

MEDYCYNĄ.

CHASOPISMO TYGODNIOWE
dla lekarzy-praktyków.

Warunki przedpłaty: w Warszawie, rocznie rs. 6, półrocznie rs. 3. Na prowincyi i w Cesarstwie z przesyłką, rocznie rs. 7, półrocznie rs. 3 kop. 50. **Cena numeru pojedynczego** kop. 15. **Cena ogłoszeń:** Za wiersz ednoszpaltowy drobnem pismem lub za jego miejsce kop. 10. Ogłoszenia przyjmują: w Warszawie Administracja „Medycyny”. — W Paryżu C. Adam 38 Rue de Varenne 33.

Adres Wydawcy: Nowo-Zieleń Nr. 47.

Adres Redaktora: Oboźna Nr. 5.

TREŚĆ. Prace oryginalne. Przypadek cięcia cesarskiego zachowawczego z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka. Przez d-ra Stanisława Huzarskiego. — **Wykłady kliniczne.** O rozpoznawaniu i leczeniu bólu głowy. Streścił Stan. Łagowski. (Dokończenie). — **Streszczenia i wyciągi.** 35. O poprzecznem cięciu dna macicy sposobem Fritsch'a przy cięciu cesarskiem. **Odcinek.** Pomoc lekarska dla ludu w guberni Płockiej. — **Drobniejsze wiadomości różnej treści.** — **Wiadomości bieżące** — **Zmarli.** — **Ogłoszenia.**

„Medycyna“

GAZETTE MÉDICALE HEBDOMADAIRE
destinée aux médecins-praticiens.

Sommaire des articles originaux: 1) D-r S. Huzarski — Un cas d'opération césarienne conservative.
Guérison de mère et d'enfant.

Redaction: Dr H. Dobrzycki. Varsovie — Rue Oboźna 5

„Medycyna“

MEDICINISCHE WOCHENSCHRIFT
Organ für praktische Aerzte.

Inhalt der Originalabhandlungen: 1) D-r S. Huzarski — Ein Fall von konservativem Kaiserschnitt mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind.

Redaction: Dr H. Dobrzycki, Warschau—Oboźna str. 5.

Przypadek cięcia cesarskiego zachowawczego

z pomyślnem zejściem dla matki i dziecka.

Przez d-ra STANISŁAWA HUZARSKIEGO.

Jakkolwiek przypadki cięcia cesarskiego nie należą obecnie do rzadkości, to jednak z uwagi na niektóre sporne szczegóły operacyi, do których zaliczam prowizoryczną przewiązkę dolnego odcinka macicy, kierunek cięcia ścian macicznej, jakoteż szew maciczny, każdy przypadek, mogący bodaj w drobnej części przyczynić się do wyjaśnienia powyższych punktów, zasługuje na ogłoszenie.

Antonina B., żona majstra szewckiego, lat 25, wzrostu niskiego i odżywiania dobrego. W dzieciństwie przechodziła krzywicę. Matka karmiła ją tylko 8 miesięcy, gdyż była już wówczas w 4-ym miesiącu ciąży. B. zaczęła chodzić w 5-ym roku życia; w 12-ym roku dostała po raz pierwszy miesiączki; nie zdając sobie sprawy z tego objawu, wzięła zimną kąpiel, poczem dostała dreszczów i gorączki i przeleżała w łóżku parę tygodni. Następna miesiączka przyszła dopiero w rok potem, później zaś miesiączka bardzo obfita przy-

chodziła co 2—3 tygodnie z bólem w krzyżu i brzuchu. Zamężna od lat 5-iu, raz poroniła i rodziła 3 razy. Po wyjściu za mąż poroniła w 3-im miesiącu ciąży; w 11 miesięcy po poronieniu odbyła pierwszy poród, zakończony wymóżdzeniem żywego płodu (BIEGAŃSKI), w 11 miesięcy potem drugi poród, zakończony również wymóżdzeniem żywego płodu (NEUGEBAUER), w rok i 3 miesiące potem trzeci poród, również zakończony wymóżdzeniem żywego płodu (HUZARSKI). Połogi miewała zawsze dobre.

Już w roku zeszłym, gdy wezwany zostałem do B. celem udzielenia jej pomocy przy porodzie (3-cim z rzędu), zauważyłem znaczne ścieśnienie miednicy; nie mając jednak pod ręką miednicomierza, nie mogłem określić wielkości najkrótszego wymiaru wchodu miednicy; przy badaniu palcem znalazłem miednicę tak ścieśnioną, że o wydobyciu żywego płodu nie było co myśleć. Wówczas to, przyjąwszy pod uwagę wynik badania jakoteż zakończenie poprzedzających dwóch porodów, proponowałem cięcie cesarskie, na które małżonkowie po naradzie nie zgodzili się. Zresztą sam zbytnio nie nalegałem w obawie, czy przy długotrwałym porodzie rodząca nie jest już zakażona przez nieczystą akuszerkę. Natomiast po dokonaniem przezemnie pomyślnie wymóżdzeniu umówiliśmy się, że w razie ponownego zajścia w ciążę B. podda się cięciu cesarskiemu pod warunkiem jednak, że będzie w ciągu 3-ch ostatnich miesięcy ciąży pod moją obserwacją. Istotnie w 7-ym miesiącu obecnej ciąży mąż B. zjawił się u mnie w domu, gdzie omówiliśmy wszystkie szczegóły zachowania się ciężarnej, jakoteż mającej się dokonać operacji. Od tej chwili aż do samego porodu odwiedzałem B. co tydzień lub co dwa tygodnie.

Co się tyczy szczegółów obecnej ciąży, to ostatnia miesiączka miała miejsce 13 grudnia 1896 r., pierwsze ruchy płodu chora uczuła 20 kwietnia. Przez cały czas ciąży czuła się ona bardzo dobrze. Poród według mego obliczenia miał wypaść pomiędzy 20—27 sierpnia. Muszę dodać, że ciężarna z mego przepisu w ostatnim tygodniu ciąży brała codziennie łyżeczkę oleju rącznikowego, a w ciągu ostatniego miesiąca kąpała się dwa razy tygodniowo. Wezwany do B. 9 września 1897 r. o godzinie 9 $\frac{1}{2}$ z rana, dowiedziałem się, że pierwsze bóle porodowe wystąpiły zrana o godz. 5-ej i są rzadkie. Natychmiast zarządziłem przeniesienie rodzącej do prywatnego zakładu leczniczego (kolegów REJCHSTEINA i WAWELBERGA). Po przybyciu rodzącej do zakładu opróżniono kışkę stolcową zapomocą ławatywy i ogolono włosy z części rodnych, poczem rodząca wzięła ciepłą kąpiel. O godzinie 2-ej po południu, po dokładnem obmyciu części rodnych zewnętrznych wodą z mydłem i starannem przemyciu pochwy rozczyłem lizolu zbadalem rodzącą wewnątrznie poraz pierwszy, przyczem znalazłem, że ujście maciczne otwarte jest na 1 palec, część pochwowa stoi bardzo wysoko, a przodującej części płodu wyczuć nie można; tony serca płodu wyraźne z lewej strony brzucha, pod pępkiem. Zbadanie wymiarów miednicy wykazało, iż wymiar kolcowy wynosi 22 cm., wymiar grzebieńniowy 23 cm., oddalenie szczytów krętarzy 27 $\frac{1}{2}$ cm., wymiar prosty zewnętrzny BAUDELOCQUE'a 15 cm., wymiar prosty przekątny (*conjugata diagonalis*) 7 cm. Odjąwszy 1 $\frac{1}{2}$ cm., pozostaje dla prostego wymiaru wchodu miednicy (*conjugata vera*) 5 $\frac{1}{2}$ cm. Obwód brzucha na wysokości pępka 105,5 cm., odległość od spojenia łonowego do wyrostka mieczykowatego 41 cm., od spojenia łonowego do pępka 18 cm., wysokość ciała 132 cm. W ten sposób mieliśmy do czynienia z ogólnie ścieśnioną płaską krzywicową miednicą, której najkrótszy prosty wymiar wchodu wynosił 5 $\frac{1}{2}$ cm., słowem mieliśmy względne wskazanie do cięcia cesarskiego. Po zbadaniu przemyłem pochwę jeszcze raz

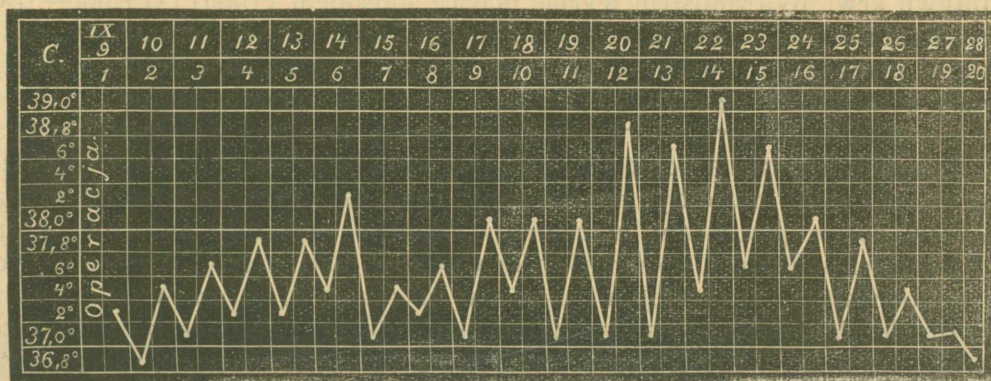
rozczynelem lizolu i wytamponowałem ją lekko gazą jodoformową. Zwracam uwagę, że rodząca była zbadana przezemnie wewnątrz tylko ten raz jeden. O godzinie 5 $\frac{1}{4}$ po południu przy dobrych i częstych bólach porodowych przystąpiłem do operacji w asystencji kolegów REJCHSTEINA, WAWELBERGA, WARSZAWSKIEGO i FINKELKRAUTA. Przedewszystkiem na początku narkozy zastrzyknięto rodzącej podskórnie 2 strzykawki ergotyny. Następnie po dokładnem obmyciu brzucha wodą z mydłem, eterem i sublimatem i wypuszczeniu moczu cewnikiem poprowadziłem cięcie ściany brzusznej w smudze białej od pępka do miejsca na dwa palce powyżej spojenia łonowego. Cięcie to przedłużyłem ku górze na 5 cm., ominąwszy pępek i po wydobyciu macicy przez ucisk ścian brzusznych nazewnątrz jamy brzusznej założyłem elastyczną przewiązkę na dolny odcinek macicy poniżej główki płodu i nie uciskając, związałem ją lekko na węzeł, poczem założyłem prowizoryczny szew na ścianę brzuszną powyżej wytoczonej macicy i obłożywszy ją dokoła gorącemi serwetami, przystąpiłem do otwarcia jamy macicy. Cięcie macicy zostało dokonane w ten sposób, że naciąwszy zwyczajnym skalpelem dno macicy, przyczem mimowoli otworzyłem pęcherz płodowy, wprowadziłem następnie do jamy macicy dwa palce i pod ich kierunkiem nożem główkowatym otworzyłem macicę jednym cięciem podłużnem w ścianie przodowej; następnie wydobyłem szybko z macicy płód za prawe udo. Dziecko żywe, płci żeńskiej, krzyczy głośno natychmiast po wydobyciu z jamy macicznej. Po przewiązaniu sznurka pępkowego i oddaniu dziecka akuszerce zacisnąłem mocno przewiązkę elastyczną dokoła dolnego odcinka macicy. Podczas cięcia macicznego krwawienie było dość znaczne. Łożysko było usadowione w dnie macicy; oddzieliłem je palcami i wydobyłem z macicy. Ponieważ dolny odcinek błon płodowych został ujęty w przewiązkę elastyczną, przeto musiałem ją rozluźnić nieco, poczem wydobyłem błony i przekonawszy się o drożności szyi macicznej przez wprowadzenie do niej palca od góry, znowu zacisnąłem silnie przewiązkę. Krwawienie z macicy przez ten czas było niewielkie. Następnie usunąwszy z macicy nieco skrzepów i oczyściwszy jamę maciczną tamponami, zmoczonymi w płynie TAVEL'a, przystąpiłem do nałożenia szwu macicznego. Macicę zeszyłem 9 jedwabnymi szwami głębokimi, przenikającymi całą grubość ściany macicznej, nie omijając błony doczesnej i tyłuż powierzchownymi również jedwabnymi, obejmującymi otrzewną i cienką warstwę błony mięsnej. Po zawiązaniu szwów głębokich zdjąłem przewiązkę elastyczną. Macica leniwie się kurczy pomimo mięsienia i dopiero po przykryciu jej gorącemi serwetami skurczyła się dobrze, poczem została odprowadzona do jamy brzusznej. Przekonawszy się, iż w jamie brzusznej nie ma wcale płynu, ani krwi i przykrywszy macicę ściągniętą ku dołowi siecią, przystąpiłem do zszycia rany brzusznej. Tę ostatnią zeszyłem 10 szwami głębokimi z jedwabiu, przenikającymi całą grubość ściany brzusznej i tyłuż powierzchownymi, poczem nałożono na ścianę brzuszną opatrunek z suchej gazy jodoformowej i waty i opaskę uciskającą. Zastrzyknięto jeszcze jedną strzykawkę ergotyny podskórnie. Cała operacja od początku narkozy aż do opatrunku trwała nie wiele więcej nad jedną godzinę.

Płód donoszony, płci żeńskiej, 48 cm. długości. Wymiary główki płodu wynosiły: długi wymiar ukośny 12 cm., wymiar prosty 10 cm., krótki wymiar ukośny 9 cm., wymiar tylny czyli międzyciemieniowy 9 cm., wymiar przedni czyli międzyskroniowy 8 cm., obwód głowy 33 cm., obwód tułowia 34 cm.

Po operacji położnica skarży się na dokuczliwe bóle w ranie brzusznej i w krzyżu. Tętno 90. Ciepłota 37,2°. Na noc zastrzyknięto morfinę podskórnie. 10. IX. W nocy nie spała z powodu dokuczliwych bólów w brzuchu. Mocz wypuszczono zapomocą cewnika. Tętno 84, ciepłota 36,8°—37,4°. Bóle poporodowe silne; odchody połogowe krwawe w niewielkiej ilości. Język wilgotny. Brzuch miękki, wymiotów niema. Zalecono pęcherz z lodem na brzuch. Zewnętrzne części rodne obmyto lizolem i opatrzone watą aseptyczną. Na noc morfina. 11. IX. W nocy spała nieźle. Język wilgotny, brzuch miękki; mocz wypuszczono zapomocą cewnika. Bóle poporodowe silne. Ciepłota 37°—37,6°. Lód na brzuch, na noc morfina. 12. IX. Tętno 80, ciepłota 37,2°—37,8°. Bóle w dole brzucha. Lód; morfina. Dziecko przystawiono do piersi. 13. IX. Tętno 84; ciepłota 37,2°—37,8°; w nocy spała. Bóle poporodowe słabsze, mocz wypuszczono zapomocą cewnika. Ławatywa z wody z gliceryną; po ławatywie wypróżnienie; mocz wieczorem oddała sama. 14. IX. W nocy spała dobrze. Odchody krwawe; mocz oddaje sama dwa razy dziennie; tętno 84, ciepłota 37,4°—38,2°. Ogólny stan dobry, na bóle nie skarży się, język wilgotny, łąknienie dobre. 15. IX. Górne trzy szwy głębokie i dwa powierzchowne zdjęto, brzegi rany brzusznej w górnej części nieco zaczerwienione. Wilgotny opatrunek z *aluminium aceticum*. Brzuch miękki. Tętno 72, ciepłota 37°—37,4°. Bólów niema. Łyżka oleju rącznikowego. Odchody krwawe. 16. IX. Tętno 82. Ciepłota 37,2°—37,6°. Brzuch niebolesny; po oleju jedno obfite wypróżnienie. Łąknienie dobre. W nocy spała. Odchody krwawe. 17. IX. Zdjęto wszystkie szwy, rana brzuszna zagojona przez rychłozrost z wyjątkiem górnego odcinka. Opatrunek suchy. Stan ogólny zupełnie dobry. Ciepłota 37°—38°. 18. IX. Ból przy oddawaniu moczu, zresztą stan zupełnie dobry. 19. IX. Stan dobry; ciepłota 37,4°—38°. Bólu przy oddawaniu moczu niema. 20. IX. Ciepłota 37°—38,8°. 21. IX. Położnica skarży się od wczoraj na ból w lewej goleni na tylnej jej powierzchni. Okład rozgrzewający na nogę, ułożenie wysokie kończyny; do wewnątrz chinina ze sporyszem aa 0,3 dwa razy dziennie. Wieczorem ból i powyżej kolana. Wyczuwa się żyły stwardniałe i kończyna dolna obrzmiała; jodyna, okład wilgotny z *aluminium aceticum* na nogę. Ciepłota 37°—38,6°. 22. IX. Ból w kończynie lewej bardzo dokuczliwy, szczególnie w udzie. Jodyna i wilgotny opatrunek z *aluminium aceticum*. Odchody krwawe. Ciepłota 37,4°—39°. 23. IX. Ból w kończynie mniejszy; obrzmienie nieznaczne. Zmieniono opatrunek na brzuchu. Rana brzuszna goi się dobrze w górnej części. Opatrunek suchy. Ciepłota 37,6°—38,6°. 24. IX. Ból w kończynie mniejszy. Odchody krwawe. Na kończynę to samo. Ciepłota 37,6°—38°. 25. IX. W nocy miała silny ból w nodze. Odchody mniej obfite. Opatrunek na kończynę ten sam. Ciepłota 37°—37,8°. 26. IX. Ból w kończynie mniejszy. Odchody połogowe nieznaczne. Opatrunek taki sam. Ciepłota 37°—37,4°. 27. IX. *St. idem*. Ciepłota 37°. 28. IX. Położnica na własne żądanie wypisała się z zakładu i została przeniesiona w lektyce do domu, gdzie odwiedzałem ją prawie codziennie. Położnica nie gorączkuje, obrzmienie kończyny dolnej powoli się zmniejsza. Łąknienie dobre, sama karmi dziecko. W miesiąc po operacji pozwoliłem położnicy wstać po raz pierwszy. W tydzień później widziałem ją po raz ostatni. Czuje się ona doskonale, dziecko wygląda bardzo dobrze. Przy tej sposobności zbadałem operowaną przez pochwę i znalazłem stan następujący: sklepienia pochwowe wyciągnięte ku górze, część pochwowa mała, zewnętrzne ujście maciczne w kształcie rozetki znajduje się poza kością łonową,

dno macicy wyczuwa się nad spojeniem łonowem, macica na nieznacznej przestrzeni zrosnięta z dolnym kątem blizny brzusznej, *parametria* wolne. Zaleciłem pas brzuszny, który sam dopasowałem.

Z przeglądu załączonej krzywej widać, że położnica miała nieznaczne podwyższenie ciepłoty (najwyższa ciepłota $38,2^{\circ}$) w ciągu pierwszych dni, zależne jedynie od niewielkiego ropienia w miejscach ukłucia trzech górnych szwów, co widać ze spadku ciepłoty natychmiast po usunięciu tych szwów. Jedynym powodem tego ropienia było przedostanie się kilku zrazików podskórnej tkanki tłuszczowej pomiędzy brzegi drugiego górnego szwu głębokiego, które spostrzeżono już po zaciśnięciu nitki; gdybym, idąc za własnym zdaniem, nie wahał się usunąć tego szwu i założył inny po wycięciu nożyczkami wystającej tkanki tłuszczowej, to prawdopodobnie nie doszłoby do ropienia, za dowód czego może służyć rychłozrost na całej dalszej przestrzeni zeszy-



tej rany brzusznej. Co się zaś tyczy podniesienia ciepłoty pomiędzy 9—17 dniem, to stoi ono w związku ze sprawą zapalną w żyłach kończyny dolnej lewej (*phlebothrombosis*). Jak wytłomaczyć sobie powstanie tego zapalenia w naszym przypadku? Rodząca, jak to wyraźnie zaznaczyłem w historii choroby, była zbadana przezemnie przez pochwę raz jeden i to po kąpeli, ogoleniu włosów na sromie i po dokładnem odkażeniu części rodnych zewnętrznych jakoteż pochwy, sama operacja była dokonana w warunkach ścisłej aseptyki, a jednak mieliśmy wyraźną sprawę zakaźną. Sądzę, że należy sprawę tę postawić w związku z długotrwałem krwawieniem z macicy w położu, które dowodzi niedostatecznego zwijania się macicy; w takim rozluźnionym stanie macicy mogą się przedostać do żył rozmaite drobnoustroje, a tych w pochwie nigdy nie brak pomimo najstaranniejszego odkażenia. Że sprawa w kończynie dolnej nie była częściowym objawem zakażenia ogólnego, mamy najlepszy dowód w tem, że brakło innych objawów, jak dreszczów, bólów głowy, pragnienia i t. d. Krótkotrwałość gorączki, która raz jeden tylko podniosła się do 39° także przemawia za zakażeniem miejscowym. O jakiejś sprawie zapalnej dokoła macicy także nie może być mowy wobec braku bólów macicznych, jakoteż zajęcia tkanki łącznej przymacicznej. Bądź co bądź należy stąd wyciągnąć wniosek, że po cięciu cesarskiem winna być zwrócona baczną uwaga na skurczenie się macicy, na które po prawidłowych porodach zwykliśmy zwracać całą swoją uwagę, wzmacniając je mięsieniem macicy i podawaniem sporyszu.

Już na wstępie niniejszego artykułu zaznaczyłem, że istnieją pewne sporne punkty odnośnie do techniki cięcia cesarskiego, które dotychczas jeszcze nie zostały ostatecznie rozstrzygnięte. Do takich punktów spornych zaliczam: prowizoryczną przewiązkę elastyczną na dolny odcinek macicy, kierunek cięcia ściany macicznej, jakoteż szew maciczny. Rozpatrzmy pokrótce wszystkie te punkty.

I. Co się tyczy prowizorycznej przewiązki na dolny odcinek macicy, to poglądy autorów różnią się bardzo pod tym względem; jedni uważają ją za nieodzownie potrzebną (MÜLLER, ZWEIFEL, PINARD), inni zaś za zbysteczną i zastępują ją uciskiem ręcznym szyi macicznej (SAENGER, CARUSO, JOHANNOWSKY). Główny zarzut, jaki czynią przewiązce elastycznej jest ten, iż po długotrwałym ucisku następuje bezwład mięśnia macicznego, sprowadzający w bezpośrednim następstwie krwotok atoniczny, który dosięga niekiedy takiego stopnia, że niektórzy operatorzy, chcąc ocalić operowaną od śmierci z upływu krwi, byli zmuszeni wyciąć macicę sposobem PORRO (WYDER—dwa razy, FREUND jun., FASOLA). To też SÆNGER, idąc za radą SCHAUTA'y, radzi zastąpić przewiązkę uciskiem ręcznym; dodaje jednak sam, że przez długotrwały ucisk męczy się szybko ręka asystenta, radzi przeto zastąpić przewiązkę serwetką muslinową, którą przewiązuje szyję maciczną w kształcie krawata. Zdaniem SÆNGER'a ucisk serwetki wywiera swe działanie na większej przestrzeni i nadto może być miarkowany ręką asystenta, a wreszcie wchłania krew, spływającą z rany macicznej. Zdaniem większości autorów, które w zupełności podzielam, atonicznych krwotoków macicznych, występujących po długotrwałym i zbyt silnym ucisku szyi macicznej przez przewiązkę, można łatwouniknąć jeżeli zachowamy przytem ostrożności następujące: po wydobyciu macicy nazewnątrż należy założyć przewiązkę na szyję maciczną i skrzyżowawszy jej końce, lekko związać na węzeł lub ścisnąć mocnymi szczypczykami następnie dopiero po otwarciu jamy macicznej i wydobyciu dziecka należy przewiązkę silnie zacisnąć, usunąć prędko z macicy łożysko wraz z błonami płodowymi i przystąpić natychmiast do szwu macicznego. Po założeniu głębokich szwów macicznych można już przewiązkę rozluźnić, a nawet zupełnie usunąć, gdyż krwawienie natychmiast ustaje, i przystąpić do szwów powierzchownych. Zresztą nie widzę słusznej racji, dla której każdy krwotok atoniczny z macicy ma zawdzięczać swe pochodzenie uciskowi przewiązką. Czy po porodach prawidłowych nie widzimy czasami szalonych krwotoków atonicznych z macicy, opierających się wszelkim rękoczynom, a ustępujących dopiero po dokładnem wytamponowaniu macicy (DÜHRSEN)? Najlepszym środkiem, zapobiegającym takim atonicznym krwotokom macicznym po cięciu cesarskiem, jest podskórne zastrzyknięcie ergotyny przed przystąpieniem do operacji; strzykawek takich zastrzyknąć należy conajmniej 2—3 przed operacją, a jedną po operacji. CARUSO jest zdania, że należy stosować przewiązkę elastyczną tylko wówczas, gdy zmusza nas do tego poważny krwotok, wogóle zaś należy ją zastąpić uciskiem ręką, tyczy się to jednak tylko tych przypadków, w których mamy dostateczną asystencję; w razie przeciwnym należy zawsze stosować przewiązkę. Zdaniem mojem, poglądy takie sprowadzają tylko zamieszanie; technika operacji tak poważnej jak cięcie cesarskie musi być ustalona i nie powinna ulegać zmianom, zależnym od przypadkowych okoliczności. Drugi zarzut, jaki stawiają elastycznej przewiązce, stanowi obawa o uduszenie dziecka. Jeżeli przy nakładaniu przewiązki zwrócimy uwagę, ażeby leżała ona poniżej główki płodu, a zarazem nie zaciśniemy jej odrazu

mocno, lecz lekko zwiążemy jej końce, wówczas nie mamy potrzeby obawiać się uduszenia płodu, gdyż nie przeszkadza ona wcale krążeniu krwi pomiędzy matką a płodem. Streszczając wszystko to, cośmy wyżej powiedzieli, dojdziemy do wniosku, że elastyczna przewiązka dolnego odcinka macicy stanowi nieodzowną część operacji i że z zachowaniem wyżej wyłuszczonych zastrzeżeń, można ją śmiało założyć bez obawy narażenia płodu na uduszenie jakoteż wywołania następczego krwotoku atonicznego z macicy.

II. Drugi punkt sporny w sprawie cięcia cesarskiego zachowawczego stanowi kierunek cięcia w ścianie macicznej. Dotychczas za najbardziej odpowiednie uważano cięcie podłużne przodowej ściany macicy. Główne zarzuty, jakie stawiano temu cięciu, są następujące: naprzód równoległość ran w macicy i w ścianie brzusznej, co może powodować zrosty ich; dalej sprawy ropne w ścianie brzusznej mogą łatwo przejść na macicę, wreszcie kierunek naczyń krwionośnych w macicy jest poprzeczny, przeto szwy po cięciu podłużnem idą równolegle z kierunkiem naczyń, przez co pomiędzy dwoma szwami może pozostać większe krwawiące naczynie, wymagające szwu dodatkowego. Niedawno FRITSCH (Ein neuer Schnitt bei der Sectio caesarea. Centralbl. f. Gynaek. Nr. 20. 1897) zaproponował poprzeczne cięcie dna macicy na wysokości jajowodów, w odległości kilku centymetrów od tych ostatnich. Zalety przypisywane przez F. temu cięciu są następujące: cięcie w ścianie brzusznej można poprowadzić wyżej niż zwykle, przez co można uniknąć przepuklin, gdyż ostatnie powstają zwykle pod pępkiem; następnie przez otwór w dnie macicy łatwiej można wywiązać płód, nadto sama operacja jest bardziej czysta, gdyż krwawienie z rany jest mniejsze, rana w dnie szybko się zmniejsza; najważniejszą jednak zaletę tego cięcia upatruje F. w tem, że idzie ono równolegle do naczyń krwionośnych, przy szyciu więc zostaną one ujęte w kierunku poprzecznym, przez co krwawienie natychmiast ustaje; wreszcie kierunek cięcia pozwala odprowadzić macicę natychmiast po jej opróżnieniu do jamy brzusznej, a tylko dno macicy, trzymane zapomocą jednego szwu, niby za cugle, pozostaje nazewnątrz jamy brzusznej. EVERKE (Ueber die Anlegung des Uterusschnittes bei Sectio caesarea. Monatschrift f. Geburts. u. Gynaek. T. VI. Z. 1), który niezależnie od FRITSCH'a spróbował poprzecznego cięcia w dnie macicy z niepomysłnem zejściem dla matki, robi tej metodzie zarzuty następujące: 1) po zeszyciu rany poprzecznej może nastąpić skutek niedostatecznego odżywiania (obie gałazki tętnicy nasiennej wewnętrznej zostają przewiązane) zgorzel z następczem rozejściem się brzegów rany, przez co odchody połogowe mogą przedostać się do jamy brzusznej i wywołać zakażenie, co też miało miejsce w przypadku E.; 2) ponieważ linia szwów zwrócona jest w kierunku jamy brzusznej, przeto mogą nastąpić bezpośrednie zrosty z żołądkiem, jelitami i siecią, które E. uważa za szkodliwsze od zrostów ze ścianą brzuszną, jakie powstać mogą przy cięciu w przodowej ścianie macicy; 3) jeżeli w okresie gojenia rany macicznej powstaną w niej ropnie, mogą się one stać niebezpiecznymi wskutek pęknięcia do jamy brzusznej lub do jelita. JOHANNOWSKY (Ueber die verschiedenen Uterusschnittmethoden bei der konservativen Sectio caesarea. Monatsschr. f. Geburts. u. Gynaek. T. VI. Z. 4), który idąc za radą FRITSCH'a, zastosował w jednym przypadku poprzeczne cięcie w dnie macicy z pomysłnem zejściem dla matki, nie podziela w zupełności powyższych zarzutów E. i staje w obronie tego cięcia z pewnemi je-

dnak zastrzeżeniami, mianowicie po cięciu poprzecznem w dniu nie należy brzegów rany macicznej zaciskać zbyt mocno zapomocą szwów, gdyż przez to może nastąpić ich zgorzel; następnie celem uniknięcia zrostów dna z żółądkiem, jelitami i siecią, należy aseptykę przy operacji posunąć do ostatnich granic możliwości, wreszcie J. radzi szyć ranę w macicy silk w o r m e m, przez co unika się ropni w miejscach ukłócia macicy z następczem otwarciem się ich do jamy brzusznej.

Co się tyczy cięcia tylnej ściany macicy, zaleconego przez COHNSTEIN'a w r. 1881, to SÆNGER zarzuca mu, iż naprzód w razie rozejścia brzegów zeszytej rany odchody położowe mogą przedostać się do jamy brzusznej, następnie że mogą powstać obszerne zrosty tylnej ściany macicy z tylną ścianą jamy DOUGLAS'a lub z jelitami, co może spowodować w następstwie skręcenie jelita, wreszcie, iż nie zawsze uda się zgąć nieopróżnioną macicę, np. przy nowotworach szyi macicznej, co jest nieodzowne przy cięciu w tylnej ścianie. Czasami jednak cięcie tylne jest jedynie możliwe; ma to miejsce np. przy włókniakach w przodowej ścianie macicy. W tym ostatnim przypadku możnaby zastosować poprzeczne cięcie w dniu macicy.

Z powyższego widać, że sprawa kierunku cięcia w ścianie macicy pozostaje dotychczas nierozstrzygniętą i że dopóki nie będą ogłoszone dalsze pomyślne wyniki po cięciu poprzecznem dna, cięcie podłużne zostaje, że tak powiem, cięciem prawidlowem.

III. Co się tyczy szwu macicznego, to sprawa ta przechodziła różne koleje. SÆNGER (Kaiserschnittfragen. Centralbl. f. Gynaek. 1890. Nr. 13), który położył niespożyte zasługi w sprawie rozwoju techniki cięcia cesarskiego zachowawczego, wszystkie pomyślne wyniki tej operacji przypisywał dokładnemu szwowi macicznemu. Pierwotny szew SÆNGER'a składał się z szeregu głębokich szwów węzłkowych, przechodzących przez całą grubość ściany macicznej z ominięciem jednak błony doczesnej z podminowaniem błony surowiczej, a zatem nie przechodzących przez jamę maciczną, a następnie z drugiego szeregu szwów powierzchownych również węzłkowych, łączących jedynie błony surowicze, które zalecał zawijać nieco do środka; przy tym ostatnim szwie należało każdy brzeg surowiczy przekłóć dwa razy, jak w szwie kiszgowym LAMBERT'a. Jest to tak zwany szew surowiczno-surowiczy SÆNGER'a, w którym autor ten upatrywał istotną i niezbędną część racjonalnego szwu macicznego. Już w roku 1890 FRITSCH (Noch einmal die Vereinfachung des Kaiserschnittes. Centralbl. f. Gynaek. Nr. 13) był zdania, że ten ostatni szew jest zbyt ciężki i że wystarczy pojedynczy szew węzłkowy przez całą grubość ściany macicznej bez ominięcia, błony doczesnej, względnie jamy macicznej.

Jest to także pogląd krańcowy, nie widzę zresztą powodu, dla którego szyjąc inne narządy szwem głębokim i powierzchownym, mamy szyć macicę tylko szwem głębokim. Wprawdzie FRITSCH powiada, że przez pominięcie szwu powierzchownego zyskujemy na czasie, na to jednak odpowiada SÆNGER, że przy szyciu takiego narządu jak macica, podlegającego wskutek skurczliwości retrakcji, dokładność szwu przeważa nad czasem; zresztą założenie kilku, a nawet kilkunastu szwów powierzchownych nie może zająć więcej niż 5 minut czasu. To też aczkolwiek w ostatnich czasach zarzucono szew surowiczno-surowiczy SÆNGER'a, to jednak zatrzymano podwójny szew maciczny. Obecny uproszczony szew maciczny składa się z szeregu głębokich szwów węzłkowych, nakładanych w odstępach $1-1\frac{1}{2}$ cm. i przechodzących przez

całą grubość ściany macicznej bez ominięcia błony doczesnej, które wklówa się w odległości 1 — 1 1/2 cm. od brzegu rany macicznej, a wykłówa na samym brzegu błony doczesnej; po zawiązaniu tych szwów nakłada się szew powierzchowny węzełkowy, przechodzący przez błonę surowiczą i cienką warstwę mięśniową (pół cm.) macicy; ten ostatni szew ma na celu dokładniejsze zbliżenie brzegów rany macicznej. Co się tyczy wyboru materiału dla szwów, to dawniej używano drutu srebrnego, katgutu miękkiego i katgutu chromowego. Obecnie większość operatorów stosuje jedwab, który najpewniej trzyma brzegi rany zeszytej i najłatwiej daje się wyjąłować. Że jedwab wchłania się z czasem, obecnie nie ulega wątpliwości. SÆNGER znalazł u królików cienki jedwab rozpuszczony już po 21 dniach, THOMSON — gruby jedwab po 64 dniach.

WYKŁADY KLINICZNE.

O ROZPOZNAWANIU I LECZENIU BÓLU GŁOWY.

przez F. WINDSCHEID'a, docenta uniwersytetu w Lipsku,

streścił STAN. ŁAGOWSKI.

(Dokończenie—Zob. N. 7).

Gdy mamy chorych, których stan majątkowy na to pozwala, wypada pomyśleć i o stacyach klimatycznych. Sławetna „zmiana powietrza“ w przypadkach neurastenicznych i histerycznych bólów głowy często działa bardzo dobrze nie tyle może wskutek innego powietrza, co wskutek usunięcia chorych na czas pewien od męczącej pracy i kłopotów rodzinnych. Rzecz jednak naturalna, iż i powietrze ma tu pewne swoje znaczenie. Zwykle w tych razach pytają się lekarza: morze, czy góry? Otóż autor skłania się przeważnie na stronę gór, byle nie były zbyt wysokie, gdyż wtedy działają na głowę więcej podniecająco, niż uspakajająco. Szczególniejszy jednak kładzie nacisk na dobre powietrze leśne i nie wiele słońca, ponieważ tego rodzaju chorzy są bardzo na nie wrażliwi. Morze łatwo wywołuje stan wielkiego podniecenia, przytem Północne łatwiej niż Bałtyckie. Spotyka się jednak pewna liczba neurasteników u których na bóle głowy morskie powietrze działa znakomicie. Z tego wynika, że i tu każdy dany przypadek trzeba indywidualizować.

Ból głowy powstający wskutek zaburzeń w krążeniu krwi w mózgu zwalczać należy wszystkimi tymi środkami, które znoszą przekrwienie lub małokrwistość mózgu. Ponieważ jednak najczęściej nader jest trudno napewno te stany rozpoznać, więc też i leczenie napotyka tu na wielkie trudności. Główną uwagę zwracać trzeba na choroby podstawowe serca i płuc. O wiele racjonalniej postępować możemy w razie stwardnienia ścian naczyń. Tu starać się trzeba, by chory unikał wszystkiego tego, co powoduje przekrwienie mózgu, zabronić tedy użycia: alkoholu, kawy, herbaty, nikotyny, a zarazem zalecić, by chory wystrzegał się wszelkich wstrząśnięć moralnych i fizycznych, tych ostatnich tak nawet małych, jak szybkie chodzenie, raptowne schyłanie się, prędkie wchodzenie po schodach i t. d. Prócz tego na miejscu będzie zalecić moczenie nóg w cieplej wodzie wieczorami, a wewnątrz jodek potasu 5,0 : 150,0 — trzy razy dziennie po łyżce stołowej. Strzedz się należy wysyłać tego rodzaju chorych na lato do zbyt wysokich miejscowości leczniczych, a to z powodu zagrażającego im udaru.

W leczeniu nerwobólów głowy na pierwszym planie postawić należy wskazanie przyczynowe, a więc ciała obce powinny być usunięte, blizny wycięte, zęby spróchniałe wyjęte, nieprawidłowości w narządach zmysłów oczach, uszach i nosie usunięte. Jeżeli istnieje podejrzenie przymiotu, przedsięwziąć należy leczenie swoiste, a gdy chory przechodził zimnicę, zalecić chininę; podaje się ją na 5 do 6-iu godzin przed napadem, w dawkach od 1,5 gm. do 2,0 gm., mniejsze nie wywierają żadnego skutku. Czasami w celu jej podania trzeba chorych budzić ze snu, przystaną na to chętnie, jeżeli się dowiedzą, iż zrana przebudzą się bez bólu głowy. Przy małokrwistości — przetwory żelaza.

Prócz wskazania przyczynowego mamy środki, które działają na sam nerwoból. I tak z pożytkiem stosować można elektryczność, chociaż skutki tego leczenia bywają bardzo zmienne, zależne od wrażliwości chorych na dany środek. Dalej, w przystępach strasznych bólów nerwu trójdzielnego nie trzeba odrzucać morfiny. Zadaje się ją w tych razach podskórnie, nigdy jednak nie powierza się jej chorym do rąk, ponieważ wtedy robią się z nich najzawziętsi morfiniści. Zamiana morfiny przez atropinę, antypirynę i kodeinę nie cieszy się wielką sławą, antypiryna nadto powoduje nieprzyjemne uboczne działanie, a mianowicie, miejsce zastrzyknięcia staje się bolesne i łatwo tworzą się w niem ropnie.

Ze środków wewnętrznych wspomina autor o licznych bóle kojących środkach, których ilość co rok wzrasta. Najsłynniejsze są: antyfebryna, antypiryna i fenacetyna. Stoją one w jednym rzędzie pod względem działania, lecz nie w jednym pod względem ceny i niebezpieczeństwa. Najtańszą, ale najwięcej niebezpieczną okazała się antyfebryna (1 gm. kosztuje 0,5 feniga). Dawka nie powinna przenosić 0,25 gm. i to nie po raz pierwszy, ponieważ środek ten zatrzuwa krew i nieraz był już powodem wielu poważniejszych otruć. Antypiryna (1 gm. kosztuje 25 fenigów) wogóle działa bardzo dobrze, lecz u wielu ludzi wywołuje uboczne objawy ze strony żołądka i wysypkę. Fenacetyna (1 gm. kosztuje 10 fenigów) pod względem ubocznych działań zajmuje miejsce środkowe pomiędzy antyfebryną i antypiryną.

Z dawniejszych środków zalecać można chininę w małych dawkach (0,3—0,5 kilka razy dziennie), salicyl (*natr. salicyl.* 1,0—1,5 *pro dosi*) i *coffein. natr. salicyl.* (0,2—0,5 *pro dosi*), obydwie ostatnie głównie w świeżych przypadkach.

Ulgę też przynoszą czasami i środki odciągające, a mianowicie gorczyczniki na karku i za uszami, wcieranie stężonych substancji alkoholowych, bańki i pijawki. Wcieranie bóle kojących maści, jako to z weratryny, akonityny i makowca, które dawniej tak szerokie miało zastosowanie, obecnie prawie zupełnie jest zarzucone, a to z powodu, że o działaniu maści wogóle bardzo mało wiemy. Sama tylko weratryna rzeczywiście działa kojąco na zakończenia nerwów czuciowych.

Można też osiągnąć pewne złagodzenie nerwobólów głowy zapomocą znieczulenia miejscowego. Najwięcej nadają się do tego eter siarczany i środki z grupy metylu, jako to: chlorek metylu, chlorek metylenu i t. d. Stosować je najlepiej zapomocą strzykawki od wody kolońskiej lub perfum, przyczem ściśle należy zasłonić oko watą, gdyż środki owe, padając na błony śluzowe, łatwo wywołują palący ból, a nawet nadżarcia.

Również i wcierania mentolu powodują znieczulenia miejscowe.

Swoistych środków przeciwko nerwobólowi nerwu trójdzielnego niema żadnych. Dawniej jako takie używane były *butylchloral* i *t-ra gelsemii sempervirentis*, dziś zupełnie wyszły z użycia. Co najwyżej mógłby się tu kwalifikować arszenik, a to z powodu swoich własności wzmacniających układ nerwowy; są przypadki, w których stosuje się go czas dłuższy, najlepiej w postaci *sol. Fowleri*.

Leczenie nerwobólu mechaniczne zapomocą przykładania rąk znalazło w nowszych czasach gorącego obrońcę w osobie NAEGELE'go, pytanie jednak, czy tu nie gra pewnej roli suggestya.

Ultima ratio w nader silnym nerwobólu jest postępowanie chirurgiczne, na które jednak chorzy się zgadzają zawsze z wielką tylko rudnością. Jest tu mowa głównie o wyciąganiu nerwu, rozerwaniu lub też wykręcaniu sposobem THIER-SCH'a. Nigdy jednak w tych razach nie można chorym z wszelką pewnością za dobry skutek zaręczyć. Ostatnimi czasy KRAUSE poszukał nieprzyjaciela w głównem jego siedlisku i w nerwobólu nerwu trójdzielnego wyciął *ganglion* GASSER'a, leczenie, które i od chorego także wymaga pewnego stopnia bohaterstwa.

Leczenie migreny jest bezowocne i niewdzięczne. Migrenina, która tylko co ukazała się w handlu i jest mieszaniną antypiryny, kwasu cytrynowego i kofeiny, osłabia ból, na nazwę jednak środka swoistego zasługiwać nie może. Naturalnie, że można tu stosować i wszystkie wyżej wymienione bóle kojące środki, jako też i bromek potasu tak, jak się go stosuje przy neurastenicznym i histerycznym bólu głowy. Przedewszystkiem jednak należy zalecić choremu, by prowadził tryb życia regularny, a zarazem unikał wszelkich nadużyć, jakoteż i warunków, o których z własnego doświadczenia wie, iż sprzyjają powstawaniu napadów.

Trzeba też zawsze próbować i leczenia zapomocą mięsienia, hidropatyi i elektryczności, chociaż w razie wyników dodatnich trudno się opędzić myśli, że i tu także gra pewną rolę suggestya, osobiwie co do elektryczności. Gdy jednak w ten sposób uda się nam ból uśmierzyć, to użycie środka nie może być za błąd poczytane.

Ból głowy pochodzenia urazowego wymaga przedewszystkiem zajęcia się nim chirurga, osobiwie, jeżeli jaka blizna uciska, jeżeli przypuszczać możemy odszczepy kości i t. d. Jednocześnie ból ten podpadać może pod rubrykę neurastenicznego i histerycznego bólu głowy.

Ból głowy z powodu zajęcia narządów zmysłów jest do leczenia najwdzięczniejszy i wymaga badania specjalisty. To też w tych przypadkach lekarz, mając na względzie dobro chorego, nie powinien unosić się fałszywą ambycją, lecz wczesnie skierować go do kompetentnego kolegi.

Przy bezwładzie mięśni głowy zalecać należy mięsienie i specyfiki, jak salicylan sodu, antypiryna, salipiryna i t. d., także i kąpiele parowe i leczenie napotne z pożytkiem stosowane być mogą.

Rozprawę swoją zamyka autor temi słowy: racjonalne leczenie bólu głowy tkwi jedynie tylko w ścisłem rozpoznawaniu racjonalnych jego przyczyn, to zaś znowu całkowicie spoczywa na jaknajtroskliwszem badaniu. I nigdzie może więcej, niż przy bólu głowy, tak ludzkość trapiącem, niema lepszego zastosowania owa stara przypowieść, która głosi, że: *bene medebitur, qui bene diagnoscit*.

Przytaczając rzecz powyższą, zastrzedz się muszę, iż nie jest ona streszczeniem całej pracy WINDSCHEID'a; przedstawiam tylko obszerniejsze z niej, wyciągi. W pracy tej bezpośrednio po podziale bólów głowy znajdujemy jeszcze i rozpoznawanie ich różniczkowe, które odznacza się temi samemi, co i wyciągi zalecani t. j. krótkością i zwięzłością. A więc nie nuży autor czytelnika opisem chorób, na których tle ból głowy powstaje (z wyjątkiem klasycznego opisu *tic douloureux*), ale zajmuje się jednym tylko ich objawem, mianowicie bólem i opisuje jego charakterystyczne cechy, powody, które go potęgują, genezę powstawania i zmiany anatomiczne. Przez to dzieło to dla każdego lekarza może być wielce użyteczne, a czyta się z prawdziwem zajęciem, lecz by je streścić, potrzebaby było całe nieomal dosłownie przytoczyć; nie było to mojem zadaniem, kogo więc wyciągi zachę-

ca, mogę odesłać do samego źródła, nadmienając, iż jest ono w tym przedmiocie najnowsze.

Przed kilkunastu laty obszerniejszą rzecz o bólach głowy napisał u nas kol. SKÓRCZEWSKI. Rzecz ta umieszczona była w r. 1881 w Nr. 17, 18, 22, 23 i 24 „Medycyny“ p. t. „Bóle głowy (*cephalalgia, cephalaea, hemicrania, migraine*), ich przyczyny-rozwoj i leczenie“. Otóż ciekawy byłem przekonać się, czy i o ile przez ten okres czasu zapatrywania się zmieniły i dla tego przejrzałem całą rozprawę kol. SKÓRCZEWSKIEGO.

W porównaniu z rozprawą WINDSCHEID'a znalazłem wybitne różnice zarówno w opracowaniu samego przedmiotu, jako też i w niektórych poglądach. I tak, opracowanie u WINDSCHEID'a o wiele więcej nadaje się do celów praktycznych. Naprzód mamy tu dosadne zestawienie różnorodnych szczegółów, na które przy badaniu chorych na ból głowy lekarz zawsze powinien zwracać uwagę; u kol. SKÓRCZEWSKIEGO szczegółów tych albo brakuje zupełnie, albo rozproszone są one po wielu miejscach rozprawy. Następnie i sam podział bólów głowy u WINDSCHEID'a jest tego rodzaju, iż w razie potrzeby pozwala nam nader łatwo odszukać rubrykę, pod którą dany ból głowy podciągnąć chcemy. Kol. SKÓRCZEWSKI dzieli bóle głowy na zewnętrzne i wewnętrzne. Do zewnętrznych zalicza: ból głowy gośćcowy, reumatyczny i nerwobóle. Jako podstawę do podziału bólów głowy wewnętrznych przyjmuje etyologię i sięga do najbliższych przyczyn, które wywołują w jamie czaszkowej albo zmiany w krążeniu i odżywianiu, albo też zmiany w ciśnieniu śródczaszkowem, a więc dzieli bóle głowy na takie, które pochodzą ze szkodliwości: 1) mechanicznych, 2) termicznych, 3) chemicznych i 4) nerwowych. Podział taki jest o wiele trudniejszy do oryentowania się. Przyznaje to i sam kol. SKÓRCZEWSKI, gdy na str. 343 mówi: „usiłowania moje, aby zaprowadzić pewien ład, aby rozdzielić bóle głowy na pewne grupy, niechaj nie będą uważane, jakoby narzucał, że przyjęty przezemnie podział jest jedyny i najlepszy, ale raczej niechaj się staną bodźcem do staranniejszego zajmowania się tem zjawiskiem chorobowem, które przecież zasługuje na większą bacność“.

Co do poglądów, to z porównania prac obu autorów widać, że najmniejszym zmianom uległy poglądy na genezę powstawania bólu głowy. Geneza owa, a raczej, jeżeliby można było tak się wyrazić, fizjologia bólu głowy, jest daleko wszechstronniej traktowana w rozprawie kol. SKÓRCZEWSKIEGO, niż u WINDSCHEID'a i stanowi, że tak powiem, główną cechę tej rozprawy.

Za to pod innymi względami napotykamy znaczne różnice. I tak, o bólu głowy neurastenicznym u kol. SKÓRCZEWSKIEGO nie ma ani wzmianki, o histerycznym powiada w kilku słowach (str. 341), iż od histeryczek: „czasami usłyszeć można niewyczerpane obrazy i najrozmaitsze opisy tego rodzaju bólu, oprócz znanego powszechnie *clou hysterique*“. W ten sam sposób traktowane są i nerwobóle głowy z wyjątkiem migreny. Nie będziemy jednak z tego powodu czynili autorowi zarzutu, jeżeli zważymy, jak wielkie postępy zrobiła nauka przez ten okres czasu w dziedzinie chorób nerwowych. Pewne ich postaci, jak np. neurastenia, bardzo niedawno dopiero gruntownie zbadane zostały.

Dalej, według kol. SKÓRCZEWSKIEGO, bóle głowy z zatrucia (str. 277) „ze strony praktycznej nie przedstawiają większej doniosłości“. Tymczasem WINDSCHEID poświęca im osobny rozdział p. t. „Otrucie“ i mówi, iż wszystkie owe bóle odznaczają się charakterystycznym objawem ciśnienia w całej głowie lub tylko w okolicy czoła i że przytrafiają się stosunkowo dość często. Nie zadziwi nas to, jeżeli zwrócimy uwagę, iż w rzędzie trucizn stawia autor takie, jak np. alkohol i nikotyna (osobliwie namiętne palenie papierosów).

Atoli największe różnice widać w poglądach autorów na leczenie bólów głowy. Co prawda, to takie metody lecznicze, o których wspomina WINDSCHEID, a których brak w rozprawie kol. SKÓRCZEWSKIEGO, jak np. mięsienie i hipnoza, są to zdobycze bardzo niedawne, jednakże i całokształt wszelkich innych sposobów postępowania u każdego z autorów przedstawia się wręcz odmiennie. Gdy WINDSCHEID główny kładzie nacisk na wskazanie przyczynowe i higienę, kol. SKÓRCZEWSKI więcej uwzględnia elektryczność i środki apteczne. Pierwszą stosował w różnorodnych bólach głowy i przekonał się (str. 372), że „galwanizowanie głowy jest jednym z najdzielniejszych leków: zazwyczaj usuwa już rozwinięty ból głowy, a także zapobiega, aby takowy nie wystąpił“.

STRESZCZENIA i WYCIĄGI.

35. E. KNAUER (z kliniki CHROBAKA). **O poprzecznem cięciu dna macicy sposobem Fritsch'a przy cięciu cesarskiem.** Zastąpienie cięcia podłużnego macicy cięciem poprzecznem zalecił FRITSCH ze względów następujących: 1) cięcie brzuszne przypada wyżej niż zwykle, tak iż pępek stanowi środek rany brzusznej, dzięki czemu zmniejszają się znakomicie szanse wystąpienia przepukliny następczej; 2) operacja daje się bardzo czysto wykonać, albowiem macica może być ręką asystenta usunięta, brzegi rany brzusznej przylegają szczelnie do ścian macicy, a krew wylewa się nazewnątrz, nie do jamy brzusznej; 3) krwawienie z macicy jest niewielkie, nawet wówczas, gdy cięcie trafi na łożysko, co objaśnić należy tem, że cięcie przebiega w kierunku równoległym do naczyń, szwy zaś nakładane są w kierunku prostopadłym do nich, gdy przy cięciu podłużnem macicy szwy przebiegają równoległe do naczyń, dzięki czemu między dwoma szwami może pozostać nieprzewiązane naczynie większe; 4) wydobycie płodu jest nader łatwe, gdyż w ranie nastawiają się zazwyczaj nóżki płodu; 5) rana maciczna zmniejsza się nadzwyczaj szybko; 6) natychmiast po wydobyciu płodu można macicę wprowadzić do jamy brzusznej i szwy nakładać *in situ*.

Sposób FRITSCH'a zastosowany był w jednym przypadku przez G. BRAUN'a, lecz autor pomimo dobrego wyniku wstrzymał się od krytycznej oceny tego zabiegu, następnie zaś przez EVERKE'go. Ostatni stwierdził wszystkie strony dodatnie tego zabiegu, lecz ponieważ operowana zmarła wskutek septycznego zapalenia otrzewny, wywołanego rozejściem się szwów, zgorzelą brzegów rany macicznej i utworzeniem przetoki maciczno-brzusznej, E. upatruje powód tego w niedostatecznem dopływie krwi do środkowego odcinka rany macicznej prawdopodobnie wskutek nałożenia szwów na gałązki tętnicy nasiennej wewnętrznej i czyni z tego powodu zarzut metodzie FRITSCH'a. Drugim zarzutem, jaki czyni EVERKE, jest możliwość utworzenia się zrostów macicy z jelitami, żołądkiem i krezką, niedostateczne bowiem unaczynienie rany macicznej po zaszyciu jej łatwo może spowodować zgorzel brzegów rany; następstwa takich zrostów są gorsze, niż zrostów macicy ze ścianą brzuszną. Oprócz tych dwóch przypadków także JOHANNOWSKI miał możliwość przekonania się w jednym przypadku o zaletach sposobu FRITSCH'a i wskazuje jeszcze jako dodatnią stronę tej metody, że mięsienie macicy w przypadkach atonii tego narządu jest możliwe przy tym sposobie operowania już podczas nakładania szwów. Zarzuty EVERKE'go są podług J. bezpodstawne, trudno bowiem przypuszczać, by w tak dobrze unaczynionym narządzie, jak macica, po porodzie nałożenie szwów na naczynia mogło spowodować zgorzel miejscową; co się zaś tyczy następstw zrostów macicy z narządami sąsiednimi, to sprawa ta może nie

mieć tu ważnego znaczenia, albowiem nie widzimy złych następstw po wyłuszczeniu mięśniaków przez cięcie brzuszne, w których szwy są nakładane w podobny sposób.

KNAUER opisuje dwa przypadki cięcia cesarskiego podług metody F. i stwierdzając w zupełności dodatnie strony tego sposobu, sądzi, że dotychczasowe wyniki zachęcają do prób dalszych.

(*Wiener. klin. Woch. Nr. 49. 1897*).

Maksymilian Bernstein.

ODCINEK.

POMOC LEKARSKA DLA LUDU W GUBERNI PŁOCKIEJ.

Inicjatywa pana gubernatora Płockiego zdziałała, że myśl uprzystępnienia pomocy lekarskiej dla szerokich mas ludowych, podnoszona od kilku dziesiątków lat przez myślące jednostki naszego społeczeństwa, ma się przyoblec w szaty rzeczywistości. Dzięki umiejętnemu zabraniu się do rzeczy działacza, zajmującego poważne stanowisko w administracyi naszego kraju, zjawił się projekt organizacyi pomocy lekarskiej w gub. Płockiej, który w rodzaju próby ma być w ciągu kilku lat urzeczywistniony. Próba wszelka, nim uzyska sankcję prawa obowiązującego, musi wykazać wszystkie zalety, musi wytrzymać krytykę ludzi fachowych, którzy na zasadzie znajomości przedmiotu starać się muszą usunąć słabe strony urządzeń, ugruntować to, co jest dobre w zaprojektowanej reformie.

Faktycznego materiału, tyającego się działalności gminnej pomocy lekarskiej w naszym kraju, nie mamy, nie mniej zdanie swoje w tym względzie wypowiadać możemy, gruntując je z jednej strony na pewnej znajomości omawianego przedmiotu, z drugiej, korzystając z doświadczenia kolegów, którzy na stanowisku t. zw. „lekarzy ziemskich“ lata całe przebyli i swe uwagi w czasopismach lekarskich czynili.

Bliższe zaznajomienie się z projektem p. gubernatora Płockiego uważamy za tem potrzebniejsze dla szerszego ogółu lekarskiego, że projekt ten, o ile wnosić można z doniesień prywatnych i prasy, będzie punktem wytycznym dla organizacyi pomocy lekarskiej i w innych częściach naszego kraju.

„Projekt ustroju wraczebnoj pomoszczy w Płockoj Gubernii“ (Płock 1896 r.), który mamy przed sobą, obejmuje przedewszystkiem ogólny rzut oka na warunki urządzeń lekarskich w gub. Płockiej. Z niego dowiadujemy się, że w całej gub., mającej 633,160 mieszkańców, istnieje 6 szpitali o 189 łózkach. Szpitale te są w następujących miastach:

w Płocku	3 o 89 łózek
w Lipnie	1 o 40 „
w Mławie	1 o 25 „
w Prasnyszu	1 o 35 „

czyli że jedno łóżko wypada na 2939 mieszkańców (po odliczeniu ludności powiatu Płońskiego, który już po wypracowaniu projektu dołączony został do gub. Warszawskiej).

Krzyczący brak miejsc w szpitalach z jednej strony, z drugiej zaś wrodzona całej ludzkości potrzeba szukania pomocy w razie choroby, stworzyła, jak przy-

znaje projektodawca, liczną klasę felczerów i znachorów, których pomoc, pominiawszy całą szkodliwość, niejednokrotnie drożej kosztuje, niż pomoc lekarza wraz z wydatkiem na lekarstwo.

Zachęcony świetnym rozwojem ambulansów, urządzonych najpierw w Prasnyszu, później w Lipnie i Płońsku, przyszedł p. gubernator do przeświadczenia, „że biedna ludność, szczególnie wiejska, nietylko potrzebuje urządzenia prawidłowej pomocy lekarskiej, lecz potrzebę tę odczuwa i uświadamia sobie“.

Kierując się myślą, że urządzenie prawidłowej pomocy „namacalnie przekonana ludność, że władza rosyjska wnosi z sobą nietylko panowanie lecz i troskę o potrzeby i dobrobyt ludności“, przystąpił p. gubernator do wygotowania projektu, który z małemi zmianami uzyskał aprobatę władz wyższych i polecony został w rodzaju próby do wprowadzenia w gub. Płockiej.

Projekt ten w głównych zarysach przedstawia się w sposób następujący. Gub. Płocka podzielona będzie na 8 okręgów lekarskich. Na czele okręgu stać będzie lekarz, któremu do pomocy dodany będzie felczer i akuszerka. Każdy okręg posiadać ma lecznicę o 10-ciu stałych łóżkach i 3 izby ambulatoryjne. Przy urządzeniu lecznic i izb ambulatoryjnych projekt zastrzega, aby: 1) lecznice i izby były urządzane w punktach najludniejszych, w miejscowości, gdzie jest kościół, szkoła, urząd gminny i t. d. 2) aby miejsce zamieszkania lekarza wybierano w środku okręgu, w którym działać będzie, 3) aby izby ambulatoryjne nie były oddalone od miejsca zamieszkania lekarza więcej niż o 15—20 wiorst, 4) aby przyjmowanie chorych odbywało się w pewnem określonym miejscu i w ściśle określone dni, lecz nie w ściśle określonych godzinach, gdyż lekarz na miejscu powinien pozostać od rana aż dotąd, póki się chorzy zjawiać będą. Ambulanse należy urządzać w te dni, gdy w danej miejscowości zbiera się ludność okoliczna, a więc w dni targowe i w święta.

Przewodnia myśl, która kierowała projektodawcą była ta, by mieszkańcom guberni Płockiej uprzystępnąć pomoc lekarską w szerokich granicach, by z tej pomocy korzystać mógł każdy, kto jej potrzebować będzie. „Zamożny, czy biedny o każdej porze porady lekarskiej szukać ma prawo“. Wychodząc z tego założenia, projektodawca nakreślił następujący program czynności lekarskiej:

1) „Pomoc lekarską mieć powinni chorzy; wymagający opieki lekarskiej i pielęgnowania. Temu warunkowi odpowiedzieć pow inny lecznice ze stałemi łóżkami. W lecznicach tych chorzy nic płacić nie będą“.

2) „Pomoc lekarską uzyskać powinni chorzy którzy chodzić mogą, którzy stałej pomocy lekarskiej nie wymagają i którzy zjawiać się do lekarza mogą. Dla tego rodzaju chorych powinny być urządzone izby przyjęcia bez stałych łóżek, lecz zaopatrzone w środki lecznicze i opatrunkowe. Przyjęcia chorych odbywać się winny w pewne dni określone.

3) „Pomoc lekarską uzyskać powinni i ci chorzy, którzy wymagają pomocy lekarskiej, którzy jednak dla jakichkolwiek powodów nie mogą być pomieszczeni w szpitalu i nie mogą być bez szkody dla swego zdrowia przewiezieni do ambulansu. Zadość uczynić tej potrzebie można w ten sposób, że lekarz w dni wolne od przyjęć ambulatoryjnych odwiedzać takich chorych może w ich domu. Rozumie się, że w wyjątkowych wypadkach, na przykład wskutek zawezwania do porodu, do krwotoku i t. p. lekarz przedewszystkiem powinien pośpieszyć do ostatniej kategorii chorych“.

A dalej instrukcja opiewa: „W dni, wyznaczone do przyjmowania przychodzących chorych, lekarz obowiązkowo powinien być na miejscu oznaczonym i pod żadnym pozorem wyręczać się felczerem nie powinien. Nieobecność lekarza w miejscu przyjmowania chorych uwzględniona być może tylko w razie choroby le-

karza, w razie wyjątkowym, wymagającym jego obecności na innem miejscu, w razie ciężkiej choroby kogoś z jego rodziny i w razie przerwania komunikacji z miejscem przyjmowania chorych. Tylko w tych razach (z wyjątkiem ostatniej okoliczności) lekarz może się wyręczyć felczerem“.

Omówiwszy niektóre drobniejsze kwestye, związane z organizacją, projekt określa etat przyszłych urządzeń i źródła dochodu, skąd czerpać będzie można środki na utrzymanie nowej instytucyi.

Według projektu tego, jak zresztą czytelnicy już wiedzą z „Krytyki Lekarskiej“, etat przedstawia się w sposób następujący:

Nazwa wydatków	Płaca roczna 1 osoby i wydatek na 1 Instytucję				Klasy i rzędy			Wydatek roczny na gubernię	
	Pensya	Stołowe	Na wyjazdy	Ogółem	Klasa służbowa	Według munduru	Według płacy	Ilość urzędów i instytucyj	Ogółem
									Rubli
Na lekarzy ludowych okręgowych	570	330	100	1000	VIII	VIII	Według personelu lekarskiego	8	8000
Na felczerów	240	—	50	290	—	—		8	2320
Na felczerki - akuszerki	360	—	50	410	—	—		8	3280
Na utrzymanie lecznicy, światło, opał, żywność, bieliznę, obuwie i t. p. i na usługę	—	—	—	1100	—	—	—	8	8800
Na lekarstwa dla lecznicy	—	—	—	100	—	—	—	8	800
Na lekarstwa dla ambulatorium w miejscu zamieszkania lekarza	—	—	—	100	—	—	—	8	800
Na wynajęcie pokoiów przyjęć w punktach rozjazdowych, z opalem i światłem	—	—	—	75	—	—	—	16	1200
Na lekarstwa w ambulatoriach rozjazdowych	—	—	—	50	—	—	—	16	800
Na kancelaryę	—	—	—	35	—	—	—	8	280
Na kupno i reperacyę instrumentów, przyrządów aptekarskich i akcesoryów w szpitalnych	—	—	—	45	—	—	—	—	360
Razem									26640

Oprócz tego zamierzono otworzyć jeden dla całej guberni cieleśnik i wyasygnowano na założenie i utrzymanie tej instytucyi 800 rs.

Ogółem przeto roczne utrzymanie nowopowstającej instytucyi kosztować ma 26640 rs. i jednorazowo rs. 800.

Na pokrycie tej sumy p. minister finansów zatwierdził podany w projekcie specjalny podatek, który w ten sposób podzielony został: 1) od obywateli miejskich w wysokości 9% od podatku podymnego i liwerunkowego. Z tego źródła wypadnie pobrać 3183 rs. 84 kop., co wyniesie 4,5 kop. od osoby (w miastach gub. Płockiej jest 69521 mieszkańców) 2) od wiejskich posiadaczy w wysokości 5% od podatku gruntowego. Z tego źródła wpłynie 13788 rs. 95 kop., czyli 2,8 kop. od osoby (484744 mieszkańców, obszar zaś 523130 dziesięcin), 3) od kupców i przemysłowców w wysokości 5% od świadectw, patentów i biletów. Z tego źródła spodziewany dochód wyniesie 6280 rs. 35 kop. Nadto projektodawca uzyskał zezwolenie p. ministra na pobieranie od każdego chorego, zgłaszającego się o poradę do ambulatoryów 10 kop. (biedni otrzymywać będą poradę i lekarstwo zupełnie darmo). Z tego źródła oczekiwać należy 5122 rs. 31 kop.

Każdy z czytelników z przytoczonych ustępów nakreślonej instrukcji przekonać się mógł, że obowiązki lekarza okręgowego są nader obszerne, że według projektu tego dla cierpiącej ludzkości gub. Płockiej otwiera się perspektywa lepszej przyszłości, że wreszcie dla guseł i fuszerki felcherskiej i znachorskiej zaświta przyjemny początek smutnego końca.

Nowa instytucja nie zaczęła jeszcze działać, krytykować jej przeto nie mamy podstawy, tembardziej, że uzyskała zatwierdzenie władz tylko w rodzaju próby, która ma wykazać, czy upowszechnienie pomocy lekarskiej u nas znajdzie przygotowany grunt i w szerszym zakresie wprowadzone być będzie mogło.

Ten взгляд, że próba ta może być probierzem na przyszłość i da impuls w teraźniejszości do powstawania podobnej organizacji lekarskiej i w innych częściach Królestwa Polskiego, zmusza nas poniekąd do szczegółowszego rozejrzenia się w warunkach sanitarnych gub. Płockiej, upoważnia nas do robienia przybliżonego obrachunku co do działalności lekarza okręgowego i do wyprowadzania wniosków nie gwoili wykazania, że próba ta nie wyda dobrych wyników, lecz dla zwrócenia uwagi kolegów innych gubernii, aby, biorąc udział w opracowaniu własnych projektów, zechcieli brać pod uwagę te okoliczności, które ograniczać i tamować będą lekarzy okręgowych w gub. Płockiej. W projekcie p. gubernatora Płockiego znajdujemy nader słuszne i prawdziwe ocenienie działalności felcherów, z których każdy okręg lekarski będzie posiadał po jednym, będącym pod ciągłą kontrolą lekarza, na punktach zaś ambulatoryjnych felcherów zupełnie nie będzie. Ta okoliczność wpłynie niepomniernie na powiększenie pracy lekarza, lecz jako zupełnie słuszna i sprawiedliwa z punktu widzenia naukowego, zasługiwać tylko może na uznanie z naszej strony.

Co się tyczy innej kwestyi, mianowicie co do typu mieszanego (miejscowo-rozjazdowego), jaki ma być zastosowany w gub. Płockiej, zdania mogą być różne. Ci, którzy są zwolennikami wypróbowanego i rzeczywiście dobrego typu umiejscowionego (lekarz przyjmuje chorych tylko w miejscu swego stałego zamieszkania), mają zupełną rację, gdyż tylko wtedy pomoc lekarza jest pewna i niezawodna, zważywszy jednak, że w początkach swej działalności lekarze spotkać się mogą z usilną agitacją zjadłej kohorty znachorów i felcherów, którzy dyskredytować będą działalność nowej instytucji, kto wie, czy nie lepiej przez pewien czas utrzymać typ mieszany, dzięki któremu nie chory, że tak rzeknę, szukać lekarza będzie, lecz lekarz — chorego.

Rozpatrując bliżej zaprojektowany typ mieszany pomocy lekarskiej i program czynności lekarzy okręgowych, musimy zatrzymać naszą uwagę na liczbach, które choć nie bezwzględnie ściśle, rzucić mogą jednak pewne światło na działalność kolegów okręgowych.

Węług statystyki urzędowej¹⁾ gub. Płocka, składająca się z 7-miu powiatów, posiada 554,265 mieszkańców, z których 69521 zamieszkuje miasta, 484,744 zaś wsie i małe osady. Lwia część ludności miejskiej składa się z żydów, zajętych drobnym handlem i rzemiosłem (44541 w miastach, 17511 w osadach, 8935 po wsiach, razem 70987), ludność zaś wiejska składa się przeważnie z włościan mało-rolnych.

Według tego samego źródła poszczególne powiaty posiadają gmin, przestrzeni i ludności według poniższego zestawienia: (Patrz str. 187).

Przechodząc do bliższego rozpatrzenia działalności lekarza okręgowego, przede wszystkim zwrócić uwagę winniśmy na ilość porad, które udzielić zmuszony będzie. Do obliczenia pozwolimy sobie użyć tych samych kombinacji, jakimi kierował się sam projektodawca, chociaż *a priori* powiedzieć można, że wyliczenia te są bardzo skromne, gdyż jak wykazują lekarze ziemstw porad bywa zazwyczaj tyle, ile jest mieszkańców w danym okręgu. Projekt podaje 51223 porad płatnych i 5% porad bezpłatnych t. j. 53783 porad ogółem, czyli na 10 mniej więcej mieszkańców jedną poradę. Przypuśćmy, że działalność lekarzy okręgowych zamknie się w tych ramach, a wtedy lekarz okręgu:

1) Lipnowskiego	musiałby udzielić	8918 porad
2) Mławskiego	„ „	8062 „
3) Płockiego (licząc dwóch lekarzy)		5176 „ każdy
4) Prasnyskiego	„ „	6309 „
5) Rypińskiego	„ „	6524 „
6) Sierpeckiego	„ „	6721 „
7) Ciechanowskiego	„ „	7248 „

Lekarz okręgowy obowiązany jest 3 dni w tygodniu przyjmować zgłaszających się chorych (1 raz w miejscu swego zamieszkania i 2 razy w pokojach przyjęć). Za każdym przeto razem wypadnie mniej więcej udzielić porad lekarzowi okręgu:

1) Lipnowskiego	57
2) Mławskiego	51
3) Płockiego	33
4) Prasnyskiego	40
5) Rypińskiego	51
6) Sierpeckiego	43
7) Ciechanowskiego	46

Do obowiązków lekarza okręgowego należy do odwiedzenia w mieszkaniach tych chorych, którzy dla ważnych powodów ani do szpitala, ani do pokoju przyjęć przyjść nie będą mogli. Do tej kategorii chorych przede wszystkim należy zaliczyć chorych zakaźnych, którzy w szpitalu leczenia nie będą, bo lecznica o 10-iu łóżkach, przyjmować chorych zakaźnych nie może i nie powinna. Ze względów czysto humanitarnych spodziewać się należy, że lekarze okręgowi zabraniać będą, aby chorzy z pewnemi postaciami zakaźnej choroby zjawiali się do ambulatorium i tą drogą udzielali zarazy innym i wybierając najmniej szkodliwą (w warunkach organizacji pomocy lekarskiej w Płockiej gub.) drogę, zechcą odwiedzać takich chorych w ich mieszkaniach. Statystyki dokładnej co do liczby zachorowań na cierpienia zakaźne nie mamy i posługiwać się musimy temi liczbami, jakie podane są w XIII tomie prac Warszawskiego Komitetu Statystycznego. Według tej przez pisarzy gminnych zebranej statystyki wypada, że w gub. Płockiej na 1000 osób, zgłaszających się o poradę lekarską, 420,1 średnio dotkniętych jest chorobą zakaźną, z tej liczby zaś 34,27 umiera.

¹⁾ Trudy Warsz. Statystycznego Komiteta, Wypusk XI, 1894.

P O W I A T Y	Miasta	Osady	Gminy	Ludność w miastach	Ludność w osadach	Ludność wsijska	Ogółem	Przestrzeń ogólna	Na 1 □ wiorsta	Na 1000 mieszkańców		Na cały powiat		Ilość szpitali	Jedno łóżko wypada na mieszkańców
										Rodzi się	Umiera	Rodzi się	Umiera		
1) Lipnowski	2	3	17	8704	3329	77155	89188	1440,4 □ w.	61,9	44,4	24,3	3051	2162	1	2230 m.
2) Mławski	1	3	14	10624	4533	65466	80623	1291,4	62,4	45,9	27,2	3717	2203	1	3224
3) Płocki	2	3	15	29067	5730	70519	105316	1157,4	91,0	38,7	25,8	4063	2709	3	1183
4) Prasnyski	1	2	11	8482	5024	49584	63090	1198,7	52,6	45,8	33,8	2895	2129	1	1803
5) Rypiński	1	1	16	4185	4456	56608	65249	1095,6	59,6	43,7	23,7	2839	1539	—	—
6) Sierpecki	1	3	12	6570	10788	49860	67218	958,4	70,1	44,0	25,9	2948	1735	—	—
7) Ciechanowski	1	—	10	8047	—	64435	72482	1065,9	68,0	42,4	25,4	3052	1828	—	—

Nie wdając się w roztrząsanie, czy i o ile są słuszne wnioski tej statystyki, zatrzymać się musimy na bardzo prawdopodobnej okoliczności, że w gub. Płockiej conajmniej 3,4% chorych umiera wskutek choroby zakaźnej. Według obliczeń Warszawskiego Komitetu Statystycznego śmiertelność z chorób zakaźnych stanowi $\frac{1}{14}$ część ogólnej liczby zachorowań tej kategorii.

Według tej metody licząc, wypadnie, że w okręgu:

1)	Lipnowskim	chorych na cierpienia zakaźne będzie 1029 (śmierci 73)
2)	Mławskim	„ „ „ „ 1040 („ 75)
3)	Płockim	„ „ „ „ 1288 („ 92)
4)	Prasnyskim	„ „ „ „ 1008 („ 72)
5)	Rypińskim	„ „ „ „ 728 („ 52)
6)	Sierpeckim	„ „ „ „ 812 („ 58)
7)	Ciechanowskim	„ „ „ „ 868 („ 62)

Statystyka chorób zakaźnych obejmuje wszystkie urzędową statystyką objęte cierpienia zakaźne, nie wszyscy jednak chorzy tej kategorii muszą być odwiedzani przez lekarza w ich mieszkaniach. Chorzy na krztusiec, (zaliczamy i to cierpienie, aby o ile można zmniejszyć pracę lekarza), na choroby weneryczne i skórne, większość suchotników, chorych na zimnicę i wielu innych będą mogli zjawiać się do lekarza i dla tego tylko 56% zakaźnych chorych wymagać będzie pomocy lekarskiej we własnych pomieszkaniach. Wtedy wypadnie, że lekarz okręgu:

1)	Lipnowskiego	zmuszony byłby odwiedzić 581 chorych na zakaźne cierp.
2)	Mławskiego	„ „ 582 „ „
3)	Płockiego	„ „ 721 „ „
4)	Prasnyskiego	„ „ 564 „ „
5)	Rypińskiego	„ „ 407 „ „
6)	Sierpeckiego	„ „ 454 „ „
7)	Ciechanowskiego	„ „ 486 „ „

Instrukcja orzeka, że odwiedzanie chorych w ich mieszkaniach odbywać się winno w dnie wolne od przyjęć ambulatoryjnych, mniej więcej 2 razy na tydzień. Pominąwszy tę okoliczność, że trudno się pogodzić lekarzowi z myślą, że ciężko chorego na zakaźną chorobę nie będzie mógł odwiedzić codziennie, przejść musimy do określenia przybliżonej liczby wizyt w dnie wyjazdowe w mieszkaniach chorych. Instrukcja orzeka, że uskuteczniane one być winny 2 razy na tydzień, czyli mniej więcej 100 razy do roku; wypadnie przeto lekarzowi okręgu:

1)	Lipnowskiego	uskutecznić w jednym dniu 6 wizyt
2)	Mławskiego	„ „ 6 „
3)	Płockiego	„ „ 7 „
4)	Prasnyskiego	„ „ 6 „
5)	Rypińskiego	„ „ 4 „
6)	Sierpeckiego	„ „ 5 „
7)	Ciechanowskiego	„ „ 5 „

wtedy, jeżeli przyjmiemy, że każdy chory raz tylko jeden przez ciąg całej choroby odwiedzany będzie przez lekarza.

Gdyby nawet tak szczęśliwie się składało, że chorzy, których lekarz ma w danym dniu odwiedzić, znajdować się będą w obrębie jednej gminy, to i wtedy nie-lada pracę mieć będzie lekarz, aby w ciągu dnia wizyt tych dokonać. Jeżeli jednak wypadnie lekarzowi np. okręgu Lipnowskiego odwiedzić jednego chorego w Sobowie lub Rembielinie, drugiego w Obrowie lub Osieku, innego wreszcie w Skempem lub Lubowcu, to proszę mi powiedzieć, czy dokonać będzie tego mógł? By uniknąć zarzutu „przesady lub niedokładnego zaznajomienia się z projektem“

(patrz Kurjer Codzienny Nr. 279 r. 1897), winniśmy dodać, że lekarz okręgowy musi pośpieszyć do porodu, skoro obecność jego będzie niezbędna. Według zdania kol. akuszerów przyjąć należy, że na 100 porodów *minimum* w trzech pomoc lekarska jest niezbędna. Ponieważ zaś w powiecie Lipnowskim przychodzi na świat 3951 dzieci, tyleż będzie przeto porodów. Licząc, że lekarz będzie wzywany w 3%, wypadnie, że w okręgu:

- 1) Lipnowskim lekarz obecny i czynny być musi co najmniej przy 117 porodach.
- 2) Mławskim przy 111
- 3) Płockim „ 120 (*resp.* 60-iu na jednego lekarza.
- 4) Prasnyskim „ 84
- 5) Rypińskim „ 84
- 6) Sierpeckim „ 87
- 7) Ciechanowskim „ 90

Pomijam już inne przypadki, w których obecność lekarza jest niezbędna i postaram się zsumować zajęcia lekarza, dajmy na to, okręgu Lipnowskiego, trzymając się li tylko granic objętych instrukcją zajęć:

a) obowiązany on będzie codziennie wizytować chorych szpitalnych; b) obowiązany będzie udzielić porad ambulatoryjnych 8918 rocznie; c) obowiązany będzie odwiedzić przynajmniej 581 chorych zakaźnych w ich mieszkaniu; d) obowiązany będzie dać czynną pomoc przynajmniej 117-tu rodzącym.

I gdyby wypadło wykonać powyższą pracę jednemu lekarzowi w obrębie jednego miasta, powiedzielibyśmy, że przechodzi to siły najpracowitszego nawet człowieka, który chciałby nie z pedantyzmem dokonać tylu porad, lecz z pewną dawką sumienności, której od każdego lekarza chory ma prawo wymagać. Zadość uczynić powyższym wymaganiom w obrębie 1440,4 wiorst kwadratowych, gdyż taką powierzchnię obejmuje powiat Lipnowski, zdaniem każdego jest rzeczą niemożliwą.

Nie wdając się w rozpatrywanie działalności felczerów i felczerek - akuszerek, przejdziemy do rozejrzenia się w etacie przyszłych urządzeń pomocy lekarskiej dla ludu.

Wynagrodzenie lekarza, określone na rs. 900, wydaje się nam wprost nazbyt małym. Pomijam, że jest ono potwornie małe wobec ogromu pracy, której projekt wymaga (za poradę wypada niecałe 10 kopiejek) i pozwalam sobie zwrócić uwagę, że człowiek, który przeszedł mozolne studia uniwersyteckie, zmuszony będzie cierpieć nędzę. Nędzną bowiem będzie egzystencja lekarza obciążonego rodziną, który za 900 rs. utrzymać będzie musiał dom i rodzinę i dać jakie takie wykształcenie swym dzieciom. Mierne również wynagrodzenie wyznacza projekt felczerowi, który jako cień towarzyszyć lekarzowi będzie i który za tułaczkę i pracę swą otrzymywać będzie 20 rs. miesięcznego wynagrodzenia.

A fundusz na rozjazdy wyznaczony, czy może być dostateczny? Nie zapominać, że 4 razy na tydzień instrukcja nakazuje lekarzowi wyjeżdżać (2 razy do pokojów przyjęć i 2 razy w celu odwiedzania chorych w ich mieszkaniach). Aby wynająć konie na 200 dni w ciągu roku, na to potrzeba nieco więcej, niż 200 rubli, utrzymanie zaś swych własnych koni, wynajęcie człowieka do nich i sprawienie niezbędnej uprzęży i jakiegoś takiego wózka w obliczeniu nawet najskrupulatniejszego gospodarza znacznie więcej wyniesie niż 200 rs. Utrzymanie lecznicy o 10 stałych łóżkach, wliczając w to życie chorych, światło, opał, bieliznę, lekarstwa dla chorych i t. p. potrzeby z gospodarstwem szpitalnem związane, obliczone są w projekcie na rs. 1200 rocznie czyli rs. 120 na jedno łóżko, czyli 33 kopiejki dziennie. Zdaje się, że opędzić wszystkie wydatki, związane z utrzymaniem chorego, mniej niż 40-ma kopiejkami dziennie w najskromniejszych nawet warunkach niepodobna. Praktyka

wykazuje, że skromne szpitale fabryczne (ma się rozumieć nie w Sosnowcu, Łodzi i t. p. wielkich ogniskach przemysłowych, gdzie szpitale fabryczne są wybornie urządzone i kosztują dużo pieniędzy) wydają na samo wyżywienie chorego do 35 kop. dziennie i 8,47 kop. na lekarstwa; a gdzież bielizna, służba szpitalna i t. p. potrzeby?

Z pobieżnego tego zestawienia wynika, że w gub. Płockiej próba organizacji pomocy lekarskiej dla ludu udać się nie może, gdyż: 1) wkłada na lekarza niemożliwą do wykonania pracę, 2) gdyby praca ta o połowę nawet była mniejsza, to wynagrodzenie lekarza jest tak małe, że tenże bez ubocznego zarobku egzystować z rodziną nie będzie mógł, 3) dla tego, że projekt urządzeń nie obejmuje całokształtu racjonalnej pomocy lekarskiej, że obejmując niejaką reformę, od pierwszych dni swojej egzystencji, wykaże taką moc braków, że zniechęci i tych, którzy pomocy szukać będą i tych, którzy udzielać jej będą. Nie ludźmy się bowiem, by ten, komu podatek płacić każą i któremu powiedziane będzie, że za to otrzymywać będzie pomoc lekarską i lekarstwa, nie zrozumiał, że za marne pieniądze, marna pomoc będzie. Lud nasz w przeważnej swej części zrozumiał już wartość ochraniań własnego zdrowia, garnie się pod skrzydła wiedzy lekarskiej tam, gdzie ona przystępnością go pociąga, garnie się chętnie do sprytnych felczerów i znachorów, gdyż ci potrafią otumanić naszego chłopą. Lud nasz, gdy zacznie płacić podatek, napewno o pomoc kołatać będzie. Raz i drugi da sobie wytłomaczyć, że lekarz musiał wyjechać do innego, poważniej chorego, za trzecim razem zacznie szemrać, z czego nie omieszka skorzystać felczer i dyskredytować będzie cały stan lekarski. Zaprowadzenie pomocy lekarskiej dla ludu dla każdego z nas nie tylko ma tę wartość, że ten i ów włościanin porady zasięgnie, lecz i tę perspektywę, że drogą zetknięcia się ludu z człowiekiem nauki brud, niechlujstwo i co za tem idzie — zakaźne choroby i epidemie w kraju naszym zniknąć powoli zaczną. W imię przeto kulturalnego znaczenia, jakie mieć musi i powinna dobrze zorganizowana pomoc lekarska dla ludu, niech nam wolno będzie zaznaczyć, że półśrodkami popsuć tylko sprawę możemy, że przynajmniej my, lekarze, którzy wiemy dobrze, iż czynności nasze w ramy biurokratycznego projektu ująć się nie dadzą, wystąpić winniśmy z propozycją wprowadzenia tych urządzeń, które zdaniem naszym są niezbędne dla racjonalnego i korzystnego istnienia nowej reformy. 1) Jako pierwszy warunek winniśmy postawić, by okręg lekarski nie obejmował więcej nad 30000 ludności; 2) by w każdym takim okręgu istniał szpital przynajmniej na 20 łóżek ze stosownem pomieszczeniem dla chorych zakaźnych; 3) by system mieszany (rozjazdowo-miejscowy) zaprowadzony był tylko czasowo, dopóki ludność nie obezna się i nie oceni należyte znaczenia zasięgania porady u lekarzy; 4) by w każdej gubernii istniał specjalny szpital dla chorych umysłowych i jeden większy szpital, do którego odsyłani być by mogli ci chorzy, na których dokonać należy poważnej operacji lub przeprowadzić leczenie specjalne; 5) by pomoc lekarska dla ludu była zupełnie bezpłatna, t. j. by żadnych opłat za poradę od wiejskiej ludności nie pobierano, a wynagrodzenie służby zdrowia było wystarczające do przyzwoitego bytu rodziny.

Rzucając ten pobieżny szkic (do opracowania bowiem szczegółowego projektu, o ile mi wiadomo, zebrało się już grono kolegów), jestem przygotowany na poważne pytanie, skąd czerpać należy fundusz na urzeczywistnienie tak rozległego projektu? Na to odpowiedzieć mogę, że biorąc przykład z gubernii, cieszących się samorządem, koszt utrzymania wzorowych nawet urządzeń pomocy dla ludu nie przewyższałby dla całego Królestwa 2,500,000 rubli, co tylko na pozór wydaje się wielkiem, nie zapominajmy bowiem, że dotychczasowe urządzenia pomocy

lekarskiej dla Królestwa Polskiego kosztują nie mało (sam podatek płacony przez kraj cały na powiększenie funduszków Warszawskiej Rady Miejskiej Dobroczyńności publicznej wynosi 250,000 rubli).

Nie zapominajmy, że ludność nasza, z mozołem zdobywająca sobie miejsca w szpitalach, za utrzymanie i leczenie w nich płacić musi od 30—60 kop. dziennie, że znaczna część tych kosztów spada na gminy, które za biednych swych mieszkańców płacą dosyć pokaźne sumy. Pamiętajmy wreszcie, że nieznaczną część (stosunkowo do ogółu) ludności naszej jest w stanie utrzymać tysiąc zgórą lekarzy wolnopraktykujących i ze 2—3 setek aptek.

Gdybyśmy część tylko tych pieniędzy użyli umiejętnie na utrzymanie racjonalnej pomocy lekarskiej, ręczyć możemy, że pomoc ta byłaby rozleglejsza i zadowolili by mogła szeroki ogół ludności Królestwa Polskiego. Kraj przemysłowy, kraj zamieszkały przez ludność jako tako obytą z kulturą ciężar ten chętnie przyjmie, gdy się przekona, że pomoc ta, oparta na dobrze obmyślanych podstawach, czyni zadość potrzebom wszystkich, zabezpieczając zdrowie blisko 10-cio milionowej ludności.

K. Rychliński.

Drobniejsze wiadomości różnej treści.

= Doświadczenia ROGER'a wykazały, że przy zakażeniu paciorkowcami płuca wywierają podobne ochronne działanie jak wątroba przy zakażeniu ustroju węglikiem. Doświadczenia zasadały się na zastrzykiwaniu królikom hodowli paciorkowców do aorty, tętnicy udowej, żyły wrotnej i żył obwodowych; przedewszystkiem ginęły zwierzęta, którym zastrzyknięto hodowlę do aorty, najpóźniej w przypadkach zastrzyknięcia do żył obwodowych. Ochronne działanie płuc w tym razie jest mniejsze niż wątroby względem laseczników węglika, gdy bowiem wątroba jest w stanie zobojętnić dawkę hodowli 64 razy przewyższającą śmiertelną, płuca zobojętniają zaledwie podwójną śmiertelną dawkę hodowli paciorkowców. (Soc. de biol. Pos. 23. X. 97).

= COHN stosował w klinice POSENER'a urotropinę w nieżytach pęcherza moczowego różnego pochodzenia. Dawka wynosiła trzy razy dziennie 0,5, nie powodowała żadnych ubocznych przykrych objawów. Wybitnie i nader szybko działał środek w przewlekłym nieżycie pęcherza, spowodowanym przez przerost gruczołu krokowego lub zwięźnienie cewki, zawodził zaś zupełnie w nieżytach pochodzenia gruźliczego lub rzeżączkowego. Działanie urotropina wywiera tylko dopóki jest stosowana, *resp.* dopóki może być wykazana w moczu, zachodzi tu zatem podług C. jedynie ograni-

czenie rozwoju bakterii, nie zaś ich zniszczenie, oraz łagodzące działanie na śluzówkę pęcherza, po odstawieniu środka nieżyt pęcherza powraca. (Berl. klin. Woch. Nr. 42. 97).

= WRIGHT zaleca wyjaławianie narządów chirurgicznych w czystej oliwie ogrzanej do 160°—180°. Doświadczenia przekonały autora, że zanurzenie narzędzi na kilka chwil czyni je w zupełności jałowemi. O ciepłocie oliwy można się przekonać, wrzuciwszy weń kawałek chleba: z chwilą dojścia do ciepłoty wyżej wskazanej, chleb zabarwia się na kolor brunatny. (Sem. méd. Nr. 2. 98).

= Zalecone przez GRAMMATICAT'ego zastrzykiwania wewnątrzmaciczne mieszaniny jodiny i 5% roztworu alumnolu w wysoku w nieżycie błony śluzowej macicy zastosował ORŁOW w krwotokach macicznych w okresie pokwitania, nie dających się usunąć innymi środkami. Środek okazał się skuteczny w trzech przypadkach, i po 10—12 zastrzykiwań chore były zupełnie wylezione. (Sem. méd. Nr. 2. 98).

= WOLFF zaleca w pokrzywce *cosfo* ran sodu w dawce 4,0—5,0 co trzy godziny; objawy ostre znikają w przeciągu kilku godzin i choroba mija w przeciągu doby. W pokrzywce przewlekłej radzi Wu podawać tenże środek po każdym pożywieniu, dopóki skłonność do nawrotów zupełnie nie zniknie. (Sem. méd. Nr. 2, 1898).

M. B.

Wiadomości bieżące.

— W ubiegłą sobotę t. j. dnia 12 b. m. wobec przedstawicieli prasy i p. prezydenta miasta otwarte zostały przy rogu ulic Stawki i Dzikiej kąpiele ludowe natryskowe, ufundowane przez małżonków Rotwandów, staraniem prof. BARANOWSKIEGO. Po otrzymaniu planów i regulaminu! udzielimy więcej szczegółów o tej nowej a wielce doniosłej instytucji higienicznej. Teraz tylko powiemy ogólnie, że kąpiele są bardzo dobrze urządzone i mogą jednocześnie obsłużyć 12 osób, czyli osób 48 na godzinę, licząc po 15 minut na kąpiel natryskową.

-- **Zmarli.** Dnia 5 b. m. w Józefowie nad Wisłą d-r Adam STOLARSKI w 40-ym roku życia.

W dniu 7 b. m. zmarł po długiej chorobie w Krakowie d-r Stanisław PASZKOWSKI w 53-im roku życia. Zmarły był wychowalcem uniwersytetu Jagiellońskiego, następnie adjunktem kliniki chorób wewnętrznych, w końcu lekarzem ordynującym szpitala św. Łazarza, radcą miejskim i przed laty piastował godność prezesa Towarzystwa Lekarskiego Krakowskiego. Cieszył się szeroką klientelą i ogólną sympatją.

Komitet Zarządzający Kasą Pomocy dla osób pracujących na polu naukowem imienia d-ra J. MIANOWSKIEGO ma zaszczyt do powszechnej podać wiadomości, iż zmarły d. 9 listopada 1891 r. Władysław PEŁOWSKI uczynił Kasę Pomocy spadkobierczynią swego majątku, od którego dochody przeznaczył na popieranie wydawnictwa broszur i podręczników naukowych, zawierających najlepsze i najnowsze wskazówki rozwoju rolnictwa, rzemiosł i rękodzieł w kraju naszym, wyłożone jasno, popularnie, poprawnym językiem polskim, przystępnie dla ogółu rolników, rzemieślników i rękodzielników, zastosowane do potrzeb miejscowych, na czasie, tudzież na pomoc dla autorów rzeczonych broszur lub podręczników i osób na tem polu pracujących. W wykonaniu zapisu tego, na którego przyjęcie Kasa Pomocy właściwe zezwolenie władzy rządowej uzyskała, Komitet Zarządzający Kasą oświadcza gotowość wejścia w bliższy stosunek z pp. wydawcami lub autorami dzieł, odpowiadających wyżej wyłuszczonej określeniom i warunkom, celem zapewnienia dziełom tym lub wydawnictwom poparcia, jakiego się okazało potrzebnem i możliwem. Osoby, pragnące uzyskać dla swych dzieł czy nakładów pomoc pieniężną, proszone są o zgłaszanie się osobiste do biura Komitetu Kasy Pomocy w Warszawie przy ulicy Niecałej Nr. 7, lub o nadsyłanie pod tymże adresem żądań, wyłuszczonych na piśmie.

Prezes Komitetu: *H. Struve.*

Członek Komitetu Sekretarz: *Feliks Kucharzewski.*

Do dzisiejszego numeru dołącza się dla wszystkich prenumeratorów „Katalog nowości lekarskich“ księgarni G. Sennewalda.

Sprostowanie. W Nr. 7-ym na str. 155-ej w wierszu 12-ym od dołu, po wyrazie „neurastenicznego“ należy dodać „i histerycznego“.

WYDAWCA Dr. L. Guranowski.

REDAKTOR odpowiedzialny Dr. H. Dobrzycki.

Дозволено Цензурою. Варшава, 29 Января 1898 г. Druk K. Kowalewskiego. Warszawa, Mazowiecka 8