedzenia przystąpiono do wyborów, które dały następujący wynik: na członka honorowego wybrano przez aklamację b. prof. warsz. uniwersytetu Juliana Kosińskiego; do zarządu na rok następny powołano: Ad. Drozdowskiego na prezesa, W. Wilczewskiego — na wice-prezesa, J. Merkla — na skarbnika, St. Piestrzyńskiego — na bibliotekarza, M. Kasprzaka — na sekretarza; a członków komisji rewizyjnej: Ed. Beatusa i L. Wernica.

59. W dniu 23 maja Krakowskie Towarzystwo Lekarskie odbyło nadzwyczajne posiedzenie celem uczczenia zasług, jakie w ciągu ćwierci wieku położył Dr. August Kwaśnicki dla Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego i dla jego organu Przeglądu Lekarskiego, którego od lat kilkunast jest niestrudzonym i wyborynym redaktorem. Prof. Kostanecki, prof. Jakubowski, doc. Szulistański i inni mówcy wyrazili Jubilatowi w podniosłych słowach wyra-

zy wdzięczności i uznania. Redakcja „Czasopisma lekarskiego” wysłała na obchód jubileuszowy telegram, w którym złożyła swój hołd czcigodnemu Jubilatowi.

60. W dniu 17 Czerwca obchodzono w Żarnowie, jak donosi „Gazeta Radomska” w No. 50, uroczystość 25-letniej działalności lekarskiej dra Lubodzieckiego.

Jak to ze sprawozdania widać, uroczystość nosiła nader podniosły, a zarazem serdeczny charakter, wzięli w niej udział zarówno lekarze, jak i społeczeństwo miejscowe, a treść licznych przemówień, przytoczonych w Gazecie, świadczy, że praca zacnego kolegi znalazła zasłużone uznanie w społeczeństwie, któremu uczciwie i z zaparciem od lat 25-ciu złożył swą wiedzę i życiem.

61. Szpitalik dziecięcy. Wskutek prośby podanej przez dra Jonschera piotrkowski rząd gubernalny zezwolił w tych dniach na utworzenie komitetu do zbierania ofiar na szpitalik dziecięcy. Lista osób stanowiących ów komitet przesłaną została rządowi gubernalnemu do zatwierdzenia.

62. Pan Mł. N. z Łódzki korespondent „Kur. Sosnowieckiego” czyni nam (w No. 24) zarzuty, że nie staramy się o założenie w Łodzi filii Tow. Higienicznego Warszawskiego.

„Ludzi chętnych do pracy w Łodzi nie brak — trzeba tylko pewnej organizacji, a przedewszystkiem szczerych chęci do starań o wyjednanie pozwolenia na takie tow. Dziwimy się mocno, że sprawy tak aktualnej nie podnosi żywotne i doskonale prowadzone „Czasopismo lekarskie”.

W najlepszej myśli zwracamy uwagę miesięcznika, spodziewając się, że głos nasz nie przebrzmi bez odpowiedzi ze strony „Czasopisma”.

Na zarzut: braku szczerych chęci — odpowiedzieć panu N. musimy, że „Czasopismo” nie poczuwa się wcale do prawa starania się filię Tow. Hyg. a to z tego powodu, że o to już

przed dwoma laty wystąpiła Sekcyja higieniczna Tow. lekarskiego Łódzkiego.

Niepodobna więc, by któsłkolwiek przejął inicjatywę Tow. lekarskiego, które wyteża (a wiemy o tem dobrze) szczerze chęci w tym celu.

Tylko formalności są przeszkodą ku założeniu filii, które wszakże w krótkim bardzo czasie będą usunięte.

Że ta filia jest w Łodzi bardzo potrzebna, że słusznie do tej sprawy p. Nz. raz po raz powraca—dwo zdani być nie może.

63. Oddziały okulistyczne. Ministerjum spraw wewnętrznych zatwierdziło dn. 25-go kwietnia r. b. nowe stałe przepisy dla ruchomych oddziałów okulistycznych przy warszawskim instytucie oftalmicznym.

Utworzony przy instytucie oftalmicznym komitet, zarządzający ruchome oddziały okulistyczne, składać się będzie z 10-ciu członków, mianowanych na trzy lata przez warszawskiego Jenerał-Gubernatora.

Oddziały ruchome, wysyłane od dn. 1-go maja, będą czynne do dnia 1-go października, terenem ich działań będą miejscowości odległe od Warszawy.

Lekarz zarządzający oddziałem, udziela pomocy lekarskiej zgłaszającym się chorym na oczy, odsyła do instytutu chorych, potrzebujących większej operacji, prowadzi wykaz pacjentów, rodzajów chorób i t. d., oraz składa sprawozdanie ze swojej działalności komitetowi.

Przed wysłaniem oddziału do danej miejscowości komitet obowiązany jest poprzednio skomunikować się z gubernatorem miejscowym i donieść o swym zamiarze Jenerał-Gubernatorowi, a to w celu ogłoszenia miejscowej ludności o projektowanym przybyciu oddziału.

Komitet może prosić gubernatora o udzielenie bezpłatnego lokalu dla oddziału, oraz niższej służby, wreszcie o przyjęcie ciężko chorych do szpitalów miejscowych.

Koszty utrzymania oddziałów pokrywane będą z opłaty, wnoszonej przez

chorych, zgłaszających się do ambulatoryów.

Opłatę za ubogich wnosi gmina.

Wysokość wynagrodzenia lekarzy w oddziałach określa Jenerał-Gubernator, wysokość zaś opłaty za poradę określa komitet wspólnie z odpowiednim gubernatorem.

Sprawozdanie z działalności oddziałów ruchomych komitet przedstawia Jenerał-Gubernatorowi, komunikuje też warszawskiej radzie miejskiej i odpowiednim gubernialnym radom dobroczynności publicznej.

64. W sprawie oddziałów okulistycznych pisze „Postęp okulistyczny“ (No. 51 1902): „Pan Lineburg z Sejn proponuje utworzenie „Towarzystwa pogotowia oftalmicznego“ z członkami honorowymi, rzeczywistymi i ofiarodawcami — założeniem oddziałów okulistycznych w każdym mieście gubernialnem Królestwa Polskiego,—coś w rodzaju Tow. osad rolnych, Tow. sztuk pięknych; członkowie korespondenci, osiedli na prowincyi, mogliby, jako delegaci Towarzystwa, zająć się zbieraniem składek i ofiar, mając na ten cel kwitariusze.

Wszystko ma swój czas i modę. Dziś na porządku dziennym w Cesarstwie Rosyjskiem są, zamiast stałej pomocy, ruchome oftalmiczne oddziały, a Warlont przed laty w swoich „Annales d'oculistique“ stawiał pod pręgierz opinii koleżeńskiej każdego okuliste, jeżdżącego po miastach dla praktyki. Jeżeli potrzebne jest Towarzystwo pogotowia oftalmicznego, to nie mniej przydałyby się u nas Tow. pogotowia ginekologicznego, dla syfilityków i t. p. Chorzy na oczy pod tym względem są szczęśliwsi. bo na porządku dziennym. „Chwała Bogu, że projekt ten nie wyszedł przynajmniej z głowy jakiego lekarza.“

65. Sprawa budowy szpitalika miejskiego w Łodzi o tyle przybierać zaczyna kształty realniejsze, że niedawno delegowano do Warszawy—w celu obejrzenia nowych szpitali—kolegów Górskiego i Kruschego i p. budowniczego Chełmińskiego; obecnie delegowano w tym samym celu za granicę tych samych kolegów wraz z kol. Fochtermanem.

Nadesłano do redakcyi:

- W. Janowski.** Semiotyka ogólna wymiotów. Odezputy kliniczne № 157, 158 i 159 str. 141.
- Prof. W. Jaworski.** Mineralwässer und Heilwässer. Wiener med. Woch. 1901. № 1 str. 10.
— Heilwässer und Heilwassertrinkstätten. Wiener med. Presse 1902. № 1 i 2 str. 19.
- Karfunkel.** Bestimmungen der wahren Lage u. Grösse der Herzens durch Röntgenstrahlen. Odb. z „Zt. f. Klin. Med.“ Tom XLIII 1902 str. 32.
- L. Karwacki.** Znaczenie rozpoznawcze pierwiastków morfotycznych płynu rdzeniowego. Odb. z „Medycyny“ 1902 str. 17.
- J. Majkowski.** Zapalenie stawów w świetle nowych pojęć lekarskich. Odb. z „Medycyny“ 1902 str. 19.
- W. Oltuszewski.** Zwyródnienie psychiczne i jego stosunek do różnych zбочeń mowy Odb. z „Gazety lekar.“ 1901 str. 16.
— Niemota, bełkotanie, mowa nosowa, jąkanie oraz higiena mowy. Wydanie drugie 1901 str. 41.
- A. Pański.** Ein Fall von acuter disseminirter Myelitis oder Enecephalomyelitis nach Kohlenoxydvergiftung mit Uebergang in Heilung. Odb. z „Neurol. Centrbl. 1902 № 6
- A. Puławski.** Sprawozdanie lekarskie z zakładu leczniczego w Natęczowie za r. 1901. Odb. ze „Zdrowia“ 1902 str. 9.
— Przyczynek do historyi rozwoju naszych miejscowości leczniczych. Odb. z „Medycyny“ 1902 str. 11.
— Neurastenia peryodyczna. Odb. z Księgi Jubileuszowej T. Dunina 1901 str. 14.
— Próba określenia wartości odżywezej jedzenia w zakładzie leczniczym 1901 str. 17.
- W. Roux.** Ueber die Selbstregulation der Lebewesen. Odb. z „Arch. f. Entwicklungsmechanik der Organismen“. XIII 1902.
- W. Tolwiński.** Rozwój fizyczny ludności powiatu Lubartowskiego. Warszawa 1902 str. 44.
- L. Wolberg.** Zdrowie dziecka. Przewodnik dla rodziców. Warszawa 1901 str. 173.
- P. C. Unna.** Terapia ogólna chorób skóry. Przekład: J. Grabowskiego i H. Żukowskiego. Warszawa 1902 str. 225 + II + XVIII. Cena rb. 1 kop. 80.



Komitet redakcyjny:

L. Fankanowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Serkowski, E. Sonnenberg.

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 7 Іюня 1902. г.

Друк. і Lit. R. Resiger, Łódź.