

## Zaburzenia nosowo-gardłano-krtaniowo-uszne w przebiegu moczówki cukrowej (diabetes mellitus). \*)

Podał: Dr. Jan Sędziak (Warszawa)

W przebiegu moczówki cukrowej (diabetes mellitus) występują stosunkowo często zaburzenia w górnym odcinku dróg oddechowych i pokarmowych, oraz narządzie słuchowym.

I dla tego to znajomość tych zaburzeń jest ważną dla lekarza ogólnego, tem więcej, że w pewnych razach znajdują się one w ścisłym związku przyczynowym z cukrzycą, przedstawiając wielce dla tego ostatniego, cierpienia znamienny obraz kliniczny np. otitis media diabetica s. necroticans (W o l f - K u h n).

Z drugiej zaś strony zaburzenia te są jedynym niekiedy objawem, ułatwiającym rozpoznanie właściwego cierpienia, że wspomnę tu tylko pharyngitis sicca (J o a l, M. Schmidt), oraz furunculosis meatus auditorii ext. (H a u g).

Zaburzenia nosowo-gardłano-krtaniowo uszne, w przebiegu moczówki cukrowej występujące, zostały dopiero w ostatnich latach 20 szczegółowo opracowane.

Przedewszystkiem kwestya ta jest rozpatrywana w podręcznikach, oraz monografiach ogólnych, jako to L o e r i' e - g o z Buda-Pesztu („Die durch anderweitige Erkrankungen bedingten Veränderungen des Rachens, des Kehlkopfes und der Luftröhre“ Stuttgart 1885), H a u g'a z Monachium („Die Krankhei-

\*) Jest to część obszernej monografii, traktującej o zaburzeniach nosowo-gardłano-krtaniowo-usznych w przebiegu cierpień ogólnych ustroju. Część I-sza, obejmująca zaburzenia powyższe w przebiegu ostrych spraw zapalnych, była ogłoszona w r. 1900 w „Nowinach Lekarskich“ w Poznaniu; tamże drukują się obecnie: 1) zaburzenia nosowo-gardłano-krtaniowo-uszne w przebiegu chorób serca i naczyń“ (№ 10 1906), oraz 2) „zaburzenia nosowe etc. w przebiegu chorób nerek“.

Również jednocześnie drukują się obecnie w „Przeglądzie lekarskim“ w Krakowie „zaburzenia nosowo-etc. w przebiegu chorób narządów trawienia“, oraz w „Gazecie lekarskiej“ „zaburzenia nosowo-etc. w przebiegu chorób narządów płciowych“, wreszcie w „Kronice Lekarskiej“ zaburzenia nosowe-etc. w przebiegu dny (arthritis urica).

ten des Ohres in ihrer Beziehung zu der Allgemeinerkrankungen“ 1903), N a u n y n'a (Nothnagel's specielle Pathologie und Therapie Bd. VII, 6 Theil), S o k o ł o w s k i e g o („O stosunku cierpień narządów wewnętrznych do zaburzeń w górnym odcinku dróg oddechowych“ Odczyty kliniczne Nr. 113—114. 1898), F r i e d r i c h'a z Lipska (Rhinologie, Laryngologie und Otologie in ihrer Bedeutung für die allgemeine Medicin — Leipzig 1899), wreszcie J o n a s'a (Symptomatologie und Therapie der nasogenen Reflexneurosen und Organenkrankungen; ihre Wichtigkeit für den practischen Arzt und ihre soziale und forensische Bedeutung, Liegnitz 1900).

Oprócz powyższych monografii, w których zaburzeniom nosowo-gardłano-krtaniowo-usznym w przebiegu moczówki cukrowej poświęcono oddzielne rozdziały, istnieją jeszcze specyalne, mniej lub więcej obszerne prace, mające za przedmiot stosunek wzajemny tych ostatnich. Do nich przedewszystkiem należą:

1. J o a l'a („De l'angine sèche et de sa valeur seméiologique dans la glycosurie et l'albuminurie“ Rev. bimens. de lar. 1882).

2. G a r e l'a („Sur une forme de pharyngite permettant de reconnaire le diabète, ou l'albuminurie“. Ann. des malad. de l'oreille 1895).

3. C h a r l e s'a („Sur une forme d'hypéremie pharyngée chronique permettant de depister l'albuminurie, ou la glycosurie. Contribution à l'étude de ces deux affections“ Thèse de Lyon 1899).

4. F r e u d e n t h a l'a („Diabetic ulcerations of the throat“. N. Y. Med. Rec. 10/II 1900).

5. W r i g h t'a („Manifestations of diabetes mellitus in the upper air passages“. N. Y. Med. Rec. 21/VII 1900), — wszystkie traktujące o zaburzeniach w gardle i w krtani w przebiegu moczówki cukrowej, oraz

6. W o l f'a (Arch. f. Ohrenheilk. XXVI p. 166).

7. K i r c h n e r'a (Monat. f. Ohrenh. 1884 p. 221), zwłaszcza zaś

8. K u h n'a (Arch. f. Ohrenheilk. XXIX p. 33) i

9) K ö r n e r'a (Ibidem p. 61), — wszystkie, traktujące o zaburzeniach usznych w przebiegu cukrzycy.

Wreszcie istnieje cały szereg prac kazuistycznych, wykazujących związek między zaburzeniami nosowo-gardlanokrtaniowo-usznymi z jednej, a moczówką cukrową z drugiej strony.

Będą one uwzględnione w trakcie pisania niniejszej pracy.

I. *Zaburzenia nosowe wzgl. nosogardzielowe w przebiegu moczówki cukrowej* (diabetes mellitus).

Jonas na str. 214 wyżej wymienionego dzieła tak się między innymi wyraża: „ich habe bisher keinen Diabetiker gefunden, dessen Inneres der Nase normal war“.

Przypuszcza on, że istnieje przyczynowy związek między zmianami w nosie z jednej, a moczówką cukrową z drugiej strony.

Twierdzenie to swoje opiera na tym znanym fakcie, że przecięcie nerwu błędnego (n. vagi) wpływa na tworzenie się cukru w wątrobie; wiadomo zaś, że cierpienia nosa w wysokim stopniu wpływają na czynności nerwu błędnego, stąd wnioski, że cierpienia jam nosowych wzgl. zmiany w utlenieniu (oxydation) krwi są pierwotne, a moczówka cukrowa—wtórna.

Ponieważ jednakże Jonas należy do tych autorów, którzy łatwo wpadają w przesadę w przeprowadzeniu swojej „ideae preconceptae“, przeto i wnioski jego należy przyjmować z wielką ostrożnością.

Z drugiej jednakże strony nie mogą również zgodzić się z Sokółowskim, który stanowczo wyklucza wszelki związek między cukrzycą, a zmianami w nosie, uważając te ostatnie za prosty zbieg okoliczności.

Bayernp. przeciwnie stawia zmiany przerostowe w nosie w związku z moczówką cukrową, uważając je nawet za przyczynę tej ostatniej.

Co się mnie tyczy, to przeciwnie o wiele częściej w tych razach znajdowałem zmiany zanikowe na błonie śluzowej jam nosowych, tj. t. zw. nieżyt suchy nosa, wzgl. nosogardzieli (rhinitis chr. atrophicans s. sicca ant. et post.).

W jednym przypadku, dotyczącym 30-kilkoletniej mężatki, mocno otyłej, spostrzegłem nieżyt cuchnący nosa (ozena), połączony z takimże nieżytem gardzieli i krtani (pharyngitis et laryngitis sicca).

Niezmiernie ciekawe spostrzeżenie uczynił Wright<sup>1)</sup> u 15-to letniego chłó-

pca: po operacji w nosie wystąpił cukier w moczu.

II. *Zaburzenia w jamie ustnej i gardle w przebiegu moczówki cukrowej* (diabetes mellitus) zdarzają się o wiele częściej, aniżeli w nosie, i mają duże znaczenie rozpoznawcze.

Mianowicie Joal<sup>1)</sup>, jakoteż M. Schmidt<sup>2)</sup> słynny laryngolog z Frankfurtu nad Menem, wreszcie Leri, uważają „pharyngitidem siccam“ za jeden z najwcześniejszych objawów moczówki cukrowej, z czym znowu nie zgadza się u nas Sokółowski, który utrzymuje, że przeciwnie objaw ten występuje przeważnie w daleko posuniętych okresach cukrzycy, warunkując tak nieprzyjemne dla chorych uczucie zasychania w gardle.

Ja również na podstawie własnego, niezbyt zresztą w tym kierunku bogatego doświadczenia, skłaniam się bardziej do poglądów Joal'a wzgl. M. Schmidta, zważając t. zw. suchy nieżyt gardzieli za wielce znamienny dla moczówki cukrowej.

Z drugiej znowu strony Garel<sup>3)</sup>, oraz jego uczeń Charles<sup>4)</sup> utrzymują, że znamiennym dla cukrzycy jest przeważnie nieżyt przewlekły przerostowy gardła (pharyngitis chr. hypertrophica), które to cierpienie pozwala rozpoznać moczówkę cukrową, skrycie przebiegającą.

Verdes<sup>5)</sup> odróżnia również „pharyngitidem diabeticam“.

Sokółowski jednakże te zmiany powstające w gardzieli w przebiegu cukrzycy czyni zależnymi od innych zupełnie przyczyn, będących w związku z istniejącymi jednocześnie sprawami, jak krwiistość (plethora), artrytyzm, wreszcie nadużycia w paleniu i picciu.

Freudenthal<sup>6)</sup> spostrzegał w 5 przypadkach moczówki cukrowej owrozdzenia w gardle (i krtani), które jednakże Wright słusznie uważa za sprawy innego pochodzenia (gruźlicze).

W jednym przyp. dotyczącym 60-cio kilkuletniego chorego spostrzegalem zgorzelinowe zapalenie migdałka prawego podniebiennego (tonsillitis gangraenosa).

III. *Zaburzenia w krtani wzgl. tchawicy w przebiegu moczówki cukrowej* (diabetes mellitus) występują, według Sokółowskiego, dopiero w późniejszych

1) loco citato. 2) „Die Krankheiten der oberen Luftwege“ II Auf. p. 226. 3), 4) loco citato. 5) „Diabetic pharyngitis“ Journ. Am. med. Assoc. 17/IV 1900. 6) loco citato.

okresach tego cierpienia i polegają na nieżywie przewlekłym zanikowym czyli suchym (laryngo-tracheitis sicca), zwykle jednocześnie z takimiż zmianami w nosie i gardle (L ö r i).

W wyżej wspomnianym przypadku spostrzegalem, obok ozeny, tego samego rodzaju zmiany w krtani i tchawicy (ozae-na laryngotrachealis). Podmiotowo stan ten wyraża się chrypką, wykształcaniem śluzu, niekiedy cuchnącego, wreszcie napadami suchego kaszlu, połączonego niekiedy z zawrotami głowy, t. j. stanu, który od czasów Ch a r c o t'a (1876) nosi nazwę vertigo laryngea, (S c h a e d e n w a l d t, <sup>1)</sup>, s. ictus laryngis, s. lipothymia (zemdlenie) laryngea Kur z <sup>2)</sup>.

G a r e l i C o l l e t <sup>3)</sup> spostrzegali to cierpienie w przebiegu diabetes mellitus.

F r e u d e n t h a l <sup>4)</sup>, również specjalnie się tą kwestyą zajmując, na 20—30 przyp. tak zw. zawrotów krtani w 3 notował moczówkę cukrową.

Spostrzegane też były: aphasia w połączeniu z bezwładem połowicznym (hemiplegia) diabetycznym (C h a r c o t <sup>4)</sup>, B l a n c h e t <sup>5)</sup>, oraz porażenie strun głosowych w przebiegu moczówki cukrowej (H o f f m a n n <sup>6)</sup>.

Wreszcie, w daleko posuniętych okresach, połączonych z upadkiem odżywiania, oraz niedokrwiistością ogólną, mogą tworzyć się w krtani, zwłaszcza na tylnej ścianie, owrzodzenia (S t o e r k, F r e u d e n t h a l), które jednakże najprawdopodobniej są w związku z gruźlicą płuc, tak często wikłającą ostatnie okresy moczówki cukrowej.

L o e r i na podstawie własnego doświadczenia utrzymuje, że gruźlica krtani w przebiegu gruźlicy płuc, wikłającej moczówkę cukrową, zdarza się o wiele rzadziej, aniżeli przy zwykłej gruźlicy płuc, czego jednakże żaden z następnych autorów nie potwierdził.

IV. Zaburzenia uszne w przebiegu moczówki cukrowej (diabetes mellitus) występują stosunkowo bardzo często i mają pierwszorzędne znaczenie w rozpoznawaniu, oraz rokowaniu tego cierpienia.

Pierwszy na kwestyę powyższą zwrócił uwagę we Francji, przed laty 50, J o r d a o <sup>7)</sup>. K ü l z <sup>8)</sup> na 7 przypadków

moczówki cukrowej w 3 notował zaburzenia uszne, (przytępienie słuchu), natomiast S e n a t o r <sup>1)</sup> oraz B l a u <sup>2)</sup>—bardzo rzadko. Dopiero jednakże w ostatnich latach 20 stosunek wzajemny cukrzycy do cierpienia narządu słuchowego został należycie wyjaśniony, mianowicie w pracach K i r c h n e r'a <sup>3)</sup>, W o l f f'a, <sup>4)</sup> zwłaszcza zaś K u h n'a <sup>5)</sup> i K ö r n e r'a <sup>6)</sup>.

Najczęściej w tem cierpieniu bywa zajęte ucho środkowe, rzadziej zewnętrzne, wyjątkowo zaś tylko wewnętrzne.

Tak więc chorzy na moczówkę cukrową niezwykle często uskarżają się na dokuczliwe swędzenie w okolicy muszli usznej, oraz zewnętrznego przewodu słuchowego (t. zw. pruritus diabeticus).

Chorzy ci również niezwykle są skłonni do tworzenia się czyraków (furunculosis) w zewnętrznym przewodzie słuchowym.

Cierpienie to znamionuje się skłonnością do częstych nawrotów, oraz bardzo ciężkim przebiegiem, jak o tem niejednokrotnie przekonać się byłem w możności.

Tak—że słusznie, zdaniem mojem, zwracają uwagę W o l f f, oraz H a u g <sup>7)</sup>, że w tych razach, t. j. w przypadkach uporczywych, często się powtarzających czyraków w zewnętrznym przewodzie słuchowym w wieku dojrzałym, lub podeszłym należy przedewszystkiem mieć na uwadze możliwość moczówki cukrowej, poddając mocznikowi badaniu na obecność cukru.

Z rzadszych cierpień H a u g przytacza zgorzel muszli usznej.

Wspomnę tu nawiasowo, że w sianie usznej (cerumen) znajdowano cukier (T e l t s c h e r <sup>8)</sup>).

Najczęściej jednakże i to do pewnego stopnia swoiście bywa zajęte w przebiegu moczówki cukrowej ucho środkowe (otitis media diabetica, W o l f f).

I rzeczywiście, przebieg tego cierpienia usznego, jak to zwłaszcza wykazali K u h n i K ö r n e r, jest wysoce znamienny i różni się zasadniczo od zwykłego zajęcia ucha środkowego.

Przedewszystkiem bóle bywają niezmiernie gwałtowne i od pierwszej chwili obejmują okolicę wyrostka sutkowego (prawego, lub przeważnie prawego—przy obu stronem zajęcia; H a u g).

1) „Ueber Kehlkopfschwindel (ictus laryngis)“. Arch. f. Lar. B. V. 1896. 2) Deut. med. Woch. 1893. 3) i 6) cytowani u Friedrich'a (l. c.). 4) Arch. de neurop. 1890. 5) Gaz. des hôp. 1885. 7) „Considerations sur un cas de diabète“ Paris, 1857. 8) Beitr. z. Path. n. Ther. d. Diabetes“. 1874; I.

1) cytowany u Friedrich'a (l. c.). 2) Arch. f. Ohrenheilk. XIX, p. 208. 3), 4), 5), 6), 7) loco citato. 8) Canstatt's Jahrb. 1849. III, p. 169.

Bóle te nieustępują pomimo pęknięcia błony bębenkowej, co następuje „spontaneo modo“ już w pierwszych 2—3 dniach, przyczem przedziurawieniu ulega tylna zazwyczaj połowa błony.

Słuch również pozostaje bez zmiany, mocno upośledzony.

Często też bywają krwawienia, niekiedy bardzo obfite (R a y m o n d <sup>1</sup>).

Znamienną jest również dla tego cierpienia obfitość niezmierną wydzieliny rzadkiej, ropiastej, w której H a u g znajdował cukier.

Najbardziej jednak charakterystycznym dla otitis media diabetica jest szybkie rozszerzanie się sprawy zapalnej na wyrostek sutkowy (proc. mastoideus) i to prawie bez wyjątku (W o l f f), a więc przeciwnie, jak w zwykłym zapaleniu ucha środkowego, przyczem bardzo szybko następuje próchnienie (caries) komórek sutkowych (cellulae mastoideae), tak że wewnątrz wyrostka już w ciągu dni kilku zamienia się na jamę obszerną, wypełnioną ropą, ziarniną i martwiakami (sekwestrami) kostnymi, co w dalszym ciągu (w parę tygodni) prowadzi do obnażenia zatoki poprzecznej (sinus transversus) i opony twardej (dura mater) tylnej jamy czaszkowej (K u h n, R a y m o n d).

W obec tego znamiennego przebiegu otitidis mediae diabeticae, tj. szybkiego rozszerzania się sprawy zapalnej na wyrostek sutkowy w połączeniu ze znacznym zniszczeniem tego ostatniego, a przy stosunkowo małym zajęciu ucha środkowego, słusznie zdaniem F r i e d r i c h'a, H a u g'a, D a w i d s o h n'a przypuszczają K u h n i K ö r n e r w tych razach pierwotne ośrodkowe zapalenie kości (ostitis necroticans primaria diabetica).

Rzecz prosta, że należy odróżniać to zajęcie wyrostka sutkowego od gruźliczego (ostitis tuberculosa), które się zresztą może dołączyć w ostatnich okresach moczówki cukrowej, powikłanej gruźlicą płuc.

K u h n objaśnia skłonność do zniszczeń na wyrostku sutkowym w diabetes mellitus — zawartością cukru w tkankach wzgl. ropie usznej, która stanowi grunt pomyślny dla rozwoju bakteryj.

W obec wiadomego skąd innąd faktu, że u diabetyków gojenie ran w ogóle następuje bardzo trudno i że istnieje u nich skłonność do zgorzeli, nie należy się zbyt śpieszyć z trepanacją wyrostka sutkowego, zwłaszcza przeciw-

skazaną jest ta ostatnia przy znacznej zawartości cukru w moczu, przyczem łatwo może po operacji wystąpić t. zw. śpiączka (coma diabeticum), nawet już na wstępie wskutek działania chloroformu (S c h w a r t z e <sup>1</sup>), F r i e d r i c h <sup>2</sup>), K ö r n e r <sup>3</sup>).

Należy też mieć na uwadze i możliwość krwotoków podczas operacji (M o s <sup>4</sup>).

Jak już wspomniałem, ucho wewnętrzne wyjątkowo tylko bywa zajętem w przebiegu moczówki cukrowej.

Zaburzenia wówczas występują w postaci zawrotów głowy, oraz szmerów usznych, wreszcie — postępującej głuchoty (E k s t e i n <sup>5</sup>).

- 1) Handbuch der Ohrenheilk. II p. 841. 2), 3) loco citato. 4) Deut. med. Woch. 1888 № 44. 5) Deut. Arch. f. klin. Med. 58 p. 1 etc.



## Kilka słów o paratyfusie.

Podał Dr. H. Rosenthal.

A c h a r d i B e n s a u d e pierwsi w r. 1896 opisali 2 przypadki choroby, którą dziś nazywamy paratyfuszem; od tego czasu spostrzegano ją i opisywano w Stanach Zj. Ameryki, w Niemczech, Anglii, Holandyi, Rumunii, Rosyi, Japonii i t. d.

Terminu „paratyphus“ i lasecznika paratyfusowego użył pierwszy S c h o t t m ü l l e r. Opisał on („Zeitschrift für Hygiene und Infektionskrankheiten“, 1901 r.) 5 przypadków choroby, klinicznie przedstawiającej obraz tyfusu, z obfitą wysypką, przy których jednakże badanie krwi okazało nie prątki durowe, lecz inne. W owych 5 przypadkach bakterje, znajduwane we krwi, miały dużo cech wspólnych między sobą i podobne były do tyfusowych; różnica polegała głównie na ich stosunku do próby fermentacyjnej i do aglutynacji. S c h o t t m ü l l e r te bakterje nazwał bakterjami „paratyphi“. Spostrzeżenia S c h o t t m ü l l e r'a znalazły potwierdzenie w pracach K u r t h'a, który w 2 przypadkach zachorowań podobnych do tyfusu znalazł w kale i wyhodował laseczniki podobne do S c h o t t m ü l l e r'o w s k i c h; kliniczny przebieg choroby podobny był do opisanego przez S c h o t t m ü l l e r'a.

1) Ann. des mal. de l'oreille 1881 p. 63. 2) Berl. kl. Woch. 1895, № 51.

E b e r t h, opisując epidemię w Kloten (Szwajcarya) panującą w roku 1878, przytacza 600 przypadków, które bezwarunkowo spowodowane zostały przez otrucie mięsem chorego cielaka. Kliniczny jednak przebieg tych przypadków zbliżony był raczej do duru brzusz nego, niż do objawów otrucia mięsem; uwagę zwracało powiększenie śledziony i wysypka, występująca w okresie drugiego tygodnia; pozatem zachorowania owe różniły się od typowego duru brzusz nego; więc okres wylegania był krótszy, przebieg lżejszy, śmiertelność wynosiła mniej niż 1%; w 2 przypadkach, zakończonych śmiercią, pośmiertne badania, dokonane przez E b e r t h'a, wykazały w kiszkiach i w gruczołach krezkowych zmiany podobne do zmian właściwych ciężkiemu durowi brzusz nemu. Wobec tego E b e r t h postawił następujące pytania: „czy epidemia w Kloten była rzeczywiście epidemią durową? czy był to podgatunek duru brzusz nego, czy też sprawa tylko podobna, być może pokrewna? czy istnieje jeden tylko rodzaj duru brzusz nego, czy też dur przejawia się w różnorodnych postaciach?”

Według B o l l i n g e r'a, otrucie mięsem, spowodowane przez laseczniki z grupy G ä r t n e r'a, stanowi oddzielny rodzaj infekcyi, która ma wielkie podobieństwo, nawet pokrewieństwo, do duru brzusz nego i — być może — zależy od jednego z podgatunków prątków duro wych.

Od niedawna w literaturze zjawiają się co raz to liczniejsze spostrzeżenia, które potwierdzają i rozszerzają spostrzeżenia S c h o t t m ü l l e r'a.

A s c o l i (Zur Frage des Paratyphus, Ztschr. f. klin. Med.) opisuje następujący przypadek: 18 letni ślusarz zachorował przy objawach gorączki (39°), bólów gardła, powiększonej śledziony i mało rozwiniętej różyczki. Okres wstępny gorączki jest typu gorączki przerywanej (intermittens); w okresie szczytowym ma przebieg ciągły; w 3-im tygodniu ciepłota spada do normy, w 4-ym tygodniu gorączka wieczorami się podnosi i dochodzi do 38°; tętno dochodzi do 120 uderzeń na minutę; w końcu 4-go tygodnia exitus letalis przy objawach paraliżu serca. Badanie pośmiertne wykazało co następuje: znaczne owrodzenie w cienkich kiszkiach, obrzmienie gruczołów krezkowych i śledziony. Kilkakrotne badanie krwi wykazało bacillus paratyphi. A s c o l i utrzymuje, że jego bacillus paratyphi jest prawie indentycz-

ny z lasecznikiem E b e r t h'a i przychodzi do przekonania, że bacillus paratyphi jest tylko odmianą bacilli ileo-typhi.

L u c k s c h podaje historię choroby 25 letniego mężczyzny, który chorował przy objawach tyfusu i umarł.

Choroba trwała 12 dni; t° 39°, rozlany niezbyt oskrzeli, wzdęcie brzucha, różyczka w postaci kilku plamek; śmierć przy objawach paraliżu serca; badanie drobnowidzowe dało bacillus paratyphi.

F i s c h e r (Zur Epidemiologie des Paratyphus) opisuje epidemię paratyfusu, która miała miejsce w maju i czerwcu 1903 r, w Kielu; chorowało przeszło 80 osób; epidemia objęła pewną tylko część miasta; przebieg kliniczny tej choroby rażąco przypominał dur brzuszny. Ścisłe badania wykazały, że źródłem zakażenia były wyroby mięsne, ponieważ zachorowania zdarzyły się w tych tylko rodzinach, które kupowały mięso u pewnego rzeźnika. Rzeźnik i jego żona również zapadli na tę chorobę.

Zachorowania te zdarzyły się nie jednocześnie, lecz w przeciągu dłuższego okresu czasu, mianowicie od 8 maja do 31 lipca; nie był to więc gwałtowny wybuch epidemii, jak to ma miejsce przy masowych zatruciach mięsem.

Autor przypuszcza, że naczynia i przedmioty, używane w rzeźni, zakażone mięsem, w którym znajdował się lasecznik paratyphi, były następnie przyczyną zakażenia zdrowego mięsa. Na zasadzie swoich spostrzeżeń autor przychodzi do wniosku, że bac. paratyphi jest więcej zaraźliwy, niż lasecznik E b e r t h'a.

C o l e m a n i B u x t o n opisują przypadek paratyfusu z typową dla duru brzusz nego gorączką, powiększeniem śledziony, różyczką niezbyt widoczną z powodu specjalnego zabarwienia skóry (murzynka); reakcy a V i d a l'a dała rezultat ujemny.

J o h n s t o n podaje 4 przypadki ze szpitala John Hopkins w Baltimorze, których przebieg kliniczny rażąco przypomina dur brzuszny; przebieg był pomyślny, śledziona się wyczuwała tylko w 1 przypadku, brak różyczki w 2 przypadkach; reakcy a V i d a l'a we wszystkich przypadkach dała rezultat ujemny; w 2 przypadkach ze krwi otrzymał bac. paratyphi.

B r i l l opisuje 17 przypadków paratyfusu, których przebieg kliniczny był bardzo podobny do duru brzusz nego.

F a y f e r i K a y s e r opisują małą epidemię paratyfusu; wszystkich przypadków było 14.

Jako źródło zakażenia podają wodę do picia; w niektórych przypadkach zakażenie nastąpiło z jednego osobnika na drugiego. Przytoczone przez nich historie choroby dają dokładny obraz przebiegu paratyfusu. Choroba rozpoczęła się przy objawach zapalenia gardzieli, gorączki i biegunki; różyczka i powiększenie śledziny wystąpiły prawie we wszystkich przypadkach; zdarzały się krwotoki kiszkowe, przebieg choroby krótki i lekki; powikłań nie było. W jednym przypadku, w którym ciepłota wahała się między 35° i 37,5° surowica dała reakcję aglutynacyjną przy stosunku 1:1440 na lasecznik paratyphi i przy stosunku 1:720 na lasecznik E b e r t h'a.

Autorzy przypuszczają, że w tym przypadku mieli do czynienia z zakażeniem mieszanym.

Częste opisy paratyfusu znajdujemy u autorów japońskich. Dr. G. Shibayama na oddziale chorób infekcyjnych w Tokio w r. 1902 obserwował chorego z objawami tyfusu brzuszego; badanie krwi na reakcję Vidala dało rezultat ujemny. Dr. Saito, asystent wyżej wspomnianego autora, we krwi tego chorego znalazł bac. paratyphi Schotmüller'a. Prawie jednocześnie Dr. Okasaki obserwował i opisał 3 identyczne przypadki. Paratyfus był obserwowany również w 1903 i 1904 r. przez różnych autorów japońskich na Formozie i w Tokio.

B r i o n (Paratyphus. „Deutsche klinik“ 1903 r.) w jednym przypadku wychodował lasecznik paratyfusu jednocześnie z kału, różyczki, krwi, moczu, wreszcie z ropnej wydzieliny z pochwy i cewki. Klinicznie konstatować można było powiększenie śledziny i wątroby, zaparcie stolca, żółtaczkę obfitą wysypką nieżyt oskrzeli, tętno przez cały czas choroby było małe; wystąpiły również dwa dość ciężkie nawroty. Podług spostrzeżeń B r i o n'a zakażenie lasecznikami paratyfusu odbywa się przez wodę i mięso. Z 66 przypadków paratyfusu, zebranych z literatury przez B r i o n'a, śmiertelnych jest tylko 2.

Epidemię paratyfusową opisuje też H ü n e r m a n n. W koszarach zdarzyło się 38 zachorowań. Z pewnością można było twierdzić, że chorobę przyniósł z sobą żołnierz, który, będąc na urlopie, chorował na biegunkę. H ü n e r m a n n przytacza tylko część bakteriologicznych spostrzeżeń. W jednym przypadku znalazł on w kale, w drugim w moczu la-

leczniki indentyczne z lasecznikami Schotmüller'a.

Klinicznie zachorowania miały przebieg podobny do lekkiego duru brzuszego; tutaj również zauważyć można było obfitą wysypkę. Ponieważ źródło zakażenia w danym przypadku było wiadome, nietrudno było określić i okres wylegania, który był w przybliżeniu ten sam, co i przy durze brzuszonym.

L e n t z (M ün c h e n e r Med. Wochenschrift 1906 r. Nr. 35) w czerwcu r. b. na kongresie w Berlinie omawiał rozpoznanie różniczkowe paratyfusu.

Podług niego główne kliniczne objawy są następujące:

- 1) raptowny początek choroby, dreszcze, wymioty, rozwolnienie, nagłe podniesienie się ciepłoty;
- 2) wystąpienie wyprysku wargowego w pierwszych dniach choroby;
- 3) wypróżnienia cuchnące i zawierające dużo śluzu;
- 4) różyczka, zwykle dość obfita, czasami jednak w postaci kilku tylko plam;
- 5) powiększenie śledziny występuje w okresie 3-go do 5 dnia choroby, w następnych dniach śledziona się zmniejsza i wcale się nie wyczuwa;
- 6) nieprawidłowy, atypiczny przebieg gorączki, wieczorami czasami występują poty.

M i l m a n (Wracz, sierpień 1906 r.) opisuje następujący przypadek paratyfusu. 8/III b. r. do szpitala przybył 36 letni robotnik z wyraźną gorączką, narzekając na ogólne niedomaganie i bóle w nogach. Przy pierwszym badaniu znaleziono co następuje: t. 39,6°, tętno 140 uderzeń na minutę, śledziona powiększona, wyczuwa się na 1 palec niżej łuku żebrowego. W płucach, sercu i nerkach nic anormalnego; wypróżnienia normalne. W szpitalu stan jego się pogorszył; chory pocił się, bredził, stracił przytomność i 11-go tego miesiąca umarł. Ciepłota przez cały czas przebywania chorego w szpitalu była następująca:

8-go—39,6 9-go  $\frac{38,4}{39,1}$  10-go  $\frac{38,4}{38,9}$  11-go  $\frac{39,6}{39,9}$

Badanie pośmiertne wykazało co następuje: wątroba i śledziona znacznie powiększone; błona śluzowa jelit małokrwista; gruczoły krezkowe powiększone, w niektórych drobne krawce wybroszyny. Ze krwi autor otrzymał lasecznik paratyphi.

**L e m b k e** (Eine Paratyphusepidemie im Kreise Kreuznach, Zeitschr. f. Medizinalb. 1905 r.) obserwował małą epidemię paratyfusu; wszystkich chorych było 13; rozpoznanie drobnowidzowe — na zasadzie reakcy **V i d a l'a**; klinicznie paratyfus był rozpoznany tylko w 4 przypadkach; okres wylegania trwał od 15 do 21 dni; gorączka mała i krótkotrwała, przebieg nieprawidłowy; w kilku przypadkach gorączka trwała od 2 do 3 dni; język był mało obłożony, brak różyczki i powiększenia śledziony; w większości przypadków choroba się rozpoczęła wymiotami i rozwolnieniem, później występowało zaparcie stolca. Chorzy przeważnie narzekali na ogólne osłabienie, bóle gardzieli, głowy i krzyża; przebieg choroby więcej przypominał influencję, niż tyfus. Jeden chory, który przez cały czas czuł się bardzo osłabionym, umarł 46-go dnia choroby przy objawach krwotoku kiszkiowego.

Zakażenie przez mięso było wykluczone. Autor przypuszcza, że najprawdopodobniej choroba była zawleczona z sąsiedniej miejscowości, w której panował paratyfus; utrzymuje również, że w niektórych przypadkach rozpowszechnienie się choroby miało miejsce przez styczność, przez bezpośrednie przenoszenie zarazka. Wątpliwym jednak wydaje mu się wysoki stopień zaraźliwości paratyfusu, ponieważ wśród otoczenia chorych, pomimo złych warunków higienicznych i przy braku wszelkiej dezynfekcyi, nie było wypadków zakażenia; wydaje mu się również prawdopodobnym, że polewanie ulic odgrywa wielką rolę przy szerzeniu się zarazy; jako źródło zakażenia mogły również służyć wypróżnienia chorych.

Na zasadzie opisów wyżej wspomnianych autorów można dojść do wniosku, że obraz kliniczny paratyfusu nie zawsze różni się od obrazu duru brzuszkiego; co prawda, obraz kliniczny paratyfusu nie jest jednolity i jednostajny dla wszystkich przypadków, ale to samo tyczy tyfusu brzuszkiego. Jednym z najstałszych objawów duru brzuszkiego jest gorączka; spotykamy ją i przy paratyfusie. Gorączka przy paratyfusie nie zawsze przypomina typ **W ü n d e r l i c h'a**, często bywają pewne zboczenia (raptowny początek, atypiczny przebieg), ale zboczenia te mamy również i przy durze brzuszkiem. Co do innych stałych objawów tyfusu brzuszkiego, jak powiększenie śledziony, różyczka, biegunka, to spotykamy je i przy paratyfusie, bywają

nawet przypadki paratyfusu z krwotokami kiszkiowymi (**F e y f e r, K a y s e r i L e m b k e**) i nawrotami (**B r i o n**). Obraz kliniczny paratyfusu różni się od duru brzuszkiego lekkim przebiegiem choroby; na 66 przypadków, zebranych z literatury przez **B r i o n'a** do 1903 r., śmiertelnych przypadków jest tylko 2, po 1903 r. opisów paratyfusu z zejściem śmiertelnym, za wyjątkiem przypadku **M i l m a n'a**, w literaturze wogóle nie spotykamy.

Co do etyologii, to widzimy, że zarazek paratyfusu może dostać się do ustroju ludzkiego przez spożycie rozłożonych ciał organicznych zwierzęcych, dalej przez wodę, powietrze, z pokarmami zarazkiem zanieczyszczonymi; zarazek może również być przeniesiony z chorego człowieka na otoczenie, prawdopodobnie przez jego odchody.

Co do zmian anatomo-patologicznych, to wiadomości nasze są bardzo skąpe. **A s c o l i** znalazł owrzodzenia w cienkich jelitach, obrzmienie gruczołów krezkowych i śledziony; takie same zmiany zauważył przy swoich badaniach i **E b e r t h**.

Wyżej wspominaliśmy, że **B r i o n** na 66 przypadków paratyfusu opisał 2 z zejściem śmiertelnym; w jednym z tych przypadków (**L o n g c o p e**) wszystkie organy były w stanie mięszkowego narzmienia, w drugim zaś (**S i o n-N e g e l**) znaleziono objawy ropnicy (zapalenie wsierdzia, zatory mózgowe i nerkowe), w obydwu tych przypadkach nie było typowych dla duru brzuszkiego zmian kiszkiowych; tych zmian nie było również w przypadku **M i l m a n'a**. Nie trzeba jednak zapominać, że i laseczniki **E b e r t h'a** również mogą wywołać zachorowania septyczne bez zmian typowych w jelitach; takich przypadków opisano dość dużo (**K o l l e i W a s s e r m a n n, C u r s c h m a n, B r i o n, H e n o c h**). Widzimy więc, że zmiany anatomo-patologiczne paratyfusu przypominają takowe duru brzuszkiego.

Biorąc pod uwagę, że obraz kliniczny, etyologia i anatomo-patologia paratyfusu i duru brzuszkiego są bardzo podobne do siebie, musimy przyjść do wniosku, że bac. paratyfusu jest tylko odmianą bac. **E b e r t h'a**.



## © stosowania odczynnika durowego z pracowni Karwackiego. \*)

Przez Dr. H. Raszkesa (Radom).

Od czasu ogłoszenia artykułu M. Ficker'a <sup>1)</sup> i zalecenia przez niego odczynnika durowego, dającego każdemu lekarzowi, nie posiadającemu pracowni bakteryologicznej, możność wykonania badania serodyagnostycznego krwi i otrzymania wyników takich samych, jak przy próbie Vidala, — szerszy ogół lekarzy zajął się tą sprawą; najlepiej o tem świadczy duża liczba prac, tej sprawy dotyczących.

W dostępnym mi piśmiennictwie znalazłem 25 prac, charakteryzujących odczynnik Ficker'a jako cenny środek rozpoznawczy, mianowicie: Ficker <sup>1)</sup>, Meyer <sup>2)</sup>, Kazarinow <sup>3)</sup>, Radzikowski <sup>4)</sup>, Ehrsam <sup>5)</sup>, Lion <sup>6)</sup>, Habicht <sup>7)</sup>, Skutetzky, <sup>8)</sup>, Graman <sup>9)</sup>, Curtius <sup>10)</sup>, Putermann <sup>11)</sup>, Clamann <sup>12)</sup>, Kurt Walter <sup>13)</sup>, Rolly <sup>14)</sup>, Blum <sup>15)</sup>, Tiling <sup>16)</sup>, Flatau i Wilke <sup>17)</sup>, Eichler <sup>18)</sup>, Kühn <sup>19)</sup>, Jürgens <sup>20)</sup>, Stäubli <sup>21)</sup>, Fidler <sup>22)</sup>, Schottelius <sup>23)</sup>, Martineck <sup>24)</sup> i Cernicki <sup>25)</sup>. Dotychczas jeden tylko Hugo Selter <sup>26)</sup> odezwał się niepocholebnie o odczynniku Ficker'a, mianowicie, że próba ta ustępuje znacznie w swoich wynikach próbie Vidala.

Ja osobiście dokonałem badań serodyagnostycznych z odczynnikiem Ficker'a na oddziale kol. Fidlera w szpitalu żydowskim w Radomiu w 35 przypadkach: 21 — z pewnem rozpoznaniem cierpienia niedurowych. (Wyniki badań w pierwszych 26 przypadkach ogłoszone zostały przez kol. Fidler'a <sup>22)</sup>).

Otóż w przypadkach z niewątpliwem klinicznym rozpoznaniem duru brzuszego próba Ficker'a potwierdza rozpoznanie w 77%, w przypadkach zaś niedurowych nigdy się nie otrzymało wyniku dodatniego.

Odczynnik Ficker'a starają się niektórzy zastąpić zawiesiną bakterii durowych z dodatkiem środka antyseptycznego (metoda Asakavy); takie odczynniki przygotowali Lion, Rolly i Karwacki.

Odczynniki Liona <sup>6)</sup> — hodowla, zabita za pomocą formaliny (Typhusfor-

malinkultur) i Rolly'ego <sup>14)</sup> — hodowla, zabita za pomocą toluolu lub formolu, — o ile sądzić można z piśmiennictwa, nie znalazły wielu zwolenników.

Osobiście nie używałem tych odczynników, niejednokrotnie zaś stosowałem odczynnik z pracowni Karwackiego. Mam wprawdzie dotychczas tylko 18 spostrzeżeń pod tym względem, lecz już te spostrzeżenia dają mi prawo do pewnych wniosków.

Na posiedzeniu Warszawskiego Towarzystwa Lekarskiego 17 stycznia roku zeszłego L. Karwacki <sup>27)</sup> demonstrował niektóre odczynniki do badań serodyagnostycznych, między innymi odczynnik durowy.

Przyrządzanie odczynnika K. „opiera się na tych doświadczalnych przesłankach, że z ciał zabitych drobnoustrojów można wylugować te istoty, które ulegają aglutynacji i decydują o powstawaniu odczynu, tak zwane aglutynogeny“. Odczynnik przedstawia płyn, równomierne mętny, który z surowicą krwi chorego na dur brzuszny daje charakterystyczny opad lub grudki.

Technika aglutynacji, zalecona przez Karwackiego, jest nieco odmienna od zaleconej przez Ficker'a a demonstrowanej przezemnie na posiedzeniu naszego towarzystwa w październiku 1904 r. Krew otrzymujemy przez zastosowanie ciekłej bańki; po 24 godzinach surowicę krwi zbiera się z bańki za pomocą pipetki i przenosi się do próbki z podziałkami. Do rozpoznania duru brzuszego, według Karwackiego, wystarczą tylko dwa rozcieńczenia, 1:30 i 1:60. Biorąc więc do próbki, przypuścmy, 0,5 cm. surowicy krwi i dolewając 7 cm. fizyologicznego (0,8%) płynu, otrzymujemy rozcieńczenie 1:15. Część tego płynu przelewa się do małej próbki, służącej do wykonania samego odczynu, i dolewa się taką samą ilość odczynnika durowego; otrzymujemy razem z odczynnikiem rozcieńczenie 1:30. Chcąc mieć rozcieńczenie 1:60, należy do części rozcieńczonej pierwotnie płynem fizyologicznym surowicy w stosunku 1:15 jeszcze raz dodać taką ilość płynu fizyologicznego; otrzymuje się rozcieńczenie surowicy płynem fizyologicznym 1:30; do części tego płynu dolewa się taką ilość odczynnika durowego, otrzymuje się rozczyn 1:60. W ten sam sposób można otrzymać rozcieńczenie większe np. 1:120 i t. d.

Ponieważ z odczynnikiem Ficker'a robiłem zwykle próby w rozczynnie 1:50

\*) Odczyt, wypowiedziany w Radomskim Towarzystwie Lekarskim dnia 7 kwietnia 1906 r.



i 1:100, więc i z odczynnikiem Karwackiego dla ścisłego porównania robiłem próby w tych samych rozcieńczeniach. Trzymałem się przytem też techniki Ficker'a, gdyż używałem do prób tych samych probówek i pipetki, które otrzymaliśmy od Mercka razem z odczynnikiem F.

Wyniki badań serodyagnostycznych z odczynnikiem Karwackiego są następujące.

Z pośród 18 chorych, poddanych próbie, było jedenastu z klinicznym rozpoznaniem duru brzuszego; w 1 przypadku rozpoznanie nie zostało ustalone, 6 zaś przypadków było stanowczo niedurowych.

We wszystkich przypadkach duru brzuszego odczyn Karwackiego wypadł dodatnio. Przytem trzeba zaznaczyć, że w 9-ciu przypadkach próba robiona była jednokrotnie: w dwóch 9 dnia choroby, w trzech 10 dnia, w następnych zaś — 12, 13, 18 i 20 dnia. Z pośród tych przypadków w trzech 10, 13, 18 dnia — otrzymano wynik dodatni przy rozcieńczeniu tylko 1:50; przy rozcieńczeniu 1:100 wynik wypadł ujemnie. W innych przypadkach sześciu wynik dodatni był przy obydwóch rozcieńczeniach 1:50 i 1:100.

W pozostałych dwóch przypadkach z tych 11 durowych próba serodyagnostyczna wykonana została 2 razy. W pierwszym: 9 i 14 dnia, w drugim: 8 i 13 dnia choroby. Pierwsze badania wypadły ujemnie (otrzymało się tylko lekki, bardzo nieznaczny osad), drugie zaś dały wyniki dodatnie wyraźnie przy rozcieńczeniu 1:50. W obu przypadkach (dwie siostry), prawie zupełnie identycznych, mieliśmy do czynienia z lekkim drem, gdzie ciepłota opadła już 16 dnia choroby.

Na szczególną uwagę zasługuje następujący przypadek.

Wezwany zostałem do ciężarnej, skarżącej się na bóle brzucha. Czuje się niezdrowa już od 7—8 dni; miewała od czasu do czasu dreszczyki, bóle głowy i, być może, gorączkę. Znajduje się obecnie w 9-ym miesiącu ciąży; bóle wystąpiły przed 6 — 8 godzinami. T<sup>o</sup>. 39,0<sup>o</sup>. P. 96. Język suchy. Chora ma suchy kaszel. W płucach objawy rozlanego zapalenia oskrzeli. Rozpoznałem dur brzuszny i rozpoczynający się poród (roztwarcie ujścia macicznego na 1½ palca). Po mojem odejściu bóle porodowe powiększyły się; po 8 godzinach chora urodziła żywe dziecko. Nazajutrz

T<sup>o</sup>. 39,6<sup>o</sup>. P. 120. Kaszel i silne bóle porodowe. Wezwany przezemnie drugi kolega utrzymywał—wobec braku różyczki i powiększenia śledziony, wobec natomiast silnego kaszlu, objawów zapalenia oskrzeli, bólu w lewym boku i zaostrzenia oddechu szczególnie w jednym miejscu górnego płata lewego płuca, — że mamy do czynienia z centralnem zapaleniem płuc (pneumonia centralis sinistra). Dla wyjaśnienia wątpliwości dokonałem nazajutrz próby serodyagnostycznej z odczynnikiem Karwackiego i otrzymałem dodatni wynik przy rozcieńczeniu 1:50 i 1:100. Po 3—4 dniach kaszel i wszelkie inne objawy płucne ustąpiły, pacjentka zaś gorączkowała dalej i w ciągu jeszcze 2 tygodni przechodziła dur brzuszny z dosyć typowym przebiegiem. W tym więc przypadku próba serodyagnostyczna z odczynnikiem Karwackiego dała możność prawidłowego rozpoznania choroby, pomimo wątpliwych objawów.

Jak już wyżej wspomniałem, w jednym przypadku rozpoznanie nie zostało ustalone; wahało się między rumieniem guzikowatym (erythema nodosum), drem brzuszny i zimnicą. Dotyczy ten przypadek chorego, przybyłego do szpitala ze skargami na bóle głowy, uczucie niedomagania i gorączkę. Na górnych i szczególnie dolnych kończynach znajdowały się bolesne przy naciskaniu, guzikowate nacieczenia głębokich warstw skóry właściwej, niedużej wielkości. T<sup>o</sup>. podnosiła się czasami do 39<sup>o</sup> ze znacznymi zwolnieniami prawie do normy. Po 8-iu dniach guzikowate nacieczenia znikły, na ich miejscu zostały ślady, przypominające typową różyczkę. Ciepłota zaś w tym czasie przyjęła charakter przepuszczający (febris intermittens), ale nieprawidłowy; podnosiła się wieczorami do 39<sup>o</sup>, 39,5<sup>o</sup> i nawet przeszło 40,0<sup>o</sup> z rannemi zwolnieniami aż do 37,0<sup>o</sup>, nawet 36,0<sup>o</sup>. Dreszców chory nie miewał. Śledzionę można było wyczuć. Język nie obłożony, stan ogólny dosyć zadawalniający. Próba serodyagnostyczna z odczynnikiem Karwackiego, wykonana 10 dnia po przybyciu do szpitala, dała wynik dodatni w obydwóch rozcieńczeniach 1:50 i 1:100. Niestety, chory 24 dnia choroby na własne żądanie wypisał się ze szpitala z wyżej wspomnianymi objawami i dalszy przebieg choroby nie dał nam możliwości z pewnością ustalić rozpoznania. Typ gorączki w tym przypadku nie przemawia stanowczo przeciw durowi, ponieważ gorączka przepuszczająca

czyli silnie zwalniająca przy durze brzusz-  
nym zdarza się. Prof. Treupel<sup>28)</sup>  
widział taką gorączkę w 21,60/0 przypad-  
ków duru; i guzikowate nacieczenia w  
skórze nie przemawiają również przeciw  
durowi, jeżeli przypomni sobie, w jak  
wielu postaciach ukazuje się wysypka  
przy durze brzusz-  
nym (roseola, petechia,  
papula, erythema, nawet herpes albo  
urticaria vesiculosa, jak w przypadku  
Fidlera<sup>22)</sup>).

Oprócz tych przypadków durowych  
stosowałem odczynnik Karwackiego  
w 6 przypadkach niedurowych. W 3  
przypadkach, w których obfita wysypka  
i cały przebieg choroby dał możność  
rozpoznania duru wysypkowego, próby  
serodyagnostyczne dały wyniki ujemne.  
W jednym przypadku próby dokonano  
8 i 14 dnia choroby, w drugim — 9 i  
14 dnia, w trzecim 6 dnia. W jednym  
przypadku wrzodu żołądka, w 1 przy-  
padku zwapnienia naczyń i 1 przypadku  
zapalenia płuc — próby również wy-  
padły ujemnie.

Reasumując wyniki badań z odczyn-  
nikiem Karwackiego, widzimy, że  
we wszystkich przypadkach durowych  
próby te wypadły dodatnio, w nieduro-  
wych zaś — ujemnie. Odczyn występuje  
zazwyczaj w dosyć późnym okresie  
choroby, w 2-im, 3-im tygodniu i nawet  
później. Wobec tego odczynnik Kar-  
wackiego, jak i Fickera, nie przed-  
stawia pewnego środka rozpoznawczego,  
szczególnie w pierwszych tygodniach  
choroby, lecz razem z innymi objawami  
duru brzusznego ułatwia i ustala rozpo-  
znanie. W każdym razie, jeżeli brak  
odczynu jeszcze nie przemawia przeciw-  
ko rozpoznaniu duru brzusznego, to do-  
datni odczyn niewątpliwie ustala rozpo-  
znanie duru brzusznego.

Porównyując odczynnik z pracow-  
ni Karwackiego z odczynnikiem  
Fickera, przychodzimy do wniosku,  
że pierwszy nie ustępuje odczynnikowi  
Fickera, jest poniekąd nawet czulszy,  
gdyż próba Fickera w 4 przypad-  
kach niewątpliwie durowych (z pośród  
13<sup>22)</sup>) dała wynik ujemny, z odczynni-  
kiem zaś Karwackiego we wszyst-  
kich 11 przypadkach durowych otrzy-  
małyśmy dodatnie wyniki. Przytem odczyn-  
nik Karwackiego jest o wiele tań-  
szy. Nabyć go można w aptece Kar-  
pińskiego w Warszawie.

Na zakończenie niechaj mi wolno  
będzie podziękować raz jeszcze kol. Fi-  
dlerowi, starszemu ordynatorowi od-  
działu wewnętrznego, za pozwolenie ko-

rzystania z materyału i za pomoc w tej  
pracy.

### Piśmiennictwo:

- 1) Berliner Klin. W. 1903. № 45. — 2) Berlin  
Kl. W. 1904. № 7.—3. Russkij wracz. 1903. № 51.  
str. 1320. — 4) Przegląd lekarski 1904. № 15. —  
5) Münchn. M. W. 1904. № 5, str. 662. — 6) Mün.  
M. W. № 21. p. 908. — 7) Przegląd lekarski. 1904.  
№ 31. — 8) Deutsche M. W. 1904. № 35. str. 1304.  
— 9) Deutsche M. W. 1904. № 22. — 10) Z. f.  
Medicinal Beamte, 1904. Hft. 17. — 11) Czasopis-  
mo lekarskie 1904 №№ 5 i 6. — 12) Deutsche M.  
W. 1904. № 28, str. 1024. — 13) Deutsche M. W.  
1904. № 33 — 14) Münchn. M. W. 1904. № 24.  
— 15) Münchn. M. W. 1904. № 41. p. 1329. — 16)  
Münchn. M. W. 1904. № 48. — 17) Münchn. M. W.  
1905. № 3. p. 110. — 18) Münchn. M. W. 1905.  
№ 3. p. 112. — 19) Münchn. M. W. 1904. № 14.  
p. 632. — 20) Deutsche M. W. 1904. № 34. str.  
1234. — 21) Münchn. M. W. 1904. № 48. str. 2128.  
— 22) Czasopismo lekarskie 1905 №№ 2, 3. — 23)  
Münchn. M. W. 1905. № 15. str. 700.—24) Münchn.  
M. W. 1905. № 15. str. 701. — 25) Wraczebnaja  
Gazeta. 1905. № 34. str. 950. — 26) Münchn. M.  
W. 1905. № 3. str. 108. — 27) Medycyna 1905 i  
Wraczebnaja Gazeta. 1905. № 27.



## Przypadek obustronnego porażenia nerwów twarzowych samoistnego. (Diplegia Facialis, Prosopodiplegia).

(Przedstawiony w Tow. Lek. Łódz. d. 3. X. 1906).

Podał Dr. Med. A. Pański.

Przypadków obustronnego porażenia  
nerwów twarzowych samoistnego, jakoby  
wskutek zaziębienia, a właściwie wsku-  
tek niewyjaśnionych dotychczas powo-  
dów powstałych, spostrzegano bardzo nie-  
wiele.

Według Bernhardta<sup>1)</sup> proso-  
podiplegia zdarza się, w przeciwieństwie  
do porażen jednostronnych tegoż nerwu,  
wyjątkowo rzadko, a powstaje z tych sa-  
mych przyczyn, które powodują poraże-  
nie jednostronne.

Hübshman<sup>2)</sup> zebrał w literatu-  
rze, obejmującej drugą połowę zeszłego  
stulecia, zaledwie 18 przypadków tego  
cierpienia.

Bregman<sup>3)</sup> opisał przypadek obu-  
stronnego porażenia, zaliczając takowy

1) Erkrankungen der peripheren Nerven. 1895.  
I Th. str. 206.

2) Ueber Recidive und Diplegie bei der so-  
genannten rheumatischen Facialislähmung Neurol.  
Central. 1894 r. № 22 i 23.

3) Ueber Diplegia Facialis. Neurol. Centr.  
1896 r. 6.

do oddzielnego typu polyneurytów, w których porażenie dotyczy głównie i przeważnie obydwóch nerwów twarzowych.

Darkszewicz<sup>4)</sup> zaznacza, iż w przeciągu 5 lat nie spostrzegął w poliklinice dla chorych nerwowych w Kazaniu ani jednego przypadku porażenia obydwóch nerwów twarzowych samoistnego.

Przypadek Prosopodiplegii samoistnej przedstawiłem w Tow. Lek. Łódz. (1899 r.).

Ze względu na tak małą liczbę obserwowanych przypadków obustronne porażenia nerwów twarzowych samoistnego, przypadek, obserwowany przezemnie, zasługuje na opublikowanie.

A. M. 64 l., żona handlarza. Rodziła 15 dzieci i wszystkie sama karmiła. Zawsze czuła się zdrową. Przed 30 laty przebyła tyfus. Błada, wycieńczona, źle odżywiana.

1/IX. Zaczęła czuć jakby obce ciało w prawem oku, z którego obficie łzy spływały. Następnego dnia zauważyła, że prawą połowę ust niewygodnie jej jadąc i że tą samą połową języka nie czuje żadnego smaku, odróżnia zaś jakoś potraw dopiero, gdy je językiem przeniesie na lewą stronę ust, lub gdy połyka. Uśmiech, lub płacz powoduje skrzywienie ust ku stronie lewej. Chora dnia poprzedniego przechadzała się po ulicach, nie przypuszcza jednak, by się przeziębila.

Ponieważ objawy powyższe w przeciągu kilku dni nie ustępowały chora zwróciła się do mnie.

6/IX. Chora nie może marszczyć prawej połowy czoła, pokazać zębów tejże strony, gwizdać i t. d. Przy zamknięciu powiek pozostaje znaczna szczelina, przyczem gałka oczna zwraca się ku górze i na zewnątrz (objaw Bella). Przy pokazaniu języka — takowy nie zbacza. Łuki podniebienia unoszą się ku górze jednakowo z obydwóch stron. Języczek nie zbacza. Czucie na prawej połowie twarzy bez zmian. Na jakiegokolwiek sensacje w porażonych mięśniach, lub na szum w uchu chora nie narzeka. Na przedniej powierzchni prawej połowy języka chora nie rozróżnia zupełnie gorzkiego, słodkiego, słonego lub kwaśnego (próba płynami). Badanie elektrycznością mięśni twarzy wykazuje nieznaczne zwiększenie pobudliwości elektrycznej względem prądu przerywanego zarówno bezpośredniej jak i pośredniej;

prąd stały nie wykazuje żadnych nieprawidłowości mianowicie: formułka drgań mięśniowych i charakter drgań pozostały prawidłowe, czyli brak wszelkich cech odczynu zwyrodnienia.

W układzie nerwowym jak i wogóle w innych narządach żadnych niedokładności nie stwierdziłem.

Porażenie wszystkich trzech gałęzi nerwu twarzowego, nieznaczne zmiany pobudliwości elektrycznej wraz ze zniesieniem smaku na połowie języka tej samej strony, wreszcie brak jakiegokolwiek innych objawów ze strony układu nerwowego czyniło rozpoznanie: samoistne porażenie nerwu twarzowego obwodowe — nie ulegającym prawie żadnej wątpliwości; ze względu zaś na zniesienie smaku na przestrzeni mniej więcej  $\frac{2}{3}$  części przedniej powierzchni języka przypuszczać należało, iż zaatakowanie nerwu nastąpić musiało powyżej miejsca, od którego odchodzi Chorda tympani. Ponieważ słuch nie ucierpiał i języczek nie zbaczał, miejsce zaatakowane musiało się znajdować poniżej Gangl. Geniculi i N. Stapedius.

W przeciągu tygodnia mogłem stwierdzić nieznaczne polepszenie w dowolnych ruchach porażonych mięśni. Atoli dnia następnego (13 dnia trwania porażenia) chora zwraca mi uwagę że już wykrzywionej twarzy jakoby niema, natomiast i lewą połowę języka nie może rozróżnić smaku przyjmowanych pokarmów.

Jedno spojrzenie na twarz chorej, którą dnia poprzedniego widziałem, wystarczyło, by zrodziło się podejrzenie, że i druga połowa twarzy uległa porażeniu. Asymetria twarzy widziana poprzedniego dnia znikła, czoło chorej (kobiety starej — przedtem do połowy nieco zmarszczone) zupełnie bez zmarszczek, robiło wrażenie szerszego, fałdy nosowargowe wygładzone, usta dziwnie zamknięte a na tej martwej twarzy duże gałki oczne szklące się wskutek utrudnionego odpływu łez; zupełny brak ruchów mimicznych nadawał twarzy podobieństwo męskie.

Śmiech, gwizdanie, pokazanie zębów, wyplucie śliny zupełnie niemożliwe. Mowa utrudniona, niewyraźna zwłaszcza w słowach z literami wargowemi. Jedzenie i żucie utrudnione, pokarmy bowiem dostają się pomiędzy dziąsła i policzki z kądem musi je chora wydostawać palcami.

Percepcja smaku na przedniej połowie  $\frac{2}{3}$  języka zupełnie zniesiona; chora nie odróżnia gorzkiego, kwaśnego (pró-

4) Zur Frage von Lähmungsercheinungen bei Pasteurschen Wuthschutzimpfungen Neurol. Centr. 1898. № 3.

ba wykonana rozczynek cukru, kwasu octowego i t. d.). Przy zamykaniu powiek gałki oczne zwracają się ku górze i ku stronie prawej, a Lagophthalmus jeszcze dość widoczny po stronie prawej jest o wiele większy po stronie lewej. Łyknięcie jak i przedtem nie utrudnione. Uwula zbacza cokolwiek ku stronie prawej.

Badanie mięśni lewej połowy twarzy prądem elektrycznym wykazało zwiększoną pobudliwość mięśni pośrednią i bezpośrednią na prąd elektryczny; cech odczynu zwyrodnienia nie stwierdzono. Natomiast w mięśniach prawej połowy twarzy pobudliwość elektryczna w ostatnich dniach zmniejszała się i gdy prąd stały wykazywał zmniejszoną pobudliwość przy aplikowaniu takowego na nerw, to przy aplikowaniu na porażone mięśnie otrzymywało się cechy częściowego odczynu zwyrodnienia P. E. R. Lekka forma porażenia nerwu twarzowego prawie przybrała formę porażenia cięższego (Mittelform).

Badanie innych nerwów czaszkowych, jak również całego układu nerwowego, nie wykazało i tym razem żadnych nieprawidłowości.

W kilku słowach streszczony przebieg cierpienia był następujący: do prawostronnego porażenia nerwu twarzowego obejmującego wszystkie trzy gałązki twarzowe, przyłączyło się po dwóch tygodniach lewostronne porażenie tegoż nerwu, (sięgające nieco wyżej, niż po stronie prawej, porażeniu bowiem uległa również gałązka unerwiająca języczek), innemu słowu chora dotknięta została obustronnym porażeniem nerwu twarzowego.

Pozostało nam natomiast wyjaśnić, czy obustronne porażenie nerwów twarzowych początywać w danym przypadku za cierpienia samoistne, czy też za objaw cierpienia bądź mózgowego, bądź obwodowego ogólnego, przy którym symetryczne porażenie nerwów twarzowych mogło być spostrzegane. Brak jakiegokolwiek zboczeń ze strony całego układu nerwowego pozwala nam wykluczyć wszystkie cierpienia mózgowo, lub czaszkowe, przy których porażenie obydwóch nerwów twarzowych wystąpić by mogło jako jeden z objawów tego cierpienia. Wykluczyć przeto możemy porażenia o-puszkowe, cierpienie mostu Varola, zapalenie opon mózgowych i wiele innych. Poza tem spostrzegano obustronne porażenia i w innych wypadkach, a przytoczę tutaj tylko te, które opublikowano

po pracach H ü b s c h m a n a <sup>5)</sup> i B e r n h a r d t a <sup>4)</sup> którzy całą literaturę ty-czącą się omawianego cierpienia uwzględnili. Otóż opisywano diplegię twarzową po pęknięciu dna czaszki (przypadek przedstawiłony przez J o l l y <sup>5)</sup> przy zatkaniu tętnie nerwów twarzowych (przypadek L a b a d i e - L a g r a v e i B o i x <sup>6)</sup>, przy zapaleniu wewnętrznego ucha lub pruchnicy kości ucha (przypadek H e r z f e l d a <sup>7)</sup>; jako jeden z objawów wielorakiego porażenia nerwów (przypadek A l t h a u s a <sup>8)</sup>, lub tylko nerwów czaszkowych na tle luetycznym, gruźliczym (przypadek R a d a <sup>9)</sup> lub alkoholizmem (2 przypadki S t r ü m p l a <sup>10)</sup>; po szczepieniach P a s t e u r o w s k i c h (2 przypadki D a r k s z e w i c z a <sup>3)</sup>, po influency (przypadek B a r k a s a <sup>11)</sup>; porażenie nerwów twarzowych wrodzone (2 przypadki T h o m a s a <sup>12)</sup>, spostrzegane u dwóch braci; wreszcie przypadek H o f m a n a <sup>13)</sup> w którym przyczyna porażenia nie wspomniana:

Wszystkie powyższe przytoczone cierpienia, przy których jednym z objawów występowała diplegia twarzowa, muszą w naszym przypadku być wykluczone zarówno bowiem wywiady jak szczegółowe badanie całego układu nerwowego z uwzględnieniem wszystkich wyżej omawianych cierpień nie wykazało nic co by za jakąkolwiek z tych chorób przemawiać mogło.

Natomiast powstanie porażenia, przebieg tegoż, badanie elektrycznością porażonych mięśni i nerwów upoważniało nas do zaliczenia obustronnego porażenia w naszym przypadku do cierpienia samoistnych, zwłaszcza że i wystąpienie porażenia po drukiej stronie twarzy w 14 dni po porażeniu z jednej strony również

5) Refer. w Neurol. Centralbl. 1900 r. str. 237.

6) Arch. génér. de méd. 1896. Janv. Sur un cas de diplegie faciale totale d'origine arterielle.

7) Ein Fall von doppelseitiger Labyrinthnekrose mit doppelseitiger Facialis und Acusticuslähmung Berl. klin. Woch. 1901 r.

8) Die beiderseitige facialis lahmung als eine Form der Polyneuritis. Deutsche Med. Woch. 1893.

9) Zur Lehre von der multiplen selbständigen Gehirnnervenentzündung. Fall von Diplegia facialis combinirt mit Ophthalmoplegia externa. Ref. w Neur. Cent. 1901. str. 313.

10) Refer. na zjeździe neurologów w Baden-Baden. Neurol. Central. 1897. str. 610.

11) Bilateral facial paralysis as a sequence of Influenza. Refer. w Neur. Centr. 1805. str. 513.

12) Congenital facial paralysis. Ref. w Neur. Centr. 1907 r. str. 576.

13) Przypadek diplegia facialis przedstawiony na zjeździe w Baden-Baden. Refer. w Neur. Central. 1904. str. 631.

było dla tego cierpienia charakterystyczne.

Bernhardt<sup>1)</sup> zwraca uwagę iż rzadko się zdarza by obustronne porażenie nerwów twarzowych, tak zwanne reumatyczne, miało powstać odrazu. Natomiast zarówno ten autor jak inni zaznaczają, iż zazwyczaj występuje porażenie jednego nerwu twarzowego, do którego po jakimś czasie przyłącza się porażenie tegoż nerwu drugiej strony, tworząc razem porażenie obustronne.

Pozostaje nam jeszcze powiedzieć słów kilka o przebiegu choroby. Jakiśmy już powiedzieli wyżej porażenie nerwu twarzowego prawego, uznawane początkowo za należące do lżejszych (ze względu na nieco zwiększoną pobudliwość faradyczną nerwu i mięśni jakoteż na brak cech odczynu zwyrodnienia) musieliśmy po 2-ach tygodniach zaliczyć do do tak zwanej średniej formy porażenia. W końcu 4-go tygodnia pomimo widocznej poprawy w sprawności mięśni prawej połowy twarzy (oko mogło być prawie domknięte, prawa połowa czoła marszczyła się nie źle, prawa fałda nosowargowa była dość wyraźnie zarysowana i t. d.), pobudliwość elektryczna zmieniła się na gorszą, w porażonych mięśniach bowiem stwierdziliśmy częściowy odczyn zwyrodnienia. Nawiasem dodam iż polepszenie ruchów dowolnych obok pogorszenia pobudliwości elektrycznej nie jest w porażeniach obwodowych zjawiskiem zbyt rzadkiem, chociaż wyjaśnienia tej dysproporcji jeszcze brak.

Natomiast porażenie lewostronne zachowało dotychczasową postać porażenia zarówno pod względem widocznej już poprawy dowolnych ruchów mięśni lewej połowy twarzy jak i pod względem prawidłowego zachowania się porażonego nerwu i porażonych mięśni na działanie prądu elektrycznego (stałego i prerywanego). Zauważyć wypada że i u wuła już nie zbacza tylko polepszenia pod względem odzyskania smaku na przedniej powierzchni języka stwierdzić jeszcze się nie dało.

Niewyjaśnione zostanie, dlaczego ta sama przyczyna u jednej osoby wywołuje z jednej strony twarzy porażenie lekkie, które jednak z czasem przyjmując postać porażenia cięższego, z drugiej zaś strony twarzy lżejsze i szybko ulegające poprawie.

Takież sam przypadek opublikował Bregman<sup>3)</sup> zaznaczając iż takiego przebiegu porażenia w żadnym z opisa-

nych przed nim przypadków nie stwierdzono.

W przypadku Bregmana również początkowo wystąpiło porażenie nerwu twarzowego prawego, po 2-ach tygodniach i lewy nerw twarzowy uległ porażeniu, lecz po dniach 14 nastąpiła w nim poprawa zupełna, gdy przeciwnie porażenie prawostronne początkowo do lżejszych zaliczone przybrało po paru tygodniach cechy porażenia cięższego i po 2-ach miesiącach zaledwie nieznacznej uległo poprawie.

Trudno również wytłumaczyć, dlaczego pomimo tak znacznej poprawy wszystkich ruchów mięśni twarzowych percepcja smaku na przednich  $\frac{2}{3}$  częściach języka zupełnie jeszcze nie powróciła.



## Organizacja pomocy lekarskiej dla ludności fabrycznej.

Napisał Dr. Seweryn Sterling.

(Ciąg dalszy).

### II.

Prawodawstwo socyalne w Rosyji, a więc i przepisy o podawaniu pomocy lekarskiej robotnikom fabrycznym i ich rodzinom, za grzech śmiertelny uważało wszystko, co prowadzić mogło do potrzeby udzielenia głosu samemu interesowanemu, t. j. robotnikowi.

Niby kopiowano przepisy zachodnio-europejskie, kalecząc je jednak do niepoznania dzięki temu, że to co stanowiło rdzeń tych urządzeń, nawet w Niemczech — samopoc zorganizowana — zostało po prostu amputowane.

Pozostały przepisy kalekie, które wykonywane były przez przedsiębiorców w granicach dających się przez władzę skontrolować, więc — formalnych; robotnik miał nakazane być zadowolonym i z przepisów i ze sposobu ich wykonywania.

Wartość tak organizowanej pomocy lekarskiej stała na poziomie tych intencji, jakie ją do życia powołały i tego przymusu oficjalnego, pod jakim ją w życie wprowadzono.

Zmiana zasadnicza stosunków społecznych, zbliżająca nas do układu panującego w Europie Zachodniej, odbić się musi i na tej dziedzinie.

*Obecna organizacja pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych jest zła i musi być zreformowana.*

Reformę gruntowną wprowadzi jednak dopiero państwo autonomiczne, biorąc na siebie ciężar — jednocześnie z organizowaniem czasowej pomocy dla chorych — organizowania stałej pomocy dla inwalidów pracy.

Narazie jednak trzeba stworzyć organizację przejściową, niedoskonałą już w założeniu (wobec braku pomocy dla chronicznie chorych i dla inwalidów), ale temniemniej obecnie niezbędna.

Że istnieje nagłość w tej sprawie, przekonują nie tylko rozumowania teoretyczne i przykłady innych krajów, ale w równej mierze i fakty ze stosunków medycyny fabrycznej: zatargi ostre między lekarzem fabrycznym a jego pacjentami są dziś porządkiem dziennym.

Im zaś dłużej stan obecny będzie trwał, tem większy powstanie chaos żądań, pretensji i — nadużyć przez obie strony popełnianych.

Im dłużej stan obecny będzie trwał, tem trudniej będzie wprowadzić organizację opartą na słuszności i podstawach racjonalnej gospodarki społecznej. Niezadowolone z istniejących złych urządzeń prowadzi do gwałtów, do niesprawiedliwości, do wzajemnego rozgoryczenia, których nie załagodzą półśrodki obecnie praktykowane.

Próbują bowiem dziś okupić lekarze fabryczni braki systemu — pobłażliwością dla *wszelkich* żądań swych klientów.

Pomijając stronę moralną tego postępowania — uważam je za bezcelowe; tą drogą odwlec, co najwyżej, można na czas krótki katastrofę; po pewnym czasie te wszystkie ustępstwa będą uważane za zadosyć czynienie żądaniom prawowitym, a braki systemu znów wypłyną na plan pierwszy.

Tymczasem zaś: demoralizujemy siebie, szkodzimy naszym pacjentom i cofamy wstecz postęp lecznictwa.

Że demoralizujemy się sami — rzecz zrozumiała: dla zyskania sobie naszych przymusowych pacjentów poświęcamy swą godność osobistą i swe przekonania naukowe. Któż bowiem dziś, „dla świętego spokoju“ nie zapisuje na żądanie robotnika leków, które uważa za nieskuteczne, śmieszne, bezmyślne?

Czynią tak wszyscy lekarze fabryczni — i do tego się głośno przyznają.

Szkodzimy naszym pacjentom, bo mając przedewszystkiem na względzie

utrzymanie swego stanowiska — na żądanie nieświadomego własnej korzyści robotnika słuchamy jego życzeń w dziedzinie, o której nie ma pojęcia. Toć „dla świętego spokoju“ odstępujemy od własnego zdania, na podstawie wskazań naukowych powziętego, stosując się tak często, w swych zaleceniach do gustów i żądań pacjentów.

Cofamy postęp lecznictwa w sposób monstualny! Wszak zgadzamy się na stosowanie leków zaleconych, przez baby, znachorów, felczerów, a probujemy swą powagą \*) przepisy wszelkich partaczy — by się „nie narazić“ swym przymusowym pacjentom!

Ale nawet *takie* ustępstwa z godności osobistej i stanowej nie uratują systemu!

Jest on zły już przez to samo, że doprowadził do tych ustępstw.

Napróżno więc go bronią ci wszyscy, którzy w każdej innowacji coś wrogiego zawsze widzą.

Nie czas dziś na bronienie tego, co samo życie już za pokład wyrzuciło — jedno do tworzenia norm odpowiadających nowym stosunkom społecznym.

Prawodawstwo ochrony pracy jest w państwie Rosyjskiem dopiero w związku.

Co się tyczy organizacji pomocy lekarskiej w fabrykach, to cały balast prawodawczy ogranicza się do nadania komitetom gubernialnym do spraw fabrycznych prawa wydawania przepisów, obowiązujących fabryki danej gubernii i (§ 1 punkty 52 i 107. Ustawy przemysłowej i uchwała Komitetu Ministrów 26. VIII. 1886).

Wydane dla gubernii piotrkowskiej przepisy o pomocy lekarskiej w fabrykach zawierają następujące nakazy zasadnicze.

§ 1. Wszystkie fabryki i zakłady przemysłowe są obowiązane do podawania pomocy lekarskiej bezpłatnej robotnikom i wydawania lekarstw, przepisanych przez lekarza.

*Uwaga.* Fabryki ręczne, zatrudniające mniej niż 16 robotników, są od tego obowiązku wolne.

§ 2. Fabryki i zakłady przemysłowe, zatrudniające 50 i więcej robotników, powinny mieć stałego lekarza, który będzie co najmniej dwa razy tygodniowo,

\*) Fabryka płaci za te tylko leki, które „podpisze“ lekarz fabryczny.

w godzinach z góry oznaczonych, odwiedzał fabrykę, by tam udzielać porady lżej chorym; będzie przyjmował chorych u siebie w domu, będzie ciężko chorych leczył w ich mieszkaniach lub szpitalu fabrycznym, jeżeli taki istnieje (szpital ma odwiedzać codziennie).

§ 3. W wielkich fabrykach pomagać będą lekarzowi felczerzy, felczerki, akuszerki, ale bez prawa samoistnego leczenia.

§ 4. Lekarze fabryczni mają badać wszystkich nowowstępujących robotników, prowadzić księgi chorych ambulatoryjnych i chorych leczonych w domu i szpitalu, szczepić ospe ochronną i mieć nadzór nad stanem sanitarnym fabryki.

§ 5. Fabryki, zatrudniające 50 i więcej robotników, muszą mieć pokój na ambulatoryum.

§ 6. Wszystkie miejskie fabryki, mające 50 i więcej robotników, powinny mieć w szpitalu fabrycznym po 1 łóżku na 100 robotników. Fabrykom zatrudniającym nie więcej niż 500 robotników, pozwała się na zakładanie wspólnych szpitali fabrycznych.

Podobne przepisy obowiązują w innych guberniach Królestwa.

Dopełnić je należy przepisami, tyczącymi się leczenia rodzin robotniczych.

Otóż rodziny robotników leczą się na koszt „Kasy chorych“, których członkowie płacą 1—2% swego zarobku tygodniowego; z tych pieniędzy, do których dolicza się wpływy t. zw. karne, wypłaca się zapomogi niepracującym z powodu choroby (zapomogi wysokości połowy zarobku), zapomogi (w ciągu 4 tygodni) rodzącym, zapomogi w przypadkach śmierci w rodzinie robotnika i opłaca lekarza i leki dla rodziny robotnika.

„Kasa chorych“ istnieć może tylko dla jednej fabryki; łączyć się w tym celu nie wolno.

„Kasy chorych“ nie są obowiązkowe; istnieją przeważnie w większych fabrykach. Według przepisów „członkami kasy mogą zostać tylko życzący sobie tego robotnicy“; ponieważ jednak kasa może istnieć tylko przy udziale wielkiej liczby uczestników, a zebrania robotnicze, na których możnaby zdecydować choćby tylko o potrzebie kasy i o ilości jej zwolenników w danej fabryce są przez prawo zabronione, więc powstanie kasy zależy li tylko od fabrykanta.

Obecnie Komitet gubernialny nie pozwala na potrącanie więcej niż 1% zarobku; a że z tego kasa utrzymać się nie

może, więc żąda, by taką samą sumę, jak robotnicy, płacił na utrzymanie kasy i fabrykant.

Tem się tłumaczy fakt, że w ostatnich latach nowych kas nie otwarto prawie wcale; stare istnieją na zasadzie dawnych prawideł, przy czem bezplanowy sposób ich prowadzenia obciąża budżet fabrykanta, nie dając wcale — odpowiedniej wydatkom — korzyści robotnikom.

Rozpatrzmy, jak są wykonywane przepisy o pomocy lekarskiej w fabrykach.

Podług danych przedstawionych na zjeździe starszych inspektorów fabrycznych państwa Rossyjskiego (w Kwietniu r. 1905-go):

w 82% wszystkich zakładów przemysłowych Państwa, podlegających przepisom o obowiązkiem podawaniu pomocy lekarskiej — tej pomocy robotnicy wcale nie mają;

w 5% zakładów przemysłowych robotnicy tę pomoc mają w całej jej rozciągłości przepisami nakazanej (ambulatoryja, pomoc w domu, szpitalu);

w 13% zakładów przemysłowych istnieje pomoc lekarska, ale bez szpitali.

Tak przedstawiają stan rzeczy urzędnicy, których obowiązkiem jest właśnie dopilnowanie, by przepisy prawodawstwa fabrycznego były wykonywane!

Ponieważ u nas jest o wiele lepiej, więc, wzięwszy w rachubę, że w Królestwie jest dużo zakładów przemysłowych, cyfry powyższe obliczone dla całego państwa bez Królestwa — jeszcze fatalniej wyglądać będą.

Że w Królestwie przepisy były ściślej przestrzegane, zawdzięczamy, po pierwsze — wyższej kulturze robotnika, który niełatwo się bez pomocy lekarskiej obchodzi i powtórę specjalnemu zabarwieniu, jakie posiła działalność inspekcji fabrycznej u nas.

Nie powinna nas jednak ta statystyczna przewaga ośniewać; cyfry mówią wyłącznie o formalnej stronie sprawy; to też rozpatrzeć wypada nie, czy jest, jeno jaką jest obecnie pomoc lekarska w fabrykach Królestwa.

Ograniczenia polityczne prawie zupełnie usunęły naszych lekarzy od posad państwowych, skazując ich wyłącznie na dochody z praktyki prywatnej (wszak nawet do zorganizowanej w Płocku paradyi medycyny ziemskiej sprowadzano zamorski personel lekarski!).

Ztąd — w chwili, gdy się ukaże jakieś źródło stałego zarobku, jakaś posada — liczba lekarzy ubiegających się o tę posadę jest wielka; „posada“ jest przez lekarzy ceniona i przeceniana bez względu na wysokość pensyi i — bez względu na obowiązki z nią związane.

Stało się to najwyraźniej z posadami lekarzy fabrycznych: obejmowano je bardzo często pod warunkami z góry wykluczającymi możność spełniania podjętych obowiązków.

Do tego, by przepisy o pomocy lekarskiej w fabrykach były załatwiane *formalnie*, rękę przyłożyli lekarze, przyjmując odpowiednie posady za bardzo niskie wynagrodzenie.

Jak małe są u nas honorarya lekarskie za leczenie robotników poucza następujące zestawienie wydatków na wynagrodzenie lekarzy w kilku fabrykach Królestwa. \*)

\*) Te dane mam dzięki odpowiedziom nadesłanym na kwestyonaryusz, który w Marcu r.

ubiegłego rozeszło Tow. Lek. Łódzkie. Bardzo skąpa liczba odpowiedzi niepozwoiliła na skorzystanie z tego materiału w sposób pierwotnie zamierzony.

Treść odezwy była taka:

„Towarzystwo Lekarskie Łódzkie, chcąc wziąć udział w ogólnym ruchu dążącym do poprawy obecnych warunków życia naszego społeczeństwa, za jedną z dróg najbardziej dla niego dostępnych uznało pracę nad poprawą pomocy lekarskiej dla robotników fabrycznych, głównie miejskich.

Zamierzając projekt reformy oprzeć na danych z własnego kraju, Tow. Lek. Ł. zebrać musi dane dotyczące się pomocy lekarskiej w fabrykach Królestwa, podług załączonego schematu.

Prosząc o łaskawe wypełnienie (o ile możebna — wszystkich) rubryk tego schematu, Tow. Lek. Ł. poleca gorąco tę sprawę pamięci kolegów — lekarzy fabrycznych“.

Kwestyonaryusz żądał odpowiedzi na następujące pytania: Ilość robotników. Wydatki na lekarzy, felczerów, aptekę, szpital. Ilość porad rocznie. Czy lekarskie wskazówki i żądania w zakresie higieny fabrycznej i profilaktyki zawodowej były kiedykolwiek uwzględnione i jakie? I t. p.

### Za leczenie robotników i ich rodzin płacono (w r. 1904-ym):

Ródzaj przemysłu.	Liczba robotników.	Wydatek roczny na honorarya lekarskie *).				Wydatek roczny na honorarya lekarskie na 1 robotnika.
		Le-karz stały	Inni leka-rze	Fel-czer	Ra-zem	
I. Wyroby bawełniane	8000				15000	1.9
II. Wyroby wełniane	500	750	200	300	1250	2.5
III. „	300	300	50	150	500	1.7
IV. Wyroby bawełniane	1800	1000	300	500	1800	1.
V. Kotły parowe	1200	2360	975	720	4055	3.3
VI. Kopalnia węgla	2500	1800	25	600	2425	0.9
VII. „	2178	1500	—	940	2440	1.1
VIII. Wielkie piece (żelazne)	2000	1800	400	1500	3700	1.8
IX. Maszyny pomocnicze	450	600	70	360	1030	2.2
X. Skóry	360	600	—	240	840	2.3
XI. „	290	420	—	192	612	2.1

\*) Dla porównania naszych stosunków z danymi Europy Zachodniej, gdzie niema felczerów, musimy do wydatków na honorarya lekarskie wpisać i pensye felczerów fabrycznych.



W jakich rozmiarach i jakim kosztem są leczeni robotnicy fabryczni (z rodzinami) poucza następujące zestawienie (za r. 1904):

Rodzaj prze- mysłu	Liczba ro- botników	Ilość porad rocznie.			Honoraria lekarskie roczne *); rubli:	Za poradę wypadu, prze- ciętnie, t. j. bez względu na to, czy była w ambulatory- um, czy w domu chorego, razem z porodami i pomo- cą specjalistów.
		Robo- tnicy	Ro- dziny	Razem		
I.	8000			Niepodano	—	—
II.	500	1911	724	2635	950	36 kop.
III.	300	581	360	941	350	37 "
IV.	1800	5000	2300	7300	1300	18 "
V.	1200			14857	3335	22 "
VI.	2500			21098	1825	9 "
VII.	2178	14187	7064	21251	1500	7 "
VIII.	2000			28039	2200	8 "
IX.	452	650	195	845	670	80 "
X.	360	1147	2459	3606	500	17 "
XI.	290	980	120	1100	420	38 "

\*) Tu już są uwzględnieni tylko lekarze: fabryczni i niefabryczni (prze-  
ważnie specjaliści).

Powyższe cyfry, obejmując pracę i pensje lekarzy fabrycznych i lekarzy specjalistów, nie dają jeszcze pojęcia o rozmiarach pracy lekarza fabrycznego samego.

W trzech z wyliczonych fabryk liczba wizyt i honoraria lekarskie, obliczone li tylko dla lekarza fabrycznego, tak się przedstawiają (za r. 1904.):

Rodzaj prze- mysłu.	Liczba robotników	Ilość porad.			Pensja le- karza fa- brycznego	Za poradę wypadu przeciętnie, t. j. bez względu na to czy w ambulatoryum, czy w domu chorego:
		Robo- tnicy	Rodziny	Razem		
II.	500	1837	642	2479	750	30 kop.
III.	300	550	358	908	300	33 "
IV.	1800	4950	2200	7100	1000	14 "

Dane przytoczone tyczą się roku 1904-go.

Obecnie rzeczy się o tyle zmieniły, że wydatki na honoraria lekarzy-specjalistów i wogóle lekarzy niezwiązanych stałą umową z fabryką, t. j. płatnych od wizyty, są większe, niż przedtem; płaca lekarzy fabrycznych pozostała ta sama, a jednocześnie praca ich wzrosła niesłychanie.

Oto obliczenie za trzeci kwartał roku bieżącego.

Tabl. patrz str. 350.

Jeśli jeszcze weźmiemy pod uwagę wydatki na dojazdy \*), natenczas wypadnie o dużą sumę jeszcze zmniejszyć wy-

sokość tych „honoraryów“, jakie przy obecnej pracy otrzymują niektórzy lekarze fabryczni!

Porównajmy te honoraria z praktykowanymi w Niemczech.

Biorę znów umowę zawartą między kasami Monachijskimi a miejscowem Kołem lekarskim (Abtheilung für freie Artzwahl).

Podług tej umowy kasy za leczenie robotników płacą albo stałą kwotą roczną, albo od wizyty.

Stała umowa roczna wynosi za leczenie robotnika 5 marek, za leczenie robotnika z rodziną około 15 mar. Przy umowie od wizyty za poradę płaci się w domu lekarza 1 mar. w domu chorego—2 mar.

\*) W tym względzie niemam dokładnych cyfr.

Rodzaj przemysłu.	Liczba robotników.	Ilość porad w 3-im kwartale r. 1906.						Pensya lekarza fabrycznego za kwartał.	Honorarium za poradę *).	
		Robotnicy		Rodziny		Razem			w ambulator.	w domu chorego
		ambulator.	w domu chor.	ambulator.	w domu chor.	ambulator.	w domu chor.			
II.	500	680	70	280	90	880	160	167,5 rb.	12 kop.	48 kop.
III.	330	540		110		650		75 rb.	11 "	
IV.	2000	2160	108	360	140	2520	248	250 rb.	7 "	28 "

\*) Przy tem obliczeniu biorę za podstawę taki stosunek: wynagrodzenie za poradę w ambulatoryum tak w domu chorego, jak 1 do 4.

Sprawozdanie z działalności ośmiu wielkich kas niemieckich za r. 1905 wykazuje, że wydatek roczny na honorarya lekarskie wynosił na głowę: w Lipsku 4,60 m., w Monachium 5,40 m., w Dreźnie 5,88 m., w Berlinie 4,30 m., we Frankfurcie 4,36 m., Sztutgarcie 6,56 m., w Chemnitz 4,59 m.

Wszelkie badania specjalne i ręczne operacyjne są opłacane oddzielnie—podług specjalnej taksy.

Toż samo tyczy świadectw, które są oddzielnie honorowane.

Ponieważ dla porównania ścisłego z naszymi wydatkami wypadaloby mieć dane o ilości robotników wolnych i obarczonych rodzinami — w każdej z wyżej wyliczonych fabryk, takich jednak danych niema, więc robię przypuszczalne obliczanie, przyjmując, że w każdej fabryce tylko  $\frac{1}{3}$  część jest żonaty, resp. zamężnych,  $\frac{2}{3}$  zaś jest w stanie wolnym.

Natenczas wydatek na honoraria lekarskie wypadłby u nas taki.

Rodzaj przemysłu	Liczba robotników	Istniejący w r. 1904 wydatek na honorarya lekarskie	Wydatek na honorarya lekarskie przy zastosowaniu normy monachijskiej *)
I.	8000	15000	28000
II.	500	1250	2000
III.	300	500	1125
IV.	1800	1800	6750
V.	1200	4055	4500
VI.	2500	2425	9200
VII.	2178	2440	7700
VIII.	2000	3700	7400
IX.	452	1030	1675
X.	360	840	1340
XI.	290	612	1100

\*) Podług taksy za stałą umową roczną.

Jak widzimy, w niektórych fabrykach u nas honorarya lekarskie są dwa i więcej razy niższe, niż honorarya lekarzy niemieckich.

Ale prawdziwy stan rzeczy widocznym jest dopiero przy rozpatrywaniu przeciętnego wynagrodzenia, wypadającego za poradę. Widzimy honorarya spadające do 7 kop. — przy czem nie odróżniono tu wizyty nocnej od dziennej, porady ambulatoryjnej od wizyty lekarza w domu pacyenta, porady w chorobie wewnętrznej od pomocy operacyjnej przy porodzie!

Odpowiednie cyfry przeciętne wahają się w granicach tak kompromitująco niskich, że nie te minimalne 12, 11, 9, 8 czy 7 kop. ale te 36 i 48 kop. — jako przeciętne honorarya—same już przez się określają jakość pomocy lekarskiej fabrycznej.

Zkąd jednak to pochodzi, że między normą roczną wydatków na lekarzy u nas i w Niemczech niema tak krzywej różnicy, jaką widzimy przy porównywaniu przeciętnego wynagrodzenia za poradę, u nas i tam.

Otoż obok niskich plac nasz lekarz jest przeciążony pracą dzięki instytucji *ambulatoryów fabrycznych*, instytucji—powiedzmy odrazu — najgłupiej pod słowem pomyślanej.

Wydając przepisy dla całego państwa Rossyjskiego, zastosowano i w wielkich miastach system odpowiedni dla miejsc, gdzie lekarz dojeżdża, t. j. gdzie niema stałego lekarza.

Tylko bowiem tam ma rację przyjmowanie chorych w ambulatoryum fabrycznem.

W miejscowościach jednak, gdzie mieszkają lekarze, jest to zbyteczne, a

nawet — jak się okazało — wręcz szkodliwe.

Porada lekarska — do tego bezpłatna — która się sama niejako narzuca, za którą żadnych, najmniejszych nawet, ofiar się nie ponosi — powszedniejsze i staje się lekceważoną.

Zwykły pacjent — choćby dlań wydatek na lekarza i aptekę żadnej roli niegrał — pójść musi do lekarza, albo doń napisać, wreszcie — kogoś po lekarza posłać.

Do ambulatoryum fabrycznego tłoczy się każdy, kto chce upozorować przerwę w pracy, kto się chce podczas godzin fabrycznych spotkać ze znajomymi; lekko niedysponowani, ludzie, którzyby w danym razie nigdy nietylko dziesiątki za poradę lekarzowi nie dali, ale którzyby nawet po darmową poradę nie poszli do domu lekarza — stanowią znakomitą większość klienteli ambulatoryów fabrycznych.

Że u nas nie chorzy stanowią klientelę ambulatoryów fabrycznych, mamy na to dane cyfrowe.

Już w pierwszej części przytoczyłem dane, które wykazują, że w Niemczech liczba porad udzielanych przez lekarzy kas chorych tak się dzieli między samych robotników i ich rodziny: porady robotnikom pracującym (łżej chorym) stanowią 19%; porady robotnikom cięższej chorzy (niepracującym) stanowią 30%; porady rodzinom stanowią 51% ogólnej ilości porad, udzielanych przez lekarzy kasowych.

To znaczy, że tacy chorzy, jakich my mamy w ambulatoryach fabrycznych, jest tam około 19%.

Tymczasem u nas liczba łżej chorych, t. j. ambulatoryjnych, jest wielokrotnie wyższą od liczby cięższej chorych, t. j. odwiedzanych w domu.

Z tego samego powodu u nas liczba porad udzielanych rodzinom robotnika jest wielokrotnie mniejsza od liczby porad udzielanych samym robotnikom, gdy — przy racjonalnej organizacji — w Niemczech 51% porad przypada na rodziny robotnicze.

Są to wszystko dane, które wykazują, do jakich monstrualności doprowadziło istnienie ambulatoryów przy fabrykach.

Punkt ciężkości pracy lekarskiej spoczywa na ambulatoryach, t. j. dla niechorych lub co najwyżej niedysponowanych poświęca lekarz więcej czasu, niż dla chorych.

To też, gdy się wśród klientów ambulatoryum zdarzy ktoś, prawdziwie po-

trzebujący pomocy, ginie w tłumie, a na zbadanie i leczenie takiego brak czasu.

Przybywa więc do lekceważenia porad ambulatoryjnych moment słuszny — pobieżność badania, pośpiech i brak pomocy dla prawdziwie chorych.

Tak było dotąd; w takim stadium była sprawa, kiedy o niej po raz pierwszy mówił \*) w Lutym r. ub., w Towarzystwie Lekarskiem Łódzkim.

Od tego czasu wiele zmieniło się na gorsze.

Dziś do ambulatoryum fabrycznego robotnik nie przychodzi — najczęściej — wcale po poradę. Zmuszony przez przepis, który nakazuje wykazać się w aptece podpisem lekarza fabrycznego (bez czego nie wydają mu lekarstw bezpłatnie) — zjawia się do ambulatoryum z gotowym żądaniem leku: żądaniem podpisu na recepcie, albo żądaniem zapisania mu pewnego środka, przez kogoś poleconego.

Te recepty, te polecenia pochodzą co raz częściej od felczerów, znachorów, bab, owczarzy.

I coż się dzieje?

Lekarze fabryczni co raz częściej są zmuszeni do ograniczenia swej roli w ambulatoryum fabrycznym do biernego poddawania się żądaniom swych klientów.

To też w obecnej chwili medycyna fabryczna istnieje przedewszystkiem dla aptekarzy i właścicieli składów aptecznych, a robotnik radzi się felczerów, znachorów, owczarzy.

Porównanie ze stosunkami niemieckimi znów wykazuje, do jakich absurdów doszła nasza medycyna fabryczna.

Wówczas kiedy w Niemczech wydatek na środki lekarskie jest zawsze mniejszy, aniżeli wydatek na honoraria lekarskie, u nas dziś koszt leków *wielokrotnie* przewyższa wynagrodzenie lekarzy.

Powiadam: *wielokrotnie*, to znaczy, że winnym tego nienormalnego stosunku nie jest wcale niski stan honoraryów.

A te sumy nie idą zgoła na rzeczy niezbędne; wszak opisał B i e g a n s k i\*\*), jak to przy czyszczeniu ustępów w jednej z fabryk Częstochowskich znaleziono „cały skład flaszek z lekarstwami i pudełek z proszkami; a ileż tu było mikstur wylanych, proszków wyrzuconych, gdyż — bądź co bądź — flaszeczka i pudełko przedstawiają dla posiadacza pewną realną wartość.“

\*) P. „Czas. Lek.“ 1905 Str. 125.

\*\*) „Czas. Lek.“ 1906. str. 49.

Zrażony pobieżnym traktowaniem w ambulatoryum fabrycznym prawdziwie chory udaje się do innych lekarzy, którzy też go niewątpliwie lepiej opatrzą, bo oni nie po 8 ani 18 kop., ale biorą za to honorarium ogólnie przyjęte i nie są przeciążeni robotą obowiązkową. Taki chory zjawia się potem do ambulatoryum z receptą lekarską do „potwierdzenia“.

Ale obok tych przewijają się dziś setki i tysiące pseudo-chorych, żądających ekspelleru, hematogenu, sarsaparilliny, maści na piegi, migrenstiftu i dziesiątków różnych specyfików.

Ci wszyscy, gdyby im wypadło udać się po poradę do mieszkania lekarza bodaj o tysiąc kroków — wyrzekliby się tej rady. Ale, mając lekarza w gmachu fabrycznym, korzystają z jego obecności, t. j. zalegają ambulatoryum i żądają już nie rady, tylko wszelkich reklamowanych specyfików.

W dodatku, istnieje w wielu fabrykach zwyczaj posyłania specjalnego posłańca do apteki z receptami, zapisanymi podczas trwania ambulatoryum; przy wyjściu z fabryki robotnicy odbierają w portierni przyniesione z apteki lekarstwa.

To w zasadzie ludzkie zarządzenie, mające oszczędzić choremu robotnikowi trud chodzenia po apteki, ze swej strony przyczynia do tem większego lekceważenia całego aparatu pomocy ambulatoryjnej; najlepszym dowodem: te szeregi nieodebranych flaszek i pudełek, które stoją zakurzone w portierniach i kantorach fabrycznych.

Więc wszystko przemawia przeciw ambulatoryum przy fabrykach: w przypadkach nagłych nie pomoże lekarz, jeśli raz czy dwa tygodniowo bywa w fabryce po godzinie lub dwie; łatwość korzystania z porady czyni tę poradę mało cenioną, przepelnia ambulatorya symulantami — ze szkodą prawdziwie chorych, którzy są badani i leczeni pobieżnie.

Z kwestyą ambulatoryów wiąże się kwestya apteczek fabrycznych.

Przez długie lata w nich felczer fabryczny, nie mający — rzecz prosta — pojęcia o farmacyi, przyrządzał leki mniej skomplikowane. Dziś chorzy fabryczni niechętnie biorą lekarstwa tu przyrządzone, żądając recepty lege artis wypisanej — do apteki. Z apteczki fabrycznej żądają natomiast wydawania na każde żądanie: waty (używanej w zimie jako dopełnienie odzieży: na piersi, na szyję),

anodyny, kropli miętowych, spirytusu kamforowego, terpentyny, plastrów wszelkich, pudru przeciw potom, pomadki do warg (jeśli jest wietrzno na świecie) i t. p.

I dla tak mało pożytecznej, jeśli nie wręcz szkodliwej, instytucyi ambulatoryów fabrycznych *musi*, zdaniem wielu kolegów, istnieć instytut lekarzy fabrycznych, t. j. lekarzy-ofycjalistów, rocznie płatnych, zależnych od przedsiębiorcy lekarskich urzędników fabrycznych!

Stosunek lekarza do fabryki przyjął u nas postać „monopolu lekarskiego“; lekarz fabryczny jest właścicielem wyłącznego prawa leczenia pewnej grupy ludzi — bez względu na to, jakim stopniem zaufania się u nich cieszy, bez względu na to, że wogóle nie masz lekarza, któryby mógł zadowolnić sympaty i upodobania takich gromad ludzkich, jakie przedstawia kilkaset lub parę tysięcy robotników z rodzinami.

Mus leczenia się u lekarza bez względu na przebieg choroby, do leczenia się od infinitum u lekarza, do którego pacjent stracił zaufanie — jest niemoralny dla lekarza, okrutny dla chorego.

Na wszelkie projekty zniesienia monopolu lekarskiego w stosunkach medycyny fabrycznej odpowiadają zwolnicy tego systemu: a cóż się stanie z ambulatoryami fabrycznymi, jeśli nie będzie lekarzy fabrycznych?!

Tymczasem postęp w dziedzinie medycyny fabrycznej na tem polegać musi, by robotnikowi dać możność takiego korzystania z medycyny, jak z niej korzysta pozostała ludność.

Naturalnie, pozostała ludność (prócz ubogich) za pomoc lekarską płaci. Bezpłatność \*) pociąga za sobą możność nadużyć; więc w tych granicach różnica między robotnikiem a resztą ludności musi być regulowana specjalnymi przepisami. Po za tem jednak chory robotnik powinien mieć prawo wyboru lekarza; jednocześnie zaś tylko środki lecznicze i tylko z przepisu lekarza może otrzymywać bezpłatnie na koszt fabryki (resp. dla rodzin — na koszt kasy chorych). Żadnych kosmetyków, ani środków „domowych“, ani specyfików w ogłoszeniach wyczytanych — na żądanie wydawać mu się nie powinno.

Jeśli się dziś dzieje inaczej, jest to skrzywienie zasad medycyny fabrycznej, którego skutki są niewątpliwie złe: zamiast

\*) Rozumiem tu niepłacenie bezpośrednie przez pacyenta za każde świadczenie lekarskie.

przyuczać do racjonalnej medycyny, pozwalamy na leczenie się hematogenem, smarowanie ekspelerem, trucie anodyną, i t. d., i t. d.

O ileż pożyteczniej byłoby za te sumy, jakie idą na różne bez liku wydawane krople miętowe, smarowania, plastry, dawać prawdziwie chorym mleko, kefir, etc. wysłać ich na odpoczynek, dać pielęgarkę w chorobie!

Wszak kw. bornego, oleju rycynowego, siemienia lnianego za 10 czy 20 groszy nie trudno każdemu kupić sobie w razie potrzeby. Tymczasem dziś kolosalne sumy na ten cel wydawane idą przeważnie na marne, bo te środki brane bezpłatnie z apteczek fabrycznych są marnowane — ze szkodą dla potrzeb ludzi prawdziwie chorych.

Już samo utrzymywanie felczera w fabryce jest kosztem zgoła niepotrzebnie obciążającym budżet wydatków na medycynę fabryczną.

Jego właśnie czynnością jest zawiadywanie apteczką fabryczną, wydawanie owych środków prostych, przyrządzanie leków (co się praktykuje, jak mówiłem, w rozmiarach coraz skromniejszych). Zniesienie nie tylko ambulatoryów, ale i apteczek \*) umożliwi zniesienie stałych felczerów fabrycznych.

Dziś wyręcza się nieraz felczerem źle płatny lekarz fabryczny i posyła go w zastępstwie (sic!) do chorych; ta rola felczero-terapeutów zniknie wraz z unormowaniem się pomocy lekarskiej, t. j. ze wzrotem wynagrodzenia lekarskiego za leczenie robotników.

W miastach fabrycznych większych powstać muszą organizacje wzorowane na Pogotowiu ratunkowym i te będą dawały pomoc w razie nagłych wypadków w fabrykach, które muszą być na ten cel opodatkowane.

We wszelkich innych przypadkach nie felczer, tylko lekarz powinien leczyć.

Że nasza ludność chodzi się leczyć do felczerów, nie racya jeszcze, byśmy w planie organizacji\*\*) lekarskiej mieli im wyznaczać rolę czynną; felczerowi wolno wykonywać jedynie polecenia lekarskie i w tym charakterze powinien on znaleźć zajęcie i przy nowym układzie sto-

\*) Tylko środki opatrunkowe, środki trzeźwiące i parę innych powinny być w takiej aptece fabrycznej.

\*\*) Przepisy urzędowe wymieniają felczera; bo te przepisy układali ludzie, którzy mieli zawsze na oku stosunki rosyjskie, gdzie rzeczywiście w braku lekarzy posługują się np. ziemstwa felczerami.

sunków lekarskich; a znajdzie je w zakresie zupełnie wystarczającym do zarabiania na utrzymanie, jeśli powierzmy mu te wszystkie czynności u robotników, jakie spełnia u chorych średnio zamoznych: zastrzykiwanie morfiny, kamfory, arszeniku, pielęgnowanie ciężko chorego, którego niemożna przenieść do szpitala, zmiana opatrunków i t. p.

Kłęska naszej medycyny — brak szpitali — jest również kłęską naszej medycyny fabrycznej.

W tej dziedzinie brak zupełny — bo jedyny wyjątek stanowi szpital w Żbikowie, pod Pruszkowem \*) — szpitali dla czasowych inwalidów pracy, których leczenie wymaga specjalnych urządzeń i specjalnej wiedzy fachowej.

Rola lekarza, jako rzeczoznawcy, ogranicza się do badania robotników nowowstępujących i orzekania o skutkach nieszczęśliwych wypadków przy pracy.

Badanie robotników, wstępujących do fabryki, ma na celu sprawdzenie, czy nie wkrada się do niej osobnik słabowity lub dotknięty jakimś kalectwem. Większość fabryk wogóle nie przyjmuje takich robotników, choćby kalectwo ograniczone było np. do jakiegoś skrzywionego palca lub oderwanego koniuszeczka palca; w innych fabrykach biorą od takich robotników zaświadczenie, stwierdzające ich braki fizyczne w chwili wstąpienia do fabryki.

Wyjątkowo tylko lekarz, badający nowowstępującego, bierze pod uwagę stosunek stanu zdrowia badanego robotnika do tych ujemnych dla zdrowia czynników, jakim ulegnie przy podejmowanej pracy.

W przepisach jest mowa o roli lekarza fabrycznego, jako opiekuna sanitarnego robotników fabryki.

Otóż w tym kierunku działalność lekarza, który jest urzędnikiem i podwładnym fabrykanta, jest żadna. Rad lekarza nie słucha prawie żaden właściciel fabryki, bo to pociąga za sobą wydatki. A nawet i bez wydatków innowacyi nie robi z nich żaden, chyba wyjątkowy.

Istnieje kilkanaście przepisów sanitarno-technicznych, których wykonywania pilnuje inspekcya i policya; a innowacye w tym kierunku wprowadzić można tylko drogą przepisów, z którymi nie wspólnego mieć nie mógł u nas lekarz fabryczny.

Wszystkie braki obecnej organizacji pomocy lekarskiej w fabrykach uwypuklają się, jeśli uprzytomnić sobie, na jakim tle rozwija tu swoją działalność terapeutyczną lekarz.

Wszak kardynalne zasady współczesnej terapii każą stosować przede wszystkim środki lecznicze higieniczne i dyetyetyczne: spokój, powietrze, słońce, czystość, świeże, obfite i smaczne pożywienie, umiejętna pielęgnacja.....

Tęgo wszystkiego dać naszym chorym nie możemy, lub dajemy, wyjątkowo, w szpitalach.

Otóż, jeśli nasza cała (lub prawie cała) pomoc ogranicza się do kuchni aptecznej, nie ujmujemy jeszcze z tego niewielkiego zasobu środków, jakimi rozporządzamy, tak ważnego, jak *zaufanie* do lekarza.

Ten, przynajmniej, jedyny czynnik, jaki obok przetworów aptecznych mamy w swym ręku, niech z naszej winy nie zostanie zatracony, jak to się dzieje przy obecnym systemie.

Kardynalną więc reformą, do której przystąpić obecnie wypada, jest zniesienie przymusu leczenia się u danego lekarza, t. j. zniesienie monopolu lekarza fabrycznego.

Drugim punktem reformy jest przeniesienie punktu ciężkości medycyny fabrycznej z lekko chorych na prawdziwie chorych, czyli zniesienie ambulatoryów przy fabrykach; skasowanie wydawania środków domowych na żądanie pacjenta, czyli zniesienie apteczek fabrycznych; skasowanie poruczania czynności lekarskich felczerom, czyli zniesienie posad stałych felczerów fabrycznych.

Trzecim punktem reformy musi być organizacja stałej pomocy lekarskiej dla rodzin robotniczych—kosztem samych robotników.

Uzyskane prawa moralne i pewne korzyści materialne—nakładają też pewne obowiązki na robotników. Jednym z tych obowiązków jest samoistne organizowanie związków wzajemnej pomocy, ubezpieczanie się wzajemne od skutków klęsk losowych, by w tym względzie nie być zależnym od przedsiębiorców, nie być skazanym na ich filantropię.

Do tej kategorii ubezpieczeń należy zapewnienie pomocy lekarskiej w razie choroby członków rodziny; nie przedsiębiorca, jeno wzajemne ubezpieczenie dbać o to powinno.

Powstanie kas obejmujących nie jedną, lecz wiele fabryk, kas opiekujących się jednocześnie chorym robotni-

kiem i chorymi członkami jego rodziny, a pobierających fundusze z obu stron—ułatwi spełnienie tego obowiązku.

(d. n.)



## Sprawozdanie z 2-go roku istnienia kąpeli tanich imienia Bolesława Prusa w Nałęczowie.

Podał Dr. A. Puławski \*).

Z niżej pomieszczonej tablicy widzimy, iż, pomimo zwiększonej ilości dni kąpielowych (kąpiele w roku założenia były puszczone w ruch 21 października) ogólna frekwencja spadła o 584 osób (mężczyzn mniej o 372, kobiet o 282, dzieci *więcej* o 70). Zwiększenie ilości kąpeli dla dzieci tłumaczy się założeniem szkoły i ochrony w Nałęczowie. Jest nadzieja, że na rok przyszły cyfra ta jeszcze urosnie. Czem się dzieje, że dorośli mniej w tym roku do kąpeli uczęszczali, powiedzieć trudno. Czyżby polityka odciągająca ludzi od mydła i wody? Może część publiczności, złożyłwszy daninę ciekawości, powróciła do zwykłego nałogu brudu. To dopiero pokazać może dalsza obserwacja. Tymczasem nie takiego w kąpielach nie zaszło, coby sprowadzić miało ochłodzenie do nich publiczności. Owszem, urządzono w tym roku wcale niezłą drogę do kąpeli, tak że publiczność może uniknąć błota i wybojów, poprawiono studnię, do której dostawała się gruntowa woda żelazista, porobiono pewne ulepszenia w celu ocieplenia poczekalni. Te amelioracje kosztowały razem 104 rub. 67 k. (poprawa studni 41 rb. 9 k., droga—41 rb., przeróbki — 22 rb. 58 kop.). Koszt utrzymania łaźni wyniósł w tym roku 259 rb. 33 kop., a mianowicie: 548 pud. węgla 102 rb. 18 kop., 37<sup>3</sup>/<sub>32</sub> sąż. drzewa 14 rub. 49 kop., 42 fun. nafty — 5 rb. 2 kop., 102 f. mydła—16 rb. 30 kop., różne drobne wydatki — 16 rb. 14 k., utrzymanie kąpielowego — 105 rb. 20 k. \*\*). Ogółem tedy wydano na kąpiele 364 ruble.

\*) Opis budowy i kosztorys tych kąpeli podano w „Zdrowiu“ (1905 № 9 wrzesień). Sprawozdanie z 1-ego roku pomieszczone w „Czasop. Lek.“ 1906 № 3. Modelj kąpeli znajduje się w muzeum higienicznym w Częstochowie.

\*\*) Kąpielowy dostaje bezpłatnie opał i światło, które to pozycje zostały włączone do ogólnej sumy wydatków.

Miesiąc	Ilość dni kąpeli	Mężcz.	Kobiet	Dzieci	Razem	W 1-szym roku	Średnio	Maximum i minimum
Październik	8	79	45	37	161	329	20	28—7
Listopad	9	87	34	109	230	432	25	57—12
Grudzień	11	180	78	225	483	530	44	151—12
Styczeń	8	136	69	58	263	244	33	55—11
Luty	8	125	53	141	319	314	40	76—2
Marzec	10	113	46	35	194	249	19	33—6
Kwiecień	10	198	81	164	443	515	44	83—6
Maj	8	77	63	38	178	305	22	31—15
Czerwiec	8	60	67	37	164	168	20	24—10
Lipiec	8	48	85	8	141	160	17	24—11
Sierpień	9	69	118	15	202	129	20	36—13
Wrzesień	9	89	39	14	142	129	15	25—6
<b>Razem:</b>	106	1261	778	881	2990	3504	27	151—2
<b>W r. 1904/5</b>	98	1633	1060	818	3504	—	35	106—4

Na pokrycie tych wydatków otrzymano ze sprzedaży biletów 176 rub. 87 kop. ofiarę od W-go R a c i b o r s k i e g o rub. 10 kop. 20 i dochód z przedstawienia amatorów z Lublina — 33 rb. 75 k. A że remanent zeszłoroczny wyniósł 208 rub. 3 kop., przeto w kasie kąpeli pozostało jeszcze 64 rub. 85 kop. na dalsze prowadzenie tychże.

Jak widzimy, kąpiele nasze nie przestają być instytucją filantropijną, ale dla tego, żeby nią być przestały, potrzeba,

żeby frekwencja co najmniej się podwoiła, albo też należałoby podnieść cenę kąpeli przynajmniej do 10 kopiejek (obecnie kąpiel kosztuje 6 kop. dla dorosłych, 3 kop. dla dzieci z dodaniem ręcznika i kawałka mydła). O podniesieniu cen nie może być mowy, gdyż środek ten napewno odstręczyłby bardzo wielu, zwłaszcza też dzieci, Trzeba więc mieć nadzieję, że się frekwencja zwiększy w miarę podniesienia się ogólnego poziomu kultury naszego ludu.



## Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

### Sprawozdanie z działalności

#### Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego za rok 1905.

Na początku roku 1905, a III-go swego istnienia, Towarzystwo liczyło 65 członków rzeczywistych, 1 członka korespondenta i jednego członka-współdziałacza; w ciągu roku sprawozdawczego z powyższej liczby ubyło: z powodu śmierci 1 członek rzecz. (założyciel), z powodu wyjazdu 2-ch członk. rzecz. i 1

współdz. — z innych przyczyn — 2-ch rzecz.; razem ubyło 6 członków; w tym że okresie czasu przybyło: 2-ch członków honorowych, 3 członków rzeczywistych, 1 członek korespondent — przeto razem przybyło 6 członków. W końcu więc roku sprawozdawczego było: 2 czł. honor., 61 czł. rzeczyw. oraz 2 człon. kosp. — czyli razem 65 członków.

Na skutek zarządzonego w myśl § 12 ustawy losowania ustąpili z Zarządu z początkiem roku: członek Zarządu

kol. Jan Przychodzki i Sekretarz — kol. Wacław Cennere. Wybory na miejsce ustępujących odbyły się na ogólnym zebraniu członków dn. 21 stycznia 1905 r., na których mocy Zarząd ukonstytuował się jak następuje: Prezes — starszy lekarz szpitala ś-go Mikołaja w Busku — kol. Julian Majkowski; Wice-Prezes — starszy lekarz szpitala starozakonnych w Radomiu, kol. Henryk Fidler; Członkowie: lekarz powiatu radomskiego, kol. Józef Pełczyński i nadetatowy lekarz szpitala ś-go Kazimierza w Radomiu, kol. Stanisław Idzikowski; Sekretarz — lekarz wolnopraktykujący, kol. Wacław Cennere; Skarbnik — lekarz wolnopraktykujący, kol. Antoni Szczępaniak i Bibliotekarz dymisywany lekarz wojskowy, kol. Józefat Kondratowicz.

Przechodząc z kolei do zdania sprawy z naukowej działalności Towarzystwa, należy przedewszystkiem zaznaczyć, iż w roku sprawozdawczym, odbyło się zamiast 10, tylko 7 posiedzeń, a mianowicie: 21 stycznia, 8 kwietnia, 6 maja, 17 czerwca, 16 września, 21 października i 16 grudnia; posiedzenie wyznaczono na dz. 4 lutego nie przyszło do skutku z powodu nieprzybycia na nie członków, gdyż niemal wszyscy koledzy nieśli swą pomoc w szpitalach miejscowych licznym ofiarom krwawych wypadków, jakie miały miejsce w owym czasie w Radomiu i Skarżysku, zaś posiedzenia w marcu i listopadzie z powodu niepewnej sytuacji i świeżo ogłoszonego stanu wojennego zupełnie nie były zwoływane.

Na każdym posiedzeniu było obecnych średnio 20 członków, co stanowi zaledwie 29% ogólnej ich liczby. Maximum było (28) — na posiedzeniu dn. 16 października i minimum (17) dn. 17 czerwca. Na posiedzeniach powyższych wygłoszono 7 odczytów oraz przedstawiono 4 pokazy.

Zestawiając powyższe dane z odnosnemi za lata ubiegłe, widzimy, iż jak liczba posiedzeń, tak i frekwencja oraz liczba odczytów znacznie się zmniejszyła. Ujemne to zjawisko spostrzegać się dawało nie tylko jednak na naszym Towarzystwie, lecz było powszechne. Rok 1905, tak brzemienny w wypadki dziejowego znaczenia, opanował umysły wszystkich, iż wszelkie inne sprawy zeszyły na dalszy plan i zmalowały.

Jedynie groźne widmo nadciągającej epidemii cholery zmusiło do pracy w kierunku uświadomienia szerokich mas o grożącym niebezpieczeństwie i koniecz-

ności energicznej z niem walki. To też niemal wszystkie odczyty wygłoszone na posiedzeniach Towarzystwa, co do treści, miały bezpośredni lub pośredni związek z cholera. Mianowicie: W. Cennere odczytał rzecz p. t. „Epidemiologia i etiologia cholery“. J. Pełczyński — „Anatomia patologiczna, objawy, rozpoznanie i rokowanie w choleryze“; H. Fidler: „Szczepienia ochronne przeciw choleryze i jej leczenie“; A. Szczępaniak: „O dezynfekcyi w choleryze“.

Z powyższych odczytów, odczyt kol. Fidlera „O szczepieniach ochronnych“ wywołał bardzo ożywione rozprawy, w których konkluzyi, Towarzystwo, biorąc pod uwagę, iż szczepienia ochronne przeciwcholeryczne są nieszkodliwe, zmniejszają wielokrotnie szanse zachorowania, a przeprowadzone masowo wśród ludności mogą mieć zbawienny wpływ na powstrzymanie rozwoju epidemii, zwłaszcza u nas, gdzie stosowanie profilaktyki publicznej natrafia na liczne przeszkody, postanowiło: 1-o gorąco polecić stosowanie masowego szczepienia wśród całej ludności; 2-o urządzić w tym celu 3 punkty szczepienia: w obydwóch szpitalach i w lokalu Towarzystwa; 3-o biednym dokonywać szczepień bezpłatnie; 4-o szczepień dokonywać przy udziale przynajmniej 2 lekarzy; 5-o szczepionych rejestrować w księdze specjalnie na ten cel sporządzonej.

W wykonaniu powyższej uchwały wydana została sumpten Towarzystwa i rozesłana następnie odezwa, wyjaśniająca istotę i znaczenie szczepień ochronnych przeciwcholerycznych oraz nawołująca do poddawania się tymże szczepieniom; urządzone zostały wyżej wymienione punkty szczepienne, przyczem zostały zaopatrzone w materiały szczepienny oraz odnośne instrumenty bezinteresownie przez członków Towarzystwa prowizorów farm.: F. Łagodzińskiego i J. Kasprzykowskiego — wreszcie wyznaczono dyżury lekarzy szczepiących. Szczepień jednak nie dokonano z powodu niezgłaszania się życzących, co należy objaśnić głównie tem, iż wypadki cholery podówczas w kraju stawały się coraz radsze, co pozwalało przypuszczać prędkie jej wygaśnięcie.

W odczynie: „O badaniu wody do picia pod względem higienicznym“ J. Pełczyński przypomniał kolegom sposoby fizycznego i chemicznego jej badania dla celów higieny, szczególną zwracając uwagę na potrzebę należytego fizycznego badania terenu dokoła studni,



oraz samej studni, co do przenikania wody zaskórnej przez nieuszczelnny zrąb, gdyż badanie takie najczęściej jest w stanie wykryć źródło zanieczyszczenia. Co do sposobów oczyszczania wody, to P. uważa za najlepsze jej przegotowanie z następczem przechowywaniem w naczyniach szczelnie zamkniętych, dla pojedynczych zaś domów i rodzin inteligentnych—używania wody filtrowanej przez filtry Berkefeld'a, które przy umiejętnem i pedantycznem obchodzeniu się z nimi dają wodę bardzo czystą, nie przepuszczając żadnych drobnoustrojów chorobotwórczych.

Wobec wielkiego znaczenia wody w etyologii cholery, wydrukowane zostały tablice opracowane przez członka Towarzystwa Dr. fil. H. Ryła a zawierające: „Uproszczone sposoby badania wody do picia“ — i rozesłane wszystkim lekarzom i farmaceutom w gubernii naszej zamieszkałym.

Smutne doświadczenie zdobyte podczas epidemii cholery w r. 1894 wykazało, że społeczeństwo bronilo się od wykonywania poleceń wydawanych w celu walki z tym wrogiem i pozostawało głuchem na najrozsądniejsze i najsłuszniejsze żądania. Ten wstępną społeczeństwa można było sobie wytłumaczyć jedynie brakiem uświadomienia o konieczności poddania się pewnym wymaganiom oraz zachowania pewnych niezbędnych ostrożności.

Powyższy brak uświadomienia wpływał z braku zrozumienia nieumotywowanych nakazów. Społeczeństwo chciało wiedzieć, ku czemu mają służyć wydawane nakazy i jaka w nich tkwi logika. Przeto Towarzystwo Lekarskie w poczuciu swego obowiązku, pragnąc za dość uczynić tej słusznej ciekawości społeczeństwa, postanowiło wydać „Wskazówki ochronne przeciwko cholercie“—i rozpowszechnić je wśród możliwie najszerszych warstw ludności. „Wskazówki“ w formie broszurek: jednej — dla ludności wiejskiej, drugiej—dla osób inteligentnych — wydane zostały nakładem Towarzystwa i rozeszły się w liczbie około 23,000 egzemplarzy.

Oto szereg zarządzeń, jakie Towarzystwo nasze w warunkach istniejących w miarę sił i środków przedsięwzięło w celu wspólnej walki z nadciągającym wrogiem w postaci cholery.

Z pozostałych 2-ech odczytów, jeden wygłoszony został przez prow. farm. B. Skrzyńskiego „O wodzie w zastosowaniu przy fabrykacji wody sodowej

i wód mineralnych sztucznych“ drugie—zaś przez kol. H. Raszkęsa „O nowych metodach leczniczych w położnictwie i ginekologii“, w którym autor zakomunikował szczegóły operacji Gigli'ego „Pubio lub hebotonii“, podzielił się poglądami na stosowanie miejscowego znieczulenia w ginekologii za pomocą adrenaliny i kokainy, bardzo pochlebnie oceniając wartość powyższej metody na zasadzie danych z literatury oraz kilku swych spostrzeżeń, natomiast ogólnie wypowiadając się co do wartości samej adrenaliny w ginekologii; wreszcie zapoznał słuchaczy z teorią Zweifla o powstawaniu gorączki. pologowej oraz metodą jego postępowania w celu zapobieżenia tej gorączce, przytaczając słuszne przeciw niej zarzuty.

Pokazów, jak to już wyżej zaznaczyliśmy, przedstawiono 4; mianowicie: kol. Pełczyński przedstawił ciekawy i nader rzadki okaz potworności płodu t. n. *acrania et holorachischisis s. rachischisis totalis*; kol. Fidler choregę z *peritonitis tuberculosa* — gdzie przyczyną wywołującą był uraz; sprawa trwała lat 12 bez widocznego oddziaływania na ogólny stan chorego oraz bez uogólniania się samej sprawy. Rozpoznanie między innymi oparte było na dodatnim wyniku odczynu Arloing-Courmonta; kol. Raszkęs przedstawił chorego u którego dekonał cięcia brzuszno-żołciowego z powodu drażnącej brzucha — jama brzuszna była oczyszczana, a rana zaszyta — wynik pomyślny; wreszcie kol. Szczepaniak pokazał silnik poruszany za pomocą elektryczności i dający się zastosować do wszelkich rodzajów mięsienia.

Z powodów wyżej już wymienionych wysadzone dla opracowania poszczególnych spraw specjalne komisje w roku sprawozdawczym nie były czynne. Jedynie otwarte były punkty szczepienne *ospy ochronnej*, lecz i te wykazały nader słabą działalność. Z projektowanych 3 punktów działały tylko 2: w lokalu Towarzystwa i w szpitalu żydowskim (w szpitalu św. Kazimierza szczepień zupełnie nie dokonywano). Zaszczepiono ogółem 52 osoby (w tej liczbie 4 rewakcywowano). Koszta utrzymania punktu w szpitalu żydowskim ponosił tenże szpital, zaś materyał szczepiony dla punktu w lokalu Towarzystwa dostarczył kol. Pełczyński, a niezbędne środki odkazujące — prow. farm. Łagodzinski.

Co się tyczy spraw bytowych to należy zaznaczyć, iż opracowany został przez specjalną komisję „Projekt orga-

nizacyi związku zawodowego przy Towarzystwie Lekarskiem Radomskiem. Projekt powyższy odczytany został na posiedzeniu członków Towarzystwa w dn. 21 października 1905 r. Ze względu jednak na ważność sprawy dyskusya w tej mierze została odłożoną do bliższego zapoznania się członków z projektem, który w odbitkach w tym celu został rozslany wszystkim lekarzom w gubernii naszej zamieszkałym.

Zgodnie z uchwałą Towarzystwa z r. 1904 zbierane były składki od lekarzy i farmaceutów ziemi radomskiej dla utworzenia funduszu w celu wydawania zapomogi biednym rodzinom powołanych na plac boju lekarzy i farmaceutów. Zebrano łącznie ze złożoną na ten cel sumą rb. 33 kop. 50 zamiast wieńca na trumnę kolegi ś. p. Żerańskiego — rb. 182, z czego wypłacono żonie lekarza rb. 100; więcej osób tej kategorii o zasiłki nie zwracało się do Towarzystwa, przeto zbieranie składek zaprzestano a resztujące rb. 82 pozostają do dyspozycyi Ogólnego Zebrania.

W końcu należy nadmienić, iż w roku sprawozdawczym Towarzystwo miało po raz pierwszy sposobność zaliczenia w poczet swych członków honorowych: kol. Jajjana Majkowskiego Prezesa Towarzystwa w uznaniu 50-cio letniej nieustrudzonej działalności na polu lekarskiem, udziału w piśmiennictwie lekarskiem polskiem, zasług położonych dla balneologii krajowej, orędownictwa w założeniu Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego, gorliwego zajęcia się sprawami tegoż oraz w uznaniu wysokiego poczucia etyki zawodowej — i kol. Władysława Biegańskiego, Prezesa Towarzystwa Lekarskiego Częstochowskiego — w uznaniu dbałości o rozwój nauki lekarskiej polskiej, ujawnionej w ilości i jakości prac lekarskich, zwłaszcza w warunkach niepomyślnych praktyka prowincjonalnego, w uznaniu dokładnej znajomości i sumiennej oceny swojskiego piśmiennictwa lekarskiego i w uznaniu wszechstronności umysłu celującego nie tylko w pracach klinicznych, lecz i filozoficznych i społeczno-lekarskich.

Słów jeszcze kilka o czynnościach Zarządu. W roku sprawozdawczym odbyło się 23 posiedzenia Zarządu w celu rozpatrzenia różnych spraw dotyczących Towarzystwa. Największa liczba posiedzeń poświęcona była sprawie walki z cholera, przyczem opracowany został ogólny plan udziału Towarzystwa w powyższej walce, ustalona redakcyja „Wska-

zówek ochronnych przeciw cholera“, rozpatrywane szczegółowo urządzenia punktów szczepiennych przeciwocholerycznych i t. p. przed poddaniem tych spraw pod decyzyę Ogólnego Zebrania. Nadto opracowany został projekt kamery odkażającej w Radomiu i po zatwierdzeniu go przez Ogólne Zebranie, został przesłany wraz z odnośnym planem do Wydziału Lekarskiego Radomskiego Rz. Gub.

Ruch korespondencyi przedstawiał się jak następuje: otrzymano odez w 56, wysłano 632, kurend i zaproszeń na posiedzenia rozslano 23.

#### Stan Kasy.

##### Dochód.

Remanent z r. 1904	rb.	225	kop.	39
Zaległe składki z r. 1904	"	54	"	—
Składki od członków za rok 1905	"	507	"	—
Wpisowe	"	9	"	—
Za kwestyonaryusze dla chorób zakaźnych	"	—	"	75
Ze sprzedaży „Wskazówek ochronnych przeciw cholera.“	"	281	"	69
<b>razem:</b>	<b>rb.</b>	<b>1077</b>	<b>kop.</b>	<b>83</b>

##### Rozchód.

Lokal	rb.	155	kop.	—
Opał i światło	"	42	"	60
Pensya woźnego	"	120	"	—
Służba na ogólnych zebraniach	"	9	"	—
Prenumerata pism	"	178	"	11
Kupno książek do biblioteki	"	25	"	70
Oprawa książek.	"	28	"	15
Iłszafa biblioteczna i pieczęć metalowa	"	37	"	50
Druk „Wskaz. ochronnych przeciw cholera“, oraz odezwy o szczepieniach przeciwocholerycznych	"	252	"	50
Kancelaryjne: utrzymanie w porządku lokalu Towarzystwa, portorya, materyały piśmienne	"	25	"	90
Nadzwyczajne: Dypłomy, gratyfikacya służbie.	"	19	"	47
<b>Razem:</b>	<b>rb.</b>	<b>893</b>	<b>kop.</b>	<b>93</b>

##### Porównanie.

Dochód	rb.	1077	kop.	83
Rozchód	"	893	"	93
pozostaje z dn. 1/I. 06 r.	"	183	"	90

*Stan biblioteki.*

Z dniem 1 stycznia 1905 r. Biblioteka liczyła 651 dzieł i broszur w 762 tomach wartości 499 rb. 55 kop.; w ciągu roku sprawozdawczego przybyło dzieł i broszur 219 w 264 tomach wartości 307 rb. 25 k., z dn. więc 1 stycznia 1906 r. biblioteka liczyła 870 dzieł i broszur w 1026 tomach wartości rb. 806 kop. 80. W roku 1905 nabyto: 1) *Heryng*: Metody badania krtani; 2) *Słownik polski lekarski*; 3) *Jaworski*: Nauka o chorobach wewnętrznych; 4) *Spiro*: Krótki zarys nauki o chorobach uszów; 5) *Sokołowski*: Choroby dróg oddechowych. T. III. Ogółem zakupiono dzieł na sumę rb. 25 kop. 70. Nadto kolega *Majkowski Juljan* ofiarował Towarzystwu kilkadziesiąt tomów dzieł lekarskich i roczników czasopism. Taką ofiarę złożono po śp. *Żerańskim i Tryjarskim*, a koledzy: *Wrzosek i Serkowski* nadsyłali odbitki ze swych prac.

Na prenumeratę czasopism wydano rb. 178 kop. 11.

W roku sprawozdawczym następujące redakcje przysyłały swoje wydawnictwa za połowę ceny prenumeracyjnej: „Kronika Lekarska“, „Krytyka Lekarska“, „Czasopismo Lekarskie“, „Medycyna“ i „Zdrowie“ oraz zupełnie bezpłatnie: „Przegląd Lekarski“, „Nowiny Lekarskie“, „Pamiętnik Towarzystwa Lekarskiego Warszawskiego“, „Przegląd Dentystyczny“ i „Przewodnik kąpielowy“.

Na oprawę dzieł i czasopism wydatковано rb. 28 kop. 15, oraz dla przechowywania książek nabyto szafę za rb. 35.

*Skład osobisty Towarzystwa.**Zarząd.*

*Prezes*: Juljan *Majkowski*; *Wice-Prezes*: Henryk *Fidler*; *Członkowie*: Stanisław *Idzikowski* i Józef *Pełczyński*; *Sekretarz*: Waclaw *Cennere*; *Skarbnik*: Antoni *Szczepaniak*; *Bibliotekarz*: Józefat *Kondratowicz*.

*Komisya Rewizyjna:*

Zygmunt *Plużański*, Eugeniusz *Janiszewski* i Feliks *Łagodziński*.

*Członkowie honorowi:*

*Biegański Władysław* i *Majkowski Juljan*.

*Członkowie rzeczywisci:*

1) *Adamski Eugeniusz*, 2) *Bijejko Feliks*, 3) *Bortnowski Piotr* (Opatów), 4) *Cennere Waclaw*, 5) *Cieszkowski Feliks*, 6) *Drewnowski Edmund*, 7) *Fidler Henryk*, 8) *Finkelsztejn Władysław*, 9) *Fijałkowska Marya*, 10) *Frick Stefan*, 11) *Fuksiewicz Leon*, 12) *Glibowski Wincenty* (Sandomierz), 13) *Głogowski Jan* (Ostrowice) 14) *Gołdsztejn Józef*, 15) *Górski Michał*, 16) *Grajewski Karol* (Ilza), 17) *Helcman Adam*, 18) *Horoszewicz Tytus* (Końskie), 19) *Idzikowski Stanisław*, 20) *Janasiewicz Antoni* (Starachowice), 21) *Janiszewski Eugenjusz*, 22) *Karbownicki Leon* (Staszów), 23) *Karniewski Franciszek* (Czarnecka Góra), 24) *Kasprzykowski Juljan*, 25) *Kołodner Zygmunt* 26) *Kondratowicz Józefat*, 27) *Kosicki Franciszek*, 28) *Kosowski Roman* (Ożarów), 29) *Lubodziński Ludwik* (Żarnów), 30) *Łagodziński Feliks*, 31) *Marks Kazimierz*, 32) *Michalski Adam*, 33) *Papiewski Władysław*, 34) *Pełczyński Józef*, 35) *Piątkowski Stanisław*, 36) *Piotrowski Jan*, 37) *Plachecki Jan*, 38) *Plużański Zygmunt*, 39) *Pomper Adolf*, 40) *Przychodzki Jan*, 41) *Przyłęcki Włodzimierz*, 42) *Rakowski Aleksander* (Zawichost), 43) *Rakowski Tadeusz* (Szydłowiec), 44) *Raszkes Henryk* 45) *Rejment Michał* (Przedbórz), 46) *Rogoziński Kazimierz*, 47) *Ryl Henryk*, 48) *Samborski Felicyan* (Sandomierz), 49) *Sarnecki Adam* (Opatów), 50) *Sawczenko Włodzimierz*, 51) *Skrzyński Bolesław*, 52) *Stempkowski Stefan* 53) *Swierczyński Czesław* (Skarżysko), 54) *Suffczyński Romuald* (Opoczno), 55) *Szczepaniak Antoni*, 56) *Szymański Józef* (Skarżysko) 57) *Ungier Korneljusz*, 58) *Wędrychowski Kazimierz* (Szydłowiec), 59) *Zarembski Jan* (Opoczno), 60) *Zbrożek Feliks* (Końskie), 61) *Zysman Jakób* (Kli-montów), 62) *Zakowski Jan* (Ostrowiec).

*Członkowie korespondenci.*

*Biehler Matylda* (Warszawa) i *Żebrowski Aleksander* (Warszawa).

*Zmarli.*

Ś. p. Dr. *Ludwik Żerański*.



## Korespondencye.

Szanowny Kolego Redaktorze.

Sprawa pomocy lekarskiej przy samorządzie jest tak doniosła, że śmiem Cię prosić, Szanowny Redaktorze, o pozwolenie zabrania jeszcze raz głosu w tej sprawie na łamach Twego pisma.

Szanowny krytyk mego projektu kol. Lidm a n o w s k i, któremu wdzięczny jestem za zabranie głosu, zdaje mi się, grzeszy niewnikaniem w istotę całej sprawy.

W dyskusjach i replikach doznałem wrażenia, że tych nielicznych, którzy pomocą lekarską w samorządzie zajmować się chcieli, podzielić można na 3 kategorie:

1-o tych, którzy pragną pozostawić gminom prawo ustanawiania assekuracji na wypadek choroby i dowolnego wyboru formy pomocy lekarskiej;

2-o tych, którzy z jednej strony, przewidując nadmiar wydatków na pomoc lekarza, z drugiej—zaś dbając o byt lekarzy, pragną, by przyszły samorząd sam mniej tworzył a więcej dopomagał prywatnej inicjatywie lekarzy i innych obywateli do zakładania wiejskich i małomiasteczkowych szpitali; wreszcie

3-o tych, którzy pragną ukrajowienia pomocy lekarskiej w szerokim zakresie.

Kto z nas ma rację, trudno przesądzać, to pewna, że każdy, broniąc własnych poglądów, jest przekonany, że jego zapatrywania są słuszne. Życie zapewne wykaże, że ta organizacya będzie najlepsza, która pogodzi 3 wytyczne zasady. Osobiście na obecną chwilę śmiem propagować ideę ukrajowienia pomocy lekarskiej i twierdzę, że czas, doświadczenie i, powiedzmy szczerze, konieczność, pogodzają mój i moich poprzedników projekty z tymi prądami, których wyobrazicielami są nprz. kol. Biegański i kol. Polak. Żałuję, że kol. Lidm a n o w s k i do tego stopnia słabo zaakcentował swoje stanowisko w tej sprawie, że rzeczowa obrona tego lub owego zapatrywania, jest nader trudna.

Kol. L. nie godzi się na mój projekt, bo szpitale 1 na 3 okręgi, nie zadawalniają go.

W słusznej trosce nad niedolą ludu naszego, nad warunkami bytu proletaryatu wiejskiego, wzywa nas, abyśmy więcej myśleli o tych ostatnich, a nie o

tych, którzy bez naszej opieki dadzą sobie radę. Ma rację, szkoda tylko, że nie podaje sposobu urzeczywistnienia pięknych uczuć.

Bezrolni i bezdomni przedewszystkiem mają prawo korzystania z racjonalnej opieki — na tym punkcie, zdaje się, zgoda panuje powszechna. Różnica polega na tem, że ja w swym projekcie pragnę, by w kraju powstało na razie przeszło 400 okręgowych szpitali, kol. L. zaś daje do zrozumienia, że wtedy dobrze będzie, gdy przynajmniej każda gmina posiadać będzie szpital.

Przepraszam, Szanownego mego oponenta, że posądzam Go o chęć utworzenia przeszło 1170 wiejskich szpitali i pośpieszam zapewnić Go, że i ja był bym rad, gdyby kraj nasz kiedykolwiek do tej doskonałości mógł dojść i żeby ta doskonałość nie była tylko na papierze.

Kol. L. troska się o transport chorego do okręgowego szpitala. Ta troska byłaby słuszną, gdyby samorząd nasz zapomniał o poczcie i powinnościach samorządowych. Przypuszczam, że działacze społeczni, którzy w samorządzie pracować będą pomyślą o udogodnieniach pod tym względem dla współobywateli. A jeżeli zapomną, to im przypomnimy.

Kol. L. zapewne ma rację, skoro podnosi sprawę małego wynagrodzenia lekarza, jakie w przybliżeniu ośmieliłem się proponować. Nie lubię łapać ryb przed niewodem, nie chcę przeto wywoływać dyskusyi o wysokości wynagrodzenia, wychodzę bowiem z tego założenia, że za uczciwą pracę każdy powinien być dobrze wynagradzany. Jeżeli środki samorządu krajowego pozwolą, powinna być praca lekarza sownie wynagradzana, bo usługi, które otrzyma społeczeństwo od lekarzy, przewyższą wszelkie ceny. Jeżeli jednak kraj środków nie będzie miał, to czyż będziemy mieli prawo żądać zapłaty ponad możność płatnika, czyż my, jako wierni synowie szarej ziemi naszej, nie będziemy dla dobra kraju służyć głodem i chłodem?

Obywatelski duch, który pozostał nam w udziale po poprzednikach naszych, nie wątpię; sprawę wynagrodzenia pozwoli załatwić polubownie, gdyby do tej ostateczności przyjąć miało.

Obliczenia, które przytacza kol. L. z własnej praktyki, zdają się przekonywać, że proponowana przezemnie płaca 1200 rb. + 300 rb. na rozjazd + 35% opłat od zamożniejszych obywateli jest zbyt mała. Jeżeli kol. L. zarabia obecnie więcej, to znaczy, okolica, w której zamieszkał jest dosyć zamożna i nie ma obawy, żeby na pomoc lekarską przy opodatkowaniu samorządowem mniej potrzebowała płacić.

To co powiedziałem w 1-szym liście w sprawie wysokości wynagrodzenia, powtórzyć winienem i teraz, podkreślając szczerze, że ta kwestya jest drugorzędna.

Nie podnosiłbym tej sprawy obecnie, gdyby nie krzywda, którą mi, mimowolnie, chcę wierzyć, wyrządził kol. L. pisząc końcowy ustęp swej odpowiedzi.

Dla uspokojenia sumienia kol. L. pragnę dodać, że tam, gdzie urzędy obywatelskie pełnią ludzie z wyborów, mowy być nie może o kontroli przez lekarza kieszeni zgłaszającego się pacjenta. Sądzę, że Rada gminna lub powiatowa zechce za-

patrywać obywateli w potrzebne karty legitymacyjne i że lekarz będzie mógł zając się spokojnie udzielaniem pomocy a nie badaniem stanu majątkowego „swe-go pacjenta“.

Szanowny Redaktorze, bądź łaskaw poruszyć sprawę narad nad samorządową pomocą lekarską w Towarzystwach Lekarskich.

Sprawa, jest pilna. Perspektywa wprowadzenia samorządu miejskiego i ziemskiego, może się w krótkim czasie stać rzeczywistością i wtedy nie pora będzie debatować o tej lub innej formie pomocy lekarskiej, lecz wypadnie wprowadzić ją w czyn. Spierajmy się obecnie i wierzmy, że chociaż jednoznaczności nie otrzymamy, tem nie mniej z tej kuźni wyjdzie wyrób, który większość z nas zadowolni a krajowi rzetelną przyniesie korzyść.

Racz przyjąć Szanowny Redaktorze wyrazy poważania i słowa uznania za Twą pożyteczną pracę.

K, Rychliński.

## KRONIKA.

(№ 141) — *Epidemia płonicy w Łodzi.* (p. № 129). Jako środek walki z epidemią zastosowano w Łodzi organizację lekarzy sanitarnych. W pierwszym czasie było ich dwunastu, obecnie jest ich na stałe czterech.

W pierwszym okresie swej działalności lekarze sanitarni zwiedzili wszystkie szkoły elementarne, rządowe i prywatne (wraz z chederami) i usunęli ze szkół dzieci, które przebyły jakąś chorobę zakaźną, budzącą podejrzenie szkarlatyny; odwiedzili rodziny uczniowskie, gdzie podejrzewano (ze słów ucznia) przypadek trwającej lub przebytej szkarlatyny — usuwając, ewentualnie, uczniów ze szkół.

W takich przypadkach szkołę zamykano na 2 dni, poddając lokal dezynfekcyi.

Gdzie się okazało, że w tej samej sieni (klatce schodowej), w której się mieści lokal szkolny, jest przypadek szkarlatyny — szkołę zupełnie zamknięto; tak samo postępowano w razie wystąpienia w danej szkole kilku przypadków choroby równocześnie.

Obecnie czterej lekarze sanitarni są zawiadomiani przez nauczycieli szkół początkowych o wypadkach pojedynczych w rodzinie ucznia, lub o podejrzanej chorobie ucznia nieobecnego w szkole; obowiązkiem lekarza jest sprawdzić słuszność podejrzenia i zarządzić ewent. wyłączenie ucznia ze szkoły.

Drugim obowiązkiem lekarzy sanitarnych jest unieszkodliwianie takich procederów, jak sklepiki spożywcze, mleczarnie, magle, piekarnie, pralnie, wszelkie warsztaty, pracownie i t. p.

Lekarze-praktycy mają obowiązek notowania na kartkach sanitarnych, że dany chory na płonice leży w lokalu zajętem pod jakiś proceder. Te kartki są codziennie dostarczane lekarzom sanitarnym, którzy udają się do właściciela danego procederu i oświadczają mu, że chory musi być niezwłocznie usunięty z mieszkania, zajętego przez proceder, a zakład poddany dezynfekcyi; do chwili zaś wykonania tych dwóch żądań zakład (sklep i t. p.) musi być zamknięty — pod rygorem kary sądowej. Do opornych udają się lekarze cyrkułowi i spisują protokół.

Jak dotąd, działalność lekarzy sanitarnych okazuje się pożyteczną i celową. Stwierdzili, między innymi, że udział szkoły w szerzeniu się tej epidemii jest bardzo nieznaczny.

Godnym też zaznaczenia jest fakt zmiany w zapatrywaniu się ludności na dezynfekcyę i na szpitale.

W pierwszym czasie ledwie w jakiejś drobnej części przypadków, do których przysłano dezynfektorów, udało się dezynfekcyę wykonać. Obecnie rzadko napotyka się na odmowę, a coraz częściej sami interesosowani zgłaszają się do kamery.

Ten sam zwrot w opinii tyczy i szpitali. Pomimo zmniejszania się epidemii liczba chorych w szpitalach ciągle wzrasta.

(№ 142) — W Łodzi aresztowano kolegów: Ludwika Pinkusa, Władysława Pinkusa i Seweryna Sterlinga. Dwaj ostatni zostali już z więzienia uwolnieni.

(№ 143) — Z rozporządzenia wojennego general-gubernatora otrzymał dymisy lekarz miejski Zgierza, kol. R. Hagen.

(№ 144) — Towarzystwo Kursów naukowych, (p. № 111) przystąpiło do działalności.

W bieżącym półroczu jesiennym Towarzystwo Kursów naukowych urządza wykłady systematyczne z dziedziny: 1) nauk matematyczno-przyrodniczych, 2) nauk technicznych i 3) nauk społecznych, historycznych i literackich. Zapisy rozpoczną się w początku września r. b. i następujące przedmioty będą wykładane.

1) Matematyczne: analiza algebraiczna, astronomia, geometria analityczna płaszczyzny i przestrzeni, kurs matematyki dla przyrodników, rachunek nieskończoności.

2) Przyrodnicze: antropologia zoologiczna, biologia ogólna, botanika, chemia nieograniczona i ograniczona, embryologia porównawcza, fizyka, fizjologia, geologia, logika, mineralogia, psychologia, zoologia.

3) Techniczne: uzupełniający kurs matematyki średniej, rachunek różniczkowy i całkowy, geometria analityczna, mechanika techniczna, geometria wykreślna części maszyn, technika ciepła, zarys elektrotechniki, próby materiałów budowlanych, wytrzymałość materiałów, termodynamika, statyka budowlana, zeszkady żelazne, konstrukcje budowlane, formy architektoniczne, kompozycja architektoniczna, historia architektury, statyka wykreślna, kolejnictwo, geologia, krystalografia i mineralogia, technologia chemiczna, chemia fizyczna.

4) Przedmioty z dziedziny nauk społecznych, historycznych i literackich ustalone będą w ciągu najbliższego czasu.

Informacji bliższych zasięgnąć można codziennie od 1-ej do 2-ej w kancelaryi Stowarzyszenia Techników (Włodzimierska, № 3/5).

(№ 145) — „Kronika lekarska“ (Zesz. 17) porusza myśl, by wolny uniwersytet warszawski objął także wykłady lekarskie, sądząc, że uzyskanie potrzebnych pracowni i klinik w rządowych gmachach uniwersyteckich nie byłoby może drogą układów zbyt trudną, że można liczyć na 300 polskich słuchaczy, których czesne (po 100 rubli) wystarczyłoby na czynsz dzierżawny za lokale naukowe i na wypłacenie skromnych wynagrodzeń wykładającym.

(№ 146) — Ofiarność prywatnego grona wskrzesiła pracownię fizyczną przy Muzeum przemysłu i rolnictwa. Kierownikiem jej jest p. St. Kalinowski. W zakresie naukowym rozpoczęła praca zbadać Królestwa pod względem magnetycznym i inne badania specjalne; w zakresie praktycznym zajmuje się pracownia sprawdzaniem różnych przyrządów fizycznych („Medycyna“ 41).

(№ 147) — W Łowiczu d. 14-go b. m. otwarto oddział Towarzystwa Hygienicznego. Zebranie odbyło się w teatrze miejskim. Przemawiali kol. Stanisławski, inicjator oddziału, kol. Karlsbad, kreśląc przyszłe zadania oddziału, kol. Jaworski w imieniu Towarzystwa Hygienicznego. Wygłosił odczyty: kol. Męczkowski: „o zadaniach przyszłego samorządu w sprawie higieny miast“. Następnie delegaci z Warszawy zwiedzili szpital, przytułek „Nazaret“, rzeźnię (która kosztowała 34000 rb.) i łaźnię, wybudowaną kosztem 16000 rubli.

(№ 148) — Rada profesorów uniwersytetu warszawskiego na posiedzeniu w d. 5 b. m., w którym uczestniczyła tylko połowa uprawnionych, uznając, że prawidłowa dydaktyczna czynność uniwersytetu rozpocząć się nie może, uchwaliła prosić ministerium o przeniesienie uniwersytetu z Warszawy w głąb Rosji. Tylko dwóch profesorów poków: prof. anatomii patologicznej Przewoski i prof. literatury polskiej Wierzbowski złożyło „votum separatum“, żądając spolszczenia wszechnicy, któreby natychmiast pozwoliło jej na przywrócenie prawidłowych czynności. Obecnie zaś urzędowa agencja telegraficzna petersburska przeczy pogłoskom, jakoby ministerium zamierzało znieść uniwersytet rosyjski w Warszawie, a utworzyć natomiast polski; niema też zamiaru uniwersytetu z Warszawy wynosić.

(№ 149) — Na zebraniu ogólnem Stowarzyszenia Lekarzy Polskich w Warszawie wybrano do zarządu dr. dr. Bronowskiego, Chełchowskiego, Dobrskiego, Dunina, Hewelkego, Jakimiaka, Jaworskiego, Kamockiego, Kosmowskiego, Krajewskiego, Lesniowskiego, Męczkowskiego, Nusbauma, Przyborowskiego Ad., Rzętkowskiego, Sawickiego B., Sokołowskiego A. i Szumlańskiego. Wybrano też sąd koleżeńcki z 15 członków, komisję towarzyską z 10, rewizyjną z 5, wyborczą z 24 członków i 6 zastępców. Składkę roczną oznaczono na 12 rubli. Na zebraniu było obecnych 167. — Zgłoszenia na członków przyjmuje dr. Rzętkowski (Marszałkowska 78). — Na posiedzeniu Zarządu Stowarzyszenia wybrano na prezesa kol. T. Dunina, na wice-prezesa kol. H. Nusbauma, na sekretarza kol. S. Bronowskiego, na skarbnika kol. Adama Przyborowskiego, na gospodarza lokalu kol. Szumlańskiego.

(№ 150) — Stan Warszawskiej Kasy pożyczkowo-oszczędnościowej lekarzy w dniu 1 października r. b. przedstawia się jak następuje. Członków obecnie jest 148-u. Majątek kasy stanowią: 1) w Banku Handlowym: a) renty państwowej rub. 20000, b) depozyty rub. 700, c) gotowizną rub. 117 kop. 39 i 2) pożyczki: a) zwykle wekslowe rub. 10214, b) za poręczeniem rub. 4719, c) pod zastaw rub. 450, d) na hipotece rub. 6000; 3) w kasie rub. 280 kop. 69; 4) ruchomości rub. 141 kop. 48; 5) kupon bieżący rub. 67. Razem majątek wynosi rub. 42589 kop. 55.

(№ 151) — D. 30 z. m. otwarte zostało Sanatorium dla chorych nerwowych i umysłowych we Wrzesinie pod Pruszkowem. Mieści się ono w specjalnym na ten cel postawionym budynku z uwzględnieniem wymagań dla tego rodzaju zakładów. Kierownikiem Sanatorium jest kol. Edward Steffen.

(№ 152) — Dzieło kol. Sokółowskiego, p. t.: „Wykłady chorób dróg oddechowych“, o którego wydaniu niemieckiem niedawno pisaliśmy, zostało przetłómaczone na język rosyjski przez d-ra Sochackiego. Część pierwsza z przedmową prof Wagnera wyszła nakładem Rikкера w Petersburgu.

(№ 153) — Dr. Dworecki opisuje „Münch. medicin Woch.“ stosunki zdrowotne, jakie panują w więzieniach rosyjskich. Obok przepełnienia i połączonych z niem szkodliwości, podnosi przede wszystkim niedostateczne pożywienie i odosobnienie, które w zatrważający sposób działają na więźniów. Więzienia też tamtejsze są źródłem chorób nerwowych i umysłowych oraz chorób zakaźnych, zwłaszcza duru osutkowego. Liczba samobójstw popełnianych przez więźniów jest ogromna. Wszelkie usiłowania lekarzy więziennych, dążące do usunięcia najfatalniejszych stosunków sanitarnych, rozbijają się o opór władzy, która usuwa każdego lekarza, upominającego się nieco energiczniej o poprawę tych stosunków.

(154) — D. 27 sierpnia o godz. 6-jej wieczorem do apteki p. A. Kowalskiego w Warszawie przy ul. Granicznej weszło dwóch młodzieńców po lat 20, wyglądających na ludzi inteligentnych i, przyłożywszy rewolwery do skroni kasyerki, zażądali pieniędzy. Kasyerka zdrętwiała z przerażenia i nic nie odpowiadała, a wówczas przybyli otworzyli szufladę kasy i wygarnęli około 10 rubli miedzią, znajdujące się w koszyczku. Zadowolili się oni tem, przeoczywszy pod koszyczkiem złoto w sporej liczbie. Po rabunku bandyci, trzymając rewolwery w pogotowiu, odeszli, nie spiesząc się wcale. („Przeł. farm.“)

(№ 155) — Dnia 26 sierpnia o g. 9 w. do apteki pp. Karczewskiego i Łukaszewicza w Warszawie wszedł jakiś obdartus, który, udając pijanego, skierował się do znajdującego się w aptece pracującego z prośbą o udzielenie mu lekarstwa. Nieznajomy mówił cicho, skutkiem czego pracujący musiał podejść doń blisko. W tej właśnie chwili do apteki wbiegli jakiś dość przyzwolicie ubrani mężczyzna, który, zatrzasnąwszy drzwi, momentalnie wyciągnął rewolwer i skierował się do kasy. Wciąż trzymając rewolwer skierowany do kasyerki, wyciągnął szufladkę z pieniędzmi. Pieniądże rozsypany się na podłogę. Mimo to bandyta schylił się i zebrał szybko pieniądze, poczem wspólnie z owym rzekomo chorym, który podczas grabieży pełnił rolę mającą na celu unieruchomienie pracującego — wbiegł na ulicę. Wtedy pracujący zabrał rewolwer i puścił się w pogoń za bandytą, który tymczasem skierował się w ulicę Trebacką. W tej właśnie chwili ulicą Trebacką szedł patrol wojskowo-policyjny. Na widok uciekającego żołnierze wraz z policją puścili się w pogoń za bandytą, którego na ul. Kotzebue schwymano. Bandyta, zdążywszy po drodze rzucić rewolwer, chciał całą winę zwałić na pracującego apteki.

W tym też celu zwrócił się do żołnierzy i oświadczył im, że ścigający go młody człowiek bez przyczyny chce go zabić. Najlepszym dowodem, mającym stwierdzić niewinność bandyty, miał być fakt, że goniący ma przy sobie rewolwer. Sprawa ta jednak wkrótce się wyjaśniła, gdy patrol z bandytą i pracującym apteki przybyli do apteki.

(№ 156) — Tegoż dnia około godz. 1 trzech bandytów napadło na aptekę p. Iwańskiego przy ul. Twardej nr. 34. w Warszawie. Tam pod groźbą rewolwerów bandyci zabrali około 15 rb.

(№ 157) — W Berdyczowie do apteki Rajewicza weszło 4 młodych ludzi i zażądali wykania kwasu siarczanego. Otrzymawszy odmowną odpowiedź, ciężko ranili dyżurnego prowizora wystrzałami z rewolweru i szybko bezkarnie odeszli.

(№ 158) — 20 lipca wieczorem do apteki Fina na Przcystienkie w Moskwie weszło kilka uzbrojonych osób, żądając pieniędzy. Kasyer będący w drugim pokoju wbiegł na podwórze wzywając pomocy, co zauważywszy bandyci zbiegli.

(№ 159) — 26 lipca w nocy do apteki w Petersburgu weszły dwie osoby i obstałowały lekarstwo. Gdy ono było gotowe, podeszli do dyżurnego i pod groźbą rewolweru wypróżnili kasę, w której znajdowało się przeszło rb. 50. Apteka ta znajduje się tuż obok pałacu Zimowego.

(№ 160) — 1 sierpnia o godzinie 11 wieczorem do apteki Wittorta w Jałcie w środku miasta położonej, weszło 5 ludzi uzbrojonych w rewolwery, ograbili kasę i dyżurnego farmaceuty, poczem bezkarnie zbiegli.

(№ 161) — W nocy z d. 27 na 28 lipca dokonano napadu na aptekę sukcesorów Malera w Sewastopolu. Dwaj młodzieńcy, wszedłszy do apteki, schwycili za gardło dyżurnego pracującego, lecz ten zdążył przywołać na pomoc stróża. Bandyci, czując niebezpieczeństwo, wbiegli na ulicę, i zniknęli. Przypuszczają, że celem napadu była chęć porwania przetworów chemicznych do przygotowania materiałów wybuchowych.

(№ 162) — *Lekarz obowiązany jest do zachowania tajemnicy zawodowej nawet i po śmierci chorego.* Tak orzekł saski sąd kraj. wyższy, jak do nosi: „Sächsisches Archiv für Rechtspflege“. Pewna dziewczyna zażądała od spadkobierców pewnego zmarłego pieniądze wynagrodzenia na to, zasądzie, że zmarły zaraził ją i ciężko na zdrowiu uszkodził. Sąd nawet skłaniał się do przyznania odszkodowania, ale dla wydania korzystnego dla skarżącej wyroku trzeba było przeprowadzić dowód, że zmarły istotnie był chory na daną chorobę zaraźliwą. Zeznać to mógł tylko lekarz, który zmarłego leczył, ale lekarz odmówił zeznania, powołując się na tajemnicę zawodową. Pozostali bracia zmarłego nie chcieli zwolnić lekarza od zawodowego jego obowiązku. Na to podniosła skarżąca, że o złamaniu tajemnicy w danym razie nie możnaby mówić i że lekarz zeznając nie naraża się na karę, bo karany mógłby być tylko na żądanie chorego, a ten zmarł. Sąd przyznał, że bracia nie mogliby skarżyć lekarza o niełochowanie tajemnicy, bo prawo skazania nie jest dziedziczne, jako prawo osobowe, a nie czysto rzeczowe; ale też tak samo nie mają bracia prawa zwolnić lekarza od tajemnicy zawodowej. Wprawdzie skarżąca znajduje się w bardzo trudnym położeniu, bo przez uchylene się lekarza od świadectwa może nawet sprawę przegrać, ale interes jednostki nie wystarczy, by zwolnić lekarza od obowiązku milczenia i sąd nie może się zgodzić na to, żeby materialny interes ja-

kiejs strony uznać za ważniejszy od zawodowego obowiązku lekarza. „Po śmierci chorego nie może lekarz już w ogóle być od tego obowiązku zwolnionym“. Rozstrzygnięcie to ma zasadnicze znaczenie i w tych przypadkach, gdzie Towarzystwa ubezpieczeń pytają lekarza o przyczynę śmierci ubezpieczonego. („Przegl. Lek.“) E. S.

(№ 163) — *Przeciw specyfikom i cudownym* środkom uwydatnił się ruch w Australii. W parlamencie Związku australijskiego przyjęto w tej kwestyi wniosek następujący: wszelkie patentowa-

ne środki lekarskie i specyfiki, środki spożywcze dla dzieci, sztuczne środki spożywcze, oraz wszelkie środki, które bądź w celach farmakologicznych lub chirurgicznych służyć mają usunięciu lub zmniejszeniu cierpień ludzkich, winny być w interesie zdrowia publicznego badane przy wwozie w granice Związku co do swej istoty i wartości; do- kładny skł. i farmaceutyczny, lub budowa chemi- czna tych preparatów winna wyraźnie figurować na etykietach lub opakowaniu, a również podane być winny cierpienia, przeciw którym artykuły te służyć mają. (Gaz. Lek.)



### Nadesłano do Redakcyi:

*Dr. Józef Bogdanik.* O przetokach kałowych po przepuklinach uwięzionych. Odbitka z „Przegl. Lek.“ R. 1906. № 34—35. Str. 13.

*Dr. E. Joel.* Davos und seine Statistik. Odb. z „Zeitschr. f. Tuberkulose“. IX. 1. 1906. str. 11.

*Dr. Ernst Kuhn.* Eine Lungensaugmaske zur Erzeugung von Staungshyperämie in den Lungen. Odb. z „Deutsche Med. Woch.“ 1906. str. 31.

*Dr. Józef Starzewski.* O zakażeniu ciążowem. Odbitka z „Przeglądu Lekarskiego“ 1906. Str. 31.

*Stefan Sterling.* Badania porównawcze nad działaniem środka przeciwnilnego (karbolu) na bakteryje pod wpływem światła. Odb. z „Medycyny“. Str. 29.

— Biogenetisches Gesetz in der Psychologie. Odb. z „Archiv f. systematische Philosophie“. XII. 3. 1906.

*Dr. J. Tchórzniński.* Niedole starości. Warszawa 1906. Str. 48. Czternaście rysunków w tekście.

A. W. Choroby a małżeństwo. Kraków. 1906. Nakład D. E. Friedleina. Str. 89.

Otczot o diejatelnosti dietskoj bolnicy św. Olgi w Moskwie za 1904 god. Moskwa 1906.

str. 146.

**Szanownych kolegów upraszamy o wnie-  
sienie zalegającej przedpłaty!**

*Administracya.*

Komitet redakcyjny:

J. Brudziński, L. Fankanowski, A. Goldman, J. Grabowski, B. Handelsman, Ks. Jasiński, K. Jonscher  
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.