

Szpital Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.

Podał. Dr. Józef Brudziński.
Lekarz naczelny szpitala.

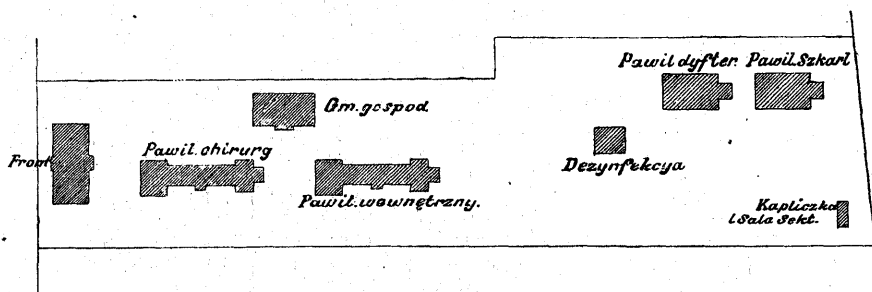
Powstanie nowego szpitala jest wszędzie sprawą ważną i doniosłą. tembardziej u nas, gdzie szpitalnictwo stoi na bardzo niskim szczeblu rozwoju i tembardziej, gdy szpital powstaje na prowincyi, pozbawionej zupełnie prawie szpitali. W danym wypadku chodzi nie tylko o założenie szpitala na prowincyi, lecz o założenie szpitala specjalnego, dla dzieci, a takich mamy wszak tylko 5 na ziemiach polskich: — dwa w Warszawie, po jednym — w Krakowie i we Lwowie i jeden w Poznaniu. Żaden z wymienionych szpitali, budowanych przed laty najmniej trzydziestu, nie odpowiada już wymaganiom, które doba obecna stawia szpitalnictwu dziecięcemu; o tem miałem już sposobność mówić w pracy p. t. „Słów kilka o postępach szpitalnictwa dziecięcego“, obecnie więc postawione tam postulaty przedstawię na przykładzie konkretnym, co zarazem, jak tuszę usprawiedliwi, moje zdanie, iż nowowzniesiony w Łodzi szpital dla dzieci uważany być może jako szpital wzorowy nie tylko wśród szpitali polskich dla dzieci, lecz i z wzorowymi szpitalami dla dzieci za granicą wytrzymuje bez ujmy porównanie.

Mysł założenia szpitala dla dzieci kielkowała w Łodzi od dość dawna, jeszcze bowiem w r. 1895 dr. Sterling wraz z bud. Zeligsonem ogłosił w „Zdrowiu“ „Projekt szpitala dla dzieci w Łodzi“, pomyslanego na mniejszą skalę, a więc, w jednym gmachu wszystkie

oddziały, z dokładnymi planami, kosztysem i tem podob. Projekt ten dla braku funduszu nie został urzeczywistniony. Dla mniejszych miast projekt dr. Sterlinga jeszcze i teraz zaleca się dobrze obmyślanym planem a praca jego zawiera dużo praktycznych szczegółów z uwzględnieniem i teoretycznych postulatów, jakie nauka stawia szpitalnictwu.

W r. 1902 powziął myśl założenia szpitala dla dzieci Dr. Karol Jonscher, który już uprzednio zasłużył się Łodzi inicjatywą i wykonaniem pięknego zakładu dla umysłowo i nerwowo chorych w Kochanówce. Inicjatywa, poparta materyalnie nie przebrzmiała bez echa, zaraz bowiem na ręce inicjatora złożyli pp. Emilio wie Geyer znaczną sumę, i napływały wciąż większe i mniejsze sumy, tak, że komitet znalazł się w posiadaniu 45 tysięcy rubli. W tym samym czasie myśl budowy szpitala dla dzieci powzięli pp. Edward i Matylda Herbstowie, i ofiarowali na ten cel 200,000 rubli, dla uczczenia pamięci zmarłej w kwiecie wieku córeczki Anny-Maryi. Za zasługę inicjatorom poczytać należy, że, zamiast się rozstrzelać, dwa te szlachetne przedsięwzięcia połączyły się i umożliwiły natychmiastowe wprowadzenie w czyn swoich zamiarów. Utworzono komitet budowlany, do którego weszli dr. Karol Jonscher, dr. Adolf Tochterman i budowniczy Paweł Riebensahm. Komitet nie szczędził trudów i wypracował w czasie jaknajkrótszym wzorowe plany szpitala dla dzieci, tak że już 28 czerwca 1902 roku położono uroczystie kamień węgielny pod nowy szpital, a z końcem 1904 roku budowę całkowicie ukończono.

I. Plan sytuacyjny.



odległość pawilonu wewnętrznego od dezynfekcyjnego 61.2 metr., a od pawilonu dyfterytycznego 86.4 metr. odległość pawilonu dyfterytycznego od szkarlatynowego 16.8 metr.

Oddzielne gmachy szpitalne.

Plac, na którym zbudowano szpital przedstawia się jak to widać na dołączonym planie sytuacyjnym (I.) jako wydłużony nieprawidłowy czworobok rozszerzający się ku tyłowi. Frontem zwrócony jest ku ulicy Rokocińskiej, tyłem do ulicy Fabrycznej. Tym sposobem czyni zadość wymaganiom, aby szpital posiadał dwa wejścia.

Boki przytykają do zabudowanych posesyi, w części do niezabudowanych placów, okoliczność mniej pomyślna, lepiej bowiem, gdy szpital otoczony jest ze wszystkich stron ulicami, jak to ma np. miejsce w Lipsku.

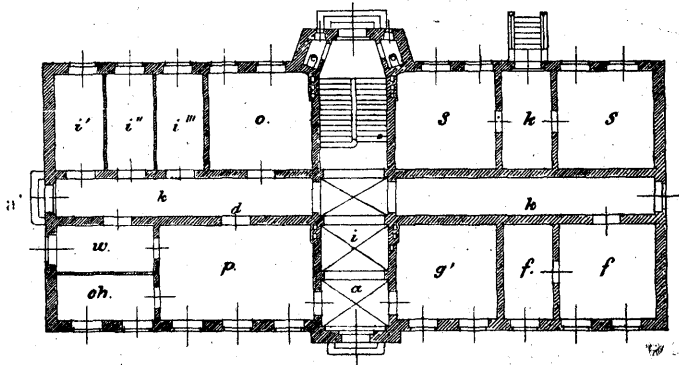
Zarządzono temu jednak przez przesunięcie gmachów na daleką przestrzeń od granicy tak, że pawilony posiadają obfitość światła. Figura placu pozwoliła

na najskrupulatniejsze oddzielenie pawilonów infekcyjnych od nieinfekcyjnych.

Odległość pawilonu chorób wewnętrznych, od baraku dodezynfekcyi wynosi 61.2 metr. (204 stopy), od pawilonu chorób wewnętrznych do pawilonu dyfterytycznego 86.4 metr. (288 stóp), między pawilonem dyfterytycznym a szkarlatynowym 16.8 metr. (56 stóp), co nawet z tak idealnie urządzonego szpitala jak szpital jubileuszowy w Wiedniu, gdzie odległość ta wynosi: pawilony nieinfekcyjne od infekcyjnych 42 metry, pawilony infekcyjne jedne większe o 35 metrów, rząd większych od rzędu mniejszych — 48 metr., mniejsze o 15—25 metr., wytrzymuje porównanie.

Od ulicy Fabrycznej jest druga brama, przy której stoi mały budynek mieszczący kaplicę przedpogrzebową i salę sekcyjną,

II. Gmach frontowy od ul. Rokocińskiej. Ambulatoryum.



a. wejście główne, i. przedsionek, k. korytarze, g. kancelarya, p. poczekalnia, ch. gabinet chirurgiczny, w. pokój do badania przedwstępnego, a' wejście boczne specjalne do ambulatoryum, i'. i''. i''' pokoje izolacyjne, o. główny pokój ordynacyjny, s. s. stacya obserwacyjna. f. f. apteka.

Od ulicy Rokocińskiej stoi gmach frontowy: główne wejście do szpitala.

W gmachu tym mieści się ambulatoryum, stacya obserwacyjna, apteka i kancelarya na parterze, mieszkania dla lekarzy, dozorczyh i funkcyonaryuszów szpitalnych na górze.

Ambulatoryum urządzone jest tak, aby można było oddzielać podejrzone o infekcyę przypadki. Zasada ta przez wszystkich za słuszną uznawana, w niektórych tylko szpitalach nowszych dla dzieci została urzeczywistnioną (szpital B a g i ń s k i e g o w Berlinie, szpital

S o l t m a n a w Lipsku, szpital B r ó d y w Peszcie). W naszym szpitalnictwie dziecięcym jest to pierwsza próba.

Do ambulatoryum matki wpuszczane są z dziećmi przez wejście boczne (a'), skąd pojedynczo wchodzi do pokoju przytykającego do wejścia na prawo (w.) Tu się odbywa badanie przedwstępne, pobieżne — lekarz ogląda skórę dziecka, każdemu zagłada do gardła i wypytuje się o koklusz. Kokluszowe dzieci oddzielane są zaraz w pokoju izolacyjnym naprzeciwko drugim (i''), podejrzone o dyfteryt, w pokoju izolacyjnym pierwszym

od wejścia i', podejrzone o szkarlatynę i inne wysypkowe w pokoju izolacyjnym trzecim (i''').

Dzieci wpuszczone do ogólnej poczekalni (p), jako nieinfekcyjne, przyjmowane są po kolei w ogólnym pokoju ordynacyjnym (o), wychodząc z poczekalni wprost na korytarz przez drzwi (d) naprzeciwko ogólności pokoju ordynacyjnego (o).

Przez wejście ambulatoryjne wpuszczani są również kandydaci do przyjęcia do szpitala—kandydaci podlegają temu samemu badaniu przedwstępnemu, jeżeli nie zaopatrzeni są w kartkę od lekarza z miasta z dokładnem rozpoznaniem. Kandydaci do przyjęcia na oddziały infekcyjne izolowani są chwilowo przed załatwieniem formalności w pokoju I lub III (i'—i''').

Wejście frontowe do szpitala — a — prowadzi do przedsionka (i), w którym czekają rodzice dzieci w dni przyjęć, i interesanci.

Przedśionek po obu bokach zaopatrzone jest w ławki, nad którymi widać pamiątkowe tablice fundacyi i budowy.

Z przedsionka wchodzi się do kancelaryi szpitalnej (g.) i poczekalni dla chorych ambulatoryjnych (p.) jak również w samym końcu na korytarz biegnący w dwie strony, na lewo do części ambulatoryjnej, na prawo do pomieszczenia, przeznaczonego na aptekę.

Wprost wejścia głównego znajdują się drzwi oszklone, oddzielające przedśionek od klatki schodowej, prowadzącej na pierwsze piętro i korytarza, służącego jako przejście przez tylne drzwi gmachu

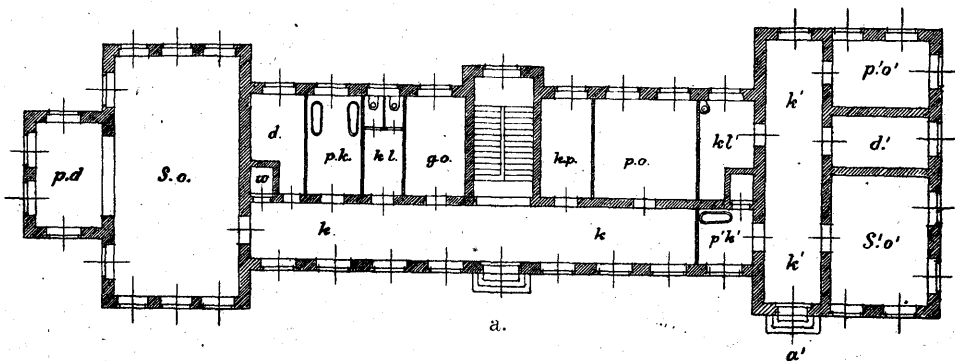
frontowego na terytoryum szpitalne. W korytarzu tym po obu stronach urządzone są klozety do użytku chorych ambulatoryjnych.

Pierwsze piętro, przedzielone korytarzem i przedsionkami na dwie części, mieści szereg pokoiów, zajmowanych przez lekarzy, intendentkę, dozorczyńnię, portjera, mechanika, 2 służących męskich i służące nocne z pawilonów infekcyjnych—ogółem 13 większych i mniejszych pokoiów.

Po wyjściu przez tylne drzwi z gmachu frontowego na terytoryum szpitalne na prawo skierowujemy się do pomieszczenia w tymże jeszcze gmachu frontowym z oddzielnem wejściem (s. s.) — stacją obserwacyjną. Składa się ona z korytarza i 2 salek po bokach korytarza o 2 oknach; służy dla chwilowego pomieszczenia chorych infekcyjnych wątpliwych, aż do czasu wyświetlenia dyagnozy przez badanie bakteryologiczne (dyfteryt) lub przebieg (odra, plonica). Po wyjaśnieniu rozpoznania dzieci przenosi się na oddział dyfterytyczny lub szkarlatynowy, a odpowiednią salkę poddaje się dezynfekcyi glycoformalem, rzeczy z łóżka idą do kamery dezynfekcyjnej. Stacja obserwacyjna urządzona jest na 3 łóżka.

Wprost wyjścia z gmachu frontowego nieco na prawo (p. pl. syt.) widzimy pawilon chirurgiczny; skrzydło zwrócone na północ, ku frontowi; mieści na parterze salkę dla ropnych operacyi, salę dla ortopedyi, pomieszczenie na Roentgena i ciemnicę fotograficzną. Na I-szem piętrze mieści się pokój sterylizacyjny, sala operacyjna czysta i pokój przygotowa-

III. Pawilon chorób wewnętrznych. Parter.



a. wejście do głównego gmachu, a' wejście do oddziału zapasowego, k. k. korytarz, k' k' korytarz w oddziale zapasowym, S. o. Sala ogólna chorych, S. o. Sala w oddz. zapas., p. d. pokój do pobytu dziennego, w. wentylacyjne urządzenie, d. pokój dozorczyńni, d' pokój dozorczyńni w oddz. zapas., p. k. pokój kąpielowy, p' k' idem w oddz. zapas., kl. klozet, g. o. gabinet ordynatora, k. p. kuchenka podręczna p. o. oddzielny pokój, p' o' idem w oddziale zapasowym.

czy do operacji. Zresztą rozkład pawilonu chirurgicznego odpowiada rozkładowi pawilonu chorób wewnętrznych; co do urządzenia to będzie ono oddzielnie przez ordynatora oddziału chirurgicznego d-ra I. W a t t e n a podane.

Pawilon chorób wewnętrznych jak i chirurgiczny zbudowane są w formie litery **H** z wydłużeniem połączeniem środkowym. Środkiem tego połączenia biegnie korytarz, oświetlony od strony wschodniej, z zachodniej strony przytykają do korytarza oddzielne pomieszczenia, skrzydła północne i południowe zajęte są na sale chorych, w pawilonie chirurgicznym skrzydło północne na salę operacyjną.

Parter pawilonu wewnętrznego (III) posiada dwa oddzielne wejścia, wejście środkowe (a) prowadzi do głównego gmachu, wejście boczne (a') prowadzi do oddziału zapasowego, składającego się z korytarza (k' k') z którego na prawo wchodzi się do sali o 4 oknach zwróconych na północ i wschód za nim idzie pokój (d') dla dozorczyńni dyżurującej, służący zarazem jako skład bielizny oddziału zapasowego, dalej z korytarza na prawo wchodzi się do salki (p. o') o 3 oknach, zwróconych na północ i zachód. Na lewo z korytarza znajduje się pokój kąpielowy (p. k') dalej na lewo klozet i skład chwilowy brudnej bielizny. Korytarz szeroki i widny służy zarazem jako pokój dla ozdrowieńców.

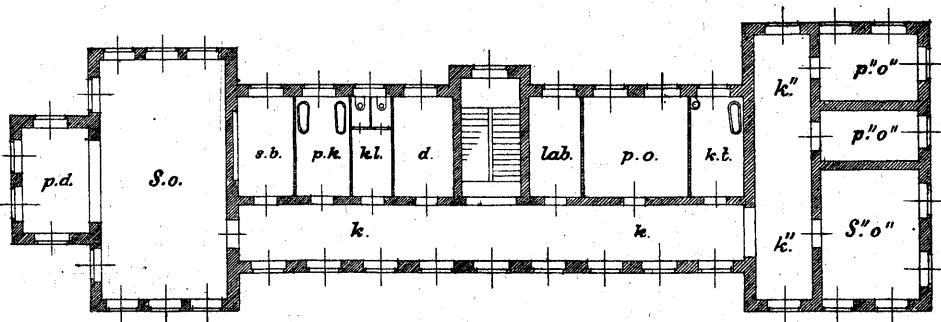
Oddział ten niezajęty rezerwuje się na wypadek, gdyby w szpitalu przez zawleczenie infekcyi zewnątrz wybuchła wewnątrz epidemya odry, aż do czasu gdy będzie wybudowany oddzielny pawilon dla chorych na odrę.

W przyszłości oddział ten prawdopodobnie zostanie urządony dla chorych niemowląt.

Przez wejście środkowe (a) wchodzimy na korytarz (k. k.) przez drzwi szafkowe, wprost klatki schodowej, prowadzącej na pierwsze piętro. Na lewo przez korytarz oświetlony szeregiem okien (7) od strony wschodniej skierowujemy się wprost do sali ogólnej chorych (s. o.) zajmującej całą szerokość skrzydła południowego, oświetloną ze wschodu, południa i zachodu 12 oknami, (3,6 metr. wysokości, 1,2 szerokości) z których 4 wychodzą na południe. Sala kończy się występem (p. d.), przeznaczonym dla ozdrowieńców, w którym stoi stół i krzesła dla dzieci. Z czasem ma być zupełnie oddzielony szklaną ścianą od sali ogólnej. Sala ogólna obliczona jest na 12 łóżek mieszczą się one nader wygodnie: Cztery wzdłuż okien wschodnich, 4 wzdłuż okien zachodnich, 4 wzdłuż ściany północnej. Szerokość sali 12,5 metr., głębokość, licząc i występ, 10,5 metr., bez występu 7,2 metr., głębokość występu 3,3 metr. Wysokość sali 4,5 metr. Objętość powietrza licząc i występ — 476 metr., na jedno łóżko wypada 39 metr. sześć. powietrza, 7,5 metr. kwadr. powierzchni podłogi, nie licząc występu.

Po wyjściu z sali ogólnej na korytarz zaraz na lewo widzimy drzwi prowadzące do małego pomieszczenia (w) z urządzeniem do ogrzewania i zwilżania powietrza wchodzącego z zewnątrz przez kanały; obok pokój dozorczyńni (d) dalej pokój kąpielowy i umywalnia (p. k.), dalej klozet (kl.) i tuż przed klatką schodową prawie naprzeciwko wejścia środ-

IV. Pawilon chorób wewnętrznych. I-sze piętro.



k. k. korytarz, k". k". korytarz w oddz. tyfus., S. b. skład bielizny pawilonowej, S. o. sala ogólna chorych, S". O". Sala ogólna w odd. tyfus., p. k. pokój kąpielowy, k. t. kąpiel tyfus., kl. klozety, d. pokój dozorczyńni, lab. laboratorium, p. o. pokój oddzielny, p" o" pokoje oddzielne w oddziale tyfusowym.

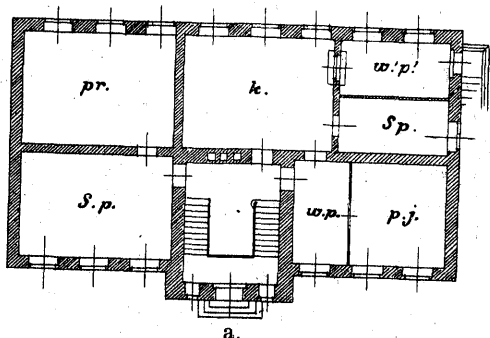
kowego (a) pokój lekarski (g. o.) służący jako gabinet ordynatora, rozbieralnia dla lekarzy, biblioteka.

Idąc dalej korytarzem poza wejście środkowe znajdujemy na lewo pokój przeznaczony na kuchenkę podręczną, kredens (k. p.) dalej pokój duży o 2 oknach służący do izolowania ciężko chorych lub chorych niespokojnych lub zanieczyszczających się, wreszcie do izolowania postaci chorobowych, powikłanych np. kokluszem, a wymagających niezbędnie hospitalizacji.

Oświetloną obficie od zachodu klatką schodową dostajemy się na pierwsze piętro (IV) z rozkładem takim samym, z tą różnicą, że obok sali ogólnej znajduje się pokój do wagi i skład bielizny (s. b.) pokój przy klatce schodowej (d) przeznaczony jest dla dozorczyń, a za klatką schodową w kierunku północnym (lab) mieści się laboratorium. Za laboratorium duży pokój o 2 oknach jako separata dla dziecka z matką lub dziecka ciężko chorego (p. o.). Obok pokój kąpielowy dla tyfusowych (k. t.) stąd wchodzimy na poprzeczny korytarz biegnący wzdłuż północnego skrzydła gmachu, z rozkładem takim samym jak na parterze w oddziale zapasowym. Trzy te salek przeznaczonych są dla chorych tyfusowych, których w Łodzi z powodu nieskanalizowania miasta nigdy nie brak.

Na przeciwko pawilonów wewnętrznych i chirurgicznego w równej od każdego z nich odległości wznosi się odsunięty ku wschodniej granicy terytorium gmach jednopiętrowy z wieżyczką, gospodarski. Na parterze przez wejście a.

V. Gmach gospodarski. Parter.



a. wejście, S. p. suszarnia mechan. magiel, prasownia, pr. pralnia mechaniczna, k. kuchnia. w. p. pokój do wydawania porcyi nieinf. w. p. idom inf. z oddz. wejściem S. p. Szpiżarka podręczna, p. j. pokój jadalny dla personelu.

wchodzimy do przedsionka, z którego na lewo prowadzą drzwi tuż przy wejściu

do kąpielni dla służby; na prawo schodzi się na dół do piwnic, w których oprócz piwnic gospodarskich mieści się kotłownia, motor, i t. d. Wprost po schodach wchodzimy na korytarz, z którego na lewo prowadzą drzwi do oddziału pralni, prasowni, suszarni (pr. sp.) wprost nieco na prawo do kuchni (k), na prawo do pokoju przytykającego do kuchni, w którym czeka służba z naczyniami porcy dla chorych z pawilonu chirurgicznego i wewnętrznego, a później obiaduje, z tego pokoju wchodzi się do sali jadalnej dla żeńskiego personelu szpitalnego (intendentka, gospodyni, dozorczyń z oddziałów nieinfek.)

Do kuchni oświetlonej 3 oknami od wschodu przytyka podręczna szpiżarka (sp.) i przez okienko tylko komunikuje się z nią pokój służący do wydawania porcy dla chorych na oddziały infekcyjne (w' p') z oddzielnym wejściem w szczycie południowym, gmachu, zwróconym ku pawilonom infekcyjnym.

Pierwsze piętro składa się z 5 dużych sal, z których 3 idą jedna za drugą od wschodu i 2 z nich przeznaczone są na mieszkania dla służby z pawilonów nieinfekcyjnych i gospodarskiego, 1 dla gospodyni.

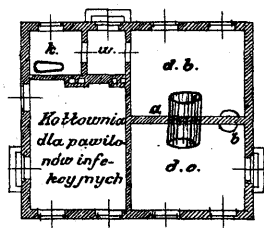
Sala na lewo od wejścia z klatki schodowej służy jako sala posiedzeń pań protektorek i zarządu szpitala, sala na prawo jest centralnym składem bielizny, szwalnią.

Na II-em piętrze — zbiornik wody do wodociągów miejscowych i góra do bielizny.

W piwnicach całą część północną zajmują urządzenia do ogrzewania, skład koks, część ta ma oddzielne wejście w szczycie północnym gmachu.

Za pawilonem wewnętrznym rozpościera się dość duża niezabudowana, zadrzewiona przestrzeń w prostej linii 61,2 metr. odległości aż do pawilonu dezynfekcyjnego, parterowego budynku, (VI) w któ-

VI. Dezynfekcyja.



w. wejście, k. kąpiel, d. b. oddział dezynfekcyjny, brudny, d. o. czysty, a. kamera dezynfekcyjna, biokocioł do bielizny.

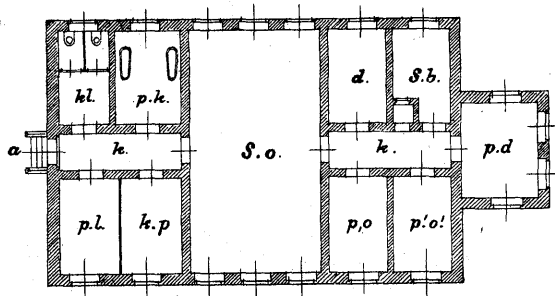
rym mieści się w części wschodniej, zajmując piwnicę i parter, kotłownia dla pawilonów infekcyjnych, w części zachodniej—urządzenia dezynfekcyjne.

Wchodzimy od strony południowej (w): na prawo kąpiel dla dezynfektora, (k), na lewo oddział dezynfekcyjny brudny (d. b.), w ścianie na prawo wmurowana kamera dezynfekcyjna i kocioł do wy-

gotowywania bielizny, obok kamery kocioł parowy; stronę północną zajmuje oddział dezynfekcyjny czysty z oddzielnym wejściem od zachodu, widzimy tam przeciwnie drzwi kamery dezynfekcyjnej i drugą część kotła do bielizny.

Za pawilonem dezynfekcyjnym w pewnej odległości (25 metr.) nieco na wschód widzimy pawilon dyfteryt. parter. (VII).

VII. Pawilon infekcyjny.



a. wejście, k. korytarz, k.l. łóżek, p. k. pokój kąpielowy, p. l. pokój lekarski i laboratorium, k. p. kuchienka podręczna, S. o. sala ogólna chorych, d. pokój dozorczy, S. b. skład bielizny, p. o. pokoje oddzielne p' o' w pawil. dyfteryt. salka operacyjna, p. d. salka do pobytu dziennego ozdrowieńców.

Przez wejście (a.) wchodzimy na korytarz, z którego naprawo prowadzą drzwi do laboratorium i zarazem pokoju lekarskiego (p. l.) dalej na prawo do kuchienki podręcznej (k. p.).

Na lewo zaraz przy wejściu klozet, gdzie stoi oprócz tego beczka do moczenia bielizny i specjalny kubeł ze zbiornikiem do śmieci. Dalej, wciąż na lewo, pokój kąpielowy (p. k.).

Wprost z korytarza przez drzwi oszklone wchodzimy do sali ogólnej chorych (S. o.) zajmującej całą szerokość pawilonu i oświetlonej trzema oknami od wschodu i 3-ma od zachodu. Sala ta przeznaczona na 8 łóżek, szerokość sali 13 metr., głębokość 7 metr., wysokość 4,5 metr. Objętość powietrza 409 metrów sześć., na jedno łóżko wypada przeszło 50 metr., sześć. powietrza, 11,3 metr. kwadr. powierzchni podłogi.

Pawilon swobodnie pomieścić może 12 łóżek (34 metr. sześć, 7,5 metr. kwadr. powierzchni podłogi).

Z sali na wprost wejścia idąc w kierunku południowym, wchodzimy przez drzwi oszklone na korytarz, z którego wprost wchodzimy do zalanego słońcem pokoju dla ozdrowieńców (p. d.) a na prawo zaraz za salą mamy pokój do bielizny (s. b.), za nim salkę operacyjną i zarazem pokój inhalacyjny (p' o'). Na

lewo pokój dozorczy (d.) i za nim urządzenia wentylacyjne i pokoik dla służącej.

W odległości 56 stóp (16,8 metrów) za pawilonem dyfterytycznym wznosi się pawilon szkarlatynowy z rozkładem zupełnie identycznym, z tą tylko różnicą, że 2 pokoje zachodnie wychodzące z korytarza za salą ogólną przeznaczone są do izolowania mieszanych postaci szkarlatyny z innymi chorobami infekcyjnymi lub jeden z nich do pomieszczenia dziecka z matką lub osobą towarzyszącą.

W rogu zachodnim terytorium szpitalnego tuż obok bramy, prowadzącej na ulicę Fabryczną, stoi mały budynek, na którym krzyż zdradza jego przeznaczenie. Składa się on z 2 sal, wschodniej, przeznaczonej na kapliczkę przedpogrzebową, i zachodniej—sali sekcyjnej. Do

każdej jest oddzielne szczytowe wejście, komunikują się przez drzwi w ścianie środkowej. Urządzenie tych pomieszczeń zwykłe. Sala sekcyjna zaopatrzona jest w stół sekcyjny, umywalkę, palnik gazowy, biureczko ściennie do pisania. Pod stołem sekcyjnym — zlew.



Posadzki w gmachu frontowym na korytarzach, w całym oddziale ambulatoryjnym

ryjnym, i na stacyi obserwacyjnej są mozajkowe, tak samo na korytarzach w pawilonach chirurgicznym i wewnętrznym, w kuchenkach, pokojach kąpielowych, klozetach.

Salę ogólną mają podłogę z cementobetonu, na którą położono linoleum. Pokoje oddzielne mają zwyczajną posadzkę drewnianą olejno malowaną. W pawilonie chirurgicznym sale operacyjne mają posadzkę z płyt matlachowskich. W gmachu gospodarskim cały parter - kuchnia, pralnia, posiada posadzkę mozajkową. Taką samą posadzką w pawilonie dezynfekcyjnym i sali sekcyjnej, jak również we wszystkich pomieszczeniach obu pawilonów infekcyjnych, oprócz sal ogólnych, które jak i w pawilonach nieinfekcyj-

nych wyłożone są linoleum na cementbetonie. Linoleum wyłożone są również w pawilonach infekcyjnych salki dla ozdrowieńców. We wszystkich pawilonach dla chorych korytarze pokryte są posrodkiem chodnikiem linoleumowym. Wejście z dworu na korytarz zabezpieczone jest podwójnymi szafkowymi drzwiami. Na korytarzach w pawilonie wewnętrznym i chirurgicznym porostawiane są ławki, korytarze służą po części za miejsce dziennego pobytu dla dzieci nie leżących w łóżku, a dwa razy w tygodniu (czwartek i niedziela) jako poczekalnia dla odwiedzających rodziców. Na salę odwiedzający wpuszczani są tylko wtedy, jeżeli dane dziecko jest obłożnie chore.



Wszystkie pomieszczenia w całym szpitalu posiadają ogrzewanie centralne — parą o niskim ciśnieniu przy czem urządzone są, jak to już wzmiankowano wyżej, oddzielne kotłownie dla pawilonów nieinfekcyjnych i infekcyjnych. Naturalnie ogrzewane są wszędzie korytarze. We wszystkich pomieszczeniach urządzone jest również sztuczna wentylacja.

Ogrzewanie i wentylację urządzała firma I. A r k u s z e w s k i e g o.

Do wszystkich pomieszczeń doprowadzona jest woda, ponieważ Łódź nie posiada wodociągów, urządzone wodociąg miejscowy ze studni, z której motor gazowy, umieszczony w piwnicy gmachu

gospodarskiego, pompuje wodę do centralnego zbiornika, mieszczącego się na wieżycze w gmachu gospodarskim. Brak kanalizacji w Łodzi zniewolił do urządzenia systemu dolowego przy odprowadzeniu nieczystości — podwójnego — dla zabrudzonej wody z odpływem do głównego kanału, odprowadzającego za miasto (wszelkie odpływy z pawilonów infekcyjnych są dezynfekowane uprzednio), i z dołami dla klozetów., do których stosowany jest system wywózkowy.

W oknach rolet niema, tylko sztory na bok rozsuwane, założone tak, że nader łatwo zdejmują się do prania i na-



nowo bez pomocy tapicera mogą być założone. W pawilonach infekcyjnych nie ma wcale zasłon. Prawdopodobnie, da się odczuć brak wewnętrznych żaluzji w oknach sal ogólnych, które trzeba będzie urządzić w przyszłości, jak również zmienić system otwierania górnych okien, który się okazał wadliwym.

Łóżka posiada szpital żelazne, wysokie, rozbierane, na rolkach kamiennych w trzech wymiarach, średni 142 ctm. długości z drabinkami po 7 pręców w każdej, opuszczanymi po biglach niklowanych za pomocą, wkręcanych w zakończeniu drabinek, kółek. Materace kanadyjskie, na to materace z trawy morskiej. Drabiuki opuszczają się nader łatwo, Tyły łóżek są równe. Używanych w szpitalach do tablicy szpitalnej sztyc, zaniechano, natomiast wprowadzono blaszane koperty do karty temperatury i innych papierów, umieszczane na szczycie łóżka zwróconym ku sali. Odbiera to sali specjalny wygląd. Pomiędzy dwoma łózkami stoi stolik żelazny o 2 półkach, dla niektórych przedmiotów potrzebnych do pielęgnowania.

W szczycie każdego łóżka stoi taborecik do ubranka szpitalnego dzieci.

Każda sala ogólna zaopatrzona jest w stół do badania, żelazny na rolkach, tak że łatwo może być do łóżka chorego przysunięty. Na każdej sali stoi przy

ścianie stół do pisania kart szpitalnych recept i td. Każda sala zaopatrzona jest w małą ścienną oszkloną szafkę do lekarstw i drobniejszych przedmiotów do pielęgnowania. Na stole do pisania stoją szklanice z płynem do szpatelków. W występach, którymi się sale ogólne kończą, stoją niskie tonetowskie stoły kryte ceratą i foteliki małe dla dzieci, które tam się bawią i jadają.

Każdy pawilon zaopatrzone jest w wagę (systemu Fair-Banks) każde dziecko systematycznie bywa ważone. Na oddziale szkarlatynowym urządzono specjalną wagę z dużym talerzem do ważenia dzieci ciężko chorych w pozycji leżącej.

Pawilony infekcyjne i tyfusowy zaopatrzone są w beczki z grubej blachy, przykrywane, z kranem do wypuszczania płynu, dla moczenia bielizny w płynie dezynfekcyjnym (lysol, soda). Beczki te stoją w pomieszczeniu przeznaczonym na kłozety, tam też mieszczą się kubły do śmieci, sporządzone podług modelu wiedeńskiego z pewnymi uproszczeniami, przez firmę „Konrad Jarnuszkiewicz i S-ka“, która dostarczyła szpitalowi również łóżka, stoliki, stoły do badania. Kubeł taki składa się z dużego zbiornika, na który wstawia się kubeł z dnem ruchomym za pomocą specjalnego przyrządu. Śmiecie zsypywane są do wierz-

chniego kubła, za pomocą obsunięcia dna tegoż dostają się bez wywiązania pyłu do dolnego zbiornika. W tym wynoszone są do spalania w kotłowni infekcyjnej. Śmieciarki w całym szpitalu używane są tylko w wierzchu przykrywane dla uniknięcia rozpylania śmieci przy przenoszeniu.

Jak to widać już z opisu poszczególnych pawilonów w szpitalu ściśle przeprowadzono *system izolacyjny*, poczynając od ambulatoryum.

Sprzyjają możliwości przeprowadzeniu tego systemu — urządzenie stacji obserwacyjnej; oddziału zapasowego i odsunięcie na dość dużą przestrzeń pawilonów infekcyjnych i połączenie telefoniczne.

W celu przeprowadzenia ścisłej izolacji wszystkich pawilonów zastosowano cały szereg zarządzeń nie piśmiennych, a wpajanych praktycznie drogą objaśniania i skrupulatnego dozoru na każdym kroku w personel niższy i wyższy.

Dozorczyni z pawilonów infekcyjnych nie przechodzą na jedzenie do wspólnej jadalni, lecz jadają w kuchenkach swoich pawilonów.

Służące z pawilonów infekcyjnych przychodzą po porcyę przez oddzielne wejście do pokoju komunikującego się z kuchnią tylko okienkiem, płaszcze w których chodzą w pawilonach, zdejmują przed wyjściem. Dozorczyni sypiają w swoich pawilonach, w gmachu frontowym mają swoje rzeczy, i przebierają się tam przed wyjściem, na miasto, do pawilonów nieinfekcyjnych mają wstęp wzbroniony.

Ponieważ dozorczyni rekrutują się ze sfer inteligentnych, stosują się do tych zarządzeń i jeżeli zaglądną do pawilonów nieinfekcyjnych to w innym ubraniu i to nie na sale chorych. Służące, jeżeli przysyłane są pocokolwiek do pawilonów nieinfekcyjnych, co się zdarza wobec telefonicznego połączenia nader rzadko, stają tylko w drzwiach szafkowych, na korytarze nie wchodzą. Dotąd nie było w szpitalu (po 1/2 roku) ani jednego zakażenia wewnątrz szpitalnego.

Każdy pawilon infekcyjny posiada tuż przy wejściu pokój lekarski, w którym lekarze zmieniają ubranie i nakładają płaszcze, na oddziale zaś szkarlatynowym oprócz tego czapki płócienne i kalosze. Płaszcze i ubrania mają wisządkę na przeciwległych ścianach. W pokoju tym nad umywalką jest zbiornik z płynem dezynfekującym.

Oddział szkarlatynowy prowadzi lekarz, który już nie zajmuje się na oddziałach nieinfekcyjnych.

Personel cały na oddziałach zmienia się co pół roku ze względu na uciążliwe warunki izolacyjne.

Ambulatoryum zaopatrzone jest w podręczne laboratorium do badania moczu, centryfugę, poza tem pawilon chirurgiczny posiada laboratorium podręczne chemiczno-mikroskopowe. Całkowicie urządzone laboratorium posiada oddział wewnętrzny, a oprócz tego pawilon dyfterytyczny i szkarlatynowy mają każdy laboratorium chemiczno-bakteryologiczne do celów badania klinicznego.

Dyeta chorych ujęta jest w normę, ułożoną dla całego szpitala, w odpowiednią tablicę zaopatrzoną jest każda sala, (p. tabl.) dozorczyńni wpisuje odpowiednią dyetę, przeznaczoną przez lekarza na swoją kartę t. zw. dziennik dozorczyńni, a oprócz tego sporządzona jest dla każdego pawilonu karta diety na dzień

Szpital Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi.

Rozkład porcyi dla chorych dzieci.

Dnia 3/V 1906 r.

Oddział II.

Dzieci 20

a) 2—7 lat, 8

b) 7—12 „ 12

Porcyę: 1—zwykła, 2—półporcyę, 3—ściśła.

1. a) 2	2. a) 4	3. a) 2
1. b) 4	2. b) 2+1 (bez mięsa)	3. b) 5

Napoje i potrawy dodatkowe:

Mleko	Kura
Kefir (3 porcyę)	Kurczę
Kawa biała	Szynka
Kakao na mleku	Befsztyk
Mączka dziecienna	Kompot z jabłek
Polewka winna	„ ze śliwek (3)
Jajka na miękko (4)	Bułki (3 porcyę)
Legomina na mleku	Bułki kajzerki
	Chleb pytlowy

Lekarz oddziału: J. B.

Norma żywienia chorych dzieci w szpitalu „Anny-Maryi“ w Łodzi.

Pora dnia.	Dyeta zwykła (1)	Dyeta półporcja (2)	Dyeta ścisła (3)
Śniadanie o 7 ¹ / ₂ rano	<p style="text-align: center;">Mleko</p> a. mleka - 250,0 b. mleka - 350,0 bułki lub chleba 100,0	<p style="text-align: center;">Mleko, bułka</p> a. 250,0=bułki 50,0 b. 300,0=bułki 100,0	<p style="text-align: center;">Mleko</p> a. 250,0 b. 350,0
<p>Obiad: o 12-ej w południe.</p>	<p>Z trzech dań: zupa, mięso, jarzyny lub legomina.</p> <p style="text-align: center;">Zupy a. 150,0 b. 250,0</p> <p>Rosół lub zupa na mięsie, lub zupa mleczna.</p> <p style="text-align: center;">Mięso a. 100,0 b. 150,0</p> <p>Jarzyny lub legomina.</p> <p>Z zup można dawać na zmianę: rosół czysty, rosół z kaszką drobną, ryżem, z kluseczkami, makaronem, kartoflami. Barszcz czerwony na mięsie. Zupa grochowa z grzankami postna lub mięsna. Zupa sezonowa, owocowa (śliwkowa, jabłkowa). Zupa szczawiowa mięsna lub postna. Zupa kartoflana mięsna lub postna. Różne kaszki na mleku (krakowska jęczmienna, ryż, owsiana, jaglana.)</p> <p style="text-align: center;">Potrawy mięsne:</p> <p>Pieczeń wołowa, cielęca. Kotlety wołowe, cielęce. Pieczeń siekana. Potrawka cielęca. Sztuka mięsa z sosem.</p> <p style="text-align: center;">Jarzyny lub legominy:</p> <p>Kartofle tłuczone, lub puré. Groszek zielony (z marchwią). Fasola. Puré z grochu. Marchew w kostki i puré. (Szpinak), kluseczki same lub z suszonymi owocami. Makaron. Buraczki przetarte.</p>	<p>Rosół lub zupy mleczne</p> <p style="text-align: center;">a. = 150,0 b. = 250,0</p> <p style="text-align: center;">Mięso białe</p> <p style="text-align: center;">a. 75,0 b. 100,0</p> <p>Kaszki na mleku, ryż.</p> <p style="text-align: center;">a. 200,0 b. 300,0</p> <p>Rosół z jajkiem lub drobną kaszką. Różne drobne kaszki na mleku (krakowska, jęczmienna, owsiana).</p> <p>Różne kleiki na rosole.</p> <p style="text-align: center;">Potrawy mięsne:</p> <p>Pieczeń cielęca. Kotlety cielęce.</p> <p>Jarzyny i legominy. Ryż przetarty, kaszki. Puré z kartofli. Makaron (rozgotowany).</p>	<p>Rosół, kleik na rosole, jajka.</p> <p>Drobne kaszki na mleku.</p> <p style="text-align: center;">a.=250,0 b.=300,0</p>
Podwieczorek o 4-ej po poł.	Mleko z bułką, lub chlebem.	Mleko z bułką lub z sucharkami.	Mleko.
Kolacja o 7-ej wieczorem	Kaszki na wodzie lub na mleku. Zacierki na wodzie lub na mleku. Chleb.	Kaszki na wodzie lub na mleku. Bułka.	Kaszka na mleku, mleko lub kleik.

następny i w południe odsyłana z podpisem ordynatora oddziału do kuchni. Dyeta chorych zapisuje się w 3 postaciach: dyeta zwykła, dla niegorączkujących, oznaczona na kartkach dyety 1, dyeta półporecy dla umiarkowanie gorączkujących lub ozdrowieńców—2, i dyeta ścisła gorączkowa—3. Każda z nich dzieli się na a i b, zależnie od wielkości porcyi. Dyeta druga zapisuje się w niektórych wypadkach bez mięsa. Gospodyni podług kartek oblicza, ile ma na każdy pawilon porcyi mniejszych i większych z odpowiednich kategorii dyety, dozorczyńi rozdaje na sali podług notatki co do dycty na swej karcie. Na karcie dyety wynotowane są pokarmy dodatkowe które się podkreśla, przeważnie tyczy się to kefiru, jajek, kompotów etc.

Na dołączonej kartce dyety dla przykładu odpowiednie pozycye zostały wypełnione.

Dzieci otrzymują śniadanie o 7¹/₂ rano, obiad o 12-ej w południe, podwieczorek o 4-ej, kolację o 7-ej wieczorem. Dozorczyńi sama wydaje jedzenie dzieciom, służące pomagają tylko.

Pielegnowanie chorych dzieci powierzone jest inteligentnym dozorczyńiom świeckim, które wyrobiły się dopiero w szpitalu, po odbyciu praktyki najpierw w ambulatoryum szpitalnem. W ambulatoryum pomaga jedna dozorczyńi, ona opiekuje się również dziećmi na stacyi obserwacyjnej, o ile ta jest zajęta.

W pawilonie chirurgicznym i wewnętrznym na każdym piętrze jest oddzielna dozorczyńi, każda z nich ma do pomocy służącą, trzecia służąca dyżuruje w nocy.

W pawilonach infekcyjnych (6—10 łózek) opiekuje się dziećmi również dozorczyńi, do pomocy ma służącą dzienną i dyżurną nocną.

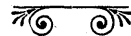
W szpitalu mieszka stale 2 lekarzy internów, którzy kolejno dyżurują cały dzień, jeden z nich jest asystentem oddziału chirurgicznego, drugi—wewnętrznego. Oprócz tego do pomocy ordynatorowi oddziału wewnętrznego dodany jest stały ekstern na oddziały infekcyjne, ordynatorowi chirurgicznemu stały ekstern do pomocy przy operacyach.

Ordynatorzy oddziału chirurgicznego i wewnętrznego z infekcyjnymi prowadzą swe oddziały autonomicznie, ordynator oddziału wewnętrznego prowadzi jako lekarz naczelny administracyę szpitalną.

Ambulatoryum ogólne prowadzi asystent oddziału wewnętrznego przy pomocy eksterna z oddziału infekcyjnego, chirurgiczne prowadzi asystent oddziału chirurgicznego, oprócz tego lekarze specjaliści udzielają porad w chorobach skórnych, oczu, uszu, nosa i gardła. Chorzy zgłaszający się do każdego ze specjalistów otrzymują specjalne różnokolorowe kartki, dla ułatwienia kontroli i rozdziału chorych. Do specjalistów odsyła się z odpowiedniami kartkami z ambulatoryum ogólnego.

Szpital obliczono na 100 łózek, 35 na oddziale chirurgicznym, 65 na oddziale wewnętrznym i infekcyjnym.

Personel płatny szpitala składa się z 6 lekarzy (2-ch mieszka stale), przełożonej, (intendentka), gospodyni, 8 dozorczyń, maszynisty, portjera, dezynfektora, 2-ch stróżów nocnych, służby pawilonowej 13 osób, służby w pralni, kuchni, w gmachu frontowym 9 osób. Budżet roczny szpitala wynosi około 25 tysięcy rubli.



Czy uraz może wywołać przewlekłe zapalenie nerek.

Podał dr. F. Arnstein. (Kutno-Ciechocinek).

Na jednym z ostatnich posiedzeń towarzystwa dla medycyny wewnętrznej w Berlinie Posner poruszył sprawę urazowego zapalenia nerek (Berl. klin. Wochenschrift Nr. 11). Że przy istnieniu jakiegokolwiek zakażenia w ustroju łatwo pod wpływem urazu rozwinąć się może przewlekłe zapalenie nerek—nie ulega żadnej wątpliwości; nie mniej jak i to, że pod wpływem urazu przy już istniejącej sprawie zapalnej jednej nerki może sprawa zapalna przejść na drugą nerkę. Sporną jest kwestya, czy zapalenie nerek rozwinąć się może pod bezpośrednim wpływem urazu. Otóż w tym względzie Posner stwierdził, że nie stanowczego powiedzić nie można, choć w literaturze podane były przypadki niejako dowodzące możliwości urazowego zapalenia nerek; w dyskusyi, jaka nad tym przedmiotem powstała niektórzy, jak Fürbringer, Senator stwierdzili, że nie jest im znany żaden pewny przypadek urazowego zapalenia płuc, inni znowu dowodzili, że zmiany znalezione w nerkach po urazie są więcej przyrody

zgorzelinowej, aniżeli zapalnej. Jak więc widzimy, sprawa urazowego zapalenia nerek nie jest dotąd wyjaśniona. Tylko więc gromadzenie odpowiedniego materiału klinicznego i anatomopatologicznego może zarazem przyczynić się do wyjaśnienia tej bądź, co bądź, dosyć ważnej sprawy, może nie z punktu widzenia klinicznego, ile z sądowolekarskiego w sprawach dotyczących odszkodowania. Z tego powodu podaję do wiadomości przypadek przewlekłego zapalenia nerek spostrzegany przezemnie w roku przeszłym, rzucający pewne światło na interesującą nas sprawę.

Mężczyzna 28 letni, W. H., silnie zbudowany, zawsze dotąd zdrowy, zasięgał pierwszy raz mej porady w Styczniu roku. przeszłego. Z wywiadów dowiedziałem się, że przed 10 dniami, jadąc bryczką po złej drodze, wypadł z niej, a wypadając silnie uderzył prawym bokiem o kamień leżący na drodze. Sam jednak się podniósł i wrócił do domu. W ciągu kilku następnych dni doznawał niezbyt silnego bólu w prawym boku. Dzieśiątego dnia po tym wypadku, powróciwszy wieczorem z dalszej drogi zziębnięty, doznał silnych dreszczy i kłucia w lewym boku. Wezwany nazajutrz znalazłem początkowe objawy włóknikowego zapalenia płuc. Chory wciągu 6 dni silnie gorączkował, siódmego dnia nastąpiły poty i chory wszedł w okres rekonwalescencji a po 2 tygodniach od początku choroby pierwszy raz opuścił swe mieszkanie i zaczął oddawać się zwykłemu swemu zajęciu (malarz pokojowy); w dwa tygodnie potem zgłosił się do mnie, skarżąc się na ogólne osłabienie, częste bóle głowy; od dwóch dni chory zauważył lekki obrzęk powiek. Przy badaniu chorego znalazłem w rzeczy samej obrzęk powiek i stóp, a w moczu białko w ilości, podług Esbacha, około 3 pro mille. Pod wpływem dwutygodniowego leżenia w łóżku i diety przeważnie mlecznej stan chorego o tyle się poprawił, że ilość białka w moczu zmniejszyła się do $\frac{1}{2}$ pro mille, a obrzęk stóp prawie znikł; po 2-eh miesiącach białko w moczu i obrzęk zupełnie znikły; chory wrócił do zwykłego zajęcia. Lecz już w początkach maja chory znowu zaczął doznawać częstych bólów głowy, stopy na nowo obrzękły, pojawił się białkomocz. Tym razem powyżej stosowane leczenie obok ciepłych kąpielí spowodowało chwilową poprawę, która jednak niedługo trwała; w lipcu nastąpiło znaczne pogorszenie, obrzęki na nogach stopniowo się zwiększyły,

a kiedyś chorego widział po kilku miesiącach znalazłem przerost lewej komory serca, znaczny obrzęk nóg, dochodzący do kolan, białkomocz 4 pro mille przy znacznie zmniejszonej ilości moczu. W listopadzie przy coraz zwiększających się obrzękach pojawiły się drgawki mocznicowe, które spowodowały śmierć chorego.

Osobnik przeto zupełnie dotąd zdrowy w 10 dni po silnym urazie zapada na włóknikowe zapalenie płuc o przebiegu zupełnie prawidłowym, a wkrótce po wyzdrowieniu z tej choroby pojawiają się pierwsze znaki przewlekłego zapalenia nerek, które, stopniowo się rozwijając, sprowadza po 10 miesiącach zejście śmiertelne przy objawach mocznicowych.

W tym przypadku rodzi się kwestya, co spowodowało przewlekłe zapalenie nerek.

Nie mogłoby być prawie wątpliwości co do urazowego pochodzenia przewlekłego zapalenia nerek, gdyby nie to, że chory wkrótce po urazie zapadł na włóknikowe zapalenie płuc, a po wyzdrowieniu z tej choroby zaczęło się rozwijać zapalenie nerek.

Jeżeli jednak zwrócimy uwagę na to, że z pośród chorób zakaźnych zapalenia płuc niezmiernie rzadko sprowadza przewlekłe zapalenie nerek, że przebieg zapalenia płuc w naszym przypadku był zupełnie prawidłowy i nieciężki, co tem mniej upoważnia do przypuszczenia, że ono mogło pociągnąć za sobą przewlekłe zapalenie nerek, w takim razie musimy przyjść do przekonania, że cierpienie nerek zostało wywołane przez uraz, jakiemu nasz chory uległ lub przynajmniej w jego powstaniu odegrało rolę pierwszorzędną.

Sądzę przy tem, że choćbyśmy odmówili bezpośredniego wpływu urazu na powstanie przewlekłego zapalenia nerek, nie mamy wszelako prawa twierdzić, że uraz pośrednio wpłynąć nie może na powstanie tego cierpienia.

Stusnie też Posner ostatecznie wnosi, że, gdy idzie o odszkodowanie spowodowane urazem, możliwość urazowego pochodzenia przewlekłego zapalenia nerek musi być uznana.



Przyczynek do leczenia krwawień płucnych.

Podał Dr. H. Naumann. (Bad Reinerz-Meran).

Faktem jest oddawna znanym, że wzmoczone przyjmowanie płynów wywołuje wzmoczoną czynność narządu krążenia; a jednak chwila, kiedy zaczęto zastanawiać się nad szkodliwością dla zdrowia nadmiernego przyjmowania płynów, ewent. nad pożytkiem ich ograniczania, nie jest tak daleka. Co prawda już Oertel zwracał uwagę na znaczenie lecznicze zmniejszonego przyjmowania płynów w ekonomii mięśnia sercowego; dopiero jednak dokładne badania v. Noorden'a*) nadały temu twierdzeniu naukową podstawę. Następnie Salomon**) zwrócił uwagę — wprawdzie dość pobieżnie — w niedawno ogłoszonej monografii na lecznicze znaczenie ograniczenia napojów przy zwalczaniu *krwawień*. Odpowiedni ustęp brzmi, jak następuje:

„Dawno już dążono do zagęszczenia krwi przy krwotokach i uczynienia jej przez to bardziej krzepliwą. Tu należy zalecanie sproszkowanej soli kuchennej lub mocnych jej roztworów przy krwiopłuciu. Metody napotne są, rzecz prosta, przy krwawieniach płucnych przeciwwskazane i nie przyjęły się również przy krwawieniach z dróg trawiennych. Daleko bardziej, aniżeli środki napotne, oszczędza narządy ustroju i do celu prowadzi zupełny zakaz podawania płynów. Przy krwawieniach z żołądka i kiszek łączyliśmy zupełne usunięcie płynów z usunięciem pokarmów stałych, stosowaliśmy to kilkakrotnie w ciągu 3—5 dni i możemy śmiało zalecić tę pozornie bezlitosną, w samej rzeczy jednak pożyteczną i niezbyt trudną w zastosowaniu metodę. Wobec dużego niebezpieczeństwa, a co najmniej długotrwałego osłabienia, występującego po odnawiających się silnych krwawieniach, kilkodniowe powstrzymanie się od płynów, ewent. od płynów i pokarmów, jest złem względnie najmniejszym.”

*) V. Noorden. Ueber die Behandlung der akuten Nierenentzündung und der Schrumpfnere. Samml. Klin. Abhandlungen ueber Pathologie und Therapie, herausgegeben von prof. v. Noorden. (Heft 2.)

**) Salomon. Ueber Durstkuren, besonders bei Fettleibigkeit. Ebenda. Heft 6.

Moje własne badania *) nad ciśnieniem krwi u suchotników, według których wysokie ciśnienie krwi bardzo często stwierdzanem bywało przy krwawieniach płucnych, badania, które znalazły również potwierdzenie w pracach Gałęckiego **) i Barbary'ego, ***) skłoniły mnie od lat kilku przy świeżo spostrzeganych przypadkach nieco znaczniejszych krwawień do uchylania się od przyjętego dotąd podawania wyłącznie mleka oraz kawałeczków lodu i do stosowania diety suchej (Trockendiät). Samą metodę opisałem bardziej szczegółowo na innem miejscu. ****).

Pomyślne wyniki, otrzymane przy tym sposobie, zniewoliły mnie do zastosowania tego samego sposobu przy zapobieganiu krwawieniom płucnym. To postępowanie ma swoje podstawy teoretyczne, a mianowicie:

1) Wysokie ciśnienie oraz skłonność do krwawień płucnych niezmiernie często idą w parze, tak że trudno nie uznać tu istnienia wzajemnego związku przyczynowego.

2) Po wzmocnionem przyjmowaniu płynów występuje stałe lub przemijające wzmoczenie ciśnienia w naczyniach.

Uprzymińmy sobie w tem miejscu, jakie ogromne ilości mleka wypijają codziennie niektórzy chorzy w ciągu wielu miesięcy i pamiętajmy, że prócz mleka pochłaniają oni jeszcze wiele innych płynów, jako to: zup, herbaty, kakao i wody.

3) W wielu miejscowościach leczniczych przez tradycję zakazują używania wód mineralnych chorym, którzy przechodzili krwawienia płucne; ten zakaz nie wynika z jakości danej wody (zawartość kwasu węglowego lub części stałych), lecz ma swe objaśnienie w chęci zmniejszenia ilości wypijanych płynów.

*) Naumann. Blutdruckmessungen an Lungenkranken. Zeitschr. f. Tub. u. Heilstättenwesen. Bd. V Heft 2.

**) Gałęcki. Puls und Blutdruck bei Lungenkranken. Beiträge zur klinik der Tuberkulose. Herausgeb. v. prof. Brauer. Bd. IV. Heft 3.

***) Barbary. Interpretation nouvelle du mécanisme de l'hémoptysie tuberculeuse. Paris, de Rudeval. 1905.

****) Naumann. Zur Prophylaxe und Therapie der Lungenblütungen. Deutsche Aerztezeitung, 1 Mai 1906.

4) Statystyka (Thompson *) wykazuje, że w latach upalnych i suchych więcej mamy krwawień płucnych, aniżeli w latach chłodnych lub w porze zimowej; ten fakt prędkiej może być wytłumaczonym przez obfite przyjmowanie płynów w porze upalnej, aniżeli przez zawikłane hipotezy klimatologiczne.

5) Istnieje stosunek wzajemny między alkoholizmem a krwawieniami płucnymi (Wolff **) i tu nadmiar płynów ma znaczenie równorzędne, jeśli nie większe, aniżeli wyskok sam przez się.

Rzecz prosta, że usunięcie płynów w celach zapobiegawczych nigdy nie może być posunięte tak daleko, jak przy świeżem krwawieniu, a to dlatego, że chodzi tu o długotrwałe ograniczenie przyjmowanej ilości płynów. Zalecić więc należy, aby to ograniczenie nie dochodziło poniżej 1½ l. dziennie (wliczając w to wszelkie płyny); gwałtowne usuwanie płynów jest złem ze względów wprost taktycznych.

Zresztą i v. Noorden ***) wyraźnie zaznacza, że ważnem jest, aby usuwać nadmiar płynów, o ile były przyjmowane obficie, nie raptownie, lecz stopniowo, po 150—500 ctm., dziennie. Co prawda, dane jego dotyczą specjalnie chorych na serce i na marskość nerek, jednakże według mego doświadczenia mają one znaczenie i dla suchotników, a mianowicie w takich przypadkach, kiedy sprawność mięśnia sercowego nie jest zupełna. Rzecz jasną jest, że ten zabieg jest również na miejscu i w tych licznych przypadkach, kiedy skutkiem przepełnienia układu krwionośnego przed menstruacją lub skutkiem łatwo wykazać się dającego wzmożenia ciśnienia wewnątrz na czyniowego występują kołatania serca, wzmożona duszność, zwiększony kaszel i płwocina; dobre wyniki otrzymuje się w tych razach przez podawanie soli obojętnych, najlepiej w postaci rozmaitych wód gorzkich lub przez leczenie serwatką, a to w celu odciążenia płynu przez kiszki. Zbytecznem byłoby mówić, że oznaczoną ilość płynu należy przyjmować w małych dawkach w ciągu dnia, że nie należy pić raptownie, lecz powoli, gdyż w przeciwnym razie cały cel zabiegu, t. j. unika-

nie silniejszych wahań ciśnienia, byłby chybiony.

Muszę się wyrzec opisywania poszczególnych przypadków, tym sposobem leczonych, a przychodzi mi to tem łatwiej, że jednostajność ich mało przedstawia ciekawego w innych kierunkach. Ogólną cechą było to jedno, że od czasu do czasu, czasem w uderzająco równych odstępach czasu, występowało w okresie, rzec można zupełnego zdrowia, dość silne krwioplucie, przy którym wykrztuszano ½—1 szklanki krwi; krwawienie zatrzymywało się równie szybko i nagle, jak i powstawało. Charakterystycznym było również i to, że w wielu przypadkach zupełnie nie było kaszlu, ani płwociny i dla chorych cała choroba polegała jedynie na tych zawsze powtarzających się krwawieniach płucnych, pozatem żadnego uczucia choroby nie było. Badanie podmiotowe zawsze dawało wyniki pozytywne, jednakże bez szczególnych powikłań. Wyniki leczenia były niekiedy wprost zadziwiający; mogę więc w tych przypadkach śmiało ten sposób jaknajgoręcej zalecić. Dalekim jestem od myśli, aby uważać zapobiegawcze usunięcie lub ograniczenie płynów za nieomylny środek przeciw krwawieniom płucnym; należy z góry oczekiwać, że zwalczanie samego objawu nie we wszystkich przypadkach może dać wynik jednakowo zadawalniający. Rozumie się, że schematyczne leczenie jest zawsze błędem, szczególnie w stosunku do krwioplucia, które jest tak różnorodnem nie tylko jako objaw, ale jest zależnem od najróżnorodniejszych czynników etyologicznych.



Trzeci rok zakładu dla umysłowo i nerwowo-chorych w Kochanówce.

Napisali: J. Mazurkiewicz, W. Sochacki, W. Łuniewski i S. Borowiecki.

(dokończenie)

Wpływ rewolucji na powstawanie psychoz.

W 2-ch pierwszych zeszytach „Czasopisma Lekarskiego“ z roku bieżącego podaje kol. A. K r u s c h e ciekawe sprawozdanie p. n. „O ranach postrzałowych“, obserwowanych przezeń w 58 przypadkach w pierwszej połowie roku ubiegłego. Sprawozdanie to, jak sam jego tytu-

*) Thompson. The causes and results of pulmonary haemorrhage. London. Smith, Elder et. Co. 1897.

**) Wolff. Alcohol und Tuberkulose. Beiträge zur Klinik der Tuberkulose. Herausgegeben von prof. Dr. L. Brauer. 1905. Bd. IV Heft 3.

***) v. Noorden loco cit.

wskazuje, mówi o bezpośrednich uszkodzeniach narządów ciała ludzkiego przez kulę.

Kule, bądź mało, bądź wielkokalibrowe, wystrzelone w mieście do ludzi, mają jednak inne jeszcze znaczenie, różniące je np. od kul, wystrzelonych do dzików w lesie. Te pierwsze ranią mianowicie nie tylko tkanki, ale i psychikę tych osób, których organizmu kula bezpośrednio nie dosięgła.

Przytoczymy spostrzegane przez nas w Kochanówce przykłady ciężkich urazów psychicznych, pozostających w związku przyczynowym z ruchem rewolucyjnym. W niektórych przypadkach mamy do czynienia z gwałtownymi urazami, po których zaburzenia umysłowe powstają prawie tak nagle, jak uszkodzenia tkanek po strzale karabinowym (przypadek 2, 3, 6, 9, 10, 11, 14, 15). W innych razach ruchy rewolucyjne tworzą warunki, sprzyjające powolnemu rozwijaniu się zbroczenia umysłowego, jak w przypadkach 8 i 12. Przypadek pierwszy dowodzi, że uraz psychiczny tak samo może spowodować zejście śmiertelne, jak rana postrzałowa narządu niezbędnego dla życia organizmu.

Przypadek I: Lejba Sz., 23 l., tkacz. Według zeznania matki chorego, babka jego z linii macierzystej chorowała umysłowo, również ojciec chorego po jakiejś chorobie cielesnej wykazywał przez krótki czas zaburzenia umysłowe. Chory ma 2 siostry i 5 braci, zupełnie zdrowych. Sam L. Sz. poprzednio nigdy nie chorował, śladu zaburzeń umysłowych nie wykazywał, potatorem nie był, urazu i kiły nie przechodził.

D. 23/VI 05 brat chorego, przechodząc przez ulicę, został zabity przez kozaków. Chory zaczął poszukiwać zabitego, znalazł go między innymi zwłokami i dozorował potem nieboszczyka. Był śmiercią brata ogromnie przygnębiony, przestał jeść i spać. D. 25/VI poszedł do rodziny, aby ją zaprosić na pogrzeb, ale zaczął tam tańczyć, skakać, śpiewać i mówić od rzeczy. Przyjęty d. 28/VI do Kochanówki, z objawami *delirii acuti*: najwyższy stopień bezładu myślowego, przerażenia i podniecenia ruchowego, z następczymi stanami soporu i zupełnej prostracyi. Ciężkość podwyższona, nie przekraczająca 38,6°; odmowa jadła. 4/VII prawa stopa do połowy goleni lodowato zimna, biała, miejscami sinica. Przy przedłużających się okresach prostracyi i objawach niedomogi sercowej, i ciepłocie poniżej 38,0° chory zmarł po 11 dniowym

pobycie w zakładzie d. 8/VII 05 o 12¹/₂ w nocy.

Przypadek II. Emma K., 39 lat, żona robotnika fabrycznego. Obarczenia dziedzicznego jakoby niema, żadnych cięższych chorób, urazu itd. K. nie przechodziła. Dzieci ma pięcioro, ostatnie ma rok, karmiła je dotychczas. W ostatnich 3 miesiącach zaczęła się martwić, iż męża jej mogą powołać na wojnę. Choroba obecna zaczęła się nagle, przed 6 tygodniami (chora przyjęta do zakładu d. 20/III 05) po przestraszeniu: tłum uciekał przed wojskiem i wpadł na podwórze tego domu, gdzie na parterze mieszkała chora. Od tej chwili ciągle widzi i słyszy kozaków, obawia się, że ją mąż odwiezie do cyrkułu, nie sypia, jest niespokojna, bije bez powodu swe dzieci. Po całorocznym pobycie w zakładzie (stan ciągłej depresji, płaczliwość, obawa o dzieci i męża, żadnych bredzeń, czasem obostrzenia z silniejszym niepokojem i omamami słuchu), chora opuściła zakład w d. 11/III 06 jako zdrowa.

Przypadek III. Helena H., 28 lat, nauczycielka. Stryjeczny brat ojca chorował umysłowo, cioteczna siostra matki przechodziła psychozę laktacyjną. Ojciec potator. Chora była jakoby zawsze zmiennego usposobienia i wielkiej wrażliwości. Przed 5 laty wyszła za mąż, w rok potem poronienie z zaburzeniem umysłowym (twierdziła, że mąż chce ją otruć), które po pewnym czasie minęło. Ostatnimi czasy pracowała po 6 godzin dziennie, jako nauczycielka. D. 7/XII 05, dowiedziała się o aresztowaniu brata przed kościołem i zabiciu tam 4 uczni. Odtąd zaczęła się obawiać czarnej seciny, sypiała źle—z drągami żelaznym, toporkiem i kamieniami dla samoobrony w razie napadu czarnej seciny, która wydała na nią wyrok śmierci z torturami. Dnia 17/XII 05 chora wyskoczyła z balkonu II-go piętra (nie poniósłszy przytem uszkodzeń), ponieważ zdawało się jej, że w bramie domu czarna secina już na nią czyha. Przywieziona do zakładu w dniu 18/I 06 w stanie silnego niepokoju, podejrzliwa względem otoczenia, iluzje smakowe, bredzenia prześladowcze (żydzi chcą zdobyć jej krew dla macy), niedostateczne odżywianie się, bezsenność; przytem dokładna orientacja w czasie i przestrzeni. Ku końcowi kwietnia 1906 roku stan powyższy powoli się przekształcił w stan hypomanjakkalny, bez wyraźniejszych cech otępienia intelektualnego.

Przypadek IV. Stanisława K., 19 l., robotnica fabryczna. Ojciec matki był pijakiem, zresztą żadnych momentów etyologicznych wywiady nie podają. Chora była zawsze charakteru gniewliwego i lękliwa. W styczniu 1905 r. chora przestraszyła się bardzo, widząc jak koczacy na podwórzu fabryki tratowali ludzi. Pracowała w fabryce, ale od owej chwili skarżyła się ciągle na ból głowy i serca. Stan ten się pogarszał, odzywała się niedostatecznie, krzychała, że „ją łamie“. Przed 6-ciu tygodniami przyjęta do szpitala fabrycznego, skąd jednak po 4-tygodniowym pobycie uciekła, bo się jej „tam nie spodoba i stroją z niej cudaka“. W domu przez parę dni była spokojna, potem jednak zaczęła twierdzić, że trzeba wyrzucić moskali, wołała króla Sobieskiego i rzucała się po łóżku, bo „musi się bić zamiast brata“. Przyjęta do Kochanówki w d. 16/X 05. Delirium hallucinatorium, tuberculosis pulmonum. Wypisana w dniu 21/IV 06 bez polepszenia na żądanie rodziny.

Przypadek V. Chana E., 50 lat, handlarzka. Ojciec chorej jest jakoby umiarkowanym potatorem, matka umarła na gruźlicę. Ch. E., poprzednio zupełnie zdrowa, zachorowała, zdaniem ojca, przed 4-ma miesiącami, wskutek przestachu, wywołanego strzelaniną w bramie jej domu. Po okresie uporczywej bezsenności, chora zaczęła twierdzić, że jest nieuleczalnie chora i że będzie lepiej, jeśli prędzej umrze. Od trzech tygodni w celach samobójczych je bardzo mało, próbowała otruć się amoniakiem i poderżnąć sobie gardło szkłem. W d. 4/III 06 przywieziona do zakładu. Psychosis hysterica in climacterio. Chora, jęcząc i płacząc, twierdzi, że „strzelanie jest całą jej chorobą“. Po 2-u miesięcznym pobycie zaburzenia umysłowe znikły.

Przypadek VI. Karol K., 42 lata, tkacz. Rodzice chorego pomarli w późnym wieku, brat jego jest umysłowo chory. K. używał napojów wysokowych w dużej ilości, czworo jego dzieci żyje, dziesięcioro umarło w pierwszych latach życia; 2 poronienia; 2 razy bliźnięta. Chory skarżył się na osłabienie od lutego 1905 r. Przed Wielkanocą przestraszył się bardzo strzelaniny na ulicy i od tego dnia zaczął się obawiać o swoje życie i twierdzić, że go chcą zamordować. Chcąc uniknąć śmierci z rąk innych, kilkakrotnie usiłował odebrać sobie życie przez powieszenie, i raz się istotnie powiesił, ale żona zdołała w czas przeciąć sznur. Przyjęty do zakładu w d. 13/VI

1905, został wypisany w polepszonym stanie zdrowia umysłowego dnia 20/II. 1906 z rozpoznaniem: Paranoia alcoholica.

Przypadek VII. Jan M., 36 lat, gospodarz wiejski. Jego cioteczny brat był umysłowo-chorym. M. urazu, kiły lub innych ciężkich chorób nie przechodził, napojów wysokowych nie używał. W ostatnich miesiącach miał dużo kłopotów, ponieważ gospodarze wiejscy nie chcieli spełniać poleceń, danych do wykonania M., jako sołtysowi, przez władzę. Bał się odpowiedzialności za to, ale żadnych zaburzeń umysłowych nie wykazywał.

Dnia 22 marca przyszli do niego, jako do sołtysa, żandarmi z żądaniem sznurów do związania jednego z gospodarzy. Przestraszył się ich bardzo, zaczął spać gorzej, a w d. 25 marca przestał pracować, zaczął mówić od rzeczy, i wykazywał wielką obawę przed żandarmami. W stanie gwałtownego niepokoju i bezładu myślowego przywieziony d. 5/IV 06 do Kochanówki, bredził beładnie na temat religijny, po 3-ch tygodniach zaczął się uspokajać, po 4-ch nieco oryentować w chorobliwości stanu, i d. 10 maja został wypisany jako rekonalescent po amentii Meynertowskiej.

Przypadek VIII. Walenty D., 38 l., robotnik fabryczny. Żadnego obarczenia i żadnego momentu etyologicznego wywiady nie wykrywają. Zawsze bardzo pracowity, spokojny i łagodny, od 3-ch miesięcy stał się nieco gniewliwym, zamyslał się często. Przed 5-ciu tygodniami zaczął mówić żonie, że agenci policji tajnej śledzą go i podejrzewają, że jest socjalistą. Pilnował mieszkania, rewidował pierzyny i ściany za obrazami, z obawy, czy mu kto nie podrzucił proklamacyi. Jadących przez ulicę z tłoczkiem podejrzewał o chęć podrzucenia mu proklamacyi rewolucyjnych. Chodził umyślnie do rewirowego, aby mu oznajmić, że nie należy do socjalistów. Przyjęty d. 16/III 05 do zakładu orientuje się zupełnie dobrze, rozumie, iż stan poprzedni był chorobliwym — choroba ta nawiedziła go za jego grzechy, dlatego stał się teraz bardzo pobożnym. Nieco skarg hypochondrycznych, w zakładzie czuje się bardzo dobrze, jest od początku na swobodzie i nie wykazuje chęci powrotu do domu. Wypisany w stanie zdrowia d. 1/VI 05 pracował w fabryce do d. 7/X 05, w którym poszedł do szpitala fabrycznego, gdyż od tygodnia źle sypiał, stał się małomówny, sły-

szął głosy wymyślające i grożące mu śmiercią, strzelaniem, policją; silny niepokój i myśli samobójcze. W tym samym czasie chorowała mu córka. Dnia 8/XI 05, przyjęty powtórnie; po kilku dniach objawy podniecenia znikają i pozostają tylko skargi hypochondryczne. Paranoia acuta.

Przypadek IX. Paulina Rz., 38 lat, tkaczka, przyjęta do zakładu d. 19/III 05. Wywiady żadnych danych etyologicznych nie wykazują, siostra chorej jako jedyną przyczynę choroby, która zaczęła się nagle przed 10-ciu dniami, podaje jej przestrach. Mianowicie robotnicy strejkujący grozili w fabryce uchylającym się od strejku i jeden z pierwszych powiedział Rz., że jeśli będzie pracować, to jej gardło przetną. Rz. zaraz po powrocie z fabryki zaczęła mówić bezładnie o spowiedzi, o strzelaniu, o podejrzeniu jej gardła. Kraepelinowskie „Manisch-depressives Irresein“, wyzdrowienie w styczniu 1906 r., obecnie pracuje w zakładzie jako pomocnica garderobianej.

Przypadek X. Michał Sz., 34 lata, robotnik fabryczny. Oboje rodzice chorego nadużywali alkoholu, ojciec miał krótkotrwałe napady obłądu, siostra chorego umarła na suchoty. Chory nie pił, kiły i ciężkich chorób nie przechodził. Przed 6 tygodniami (licząc od chwili wywiadów w dniu przyjęcia do zakładu 16/VII 05) został faszczkami i rurami gazowemi pobity przez strejkujących za niechęć należenia do strejku. Ran nie miał i przytomności nie stracił, ale od tego czasu bał się ciągle, siedział w ciemnym pokoju, każdego obecnego podejrzewał o chęć bicia go. Ból głowy, bezsenność, niedostateczne odżywianie się. Od 3-ch dni większe podniecenie, zdaje mu się, iż go ciągle ktoś szpieguje i czyha na jego życie, pobiegł do fabryki, żądając dania mu „do ochrony“ jego osoby 20 kozaków. Dementia paranoides; przy dłuższym pobycie w zakładzie przewaga bredzeń wielkościowych i cechy otępienia umysłowego.

Przypadek XI. Maryanna M., 37 lat, robotnica fabryczna, przywieziona do zakładu w d. 2/VI 05 przez felczera fabrycznego, który o chorej wie tylko, że jest wdową i ma jedno dziecko, że, zdrowa poprzednio, dostała nagle przed 4-ma tygodniami po wyrzuceniu jej podczas strejku z fabryki przez strejkujących, ataku „histerycznego“, i wreszcie, że po tym ataku źle sypiała, ciągle lamentowała, mówiła o żołnierzach, zastrzeleniu jej, stała się bardzo pobożną i miała wi-

denia Matki Boskiej i Chrystusa. Amentia Meynerti. Znajduje się w zakładzie dotąd.

Przypadek XII. Stanisław Sz., 19 l., tkacz. Obarczenia dziedzicznego, urazu, potatorium jakoby nie było, stosunków płciowych chory dotąd jakoby nie miał. Brat jako przyczynę choroby podaje, że chorego zaczęli socjaliści nawieca ciągać, i chory książki czytał, a potem nie wiedział, w którą iść stronę, czy do socjalistów, czy przeciw nim. Zawsze małomówny i zamknięty w sobie, zaczął od tygodnia dużo mówić. Przed 4-ma dniami, pracując w fabryce, śmiał się ciągle do siebie; wskutek tego przystawiono mu wieczorem 8 pijawek za uszami, ale tej samej nocy obudził się nagle i zaczął zupełnie bezładnie mówić o socyalizmie, o księżkach itd. Przez 3 dni ostatnie mówi bez przerwy i związku, gwizdze i śpiewa. Przyjęty d. 8/III 06, do zakładu. Amentia Meynerti.

Przypadek XIII. Bolesław S., 32 l., ślusarz fabryczny. W rodzinie chorób nerwowych ani umysłowych jakoby nie było. Wódkę pijał chory w dużych ilościach od 16-go roku życia, stosunki płciowe utrzymywał od 18-go roku życia, wtedy też ulcus durum czy molle. Żonaty od 3-ch lat, dwoje zdrowych dzieci. Czynny społecznie po stronie obozu socyalistycznego, wymyślał na księży i wiarę. Po listopadowym pochodzie narodowym w Pabjanicach w r. 1905 zmienił przekonania, zaczął wymyślać na socjalistów, twierdząc, że trzeba im łby poukręcać, on zaś będzie odtąd narodowcem i wraca na łono kościoła, bo Jezus w obrazie cud mu pokazał. Co trzeci dzień źle śpi, jest niespokojny, opowiada wtedy, że jest doktorem i będzie budować klinikę, lub też, że będzie królem polskim. Przyjęty dnia 13/I 06 r. Dementia alcoholica.

Przypadek XIV. Fajgla G., 34 lata, handlarka owoców. Pochodzi jakoby z rodziny zdrowej. Z 7-miu jej dzieci 5 żyje, najmłodsze, półroczne, karmiła do wybuchu choroby. Przed 5 tygodniami przyszli do mieszkania anarchiści-komuniści, i, przyłożywszy do jej głowy rewolwer, zażądali pieniędzy i ograbili mieszkanie. G. bardzo się wystraszyła, zaczęła dużo mówić i bezładnie, po nocach źle sypiała, i ciągle bądź śpiewała, bądź mówiła, wspominając fakty z najdawniejszych lat. Z powodu wzrastającego podniecenia została w d. 23/III 06 oddana do Kochanówki. Amentia Meynerti.

Przypadek XV. Walerya P., lat 41, żona robotnika fabrycznego. Ojciec chorej—nałogowy pijak, Chora jakoby napojów wysokokowych nie używała. Zamężna od 15-tu lat, jedno dziecko zmarło w 8 roku życia na „kurcze“, drugie w 9-ym tygodniu, 2 poronienia; mąż chorej twierdzi, iż kiły nie przechodziła. Poprzednio jakoby zupełnie zdrowa, przestraszyła się bardzo przed 3-ma tygodniami silnego wystrzału petardy tuż pod jej oknem. Tej nocy już nie spała i odtąd datuje się ciągła obawa i twierdzenie chorej, że jeden z jej sąsiadów chce ją zabić, jakkolwiek nie może wytłumaczyć, za co. Dnia 20/IV 06 przywieziona do zakładu. Imbecillitas z przejściowym stanem paranoidalnym.

Przypadek XVI. Cieśl., lat około 40. Opiekunka chorej podaje, iż matka jej była alkoholizką, mąż i chora sama nadużywali również alkoholu, Mąż przed 1/2 rokiem zabity został na ulicy podczas rozruchów. 4 dzieci zdrowych, najmłodsze, 5 miesięcy, chora karmiła. Utrzymywała się po śmierci męża z jałmużny, cierpiąc głód. Choroba obecna zaczęła się przed paru tygodniami od bezsenności. Przed tygodniem spowiedź u księdza marjawity, który jej kazał pójść 3 razy do komunii; chora z obawy przed grzechem nie spełniła tego polecenia, na co ksiądz marjawicki miał jej powiedzieć, że szatan ją nawiedził — od tego czasu niepokój, śpiewanie nabożnych pieśni, mówi tylko o swojej niewinności o dzieciach i spowiedzi. W d. 8/IV 06 przyjęta do zakładu: Amentia ex inanitione.

Przypadek XVII. Antoni K., 40 lat, ślusarz. Obarczenia dziecinne jakoby niema, urazu i chorób wenerycznych nie przechodził, alkoholu nie używał. Pracowity, spokojnego charakteru. Od pół roku martwił się bardzo, że wskutek ogólnego zastoju miał mało pracy, i że jeśli tak dłużej potrwa, to straci swoje drobne oszczędności i swój warsztat, i cierpieć będzie głód z żoną i dwojgiem dzieci. Przed Zielonemi Świątkami zaczął się skarżyć na bóle i zawroty głowy i gorzej spał. D. 22/VI 05 w sprzeczce z sąsiadem uderzył go młotkiem i, przerażony swoim czynem, pobiegł do magistratu a wskazując na wiszący portret, wołał, że japończycy don strzelają. Powiedzenie to a sprawa sądowa, wytoczona przez owego sąsiada, tak chorego przerażały, iż uważał się za zgubionego, mówił wciąż o samobójstwie, i raz się topił, innym razem zaś skaleczył się ciężko kamieniem w głowę. D. 30/VIII 05

przywieziony do Kochanówi. Melancholia agitata.

Przypadek XVIII. Antoni H., 38 l., tkacz fabryczny. Ojciec jego był jakoby potatorem, brat matki chorował umysłowo, zresztą żadnych momentów etyologicznych wywiady nie podają. Choroba obecna zaczęła się nagle przed 5-ciu tygodniami; choremu zdawało się, iż rzucono pod niego bombę. Zaczął noce spędzać bezsenne, nic nie jadł z obawy otrucia, w podnieceniu rzucał się na żonę z nożem, przypuszczając, że czyha na jego życie. Twierdził, że wszystkie strzały na ulicy były skierowane w niego, z tyłu. W ostatnich dniach widywał karaluchy i karlików, z których 5 uśmiercił, i opowiadał o wielkich bogactwach, beczkach pieniędzy, które przysłał mu jego prawdziwy ojciec, gdyż on jest dzieckiem kradzionym. Przyjęty do zakładu d. 10/V 05, Paranoia acuta. Wypisany w stanie zdrowia d. 2/IX 05 r.

Przypadek XIX. Stanisław K., 27 l., ślusarz fabryczny. Ojciec chorego potator, jego siostra umarła na gruźlicę. Chory poprzednio jakoby zawsze zdrowy, zdolny, pracowity i trzeźwy, od 2-ch miesięcy zaczął się skarżyć na ból w boku i martwić się, że niema dość dobrej szkoły, aby mózż rozstrzygnąć, czy sprawiedliwość jest po stronie socjalistów, czy też narodowców. Chodził i szukał prawdy, którą ma wygłosić ludziom. Martwił się, że niema głosu wyborcy do Dumy i pewno będzie przypisany do żydów. Dopytywał się, co jest większą prawdą, czy nauka marjawitów, czy kozłowitów. Nie chciał jeść, utrzymując, że go rodzina chce otruć, w ostatnich dniach stał się gwałtownym, wskutek czego rodzina umieściła go w d. 7/V 06 w Kochanówce. Paranoia acuta.

Pomijajmy już historię 37-letniego fabrykanta, który od 20 lat cierpi na ciężką neurastenię z szeregiem idei natrętnych, i u którego w lecie 1905 roku rozwinął się stan paranoidalny z obawą, wywołaną tem, iż w jego fabryce nie strejkowano wtedy, kiedy w innych strejkowano; a także historię 40-letniego technika, u którego bezwład postępujący rozwinął się na tle przebytej kiły pod wpływem silnego wrażenia, doznanego podczas pochodu narodowego w listopadzie r. z. w Warszawie. Pomijajmy również szereg innych chorych, w bredzeniach których odzwierdlają się te lub inne prądy w przebiegu obecnej rewolucji,

ponieważ wywiady nie wykazują, tu wyraźniejszego wpływu warunków obecnych na powstanie choroby. Zaznaczymy tylko ogólnikowo, że nigdy nie słyszeliśmy w zakładach dla umysłowo chorych tak często rozlegającego się śpiewu „Czerwonego“ i tak częstych poszukiwań króla polskiego, środków zbawienia ojczyzny itd., jak w czasach obecnych. To jaskrawe polityczno-społeczne tło bredzeń daje się spostrzedz wyraźnie u chorych świeżo przybywających w przeciwstawieniu do starych przypadków, pod powyższym względem bardziej bezbarwnych.

Przechodząc do rozpatrzenia naszych 19 przypadków opisanych (Amentia 6 razy, Paranoia acuta 3, stany paranoidalne w histeryi etc. 3 razy, Dementia paranoides 1, grupa maniakalno-melancholijna 4 razy, Delirium acutum 1 raz), musimy przedewszystkiem stwierdzić, iż cyfra ta stanowi 10% przyrostu chorych w roku 1905 i pierwszych 4-ch miesiącach 1906 roku. Zatem z pomiędzy nowo-przybywających chorych 90% przypadków nie wykazuje—wyraźniejszego przynajmniej — związku z warunkami czasu rewolucyjnego. Związek ten znajdujemy tylko w 10% przypadków, i nie we wszystkich jest jednakowo ścisły. Szczególniej w przypadku 13 (Bolesław S.) objawy intoksykacji alkoholicznej były na tyle wybitne, że przy powyższym zestawieniu rozpoznawczem pominęliśmy go rozmyślnie, jako niezbyt pewny, przytoczyliśmy go tylko ze względu na charakterystyczną aktualność jego bredzeń. W przypadku zaś 6-ym, Karol K., rozpoznaliśmy paranoję alkoholiczną, gdyż chory wykazywał pewne objawy intoksykacji, jednakże całość obrazu chorobowego wykazywała tak blizkie pokrewieństwo z opisanymi powyżej przypadkami paranoiae acutae, iż bezwątpienia zaliczyć go należy do kategorii, pozostającej w wyraźnym związku przyczynowym z biegiem wypadków rewolucyjnych.

Tego stosunku przyczyny do skutku nie należy sobie wyobrażać w sposób tak prosty, jak sobie wyobrażamy np. stosunek siły wystrzelonej kuli karabinowej do spowodowanego nią uszkodzenia tkanki.

Wiadomem jest, że stosunki w zakresie psychopatologii są dużo bardziej złożone i że najczęściej znajdujemy parę lub nawet kilka szkodliwości, współdziałających przy powstaniu zaburzeń umysłowych. W przypadku 6-ym musimy zatem przypisać intoksykacji alko-

holicznej tylko rolę czynnika, osłabiającego układ nerwowy, t. j. czynnika nabytego, mającego znaczenie analogiczne z gorszym ustrójem układu nerwowego u 10 z powyżej opisanych chorych, u których wywiady wykazują obarczenie dziedziczne. Taką rolę „predysponującą“ do zaburzeń umysłowych odegrała w przypadku 2-im laktacja chorej Emmy K. W 6 przypadkach nie mogliśmy znaleźć żadnej innej przyczyny powstania choroby umysłowej, oprócz warunków stanu wojennego i rewolucyjnego.

Warunki te działać mogą szkodliwie na układ nerwowy w sposób rozmaity. W przypadku 16-ym zabicie męża chorej wtrąca ją z dziećmi w nędzę i doprowadza do psychozy z wyczerpania. We wszystkich zaś innych przypadkach warunki te działają bezpośrednio na psychikę, nie wyłączając przypadku 17-go, w którym nie nędza, ale obawa przed nędzą i dalszemi wstrząśnieniami politycznymi powoduje zjawienie się zaburzeń umysłowych.

W większości przypadków mamy do czynienia z nagłemi, silnemi wrażeniami, działającemi jako bezpośredni shock psychiczny. W tej grupie szkodliwość występuje najczęściej pod postacią strzelania lub innych działań wojennych na ulicy (przypadek 2, 4, 5, 6), mogących zagrazać bezpośrednio chorym, lub też ich blizkim (przypadek 1, 3). W 3-ch razach wybuch cierpienia powodują groźby strejkujących (przypadek 9, 10 11). W jednym przypadku (14) rewolwer „anarchisty-komunisty“, w jednym (15) nieszkodliwa petarda; w 7-ym przypadku wystarcza samo zjawienie się żandarma w mieszkaniu. Przykładem, najjaskrawiej ilustrującym siłę, z jaką niekiedy na organizm działać może shock psychiczny, jest przypadek pierwszy, w którym chory na skutek wiadomości o zabicu brata i wrażeń, doznanych przy poszukiwaniu i strzeżeniu jego zwłok, ulega odrazu pierwszym zaburzeniom, przekształcającym się wkrótce w śmiertelną chorobę układu nerwowego.

Niemniej ciekawe są przypadki, w których wywiady żadnego gwałtownego urazu psychicznego nie wykazują, a w których rodzina jako jedyny moment przyczynowy powstania cierpienia podaje przeczulenie chorego w ocenie biegu spraw rewolucyjnych.

Tu należy przypadek 8-y, który z obawy przed podrzuceniami odezwami rewolucyjnymi zaczyna rewidować swoje pierzyny, i melduje rewirowemu, że nie

jest socyjalistą; a także przypadek 18, w którym choremu nagle się zdaje, że rzucono na niego bombę.

W obu tych razach należy przyjąć, iż szkodliwość działała tu pod postacią całego szeregu drobnych shocków psychicznych, któremi była każda a tak często powtarzająca się wiadomość o masowym strzelaniu, o pojedynczych morderstwach itd. W przypadkach 12 i 19, gdzie nie obawa, ale wahanie i niepewność na pierwszy plan występowały, takim drobnym shockiem dla umysłów wrażliwych a nieprzygotowanych mogła być każda rozmowa na temat rewolucyi, z namiętnością zwykle prowadzona przez strony wojujące, a częstokroć siejąca tylko zamęt w umysłach ludzi z natury swej biernych lub też niezdołnych do oceny sytuacji. Z pomiędzy 19 opisanych chorych zaledwie 3-ch było czynnych po prawicy lub lewicy, zaś 16 należało do kategorii biernych.

Z pomiędzy 12 przypadków z kliniki moskiewskiej, opisanych przez docenta Rybakowa *), było 3-ch działaczy z prawicy lub lewicy, zaś 9 biernych. Znaczna przewaga postaci ostrej paranoi nad amentią w opisie Rybakowa dziwić nas nie powinna, jeśli uwzględnimy, że ostra paranoia należy właściwie do grupy amentywnej, i że niektóre przypadki, zaliczone przez nas do amentii z powodu przewagi bezładu myślowego, być może zaliczone by zostały przez Rybakowa do paranoi ostrej wobec istnienia w nich pewnych cech paranoidalnych.

Przypadki Rybakowa i nasze pozostają, zdaje się, w wyraźnej zależności przyczynowej od faktów i atmosfery rewolucyjnej. W naszych przypadkach wpływ ten tylko raz jeden był natury ekonomicznej, w pozostałych zaś przypadkach działał bezpośrednio na psychikę. Starzy autorowie, jak Pinel, Griesinger i inni, przyczynom psychicznym przypisywali daleko większe znaczenie, w powstawaniu chorób umysłowych, aniżeli fizykalnym. Po okresie reakcyi na ten pogląd, wyrażającej się w prawie zupełnej regacyi wpływów psychicznych (Ball, Joffroy), stanęła dziś psychiatria na stanowisku, uwzględniającem oba te czynniki w równej mierze. Potrzebną jest higiena zarówno ciała, jak umysłu, a o tej ostatniej w czasach re-

wolucyjnych oczywiście mowy być nie może. Są to czasy, w których z natury rzeczy długo tłumione namiętności, powstające w umyśle uświadomionych jednostek, wciąż urażanych przez przestarczały ustroj społeczny, uzewnętrzniają się wreszcie z siłą żywiołową. Zrozumiałą też jest rzeczą, iż takie uzewnętrznienie najłatwiej może wtedy nastąpić, jeśli do drobnych urazów psychicznych, powodowanych dysproporcją ustroju państwowego do wymagań społeczeństwa, dołączy się gwałtowny shock psychiczny i ekonomiczny, jakim jest dla społeczeństwa każda wojna zewnętrzna, a tembardziej niefortunnie zakończona.

Należałoby stąd wyprowadzić wniosek, że gwałtowne wybuchy namiętności, pomimo częstokroć dzikich przejawów swoich, są w czasie rewolucyjnym zjawiskiem poniekąd fizyologicznem, normalnem. Ani wielki, gwałtowny shock psychiczny, ani też szeregi drobnych, ale ciągłych urazów psychicznych nie mogą pozostawać bez wpływu na umysły ludzkie; umysły słabsze dostają się przytem istotnie do zakłádów psychiatrycznych; ale umysły silniejsze z natury rzeczy reagują w sposób, dążący do pozbycia się na przyszłość wszelkich shocków, zarówno wielkich, jak małych a ciągłych: tego wymaga higiena psychiki, a może być osiągnięta tylko przez lepsze dostosowanie ustroju państwowego do potrzeb i wymagań społeczeństwa.

Pogląd jednego z psychiatrów moskiewskich, który w rewolucyj rosyjskiej widzi tylko atawizm i chorobliwie epidemiczną żądzę krwi, wydaje się nam również krótkowidzącym, jak pogląd doktorów Cabanés'a i L. Nass'a *), którzy w rewolucyi francuskiej nie widzą nic, oprócz choroby i sadyzmu. Rzecz prosta, że w czasach rewolucyjnych mogą natury dzikie lub wręcz chore dawać upust istotnej swej żądzy krwi. Ale dlatego nie można jeszcze nazwać chorym na sadyzm lub epidemiczną żądzę krwi takiego „bojowca“, który ze wstrętem spełnia czyn morderczy, uważając to za swój obowiązek, społeczny, albo takiego oficera, który ze łzami w oczach daje rozkaz rozstrzelania skazańca, bo to również uważa za swój obowiązek żołnierski. Rewolucya to nie sadyzm i nie choroba — to jest prędzej fizyologiczny poród z ciężkimi bólami, po których się rodzi na świat nowy organizm.

*) La Névrose Révolutionnaire. Paris. 1906.

*) Duszewnyja razstrojstwa w swiazii s polityczeskimi sobytjami. „Ruskij Wracz“ 1906. Nr. 8.

W kwestyi pomocy lekarskiej dla ludu.

Podał Dr. K. Lidmanowski. (z Zagórowa).

Pomoc lekarska dla ludu wiejskiego jest dzisiaj jedną z najważniejszych spraw, gwałtem domagającą się reformy. Tak jak dzisiaj jest, być nie powinno, bo wszyscy my lekarze czujemy, że nasza pomoc, dawana ludowi, nie przynosi tego pożytku, jaki w innych warunkach przynieśoby mogła. Bo, powiedzmy sobie otwarcie, czy przy jednorazowej wizycie u chorego wieśniaka, kiedy częstokroć nie można się dowiedzieć, jaki był przebieg choroby przed naszym przybyciem, można zawsze postawić trafne rozpoznanie? Nierozpoznawszy zaś choroby, czy możemy zalecić odpowiednie leczenie? Czy, wreszcie, po postawieniu nawet ścisłego rozpoznania możemy przewidzieć, jaki będzie dalszy przebieg choroby? Czy możemy z pewnością wiedzieć, jak będą działać przepisane przez nas leki? Gdyby nawet i te wątpliwości były usunięte, czy możemy być pewni, że mało rozwinięty wieśniak zrobi dokładnie wszystko, co ma przez nas zalecone? Dalej, czy z pomocy naszej mogą dzisiaj korzystać wszyscy chorzy? Kto posyła dzisiaj po nas do chorego? Tylko zamożniejsi gospodarze, którzy mają swe konie i których stać na zapłacenie lekarza i na lekarstwa w aptece; bezrolni zaś, najemnicy i rzemieślnicy po wsiach leczą się dzisiaj sami, a jakie jest to leczenie, wiemy o tem wszyscy. Czy tak być powinno? Wszyscy czujemy, że jest źle, ale dotąd złemu nie zaradzono. Powstało, szczególnie w ostatnich czasach, wiele projektów, żaden zaś z nich w czyn zamieniony nie został. Ostatnie z tych projektów należą do Dr. Rychlińskiego i Dr. Biegańskiego.

O tych chciałbym słów kilka powiedzieć. Co do pierwszego, wzorowanego na pomocy lekarskiej ziemstw w Rosyi, grzeszy on zupełną nieznaną stosunków prowincyi. Dr. Rychliński tworzy posady lekarzy okręgowych, których cała praktyka ma być ambulansowa, lub dojazdowa, co wobec wyżej powiedzianego nie wielką korzyść ludowi przyniesie. Są wprawdzie według tego projektu szpitale powiatowe i gubernialne, ale te mogą dać pomoc mieszkańcom bliżej miast powiatowych lub gubernialnych zamieszkałym, trudno bowiem żądać od wieśniaka, aby jechał ze swą cho-

robą o pomoc 9 a czasem i więcej mil, a takich miejscowości jest dużo; ci więc chorzy—według projektu Dr. R.—będą zmuszeni zadłować się tylko poradą ambulansową, bo do szpitala dla nich za daleko; tymczasem warunki higieniczne, jakie mają w domu jaknajmniej nadają się do przebywania tam w czasie choroby i leczenia się. Dłaczegóż wreszcie, mieszkańcy dalej od miast, gdzie jest szpital, zamieszkali, mają mieć gorszą pomoc w czasie swej choroby, niż bliżsi; wszyscy przecież ciężary jednakowe ponosić będą. Koszt stworzenia takiej pomocy podług swego projektu oblicza Dr. Rychliński na cztery miliony rubli; jest to suma, jak na obecne czasy dość wysoka, aby mogło ją ponieść nasze społeczeństwo, które, będąc dość biedne, ma tyle spraw do załatwienia w niedalekiej przyszłości, na co grosza swego żałować nie będzie mogło. Dalej, na jeden jeszcze szczegół z projektu Dr. R. chciałbym zwrócić uwagę. Uposażenie lekarza okręgowego według tego projektu jest więcej niż skromne; 1200 rub., proponowane przez projektodawcę, wystarczy w dzisiejszych warunkach prowincjonalnych tylko na bardzo skromne utrzymanie dla pojedynczego człowieka; cóż pocznie w takich warunkach lekarz z rodziną. Prawda, że dr. R. wspaniałomyślnie pozwala zarobić coś więcej z praktyki wśród bogatych mieszkańców, ofiarując 35% z tej praktyki na rzecz lekarza, lecz ponieważ tych bogatszych będzie znowu niewielu, więc i dochód z owych 35% nie wiem, czy dałby lekarzowi jakie 100 rubli rocznie, co razem stanowiłoby 1300 rub. Na ten szczegół zwrócił słuszną uwagę dr. Polak w Towarzystwie Higienicznym, proponując podwyższenie pensyi lekarza, gdyż ta jest stanowczo za małą. Idąc wreszcie za radą d-ra Rychlińskiego, aby projekt jego był przedyskutowany na zebraniach gminnych, zapoznałem z jego projektem kilkunastu włościan światlejszych, mających głos na zebraniach gminnych i ci, po zapoznaniu się z projektem dr. R. wręcz oświadczyli, że tego rodzaju pomoc nie wielkie korzyści przyniesie a obciąży podatkiem mieszkańców, którzy i tak płacą zbyt wiele.

Inaczej zupełnie zapatruje się na pomoc lekarską dla ludu dr. Biegański. Dr. Biegański, jako lekarz obeznany z potrzebami prowincyi, projektuje dać ludowi pomoc lekarską szpitalną, gdyż ona tylko rzetelną korzyść ludowi dać może. Temu projektowi można tylko

przyklasnąć i godzić się w zupełności na organizację, projektowaną przez dr. Biegańskiego.

Szpitala proponowane przez dr. B. mogą oddać rzeczywistą pomoc ludowi wiejskiemu z jednej strony, z drugiej zaś mogą być szkołą dla młodych lekarzy. Szpitala takie, prowadzone umiejętnie, zdołają w krótkim czasie przezwy cięży wstręt, jaki obecnie lud nasz czuje do szpitala.

Tylko obok większych szpitali powinny powstać i istnieć szpitala mniejsze, ogólne, gdzie znaleźćby mogli pomoc i opiekę chorzy nie potrzebujący szukać daleko gdzieś szpitala dużego. Do większych szpitali, gdzie zapewnionaby była pomoc specjalistów, możnaby skierowywać chorych, potrzebujących takiej pomocy; w przeważającej jednakże liczbie wypadków chorzy mieliby zapewnioną pomoc blisko, zaraźliwi chorzy byłiby wtedy izolowani, nie szerzyliby zarazy na otoczenie, a to tylko wtedy będzie możebne, jeżeli w każdej osadzie jako w środkowym punkcie danej okolicy, powstanie szpitalik. Komfortu, jak słusznie zaznacza dr. B., nie potrzeba, a i pieniędzy na to nie będzie. Jeśli w każdej osadzie powstanie szpitalik z dwóch większych izb, jednej dla kobiet, jednej dla mężczyzn i jednego pokoiku dla zaraźliwych chorych, to w zupełności wystarczy. Leczenie tutaj tylko dla zupełnie biednych, potrzebujących leczenia szpitalnego, powinno być bezpłatne, reszta chorych powinna za leczenie swe płacić, rozumie się niewielką opłatę, na którą lud nasz stać. Takie szpitaliki powinny powstawać z inicjatywy samych lekarzy, zamieszkałych w osadach. Jeżeli można, lekarz powinien sam na swe własne ryzyko urządzić taki szpitalik, wprowadzić za wyłożone pieniądze i swą pracę nie można mieć widoków takich korzyści, jakie dają wspaniałe urządzone prywatne kliniki dla innych warstw ludności w miastach większych, z pewnością jednak strat mieć nie będzie, a będzie miał przeświadczenie, że dobrze służy sprawie.

Praktykując wśród ludu z górą 12 lat, dawno przyszedłem do przekonania, że leczenie ambulansowe u ludu wiejskiego osiąga tak marny rezultat, że właściwie powinno być ograniczone do minimum, a to dla następujących powodów: 1) Postawienie dyagnozy bez dłuższej obserwacji jest częstokroć niemożliwe, gdyż trudno bardzo dowiedzieć się o poprzedzającym przebiegu choroby; odpo-

wiedzi, jakie na nasze pytania otrzymujemy, są tego rodzaju, że wielokrotnie nie można nawet dociec, czy była poprzednio gorączka, czy też nie, w braku zaś fizykalnych zmian w organizmie stoimy wobec pytania, z czym właściwie mamy do czynienia i wielokrotnie możemy się tylko domyślać, jaką postać choroby mamy przed sobą, leczenie zaś oparte na przypuszczalnym rozpoznaniu, nigdy nie może być celowe, częstokroć zawodzi; choremu wtedy nic nie pomagamy i tem samym tracimy zaufanie w oczach ludu. 2) Nawet przy ścisłym postawieniu dyagnozy nie możemy u ludu wiejskiego być pewnymi, czy postępowanie, jakie zaleciliśmy choremu, będzie skrupulatnie wykonane. Częstokroć się zdarza, że pomimo zakazu chory zje lub wypije to, co mu jest zakazanem, a otoczenie później tłumaczy się tem, że chory tak się prosił, że nie mogli mu odmówić. 3) Warunki higieniczne, w jakich znajduje się nasz wieśniak, szczególnie uboższy, są tak ohydne, że o rzeczywistym leczeniu bardzo często mowy być nie może; trzeba zadawałnic się półśrodkami, będąc przeświadczonym, że pomoc nasza, właściwie mówiąc, redukuje się do zera, a to przeświadczenie dla każdego, a tem więcej dla lekarza, przyjemnem nie jest. 4) Wszyscy się zgodzą, że terapia przeszłości jest terapia fizykalna; dziś już musimy często stosować czysto fizykalne metody leczenia w postaci kąpieli, mięsienia, gimnastyki elektryczności i t. p.; szpitala wiejskie mogą i powinny rozporządzać wszystkimi środkami, o jakich jesteśmy przekonani, że pomoc chorym przynieść mogą; a czy ambulansowe leczenie da to wszystko chorym? czy z konieczności nie będzie się redukowało do zapisania choremu ut aliquid fiat, a nie dlatego, żebyśmy byli przekonani, że to, co zaaplikowaliśmy choremu, było rzeczywiście w leczeniu jego coś warte. Te wszystkie powody dawno przekonały mnie, że leczenie ludu wiejskiego na miejscu, w domu chorego, nie wielką przynosi pomoc temu ludowi, naraża go na straty, a ko- rzysci ma on z tego bardzo problematyczne. To jedna strona medalu. Co zyskuje przy takim leczeniu lekarz? Odpowiedź bardzo jasna: nic. Przy tym sposobie leczenia cały materiał kliniczny, nieraz bardzo ciekawy, idzie na marne, bo, niemogąc dokładnie obserwować przebiegu choroby, lekarz nie może zapoznać się z danem cierpieniem, nie wie nawet, jak działa przepisany przez niego

środek, a to zawsze bardzo ujemnie wpływa na wyrobienie się lekarza. Z tego powodu po pewnym dłuższym lub krótszym czasie wpada w rutynę i staje się apatycznym na rozwój swej nauki. Lecząc nietrafnie, traci z czasem zaufanie otoczenia, więc i materyalnie źle wychodzi na obecnym stanie rzeczy.

Leczenie ludu wiejskiego powinno być stanowczo zmodyfikowane. Mnie się zdaje, że wszelkie leczenie ambulansowe powinno być ograniczone li tylko to wypadków błahych, do tych tylko, gdzie po jednej poradzie można być pewnym, że nastąpi poprawa, lub do chorych chronicznych i to tych, gdzie trudno już myśleć o poprawie kompletnej, gdzie tylko od czasu do czasu do czasu jest potrzebna jakaś pomoc, aby ulżyć w cierpieniu chorego. Po za tem zostaje cały szereg chorób, które bezwarunkowo wymagają, aby chorzy pozostawali przez dłuższy lub krótszy czas pod kontrolą lekarza, gdzie chorego nie można pozostawić samego sobie; w tych wypadkach należy zabezpieczyć chorym prawdziwą pomoc lekarską a nie surrogat tej pomocy. Aby zaś taką rzetelną pomoc udostępnić ludowi, należy stworzyć cały szereg szpitali mniejszych lub większych, stosownie do warunków danej okolicy. Podług mnie tylko szpitale mogą prawdziwą pomoc przynieść ludowi, nigdy zaś system wyjazdów lub ambulansów.

Lat temu kilka dr. Sokołowski zwrócił uwagę naszą, że prywatne lecznice, urządzone przez lekarzy prowincjonalnych, na ich własne ryzyko, mogą się nam opłacać a ludowi oddadzą rzetelną usługę i miał wielką rację. Że tak jest, przekonało mnie doświadczenie. Od kilku lat wszedłem w układ z dwiema kobietami, aby one wynajęły stosowne mieszkanie i za pewną niewielką opłatą przyjmowały chorych na czas leczenia; chociaż początkowo pomieszczenie i warunki w jakich pozostawali moi chorzy pozostawiały wiele do życzenia, jednakże biedni chorzy bezwarunkowo mieli lepiej niż u siebie w domu; na moją propozycję, aby chorzy zostawali w lecznicy przez czas choroby, tak chorzy jak i ich krewni zgadzali się chętnie i po wyleczeniu z wdzięcznością opuszczali miejsce, gdzie zdrowie odzyskali. Kobiety, które podjęły się pielęgnowania chorych, znalazły znośne za swą pracę utrzymanie, a chorzy byli zawsze zadowoleni, że mieli opiekę, jaka jest potrzeb-

na w czasie choroby, a której w domu mieć nie mogli, gdyż tam, każdy zajęty swą pracą, dorywczo tylko mógł im się oddawać, przez co nieraz ani należycie dyeta nie mogła być przestrzegana, ani nawet lekarstwo we właściwym czasie nie mogło być dawane, nie mówiąc już o okładach, pomocy przy oddawaniu uryny lub stolca, a co najważniejsza,—pozbawieni byli pomocy lekarskiej we właściwym czasie. Nadto jestem przekonany, że od czasu, że tak je nazwę, szpitalnego leczenia lud nabrał znacznie więcej zaufania do lekarza; dawniej zasięgał porady jednorazowo, najwyżej dwa razy, nie widząc zaś poprawy doraźnej, tracił zaufanie, zaczął wierzyć kumoszkom lub znachorom, przez co najczęściej szkodził choremu, a później za złe zejście winił nie kogo innego, jak lekarza mówiąc: „i doktora używałem i on nic nie pomógł“.

Przy dobrych więc chęciach sami lekarze mogą stworzyć bez opieki i pomocy państwa coś w rodzaju szpitalików wiejskich, które już w tych warunkach mogą przynieść znacznie większą korzyść, niż dorywcze i chwilowe leczenie; naturalnie, nie utrzymuję wcale, aby nie było lepiej, gdyby samo państwo stworzyło szereg takich ludowych szpitalików, ale utrzymuję stanowczo, że wszelkie lotne posterunki ambulansowe, wszelka pomoc, tak zwana dojazdowa, minimalną korzyść ludowi przynieść może i w rezultacie wartość jej rzeczywiście musi być bardzo niewielka. Tutaj mógłby mi ktoś postawić zarzut, że nieraz bardzo trudną, albo zupełnie niemożliwą jest rzeczą przewieźć ciężko chorego do takiego szpitalika; na to odpowiem, na co zresztą większość kolegów prowincjonalnych się zgodzi, że lud wiejski przywozi nieraz i ciężko chorych na niedaleką przestrzeń i nigdy nie widziałem, aby takie przewiezienie ujemnie na dalszy przebieg choroby wpłynęło.

Przy dzisiaj naogół uprawianej metodzie leczenia choroby wewnętrznej jeszcze można leczyć, albo—właściwiej mówiąc—udawać, że się leczy, bo jednorazowe odwiedzenie chorego, później zostawionego na łasce losu, leczeniem chyba nazwać nie można; lecz cóż powiedzieć, jeżeli dane cierpienie wymaga interwencji chirurgicznej? Czyż po takiej można chorego pozostawić bez należycie robionych opatrunków? Tutaj więc więcej niż w innych cierpieniach potrzeba mieć chorego u siebie, aby mu zapewnić należytą opiekę. Co tu mówić o innych

cierpieniach, kiedy choroby nerwowe funkcjonalne u ludu, mogą być tylko leczone w szpitalu. Dawniej, kiedym takim chorym mówił, że to jest choroba nerwowa, przy której należy zachować pewne postępowanie, zalecając jednocześnie brom, walerjanę, lub coś w tym rodzaju, nie wielkimi mogłem się pochwalić rezultatami. A to dlatego że: 1-o chorym nerwowym trudno, prawie niemożliwą rzeczą jest powiedzieć, że choroba jego nie jest groźna, że po pewnym czasie przejdzie bez leczenia; temu chorzy wśród ludu, jak się niejednokrotnie przekonałem, wiary nigdy nie dają. „Jakto, mówią, to ma być nic, kiedy ja codziennie myślę, że umieram, ciągle mnie coś dusi w gardle, sypiać nie mogę, nie jem, uczuwam szalone dreszcze i t. p.; czy to wszystko ma być bagatelką, na którą nie trzeba tylko zwracać wielkiej uwagi, aby przeszła“; to pomieścić się w głowie naszego wieśniaka lub wieśniaczki nie może i tu jednorazowa suggestya zazwyczaj nie pomaga; 2-o gdyby taki chory lub chora nawet na razie uwierzyli w zapewnienie lekarza, to warunki, w jakich dana postać chorobową powstała, pozostają te same i choremu trudno, prawie niepodobiestwem jest powrócić do zdrowia. Aby takiego chorego uwolnić od jego cierpienia, należy go wyrwać, choć na czas pewien, z tego otoczenia i warunków, w jakich zachorzał; sama zmiana otoczenia już zbawiennie wpłynąć może na jego chorobę. Cóż tu mówić o ludzie wiejskim, kiedy wśród inteligencji, gdzie fałszywe idee nie powinny tak prędko opanowywać umysłu osobnika, jednak leczenie chorób nerwowych w domu chorego jest bardzo trudne i w tych wypadkach zalecamy wyjazd, podróże, w ogóle usunięcie się na pewien czas od zwykłego trybu życia i widzimy, że to zbawiennie na chorych takich działa; dlategoż więc nie stosować tak dobrej metody i u ludu. Ponieważ zaś naszego wieśniaka nie stać na kosztowne podróże, a przytem instynktownie się ich boi, bo boi się umierać gdzieś w obcym miejscu, dlategoż więc nie stworzyć jakiegoś zakątka, gdzie tacy chorzy mogliby przebywać przez pewien czas zdala od swego zajęcia i otoczenia. Wydalić się z domu na jakies kilka lub kilkanaście wiorst chory chętnie się zgodza, a przy tem koszta są tego rodzaju, że może się na nie w zupełności zgodzić. Tutaj lekarz, mając chorego z funkcjonalną nerwicą pod własnym swym

wpływem, codziennie uspokajająco oddziałując na jego wyobraźnię, stosując lepsze odżywianie, niż mógłby taki chory mieć w domu u siebie, nadto dołączając faradyzację, franklinizację lub galvanizację—w krótkim stosunkowo czasie osiąga wyśmienite rezultaty, a raz otrzymana poprawa zwykle jest stałą. Chory dobitnie został przekonany, że cierpienie jego ustało, że sypia teraz dobrze, może jeść, wszelkie nieprzyjemne sensacje znikły, jest zadowolony i jedzie do domu rad, że pozbył się choroby, która go nieraz dłuższy czas trapiła.

Nadto szpitale wiejskie byłyby niejako szkołą higieny dla ludu wiejskiego; chory wieśniak, który przebył czas jakiś w szpitalu wie dokładnie, jak postępować ma, aby w nowe cierpienie nie popaść, wie jak się zachować, bo tego nauczył się w szpitalu. Weźmy dla przykładu suchoty płucne. Nawet inteligentniejsi suchotnicy po przebyciu przez pewien czas w sanatorium dla piersiowych chorych, powracając do domu, skrupulatnie przestrzegają tego, czego ich nauczono w sanatorium, stosują te same zabiegi, jakie stosowano w sanatorium; chory wieśniak po pobycie w szpitalu nauczy się także bardzo wiele, czego będzie później przestrzegał w domu. Powiedzieć choremu, jak się ma zachować, nie na wiele się zda; chory albo zapomina o tem co słyszał z ust lekarza, albo robi źle, przez co, jeżeli w najlepszym razie nie szkodzi sobie, to i polepszenia nie osiąga. Nadto chodzić nam także powinno o czas lekarza. Przy obecnym systemie lekarz traci zupełnie nieprodukcyjne czas na rozjazdy; wiemy wszyscy, jak wyjazdy męczą nas szalenie, jak fizycznie wyczerpani powracamy do domu po kilkogodzinnej podróży; czyż więc po takim zmęczeniu można jeszcze produkcyjnie pracować dla innych chorych? Zmiana zaś leczenia wyjazdowego na szpitalne postawi nas w zupełnie innych warunkach pracy, będziemy pracować lepiej i więcej czasu będziemy mogli poświęcić swym chorym, a i dla nas samych pozostanie więcej czasu, który będziemy mogli poświęcić pracy nad sobą; o co w dzisiejszych warunkach jest tak trudno. Te wszystkie powody skłaniają mnie do myślenia, że li tylko szpitale wiejskie mogą oddać ludowi prawdziwą pomoc, a jednocześnie postawić lekarzy w dobrych warunkach pracy. Naturalnie, i przy szpitalu mogła być udzielana pomoc ambulansowa, ale tylko cho-

rym lżejszym, gdzie bez pozostawiania w szpitalu jedna lub kilkorazowa porada wyleczenie dać może.

Czas już wielki, aby lud nasz otrzymał to, co mieć powinien, czas aby ten, co nas karmi, nie był skazany na cierpienia, jakich mu dzisiaj nie szczędzi

choroba. Jak każdy ma prawo korzystać ze słońca i powietrza, tak każdy powinien mieć zapewnioną możliwą pomoc w chorobie. A taką pomoc ludowi naszemu w dzisiejszych czasach może zapewnić tylko dobrze urządzony i umiejętnie prowadzony szpital.



Krytyka i bibliografia.

Jules Comby. Podręcznik chorób dzieci.
Tom I. Biblioteka Lekarska, spolszczył dr. Józef Zawadzki.

W pierwszym tomie rozpowszechnionego wśród lekarzy i studentów francuskich, a obecnie spolszczonego, podręcznika chorób dzieci znajdziemy choroby zakaźne, choroby odżywiania, zatrucia; poprzedza wykład o tych chorobach wstęp z krótkimi wiadomościami z zakresu fizjologii i higieny dziecka. Spotykamy tu oryginalną radę co do karmienia niemowląt przez matki pracujące, którą w całości bez zmiany przytaczam: „Jeżeli matka pracuje w bliskości i może w południe karmić dziecię, należy karmić je w dzień tak, jak w nocy, t. j. 1—2 razy, w nocy zaś jak zwykle w dzień (5—6 razy); jest to lepsze, niż pożywienie mieszane. W dzień trzeba wtedy dziecko kołysać i trzymać w ciemnym pokoju“. Mówiąc nieco dalej o karmieniu sztucznym, autor kategorycznie twierdzi: „krzywica jest nieodzownym następstwem karmienia sztucznego“. Czy jednak powyższa rada autora wychowywania dziecka w ciemnościach, bez światła, nie spowodowałaby łacniej krzywicy, niż zastosowanie w takich wypadkach karmienia mieszanego?

Z działu chorób zakaźnych obszernie traktowanego zaznaczyć mi wypada, iż autor, mówiąc o błonicy, a będąc zdecydowanym zwolennikiem nie tylko leczniczego, ale i zapobiegawczego stosowania surowicy, niepotrzebnie i za rozwlekle omawia leczenie pędzłowaniem, przytaczając dużo różnych przepisów; mniej obznajmionego z nowszymi kierunkami czytelnika może to wprowadzać w błąd i skłaniać do stosowania obok surowicy zarzuconych i zbyt licznych a przykrych pędzłowań.

Wbrew rozpowszechniającemu się już w podręcznikach zwyczajowi—ospę traktuje autor dość obszernie, wychodząc ze słusznej zasady, że dopóki nie ma przymusowego szczepienia ospy, lekarz może się jeszcze spotkać z tą chorobą, a więc musi ją choć teoretycznie znać.

Ciekawą wzmiankę znajdujemy co do płonicy, mianowicie, iż we Francji płonica nie jest tak groźna, jak w Niemczech, a głównie w Anglii, nie grasuje nigdy epidemicznie, wyjątkowo zdarzają się postaci złośliwe i zazwyczaj kończą się pomyślnie. W czasie zdrowienia po płonicy radzi autor „dla uniknięcia przeziębień i powikłań zawijać we flanelę“ (sic!). O surowicy przeciwploniczej znajdujemy krótką niepoehlebną wzmiankę i to tylko o surowicy Marmorck'a, o Moserze ani słówka.

Różyczkę (rubeola) uwzględnia autor obszernie i stoi na gruncie odrębności tej postaci chorobowej.

W krztuścu autor przeciwny jest hospitalizacji ze względu na możliwość ciężkich powikłań w środowisku szpitalnym. Ideałem byłoby mieć na wsi zakład specjalny w ogrodzie, gdzie dzieci mogłyby przebywać odosobnione od zdrowych, a korzystać ze świeżego powietrza. Środki przeciw krztuścowi zaleca autor według szkoły francuskiej, a więc przede wszystkim belladonnę, bromoform. Wspomina o antipirynie i bromku potasu, i o metodzie Gilleta — duże dawki T-rae Belladonnae: niżej roku 30—40 kropli, powyżej lat 5-ciu: 300—600 kropli dziennie.

Uwzględnia autor tyfus plamisty i gorączkę powrotną, powołując się na prace zmarłego niedawno pedyatry naszego L. Wolberga, jak również gorączkę potną czyli potnicę prosówkową (suette miliare franc., Schweissfieber niem.) i wściekliznę, a nawet dżumę.

Szczegółowo omawia autor przymiot dziedziczny i nabyty, o spirochaete pallida — krętku bladym — nie znajdujemy wzmianki, (tłom. z r. 1906).

Rozdział o gruźlicy należy do najlepiej opracowanych; autor zarażenie się przez kanał pokarmowy stawia na drugim planie, na pierwszym — gruźlicę przez wdychanie. Środki zapobiegawcze radzi autor skierować przeciwko tej drodze głównie, z gruźlicą pochodzenia kiszowego liczy się mało; wszelkie ostrożności w tym względzie nie zmniejszyły wcale śmiertelności dzieci z gruźlicy.

Kwestyę dziedziczności gruźlicy omawia autor gruntownie, hołduje pogładowi, iż gruźlica nie jest dziedziczną w ścisłym tego słowa znaczeniu, a nabywa się łatwo wskutek wielkiej wrażliwości organizmu dziecka.

Nader ważny, a oryginalnie ze względu na cały szereg prac autora w tym zakresie opracowany, dział o chorobach odżywiania, szczególnie się zaleca. Autor dzieli choroby odżywiania na dziedziczne, czyli skazy, i nabyte. Do pierwszych zalicza skazy i skazę moczanową, która się przejawia jako otyłość, wychudzenie, dychawica, połowiczny ból głowy, cukrzyca, krwawiczka. Im dziecko jest młodsze, tem trudniej znaleźć ślady skazy, jednak nawet u niemowląt ślady te wykryć można, zdaniem autora, dzięki występowaniu bez przyczyn wysypek skórnych uporczywych. W innych wypadkach bez zmian na skórze występuje niezwykła wrażliwość, nerwowość, bezsenność, strachy nocne, pocenie obfite, kurcz głośni, drgawki, które również są objawem skazy moczanowej. Mówiąc o dychawicy i cukrzycy, autor zwraca uwagę, iż trzeba o nich myśleć, żeby je rozpoznać ze względu na ich rzadkość.

W dziale chorób odżywiania nabytych omawia autor niedokrewność, którą dzieli na niedokrewność, blednicę, niedokrewność złośliwą postępującą, niedokrewność rzekomobiałaczkową, białaczkę rzekomą, białaczkę, dalej idą choroby okresu rozwoju, i t. d.

Specjalny rozdział poświęca autor ząbkowaniu, ale tylko, żeby dowieść, iż nie gra ono żadnej roli w patologii dziecięcej: „ząbkowanie samo przez się nie wywołuje żadnej choroby, zaburzenia w ząbkowaniu nie usposabiają do żadnej choroby“. Wogóle dział chorób odżywiania jest bardzo wyczerpująco i wszechstronnie opracowany, także dość miejsca

poświęca autor i chorobie Barlowa, i achondroplazii, osteomalacji itd.

Ważny dział stanowią umiejętnie i przejrzysto opracowane „zatrucia“; działu tego najczęściej nie znajdujemy w podręcznikach chorób dzieci. Zacytować należy zdanie autora: „iż częstą przyczyną niedokrewności, połowicznych bólów głowy i braku łaknienia u uczniów jest przewlekłe zatrucie tlenkiem węgla“.

Rzecz cała pisana jest nader potocznie i obrazowo, przekład polski dokonany poprawnie. Podnieść należy tylko niektóre nieścisłości językowe, jak np. krzywizna wagi zamiast krzywa, na str. 245 — „stolce są coraz rzadsze i częstsze (płynniejsze i częstsze) i tđ., na str. 18 omyłka druku Brieger zamiast Behring.

To są jednak drobiazgi. Razi nieco pewna nierównowierność spolszczenia. Tłomacz może albo oddawać oryginał dosłownie, albo opatrywać oprócz tego swojemi uwagami, o ile sądzi, że większa z tego wypłynie korzyść dla czytelnika polskiego; np. jeżeli autor mówi o leczeniu żołądów i wylicza miejscowości kuracyjne, tłumacz może i powinien dla wygody czytelników polskich przytoczyć oprócz francuskich miejscowości z oryginału i miejscowości polskie; powinno być to jednak zaznaczone jako uzupełnienie tłumacza, choćby w ten sposób — „u nas miejscowościom tym odpowiadają...“ Tymczasem spotykamy takie zestawienie „stosujemy solanki — Ciechocinek, Iwonicz, Rabka, Druskieniki, Birsztany, Salies de Béarne, Salins.“ Czytelnikowi polskiemu sprawiłoby to naturalnie rzetelną przyjemność, gdyby autor francuski w taki sposób to zdanie ułożył, czyli przekładał źródła polskie nad francuskie, ale tak przecież nie jest. W innem znowu miejscu, gdy autor omawia leczenie w cierpieniach gruczołów, mamy wskazaną tylko Bourboule, gdyż tłumacz nie dodał żadnej miejscowości polskiej. W tem właśnie widzę nierównomierność spolszczenia; na str. 216 przy wyliczeniu wód mineralnych spotykamy same tylko polskie. Tłomaczycie by to można tem, iż autor nie uważa za stosowne opatrywanie przypiskami, lecz w tłumaczeniu spotykamy takie przypiski; np. na str. 308 czytamy: lekarz po stwierdzeniu zatrucia powinien opróżnić żołądek za pomocą przemycia (w otruciu ługiem rzecz ryzykowna ze względu na możliwość przedziurawienia żołądka *przyp. tłum.*) — przypisek nader słuszny i potrzebny. Zwracając na to uwa-

gę z obowiązku referenta, zresztą z całym uznaniem podnieść muszę staranność stylową tłumaczenia. Za wzbogacenie tym przekładem literatury pediatrycznej polskiej należy się tłumaczowi szczerą wdzięczność, podręcznik ten bowiem z przyjemnością i korzyścią przeczytał lekarz praktyk a i pediatra, czytając rzeczy sobie znane w języku ojczystym, odświeży i uporządkuje swoje wiadomości. Od czasu tłumaczenia przestarzałego już podręcznika *Bagińskiego* o jest to bowiem pierwszy przekład polski odpowiadający nowszemu poglądom w pediatrii.

J. Brudziński.

Bruno Czaplicki, stud. med. **Zarys bakteriologii krwi.** Z laboratorium Dr. *St. Serkowskiego*. Łódź. 1906. Str. 144.

Monografia kol. *Czaplickiego* zestawia obecny stan nauki o stosunku drobnoustrojów do jednej z tkanek organizmu ludzkiego, do krwi.

W części pierwszej jest mowa o sposobach przenikania bakterii do krwi, o odporności ustroju wrodzonej i nabytej, o serodyagnostyce, o sprawach chorobowych ogólnych związanych z przebywaniem bakterii we krwi; wreszcie wyłożo-

no tu metodykę bakteriologicznego badania krwi.

W części drugiej rozpatrywane są kazuistyczne przypadki znajdowania różnych drobnoustrojów chorobotwórczych we krwi; oddzielne rozdziały poświęcono tu następującym pasorzytom: paciorkowce, gronkowce, laseczniki duru brzuszego, laseczniki ropy błękitnej, dwoinki *Fraenkla*, dwoinki *Weichselbauma*, laseczniki okrzężnicy, laseczniki węgliką, krętki *Obermeyera*, plazmodia zimnicy.

Praca zawiera dane z literatury i własne spostrzeżenia autora i kończy się dobrane zasłużonym podziękowaniem, z jakim autor zwraca się do kierownika łódzkiej pracowni bakteriologicznej, kol. *Serkowskiego*.

Bakteriologia krwi mało jest znana ogółowi lekarzy-praktyków, jest wogóle działem bakteriologii, który w ostatnich nieledwie latach poważnie się rozwinął. Dla tego bardzo na czasie było ukazanie się monografii kol. *Czaplickiego*, z którego pracą należałoby się zapoznać wszystkim, kto chce stać na poziomie obecnego stanu nauki o drobnoustrojach chorobotwórczych.

N. G.

KRONIKA.

(№ 66) — *Wakacyjne kursa lekarskie.* W wydziale lekarskim krakowskim poruszono myśl wznowienia kursów wakacyjnych dla lekarzy, które odbywały się w miesiącu lipcu, a od dwóch lat z powodu stosunków politycznych musiały uleść przerwie.

Wyłonili się jednak poważne wątpliwości, czy kursa te zdołają już w tym roku zgromadzić dostateczną liczbę uczestników.

Dla rozstrzygnięcia tych wątpliwości uprasza się lekarzy, którzyby mieli stanowczy zamiar uczestniczenia w tegorocznych kursach wakacyjnych w lipcu w Krakowie, by zgłosili się najdalej w ciągu 2 tygodni, t. j. do dnia 26 maja 1906, listownie do Redakcyi „Przeglądu lekarskiego“ (Kraków, Wielopole 4), wymieniając zarazem przedmiot lub przedmioty, którymi na kursach zamierzają się zająć.

Od wyniku zgłoszeń, który podany będzie do publicznej wiadomości w prasie lekarskiej, zależy, czy krakowskie kursa wakacyjne dla lekarzy będą w tym roku podjęte lub zaniechane.

Uprasza się wszystkie pisma polskie o łaskawe powtórzenie tej odezwy.

Redakcyja „Przeglądu lekarskiego“ w Krakowie.

(№ 67) — Ukazało się dzieło p. t.: *Medycyna w samorządzie. Stan obecny lecznictwa publicznego w Królestwie Polskiem. Braki i potrzeby.* Praca zbiorowa podjęta i wydana staraniem grona lekarzy warszawskich.

Skład główny w księgarni *E. Wendego i S-ki*, w Warszawie.

(№ 68) — Kol. *Zygmunt Radliński* został wysłany na pięcioletnie wygnanie do gub. tobołskiej.

(№ 69) — Kolegę *Stępnickiego* z *Wyszkowa* skazano w drodze administracyjnej na 200 rb. grzywien za udział w pochodach narodowych i za mowy na wiecach.

(№ 70) — Aresztowano kol. *Kraszewskiego*, ordynatora szpitala św. Antoniego we *Włocławku*.

(№ 71) — Do *Biłgoraja* powrócił kol. *Grzywiński*, świeżo wypuszczony na wolność z więzienia w *Janowie* za kaucją, po odsiedzeniu 3-miesięcznej kary.

Kol. Grzywiński jest oskarżony z art. 129 za mowę, wygłoszoną podczas pochodu narodowego. Za takiż czyn, popełniony nie w czasie stanu wojennego, spotkały dr. G. trzy kary: został on aresztowany i trzymany w więzieniu przez miesiąc; gdy złożono za niego kaucję—otrzymał karę administracyjną 3-miesięcznego więzienia, której odsiadywanie skończył przed kilku dniami; wreszcie pozbawiono go posady lekarza powiatowego, jako osoby politycznie nieprawomyślniej.

Obecnie dr. G. oczekuje na wyrok izby sądowej.

(№ 72) — Do Żyrardowa powrócił z za granicy po trzymiesięcznym przymusowym tamże pobycie, dr. Smólski, lekarz żyrdardowskich zakładów przemysłowych.

(№ 73) — Na kol. St. Rybickiego ze Skierniewic napadli rabusie, ale czcigodny kol. R. napad odparł i z przygody wyszedł bez szwanku.

(№ 74) — Jako posłów do Dumy z Królestwa widzimy lekarzy: A. Rządę, J. Harusiewiczę, Z. Paderewskiego i B. Malewskiego.

(№ 75) — Liczba zarejestrowanych przypadków zap. opon mózgo-rdzeniowych w Łodzi wynosiła w d. 15 maja przypadków jedenaście.

(№ 76) — Łódzka miejska komisya sanitarna rozesała do lekarzy łódzkich okólnik w języku rosyjskim, który w dosłownem tłumaczeniu brzmi, jak następuje:

„Z rozporządzenia głównego inspektora lekarskiego za № 705 niniejszem zawiadamia się wszystkich pp. lekarzy m. Łodzi, że z powodu zjawienia się w ostatnich czasach w różnych miejscowościach Królestwa i Cesarstwa przypadków i zachorowań na zap. opon mózgo-rdź., które to wypadki zaszły i w Łodzi, komisya sanitarna poleca pp. lekarzom: 1) o każdym podejrzanym wypadku zawiadomić niezwłocznie właściwego lekarza cyrkułowego; 2) nadsyłać do laboratorium bakteriologicznego miejskiego dla dokonania analizy wydzielinę z ust i nosa; 3) gdzie drętewica karku już została stwierdzona, należy odosobnić chorego i nie dopuszczać do szkoły dzieci z domu, w którym ktoś zachorował na drętewicę.

(№ 77) — *Towarzystwo wzajemnej pomocy lekarzy m. Łodzi* w r. 1905-ym, a istnienia swego szóstym, miało członków 45.

Wydało na zapomogi rb. 108 i na pożyczkę bezprocentową rb. 100.

Kapitał obrotowy wyniósł rb. 1328, a oszczędnościowy rb. 2490.

(№ 78) — D. 1 maja r. b. została zreformowana Łódzka „Kropla mleka“. Mleko zostaje wydawane niemowlętom (do roku) pod kontrolą stałego lekarza, który bada dzieci, wskazuje na konieczność karmienia piersią, a w razie niedostatecznej ilości pokarmu naturalnego lub dzieciom pozbawionym zupełnie piersi matki przeznacza odpowiednio rozcieńczone pasteuryzowane mleko, zależnie od stanu zdrowia i wieku dziecka.

Dzieci co 2 tygodnie są ważone i badane; w razie zaburzeń żołądkowo-kiszczkowych—częściej. Badanie dzieci uskutecznia się codzień prócz świąt od 8—9 rano w lokalu „Kropli mleka“ przy ulicy Dzielnej № 30.

Wobec szczupłych środków materyalnych wydaje się mleko wszystkim, zgłaszającym się, dzieciom do 6 m., życia; od 6 m.—12 m. tylko słabym lub chorym.

Rozdawnictwo odbywa się przeważnie w lokalu na Dzielnej, dla szczupłej ilości dzieci—w ochronie u Geyera i przy ambulatoryum dr. Trenknera dla dzieci robotników Scheiblera.

Przygotowanie pesteuryzowanego mleka ulega również kontroli lekarza. Mleko od czasu do czasu bywa badane w pracowni d-ra Serkowskiego, chemicznie i drobnowidzowo.

Lekarzem „Kropli mleka“ został kol. T. Mogilnicki.

(№ 79) — Szpitalom w Warszawie znowu grozi strajk służby niższej. Na odbytem w dniu 2 kwietnia r. b. zebraniu delegatów całej służby szpitalnej uchwalono postawić następujące żądania: 1. Płaca miesięczna dla mężczyzn i kobiet rb. 15. 2. Dwunastogodzinny dzień roboczy, od 7 rano do 7 wieczór. 3. 40 kop. dziennie na utrzymanie. 4. 40 pudów węgla miesięcznie dla żonaty. 5. Po latach 5 podwyższenie pensyi o 25 procent. 6. Nie wykonywanie pracy kobiet przez mężczyzn. 7. Zmianę mieszkań: dla nieżonaty. Jeden pokój na czterech, dla żonaty jeden pokój osobny (nie sutereny). 8. W czasie choroby wypłacanie całkowitej płacy, po chorobie dwutygodniowy odpoczynek, również płatny; lekarz i opieka na koszt szpitala. Po upływie roku obowiązkowy miesiąc urlopu; przez czas urlopu zastępców opłaca szpital. 10. Pracującym w dzień nie narzucać dyżurów w nocy w salach, do czego powinna być osobna służba. 11. Wyznaczenie stałego czasu na posiłek. 12. Raz na tydzień kąpiel. 13. Ludzkie obchodzenie się ze służbą, należne dla niej uszanowanie ze strony lekarzy i zarządu szpitala. 14. Wybór jednego przedstawiciela, któryby się zajmował sprawami swych towarzyszy, a usunięcie z tego stanowiska zakonnicy. 15. Przyjmowanie nowej służby do szpitali przez delegata, wybranego przez ogół pracujących. 16. Założenie biblioteki miejscowej dla służby.

W razie odmowy służba grozi powszechnym bezterminowym strajkiem we wszystkich szpitalach. Odezwy tę podpisał „Komitet warszawski Pols. Partii Soc. Proletaryat“.

(№ 80). — W ogłoszonej przez Warszawskie, koło przemysłowców odezwie, potępiającej strajki, znajduje się ustęp taki:

„Agitowany strajk szpitalny jest też jaskrawym dowodem krańcowego zdziczenia, propagowanego przez partye wyrotowe. Ze szpitali korzysta wyłącznie ludność uboga. Strajk służby szpitalnej musiałby pociągnąć za sobą zamknięcie szpitali, jest więc ciosem, skierowanym przeciwko nędzarzom. I to wszystko robi się pod hasłem walki z kapitałem i obrony interesów ludu“.

W odpowiedzi na to pisze kol. Goldsmith w „Nowej Gazecie“ (№ 253):

Złą przysługę wyświadczył autorom manifestu, kto im podsunał myśl powołania się na strajk szpitalny, jako na — *jaskrawy dowód krańcowego zdziczenia*. Panowie przemysłowcy mają prawo nie znać spraw szpitalnych, ale wrodzona i nabywana latami solidność i rozważa nakazywała im być ostrożniejszymi w argumentowaniu, aby nie posądzono ich o tendencyjne przekraczanie faktów. Lepiej było pominąć milczeniem obcą dziedzinę i choć w tem pozostawić sąd nam, lekarzom.

Pouczam tedy twórców Odezwy:

1) Nizka płaca i złe warunki życia służby szpitalnej powodują niski jej poziom, mierną kwalifikację do spełniania obowiązków; i walka z tem ma na względzie dobro „ludności ubogiej — ludu“, w imię którego i panowie Koła wydali swą odezwę.

2) Nizka płaca służby szpitalnej powoduje łapownictwo w szpitalach, a walka z niem ma na względzie dobro „ludności ubogiej — ludu“, w imię którego i panowie Koła wydali swą odezwę.

3) Przeciążenie służby szpitalnej nie daje jej możności sumiennego spełniania obowiązków; a walka z tem ma też na względzie dobro „ludności ubogiej — ludu“, w imię którego i panowie Koła wydali swą odezwę.

4) Sprawa służby szpitalnej od początku istnienia Tow. hyg. i sekcji szpitali w niem, a zapewne i na wiele lat przedtem, nie schodziła z porządku dziennego — bez rezultatu.

5) „Strajk służby szpitalnej musiałby pociągnąć za sobą zamknięcie szpitali“ — jest to twierdzenie już zbyt niepoważne, jak na poważnych panów przemysłowców. Wystarczyłoby im tylko zapoznać się z przebiegiem rzeczonoego strajku i stawianymi podówczas warunkami.

6) „Ciosem, skierowanym przeciwko nędzarom“ jest wadliwa gospodarka szpitali w niedołączonych rękach, o czem wiedzieć powinien każdy czytelnik czytelnik pism, a co dopiero twórcy Odezwy Koła przemysłowców.“

(№ 81) — W przytułku w Drewnicy (pod Warszawą), urządzonym i utrzymywanym przez Towarzystwo opieki nad chorymi nerwowymi i umysłowymi, służba urządziła strejk. Postawiła ona tak wygórowane żądania, iż Towarzystwo, nie posiadając środków pieniężnych, zmuszone zostało zamknąć przytułek i przeszedło 100 chorych tam mieszkających wypisać lub umieścić gdzie się udało.

(№ 82) — Władza zwierzchnicza szpitali cywilnych warszawskich, Rada Miejska Dobroczynności Publicznej, utworzona w r. 1870 w celu upaństwowienia ich, obecnie po 36-u latach istnienia znalazła się w położeniu bez wyjścia. Wadliwa administracja majątkiem szpitali, usunięcie od wszelkiego udziału w szpitalnictwie społeczeństwa, które na to zareagowało zamknięciem swych kieszeni na korzyść obcych mu instytucji, zbyt wielki koszt utrzymania licznych urzędników tejże Rady, niedopisanie wpływów z podatku szpitalnego (który z 200000 rb. rocznie w pierwszych latach zaprowadzenia, spadł obecnie do 90,000 rb.) i t. d., wszystkie te przyczyny sprawiły, iż Rada Miejska Dobroczynności Publicznej, będąc naprawdę już od kilku lat bankrutem i żyjąc z pożyczek miasta, obecnie w obec długu 700,000 rb. znalazła się w położeniu uniemożliwiającem dalsze jej istnienie i funkcyonowanie na dawnych zasadach. Przed tygodniem odbyło się w Warszawie posiedzenie niektórych członków tej Rady z przedstawicielami zarządu miasta Warszawy, pod przewodnictwem wiceprezydenta miasta, na którem, celem uchronienia miasta od zamknięcia szpitali, uchwalono oddanie z dniem 1 czerwca r. b. szpitali cywilnych pod zarząd miasta. Ponieważ niejednokrotnie odbywać się będą narady w kwestyi umiastowienia szpitali, która zapewne uregulowaną zostanie ostatecznie dopiero po wprowadzeniu samorządu miejskiego, na wspomnianem posiedzeniu zgodzono się zaprosić w roli rzeczoznawców na dalsze posiedzenia przedstawicieli

Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego i Hygienicznego. („Gaz. Lek.“ № 19).

(№ 83) — Pisma codzienne donoszą, iż Krakowska Akademia Umiejętności postanowiła sprzedać majątność swą Szczywnicę.

(№ 84) — Galicyjskie wody mineralne, i tak niezbyt rozpowszechnione w Królestwie, obecnie niemal nie będą mogły tam być wywożone z powodu znacznego podwyższenia cła rosyjskiego na wody mineralne austriackie (o 35 proc.)

(№ 85). — Sąd konkursowy postanowił do nagrody im. d-ra Warscha uera, udzielanej przez krakowską Akademię Umiejętności, przedstawić dzieło d-ra A. Sokołowskiego z Warszawy „O chorobach płuc“.

(№ 86) — Miesięcznik popularny, poświęcony walce z nikotynizmem, p. t. „Życie bez tytoniu“ rozpoczął wydawać dr. fil. Augustyn Wróblewski.

(№ 87) — Zakład wodoleczniczy w Chojnach pod Łodzią rozpoczął sezon letni z dniem 15 maja r. b.

Kierownikiem jego, jak i lat poprzednich, jest kol. Adam L a n d e.

(№ 88) — „Dziennik Towarzystwa rosyjskich lekarzy imienia Pirogowa“ w № 3-im liczbę ofiar represji ostatnich czasów ze sfery lekarskiej (lekarzy, weterynarzy, felcerów) podaje na 628 osób.

(№ 89) — *Bezpłatne odkażanie*. Wniosek, aby odkażanie po chorobach zakaźnych było bezpłatne, upadł w Berlińskiej radzie miejskiej. Reprezentacyja m. Lwowa wyprzedziła znacznie berlińską w zrozumieniu doniosłości reform zdrowotnych, bo to postępowanie już zaprowadziła.

Na uwagę zasługuje orzeczenie wiedeńskiego Trybunału administracyjnego z dnia 24 stycznia 1906 L. 935, które rozstrzyga, że koszt odkażania po chorobach zakaźnych musi ponieść gmina, zarządzająca odkażanie, a nie mieszkaniec, którego sprzęty odkażano.

(№ 90) — *Popularne wykłady z zakresu higieny przemysłowej*. Sekcja sanitarna lwowskiej Rady miejskiej uchwaliła na wniosek d-ra Mahla wezwanie do magistratu, aby rozważył, czy niedałoby się przy współudziale kompetentnych czynników zorganizować kursów popularnych dla robotników w celu pouczenia ich o niebezpieczeństwach dla zdrowia, zagrażających w poszczególnych gałęziach pracy i o sposobach zapobiegania im. Według wniosku dr. Mahla rozpoczęłyby te kursy od pouczeń personelu robotniczego w tych przedsiębiorstwach, które gmina wykonuje we własnym zarządzie, jak gazownia, elektrownia, wodociągi, kanały i t. p.

(№ 91) — Lubelska pracownia higieniczna wykazuje w r. 1905. 326 analiz. Na 66 rozbiórów środków spożywczych w 51 wykryto zafałszowanie.

(№ 92) — *Sanatorium dla gruźliczych*. W Lublinie zawiązał się komitet celem zbudowania Pa

Świdniku pod Lublinem sanatorium dla suchotników.

(№ 93). — Rada związkowa Szwajcarska zaprosiła państwa należące do konwencji Czerwonego Krzyża na konferencję, która się ma odbyć w Genewie 11-go czerwieca r. b. celem przejrzenia tejże konwencji.

(№ 94) — *Zalarg lekarzy dolnoaustriackich* z Wydziałem krajowym nie zbliża się wcale do rozwiązania, pomimo, że nadchodzący termin szczepień wiosennych wymaga zakończenia walki, jeżeli ludność nie ma ponieść żadnej szkody. Niektóre gminy już ofiarowały nawet po jednej koronie wynagrodzenia za jedno szczepienie. Oczywiście naprzóżno, gdyż lekarze solidarnie szczepień się nie podejmą, dopóki cała sprawa nie będzie uregulowana. (Przegląd Lek. № 17).

(№ 95) — *Założenie związku państwowego organizacji lekarskich w Austrii*. Obie dolnoaustriackie organizacje zaprosiły do Wiednia na dzień 25 marca przedstawicieli różnych organizacji lekarskich na wstępne narady w celu utworzenia związku państwowego dla obrony materialnych interesów zawodowych (*Wirtschaftlicher Reichsverband*). Na naradzie znaleźli się przedstawiciele Czech, Karynty, Moraw, Krainy, Austrii niższej i wyższej, Śląska, Styrii, Tyrolu i Wiednia. Bukowina zgłosiła telegraficznie swe przystąpienie. Galicya nie miała na naradzie przedstawiciela, ani się dotąd nie oświadczyła. Zgromadzenie, które obradowało pod przewodnictwem dr. Janeczka, uchwaliło jednomyślnie założyć związek państwowy wszystkich organizacji, broniących praw materialnych zawodu. Następnie przyjęto projekt statutu związku. Doktorom Janeczkowi i Nekowitschowi polecono wnieść do władz podanie o zatwierdzenie statutów, oraz załatwić wszelkie wstępne czynności. Zaznaczono z naciskiem, że do tworzącego się związku państwowego przystępować mogą tylko te organizacje, które mają na oku interesy materialne lekarzy, gdyż nowa instytucja nie chce zgoda nigdy zajmować się żadnymi sprawami politycznymi, narodowymi, ani wyznaniowymi. Dr. Janeczek donosi obecnie w № 8. „Oester. Aertzliche Vereinzeitung“, że wniósł podanie o zatwierdzenie statutów, wzywa te kraje koronne monarchii, które dotąd lekarskich organizacji zawodowych nie potworzyły, by się organizacją co rychlej zajęły, a po stworzeniu stowarzyszeń zawodowych, by do wspólnego związku przystąpienie swe jaknajprędzej zgłosić zechciały, gdyż tylko wtedy nowy związek będzie mógł się rozwijać i skutecznie działać, jeśli będzie miał zapewniony współdziałanie wszystkich lekarzy austriackich. (Przegl. Lek. № 17).

(№ 96) — *Do walki z partactwem leczniczym* wystąpiło niedawno zawiązane stowarzyszenie zawodowe lekarzy monachijskich (Standesverein Münchener Aerzte) i wniósło do rady związkowej Niemiec podanie, w którym prosi o: 1) urządzenie centralnej stacji doświadczalnej dla środków leczniczych tajnych; 2) coroczne przeglądanie i uzupełnianie listy środków tajnych; 3) wyraźne oświadczenie, że zmiana nazwiska środka przy zachowaniu w zasadzie tego samego składu chemicznego nie zniósł zakazu; 4) Zakazanie w przyszłości nie tylko publicznego reklamowania jakiegos tajnego środka, ale i „wszelakich doniesień, przeznaczonych dla szerszego koła osób“, a dotyczących się

tajnych leków; 5) wyraźne i niedwuznaczne oświadczenie, że takiej samej karze podlega każdy, kto zakazane reklamy zawodowo rozszerza; chodzi tu o agentów, którzy po gazetach—pod płaszczykiem wyleczonych z ciężkich chorób wabią publiczność i rozsyłają pochwały dla zakazanych leków; 6) zakaz ogłaszania po pismach przyrządów leczniczych, w szczególności elektrycznych; 7) zakaz ogłaszania wszelakich zagranicznych tajnych leków, włącznie zakaz słowy wprowadzania tychże leków w granice państwa.

Bo trzeba stwierdzić, że partactwo lecznicze rozwieliło się w Europie, szczególnie w Niemczech, w niebывały wprost dotąd sposób. I dlatego już w roku 1903 rada związkowo niemiecka wydała zakaz publicznego ogłaszania lub zachwalania tajnych leków, których spis równocześnie ogłosiła. Jednakże dotknięci tem orzeczeniem handlarze środków tajnych umieli sobie poradzić. Obeszli ustawę. Jedni ogłaszali w prasie codziennej na miejscu dawnych ogłoszeń reklamowych ostrzeżenia przed naśladownictwami swoich wyrobów; inni puścili w obieg wyroby swoje pod innymi nazwami, przyczem równocześnie czasami w drobniągach zmieniali ich skład. I tak n. p. Bauera „Djoeat“ ohrzczone mianem „Diabetikum Bauera“, zachwalany na wszelkie cierpienia olej żywiczny (eukaliptusowy) nazwano „flukolem“, Lahra „Zambakapsle“ nazwano „santalolem“, „oftalmine“—„okulina“ itd. it. Jeszcze inni poradzili sobie jeszcze inaczej. Znalezli t. zw. „wyleczonych chorych“, w istocie płatnych agentów, którzy za pieniądze po pismach chwalą niezwykle rychłą skuteczność leków wyrabianych przez płacących panów fabrykantów. Tacy to „wdzięczni chorzy“, którzy mimo leczenia się u największych powag lekarskich świata nie wrócili do zdrowia, powróć zaś do zdrowia zawdzięczają jedynie temu lub owemu cudownemu leкови, z najszlachetniejszych pobudek (czasem ślubowali) „chętnie i bezpłatnie“ radzą cierpiącym ludzkości, reklamują z wielkim hałasem te lub owe fluidy, eliksiry, balsamy, oliwy, zioła, wyciągi ziołowe i wiele innych rzeczy. Nie spisałby ich na wołowej skórze.

Rok 1905 nie był gorszym od swych poprzedników; i on też uszczęśliwił cierpiącą ludzkość całym szeregiem cudownych leków. Przyniósł chudym środków na tycie, tłuszczochom środki na schudnięcie, leki przeczyszczające (jak żadne dotąd) chorym na zaparcie nawykowe, łysym środki na porost włosów i t. d. Płci pięknej przyniósł cały szereg nowych środków dla „osiągnięcia pięknego, ba nawet idealnego biustu (pigułki oryentalne „Robosepillen“. Amiral, mleczko d'Apy, wschodnie czyli „t. zw. oryentalne“ proszki wzmacniające). Ze środków na schudnięcie najbardziej reklamowano „antipositin“. Cierpiącym na nawykowe zaparcie stolca „pomagały“ pigułki Antoniusa i flatulinowe Califig, Scavuline i t. d. Zśród środków, zachwalanych na porost włosów, wziął rekord czelnością reklamy środek, zwany „Hair-Hewer p. John Craven-Burleigh“. Ameryka i Anglia poszły o lepsze w zasypanych Europie uszczęśliwiającymi lekami. Wspomnę tylko t. zw. „Natürlicher Gesundheitshersteller“, cudowny środek na dnę i gościec stawowy „Gloria Tonic“, środek mający leczyć „przepukliny“ (sic!) „Bruchheilmittel Lymphol“, a zapomnieć mogliby tylko niewdzięcznicy w Europie o szlachetnym przyjacielu ludzkości dr. Jamesie W. Kidd w Fort Wayne (Indiana), który z odległości leczy bezpłatnie wszystkie choroby. Szczególnym popytem cieszyły się elektryczne łańcuchy i pasy. (Elektro-nigor, Herkules, Elektro-Suspensor) na wszelkie ułomności, a przede wszystkim na niemoc płcio-

wą zachwalane, chociaż prasa naukowa nie leniła się zwracać uwagę na zupełny brak wartości wszelkich tych szalbierszych zabawek.

W roku cudownego ozdrowiania, w r. 1905, sprzedano niezliczoną moc kalendarzy, cyrkularzy, broszur, ba nawet baletrystycznych elaboratów, zachwalaających leki tajne łatwowiejnymi chorym. Pisma te nosiły przeróżne napisy i tytuły, jak n. p. „silne nerwy“, „silna pamięć“, „osobisty magnetyzm“, „powodzenie w życiu“ i t. p., karmiły łatwowieznego nabywcę za jego nieraz ciężko zapracowany grosz pustymi, a napuszonymi frazesami. „Osobisty magnetyzm“ przywędrował do nas przez Atlantyk z Ameryki z innymi blagami i stał się dojrną krową wyzyskiwaczy europejskich. Ofiarą ich padali przeważnie neurastenicy, chciwie czytający pisma, poświęcone magnetyzmowi i okultyzmowi, bo uwierzyli, że znaleźli prawdziwą ewangelię. Zresztą neurastenicy i śledziennicy zawsze stanowili najlepszą i najpłopłatniejszą klientelę handlarzy tajnych leków.

Oto przeciwko temu na słabości i głupocie ludzkiej wyrosłemu i coraz bardziej rozwielniającemu się pasorzytowi występują lekarze, nie zawsze popierani przez opinię publiczną, a czasami nawet i . . . władze. (Stahr.) Przegl. Lek. № 14.

(№ 97) — *Lekarze wobec projektu reformy prasowej w Austrii.*

Od wielu lat dyskutowany projekt rządowy zawiera takie dwa paragrafy, obchodzące lekarzy:

§ 34. Kto w pewnym piśmie umieszcza ogłoszenia, zajmujące się w formie, naruszającej obyczajność, obcowaniem płciowym, lub zapobieganiem chorobom płciowym, albo ich leczeniem, ma być z powodu tego przekroczenia karany aresztem od 1 dnia do 6 tygodni, z czem może się też łączyć grzywna aż do wysokości 1000 koron.

§ 35. Kto w pewnym piśmie ogłasza lek, który przez urzędowe obwieszczenie został skazany, albo losy i papiery wartościowe, które nie są w państwie dopuszczone, ma być z powodu tego przekroczenia karany grzywną od 10 do 500 koron, albo aresztem od 1 do 4 tygodni.

VII wiec Izb lekarskich uchwalił następującą redakcyę tych paragrafów:

§ 34. Kto w pewnym piśmie umieszcza ogłoszenie, zajmujące się w formie, naruszającej obyczajność, obcowaniem płciowym „kto dalej umieszcza ogłoszenia, polecające pomoc lekarską pewnego lekarza, chociażby nawet uprawnionego do wykonania praktyki w królestwach i krajach, reprezentowanych w Radzie państwa, a wyszczególniające pewne choroby lub zachwalające w sposób reklamowy tego lekarza, ma być z powodu tego przekroczenia karany aresztem od 1 dnia do 6 tygodni, z czem może się też łączyć grzywna aż do 1000 koron.

§ 35. Kto w pewnym piśmie ogłasza losy lub papiery wartościowe, które w państwie nie są dopuszczone, albo leki, których sprzedaż wzbronioną została, kto dalej ogłasza w pismach — z wyjątkiem pism naukowych — środki lecznicze, podając równocześnie ich działanie w różnych chorobach, kto wreszcie zamieszcza ogłoszenia, zalecające usługi lekarskie osób, nie uprawnionych do wykonywania praktyki lekarskiej w królestwach i krajach, w Radzie państwa reprezen-

towanych, ma być z powodu tego przekroczenia karany grzywną od 10 do 500 koron, albo aresztem od 1 dnia do 4 tygodni.

Do petycyi lekarzy, zawierającej powyższą uchwałę dołączono zbiór anonsov, dokonany przez Izbę lekarską wiedeńską, a wykazujący, do jakich zdrojności doprowadza zupełna, niezem nie krępowana swoboda anonsovania leków i lekarzy.

Jednakże Izba lekarska dolno-austriacka (za wyjątkiem Wiednia) nie zgodziła się z warunkami Wiecu. Podniesiono mianowicie w tej Izbie, że § 34, sformułowany według żądania Wiecu Izb, mógłby się i dla wielu lekarzy okazać dokuczliwym, albowiem w pewnych wypadkach lekarz specjalista nie miałby w takim razie prawa zmięścić w pismach anonsov, gdyż anonsov taki musiałby wyszczególniać pewne choroby. Ponieważ zaś, według „ordynacji stanowej“ różnych Izb, anonsovanie się jest lekarzom pod pewnymi warunkami dozwolone, przeto ustawa prasowa w nowem brzmieniu zwracałaby swe ostrze w § 34 tylko przeciw niektórym lekarzom, mianowicie przeciw lekarzom specjalistom, a dalej przeciw lekarzom, posiadającym zakłady lecznicze dla leczenia pewnych tylko chorób.

Dalej podniesiono, że określenie „sposobu reklamowego“ w anonsovaniu usług lekarskich wcale nie jest sprecyzowane, wobec czego ani redakcyje pism, ani inserenci, ani sądy nie wiedziałyby, co przez to określenie rozumieć, a zbyt rygorystyczne komentowanie ustawy mogłoby doprowadzić do ogólnego zakazu anonsovania się lekarzy, co dla wielu lekarzy byłoby niedogodnem i szkodliwym. Lekarz, nawet w razie osiedlenia się lub zmiany mieszkania, nie mógłby w takim razie ogłosić stosownego anonsov, lub musiałby się uciekać do nieetycznych sposobów reklamy przez starania o zanotowanie w kronice pism swego powrotu lub osiedlenia.

Wreszcie podniesiono, że ustawa prasowa nie jest w stanie zapobiedz nadużyciom reklamy lekarskiej przez anonsov, lecz że jedynym skutecznym środkiem zaradczym byłoby rozszerzenie dyscyplinarnej kompetencyi Izb i nadanie Izbom władzy odbierania anonsovem prawa do praktyki lekarskiej, w razie uporczywego uprawiania przez nich nieetycznej reklamy. Także i co do zmian w § 35, wyraziła Izba lekarska dolno-austriacka pewne wątpliwości, nadmienając, że nawet sam rząd może w pewnych razach uznać za wskazane ogłoszenia w pismach o pewnych lekach z równoczesnem podaniem ich działania w pewnych chorobach. Gdyby na przykład w czasie epidemii były śród ludności uprzedzenia przeciw pewnemu środkowi leczniczemu, niewątpliwie skutecznemu, powinienby rząd te uprzedzenia usunąć przez stosowne ogłoszenia w pismach, których ustawa prasowa w brzmieniu proponowanem przez VII Wiec Izb lekarskich, ma zabronić.

Klub praktyków w Pradze żąda dołączenia do § 34 zdania następującego:

„Zachwalaniem lekarza w sposób reklamowy jest wszystko co w ogłoszeniu wykracza po za podanie nazwiska, ewentualnie tytułu należnego, działu specjalistycznego, godziny ordynacyjnej i adresu“.

Ostateczna uchwała parlamentu w tej sprawie dotąd nie zapadła („Głos Lek.“ № 10).

Komitet redakcyjny:

J. Brudziński, L. Fankanowski, A. Goldman, J. Grabowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Joncher, H. Kohn, J. Koliński, A. Krusche, J. Maybaum, J. Michalski, I. Perlis, A. Rząd, S. Serkowski, S. Skalski, E. Sonnenberg, H. Trenkner.

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Druk A. Karskiego w Łodzi.

Nadesłano do Redakcyi:

Medycyna w Samorządzie. Stan obecny lecznictwa publicznego w Królestwie Polskiem. Braki i potrzeby. Praca zbiorowa podjęta i wydana staraniem grona lekarzy warszawskich. Warszawa. E. Wende i S-ka. 1906. Strona VII+298.

Fr. Giedroyć Dr., Materiały do dziejów farmacji w Dawnej Polsce. Spis aptekarzy (w. XIV—XVIII) Warszawa. 1906. Odb. z „Wiad. Farmaceutycznych“. Str. 66.

J. Łukasiewicz, Wł. M. Kozłowski, St. Kobyłecki i S. Babiński. Przyczynowość. Warszawa. 1906. Przgl. Filozoficzny. Str. VII+326.

O. Janke. Zasady higieny szkolnej. Przełożyli i uwagami zaopatrzyli Dr. St. Kopczyński i Dr. Br. Handelsman. Warszawa. 1906. Nakład księgarni naukowej. Str. VII+297.

J. Ochorowicz. Metoda w etyce. Warszawa. 1906. „Przgl. Filozoficzny“. Str. 101.

J. Ofenberg Dr. Z dziejów mińskiego Towarzystwa Dobroczynności. Z powodu otwarcia nowego szpitala. Wilno. 1906. Str. 23.

Księgarnia nakładowa i sortymentowa.

Alfreda Straucha

w Łodzi.

Wydawnictwo „Biblioteki Samokształcenia“.

Zwracamy szczególną uwagę na zaprowadzony u nas system

sprzedaży **wszelkich dzieł lekarskich**
na raty miesięczne.

Katalogi, prospekty wysyłamy na żądanie gratis i franco.

Pośredniczymy w prenumeracie pism krajowych i zagranicznych
 po cenach redakcyjnych.