
Czasopismo Lekarskie

O zgorzeli kończyn w przebiegu chorób zakaźnych.

Przez D-ra Władysława Biegańskiego (Częstochowa).

Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Tow. Lek. w Częstochowie, dnia 16 Maja 1903 r.

Mówić zamierzam o bardzo ciężkim, ale na szczęście bardzo rzadkiem, powikłaniu chorób zakaźnych. Uwagi moje opierać będą na jednym spostrzeganym przezemnie przed 4-ma laty przypadku. W Marcu 1899 roku byłem wezwany do chorej Janinki K. 10-letniej pensyonarki. Dziewczynka ta dnia poprzedniego po powrocie z pensyi dostała nagle dreszczy i wymiot oraz zaczęła się uskarżać na mocny ból głowy. W nocy miała przywidzenia, majaczyła i spała niespokojnie. Podczas badania na drugi dzień w rannych godzinach znalazłem chorą pół przytomną, z temperaturą 40° i tętnem około 120 uderzeń na minutę. Szczegółowe badanie nie wykryło żadnych zmian w płucach, w sercu, ani w narządach jamy brzusznej. Żrenice zwężone słabo oddziaływały na światło, sztywności karku nie było. Wymioty od dnia wczorajszego powtórzyły się kilka razy, ostatni raz nad ranem. W obec takich objawów rozpoznania na razie postawić nie mogłem. Było rzeczą widoczną, że rozwija się jakaś choroba zakaźna, której rodzaju przy braku miejscowych objawów rozpoznać nie było można. Zaleciłem więc tymczasowo kalomel do wewnątrz i lód na głowę, mając na względzie główniejsze objawy.

Nie będę tu przytaczał szczegółowego opisu dalszego przebiegu choroby. Skreślę tylko ten przebieg w krótkości. Otóż przez pierwsze 3 dni nie byłem w stanie wykryć u chorej żadnych zmian miejscowych, kiedy ogólny stan był wciąż ciężki. Chora była mało przytomna, majaczyła, gorączka była stała i wysoka, temperatura stale utrzymywała się w granicach od 39° do 40°. Dopiero na 4-tydzień choroby udało mi się wykryć nieznaczne zmiany przysłuchowe w lewym szczycie płuc w postaci trzeszczeń.

Następnego dnia wystąpiły już w tem miejscu wyraźniejsze objawy opukowe i przysłuchowe i rozpoznanie można już było wtedy z całą pewnością postawić jako zapalenie włóknikowe lewego szczytu płuc, w przebiegu którego, jak wiadomo, często występują burzliwe objawy mózgowie. Dalszy przebieg choroby był zwykły, prawidłowy. Na ósmy dzień nastąpił spadek gorączki, a dziewiątego dnia w godzinach rannych temperatura była prawidłowa i ogólny stan chorej względnie bardzo dobry. Zdawało się więc, że choroba się już skończyła pomyślnie.

Tymczasem, kiedym odwiedził chorą 10-go dnia od początku choroby, a na drugi dzień po spadku gorączki, matka jej zwróciła mi uwagę, że chora od wczoraj wieczora uskarża się na ból w prawej goleni i stopie, że wskutek mocnego bólu prawie całą noc spać nie mogła. Obejrzałem nogę, lecz żadnych widocznych zmian znaleźć nie mogłem; stawy były nie zajęte, nie było również obrzmienia ani poczerwienienia skóry, tylko ucisk na mięśnie łydkowe był bardzo bolesny. Nie przypisywałem więc na razie skargom chorej wielkiego znaczenia, tem bardziej, że gorączki nie było. Dalszy przebieg jednak wykazał, jak bardzo się w tym względzie myliłem. Ból nie ustał, lecz prędzej wzmógł się, całą noc znowu chora spać nie mogła, płakała i jęczała. Następnego dnia przy badaniu uderzyła mnie ta okoliczność, że chora prawie zupełnie nie mogła poruszać ani palcami, ani stopą prawej nogi i że cała stopa była na dotyk znacznie chłodniejsza. Nie udało mi się również wyczuć tętna w tętnicach stopowej i podkolanowej, tętno zaś w tętnicy udowej pod więzmem Pouparta wyczuwało się dokładnie. Wobec tego powstała myśl zaczopowania tętnicy podkolanowej bądź przez zator, bądź przez zakrzep i możliwość zgorzeli. Obawa moja nie okazała się płonną, wkrótce już wystąpił cały szereg niewątpliwych objawów zgorzeli. Najpierw palce stały się kredowo białe z pomarszczoną skórą, następnie pokazały się na nich czarne plamy ze złuszczeniem się naskórkiem. Takie same plamy wystąpiły na pięcie i w dolnej części goleni. Słowem, w kilka dni rozwinął się typowy obraz zgorzeli stopy i przedudzia, a w trzy tygodnie od początku tej sprawy po wytworzeniu się wyraźnej linii demarkacyjnej, kol. Wrześniowski dokonał odjęcia kończyny tuż pod kolanem. Chora ostatecznie wyzdrowiała; posługuje się obecnie sztuczną nogą.

Przypadek ten był dla mnie czemś niezwykłym. W dostępnej mi literaturze nie mogłem znaleźć żadnej wzmianki o podobnym powikłaniu zapalenia płuc. Wiedziałem, że zgorzel kończyn zdarzyć się może w przebiegu ciężkiego tyfusu, jako następstwo osłabienia czynności serca i cyrkulacji krwi, przynajmniej tak tę sprawę tłumacza zwykle w podręcznikach. Zeby jednak po krótkotrwałym zapaleniu płuc, przy wybornie zachowanej sprawności serca, mogła powstać analogiczna zgorzel, było dla mnie rzeczą zupełnie niepojętą. Szukałem więc wytłumaczenia tej sprawy na innej drodze. Dość nagły początek zaczopowania tętnicy podkolanowej nasuwał mi myśl zatoru. Ponieważ jednak podczas całej-

go przebiegu choroby nie znaleziono żadnych zmian świadczących bądź o zajęciu osierdza, bądź o rozszerzeniu komór serca, należało więc szukać przyczyny tej sprawy po za lewą połową serca. Przypuszczałem zatem, że przy zapaleniu lewego szczytu mogło w danym przypadku nastąpić zapalenie żył płucnych, skąd oderwany skrzep mógł przejść przez lewy przedsionek i lewą komorę i zaczopować tętnicę podkolanową. Przypuszczenie to wypowiedziałem już w Wykładach o chorobach zakaźnych ostrych, przy wzmiance o opisywanym obecnie przypadku.

W roku 1901 wpadła mi w ręce praca Eichhorsta ¹⁾, gdzie autor opisuje analogiczny przypadek zgorzeli kończyny dolnej u dziecka po szkarlatynie. W przypadku tym u dziecka 4-letniego po przebyciu ciężkiej szkarlatyny w okresie poczynającego się łuszczenia wystąpił również nagle mocny ból w nodze, zaczopowanie tętnicy podkolanowej i zgorzel kończyny. Eichhorst zbadał dokładnie pod mikroskopem tętnicę podkolanową po dokonanej amputacji i wykazał w niej wyraźne ślady na ograniczonej przestrzeni zapalenia błony wewnętrznej (endarteritis acuta), w następstwie którego wytworzył się zakrzep. Eichhorst przypadek swój uogólnia i nie bez słuszności twierdzi, że we wszystkich przypadkach zgorzeli kończyn w przebiegu chorób zakaźnych mamy do czynienia z zapaleniem błony wewnętrznej tętnic, która powstać może wskutek działania bakterii lub toksyn, krążących we krwi. Przyjmując pod uwagę powyższe anatomopatologiczne badanie Eichhorsta musimy również i nasz przypadek zaliczyć do tegoż samego rzędu. I tu, prawdopodobnie, mieliśmy do czynienia z zapaleniem błony wewnętrznej tętnicy podkolanowej i z zakrzepem krwi, który ostatecznie sprowadził zgorzel prawie całego podudzia. Nie mogę bowiem nie przyznać, że pierwotne moje przypuszczenie o zapaleniu żył płucnych i o zatyczce stąd powstałej było, bądź co bądź, bardzo problematyczne, nie stwierdzone nigdy dotychczas przez badanie pośmiertne. Z dwóch więc tych hipotez uogólnienie Eichhorsta zdaje mi się być więcej prawdopodobne.

Z pracy Eichhorsta również przekonałem się, że przypadek mój nie jest bynajmniej unikatem. Autor ten zebrał z literatury wszystkie opisane przypadki zgorzeli kończyn w przebiegu chorób zakaźnych i znalazł, że przypadków takich opisano dotychczas 166. Najczęściej zgorzel kończyn spostrzegano w tyfusie wysypkowym, w literaturze notowano 42 podobnych przypadków. Następnie idzie tyfus brzuszny z 40 przypadkami, grypa z 19, gorączka połogowa z 14, zapalenie płuc z 10, odra z 5, szkarlatyna z 3 i t. d. Z liczby 10 przypadków zgorzeli kończyn po zapaleniu płuc w 9 sprawa ta wystąpiła u ludzi starszych lub wieko-

¹⁾ Eichhorst. Ueber Brand an Armen und Beinen nach Scharlach und anderen Infektionskrankheiten. Deutsch Arch. f. Klin. Med. 1901.

wych, a tylko w jednym przypadku, ogłoszonym przez Zuppingera, uległa jej dziewczynka 5-cio letnia. Jest rzeczą godną uwagi, że prawie we wszystkich notowanych przypadkach zgorzel występowała wkrótce po przełomie gorączki, w okresie zdrowienia. Dotyczy to zarówno zapalenia płuc, jak i tyfusu wysypkowego, szkarlatyny i innych chorób zakaźnych.



Z przytułku położniczego w Częstochowie.

© opatrywaniu pępowiny jodyną.

Podał Dr. J. Pietrasiewicz (Częstochowa).

(Rzecz czytana na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego w Częstochowie dnia 21 Lutego 1903 roku).

Przez ciąg roku 1902 używaliśmy w przytułku położniczym z inicjatywy kol. Pisarzewskiego następującego sposobu opatrywania pępowiny: Po oddzieleniu od matki i wykapaniu dziecka dolny t. j. dziecienny odcinek pępowiny był pędzlowany codziennie jodyną, a następnie zawijany w watę hygroskopijną.

Wyniki powyższego traktowania pępowiny wraz z krótkim przeglądem rozmaitych metod opatrywania pępowiny chciałbym Szan. Panom przedstawić. Nim przystąpię do właściwego przedmiotu, pozwalam sobie przypomnieć niektóre dane z anatomii i fizjologii pępowiny i jej odpadania. Pępowina składa się z 2 tętnic i 1 żyły pępkowej, resztek przewodu woreczka żółtkowego i naczyń woreczka i szczątków przewodu omocznej, t. zw. urachus. Wszystkie te twory otoczone są dokoła większą lub mniejszą ilością galarety Warthona, która, będąc tkanką śluzową, zawiera wielką ilość (około 82%) wody. Nazewnątrz zaś znajduje się osłonka z owodni, która w obręcce pępkowej przechodzi w naskórek powłok brzucha, wspólnego z owodnią pochodzenia.

Wszystkie trzy naczynia w pępowinie nie dają żadnych rozgałęzień, nie posiadają również wcale naczyń naczynnych, t. z. *vasa vasorum*. Odżywianie ich zatem skutecznia się jedynie zapomocą krwi, znajdującej się w ich próżni (Gaszyński).

Z budowy więc anatomicznej sznura pępkowego wynika, że z chwilą ustania krążenia w tętnicach i żyłach pępkowych — cały sznur pępkowy zostaje pozbawiony wszelkiego odżywiania i tem samem skazany jest na zanik.

Z fizyologicznych danych należy zanotować, że wraz z pierwszym oddechem noworodka ciśnienie krwi oraz jej krążenie w tętnicach pępkowych coraz bardziej upada, dochodząc do zera w przybliżeniu w 5—7 minut po urodzeniu. ¹⁾

Zależny od wskazanych powyżej przyczyn zanik lub obumieranie pępowiny zaczyna się na końcu odśrodkowym i postępuje ku obrączce pępkowej. Zależnie od otaczających warunków obumierająca pępowina albo ulega mumifikacji t. j. usycha: galareta Warthona kurczy się skutkiem utraty wody, pępowina zamienia się w twardej postronek, a sprawa ta trwa przeciętnie dni cztery; albo też, jeżeli dostęp powietrza jest utrudniony, a woda nie może parować, przy obecności bakterii gnilnych — pępowina ulega gniciu i poczyna cuchnąć.

Obumieranie pępowiny idzie w parze z oddzielaniem się jej, które przychodzi do skutku dzięki odczynowemu zapaleniu na brzegach obrączki skórnej.

Ten odczyn zapalny, a więc oddzielenie pępowiny zależnem jest od grubości pępowiny, od sił żywotnych i rozwoju dziecka i t. p., raz bywa silniejszym, raz słabszym. Ziarnina pozostająca po odpadnięciu pępowiny trudniej się zabliznia i okazuje większą skłonność do bujania.

Sprawa racjonalnego opatrywania pępowiny jest nader ważną, kiedy zważymy, jak znaczny % chorobliwości i śmiertelności noworodków ma swe źródło w źle zaopatrzony pępowinie.

Gaszyński cytuje fakt, przytoczony przez Tourner'a, iż na wyspach Hebrydskich od 200 lat panowała epidemia tęzca noworodków tak silna, iż 67% dzieci skutkiem niej umierało w pierwszych 14 dniach życia. Nadzwyczajna płodność kobiet Hebrydskich zapobiegła zupełnemu wygaśnięciu miejscowych mieszkańców. Po zastosowaniu antyseptycznych środków do opatrywania pępowiny, udało się zupełnie epidemię opanować tak dalece, że od kilku lat nie zdarzają się nawet sporadyczne przypadki tej ciężkiej sprawy chorobowej.

Doctor, cytowany w pracy Bocheńskiego, znalazł w praktyce akuszerki 45% gorączkujących noworodków z powodu zakażenia pępkowego. Z klinik, w klinice w Halli, według spostrzeżeń Rösinga 6% noworodków gorączkowało z powodu niewątpliwego zakażenia rany pępkowej. W klinice budapeszteńskiej według spostrzeżeń Eröss'a gorączkowało 28% noworodków z powodu zakażenia rany pępkowej.

Liczyby te nie dają nam jednak wcale dokładnego wyobrażenia o częstości zakażenia—zważyć bowiem należy, iż pochodzą one z klinik, w których przepisy czystości są ściśle przestrzegane; w każdym jednak razie dowodzą one dostatecznie, jak niebezpieczną dla dziecka stać się może sprawa gojenia się rany pępkowej

¹⁾ St. Gaszyński. Przyczynek do sprawy opatrywania pępowiny u noworodków. Medycyna 1896 r.

i że dążenie do ulepszenia w tym kierunku jest nietylko usprawiedliwione, ale i bardzo pożądane, a nawet konieczne. ²⁾

Przy rozpatrywaniu metody postępowania ze sznurem pępowym u noworodków, należy przedewszystkiem rozpatrzyć trzy następujące pytania, mianowicie: 1-o w jakim czasie najwłaściwiej jest odzielać noworodka od matki, 2 o jak to skutecznie i 3-o przy jakim postępowaniu wywołamy najszybsze odpadnięcie sznurka pępkowego od pępka i najlepsze zagojenie się rany pępkowej (Gaszyński). Co do pierwszego pytania, to niektórzy, przeważnie francuscy autorowie, jak Levret, Smellie, Auvard radzą przewiązywać pępowinę niezwłocznie po urodzeniu się dziecka; inni, przeważnie niemieccy akuszerzy, przewiązują pępowinę dopiero z chwilą zupełnego ustania tętna, obawiając się, iż noworodek przez wczesne podwiązanie pępowiny utraci dużą ilość krwi. Sprawę tę badał na drodze naukowej Andrejew, który przy pomocy bezpośredniego ważenia dziecka po wczesnym i późnym podwiązaniu pępowiny znalazł, że utrata krwi przy wczesnym podwiązaniu jest bardzo nieznaczna, mianowicie równa się zaledwie 38 grm., co nie może źle wpłynąć na zdrowie noworodka. ³⁾

Późne natomiast podwiązanie pępowiny i oczekiwanie aż do zupełnego ustania tętna w pępowinie — sprowadza według badań Porack'a ciężką żółtaczkę noworodków. Z tych względów w przytulku położniczym trzymamy się drogi pośredniej i przewiązujemy pępowinę w chwili, gdy tętno zaczyna już wyraźnie upadać, mianowicie w 2—3 najwyżej minuty od urodzenia się dziecka. Przewiązując w tej porze nie narażamy dziecka ani na zbytnią utratę krwi, ani też nie przyczyniamy się do wywołania żółtaczki, przynajmniej silniejszej.

Mając tedy oznaczony czas, kiedy należy oddzielić noworodka od matki, rozpatrzmy, *jak* to należy skutecznie. Doświadczenie uczy nas, że zanik czyli mumifikacja dolnego odcinka pępowiny rozpoczyna się na miejscu przecięcia i rozszerza się stopniowo w kierunku ku dziecku. Otóż, chcąc o ile możności przyspieszyć sprawę mumifikacji — należy przewiązkę nakładać o ile możności przy samym pępku skórnym, ażeby sprawy bez potrzeby nie przewlekać i bezcelowo zasychania nie przedłużać (Gaszyński). Ideałem prawie pod tym względem w danej chwili jest sposób Martin'a, demonstrowany przez autora w 1900 r. w Berlińskim Tow. Ginekologicznem i polegający na tem, iż pępowinę przewiązuje się wyjąłowaną nitką jedwabną przy samej obrączce skórnej, a następnie *przepala* się pępowinę na 1 lub 1½ ctm. powyżej rozżarzonemi nożyczkami.

My w przytulku położniczym do takiego ideału jeszcze nie

²⁾ Dr. K. Bocheński. O opatrywaniu pępowiny według Martin'a. Przegl. Lek. 1901.

³⁾ Andrejew. K woprosu o perewiazkie pupowiny 1880.

doszliśmy i przewiązujemy pępowinę na 2–3 ctm. od pierścienia skórno-go. Po pierwszej kąpeli dziecka przewiązkę zwykle wzmacniamy z obawy następczego krwotoku z pępowiny. Przewiązanie skuteczniamy wyjałowioną białą tasiemką szerokości mniej więcej 2 młm., a to dlatego, iż obawiamy się, ażeby nitka jedwabna nie przeżarła pępowiny i ażeby przez to nie było potrzeby po-wtórnie przewiązywać pępowiny.

Pozostaje mi teraz rozpatrzyć, jak należy traktować dolny odcinek pępowiny, ażeby otrzymać możliwie prędkie zagojenie się rany pępkowej. Jak już wyżej wspomniałem, odcięty kawałek pępowiny, pozbawiony wszelkiego odżywiania, ulega zanikowi; pożądanem jest, ażeby ów zanik przybrał postać t. zw. zgorzeli suchej czyli mumifikacyi. Chcąc więc działać w tym kierunku, winniśmy dolny odcinek pępowiny utrzymywać w środowisku, o ile możności, suchem (Gaszyński). Dla tego teoretycznie rzecz biorąc, odpowiednim na pozór wydaje się sposób, podany przez Dohrn'a, który po należytem antyseptycznem w wodzie karbołowej oczyszczeniu radzi zawiązać resztkę pępowiny w watę karbołową i na to wszystko przylepić kawałek plastra lepkiego wielkości dłoni w ten sposób, ażeby dostęp powietrza był uniemożliwionym.

Opatrunek Dohrn'a jednakowoż nie zyskał sobie zwolenników, raz z powodu wielkiej wrażliwości noworodków na kwas karbołowy, powtóre dla tego, że jeżeli taki opatrunek jest źle założonym t. j. jeżeli nie odcina zupełnie dostępu powietrza, wtedy zarazki gnilne, które dostaną się pod opatrunek, mają tam znakomite warunki do swego rozwoju i wywołują nieuchronnie gnicie.

Ścisłe więc aseptyczna metoda z powodu trudności stosowania jej w praktyce—jest w zwykłych warunkach prawie niemożliwa; pozostaje jedynie metoda antyseptyczna. Środki antyseptyczne, używane przy opatrywaniu pępowiny, winny odpowiadać dwóm warunkom: powinny odznaczać się hygroskopijnemi własnościami dla osuszania pępowiny i posiadać działanie antyparazytarne. Z takich środków, odpowiadających bądź jednemu, bądź drugiemu z podanych powyżej warunków, mamy cały szereg środków antyseptycznych, polecanych przez rozmaitych autorów: Herms osłaniał pępowinę płateczkami z 4% wazeliną karbołową, Wentz stosował kalomel i kwas borny, Sängler mieszaninę krochmalu z kwasem salicylowym, Świtalski i Kościński polecają dermatol, Gaszyński—airol. Oprócz tego polecano gips, węgiel drzewny, pędzłowanie 2% roztworem azotanu srebra, bizmut, jodoform i wiele innych. Ahlfeld odcina pępowinę nisko, wyciera odcinek i okolicę 96% wyskokiem, przykrywa następnie pępowinę watą wyjałowioną i nie kąpie noworodków.

Spostrzeżenia porównawcze różnych sposobów opatrywania pępowiny, ogłoszone przez Godlewskiego w Przegl. Lek. 1891 r. i Weinsteina (Żurnał Akusz. i Żensk. Bol. 1894 r.) zgodnie wykazały, że im większe są właściwości hygroskopijne danego leku, tem więcej zaleca się on do opatrywania pępowiny.

Wychodząc z tego założenia, spróbowaliśmy w r. 1902 zastosować do opatrywania pępowiny spirytusowego rozczyńu jodu-jodiny (t-rae jodi)—jako środka wysoce osuszającego i bakteryobójczego. Traktowanie pępowiny w przytoku jest następujące: W 2 do 3 minut po urodzeniu dziecka przed całkowitem ustaniem tętna w pępowinie przewiązujemy pępowinę, na odległość 2 cm od pierścienia skórnoego noworodka, wyjąłowaną tasiemką szerokości 2 młm, drugą tasiemkę nakładamy na odległość 2 — 3 cm. od pierwszej. Pępowinę przecinamy zwykłemi chirurgicznemi nożyczkami na odległość 1 cm. od pierwszej przewiązki. Odcinek więc pępowiny przy noworodku wynosi 2—3 cm. Po wykąpaniu dziecka odśrodkową część odcinka pępowiny aż do przewiązki pędzujemy jodyną i powtarzamy to pędzowanie codziennie po wykąpaniu dziecka. Następnie odcinek pępowiny zawijamy w suchy kawałek waty hygroskopijnej i okręcamy powijaczkiem.

W sposób wskazany powyżej były traktowane pępowiny u ośmdziesięciorga jednego noworodka i ani w jednym przypadku nie było żadnego powikłania w sprawie gojenia się pępka. Na drugi, a najdalej na trzeci dzień odcinek pępowiny zasychał w sznurek ciemno-brązowego koloru i po upływie dni paru odpadał, pozostawiając na pępku nieznaczną ziarninę z nieropiąstą wydzieliną. Najwcześniej pępowina odpadała po upływie 46 godzin, a więc przy końcu drugiej doby; najpóźniej zaś po upływie 188 godzin t. j. dnia 8-go. Przeciętnie odpadała pępowina po upływie 120 godzin t. j. 5 dni, jak to wykazuje następująca tabliczka.

Od pierwiastek było badane 32 noworodków, przyczem

u 3	z wagą od 2000 - 2500	przec. odpad. pępow. po upływie 168 g.
" 6	" " 2500—3000	" " " " 130 "
" 14	" " 3000—3500	" " " " 129 "
" 8	" " 3500—4000	" " " " 118 "
" 1	" " 4000—5000	" " " " 76 "

Razem u 32 noworodków od pierwiastek pępowina odpadała przeciętnie po upływie 126 godzin.

Podana powyżej tabliczka wskazuje jeszcze raz, o czem wzmiankowałem już poprzednio, iż u noworodków silniej rozwiniętych, a więc posiadających większą wagę, pępowina wcześniej odpada, ponieważ odczyn reakcyjny w skórze pierścienia około-pępkowego jest silniejszy.

Od wieloródek było badane 49 noworodków, przy czem

u 1	z wagą od 2000—2500	grm. przec. odpad pępow. po upł. 133 g.
" 9	" " 2500—3000	" " " " " " 122 "
" 14	" " 3000—3500	" " " " " " 110 "
" 19	" " 3500—4000	" " " " " " 112,5 "
" 6	" " 4000—5000	" " " " " " 114,5 "

Przeciętnie u 49 noworodków od wieloródek pępowina odpadała po upływie 115,5 godzin.

Widzimy zarazem, iż u noworodków z wieloródek pępowina przeciętnie odpadała wcześniej, aniżeli u noworodków z pierwia-

stek, co poniekąd może służyć jako jeszcze jeden dowód, więcej iż pierworodne dzieci są słabsze od następnych.

Przeciętny czas odpadania pępowiny u noworodków tak z pierwiastek, jako też i z wieloródek — wynosi 120 godzin czyli 5 dni, co jest wynikiem zupełnie dobrym.

Przy użyciu gipsu, według sprstrzeń Weinstein'a, pępowina odpada przeciętnie po upływie 5,86 dni. Alun, według spostrzeń tegoż autora, sprzyja odpadaniu na 6,1 dzień. Bizmut — podług Gaszyńskiego — daje odpadnięcie pępowiny na 8 dzień i 20 godzin. Przy stosowaniu przez tegoż autora airołu odpadnięcie miało miejsce po upływie 5,78 dni.

Jedynie przy traktowaniu pępowiny według metody Martin'a daje się osiągnąć lepszy, t. j. szybszy rezultat. Mianowicie przy metodzie Martin'a odpadnięcie pępowiny odbywa się według spostrzeń Bocheńskiego przeciętnie w 4 dni. W obec tego jednakowoż, iż sposób Martin'a jest nadzwyczaj kłopotliwym i wymaga dużej wprawy i rutyny ze strony akuszerok, opatrujących noworodków, myślę, iż sposób ten pomimo świetnych wyników nie wejdzie w powszechne użycie.

Natomiast pędzlowanie jodyną, jako sposób nadzwyczaj prosty i łatwy do wykonania, a dający możliwe dotychczas najlepsze wyniki, mógłby zwiększyć arsenał środków lekarskich naszych akuszerok z prawdziwą korzyścią dla znajdujących się pod ich opieką noworodków.



Czasopismo Lekarskie Tom I Nr rok 1903

Obrady w sprawie pomocy lekarskiej fabrycznej w Częstochowskiem Towarzystwie lekarskiem.



Wiadomo powszechnie, że organizacya pomocy lekarskiej przy fabrykach wykazuje wiele braków. Musimy więc uświadomić sobie dokładnie istniejące wady i ustanowić pewne podstawy dla przyszłych reform. W tym celu Towarzystwo lekarskie Częstochowskie, liczące w swem gronie wielu lekarzy fabrycznych, podjęło w r. b. myśl obrad nad tą sprawą. Przedmiot obrad podzielono na 4 działy: 1) ambulatoryja fabryczne, 2) szpitalnictwo fabryczne, 3) pomoc materyalna w czasie choroby, t. zw. kasy wsparć i kasy chorych i 4) działanie higieniczne i sanitarne lekarzy fabrycznych.

W dniu 20 Czerwca odbyło się pierwsze posiedzenie, na którym kol. Brzeziński, lekarz fabryczny Tow. Akcyjnego w Za-

wierciu, mówił o ambulatoriach fabrycznych a kol. Żołędziowski, lekarz zakładów górniczych Tow. Francusko-Włoskiego w Dąbrowie zdał sprawę o stanie szpitalnictwa fabrycznego w Zagłębiu Dąbrowskiem. Dokładne przedyskutowanie tych spraw i sformułowanie odpowiednich wniosków odłożono na następne, powakacyjne posiedzenie. Na dalszych powakacyjnych posiedzeniach poruszoną będzie sprawa pomocy materialnej dla robotników w czasie choroby (kol. Kołodzki ze Sosnowca) i sprawa sanitarnego dozoru (kol. Biegański z Częstochowy). Po ukończeniu obrad przyjęte przez Towarzystwo wnioski konkretne przedstawione będą za pośrednictwem Gubernialnego urzędu lekarskiego — Rządowej Komisji dla spraw fabrycznych.

Wl. Biegański.



o ambulatoriach fabrycznych.

Przez Dra **Józefa Brzezińskiego** (z Zawiercia).

Odczyt wypowiedziany na posiedzeniu Tow. lekarskiego w Częstochowie
w dniu 20 Czerwca b. r.

Na wypełnianie naszych zadań praktyczno-lekarskich wywiera znaczny wpływ cała masa rozmaitych czynników, jako to: nastrój psychiczny lekarza podczas badania, stosunek jego do chorego i wiele innych. Pomimo najlepszych chęci często nie jesteśmy w stanie zupełnie wyzwolić się z pod wpływów tych czynników, co bezwarunkowo tylko obniżyć może wartość naszych porad. Rzecz prosta, że czynnik tak ważny, jakim jest miejsce udzielania pomocy lekarskiej, jeszcze silniejszy wpływ wywiera na jej wartość. Najlepszą sławą cieszy się w tym względzie szpital, nb. dobrze urządzony, gdzie możemy chorego dokładnie zbadać i dobrze leczyć. Znacznie gorzej jest w mieszkaniu prywatnem, gdzie chorego trudno zbadać i trudno leczyć — z powodu braku środków pomocniczych i ujemnego wpływu otoczenia. Najgorzej jednak, podług powszechnie utartego zdania, dzieje się w ambulatoriach: tu już się wcale nie bada chorego, albo bardzo powierzchownie i, rzecz prosta, źle się leczy.

Leczenie ambulatoryjne ma tak złą opinię wśród lekarzy, że dla wielu błęd popełniony w dyagnozie będzie dostatecznie wytło-

maczony, jeśli się zaznaczy, że chory był badany tylko ambulatoryjnie, t. j. jakby mimochodem, w przejściu od jednego przedmiotu do drugiego. Prawdopodobnie i publiczność nie lepiej zapatruje się na ambulatorya, bo często wzywają do chorego, który się kwalifikuje do leczenia ambulatoryjnego, w tej nadziei, że będzie on lepiej zbadany i sumienniej zaopatrzony w środki lecznicze.

Ze taka opinia o leczeniu ambulatoryjnym jest anomalia, nie ulega najmniejszej wątpliwości. W treść wyrazu „ambulatoryjny“ nie wchodzi wcale pojęcia niedokładności lub powierzchowności; właściwie jest tu mowa tylko o pewnej kategorii chorych, którzy leczą się chodząc i nie przerywając swych zwykłych zajęć. Leczenie ambulatoryjne nie powinno pod względem dokładności ustępować leczeniu szpitalnemu, a może znacznie przewyższać leczenie w mieszkaniu chorego. Wynika to ztąd, że dzisiejsza medycyna praktyczna musi się posługiwać licznymi przyrządami, które niepodobna ze sobą nosić i korzystać z nich w mieszkaniu prywatnym.

W rozwoju medycyny praktycznej zauważyć się daje co raz szersze posługiwanie się przyrządami; co raz mniej mamy zaufania do własnych zmysłów, które stanowiły jedyne kryterium dawnego lekarza; co raz więcej dążymy do sprowadzenia za pomocą rozmaitych przyrządów wszystkich zjawisk do kategorii wzrokowych. Równoległe z tym kierunkiem rozwoju medycyny praktycznej idzie przenoszenie się leczenia z domu prywatnego do szpitali i ambulatoryów, a przyjdzie prawdopodobnie dość prędko czas, kiedy leczenie w mieszkaniu prywatnym należeć będzie do rzadkich wyjątków. Już dziś specjaliści, posługujący się w swej praktyce licznymi przyrządami, a więc: okuliści, laryngolodzy, otyjatrzy—mogą badać i leczyć chorych tylko w gabinetach ad hoc urządzonych. Arsenal przyrządów dla medycyny wewnętrznej zwiększa się także z dnia na dzień, dość wspomnieć o licznych przyrządach do badania krwi i wydzielin, o rozmaitych endoskopach, o skiagrafii, sfigmografii i w. innych. W niedalekiej przyszłości będzie ich zapewne dużo więcej i konieczność posługiwania się nimi stanie się więcej naglącą; wówczas lekarz będzie, że tak powiem, unieruchomiony przez balast swoich narzędzi. Stąd i leczenie ambulatoryjne nawet w zakresie chorób wewnętrznych stawać się będzie co raz racjonalniejszym, a w mieszkaniu prywatnym co raz trudniejszym.

Pomimo jednak to wszystko, pomimo że leczenie ambulatoryjne ma ogromną przyszłość, dziś cieszy się ono bardzo złą opinią i muszę tu otwarcie powiedzieć, że opinie tę zawdzięcza przedewszystkiem ambulatoryom fabrycznym. Dla czego tak się dzieje, dla czego ambulatorya fabryczne dyskredytują ambulatoryjny sposób leczenia, postaram się w dalszym ciągu wyjaśnić, opierając się na materyale, który Szanowni koledzy raczyli mi łaskawie nadesłać w odpowiedziach na mój kwestyonaryusz.

Zaczynam od terenu, na którym rozgrywa się zajmująca nas sprawa, mianowicie od lokalu ambulatoryjnego. Z 32 zakładów

przemysłowych, o których otrzymałem odpowiedzi, 6 posiada lokale 1-pokojowe, 15-dwupokojowe, 3-trzypokojowe, 4-czteropokojowe, 3-pięciopokojowe i 1 ma sześciopokojowy lokal. Lokal jednopokojowy jest krzyżącą anomalią, przeciw której należy nam energicznie protestować.

Przypuszczam, że w tym jedynym pokoju odbywa się badanie chorych, poczekalnia zaś znajduje się w nieogrzewanej sieni, albo wprost na dworze. co chyba dobrze na zdrowie nie wpływa, ani zachęca do korzystania z racjonalnej medycyny. Najliczniejsze są lokale dwupokojowe, t. j. składające się z poczekalni i pokoju do przyjęć chorych. Taki lokal odpowiadać może zaledwie minimalnym potrzebom, w większości zaś wypadków jest zupełnie niedostateczny, jeśli zważymy, jak różnorodne czynności, bo badanie chorych, opatrunki i małe operacje, wydawanie lekarstw, kancelarya i inne, odbywać się muszą w jednym pokoju. Można to wszystko załatwić w jednym pokoju, ale nie może tu być mowy o zachowaniu ładu i aseptyki, a nawet zwykłej ostrożności wobec przenoszenia choroby zaraźliwej z jednej osoby na drugą.

Lokale składające się z 3-ch i więcej pokojów posiada 11 zakładów przemysłowych dużych, o znacznej ilości robotników.

Jaki właściwie powinien być lokal dla ambulatorium fabrycznego? Przedewszystkiem konieczne są dwie poczekalnie. Brak zupełny poczekalni może nie jest tak szkodliwy, jak jedna, w której często daje się widzieć dziecko ze szkarlatyną stłoczone razem z innymi dziećmi, dotkniętemi jakimś niewinnym cierpieniem; lub chorego na różę nosa przyjaźnie rozmawiającego z sąsiadem, który ma skaleczoną głowę. Na takie widoki wzdryga się nasze sumienie lekarskie. Jeżeli ambulatorya, jak niektórzy twierdzą, przynoszą mało pożytku, niechże przynajmniej nie szkodzą, niech nie będą rozsądnymi chorobami zakaźnymi. Co się tyczy pokojów do przyjęcia chorych, to jako minimum należało by żądać osobnego pokoju do badania chorych i drugiego do wykonywania małych operacji i opatrunków. Apteka, rzecz prosta, stanowić musi pokój oddzielny. Mamy więc razem 5 pokojów, co zaledwie koniecznym potrzebom zadosyć uczynić może.

W blizkim stosunku z lokalem znajdują się środki pomocnicze czyli: urządzenie, przyrządy, instrumenty, materiały opatrunkowe i t. p.. Ponieważ środki pomocnicze mają dla leczenia ambulatoryjnego istotne znaczenie i dają mu, jak to już mówiłem, pierwszeństwo przed leczeniem w mieszkaniu prywatnym, należy słów parę poświęcić pytaniu, jak są pod tym względem zaopatrzone ambulatorya fabryczne. Otóż na 32 odpowiedzi 20 zaznacza, że są zaopatrzone dostatecznie a 12-ie - źle lub wcale. Nie zupełnie tutaj można polegać na tych odpowiedziach, ponieważ potrzeba posługiwania się przyrządami jest wśród lekarzy bardzo indywidualną. Sądzę jednak, że jakiegokolwiek ambulatorium ogólne tylko w takim razie prawidłowo funkcjonować może, jeśli posiada wszystkie najkonieczniejsze przyrządy do badania chorych, a więc: rozmaite wzierniki, sondę żołądkową, chemikalia do badania wy-

dzielin, mikroskop, maszynki elektryczne, dalej — wszystkie instrumenta chirurgiczne do operacji, które się w ambulatoryach odbywać mogą i wreszcie urządzenia sterylizacyjne. Nie wymieniam tu Röntgena, przyrządów gimnastycznych ani tych instrumentów, które dla posilkowania się niemi wymagają od lekarza specjalnej wiedzy, chociaż i te również w dużych ambulatoryach znaleźć się powinny.

Co się tyczy zaopatrywania chorych w lekarstwa, to znaczna większość odpowiedzi zaznacza, że proste środki wydają się na miejscu przez felczera, więcej zaś złożone z pobliskiej apteki za receptami. O ile tylko lekarz nie jest ograniczony w stosowaniu tych właśnie złożonych środków, to nie sędzę, by ten sposób wydawania lekarstw niekorzystnie oddziaływał na leczenie ambulatoryjne.

Udział felczerów w przyjmowaniu ambulansu polega na wydawaniu lekarstw, robieniu drobnych opatrunków i wypełnianiu czynności kancelaryjnej. O ile felczer jest sumienny, lekarz posiada w nim nieoszacowanego pomocnika. Sprawa felczeryzmu najmniej może interesuje lekarzy fabrycznych, którzy mają sposobność widzieć tylko dobre jego strony, złych zaś prawie nigdy, ponieważ felczer jest tu ściśle zależny od lekarza i żadnych nadużyć popełnić nie może. Ma się rozumieć, lekarz fabryczny nie powinien w zapatrywaniu się na felczeryzm stać w sprzeczności z opinią szerokich kół lekarskich, bo w takich sprawach stać należy zawsze na stanowisku zasadniczym; zresztą, medycyna fabryczna najprawdopodobniej by wiele zyskała, gdyby czynności felczera podzielone zostały pomiędzy lekarza i wykwalifikowanego pielęgarza. Chcę tylko zaznaczyć, że dla lekarzy fabrycznych felczeryzm nie jest kwestyą palącą.

Teraz przechodzimy do najważniejszej strony ambulatoryów fabrycznych, mianowicie — do ilości udzielanych w nich porad i warunków pracy lekarskiej.

Przyjęcia chorych odbywają się najczęściej, bo aż w 19 fabrykach, 2 razy tygodniowo, w 2 fabrykach 1 raz, w 2-ch 3 razy, w jednej 4 razy, w jednej 5 razy tygodniowo, a w 7 wielkich zakładach przemysłowych — codziennie. Przyjmowanie chorych trwa od pół do 3 godzin, wyjątkowo dłużej. Ilość zgłaszających się chorych na jedno ambulatoryum jest bardzo rozmaita, jak widać z załączonej tablicy.

W fabrykach małych, w których ilość pracujących nie dochodzi tysiąca, cyfra waha się od 3 do 30. Taką ilość chorych może jeden lekarz w ciągu kilku godzin przyjąć, dokładnie zbadać i być, jednym słowem, dla nich pożytecznym, o ile inne warunki są sprzyjające. Otóż właśnie tych sprzyjających warunków zwykle brakuje w małych fabrykach. Przedewszystkiem, tam to zwykle spotykamy 1 lub 2-pokojowe lokale ambulatoryjne, o których złych stronach mówiłem już poprzednio, tam też brakuje najczęściej niezbędnych środków pomocniczych; powtóre, przyjęcia chorych odbywają się zwykle tylko 2 razy tygodniowo, co jest

stanowczo za mało, jeśli zważymy, że do ambulatoryów zgłaszają się także z chorobami ostreymi (szczególnie dzieci), a także ocznymi i chirurgicznymi, które najczęściej wymagają codziennego opatrunku. Tym brakom zaradzają zwykle lekarze w ten sposób, że w razach koniecznych przyjmują chorych u siebie w mieszkaniu. Nie zawsze to jednak jest możliwe, ponieważ bywa i tak, że lekarz mieszka o kilka wiorst, a nawet mil od fabryki, do której tylko 2 razy tygodniowo dojeżdża.

Ambulatorya przy fabrykach wielkich, mających tysiąc i więcej robotników, znajdują się w odmiennych warunkach. Znajdujemy tu zwykle lokale dość obszerne, nawet 4-0 i 5-pokojowe i środków pomocniczych ilość dostateczną; przyjęcia chorych odbywają się częściej niż 2 razy tygodniowo, w większości — nawet codziennie. Jednym słowem, nie znajdujemy tu tych braków, które widzieliśmy w małych fabrykach i które uniemożliwiają tam prawidłowe leczenie ambulatoryjne. Jednak i tu jest jedna okoliczność, która pociąga za sobą takie same skutki, a jest nią: nadmiar zgłaszających się chorych. Na jedno przyjęcie zgłasza się od 40 do 200 chorych, lekarz zaś z powodu licznych innych zajęć nie może na ambulatoryum poświęcić więcej czasu, jak 3—4 godziny. Sytuacja o wiele jest lepsza, jeżeli tę ilość chorych przyjmuje 2 lekarzy, jak to jest w 6 największych zakładach przemysłowych. Bądź co bądź wypada jednemu lekarzowi przyjąć w ciągu kilku godzin przeszło 40 chorych. Jest to cyfra tak duża, tak bardzo przewyższająca tę normę 25, jaką większość lekarzy w odpowiedziach, określiła za nieprzekraczalną bez wywołania zmęczenia, że nie można tu żądać, by lekarz był w stanie każdego chorego z całym spokojem i dokładnością zbadać. To też tego nigdy nie bywa. Zwykle dzieje się tak, że lekarz z całej tej masy chorych wyławia tych, którzy mu się wydają dotkniętymi poważniejszym cierpieniem i tym więcej czasu poświęca, pozostałych zaś zbywa czembądź i jak bądź. Jeżeli więc lekarz jest wprawny, to przynajmniej ciężko chorzy mogą być dobrze załatwieni, w przeciwnym razie są często przeoczeni, a w obydwu wypadkach chronicznie i lekko chorzy są zaniedbywani. Rzecz prosta, że chorzy są niezadowoleni i lekceważą sobie poradę ambulatoryjną, lekarz zaś wynosi ztąd zamęt w głowie i bardzo przykre uczucie niezadowolenia z powodu złe spełnionego obowiązku. To też nadmiar zgłaszających się chorych, jako istotna przyczyna tego niepomysłnego stanu rzeczy, wart jest bliższego zastanowienia.

Zwykle tłumaczymy sobie ten fakt w ten sposób, że do ambulatoryów zgłasza się dużo symulantów i lekko chorych, którzy niepotrzebnie zabierają czas ze szkodą dla prawdziwie chorych. Niektórzy lekarze, chcąc pozbyć się tego balastu, przenosili przyjęcie chorych na czas, w którym niema zajęć w fabryce w tej myśli, że symulanci i lekko chorzy nie zechcą tracić czasu, który mogliby poświęcić odpoczynkowi lub rozrywce; inni częstowali tego rodzaju chorych na miejscu jakimkolwiek niesmacznym, a nie-

winnym lekarstwem (olej rycynowy, chinina). Że te próby uzdrowotnienie ambulatoryów nie mogły mieć dodatniego rezultatu, przekonamy się niebawem.

Ilość symulantów bywa bardzo różną. Zależy to przedewszystkiem od tego, czy robotnik ma interes symulować chorobę, bo dla przyjemności chyba by tego nie czynił.

To też w tych zakładach przemysłowych, gdzie istnieją kasy chorych, ilość symulantów jest znaczna, bo często przenosi 10% ogólnej ilości chorych. W fabrykach, gdzie niema kas chorych, gdzie chory dostanie czasem tylko nieznaczną zapomogę z funduszu karnego, symulanci zdarzają się bardzo rzadko, jak to zgodnie zaznaczają prawie wszystkie odpowiedzi. Więc tylko w niektórych zakładach przemysłowych symulanci odgrywają istotną rolę w sprawie ambulatoryów i rzeczywiście przeszkadzają prawidłowemu przyjmowaniu chorych. Jedyna rada na tę bolączkę jest dokładne badanie i demaskowanie: tylko rozpowszechnienie przekonania wśród robotników, że interes się zwykle nie udaje, może powstrzymać wielu od symulacji. Zachodzi tu więc, jak widzimy, prawdziwy circulus vitiosus: lekarz nie bada dokładnie z powodu nadmiaru chorych i przez to przybywa mu ich więcej jeszcze w osobach symulantów.

Ilość chorych, dotkniętych cierpieniami lekkimi, nie wymagającymi żadnego leczenia, jest bardzo znaczna we wszystkich ambulatoryach, w niektórych dochodzi nawet do połowy ogólnej liczby chorych. Choroby takie, jak: katar nosa, niewinny kaszel, bóle mięśni i głowy są najczęstszym powodem zasięgnięcia porad ambulatoryjnych. Jak się lekarz wobec takich chorych zachowuje? Ponieważ w praktyce płatnej z takimi cierpieniami nie spotyka się prawie wcale, słusznie wnioskuje, że robotnik nadużywa swych praw; z tego rodzi się pewna niechęć, za którą idzie lekceważenie.

Czy jednak takie zapatrywanie się na lekko chorych jest słuszne? Czy mamy prawo robić im jakiegokolwiek zarzuty? Przedewszystkiem muszę zwrócić uwagę na to, że w społeczeństwie naszym jeszcze nie wzrosła potrzeba prawidłowego leczenia, że chorobę uważa się powszechnie za nieprzewidziane zrzędzenie losu, że wydatek poniesiony na chorobę zalicza się zwykle w budżecie domowym do kategorii wydatków nieprzewidzianych, jakimi są np. straty spowodowane przez pożar, okradzenie lub zgubę, że z tego powodu nawet w sferach dość zamożnych i inteligentnych lekarz jest wzywany wtedy, kiedy już choroba na dobre się rozwinęła. Lekarz domowy, który by wiedział o każdej najmniejszej chorobie w rodzinie, należy u nas jeszcze do rzadkości. Nic więc dziwnego, że nie jesteśmy przyzwyczajeni do widoku tych lekkich cierpień, których tyle nam nasuwa praktyka fabryczna wskutek bezpłatności porad.

Z jakiegokolwiek jednak stanowiska zapatrywać się na tę sprawę będziemy, niemożemy odmówić racji prawidłowemu leczeniu nawet najbagatelniejszych cierpień. Wiemy przecież, jak

często dają w następstwie powód rozwojowi bardzo poważnych chorób, których by można było uniknąć przy odpowiednim zachowaniu się chorego; nie możemy też zapomnieć o tem, że obserwacya naukowa tych lekkich cierpień przyczynić się może do z bogacenia naszej nauki. Sądziłbym więc, że z naszego stanowiska lekarskiego nic mieć nie możemy przeciw lekko chorym, zapełniającym nasze ambulatorya, że powinniśmy zapatrywać się na nich, jak na zjawisko zupełnie normalne i traktować ich na równi z ciężko chorymi.

Skoro więc nasze sumienie lekarskie niepozwala nam występować przeciw zasięganu porad w ambulatoryach przez lekko chorych, a symulanci zjawiają się w większej liczbie tylko w niektórych zakładach przemysłowych i są prawie niemożliwi do wytepienia, to musimy pogodzić się z faktem przepełnienia naszych ambulatoryów. Nasuwa się teraz pytanie, w jakim kierunku iść powinny nasze usiłowania w celu uzdrowotnienia ambulatoryów fabrycznych? Dla zoryentowania się w tym względzie przytoczę cyfr kilka, rzucających nieco światła na lecnicstwo naszego robotnika.

W fabrykach, w których mają prawo korzystać z bezpłatnej pomocy lekarskiej tylko sami robotnicy bez rodzin, przeciętna ilość porad rocznie na jednego robotnika wynosi 4.2 (p. tabl.). Trudniej o dokładne cyfry w tych zakładach przemysłowych, w których leczą się także rodziny, ponieważ ilość osób, mających prawo leczyć się bezpłatnie, może być tylko przypuszczalną. Zdaje mi się jednak, że będę blizki prawdy, jeśli w tych zakładach, które zatrudniają wyłącznie mężczyzn, dla otrzymania ogólnej ilości leczących się osób pomnożę ilość robotników przez 4, przyjmując za przeciętną rodzinę: żonę i 2 dzieci; w tych zaś zakładach, które zatrudniają kobiety i wyrostków, pomnożę przez $2\frac{1}{2}$. Otrzymaawszy w ten sposób ogólną ilość osób, mających prawo się leczyć bezpłatnie, wyliczyłem przeciętną ilość porad na jedną osobę rocznie. Przeciętna ta wynosi 2.2. Porównamy teraz te cyfry z tablicą zachorowań członków związku roboczego we Włoszech, zamieszczoną w Encyklopedyi Eulenburga w T. XIII na str. 412. Z tablicy tej okazuje się, że 138584 osób w wieku od 5—7 lat przechorowało rocznie 957396 dni i zapadało na zdrowiu 35056 razy, czyli że na jedną osobę wypada przeciętnie rocznie 6.9 dni choroby, a każda choroba przeciętnie trwa 21.6 dni. Na tejże stronie zamieszczona tablica zachorowań członków Towarzystwa „Wzajemność,” z której okazuje się, że na jedną osobę wypada rocznie 6.89 dni. Zważywszy, że obiedwie tablice nie uwzględniają dzieci do 5 lat, które chorują prawie 2 razy częściej, niż osobniki innego wieku, możemy śmiało przeciętną liczbę dni choroby na każdą jednostkę ludności fabrycznej podnieść do 8. Wypada więc, że robotnik lub członek jego rodziny na 8 dni choroby zasięga tylko 2 razy porady lekarskiej.

Cyfra, jak widzimy, bardzo skromna i bardzo daleka od nadmiernego leczenia się. Do podobnych wniosków dojdziemy za

pomocą innego obliczenia. Dr. Fidler z Radomia obliczył dla całego kraju ilość zachorowań na 23%. Ze względu na niehygieniczne warunki pracy i całego otoczenia musimy tę cyfrę dla osad fabrycznych podnieść najmniej do 30%. Na 107549 głów fabrycznej ludności (p. tabl.) wypadnie więc zachorowań 32264, a licząc na każdą chorobę tylko 25 dni—ogółem 806600 dni choroby, co wobec 246830 porad daje jedną poradę na 3.3 dni.

Powyższe cyfry nie mają żadnej pretensyi do ścisłości, ale są dostateczne dla scharakteryzowania sprawy leczenia naszego robotnika: leczy on się naogół zamało, a nie za dużo, jak to się powszechnie utrzymuje. Jeśli jeszcze zważymy, że w naszych ambulatoryach jest zawsze pewna ilość symulantów i znaczna ilość tak lekko chorych, którzy wogóle nie wchodzą do żadnej statystyki, to przyjdziemy do przekonania, że prawdziwie chory robotnik jeszcze rzadziej zasięga porady, niż raz na 3 — 4 dni. Dlaczego tak jest, nie łatwo wyjaśnić. Przypuszczam, że wpływają na to niski poziom kultury naszego robotnika, brak zaufania do medycyny wogóle, a do medycyny fabrycznej w szczególności; wreszcie ścisk w ambulatoryach, ponieważ w małych fabrykach, leczących tylko samych robotników, ilość porad na jedną osobę jest 2 razy większą, niż w dużych fabrykach (p. tabl.). Spodziewać się więc należy, że ilość porad w naszych ambulatoryach stopniowo zwiększać się będzie w miarę wzrostu kultury i zaufania do medycyny, jak również ulepszenia pomocy lekarskiej. Nasze więc usiłowania uzdrowotnienia ambulatoryów nie powinny mieć na celu zmniejszenia ilości chorych, bo na tej drodze do niczego byśmy nie doszli, lecz postawienie ambulatoryów w takich warunkach, by nawet podwójna liczba chorych mogła w nich znaleźć najlepszą poradę.

W tem dążeniu napotkamy niemałą przeszkodę. Jest nią niechęć sfer przemysłowych do robienia wydatków na cel tak nieprodukcyjny, jak pomoc lekarska. Ta właściwie znajduje się jedyna, a w każdym razie najważniejsza przyczyna niedomagań naszych ambulatoryów: w małych fabrykach widzieliśmy brak odpowiednich lokali i najpotrzebniejszych środków pomocniczych, w dużych zaś — lokale i środki pomocnicze są jako tako dostateczne, ale personel lekarski w stosunku do ilości chorych jest stanowczo zaszczupły. Fabryki dają w rzeczywistości swym pracującym tylko połowiczną pomoc lekarską: ztąd jedne ambulatorya wskutek braku środków pomocniczych, drugie szczupłości lokalu, inne zaś — niedostateczności personelu lekarskiego nie są przystosowane do tych potrzeb i wymagań, jakie okazuje ludność fabryczna. Dla tego to ambulatorya nie mogą funkcjonować prawidłowo, a lekarze zdzierają się pracą; o ile nie potrafią przystosować się do tej połowiczności.



T A B L I C A.

Nazwa zakładu przemysłowego	Ilość robo- tników	Ilość robo- tników z ro- dzinami	Ilość porad roczne	Ilość porad na 1 ambu- latoryum	Ilość porad na 1 osobę roczne	Przeciętna ilość porad na 1 osobę
1. Przędzalnia Szelcera	600		3500	22	5.8	4.2
2. Fabryka celluloidu Weinberga	180		676	6	3.7	
3. Papier. Steinhagen	115		884	10	7.6	
4. Fabr. żelaz. Sambora	105		339	6	3	
5. Fabr. guzików Grossman	273		900	9	3.3	
6. Fabr. papieru i tapet	215		1500	15	6.9	
7. Fabr. igieł	136		400	8	3	
8. Szklarnia Ząbkowice	500		868	8	1.7	
9. Fabr. kapeluszy	155		600	6	4	
10. Papiernia Ginsberg	275		1000	10	4	
11. Fabr. chem. Rędziny	120	480	832	16	2	2.2
12. Farbiarnia Brass	150	600	832	7	1.3	
13. Fabr. zapalek Gehlig	120	480	1248	12	3	
14. Przędz. wełny Peltzer	1500	3750	6032	45	1.6	
15. Fabr. worków jutowych	1000	2500	6240	40	2.5	
16. Przędz. baweł. Żarki	135	337	1040	10	3	
17. Huta żel. Hantke	1632	6528	18600	60	2.8	
18. Walcow. żel. Sosnowice	750	3000	4047	20	1.3	
19. Kopalnia T. Franc.-Włoskiego	1800	7200	18000	50	2.5	
20. Kopalnia Niemce	2500	10000	14200	40	1.5	
21. Kopalnia Mortimer	2500	10000	15564	70	1.5	
22. Tow. Akc. Zawiercie	6000	15000	25000	70	1.5	
23. Huta Bankowa	3500	14000	60970	200	4	
24. Kopalnia Saturn	2600	10400	24370	70	2.3	
25. Przędzalnia Szena	2100	5250	12500	50	2	
26. Przędzalnia Motte	900	2250	7000	70	3	
27. Przędzalnia „Czenstochowie”	2200	5500	12000	80	2	
28. Fabr. chem. „Elektryczność”	180	720	1800	13	2	
29. Cementownia Łazy	100	400	230	2	0.5	
30. Cementownia „Wysoka”	300	1200	738	8	0.6	
31. Huta „Huldshinski	600	2400	2220	20	1	
32. Szklarnia Zawiercie	750	3000	3200	30	1	
Ogółem	33991	107549	246830	—	2.3	2.3

Komisya emerytalna przy Tow. lek. Radomskiem.

Towarzystwo Lekarskie Radomskie, uznając potrzebę zabezpieczenia bytu lekarzy w razie choroby i ich rodzin po śmierci lekarzy, wysadziło z pośród siebie Komisję w celu opracowania projektu emerytury dla lekarzy Królestwa Polskiego. Komisya emerytalna, chcąc opracować projekt na podstawie ścisłych danych statystycznych o śmiertelności wśród lekarzy, uznała za odpowiednie zebrać właściwy materiał z każdej poszczególnie gubernii. Tym bowiem tylko sposobem przyszły projekt kasy emerytalnej zyskać może trwałą podstawę. Ta Komisya zwróciła się do zarządów Towarzystw lekarskich z prośbą o odpowiedzi na następujące pytania:

1-e Czy projekt utworzenia kasy emerytalnej uważa za będący na czasie. 2-e Czy nie uznaje, iż możebną jest inna forma trwałego zabezpieczenia bytu lekarzy zniedołężniałych i ich rodzin po śmierci głowy rodziny. 3-e Czy Towarzystwo zechce podjąć się wspólnej pracy zarówno w gromadzeniu materiału, jak i opracowania projektu. 4-e Czy Towarzystwo zechce ponieść część wydatków, jakie na nie przypadną przy opracowaniu projektu.

Jeżeli Towarzystwo uzna za właściwe przystąpienie do wspólnej pracy we wspomnianym kierunku, to najuprzejmiej prosimy o łaskawe zawiadomienie niżej podpisanego, kol H. Fidlera w Radomiu, o zapadłej decyzji, a zarówno o wypełnienie, załączonego przy niniejszem kwestyjonariusza.

Dane dotyczące liczby lekarzy, ich wieku, liczby lat praktyki (data otrzymania dyplomu) i daty śmierci otrzymać można w wydziałach lekarskich Rządów Gubernialnych za lata od 1889 po 1903 r. Wiadomości te są zanotowane na t. zw. registryjnych kartkach (Врачебная карточка), jakie rok rocznie składają do wydziałów lekarskich lekarze miejscy i powiatowi. Na tych samych kartkach notowane są wiadomości o śmierci lekarzy i przyczynach śmierci. O ile nam wiadomo, nie wszystkie wydziały lekarskie przechowują u siebie te dane ostatnie (t. j. o śmierci) lecz odsyłają wprost do Departamentu lekarskiego. Gdyby jednak szczęśliwym trafem wiadomości te w wydziale danej Gubernii się znajdowały, to najuprzejmiej prosimy o wypełnienie również Tablicy IV kwestyjonaryusza. Nie chcemy narzucać wskazówek do zbierania powyższych wiadomości w wydziałach lekarskich, lecz na zasadzie doświadczenia śmiemy podsunąć myśl, iż wynotowaniem z akt urzędowych wszystkich potrzebnych nam wiadomości

Towarzystwa Lekarskie.

Towarzystwo Lekarskie w Częstochowie.

Posiedzenie w d. 16 Maja 1902 r.

Obecnym 33 członków.

I. Kol. Biegański odczytał statystykę chorób zakaźnych. W ciągu 4 tygodni zanotowano: 41 przypadków zapalenia płuc, 14—tyfusu brzuszego, 13—ospy, 10—szkarlatyny, 6—koklusz, 5—odry, 4—krupu, 4—błonicy, 4—gorączki połogowej, 4—róży, 47—gruźlicy.

II. Kol. Brzeziński z Zawiercia przedstawił chorego, l. 45, z trudnem do określenia cierpieniem nerwowem. Pierwsze objawy choroby wystąpiły przed rokiem w postaci zawrotów głowy przy chodzeniu; wkrótce przyłączyło się uczucie osłabienia kończyn dolnych. Chory chwieje się, zatacza, przy zwrotach i przeszkodach łatwo upada. W pozycji leżącej wszystkie ruchy wykonywa dokładnie. Siła mięśniowa kończyn dolnych niezmnieszona, zaników niema, odruchy kolanowe b. wzmożone. Wrażliwość na ból na stopach wzmożona, na przedniej powierzchni ud i goleni—osłabiona. Pozatem, ze strony układu nerwowego nie wykryto zmian żadnych.

Kol. Biegański wyklucza przedewszystkiem wjad rdzenia i cierpienia mózdku. Chód niepewny i chwiejny, będący niemal jedynym objawem chorobowym, właściwy jest zaburzeniu czynnościowemu, zwanemu abasia. Według badań Binswanger'a zaburzenie to może być cierpieniem samoistnem, niezależnem od histeryi. Towarzyszą mu często zбочenia w sferze umysłowej

W dyskusyi nadto zabierali głos kol.: Marczewski, Marynowski, Królikowski, Rejman, Rozenfeld, Kozłowski, Wasilewski, Brzeziński i Biegański.

III. W dyskusyi nad drugą częścią odczytu kol. Nowaka „O łożysku przodującym.“ (wygłosz. w d. 18 Kwietnia) była omawiana szczegółowo sprawa tamponowania macicy i pochwy gazą jodoformową.

Kol. Pietrasiewicz, Żołędziowski i Królikowski, wbrew twierdzeniu kol. Nowaka, sądzą, że w niektórych przypadkach lekarz może zastosować tamponadę w celu rozszerzenia ujścia i powstrzymania krwotoku. Możliwość zakażenia, zdaniem kol. Pisarzewskiego, zmniejsza użycie wyjałowionej gazy i wyjałowionych wzierników.

Kol. Nowak odpowiada, że tamponada, jako środek powstrzymujący krwawienie, działa nieostatecznie, gdyż krew powoli sączy się nazewnątrz. Jako środek, rozszerzający drogi porodowe, działa b. wolno, powiększa krwotoki i ułatwia możność zakażenia. Wogóle jestto zabieg nieodpowiedni, dający się łatwo i z korzyścią dla chorej zastąpić przez inne metody lecznicze.

IV. Kol. Nowak wypowiedział rzecz „O wygniataniu główki następującej.“ Przed kilkana miesiącami w Towarzystwie Ginekologicznem Berlińskiem dr. Steffek wygłosił odczyt, w którym na podstawie luźnego materiału, uzasadnił następującą metodę wydobycia główki. Po uwolnieniu tułowia i rączek płodu, rodząca przyjmuje położenie Walcherowskie. Wówczas silny ucisk na główkę, wywarty zzewnątrz, od strony powłok brzusznych, przeprowadza ją przez wchód miednicy do próżni. Wreszcie główka zostaje wydoby-

tą nazewną przy pomocy sposobu Smellie-Veit'a. Kol. N. przytacza przypadek z własnej praktyki, w którym u wieloródki z ogólnie zwężoną miednicą wszelkie usiłowania wydobycia główki następującej od strony pochwy speliży na niczem i dopiero zastosowanie sposobu Steffek'a zdołało główkę sprowadzić nazewną.

Kol. Rozenfeld sędzi, że wygniatanie płodu przez powłoki brzuszne wino znaleźć szersze zastosowanie w praktyce lekarskiej nie tylko w przypadkach główki następującej, ale nawet w razie przodowania główki. W ostatnim wypadku silny ucisk wywarły zzewnątrz czasami zastąpić może operację kleszczową.

Kol. Wasilewski i Pasierbiński zwracają uwagę na możliwość powikłań przy wywieraniu zbyt silnego ucisku.

Kol. Brzeziński uważa za konieczne przy zastosowaniu tej metody uprzednie zachloroformowanie chorej.

Kol. Pisarzewski przyznaje, że w przypadkach główki następującej wygniatanie oddać może lepsze usługi, niż inne metody lecznicze. W razie przodowania główki nie uważa wygniatania za zabieg odpowiedni.

Kol. Pietrasiewicz zwraca uwagę na kierunek ucisku.

Kol. Nowak odpowiada, że obrażenia płodów i matek zawsze należą do kategorii lekkich. Celem wygniatania jest przeprowadzenie główki przez wchód; główka sama najlepiej przystosowuje się do wymiarów miednicy. Według Steffek'a główkę należy uciskać odzewnątrz, nie zwracając uwagi na jej ustawienie.

V. Kol. Biegański wypowiedział rzecz: „O zgorzeli kończyn dolnych przy chorobach zakaźnych (druk., w „Czasopiśmie lek).“

W dyskusji kol. Rejman opisuje przypadek zgorzeli kończyny dolnej po tyfusie wysypkowym, kol. Żołędziowski i Nowak—po tyfusie brzuszny. Zgorzel występowała zawsze po spadku ciepłoty.

Posiedzenie w d. 20 Czerwca 1893 r.

Obecnych 35 członków.

I. Odczytano korespondencję bieżącą: odezwę warszawskiej kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy w sprawie utworzenia Oddziału kasy pogrzebowej i zawiadomienie o utworzeniu kursów praktycznych dla lekarzy w Warszawie.

II. Kol. Żołędziowski z Dąbrowy przedstawił chorego, który przed 2 miesiącami został uderzony w prawą skroń. Stwierdzono obfity wylew podskórny. Od 3 tygodni niemożność otwierania ust, bez wszelkich zmian w układzie nerwowym.

Kol. Biegański rozpoznaje przykurczenie prawego mięśnia skroniowego wskutek rozwoju tkanki łącznej, jako następstwo wylewu krwawego.

III. Kol. Puterman z Sosnowca przedstawił dwóch chorych. Pierwszy przypadek—trofoneurotyczne cierpienie skóry w postaci pęcherzykowatych wykwitów na symetrycznych miejscach dłoni i podszew. Urzędnik kolejowy, l. 29, neurastenik, od kilku lat żonaty. Dzieci zdrowe. Przymiotu nie przechodził. Choroba obecna rozpoczęła się przed 5—6 tygodniami gorączką, bólami w stawach barkowych i w pierwszym stawie palucha lewej stopy. Badanie w piątym tygodniu choroby wykazało: w narządach wewnętrznych zmian niema, odruchy kolanowe i skórne wzmoczone, czucie dotykowe zachowane, umiejscowianie wrażeń niedokładne. Irritatio spinalis. Dotkliwy ból przy ucisku pni nerwowych: plexus brachialis, nn. radialis, cruralis, tibialis, peronei. Na prąd galwaniczny

wrażliwsze mięśnie lewych kończyn, na prąd faradyczny — mięśnie prawych kończyn. Na dłoniach różnej wielkości wykwitły pęcherzykowane o zawartości ropiastej. Z dłoni sprawa przechodzi na dłoniowe powierzchnie palców. Obok dawnych wykwitów świeże drobniutkie pęcherzyki. Na podszwach ślady przebytej sprawy w postaci łuszczącego się naskórka, na wewnętrznej powierzchni lewej stopy i na palcach — skupienia pęcherzyków. W miejscach gojenia się naskórek schodzi w postaci płatów, pozostawiając skórę czerwoną, błyszczącą. Na środku lewej dłoni sprawa zajmuje głębsze warstwy, tworząc ograniczone, b. bolesne nacieki. Badanie drobnowidzowe zawartości pęcherzyków nie wykryło drobnoustrojów.

Drugi przypadek — obwodowe porażenie nerwu promieniowego, powstałe we śnie, skutkiem ucisku.

IV. Kol. Brzeziński z Zawiercia odczytał rzecz: „O ambulatoriach fabrycznych“ (Druk. w „Czasopiśmie lek.“)

V. Kol. Żółędziowski odczytał pracę: „O szpitalach fabrycznych.“ (Będzie druk. w „Czasopiśmie lek.“)

W dyskusji omawiano sprawę ambulatoryów. Zdaniem kol. Żółędziowskiego istnieje obecnie system ambulatoryów uniemożliwiający zastosowanie racjonalnego leczenia. Jestto koniecznym wynikiem olbrzymiej liczby symulantów (15,0%) i szybkiego wyczerpywania się lekarzy. Lekarz nie jest w stanie udzielić naraz więcej, jak 20 porad. Zmniejszyć liczbę symulantów możnaby przez wprowadzenie kilkugroszowych opłat za porady na rzecz kasy chorych. W większych fabrykach ambulatoria winny być załatwiane zrana i popołudniu z przerwą, umożliwiającą wypoczynek lekarza.

Kol. Królikowski nie sądzi, żeby środki, projektowane przez kol. Brzeż., mogły wpłynąć dodatnio na stan ambulatoryów. Ani zaopatrzenie ich w należyłą ilość narzędzi, ani posiadanie przez lekarzy wszystkich metod dyagnostycznych nie usunie wadliwych stron dzisiejszego systemu.

Według kol. Neufelda pobieranie od robotników opłat pieniężnych za porady jest niemożliwe ze stanowiska prawa. Ograniczenie liczby robotników, zasięgu porad w pojedynczym ambulatorium, do 20 nie da się urzeczywistnić, ponieważ większe fabryki musiałyby posiadać do 10 lekarzy. Uważając tę sprawę za niezmiernie ważną i do rozstrzygnięcia trudną, proponuje wyznaczyć konkurs lub wybrać komisję, której zadaniem będzie opracowanie najodpowiedniejszego typu ambulatorium. Sprawę tę winno poruszyć Towarzystwo jeszcze raz na najbliższym posiedzeniu i wszechstronnie rozważony projekt przedstawić do zatwierdzenia władzy. W końcu kol. N. opisuje szczegółowo sposób urządzenia ambulatorium w fabryce Hulszyskiego i przedstawia plany.

Projekt kol. Neufelda popiera kol. Pisarzewski, podług którego jednym z wielu ujemnie oddziaływających czynników jest sprzeczność w interesach lekarzy i właścicieli fabryk. Lekarze — w stosunku do pracy od nich wymaganej, pobierają zbyt małe honoraria.

Kol. Kohn zarzuca kol. Brzezińskiemu zbyt optywizm w poglądach na sprawę ambulatoryjnego leczenia robotników. Większość zgłaszających się po poradę to symulanci lub mający tak lekkie dolegliwości, że wszelkie leczenie jest zgoła zbyteczne. Pozostaje bardzo mała ilość prawdziwie chorych, na których winna być skierowana uwaga lekarzy.

Kol. Biegański zauważył, że olbrzymia większość chorych w ambulatoriach skarży się na rozmaite zaburzenia czynnościowe, zależne od wyczerpania, znużenia, złego odżywiania i wogóle złych warunków higienicznych i sanitarnych. Należą tu rozmaite bóle mięśniowe, bóle głowy, zaburzenia w miesiączkowaniu u dziewcząt. Są to sprawy nader uporeczywe i niedostępne dla leczenia wobec ciężkich warunków pracy fabrycznej. Zasadniczo złe warunki życiowe, marne odżywianie się powodują częste zaburzenia przewodów pokarmowego i nieżyty oskrzeli, które trudno zwalczyć przy pomocy środków farmaceutycznych. Wreszcie, do bardzo częstych chorób u robotników fabrycznych należą różne cierpienia skóry (pedi-

culosis, furunculosis, eczema, scabies), mające swe źródło w bajecznym niechlujstwie ludu, w braku pojęć o elementarnych zasadach czystości. A zatem nie symulanci, których kol. B. prawie nie spostrzega, nie amatorzy darmowego leczenia, lecz dokuczliwie cierpiący zapełniają ambulatorya fabryczne. Robotnik nie rozumie, że choroba jego jest wynikiem fatalnych warunków życiowych, że lekarstwo nie jest w stanie usunąć jego dolegliwości, dla tego też stale zwraca się do lekarza o pomoc, żądając ustawicznej zmiany lekarstw.

Kol. Dehnel sądzi, że ambulatorya będą zawsze niedomagają, ponieważ chorzy fabryczni pozbawieni są możności dowolnego wyboru lekarza. Wobec tego jednak, że ambulatorya zostały zatwierdzone przez władzę, należy wszelkimi siłami dążyć do poprawy istniejącego stanu rzeczy. Kol. D. popiera projekt kol. Neufelda o wyznaczeniu konkursu lub utworzeniu odpowiedniej komisji w celu opracowania najlepszego typu ambulatoryum.

Kol. Lewenstein zgadza się z kol. Brzezińskim, że ambulatorya mogłyby przynieść wiele korzyści. Należy tylko sumienniej je traktować.

Dalszy ciąg dyskusji z powodu spóźnionej pory odłożono do następnego posiedzenia.

Karol Rozenfeld.

Towarzystwo lekarskie Radomskie.

Posiedzenie 4 Kwietnia 1903 r.

Przewodniczący kol. J. Majkowski. Obecnych 36 Członków.

I Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Majkowski odczytał rzecz p. t. „O wysypkach skórnych swędzących wieku dziecięcego“ (drukowano w №№ 16 i 17 „Medycyny“).

III. Kol. Fuksiewicz odczytał rzecz p. t. „Przypadek ostrej niedrożności kiszek wyleczony za pomocą wysokiej dawki atropiny“. Próby leczenia niedrożności kiszek przetworami wilczej jagody datują się od roku 1788 (Theden), następnie liczni autorowie ogłaszają przypadki, w których usuwali uwięzłe przepukliny za pomocą belladonny (Duponget, Fraenkel, Larue, Hagen). W 1899 r. Batsch zaleca podskórne wstrzykiwanie wysokich dawek atropiny (0,005) w przypadkach ostrej niedrożności kiszek i radzi ją stosować we wszystkich postaciach „ileus“. Inni autorowie (Czaplicki, Pal) na zasadzie doświadczeń dokonanych na zwierzętach i wypadków obserwowanych przez siebie doszli do przekonania, że atropina może być skuteczną tylko w „ileus dynamicus“.

Przypadek obserwowany przez F. dotyczy włościanina A. Ł., który zachorował 4 dni temu. Choroba rozpoczęła się bólami w jamie brzusznej i parciem na stolec; wiatrów ani stolca nie było—w nocy wymioty, następnie stan chorego się pogarszał; trzeciego dnia nastąpiły wymioty kałowe, wobec czego chorego odwieziono do szpitala S-go Kazimierza w Radomiu. Chory dobrej budowy, średnio odżywiany, język obłożony szarym nalotem, częste wymioty kałowe. Brzuch w górnej swej połowie wzdęty, przy przy opukiwaniu otrzymuje się wysoki ton, żadnych stepień; ze-

wewnętrzne bramy przepuklinowe wolne; przez powłoki brzuszne z lewej strony pępka zarysowuje się wyraźnie pętla kiszki, pozbawiona ruchów robaczkowych. Rozpoznano: „ileus e strangulatione“, na zasadzie nierównomiernego wzdęcia brzucha, zarysowywania się pętli kiszki pozbawionej ruchów robaczkowych, nagle wystąpienia choroby oraz braku w wywiadach jakiegokolwiek poprzednio cierpienia narządów trawiennych. Chory na operację się nie zgodził, wobec czego wstrzyknięto 0,003 atrop. sulfur. W przeciągu 5 godzin po zastrzyknięciu chory spał, napięcie brzucha zmniejszyło się; następnie wystąpiły gwałtowne bóle i wymioty kałowe; wstrzyknięto znów 0,003 atr. sulf.; chory się uspokoił i spał spokojnie; po 8 godzinach — obfity stolec; po 4 dniach opuścił szpital zupełnie zdrowym.

Na zasadzie przypadków ogłoszonych w ostatnich czasach, F. dochodzi do przekonania, że najpewniejszym środkiem w przypadkach wewnętrznego uwięźnięcia jest wcześniej podjęta operacja, gdyż tylko wtedy daje ona dobre wyniki (Clubbe miał dodatni wynik we wszystkich wypadkach, które operował nie później jak w 24 godziny od początku choroby); w przewlekłych wypadkach niedrożności można stosować atropinę, która przynosi ulgę, zmniejszając bóle, napięcie brzucha i rozszerzając światło kiszki („ileus obturatorius i dynamicus“). Co się tyczy dawki atropiny, to Batsch radzi jednorazowo wstrzykiwać 0,005; jest to najwyższa dawka, jaką jednorazowo dotąd wstrzyknięto; w każdym razie należy być ostrożnym i w razie objawów zatrucia wstrzykiwać morfinę lub pilokarpinę.

W dyskusji kol. Rejment zaznacza, iż Weber radzi podawać atropinę w dawkach po 0,005 w tych przypadkach, w których uprzednio był stosowany makowiec; gdzie makowiec nie był podawany — dawki atropiny mniejsze — do 0,002 p. dość. Kol. Pełczyński czyni uwagę, że według Webera objawy zatrucia dużymi dawkami atropiny nie występują w tych razach, gdzie poprzednio dawany był makowiec, bo opium i morfina, jak wiadomo, działają autagonistycznie względem atropiny. Dodaje przytem, że, jak wykazały spostrzeżenia L. Rabka (Medycyna 1902 № 20) i Moncé (Wrac. Gaz. № 2), niekiedy w tych wypadkach stosowane być winny duże dawki. W wypadku L. Rabka po 2-ch dawkach à $\frac{1}{160}$ grana, a u Moncé po dawkach 0,0005 i po 10 godzinach 0,001 atropiny nastąpiło wyzdrowienie. Stan tych chorych był identyczny ze stanem chorego obserwowanego przez kol. F.

Fuksiewicz. Małe dawki wystarczyć mogą do usunięcia niedrożności zależnej od zwykłego zaparcia stolca. Reuss miał wynik dodatni po już 1 mlgm. atropiny w przypadku koprostazy, trwającej 12 godzin; podobnym jest przypadek Schönmann'a. W wypadkach takich już małe dawki działają przyspieszająco na ruchy robaczkowe. Kol. Rejment objaśnia działanie małych dawek w przypadkach koprostazy paraliżującym wpływem na n. splanchnicus. Kol. Fidler — podaje w wątpliwość rozpoznanie w danym przypadku niedrożności z zaciśnięcia, bo brakło tu objawów podrażnienia otrzewny, a i tętno nie dawało obrazu ciężkiego cierpienia, jakim jest „ileus e strangulatione“, Sądząc z opisu uznał, by w danym wypadku koprostazę. Sam stosował atropinę w „ileus paralyticus“ — w przebiegu kolki wątrobowej; rezultat otrzymał b. dobry. Oprócz tego stosował atropinę w 2 przypadkach niedrożności jelit: w pierwszym z nich było prawdopodobnie uwięźnięcia wewnętrzne lub też skręcenie. Chory przybył z charakterystycznymi objawami na 7-y dzień choroby. Zastrzyknięto atropinę; ponieważ nie było żadnej poprawy, zamierzano przystąpić do laparotomii, chory jednak — w kilka godzin po 2-iej zastrzyknięciu, umarł. U drugiego chorego nastąpiła wyraźna poprawa po atropinie. Lecz prawdopodobnie mieliśmy tu do czynienia z koprostazą, ewentualnie porażeniem kiszki, lecz bez przeszkód mechanicznych w krążeniu kału,

Kol. Fuksiewicz odpowiada, że rozpoznanie „ileus e strangulatione” opierał tu na braku ruchów robaczkowych, nierównomiernem wzdęciu brzucha i wymiotach kałowych, które to objawy, według von Wahl'a, są charakterystyczne dla tego cierpienia. Kol. Rakowski stawia pytanie, czy lekarz wogóle ma prawo stosować tak duże dawki atropiny, jak to radzi Batsch, wobec tego, że dawki te kilkakrotnie przewyższają t. z. dawki maksymalne. Kol. Zbrożek zaznacza, że wysokie dawki atropiny stosujemy w tych przypadkach, gdzie choremu może grozić śmierć; radzi więc, by uprzednio uzyskać przyzwolenie chorego, jak to czynimy przed każdą ważną operacją, po której może nastąpić śmierć niezależnie od operatora. Kol. Fiedler zwraca uwagę, że pomimo częstego stosowania dużych dawek atropiny w omawianych sprawach, dotąd wypadku z zatrucia atropiną nie było. Co się tyczy odpowiedzialności sądowej, to, ponieważ stosujemy duże dawki atropiny według naszego najgłębszego przekonania, że tylko tym sposobem uratujemy chorego, nikt więc nie może nam zarzucić, byśmy chcieli chorego otruść, lub otruli go przez lekkomyślność. Kol. Zbrożek dodaje, że należy mieć na uwadze i idyosynkrazję a do tropiny, czego przecież przewidzieć nie można. Kol. Papiewski jest zdania, że uzyskanie zgody ze strony chorego, którego uprzedzono o możliwych skutkach dużych dawek atropiny, powinno być wystarczającym i że żaden ekspert sądowy w podobnym wypadku nie potępił by winnego lekarza. Kol. Pełczyński zwraca uwagę, że dawka atropiny zalecana przez Batsch'a daleką jest jeszcze od t. z. dosis lactalis dla atropiny, a tylko za przekroczenie takiej lekarz mógłby być słusznie oddany pod sąd, oraz że rozmaite farmakopeje niejednakowe dawki podają jako t. z. dos. maximalis (u nas 0,001, w Niemczech 0,002, a w Austrii nawet 0,003 pro dosi).

Wadą naszej farmakopei jest to, że bardzo rzadko podlega ona uzupełnieniom i poprawkom, jakich wymaga obecny stan farmakologii doświadczalnej. W myśl powyższego i obecna dawka maksymalna naszej farmakopei 0,001 powinna być zwiększoną: tym sposobem niejedna dzisiejsza dawka maksymalna za kilka lat zapewne okaże się nie maksymalną, a na tak kruchej podstawie nie można opierać prawnej odpowiedzialności lekarza.

W razie wytoczenia podobnej sprawy lekarzowi, sąd niechybnie wezwał by biegłego, a ten ostatni nie mógł by wydać orzeczenia potępiającego za użycie dawki atropiny niższej od dawki śmiertelnej. W celu uprzedzenia wystąpienia groźnych objawów otrucia należało by przed użyciem atropiny zastrzyknąć choremu morfinę, mając na widoku antagonizm dwóch tych środków. Sądzi wreszcie, że w podobnych wypadkach nie należy ściśle trzymać się przestarzałego przepisu, lecz poglądów, panujących obecnie w nauce. Wszak do dziś farmakopea pozwala na użycie dużych dawek hydrargyrum vivum do wewnątrz przy tym że ileus. P. wątpi jednak, by ktoś z lekarzy obecnie odważył się na stosowanie w powyższych wypadkach tego środka.

Kol. Marks sędzi, że po zastosowaniu dużych dawek atropiny, lekarz powinien pozostać przy chorym, aby w razie potrzeby mógł zastosować odpowiednie środki.

Kol. Pełczyński wspomina, że i Bańkowski już akcentował to samo.

Kol. Prezes proponuje, aby który z członków po jął się opracowania tej sprawy pod względem sądowo-lekarskim.

IV. W wykonaniu postanowienia ogólnego zebrania z dn. 7 III. zarządzone wybory powołały na członków Komisji Emerytalnej Kolegów: Cennère'a, Fiedlera, Kobrynerówną, Pełczyńskiego i Szczepaniaka.

V. Przyjęto do grona Członków rzeczywistych Towarzystwa: kol. Henryka Raszkesa z Radomia.

Prezes: J. Majkowski. Sekretarz W. Cennère.



KRONIKA

Kronika bytowa.

57. Nowe czasopismo lekarskie. Ginekologia. Miesięcznik poświęcony chorobom kobiecym i położnictwu. Redaktor i wydawca Dr. Czesław Stankiewicz. Przedpłata roczna rub. 6.

Pierwszy zeszyt zawiera: Wykaz prac polskich z zakresu chorób kobiecych i położnictwa do r. 1902 włącznie. Ułożył Dr. Czesław Stankiewicz.

Nowemu ognisku myśli naukowej polskiej życzymy powodzenia!

58. Wyszedł z druku tom drugi dzieła D-ra Alfreda Sokołowskiego: „Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych.“ Wydawnictwo „Gazety lekarskiej.“

59. Jako wydawnictwo Sekcji Hygienicznej Wystawy sportowej w Warszawie wyszło dziełko: „Hygiena Sportu.“

60. Towarzystwo Lekarskie w Radomiu zajęło się sprawą założenia kasy emerytalnej dla lekarzy.

Do pracy przygotowanej wzywa (p. str. 283) wszystkie towarzystwa lekarskie.

Wobec pierwszorzędnej wagi tej sprawy jest rzeczą pewną, że nie tylko wezwane towarzystwa, ale wszyscy koledzy, którzy mogą radą lub czynem przyczynić się do urzeczywistnienia projektu, wedle sił swoich poprą inicjatywę kolegów radomskich.

61. Napiętnować musimy niskie oskarżenie rzucone lekarzom w „Echach płockich i łomżyńskich“ (№ 543) przez anonima, podpisującego się: Józef z nad Drwęcy.

W attykuli p. t. Smutne warunki higieniczne na prowincyi, pisze ten pan o lekarzach:

„hygiena ich nie obchodzi; owszem, rozumują bardzo logicznie: że im więcej będzie chorych, tym większa dla nich, t. j. doktorów korzyść.“

Wprawdzie dodaje Sz. redakcyja „Ech“ w przypisku: „chyba wyjątkowo tak rozumują,“ ale to zbyt słabo odparty potworny i tak niesprawiedliwy zarzut!

Z bezwzględną ścisłością powiedzieć można, że nie ma lekarza, któ-

ryby nie propagował zasad higieny, choćby wśród swych pacjentów; a znaczna ich większość czyni to stale, czyni przy każdej sposobności, apostołuje ideję zachowania zdrowia.

A cóż dopiero powiedzieć o wielkim zastępie lekarzy, którzy nie tylko, wbrew własnemu interesowi, uczy sposobów zapobieganiu chorobom, ale część swego czasu poświęca—ze szkoda bezpośrednią dla swych dochodów—pracy czynnej w celu poprawienia warunków zdrowotnych swej okolicy lub całego kraju!

Chyba lekarze liczniej niż przedstawiciele innych zawodów wyzwoleńcy pracują bezinteresownie na polu działalności społecznej; a już żaden inny zawód nie ma w planie swych obowiązków systematycznej pracy w celu zmniejszenia źródeł swych dochodów.

62. Oddział Tow. higienicznego W. w Zagłębiu Dąbrowskiem, wytknął sobie następujący plan pracy:

1. Wydział higieny bytu ludności robotniczej. W zakres jego wchodzi:

a) Higiena zawodowa górnicztwa, hutnictwa, przedziałnictwa, fabryk chemicznych i innych, w szczególności zaś: 1) choroby zawodowe, a zwłaszcza gruźlica, w zależności od pracy zawodowej, i zapobieganie takowym; 2) wypadki przy pracy i zapobieganie takowym; 3) odżywianie się robotników przy pracy, dostarczanie pokarmu i wody, zdatnej do picia; 4) kwalifikowanie robotników pod względem zdrowotnym przed przyjęciem ich do zakładów przemysłowych.

b) Mieszkania ludności robotniczej w domach fabrycznych i prywatnych: 1) typ domów i mieszkań; 2) warunki ich otoczenia; 3) suteryny i poddasza; 4) wymiary mieszkań; 5) ilość powietrza w metrach sześcian. na osobę; 6) oświetlenie, ogrzewanie i przewietrzanie mieszkań; 7) wilgoć w mieszkaniach; 8) oczyszczanie domów, mieszkań i podwórz; 9) ustępy i ich oczyszczanie; 10) domy noclegowe; 11) „kwateryny;“ 12) domy i kolonie na słąty.

c) Odżywianie się, używki, odzież i utrzymanie czystości ciała wśród ludności robotniczej; 1) odżywianie się pod względem ilościowym i jakościowym; 2) dostawa żywności i jakości takowej; 3) sklepy spożywcze, udziałowe i fabryczne; 4) kuchnie tanie; 5) woda do picia; 6) kąpiele i łaźnie; 7) używki: wyskok, tytoń, anodyn i t. p. ilość i jakość; 8) walka z alkoholizmem.

d) Sen i wypoczynek.

e) Zdrowotność i śmiertelność wśród ludności robotniczej: 1) rozwój fizyczny ludności robotniczej; 2) gruźlica, przymiot, choroby weneryczne, zołzy, krzywica i inne, bardziej rozpowszechnione; 3) statystyka chorób i śmiertelności.

f) Pomoc lekarska dla ludności robotniczej: 1) system pomocy lekarskiej; 2) szpitale i ambulatoria dla robotników i ich rodzin; 3) pomoc doraźna w nagłych wypadkach; 4) leczenie specjalne; 5) pomoc dla rodzących; 6) pomoc felczerska; 7) opieka nad inwalidami; 8) kolonie letnie dla dzieci.

II. Wydział higieny miast, osad i wsi w Zagłębiu.

a) Grunt, woda i powietrze.

b) Mieszkania (szczegóły patrz wyżej, pod I. b)

c) Środki spożywcze: 1) dostawa ich; 2) badanie; pracownie higieniczne; 4) sklepy spożywcze: masarnie, mleczarnie, owocarnie, jatki i t. d.; 5) rzeźnie; 6) piekarnie; 7) kuchnie tanie.

d) Oczyszczenie miasta: 1) sposób usuwania nieczystości; 2) kanalizacja; 3) humifikacja.

e) Bruki, chodniki i ścieki.

f) Ogrody, zadrzewianie ulic, placów i dróg.

g) Targowiska środków spożywczych, trzody i bydła; dozór lekarsko-weterynaryjny.

h) Higiena miejsc publicznych: świątyn, dworców, resurs, biur, cukierni, kawiarni, restauracji, hoteli, izb felczerskich i fryzjerskich, koszar, więzień

i) Kąpiele i łaźnie!

j) Choroby zakaźne endemiczne

i nagminne: 1) szczepienie ospy i rewakcynacja; 2) odosobnienie chorych zakaźnych i ich rodzin; 3) odkażanie (dezynfekcja) mieszkań i rzeczy.

k) Pomoc lekarska: 1) liczebność i rozmieszczenie personelu lekarskiego i aptek; 2) szpitale, lecznice i przytułki; 3) pomoc akuszeryjna i przytułki położnicze; 4) leczenie chorych wenerycznych; 5) pogotowia ratunkowe; 6) zawiadomienie do urzędu lekarskiego o wypadkach chorób zakaźnych; 7) statystyka chorób i śmiertelności; 8) letniska i uzdrowiska pobliskie.

l) Prostytycja tajna i jawna; walka z prostytucją.

l) Sprawa komisji sanitarnych, nadzór sanitarny urzędowy i obywatelski.

III. Wydział higieny wychowawczej.

a) Hygiena niemowląt i wogóle wieku dziecięcego.

b) Sprawa podrzutków i dzieci „na garnusku”.

c) Żłobki, ochronki, przytułki dla sierot.

d) Ogrody i zabawy dla dzieci.

e) Kolonie letnie, wycieczki, sadzenie drzew i t. d.

f) Szkoły ogólne dla chłopców i dziewcząt: 1) budynki; 2) wymiary izb szkolnych w stosunku do liczba uczniów; 3) oświetlenie, ogrzewanie i przewietrzanie izb szkolnych; 4) sale rekreacyjne, gimnastyczne i boiska; 5) budowa ławek; 6) ustępy; 7) opieka sanitarna; 8) okresowe badanie stanu zdrowia wychowalców (wzrost, skóra, zęby, wzrost i t. d.); 9) odosobnianie zaraźliwych chorych i zdrowiejących; 10) ćwiczenia gimnastyczne; 11) plan zajęć; 12) system nauczania i promowania; 13) rozpowszechnianie wiadomości higienicznych.

g) Szkoły zawodowe dla chłopców i dziewcząt: 1) szwalnie 2) terminatory; 3) szkoły gospodarstwa i inne.

h) Higiena sportu.

IV. Wydział rozpowszechniania zasad higieny, odczyty, wydawnictwa, zbiory wystawy higieniczne.



Krytyka i bibliografia.

Dr. Fr. Gruda „Strzeżcie się ślepoty! Jaglica czyli egipskie zapalenie oczu.“

Pod powyższym tytułem wyszła w końcu ubiegłego roku broszurka znanego pracownika na polu higieny krajowej kol. Grodeckiego, jako odbitka z „Gazety Świątecznej.“ Jak ubogą jest nasza literatura popularna w zakresie medycyny najlepszym dowodem może posłużyć fakt, iż zacytowana broszurka kol. Gr. jest dotąd jedyną w swoim rodzaju.

Wobec ważności poruszanej sprawy dla naszego kraju, gdzie jaglica grasuje w przerażający sposób, praca ta zasługuje na uwagę. Autor jej zna lud i umie do niego przemawiać.

Stosownie do postanowionego sobie zadania poucza on, jak się wystrzegać, aby się nie zarazić jaglicą, jedną z najczęstszych przyczyn ślepoty. W tym celu daje pojęcie o istocie jaglicy oraz jej pochodzeniu, a następnie przedstawia obraz choroby i sposoby jej szerzenia. W końcu mówi o zapobieganiu i leczeniu jaglicy.

Może, jak na małą objętość dziełka (16 stronic), za wiele miejsca autor poświęca historii wojen Napoleona jako przyczynie rozpowszechnienia się u nas jaglicy, a natomiast nic nie wspomina o bliższej i częstszej jej przyczynie rzerzączce, resp. „upławom.“ Zupełne pominięcie ropnego zapalenia spojówki u noworodków jako jednej z najczęstszych przyczyn ślepoty jest słabą stroną tej pracy.

Najlepsze są ustępy o sposobach szerzenia się jaglicy i o zapobieganiu jej. Omawiając sprawę leczenia, autor nie wskazuje na żadne nawet najprostsze, lecz racjonalne środki domowe i ogranicza się na porady udawania do lekarza Naturalnie, nic nadto słusniejszego, gdyby tylko nasz wieśniak był zawsze w możności posłuchać rad autora. Wolałbym jednak, aby sobie chory na wsi tymczasowo przemyślał czy jakim niewinnym rozczyem np. kwasu bornego lub nawet przegotowaną wodą, zamiast, jak dawniej, przewijać surowem mięsem, okadzać lub zapuszczać kołtun. Wykład jest prosty, język prawie bez zarzutu.

Broszúrka kol. Gr. porusza tak ważną sprawę w higienie naszego ludu, oświeca go w tej niezmiernie u nas rozpowszechnionej i tak strasznej chorobie, że zasługuje ona na najszersze rozpowszechnienie wśród ludu, autorowi zaś należy się szczerze uznanie.

J. K.

Komitet redakcyjny:

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

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 19 Юля 1903. г.

Druk. i Lit. R. Resiger, Łódź.

Wydawnictwo
Biblioteki Lekarskiej

Tom 1-szy

Wyszedł z druku i jest do nabycia

**Podręcznik chorób wewnętrznych prof. G. Dieulafoy,
T. 1-szy. Choroby narządów oddechania i krążenia**

Zawierający 45 arkuszy druku.

**Cena rb. 4, w oprawie 4 rb. 50 kop.
z przesyłką 4 rb. 90 kop.**

Nabywać można w **Redakcyi (Orla 5)** i
w księgarniach.

Biblioteka lekarska wychodzi zeszytami 8—10
ark. miesięcznie i prócz dzieła prof. Dieulafoy
drukuje: **Położnictwo** prof. Rungego i **Dyagnostykę**
chirurgiczną prof. Landerera.

Cena Rocznie rb. 8, w Warszawie z przesyłką rb. 10.

Dr. B. Polikier

(choroby dzieci i wewnętrzne)
praktykuje podczas sezonu w CIECHOCINKU.

Dr. Edmund Supiński

b. I-szy Sekundaryusz krajow. szpitala w Krakowie
ordynuje jako lekarz zakładu zdrojow. kąpiel. w RABCE.

Dr. Med. LEON FEUERSTEIN

b. asystent uniwersytetu lwowskiego
ordynuje od 10 Maja b. r. jak w roku zeszłym
w Bad Hall (Górna Austria.) Hotel Continental.

Dr. Oskar Kaufmann

z KRAKOWA

ordynuje jako w latach poprzednich w Karlsbadzie „Pascha” Sprudelstrasse

APTEKA A. CHAREMZY

w Łodzi ul. Średnia № 10 róg Wschodniej.

Poleca: Adrenalinum purum i hydrochloricum solut.
Parke, Davis et Co. Spermina prof. Poehla. Pertussina
Taeschnera i Syrupus Thymi eps. używa się przy kaszlu
zamiast Pertussiny. Capsules Arheol Astier i Capsules Li-
banol-Boisse po 0,3 stosowane przy rzeżączce (gonorrhoea)
a także przy cierpieniach kanału moczowego i pe-
cherza. Oryginalny Liguor ferri mangano-peptonati Dra
A. Gudés. Oryginalne Tabletki Sublimatowe prof. Dra
Angerer'a. Butelki z termometrami dla niemowląt. Wo-
da Wittel. Ospa ochronna D-ra Tchórznickiego. Syrop
Fellows et Co. oryginalny. Woda gorzka Saratica. Ter-
mofory. Spluwaczki higieniczne kieszonkowe dla chorych
piersiowych. KEFIR i GRZYBKI KEFIROWE. Tlen na
każde żądanie.

**WYRÓB WÓD MINERALNYCH, SZTUCZNYCH i STOŁO-
WYCH** na wodzie destylowanej, podług najdokładniej-
szych analiz wód naturalnych.

Nadszedł transport wód mineralnych świeżego czerpania.