

O rozszerzaniu szyi macicy za pomocą narzędzi tępych.

Napisał Dr. Stanisław Idzikowski (Radom) *)

Rozszerzyć szyję macicy, aby jamę jej uczynić dostępną, znajdujemy potrzebę w celu rozpoznawczym, dla bezpośredniego zbadania palcem zawartości jamy i ścian macicy, i w celu leczniczym, dla ułatwienia niektórych zabiegów.

1) Co do pierwszego celu, to jakkolwiek z wywiadów i klinicznych objawów często jesteśmy w możności rozpoznać pochodzenie np. krwawienia lub wydzielin chorobowych z macicy i leczenie odpowiednie przedsięwziąć, natomiast w innych przypadkach dopiero wprowadzenie palca do jamy macicy daje dokładne rozpoznanie. Nie znalazłszy np. żadnych namacalnych zmian na błonie śluzowej, możemy wnioskować, że powodem krwawienia jest stan klimakteryczny, lub endometritis glandularis.

W innych przypadkach wymacać możemy wyrosłe rakowate, podśluzowe mięśniaki lub resztki jaja płodowego, których obecności często trudno domyślić się, gdy przy badaniu dwuręcznym znajdujemy macicę normalnie twardą, prawie niepowiększoną, np. w początkach ciąży, gdy nastąpiło poronienie a resztki jaja płodowego od długiego czasu zostały w macicy zatrzymane. Szczególnie ważnem jest wymacanie kątów macicy u wylotu trąbek, gdzie często kryją się ukleje. Konieczności rozszerzenia szyi i wybadania macicy palcem, przed zabiegiem operacyjnym dowodzi przypadek Küstnera: u kobiety 45 letniej, krwawiącej od półtora roku, nie gorączkującej, z macicą wtył zgiętą, mało powiększoną, zrobiono próbne wyškrobanie, przyczem wydobyto małoznaczne cząsteczki błony śluzowej. Następnego dnia wystąpiły bóle w brzuchu, podniesienie się ciepłoty a na szósty dzień nastąpiła śmierć. Przy sekcji znaleziono:

peritonitis purulenta, oophoritis septica, endometritis purulenta i mięśniak wielkości orzecha w stanie sposoczenia. W epikryzie Küstner przyznaje, że, gdyby po rozszerzeniu szyi wymacano macicę, leczenie znalazłoby się na właściwej drodze, — zamiast tego wprowadzono przy skrobaniu zarodki chorobotwórcze do dróg limfatycznych. Sānger, podejrzewając u 30-letniej kobiety podśluzowy mięśniak na zasadzie długotrwałych krwotoków, przy wymacaniu po rozszerzeniu szyi w celu wydobycia go znalazł złośliwy gruczolak błony śluzowej trzonu macicy; natomiast u innej 60 letniej kobiety przy krwotokach, nasuwających przypuszczenie nowotworu złośliwego, znaleziono po rozszerzeniu szyi i wymacaniu palcem—mięśniak wielkości cytryny, który dał się wyłuszczyć, rozdrobnić i usunąć.

2) W celach *leczniczych* rozszerzamy szyję: a) przy zwężeniach ująć, powodujących niepłodność i miesiāzkowanie bolesne, b) dla przeszkodzenia dalszemu rozwojowi ciąży, c) dla wydobycia palcem lub ązkami resztek jaja płodowego, mięśniaków o wężkiej szypule, d) dla ułatwienia przepłukiwań macicy płynami odkażającymi lub leczącymi, dla athmokauzy czyli działania na wnętrze macicy parą, dla wprowadzenia leków na pręcikach owiniętych watą, wstrzykiwania ich strzykawką Brauna, e) zwłaszcza przy wyłęczkowaniu macicy, gdy szyja jest długa, twarda, kanał wężki, dobrze jest uprzednio rozszerzyć ją, bo wtedy samo łyżeczkowanie jest mniej bolesne, i dokładniejsze, możemy użyć łyżeczki większej, a przepłukanie jamy macicznej i następny odpływ wydzielin zostaje ułatwiony, f) rozszerzamy też szyję macicy w dalszym przebiegu ciąży: przy zaśniędnie groniastym, przy zatrzymaniu i gniciu w macicy nieżyjącego już płodu, g) dla wywołania porodu przedwczesnego, h) dla przyspieszenia rozwiązania przy rozpoczętym już porodzie, gdy szyja opieszale się rozwiera, jak to bywa przy zwężeniach miednicy, przy bliżnowatych stwardnieniach szyi i t. p. i) rozszerza-

*) Odczyt wygłoszony na posiedzeniu Towarzystwa Lekarskiego Radomskiego dn. 14 Listopada 1903 r.

my ją także w celu rozwiązania ciężarnej z powodu chorób: eklampsji, cierpień nerek, serca, płuc, anaemiae perniciosae, ciężkich i rozległych chorób skórnych, przy łożysku poprzedzającym, przedwczesnem odklejeniu się łożyska, przy wysokich gorączkach podczas porodu a także dla ratowania dziecka u umierającej lub u tylko co zmarłej kobiety w miejsce zastosowania cięcia cesarskiego.

Przeciwwskazaniem ogólnem do rozszerzania szyi macicy są wszelkie stany podrażnienia macicy i przydatków objawiające się bolesnością przy podwójnem badaniu, dalej — świeże zakażenie rzeżączkowe. Küstner nie radzi rozszerzać szyi gdy istnieje przypuszczenie obecności zwyrodnienia rakowatego w trzonie macicy, aby tworów rakowatych w tkanki nie wcisnąć. Przeciwno temu ogólnemu przeciwwskazaniu zmuszeni jesteśmy jednakże wykroczyć i narazić chorą nawet na obostrzenie stanu zapalnego macicy i przydatków, jeśli źródło tego podrażnienia stanowi jej rozkładająca się zawartość jamy macicy, np. spuszczając resztki jaja płodowego, lub rozpadające się mięśniak.

Rozszerzanie szyi, zarówno jak każdy inny rękoczyn operacyjny, powinno być wykonywane z zachowaniem ściśle anti i aseptycznego postępowania, odnośnie do osoby operującego i jego narzędzi i do samej chorej. Powinno się ono odbywać na odpowiednio urządzonym do rękoczynu stole lub na łożku poprzecznym; uspienie chorej najczęściej niezbędna jest przy wszelkiego rodzaju rozszerzaniach, chociaż nieraz udaje się zgoła bez uspiania, łatwo, szybko i bez znacznego bólu rozszerzyć szyję macicy nawet na zwykłym łożku, gdy jest rozpułchnioną w czasie poronienia lub w okresie połogowym, lub wreszcie przy obecności podśluzowych mięśniaków w jamie macicy, zstępujących do szyi, zarówno jak przy nowotworach rakowatych jamy macicy.

Do rozszerzenia szyi bez pomocy noża możemy użyć: 1) palca; 2) rozszerzaczów walcowatych Hegara lub innych działających na sposób narzędzia rozciągającego palce u rękawiczek pomysłu Müllera, Ellingera, Schultze'go, a w braku tych usługić nam, mogą i cążki polipowe lub Bozmana; w dalszych okresach ciąży służy nam, w tym celu wprowadzanie jednego za drugim wielu palców i wreszcie całej ręki, 3) rozszerzacz Bossi'ego i jego odmiany i 4) pęcherze czyli balony gumowe.

Rozszerzyć szyję możemy jeszcze laseczkami pęczniejącymi: laminaryą, tupe-

lo, gąbką prasowaną. Tupelo, jako, zbyt miękkie i gąbki jako nie nadające się do kształtowania w cienkie laseczki i do odkażenia — zostały prawie zupełnie zarzucone.

Zacznę od laminaryi, jako posiadającej odrębne właściwości w działaniu na rozszerzenie szyi. Są to laseczki różnej grubości, pełne lub wydrążone. Ostatnie niewiele ułatwiają odpływ z macicy płynnej zawartości, a za to więcej uginają się pod oporem ujścia wewnętrznego, niż pełne. Niemieckie są gładziej lecz krótsze od angielskich, więc często nie sięgają ponad ujście wewnętrzne, co powoduje niemiły zawód, gdy po wyjęciu laminaryi znajdujemy tylko kanał szyi rozwartym poniżej ujścia wewnętrznego, samo zaś ujście pozostało niedostępnem, jak i przedtem.

Stosujemy laminaryę gdy nie możemy wprowadzić innego rozszerzającego narzędzia z powodu wąkości ujść i oporu, niepodatnej szyi lub z powodu niemożności uspiania chorej, lękającej się bólu przy rozszerzaniu. Wreszcie wobec własności laminaryi, rozpułchniania szyi, używamy jej również dla przygotowania do dalszego rozszerzania za pomocą innych już wymienionych narzędzi.

Nie użyjemy zaś laminaryi, gdy chodzi nam o szybkie, doraźne rozszerzenie szyi i gdy mamy do czynienia z gorączką, zależną od zakażenia w odnośnych organach i przy ostrej rzeżączce. Jakkolwiek laminaryja, jako ciało porowate, trudniej, niż narzędzia metalowe daje się wyjąławić, to jednak przy zachowaniu zalecanych w tym celu przepisów można ją bez obawy zakażenia stosować. Sanger np. radzi po umocowaniu nitki jedwabnej na jednym końcu laseczki zanurzyć ją w kipiącym 5% roztworze kw. karbолоwego na 1 minutę, potem przechować w nasyconym roztworze jodoformu w eterze a przed użyciem zanurzyć ją znowu w kipiącym 1% roztworze sody na 1/2 do 1 minuty. Rozszerzenie laminaryą należy podejmować przy zachowaniu ściśle anti i aseptycznego postępowania. Po opróżnieniu pęcherza i kiszki i ułożeniu chorej na plecach na odpowiedniemu posłaniu z lub stole operacyjnym, należy części płciom zewnętrzne kilkakrotnie namydlać i spłukiwać roztworem np. sublimatu, potem tymże roztworem wypłukać pochwę i część pochwową. Po wybadaniu dokładnem położenia macicy, należy założyć łyżką Simona lub inną szyję zaczepić za przednią wargę kulociągiem, którym łagodnie pociągamy ją w kierunku wchodu do pochwy,

przez co krzywiznę kanału zmniejszamy, poczem oddajemy i zwierciadło i kulociąg do ustalenia. Za pomocą szczypczyków najlepiej kleszczykami Bozemańskich o ramionach żłobkowatych, chwytamy laminaryę z gorącego płynu za koniec przy nitce jedną ręką, a drugą przez kawałek sterylizowanej gazy wyginamy ją, ile trzeba i wsuwamy, w kierunku uprzednio sprawdzonym do szyi tak głęboko, aby koniec laminaryi wystawał nieco z ujścia zewnętrznego, jeśli ono jest wąskie; może być popchnięta i głębiej, jeśli szyja jest długa ujście zaś zewnętrzne jest rozwarciem a chodzi już jedynie o rozszerzenie ujścia wewnętrznego. Jeśli wybranej grubości laseczka zbyt luźno przesuwana być może w kanale szyi, a chodzi o znaczne rozszerzenie, np. dla swobodnego przeprowadzenia palca, to obok niej wsuwamy drugą, a wtedy utrzymujemy nitkę pierwszej laminaryi w lekkim napięciu, aby nie wśliznęła się zbyt głęboko. Gdy przeciwnie, oba ujścia są tak wąskie, że najcieńsza laseczka z trudnością przez nie przechodzi; po napęcznieniu tak cienkiej laseczki i po jej wyjęciu wsuwamy jedną lub więcej grubszych, aby otrzymać dostateczne rozwarcie. Gdy przy nieudających się próbach założenia laseczki nastąpiło wyraźne krwawienie, jako objaw uszkodzenia błony śluzowej, to, gdy wypadek nie nagli, lepiej odłożyć ponowną próbę aż do czasu przypuszczonego zagojenia się uszkodzenia. Po założeniu laminaryi do pochwy wkładamy sącdek gazy jodoformowej, chora pozostaje w łóżku. Laminaryę zostawiamy na 24 godzin. Należy pilną zwracać uwagę w ciągu tego czasu na tętno i ciepłotę chorej. Ból, jakkolwiek często bardzo dojmujący, szczególnie u kobiet, które nie rodziły, dający się uśmierzyć zastrzyknięciem podskórnym roztworu morfiny lub czopkiem, nie bywa powodem do przedwczesnego usunięcia laminaryi. Gdy zaś ciepłota dochodzi do 38° lub tętno: do 100, to niezwłocznie należy laminaryę wyjąć i poczem ciepłota obniża się zaraz. W tym wypadku rozszerzać dalej możemy już tylko za pomocą innych narzędzi np. pałeczkami Hegara, co zwykle łatwo się udaje, bo szyja jest już wtedy rozpalchniona. Do wyjęcia laseczki często wystarcza pociągnięcie za nitkę, niekiedy jednak przedstawia to znaczne trudności. Najczęściej opór stawia wcięcie, jakie powstaje w laseczce w miejscu, gdzie niepodatne ujście wewnętrzne nie pozwala na napęcznienie, podczas gdy powyżej nie-

niego w jamie macicznej i poniżej w szyi laminaryja uległa zgrubieniu, przyjmując w ten sposób kształt zegara piaskowego. W takim razie, uchwyciwszy mocno koniec laminaryi цаčkami, pociągamy silnie, gdy dwoma palcami drugiej ręki odpychamy część pochwy. Niekiedy koniec laseczki tak mało wystaje i tak mało obciśnięty został przez ujście zewnętrzne, że niepodobna uchwycić go цаčkami; wtedy należy naciąć usta maciczne dla wprowadzenia ramion цаček głębiej. Po wyjęciu laminaryi należy jamę macicy przełukać.

Do rozszerzenia szyi doraźnego, szybkiego używamy jednego lub kilku palców, łeczek Hegara, rozwieraczy Ellingera, Schultzego, rozszerzaczy Bossi'ego, balonów.

Rozszerzanie palcem może być zastosowane w tych przypadkach, gdy ujście maciczne jest nieco rozwarłe i na skutek rozpalchnienia podatne — a zatem przy poronieniach będących w pełnym biegu, lub gdy w jamie macicy pozostają, nawet w ciągu dłuższego czasu, większe resztki jaja płodowego; przy łożysku przodującym, przy mięśniakach podśluzowych większych rozmiarów, czasem przy złośliwych nowotworach. Palec w wymienionych przypadkach działa nie tylko jako rozszerzacz lecz służy jednocześnie dla celów rozpoznawczych i leczniczych — dla wydalenia resztek jaja płodowego, uchwycenia nóżki płodu — lub przyspasabia szyjkę, do dalszego rozwarcia rozszerzaczem Bossi'ego lub balonami.

Wobec niepodatnego ujścia, długiej, twardej szyi, gdy zachodzi obawa, iż ściana trzonu została uszkodzona brudnym narzędziem, przy zapalnych stanach macicy i otoczenia — nie należy rozszerzać palcem. Jako przeciwwskazanie służy również nadmierna wrażliwość chorej, której uspić niema możliwości.

Do rozszerzania palcem pozostawiamy chorą na zwykłym pościeliu lub też układamy ją na łóżku poprzecznym lub na stole operacyjnym, zależnie od tego, czy spodziewamy się łatwego czy trudnego rozszerzenia i od zabiegu, jaki ma po rozszerzeniu nastąpić. W każdym razie, należy przedtem koniecznie opróżnić pęcherz, a przy zaparciu stolca i kiszkę prostą, gdyż inaczej pomimo wszelkich nalegań chora nie będzie mogła zwolnić mięśni brzusznych, macica będzie się odchylać ku tyłowi, lub ku przodowi, co udaremni najłatwiejszy z kądinąd zabieg. Niejednokrot-

nie uspienie wrażliwszej chorej — stanowi znakomite ułatwienie rękoczynu.

Macicę tyłopochyloną lub zgiętą należy odprowadzić, ciało macicy ująć przez powłoki brzuszne i nieruchomo nad dążącym do jamy jej palcem utrzymać. Przy otyłości, przy wzdęciu brzucha, gdy chora nie jest w stanie zwolnić mięśni brzusznych, udaje się niekiedy, uchwyciwszy przednią wargę kulociągiem, naciągając szyję na palec jak rękawiczkę, co udaje się zresztą tylko przy znacznem rozpulchnieniu szyi. Wybór wskazującego czy średniego palca do rękoczynu jest rzeczą nawyknienia, chociaż średnim czasem głębiej sięgnąć można. Po wprowadzeniu jednego palca, gdy tego zachodzi potrzeba, staramy się wprowadzić drugi i trzeci i t. d. albo przepychając go obok pierwszego (sposób Demelina), lub też zginianiem wprowadzonego jednego lub więcej palców, staramy się ściany szyi rozciągnąć (sposób Harris'a). Sposób Bonnairre'a polega na rozszerzeniu szyi palcami obu rąk w dwie przeciwne strony. Przy szyi długiej, niepodatnej żadnym z tych sposobów, dostatecznego rozszerzenia nie osiągamy. Przy bardzo rozpulchnionej szyi, jak to bywa przy łożysku przodującym, trzeba być bardzo oględnym, gdyż przy nieuważnem porywczem postępowaniu — szyja macicy może uleść głębokiemu rozdarciu, wywołując krwotok podwójnie niebezpieczny dla chorej, która już przedtem dużo krwi utraciła. Pałeczki Hegara, Fritscha i innych bywają kauczukowe szklane, ołowiane, cynowe, stalowe rozmaitej grubości, od 2 mm. średnicy poczynając do 25 lub 26 mm., przy czem każdy następny numer jest o 1 mm. grubszy, co ze względu na zbyt szybko wzrastający obwód przy grubszych numerach powoduje trudności w ich przesunięciu; dla tego należy żądać takich pałeczek, których średnica wzrasta przy grubszych numerach o $\frac{1}{2}$ mm. Pominąwszy tę okoliczność, że przez wygotowanie pałeczki stają się więcej aseptyczne, niż palec, oddajemy im pierwszeństwo tam, gdzie nie możemy macicy ustalić dla palca, jak to bywa u osób otyłych, u nie mogących zwolnić mięśni brzusznych i tam, gdzie wskutek elastyczności i krótkości więzów z jednej strony, a niepełnego zwolnienia mięśni brzusznych z drugiej — ujęta ręką przez powłoki brzuszne macica wyslizguje się ku tyłowi, skoro palec stara się przeniknąć do jamy jej przez ujścia wewnętrzne. Używamy również pałeczek, gdy szyja jest długa i niepodatna; dalej, przy podat-

nej szyi, gdy pragniemy wy dostać z macicy resztki łożyska, w stanie zakażenia będące. W takich razach dałaby się szyja może i palcem rozszerzyć, lecz połączonym by to było z niezwykle silnym ugniataniem macicy, niebezpiecznym ze względu na możliwość wciśnięcia niejako zarazków do naczyń chłonnych. Możemy również użyć pałeczek, gdy chcemy uniknąć ugniatania macicy przy już istniejących około macicznych wysiękach, gdy jednakże obecność w jamie macicznej resztek jaja płodowego zmusza nas do ich usunięcia. Czasami rozszerzamy wprzód szyję pałeczkami, aby następnie móżdżek wprowadzić balon lub rozszerzacz Bossi'ego. Ważną rzeczą jest wymiarkować naprzód, czy nadadzą się w ogóle pałeczki w danym razie, bo jeśli badający palec znajdzie szyję twardą i niepodatną, to nie należy kusić się o szybkie rozszerzenie lecz, o ile warunki pozwalają, założyć naprzód laminaryę, a dopiero po jej napęcznieniu i wyjęciu, rozpulchnioną w ten sposób szyję łatwo już dalej rozszerzać pałeczkami; jeśli zaś czas nagli, to ograniczyć się niekiedy trzeba na wprowadzeniu tylko kilku pałeczek cieńszych, następnie zaś użyć rozwieraczy Ellingera lub podobnych.

Rozszerzanie pałeczkami wykonywa się na odpowiednio przygotowanym stole z oparciem dla nóg w położeniu chorej najlepiej na plecach, w uspieniu lub bez uspiania. Narzędzia metalowe, szklane, podlegają wygotowaniu, chora zaś zwykle dezynfekcyi. Należy następnie starannie wy badać macicę, jej wielkość, krzywiznę, położenie, ruchomość, stan przydatków, aby wiedzieć, czy można będzie macicę ściągnąć do wejścia do pochwy, czy też trzeba będzie wprowadzić pałeczki bez ściągnięcia w jakimkolwiek kierunku. Po wprowadzeniu łyżki Simona oddaje się ją pomocnikowi, chwytając kulociągiem przednią wargę szyi, pałeczki zaś wprowadza się przez kanał szyi do jamy macicy ostrożnie, w wymiarkowanym uprzednio kierunku, szybko zmieniając na grubsze, jeśli przechodzą łatwo, a zatrzymując się chwilę na danym numerze, gdy kanał szyi przepychaniu pałeczki trudność stawia i opór. Jeśli przy wprowadzaniu cienkich pałeczek szyja, a co najczęściej bywa ujście jej wewnętrzne stawia silny opór, to nie należy dalej go przemagać, gdyż przerwiemy kulociągiem wargę lub nawet oderwiemy ją częściowo. Rozszerzenie kanału szyi powinno być nieco większe niż średnica narzędzia, które ma być wprowadzone do jamy macicznej, gdyż po usunięciu palca szyja ściąga

się cokolwiek. Dla wprowadzenia palca np. potrzeba użyć numeru 18 lub 19-go. W innych razach, gdy zachodzi potrzeba trwałego rozszerzenia do jakich 9, 10 mm. np. dla wprowadzenia leków na prąkach Sängera lub Playfaire'a, czy strzykawki Braun'a, lub cewnika macicznego, gdy pragniemy usunąć zwężenie, stanowiące przeszkodę do zapłodnienia, wprowadzamy pałeczki codziennie lub co kilka dni, aż osiągniemy żadaną szerokość kanału szyi i wprowadzaniem ich od czasu do czasu rozszerzenie staramy się podtrzymać. O rozwieraczach, działających na sposób rękawicznych palców do rozciągania rękawiczek jak Ellingera, Schultzego, Müllera da się powiedzieć w części to samo, co o pałeczkach z tą różnicą, że ramiona rozwieraczy, działających jedynie w kierunku poprzecznym, mogą być użyte jedynie z konieczności, gdy zcieńczała lub krótka waroga przednia, jak to bywa po wielokrotnych rozerwaniach szyi porodowych, nie może być ujęta kulociągiem z obawy przed nowem rozerwaniem. Kulociąg przy użyciu rozwieraczy służy jedynie dla unieruchomienia części pochwowej, wyprostowania zbytniej krzywizny kanału.

Wszystkie opisane już narzędzia nie wystarczają, gdy chodzi o możność dokonania zabiegów położniczych podczas porodu. Wprawdzie palcami rąk przy znacznym rozpalchnieniu szyi, przy wystarczających siłach operującego niejednokrotnie udaje się rozszerzyć ujście maciczne i rękę wprowadzić do jamy macicy, jednak sposób ten ma niemałe strony ujemne, ponieważ wymaga jednocześnie silnego i długotrwałego ucisku dolnego odcinka macicznego, przytem siły operującego, nieraz wyczerpują się i albo zawodzą lub też rozszerzanie odbywa się zbyt porywczco, co naraża dolny odcinek na głębokie rozdarcia. Dla otrzymania takiego rozszerzenia, aby całą ręką do jamy macicy wprowadzić była można, służy rozszerzadło Bossi'ego i jego odmiany, zarówno jak balony Brauna, Champetiers de Ribes i innych. Bossi przedstawił swój rozszerzacz na międzynarodowym zjeździe lekarzy w Berlinie już w 1889 r., nie zaciekał nim jednakże nikogo, aż dopiero w 1901 r. Leopold z Drezna, ujrząwszy zastosowanie tego narzędzia w instytucie położniczym Bossi'ego w Genui, powagą swoją zpopularyzował to narzędzie, przedstawiając wyniki przez siebie otrzymane w zeszłym roku w Archiv für Gynäcologie und Geburtshülfe w tomie LXVI., Rozszerzadło to składa się z 4 mocnych

ramion, rozchodzących się pod działaniem śruby i przemagających wszelki opór, jaki mu dolny odcinek przeciwstawić może. Aby uniknąć wgniatania się ramion w ścianę dolnego odcinka podczas znacznieszego rozciągania, nakłada się na nie kapturki, które, zwiększając powierzchnię uciskającą, zmniejszają warunki, sprzyjające rozdarciu dolnego odcinka. Odwinięcia kapturkow mają przeszkadzać wysuwaniu się ramion z ponad ujścia wewnętrznego. W miarę zwiększającego się rozciągania szyja przyjmuje kształt czworoboku, niestosunek między rozciąganiem a uciskaniem bezpośrednio pomimo kapturków tkankami wzrasta, co znowu zwiększa warunki rozdarcia. Dla zapobieżenia rozdarciu postarano się siłą rozciągającą rozłożyć na więcej punktów ściany szyi i zaczęto wyrabiać 8-o ramienne narzędzie z małą zmianą pomysłu w budowie, jak Frommera, Kaisera, Knappa i innych, co jednakże znacznie zwiększa grubość narzędzi i wymaga większego rozwarcia szyi do ich wprowadzenia; dla tego to niekiedy stosowano naprzód rozszerzadło Bossi'ego, a po otrzymaniu niewielkiego rozwarcia, ostatecznie zabieg rozszerzadłem Frommera lub innym. Nie wszyscy także lekarze zadowoleni są z 4-o centymetrowej długości ramion, twierdząc, iż niekiedy koniec ich, a co zatem idzie i odwinięcia kapturków, nie sięgały ponad ujście wewnętrzne, lecz, wgniatyły się w ściany szyi, Chrobak w tym celu polecił sporządzić narzędzie o ramionach dłuższych i odwinąć brzegi kapturków pod kątem tępym. Wadą budowy narzędzia jest ciężar jego, kształt, ucisk bolesny, jaki sprawia ręce, jeśli zachodzi konieczność użycia także większej siły do kręcenia korbą; wadą też jego wspomnianego narzędzia jest trudność w oczyszczeniu po użyciu, wreszcie—wysoka cena 38 rubli. Najważniejszą jednak, bo zasadniczą wadę rozszerzadła Bossi'ego i jego odmian stanowi wynik otrzymany po ich zastosowaniu. Szyja maciczna ulega wprawdzie rozciągnięciu równomiernemu, lecz nie zostaje wygłodzona i zcieńczona — jak przy zwykłym porodzie. Przy rozszerzaniu rozszerzadłami Bossi'ego szyja pozostaje zachowaną, rozszerza się lecz nie wygładza zupełnie. To może jedynie wówczas nastąpić gdy rozszerzadło, rozciągając szyję, wzmaga lub nawet wznieca silne bóle porodowe. Co do wskazań, to w dostępnej mi literaturze znalazłem zastosowanie rozszerzacza w 120 z górą przypadkach; z tych u Leopolda w 17, u Breitera na klinice Lwowskiej w 4,

Chrobaka 12, Meyera 15, Ballantyne 3, de Paoli z instytutu Bossiego 23, Kellera z kliniki Gusserowa 15, Ostricli z kliniki Rubesski 4 i u wielu innych. Ja stosowałem rozszerzadło 3 razy.

Leopold poleca zastosowanie w eklampsyi ze względu na dobry wynik dla matek i duży odsetek żywo narodzonych dzieci, dalej przy wysokich gorączkach podczas porodu, przy przewlekającym się porodzie z powodu wąskiej miednicy; Küstner poleca w eklampsyi i w przewlekających się porodach; Nagel także w eklampsyi, przy sinicy i duszności w następstwie cierpień serca, płuc i w tych rzadkich przypadkach, gdy życie dziecka jest w niebezpieczeństwie przy małym rozwarciu macicy; Ballantyne uważa działanie rozszerzadła w eklampsyi za szybkie i pewne. Meyer z Kopenhagi, gdy trzeba szybko ukończyć poród, nie obawia się możliwości rozdarcia szyi, a więc znowu stosuje rozszerzadło przy eklampsyi, przy chorobach serca, wobec zakażenia ogólnego, przy przedwczesnem odklejanu się łożyska. Proponowano zastosowanie rozszerzadła, gdy rodząca jest konającą lub w razie nagłej jej śmierci—zamiast cięcia cesarskiego. Naogół stosowano rozszerzadło najczęściej przy eklampsyi, bo na 120 z górą przypadków 42 razy, potem przy przewlekającym się porodzie z powodu wąskiej miednicy i szyi grubej, nierozwartej, potem ze względu na zagrożone życie dziecka i przy przedwczesnem odklejanu się łożyska. Względnie często próbowano stosować wspomniany zabieg przy łożysku przodującym, chociaż z wyjątkiem de Paoli, który niedawno podał 19 przypadków leczenia łożyska przodującego, przeważnie centralis, metodą Bossiego, wszyscy inni lekarze, nie wyłączając Leopolda, musieli zaniechać kończenia operacyi tym sposobem z powodu wzmagających się krwoteków. Prócz tego możemy stosować rozszerzadło, gdy chodzi o szybkie rozszerzenie szyi w początkach ciąży, aby usunąć resztki jaja płodowego po poronieniu, przy gnijącym płodzie, przy zaślinadzie groniastym, a także przy mięśniakach na cienkiej szypule. W tych razach niejednokrotnie należy uprzednio przygotować szyję za pomocą laminaryi, pałeczek, rozwieracza Ellingera i t. p.

Niebezpieczeństwa mogące wyniknąć z zastosowania metody Bossiego polegają na rozdarciu szyi, powstać mogą przy nieostrożnem rozwieraniu narzędzia, a może po części wskutek niezwykłego rozpułchnienia lub kruchości tkanek. Roz-

darca te sięgać mogą przez całą grubość szyi, aż do otrzewny. Brejter z 4 swoich przypadków miał w jednym rozdarciu przechodzące aż na pochwę, Rissmann na 3 miał w 2 ch pęknięcia; Stempel z kliniki Küstnera we wszystkich 4 swoich przypadkach miał głębokie obrażenia. Z 3 moich miałem w jednym groźny krwotok z pęknięcia szyi w okolicy wyjścia wewnętrznego, co przypisuję brakowi wszelkiej pomocy; bo w drugim przypadku, przy eklampsyi w 7-m miesiącu ciąży, przy odpowiedniej pomocy powstało tylko płytkie pęknięcie błony śluzowej. Natomiast Leopold na 17, a Meyer na 15 przypadków nie mieli tak ważnych obrażeń, z którymi by w praktyce uporać się nie można było, gdyż wystarczało nałożenie 1 lub 2 szwów. A przecież i przy normalnych porodach powstają tak często rozdarcia szyi, nawet głębokie, z krwotokami zaś z nich powstającymi każdy akuszer radzić sobie musi. Pewnem jest i to, że pęknięcia przy stosowaniu rozszerzadła rzadziej się trafiają i są mniej rozległe—w miarę nabytej wprawy i ostrożności przy rozszerzaniu.

Lepiej wcale nie stosować tego zabiegu u kobiet wykrmawionych, np. przy łożysku przodującym, o czem przekonać się można z opisu dziewiętnastu, przypadków podanych z instytutu Bossiego przez de Paoli w ostatnim tomie Arch. f. Gynäk. u. Geburts. Były to przeważnie przypadki łożyska poprzedzającego. Jedna z kobiet wśród operacyi umarła, u większości zaś z powodu wzmagających się wśród operacyi krwotoków tamponowano bezpośrednio po rozwiązaniu macicy. Nie należy też używać zabiegu Bossiego do wywołania porodu przedwczesnego z powodu np. nawykowego rodzenia dzieci martwych donoszonych, jak również, gdy przy wąskiej miednicy pragniemy otrzymać chociaż nieczne jeszcze, lecz już zdolne do życia dziecko, gdyż na pośpiechu wtedy nie należy, a poród zbliżony do fizyologicznego lepiej wywołać można wewnątrzmacicznymi balonami. Zdaniem mojem, jak zresztą i wielu innych lekarzy, należy też rozważyć, czy w ogóle można rozszerzadła zastosować w razie braku odpowiedniej pomocy, mając na uwadze mogące zdarzyć się rozerwania i krwotok. Zangenmeister, omawiając podawane przez innych uszkodzenia szyi, potępia stanowczo zabieg Bossiego a natomiast radzi zastosować wielokrotne, płytkie nacięcia szyi albo gdy kanał szyi w znacznej części jest zachowany, rozciąć przednią jej ścianę, co ma być za

biegiem pewnym i bez niebezpieczeństw. Woli on rany cięte, gdyż jako mniej podatne do przyjęcia zarazków niż gnecione, łatwiejsze też są do zezycia. Dührssen zgadza się wreszcie na zastosowanie rozszerzadła, gdy szyja jest wygładzona i bardzo elastyczna, stanowczo jednak jest przeciwny rozszerzeniu, jeśli jest tęga a kanał jej jest zachowany i stosuje w ostatnim przypadku głębokie nacięcia szyi lub cięcia cesarskie pochwowe, uważając oba zabiegi jako pewniejsze i bezpieczniejsze, z warunkiem wprawdzie, że cięcia cesarskie będzie wykonane przez zawodowego ginekologa i z pomocą 2 asystentów.

Zestawiając korzystne wyniki otrzymane za pomocą zabiegu Bossi'ego w licznych przypadkach przez akuszerów tej miary, co Leopold, Meyer, Chrobak, Nagel, Ballantyne, Küstner i zdania wielu innych lekarzy, którzy mieli okazję tę metodę stosować, z nieprzychylnymi o niej opiniami Zangermeistera i Dührssena, dochodzimy do wniosku, że jest to zabieg, który we właściwie wybranych przypadkach przedstawia znakomite korzyści i pewien postęp w akuszerii, a jeśli ma też i ujemne strony, to przecież nie mogą one powstrzymać od zastosowania go tam, gdzie chodzi o szybkie rozwarcie szyi nie tylko wygładzonej, rozpulchnionej, lecz i mniej podatnej, o zachowanym w części lub nawet w całości kanale. Przypadki bowiem ciężkie trafiają się nie tylko zawodowym ginekologom, lecz również praktycznemu akuszerowi, w okolicach odległych od klinik i szpitali.

Zastosowanie. Po wygotowaniu narzędzi wyjąłowieniu rąk i chorej na poprzecznym łóżku lub na stole po uśpieniu chorej lub wreszcie po dawce morfiny, odsłania się szyję łyżką Simona, chwyta przednią wargę kulociągiem, zakłada się zamknięte rozszerzadło, gdy szyja przepuszczalnie rozwarta jest dla małego palca, albo też okryte kapturkami, gdy można przez szyję przeprowadzić swobodnie 2 palce. Można to uczynić i bez pomocy łyżki, jeśli chorej poprzednio nie badano lub badano ją czysto; wprost po 2 palcach, wprowadzonych do pochwy aż do ujścia zewnętrznego szyi, wsunąć do jej kanału rozszerzadło. Palce wprowadzone stanowią kontrolę, podczas gdy druga ręka podtrzymuje narzędzie zewnątrz części płciowych, pomocnik zaś na komendę co 2 do 3 minut robi korbą obrót na 90°, o ile można równocześnie z występującymi skurczami macicy. Często przy zna-

cznem rozpulchnieniu szyi można z początku pokręcać korbą, bez przerwy aż do napięcia brzegów ujścia, co zwykle następuje, gdy strzałka pokazuje około № 3, czyli tyleż centymetrów rozwartości kanału; osiągnąwszy taką rozwartość można już, odkręciwszy rozszerzadło, wyjąć je dla nałożenia kapturków, poczem napowrót wprowadzić tak głęboko, aby odgięcia kapturków znalazły się powyżej ujścia wewnętrznego. Należy pilnie uważać na położenie ramion rozszerzadła, aby było równoległe do ścian szyi, gdyż inaczej, jeśli ramiona są bez kapturków, to nachylone pod kątem, będą dziurawić ścianę szyi, brzeg zaś kapturka najczęściej dolnego, czyli tylnego, będzie rozkrwał ścianę szyi poprzecznie. Aby tego uniknąć należy tak naprzód już ułożyć chorą, aby koniec rozszerzadła w pobliżu korby można było stosownie obniżać. Im więcej kanał szyi jest zachowany, a szyja mniej jest podatna, tem ostrożniejszymi być powinny obroty korby, a palcem nieustannie należy kontrolować napięcie ścian szyi między ramionami, dopóki strzałka względnie do żądanego rozszerzenia nie stanie na 8—8½ lub 9 numerze, co odpowiada tyluż centymetrom średnicy czyli zupełnemu rozwarciu. Z szyi pozostaje wazki tylko brzeżek. Na to potrzeba 10 do 30 minut czasu, zależnie od tego, czy szyja jest wygładzona i sprężysta, czy też mniej podatna a kanał jej jest w części lub w całości zachowany. Rozwarcie powinno być nieco większe niż objętość główki, aby nałożenie kleszczy dało się dokonać swobodnie. Wszelkie zaś zabiegi należy stosować szybko, gdyż po wyjęciu narzędzia usta maciczne okazują dążność do ściągnięcia się. Na pochwałę rozszerzacza należy dodać i to, że wznieca silne bóle porodowe nawet tam, gdzie ich przed tem nie zauważono, a praca ta porodowa przeciąga się aż na okres lożyskowy, co usuwa obawę przed następczymi krwotokami.

Balony do jamy macicy założone (metreuryza) mają tę wyższość nad rozszerzadłami, że przez samą obecność swoją, jako ciało obce, przez powiększenie zawartości macicy i drażnienie zwojów nerwowych w ścianach szyi, wzniecają bóle porodowe. Przez dodanie pociągania działania to pobudzające skurcze macicy jeszcze się wzmaga, a przytem i mechanicznie szyja wygładza się i rozwiera. Tem właśnie wygładzeniem „Verstreichen“ szyi różnią się balony w działaniu od wszystkich poprzednio opisanych rozszerzadeł,

pozostawiając po wypełnieniu swego zadania drogę zupełnie wolną do wyjścia płodu z macicy, bądź samodzielnego, bądź przy pomocy narzędzi. 40 lat temu Braun zakładał swój kolpeurynter do pochwy, Barnes zakładał mniejszy—do szyi macicznej. Dopiero Schauta zaczął metodycznie wprowadzać duży balon Brauna do jamy macicy, a dla szybszego rozszerzenia szyi Meurer zaczął pociągać za rurkę balonu lub przywieszać ciężarki, od funta do pięciu.

Pierwszy, żyjący obecnie, chłopiec, któremu uławiłem balonem drogę z macicy, ma lat 8. Od owego czasu stosowałem tę metodę wielokrotnie i zawsze z przewidywanym naprzód dobrym wynikiem.

Balony bywają gumowe, elastyczne, kolpeuryntery Brauna, i nielastyczne. Balony znajdują, właściwe i cenne zastosowanie dopiero poczynając od początku 7-go miesiąca ciąży. We wcześniejszych okresach są zbyt ciężkie. Przy leczeniu łożyska przodującego działają balony jako tampon, powstrzymujący krwawienie przez wywierany pociąganiem ucisk na odklejającą się część łożyska, dalej wzniecają bóle porodowe, których pomimo krwotoku jeszcze nie było lub wzmagają istniejące, jeśli były słabe. Dzięki temu skombinowanemu działaniu balony są szczególnie użyteczne, gdyż, zabezpieczając rodzącą od dalszej utraty, krwi—dają czas lekarzowi do zastosowania środków mogących zastąpić chociaż w części krew utraconą (podskórne wlewania, rzeźwiące napoje) zarówno jak ustrojowej przystosować się do nagłej utraty krwi. Wpływają również dodatnio na zmniejszenie się śmiertelności noworodków przy łożysku poprzedzającym. Runge w 4-em wydaniu operacyjnej akuszeryi mówi, że zawdzięcza zmniejszenie śmiertelności kobiet wprowadzeniu do leczenia łożyska poprzedzającego skombinowanego obrotu na nóżkę i oblicza tę śmiertelność na 6% w porównaniu z dawniejszymi 30%; lecz śmiertelność dzieci ocenia jeszcze aż na 60%, podczas gdy Pinard dzięki zastosowaniu balonów uzyskał zmniejszenie śmiertelności kobiet do 2,6% a dzieci 6,8%. Wielce użytecznymi są również balony dla wywołania porodu przedwczesnego i w tym przypadku widoki dla dzieci są o wiele pomyślniejsze niż przy innych zabiegach stosowanych w tym celu. Zakładamy również balony przy przewlekającym się porodzie po przedwczesnym odpływie wód płodowych, gdy szyja mała jest rozwarta,

jeśli część przodująca nie jest jeszcze przyparta do wchodu miednicy, więc tak przy podłużnych, jak i poprzecznych położeniach. Użyjemy ich z powodzeniem i przy eklampsji i gdy przy rozpułchnionej szyi obiecyjemy sobie szybko ją rozszerzyć. Przeciwnie, nie należy wprowadzać balonów do macicy: gdy część przodująca przyparta jest do wchodu miednicy, gdy wystąpiły objawy grożącego pęknięcia macicy, gdy rozwinęła się endometritis sub partu z gorączką, tympania, tężec macicy, gdy mamy do czynienia z ostrem tryprowem zakażeniem, rakiem lub bliznowatym zwężeniem szyi. Zarzuty czynione balonom, że wprowadzenie i utrzymywanie ich przez dłuższy czas w zetknięciu z wnętrzem macicy może spowodować zakażenie, że odpychają główkę, dążącą do wchodu miednicy, a przez to sprzyjają wypadaniu sznurka pępkowego, przy odpowiednim postępowaniu rzadko się sprawdzają i wogóle są znaczenia w porównaniu z osiąganymi z balonów korzyściami.

Sposób zastosowania. Należy przedewszystkiem wymierzyć balon, aby wiedzieć, iloma szprycami płynu wypadnie napełnić go po wprowadzeniu do macicy. Po wygotowaniu balonu i innych narzędzi, ułożeniu kobiety na łóżku poprzecznem lub na stole, po oczyszczeniu części zewnętrznych i pochwy, nawet bez uspienia, odsłaniamy część pochwową łyżką Simona, utrzymujemy przednią wargę kulociągiem przy pomocy jednej ręki, drugą zaś przy pomocy kleszczyków Bozemana, lub specjalnie do tego skonstruowanych przez Colin'a, podobnych do zwyczajnych kleszczy porodowych, chwytamy zwinięty poprzecznie przed siebie balon tak, aby koniec ramion kleszczyków znajdował się poniżej końca zwiniętego balonu, dla uniknięcia zkalectwa szyi, i wprowadzamy go ponad ujście wewnętrzne, jeśli kanał już był drożnym dla dwóch palców; w przeciwnym razie—po rozszerzeniu go zapomocą wyżej opisanych rozszerzadła. Można balon wprowadzić do kanału szyi nawet bez użycia łyżki Simona, jeżeli rodząca nie była poprzednio badana lub była badana z zachowaniem aseptyki — lub jeżeli zakażenie rzerzączkowe ostre może być wykluczone, nawet bez usypiania chorej, gdy pochwa jest dostatecznie szeroka. Należy w tym celu wprowadzić całą lub pół ręki do pochwy aż do części pochwowej, kleszczykami uchwycić balon, wprowadzić do pochwy, poczem palcem wepchnąć do jamy macicy a nawet przy po-

datnej obszernej pochwie zamiast kleszczyków, wprost palcami ująwszy zwinięty balon, podajemy go palcom znajdującym się przy ujściu szyi. Te ostatnie zarazem sprawdzają, czy balon całkowicie znajduje się już w jamie, a prócz tego przeszkadzają wysliznięciu się balonu przed dostatecznym napełnieniem, poczem balon wypełniony pozostaje w jamie macicy. Przy łożysku przodującym albo dostajemy się do błon, jeśli przyczep jest boczny, i przebiwszy je, wprowadzamy balon do wnętrza jaja płodowego, albo, jeśli to jest trudnym przy łożysku poprzedz. środkowym--wprost w tym celu dziurawimy palcem łożysko. Po napełnieniu balonu i zamknięciu rurki albo oczekujemy na powstanie energicznych bólów, które, wypychając balon z powrotem do szyi, rozszerzą ją same, albo też, gdy na pośpiechu zależy, przywieszamy na wygotowanym sznurku do rurki, tuż przy częściach płciowych zewnętrznych, ciężarki czyste, jedno i więcej funtowe, sprawdzając przytem wciąż palcem, czy balon, zbyt silnie pociągany, nie wysuwa się kielbasowato z szyi, gdy nie jest jeszcze dostatecznie rozwarta. Należy się także strzedz zbyt porywczego pociągania, gdy szyja jest wygładzona, usta maciczne zcieńczone, lub szczególnie rozpulchnione, jak to często bywa przy łożysku przodującym, bo nie trudno wtedy o rozdarcie szyi nawet głębokie. Czas stracony na powolne, oględne postępowanie wynagrodzi stokrotnie szczęśliwy wynik. Rozszerzanie szyi następuje niekiedy już po kwadransie od czasu założenia balonu, lecz przy szyi długiej, tęgiej, przez pracę porodową jeszcze całkiem nie przygotowanej, nierozpulchnionej, rozszerzenie może przeciągnąć się do 12 godzin, co naturalnie rzeczą obojętną nie jest. Bóle dęte wskazują, że szyja szybko się rozciąga i że balon został wypchnięty do pochwy, zkad wyciągamy go po wypuszczeniu płynu, jeżeli sam na zewnątrz nie wypadł.



O zaraźliwości trzeciorzędnych objawów przymiotu i o jego dziedziczeniu.

Przez Dr. H. Fidera (Radom)*).

Na jednym z poprzednich posiedzeń Towarzystwa mówiono o dziesiątkowaniu ludności przez przymiot dziedziczny i o za-

rażliwości objawów trzeciego okresu przymiotu. Gdyby w istocie ostatnie zdanie było absolutnie słusznem, wtedy należałoby przede wszystkim zabronić zawierania związków małżeńskich przymiotowym wogóle, gdyż: po 1-e groziłoby przeniesienie zarazka na płód czyli odziedziczenie w ścisłym znaczeniu tego słowa w każdym okresie przymiotu; po 2-e zarażenie potomstwa w życiu pozapłodowym i po 3-e zarażenie współmałżonka. Łatwo jest pojąć, jak wielkie i nieobliczone szkody czyniłby przymiot, zarazem, jak energicznie musiałoby się bronić społeczeństwo i państwo, od wyrodzenia się ludności, za pomocą przymusowych prawno-lekarskich środków.

W obec doniosłości powyższej sprawy wybaczą Szanowni Panowie, że ponownie zabieram głos na dzisiejszem posiedzeniu. Chciałbym bowiem rzucić nieco światła na niektóre szczegóły omawianej sprawy.

A) *Zaraźliwość trzeciorzędnych objawów.* W twierdzeniu, przeciw któremu występuje, o zaraźliwości późnych (3-o rzędnych) objawów przymiotu oparto się na zdaniu prof. Neissera, wygłoszonym jakoby na zjeździe Niemieckiego Tow. Dermatologicznego w 1895 r. Otóż wyjmując ze sprawozdania umieszczonego w *Medycynie* (№ 43—44. 1895 r.) przez kolegę Kozerskiego oświadczenia Neissera. Kol. Kozerski pisze, iż Neisser stawia hipotezę następującą: I wczesne i 3-cio rzędne objawy przymiotu wywołują nieznaną nam bakterye. Tylko że w okresie 3-cio-rzędnym odczyn ustroju jest o tyle zmieniony, prawdopodobnie przez toksyny bakteryi, iż przejawia się w postaci nowotworzenia się tkanek i zmian wstecznych. Bakterye także ulegają zmianie z biegiem czasu i tracą własność przenoszenia się na inne ustroje. Takie bakterye pozostałe w ustroju, czy to wskutek niedostatecznego lub zbyt późnego leczenia rtęcią, czy też dla tego, że alkoholizm, zimnica, lub inne jakie przyczyny, sprowadzające wyniszczenie, osłabiły ustrój w walce z zarazkiem przymiotu, takie bakterye poruszone przez uraz lub jakie inne przyczyny wywołują objawy tak zwane 3-cio-rzędne.

Ponieważ brzmienie powyższego sprawozdania Kol. Kozerskiego wydawało mi się niejasnym, przeto poszukiwałem sprawozdania w języku niemieckim, które a priori wydawało mi się bardziej wiarygodnym, gdyż i obrady toczyły się w języku niemieckim. Otóż znalazłem je w istocie w *Berliner Klin. Woch.* № 51 str. 1126, 1895 r. (Referent Dr. Touton z Wies-

*) Odczyt miany w Towarzystwie Lekarskiem Radomskiem 14 listopada 1903 r.

badenu). Dosłowne tłumaczenie oświadczenia Neissera brzmi, jak następuje:

Neisser uznaje, iż 3-cio i 2-go rzędne objawy wywoływane zostają przez organizowany jad (bakterye przymiotowe), którego jadowitość zmienia się w późniejszych latach w ten sposób, że jad więcej się nieprzenosi na inną osobę, lecz przejawia jedynie swe działanie w zakażonym ustroju. Właściwość 3-cio rzędnych spraw polega na swoistem przekształceniu tkanek wywołanem przez toksyny przymiotowe.

Drugie brzmienie jest jaśniejsze i wskazuje, iż Neisser uznaje objawy 3-cio rzędne za niezaraźliwe.

Lecz na tymże samym zjeździe omawiano w istocie sprawę zaraźliwości 3-cio rzędnych objawów. Mianowicie J a d a s s o h n z Wrocławia mówi (według sprawozdania kol. Kozerskiego): W sprawie t. zw. lues tertiaris prawdopodobniejszą mu się wydaje hipoteza wypowiedziana przez Neissera, aniżeli teoria Fingera. F., jak wiadomo przypuszcza, że przyczyną wczesnych objawów przymiotu są bakterye przymiotowe, gdy objawy późne wywoływane są przez powstałe z bakteryi toksyny. Neisser zaś i w 3-cio rzędnych objawach widzi dowody istnienia bakteryi. Za ostatniem przypuszczeniem przemawia nierzadko spostrzegane jednoczesne występowanie objawów wczesnych i późnych. Do tych ostatnich niezalicza wykwitów syphilis malignae. Takie przypadki, w których zarażający cierpi na objawy przymiotu późnego u zarażonego zaś osobnika występują wysypki guziczkowe, nie tylko podają w wątpliwość zasadę o niezaraźliwości objawów 3-cio rzędnych, lecz każą jednocześnie przypuszczać, że w wykwitach 3-cio rzędnych przynajmniej bywają bakterye.

T o u t o n z Wiesbadenu mówi: że objawy 3-cio rzędne mogą być zaraźliwe, dowodzi fakt następujący: Syfilityk w 4 lata po zarażeniu żeni się. Żona zachodzi w ciążę, podczas której występują objawy przymiotu; rodzi płód zmacerowany. U męża lekarz stwierdza guz w jądrze.

K a p o s i z Wiednia energicznie protestuje przeciwko ścisłemu odgraniczeniu objawów 2-go od 3-cio rzędnych. Powinno się raz już zarzucić te wyrażenia. Przymiot nie występuje pod dwiema różnemi jakimiś postaciami. Tylko tyle jest prawdą, że im objawy są bliższe czasu zarażenia się, tem występują powierzchowniej, t. j. tylko na skórze lub na błonach śluzowych, tem większą zajmują powierz-

chnię i tem są zaraźliwsze; im później zaś występują, tem głębsze wywołują zmiany, chwytając się i mięszu narządów wewnętrznych, tem więcej skupiają się na niewielu miejscach i tem mniej są zaraźliwe.

W niemieckiem sprawozdaniu z przemówienia Kaposiego, wyjętem przezemnie z Berl. Klin. Woch., znalazłem jeszcze następujące zdanie tegoż Kaposiego: Im dłużej syfilityk niema widocznych objawów cierpienia, tem jest prawdopodobniejszem, że wogóle zdrowym pozostanie.

Sprawa trwania zaraźliwości przymiotu była przedmiotem wyczerpujących rozpraw na 3-m międzynarodowym Dermatologicznym kongresie odbytym w Londynie w 1896 r. (korzystałem ze sprawozdania umieszczonego w Deutsche med. Woch. № 25 der Vereinsbeilage str. 170). Pierwszy przemawiał I. H u t s c h i n s o n z Londynu, który twierdzi, że okres trwania zaraźliwości przymiotu t. j. czas, po którym zarazek przymiotowy znika z tkanek i soków zakażonego osobnika, a tem samem znika i niebezpieczeństwo przeniesienia go, wynosi okrągłe 2 lata. Po tym czasie H. pozwala się żenić zakażonym chorym i nie nadaje szczególnego znaczenia wogóle umiarkowanym nawrotom, które się pokazują po tym okresie. W ciągu swej 40-letniej praktyki H., za wyjątkiem jednego lub dwóch przypadków, nie widział złych wyników. H. wogóle niedowierza tym sprostozężeniom, w których mąż w 10 lub więcej lat po zakażeniu zaraził następczo swoją żonę przymiotem. Według jego doświadczenia, długość trwania okresu dziedzicznego przeniesienia jest większą u kobiet, aniżeli u mężczyzn, i wogóle, o ile się zdaje, okres zaraźliwości przymiotu trwa dłużej u kobiet, aniżeli u mężczyzn; tak np. żona może w 4 lata po zarażeniu się zarazić swojego męża. H. twierdzi w dalszym ciągu, iż jad przymiotowy in toto słabnie lub też ulega przekształceniu zaraźliwych pierwiastków, skutkiem czego, co wreszcie dla H. jest pewnikiem, zakażony osobnik prędzej zaraża drugą osobę w początku 2-go okresu przymiotu, aniżeli w końcu tegoż. Dziedziczenie lub też wogóle przeniesienie zarazka podczas 3 okresu (który według H. zaczyna się po skończeniu okresu 2-go) jest zupełnie wykluczonem, za wyjątkiem niezmiernie rzadkich przypadków.

C a m p a n a z Rzymu oblicza czas trwania zaraźliwości zakażonego przymiotem osobnika na 3 lata. Po tym czasie znika niebezpieczeństwo przeniesienia za-

równie dziedzicznego, jak i w ogóle, jeżeli poprzedzało dostateczne przeciwprzymiotowe leczenie.

Lassara z Berlina mówi: Dawniejsze usiłowania skierowane do tego, by znaleźć pewne prawidła i prawa dla zjawisk niedostatecznie wyjaśnionych i zbadanych, robiły wielkie trudności badaczom w dziedzinie ogólnej patologii a specjalnie przymiotu. Uogólnianie pojedynczych doświadczeń mści się właśnie w dziedzinie przymiotu. Popelniano ogólny błąd przez to, że nie odgraniczano ściśle zaraźliwości od jadowitości. Przekonywamy się dziś często przy różnych innych chorobach, a szczególnie przy przymiocie, że znika zaraźliwość, co nie oddziaływa na jadowitość, która trwa w dalszym ciągu. Gdy tymczasem nie spostrzegamy faktu odwrotnego t. j., ażeby pewna choroba, tracąc jadowitość, zachowała zaraźliwość.

Bardzo wiele danych przemawia za tem, że jadowitość trwa tak długo, jak sama choroba, jakkolwiek z drugiej strony nie można zaprzeczyć, że z biegiem czasu zmniejsza się niebezpieczeństwo zaraźliwości. Nie ulega najmniejszej wątpliwości, że przeniesienie przymiotu w późniejszych okresach należy do niezmiernych rzadkości, że jednak jest to możliwem, zdają się za tem przemawiać przypadki przytoczone przez Lassara, w których przeniesienie przymiotu nastąpiło po 10, 12, 15, i 16 latach po zarażeniu się.

Foulard z Paryża mniema, iż przy określanii długości trwania zaraźliwości przymiotu należy brać pod uwagę indywidualne różnice. F. nie radziłby zarazem wstępować w związki małżeńskie przed upływem 4-eh lat, albowiem w pierwszych 4-eh latach objawy przymiotowe mają skłonność do nawrotów. Na szczęście bardzo rzadko, jakkolwiek pewnie zdarzają się przypadki, w których dziedziczne przeniesienie miało miejsce nawet po upływie 10 lat od pierwszych objawów przymiotu. Długość trwania przymiotu zależy od różnych złych nałogów (np. palenie) i innych warunków zarażonego osobnika. F. wątpi o tem, ażeby wczesne leczenie miało istotny wpływ na jadowitość i skrócenie okresu zaraźliwości. W dalszym ciągu przytacza niewątpliwe dla niego przypadki, w których dziedziczne przeniesienie miało miejsce po 1, 6, 7, 10, 18 i 20 latach po wrzodzie pierwotnym.

Wickham z Paryża czyni zależnym okres zaraźliwości przymiotu od umiejscowienia wykwitu. Np. przypadki z owrzodzeniami w jamie ustnej zdają się

przebiegać dłużej i również dłużej zachowują zaraźliwość.

Tarnowski z Petersburga przytacza 1000 przypadków przymiotu. W przeciągu pierwszych 5-ciu lat po zarażeniu 802 chorych posiadało objawy lepieżowe, po tym czasie znaleziono objawy przymiotowe u 176 chorych. Po 10 latach od chwili zarażenia się wykryto typowe objawy przymiotowe wśród 26 chorych, zaś po 15-tu latach u 5-ciu chorych. Wobec powyższego T. stawia wnioski następujące, że: 1) przymiotowy osobnik może przenieść chorobę nawet po 15 latach, licząc od pierwszych objawów i po 2) przymiotowy chory zdolnym jest do rozszerzenia choroby tak długo, jak długo trwają drugorzędne objawy.

Blaschko z Berlina przytacza jeden przypadek, w którym mąż zaraził przymiotem żonę po upływie 5 i pół roku po wrzodzie pierwotnym,

Petersen mniema, że na dłuższe podtrzymanie przymiotu wpływa nie tylko palenie, jak chce Foulard, lecz i inne podrażnienia.

Neumann z Wiednia w pracy swej p. t. *Syphilis* (wydanej w zbiorze szczególnej patologii i terapii Nothnagla, rok 1896) na str. 141 mówi co następuje: Do rzędu pytań, które do obecnej chwili nie zostały jeszcze rozstrzygnięte, należy sprawa zaraźliwości przymiotu w 3-m, kilakowym, okresie.

Licznym ujemnym wynikiem szczepienia i spostrzeżeniom przeciwstawić można pojedyncze dodatnie. Wogóle powiedzieć możemy, że zaraźliwość przymiotu w omawianym okresie, jak wogóle podczas całego przebiegu choroby, ściśle zależy od natężenia i siły ogólnej sprawy. Wszak przymiot całkowicie zmienia po większej części swój charakter i przejawia się w okresie trzecim bardziej pod postacią poważnych zaburzeń w odżywianiu całego ustroju. Tkanki nabrały wskutek długotrwałego działania jadu przymiotowego wzmoczonej pobudliwości i skłonności do oddziaływania na wszelkie bodźce przez tworzenie swoistych nacieczeń czyli kilaków, które należy uznać jako miejscowe wytwory owego późnego okresu choroby. Tymczasem jad przymiotowy, jako taki, wskutek działania własnych wytworów przemiany materii osłabł w swej istocie lub też został zupełnie zniszczonym, a przeto dziwić się nie będziemy, gdy wytwory owego późnego okresu zatraciły w wielu przypadkach własności zarażania. Zdarzają się jednak przypadki, w których

pojawiają się kiłaki w bardzo wczesnych okresach choroby a nawet jednocześnie z drugorzędnymi postaciami. Są to mianowicie te przypadki, w których przymiot przebiega gwałtownie, złośliwie, na gruncie ciężkiego już poprzednio istniejącego cierpienia, jakoto gruźlica, zapalenie nerek i t. p. Zrozumiałą jest tedy rzeczą, iż w podobnych warunkach nawet nacieczenia kiłakowe wykazują tu i owdzie jadowitość, która jest zupełnie obcą podobnym wytworom późnego przymiotu. W dalszym ciągu mówi N., że niebezpieczeństwo odziedziczenia przymiotu zmniejsza się stale w miarę oddalenia się od chwili zarażenia się. Wszak w t. zw. 3-cio rzędnym okresie przymiotu zwykle bywają płodzone zdrowe dzieci i to nawet przez chorych dotkniętych kiłakowem cierpieniem jąder.

Finger z Wiednia w pracy swej p. t. *Die Syphilis und die Venerische Krankheiten*, wydanej w r. 1892 na str. 173 mówi: Najważniejszy wpływ na dziedziczenie ma dawność rodzicielskiego przymiotu. Faktem jest (jakkolwiek się zdarzają wyjątki): 1-o, że dziedziczenie przymiotu następuje prawie wyłącznie w okresie II, t. j. w pierwszych 3 do 4 latach po zarażeniu; 2-o, że dziedziczenie zwykle ma miejsce w podobnych przypadkach bez względu na to, czy przymiot rodziców w tym okresie jest jawnym, czy też utajonym; 3-o, że nawet w tymże okresie niebezpieczeństwo dziedziczenia zmniejsza się zależnie od dawności przymiotu rodzicielskiego, a więc pierwszy rok po zarażeniu jest najniebezpieczniejszy; 4-o, że dziedziczenie nie jest obowiązkiem nawet w II okresie, a nawet w pierwszym roku po zarażeniu; co więcej, że pomimo jawnych wykwitów przymiotowych u rodziców mogą się rodzić zdrowe dzieci. Zdarza się to najłatwiej, gdy ojciec jest dotknięty przymiotem, rzadziej—gdy matka, a najrzadziej—gdy oboje rodzice.

Po przejściu II okresu znika największe, jakkolwiek nie całe niebezpieczeństwo dla dzieci. Albowiem dziedziczenie może mieć miejsce nawet wtedy, gdy przymiot rodziców jest daty dawniejszej, gdy dłuższy czas jest w stanie utajonym, jak zároveň w okresie III, jakkolwiek bardzo rzadko. Tu również jest obojętnem czy przymiot rodziców znajduje się w stanie utajonym, czy też jawnym, t. j. czy się uwiadcza przez trzeciorzędne objawy. Można wpłynąć hamująco, a nawet zupełnie przeszkodzić odziedziczeniu przymio-

tu, przez leczenie, szczególniej rtęcią. W dalszym ciągu Finger mówi co następuje: Gdy okres II-gi w przebiegu swym posiada wszelkie znamiona przewlekłej choroby zakaźnej, to okres III najzupełniej zatracą ten charakter i nabiera przeciwnie znamion wyniszczenia, złośliwego nowotworu. Wtórne objawy znamionują się za aźliwością i jadowitością swych wydzielin stwierdzoną przez klinikę i doświadczenie. Natomiast wydzielin i wytwory rozpadu trzeciorzędnych objawów, jak dowodzi jednobrzmiąco klinika i doświadczenie, są *niezaraźliwe i niejadowite*.

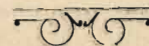
Według zdania Fingera, objawy trzeciorzędne powstają nie wskutek działania bakterii przymiotowych, lecz ich toksyn. Wobec tego należy uważać okres trzeciorzędny jako przewlekłe zatrucie czyli swoiste wyniszczenie spowodowane toksynami przymiotowemi. Jeżeli do wydzielin objawów trzeciorzędnych przymieszają się nieco z jadu bakterii znajdujących się jeszcze w ustroju, to te wydzielin mogą się stać zaraźliwymi i jadowitymi.

Okres trzeci nie występuje w przebiegu przymiotu nieodzownie, lecz tylko wyjątkowo—w przeciwstawieniu do okresu II obowiązkowego dla każdego przypadku przymiotu.

Okres III rozwija się najwyżej u 20% leczonych przypadków, i u 30 do 40% nieleczonych (Sigmund). Tym sposobem u 80% leczonych i 60 do 70% przypadków nie leczonych przymiot z chwilą przejścia II okresu kończy się bezpowrotnie.

Umyslnie tutaj przytoczyłem te nieco przydługie oryginalne cytaty, chcąc się bronić przed posądzeniem, że zmieniam takowe w celu podtrzymania i obrony swej tezy. Łatwo Sz. Panowie mogli się przekonać, iż sprawa zaraźliwości 3-cio rzędnych objaw następuje: Wszyscy powyżej cytowani autorowie zgadzają się na to, że w znakomitej większości przypadków objawy 3-o rzędne są niezaraźliwe. Zaledwie w nieznacznej ilości przypadków stają się one zaraźliwymi, gdy występują u osobników: po 1-o nieleczonych; 2-o obarczonych gruźlicą, zapaleniem nerek i alkoholików. Ztąd więc wnosić można, że osobnik dotknięty 3-cio rzędnymi objawami jest dla otoczenia nieszkodliwym, za wyjątkiem bardzo nielicznych przypadków.

(d. n.)



Spostrzeżenia z praktyki.

Przyczynę do działania surowicy przeciw-paciorkowcowej (Marmorka), Z powodu niezwykle ciężkiego przypadku posocznico-ropnicy.

Podał Dr. A. Troczewski

Lekarz szpitala Ś-go Walentego w Kutnie.

Surowicę przeciw-paciorkowcową zastosowałem po raz pierwszy w r. 1896 w przypadku skrycie przebiegającej posocznicy połógowej—bez wpływu dodatniego, a raczej z ujemnym, jakkolwiek ostateczne zejście choroby było pomyślne (Gazeta Lekarska r. 1897, № 10). Od tego czasu próbowałem działania surowicy w kilku jeszcze przypadkach zakażeń połógowych, w żadnym jednak wyrażnie pomyślnego wpływu surowicy niewidziałem; wszystkie te przypadki należały zresztą do rzędu niezbyt ciężkich, a zatem miarodajne być nie mogły. Do rzędu takich samych przypadków, t. j. niecieężkich, skłonny byłbym zaliczyć wszystkie niemal znane mi z dostępnej literatury przypadki zakażeń, w których stosowana była surowica przeciw-paciorkowcowa (resp. przeciwgronkowcowa) i ta właśnie okoliczność, zdaje mi się, stanowi główny powód, dla którego co do działania i skuteczności surowicy wzmiankowanej niema dotąd jeszcze ustalonego zupełnie poglądu wśród lekarzy praktyków.

Wogóle wydaje mi się, że dla należytego oceniania skuteczności tej surowicy, jako środka leczniczego w zakażeniach połógowych i wszelkich innych, zależnych od paciorkowców i gronkowców, należałoby wypróbować ten środek w przypadkach przedewszystkiem bardzo ciężkich, mianowicie takich, przy których, wobec dotychczasowych metod leczenia, stawialiśmy zwykle rokowanie bezwzględnie złe. W ostatnich czasach taki właśnie przypadek miałem sposobność ściśle spostrzeżać, uważam go za zupełnie miarodajny i wobec tego postanowiłem ze spostrzeżeniem tem podzielić się z ogółem kolegów.

Przypadek mój dotyczy chorej, u której wskutek przypuszczonego poronienia (?) rozwinęła się ciężka *posocznico-ropnica cum peritonitide generali septica, parotitide et pleuritis exsudativa purulenta*.

Pani C., lat 49, zamieszkała na wsi, od lat kilkunastu niejest zdrowa, z powodu nieustannie prawie trapiącej ją zimnicy (majątek, w którym chora zamieszkuje, należy do najbardziej malarycznych miejscowości w tutejszej okolicy), to też

chora była zawsze w wysokim stopniu małokrwista, miewała ciężkie i niemal codzienne bóle głowy, stale czuła się osłabioną; skóra blada z odcieniem ziemistym, odżywianie zawsze mierne, znaczne wychudzenie; zresztą w narządach wewnętrznych żadnych zmian wybitnych nigdy nie spostrzegano, wyjąwszy częste obrzmienia śledziony. Chora rodziła 5 ro dzieci, ostatnie przed 12 laty, połogi odbywała mniej więcej szczęśliwie. W początku 1902 r. chora zaszła w ciążę, a po kilku miesiącach jej trwania, podczas pobytu chorej w Warszawie, nastąpiło poronienie, po którym chora 3-go dnia powróciła na wieś, przy czem już w drodze wystąpił silny krwotok maciczny, wzmagający się z każdą godziną po przybyciu chorej do domu. Wezwany wówczas lekarz z Warszawy krwotok opanował, zdaje się za pomocą wewnątrzmacicznego wstrzyknięcia *Liqu. ferri serquichlorati* i tamponady. Ponieważ po upływie dni paru krwawienie, aczkolwiek już umiarkowane, nie ustępowało, ponieważ chora skarżyła się na mocne bóle w dole brzucha i znaczne wyczerpanie sił, wezwano mnie do chorej z prośbą o dalszą opiekę i leczenie. Przy badaniu znalazłem wówczas: chora w stanie niedokrwistości ogólnej, bardzo osłabiona; macica duża, bolesna, ujście maciczne rozwarłe, wpływ krwawo-ropiasty, przydatki macicy obrzmiałe, bolesne, stan podgorączkowy. Po parokrotnem ostrożnem przemyciu jamy macicy rozczyłem sublimatu, zastosowaniu leczenia przeciwzapalnego miejscowego i ogólnego, leczenia wzmacniającego, wkrótce nastąpiła poprawa, krwawienie ustało, niebezpieczeństwo zostało zażegnane. Od tego jednak czasu miesięczkowanie zaczęło być o wiele obfitsze, niż dawniej, i bolesne, pozostało obrzmienie jajników i jajowodów, chora skarżyła się na ciągle upławy i częściej powstające bóle głowy.

Po upływie niespełna roku, 25 Marca 1903 roku, wezwany byłem do chorej tejże pani C., która oznajmiła mi, że od kilku miesięcy nie miała miesiączki, co przypisywała rozpoczęciu się lat klimakterycznych, od kilku zaś dni zjawiały się nagle, bez przyczyny, bardzo obfite krwotoki maciczne. Chorą zastałem znowu w stanie ostrej anemii, bardzo osłabioną, z tętnem drobnem, miękkim, około stu, przy stanie podgorączkowym; krwotoki w ciągu dni poprzedzających były bardzo obfite, wylewała się z jamy macicy zarówno krew płynna, jak i duże jej skrzepy; na pytanie moje, czy w danym

przypadku nie nastąpiło poronienie, sztucznie lub przypadkowo wywołane, chora stanowczo zaprzeczyła, zaznaczając, iż prócz skrzepów krwi w wydzielinie z macicy nie dostrzeżono niczego, co by mogło usprawiedliwić takie przypuszczenie. Przy badaniu dwuręcznym znalazłem usta macicy nieco rozwarłe, wypełnione skrzepami, macicę powiększoną (mniej więcej odpowiadającą wielkością 2—3 mies. ciąży) i bolesną; bolesne i obrzmiałe były również okolice jajników. Zastosowałem sporysz, gorące przestrzykiwania pochwove słabym roztworem sublimatu i tamponadę pochwy gazą wyjałowioną. Od tego dnia miałem chorą w obserwacji prawie codziennej, opatrunki robiłem chorej sam, przy czem krwawienia stopniowo zmniejszały się, stan gorączkowy jednak wzniagał się z dniem każdym; już następnego dnia zjawiała się wybitna bębnica brzucha (meteorismus) i objawy „peritonismu“; po kilku dniach krwawienia ustały, ze strony narządów rodnych pozostała jedynie bolesność macicy i przydatków.

28 Marca pierwsze silne dreszcze i T° v 39.0; 29. III. T° m 39.0, znaczne wzdęcie i bolesność brzucha; mdłości, zatrzymanie stolców i wiatrów, tętno około 120, ogólny upadek sił, T° v. 40.6; wobec tego po raz pierwszy zrobiłem przemycie macicy roztworem sublimatu 1:3000, przyczem odpywał zlekka mętny płyn; nazajutrz, 30. III. T° m. 36.6 wieczorem 37.8, stan ogólny i miejscowy bez zmiany; w nocy silny dreszcz wstrząsający, t° 40.0; 31. III, T° m. 38.8 — v. 39.0, coraz wyraźniejsze i szybko postępujące objawy ogólnego zapalenia otrzewnej. 1 Kwietnia T° m. 39.0—t° v. 39.7 od samego rana szybko wzmagająca się zapaść, tętno 125, nitkowate, brzuch mocno wzdęty, twardy jak deską, niezmiernie bolesny, wymioty, czkawka, ogólny stan groźny — *peritonitis generalis septica acutissima*; zastosowałem pęcherz z lodem na brzuch i co 2 godz. iniekcye ol. camphor (0,12 camph. p. dosi). 2. IV. T° m. 40.2 tętno 120, więcej wyczuwalne, stan ogólny i miejscowy bez zmiany, t° v. 38.7; 3. IV. T° m. 39.0 — t° v. 40.3 status idem; 3—4 razy dziennie iniekcye ol. camphor; 4. IV. t° m. 39.1 objawy otrzewnowe coraz cięższe, stan ogólny coraz groźniejszy; jako ultimum remedium zastrzyknąłem chorej po raz pierwszy, wieczorem, 2 flakony surowicy przeciwpaciorkowcowej Marmorka (paryzkiej) i w dalszym ciągu iniekcye ol. camphor. podskórnice (per os chora nie przyjmować nie może); czkawka i wymioty nie ustępują

ani na chwilę, chora prawie nieprzytomna. 5. IV. t° m. 37.6, od rana stan groźnej zapaści, tętno zaledwie wyczuwalne, nieustająca czkawka i wymioty, facies Hypocratica, wzdęcie brzucha kolosalne; zastrzyknięto znowu 1 flakon surowicy, t° v. 37.6; w nocy objawy poczynającej się agonii, oddech charczący, przerywany (typ Cheyne-Stokesa), tętno prawie niewyczuwalne, ciało chłodne, pokryte zimnym potem, twarz blada, rysy zaostrome, wygląd trupi. Nie odstępując od chorej przez tę całą noc, stosowałem co 2 godz. iniekcye ol. camphor. (0,15 p. dosi caphorae) i sztuczne rozgrzewanie chorej za pomocą butelek z gorącą wodą, będąc atoli, wraz z rodziną chorej, niemal pewny, że lada chwila chora wyda tchnienie ostatnie. Nad ranem jednak chora usnęła, tętno zaczęła się wyraźnie poprawiać, ustały zimne poty, chora stawała się cieplejszą, oddech coraz lepszy, wyraz twarzy wskazywał budzące się nanowo życie (euphoria); 6. IV. t° m. 37.6, tętno 120, dość wyraźne — regularne, stan ogólny znacznie lepszy, chora odzyskuje przytomność, rozmawia; zastrzyknięto od rana 1 flakon surowicy (4-ty z rzędu), nadal iniekcye ol. camphor.; objawy peritonitidis bez zmiany, częste wymioty, nieustająca czkawka, bardzo silne bóle w brzuchu (pomimo wstrzykiwań morfiny) t° v. 38.5; 7. IV. T. m. 38.2, iniectio seri (5-ty flakon), stan serca coraz lepszy, tętno 120, wyraźne, regularne, wzdęcie brzucha bez zmiany, choć bolesność znacznie mniejsza, wymioty, czkawka — częste; w nocy chora senna, nawpół przytomna, sen przerywany nieustającą prawie czkawką; od kilku dni zupełne zatrzymanie stolców i wiatrów; stale stosuję pęcherz z lodem na brzuch, lód do łykania, iniekcye ol. camphor. (3 razy dziennie po 0.12 camph.), małe dawki morfiny podskórnice. 8—9. IV. status subfebrilis, iniectio seri (6-ty flakon), stan ogólny i miejscowy lepszy, tętno dobre, około 100.; 10. IV t° m. 38.2, iniectio seri (7-my flakon), brzuch mniej wzdęty i mało bolesny, wymioty rzadziej, czkawka prawie nieustająca. Zastosowano zamiast lodu okłady spirytusowe na brzuch i T-ra opii simpl. co 2 godz. po 10 kropli. 11. IV. Stat. subfebrilis, stan ogólny znacznie lepszy; po zadanej niewielkiej lawatywie zjawily się kilkakrotne wypróżnienia z obfitem odejściem gazów, brzuch coraz mniej wzdęty, niebolesny, tętno dobre, regularne; zaprzestałem wstrzykiwań surowicy. Nazajutrz 12. IV. stat. afebrilis, objawy otrzewnowe szybko ustępują,

w ciągu dnia parę wypróżnień; pod wieczór silny dreszcz, t° 39.5, wyraźne i bolesne nacieczenie in reg. parotidea sin. — *parotitis sin*; chora nieprzytomna, mający, niespokojna; zastosowano miejscowe wcieranie ungu. Hydrarg. ppti rubri i okład spirytusowy, oraz znowu zastrzyknięto 1 flakon surowicy (8-my flakon); prócz tego, jak i poprzednio, stosowano iniekcje ol. camphor., spiritusowe okłady na brzuch, odżywianie per rectum, gdyż z powodu ciągłej czkawki i wymiotów chora prócz lodu niczego przyjmować nie mogła per os (lecz i ławatywy odżywcze również źle znosiła). 13. IV. t° m. 38.4, tętno 100, niezłe, stan ogólny lepszy, chora nieco przytomniejsza, parotitis sin. bez zmiany, lekkie nacieczenie in reg. parotidea dextra—*parotitis dextra incipiens* (zastosowano miejscowo to samo); injectio seri (9-ty flakon) mieszanej (paryzka i petersburska); wobec dość silnej biegunki zalecono Emuls. Bismut. Salicyl. c. T-ra opii simpl. Od 13. IV. do 16. IV. status subfebrilis, stan ogólny coraz lepszy, brzuch nie wzdęty, niebolesny, nacieczenie in reg. parotidea sin. et dextra prawie zupełnie rozeszło się; wstrzyknięto w ciągu tych dni jeszcze 3 flakony surowicy mieszanej (12 flakonów); chora zaczęła się odżywiać per os, czkawka pojawia się coraz rzadziej. 17. IV. status afebrilis, chora skarży się na ból w lewym boku, szczególnie przy oddychaniu, brzuch trochę wzdęty; pod wieczór dreszcze i t° v. 39.0. Nazajutrz 18. IV. przy badaniu znalazłem wyraźne objawy *pleuritis exsud. sin.*, zaleciłem aspirynę 3 proszki dziennie a 0.5.; 19. IV. — 20. IV. status febrilis, przy przekłóciu próbnym znaleziono płyn surowiczowłóknikowy; stan ogólny chorej znowu gorszy, bezsenność, zupełny wstręt do jedzenia, ogólne osłabienie, oraz wyczerpanie nerwowe, biegunka trwa jeszcze. 21. IV. status febrilis, wysięk w lewej płucnej sięga do kąta łopatki, ból w prawym boku, objawy *pleuritis dextrae*, stan ogólny gorszy, oddech utrudniony, tętno słabsze; zalecono znowu wstrzykiwanie ol. camphor.; brzuch niebolesny i nie wzdęty; przy badaniu brzucha po raz pierwszy udało się stwierdzić obecność niewielkiej ilości płynu w jamie otrzewnej; polecono nadal stosować okłady spiritusowe. 22. IV. — 27. IV. status febrilis, zastrzyknięto raz jeszcze surowicę (13-ty flakon); stan ogólny nieco lepszy, zapalenie płucnej prawostronne rozeszło się bez śladu, w lewej wysięk dochodzi do kąta łopatki. 28. IV. *Thoracocentesis* za pomocą aparatu Potain'a; wypuszczono około 500 c. sz. męt-

wego płynu (surowiczowłóknikowy). 29. IV. do 5 Maja status subfebrilis, stan ogólny bez zmiany, codziennie obfite poty, ogólne osłabienie, bezsenność, wstręt do jedzenia; z lewej strony kl. piers. tępość dochodzi do grzebienia łopatki, ból w lewym boku nie ustępuje; chora odżywia się nędznie. 6. V. t° m. 38.6 punctio probatoria pleurae sin.; otrzymano płyn mętny, dość gęsty (pus?), zalecono okłady spirytusowe na lewy bok. 7. V. — 12. V. Status febrilis, codzienne dreszczyki, obfite poty, duże osłabienie ogólne; objawy ze strony płucnej lew. bez zmiany, 13. V. t° m. 37.5, tętno 100, R. 28. stan ogólny nieco lepszy, brzuch niebolesny, wysięk w jamie otrzewnej uległ zupełnemu wessaniu—zaprzeszano okładów. Z lewej strony kl. piersiowej, od tyłu, stępienie zaczyna się od grzebienia łopatki, ku dołowi, zaraz jednak pod kątem łopatki odgłos wypukowy staje się jaśniejszy, płucny, oddech w tem miejscu słyszalny—rozpoznano wysięk otorbiony, prawdopodobnie ropny (*pleuritis purul. incapsulata*) 17. V. *Thoracocentesis*: sub scapula sin. wypuszczona aparatem Potain'a około 200 c. sz. gęstej ropy (pus bonum) z otorbionej jamy płucnej. Od 18. V. do 31. V. status subfebrilis, chora wciąż bardzo osłabiona, odżywia się źle, nie sypia, w wysokim stopniu wyczerpana nerwowo, skarży się na nieustający ból w lewym boku i ciężkie napady kaszlu, codziennie miewa dreszczyki, w nocy obfite poty. Przy najszczerzejszym badaniu w płucach przez cały czas trwania choroby żadnych zmian nie znajdowałem; natomiast obecnie w lewej płucnej, pod grzebieniem łopatki; znowu stwierdziłem zebranie się płynu. Od 31. V. znowu status febrilis i znaczne pogorszenie stanu ogólnego, tętno 125, słabe. Wobec takiego stanu rzeczy postanowiłem, pomimo wielkiego osłabienia chorej, wykonać operację radykalną. 5 Czerwca, przy łaskawej pomocy kol. Szymańskiego, wykonałem w uspieniu chloroformowem, *Pleurotomiam cum resectione costae VII* na tylnobocznej powierzchni lewej strony kl. piers.; wycięto kawał żebra 8 ctm. długości i z otorbionej jamy płucnej wypuszczono około 500 c. sz. gęstej, nieuchnącej ropy, z licznymi złoгами włóknika; brzegi rany płucnej obszyłem z brzegami rany skórnej, jamę wypełniłem gazą wyjałowioną. Operacja trwała 15 minut, podczas operacji injectio ol. camphor.; po operacji chora szybko przyszła do siebie, lecz skarżyć się zaczęła na bardzo silny ból w lewym boku, wystąpiło niezmiernie rozdrażnienie nerwowe, noc spę-

dziła chora bezsenność, wśród jęków. Od tego dnia jeszcze w ciągu tygodnia stan nieco podgorączkowy, później bezgorączkowy, chora szybko zaczyna się poprawiać, powraca sen, łaknienie, stopniowo powracają i siły; już po upływie 2 tygodni chora zaczęła całe dni przesiadywać w fotelu na werandzie ogrodowej, po upływie 6 tygodni rana klatki piersiowej zablizniła się zupełnie, chora powróciła do zupełnego zdrowia. Od tego czasu p. C. cieszy się dobrem zdrowiem — lepszym nawet, niż za dawnych czasów, — przed chorobą.

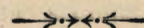
Przypadek powyżej opisany niewątpliwie zasługuje na szczególną uwagę ze względu na niespodziewane pomyślniejsze i na wybitny wpływ leczniczy zastosowanej w tym przypadku surowicy przeciwpaciorkowcowej.

Stan naszej chorej pomiędzy 1-y a 8-y kwietnia był tak groźny, tak beznadziejny wobec prawdziwie piorunującej formy ogólnego septycznego zapalenia otrzewnej i objawów ogólnego zatrucia ustroju, że na zasadzie doświadczenia mego z licznie spostrzeganych tego rodzaju przypadków mogłem postawić rokowanie jedynie najgorsze i wszelkie zabiegi lecznicze uważać za daremne zupełnie. Przyznaję, że surowicę postanowiłem zastosować jako ultimum remedium, aby cośkolwiek przedsięwziąć, by ze względu na własne sumienie i rodzinę chorej wyczerpać wszelkie możliwe środki ratunku. Jakież jednak było zdumienie moje, gdy w niespełna 36 godzin po wstrzyknięciu 3 flakonów surowicy, po nocy niemal konania, spostrzegłem u chorej wybitne obniżenie ciepłoty i znaczną poprawę stanu ogólnego (po strasznej zapaści — widoczna euphoria), a w szczególności poprawę działalności serca. W ciągu następujących 7 dni, przy codziennym stosowaniu surowicy, z każdym dniem zmniejszały się objawy zapalenia otrzewnej i zwiększała się poprawa stanu ogólnego. Jeszcze i wtedy zadawałem sobie pytanie, czy rzeczywiście surowicy jedynie przypisać należy tak niezwykle pomyślny zwrot w chorobie, czy też stało się to niezależnie od działalności tejże? Wątpliwość tę rozwiązał, w przekonaniu mojem, dalszy przebieg choroby; kiedy bowiem przez następne dwa dni przestałem stosować surowicę, trzeciego dnia chora dostaje znowu dreszczów, ciepłota podnosi się do 39,6, występuje *parotitis sin.* z objawami burzliwymi, z utratą przytomności, z zapaścią. Zastosowana powtórnie surowica okazała i tym

razem wpływ najwidoczniejszy, znowu po upływie niespełna 24 godzin, ciepłota obniża się przeszło o 1°, a po 2 dniach o 2½°, zapaść mija, działalność serca poprawia się szybko, przytomność powraca, przemija równie szybko *parotitis sin.*, a *parotitis dextra* nie dochodzi do pełnego rozwoju. Jak silne zaś było u naszej chorej zakażenie ogólne, dowodzi dalszy przebieg choroby i bardziej jeszcze stwierdza skuteczność surowicy w danym przypadku. Działanie surowicy zobojętniło na pewien tylko czas groźne działanie jadu, zatrującego ustroj pod wpływem paciorkowców, surowica jednak nie była w stanie odrazu przerwać zakażenia, zmniejszyła tylko siłę jego. To też, gdy po ustąpieniu *parotitis sin. et dextrae* zaprzestalem stosowania surowicy, wtedy po raz trzeci w dniu 28 Kwietnia nastąpił nowy wybuch choroby pod postacią przerzutu w lewej, a następnie i w prawej opłucnej (*septicopyaemia*); tym razem jednak natężenie zakażenia utraciło już pierwotną moc swoją, objawy były mniej burzliwe i pozwalały zachować się wyczekująco, co wreszcie doprowadziło do wytworzenia się ogniska ropnego w lewej jamie opłucnej. Jak ciężkim było przez cały niemal czas trwania choroby zatrucie ustroju chorej, dowodzi i to, że w ciągu prawie 2 miesięcy chora była na wpół tylko przytomna, z utratą pamięci, tak, że do dnia dzisiejszego nie pamięta zupełnie, co się z nią działo od końca Marca do połowy Maja.

W danym przypadku pozostaje nierozstrzygnięte pytanie, czy posocznico-ropnica powstała tu w następstwie poronienia, czy też tego ostatniego nie było wcale, a natomiast wybuch choroby nastąpił na skutek wtargnięcia zarazka do uprzednio już schorzałych, a tem samem mniej odpornych narządów rodnych naszej chorej.

W tem miejscu pragnę zwrócić uwagę, że niesłusznie może surowicę przeciwpaciorkowcową stosujemy, jak dotąd, przeważnie tylko w zakażeniach połogowych, gdy właściwie należałoby ją stosować w każdym ciężkim przypadku zakażenia paciorkowcami i gronkowcami, to jest przy wszelkich posocznico ropnicach chirurgicznych, a to tem więcej, że i materiał doświadczalny będzie wtedy o wiele obfitszy. W ostatnich czasach mam sposobność spostrzegać równie pomyślny wpływ surowicy Marmorka w jednym jeszcze przypadku bardzo uporczywej posocznico-ropnicy przewlekłej, który dotychczas mam w obserwacyi.



S. Mazurkiewicz i W. Sochacki.

**Pierwszy rok zakładu dla umysłow-
chorych w Kochanówce.**

(Dalszy ciąg).

Cyfry.

W dniu otwarcia Kochanówki, t. j. 17 Września 1902 roku, przewieźliśmy ze Schroniska przy Domu Starców do nowego zakładu 53 chorych. Przez następne 15 i pół miesięcy, t. j. do dnia 1 Stycznia 1904 r., przybyło do zakładu jeszcze 145 chorych, tak że w tym czasie sprawozdawczym (17, IX, 02—1, I, 04 r.) Kochanówka posiadała ogółem 198 chorych, mianowicie 109 mężczyzn i 89 kobiet. Ogromna większość tych chorych—168—zamieszkiwała przed wstąpieniem do Zakładu w Łodzi, 30 zaś chorych przybyło z różnych okolic kraju. Z tej ostatniej liczby mieliśmy ku końcowi roku ubiegłego 5 chorych z Warszawy, przysłanych do Kochanówki przez specjalistów warszawskich, co uważamy za dowód ich zaufania do nowego Zakładu i poczuwamy się do obowiązku złożenia zań na tem miejscu szczerego podziękowania kolegom: Fla t a u o w i, G a j k i e w i c z o w i, K o r n i ł o w i c z o w i i R a d z i w i ł ł o w i c z o w i.

Z ogólnej liczby 198 chorych pozostawało:

1) na koszt rodziny . . .	97 chorych
2) " " Łódz. Chrześ. Tow. Dobroczyń. . . .	54 "
3) na koszt fabryk . . .	22 "
4) " " miasta Łodzi . . .	18 "
5) " " gmin	3 "
6) " " Doz. Bóznicz. . .	3 "
7) " " Tow. Dobrocz. w Ozorkowie	1 "

W liczbie 97 chorych, za których rodzina opłacała szpital, 57 było ogólnych, pensjonarzy I klasy (75 rub. miesięcznie)—8 i II klasy (45 rub. miesięcznie)—32.

Według *zajęcia* dzielią się chorzy w sposób następujący:

1) przy rodzinie, ergo bez stałego zajęcia lub zajęcia domowe	68 chorych
2) robotników fabryczn. . . .	52 "
3) urzędników	19 "
4) rzemieślników	21 "
5) służących	10 "
6) nauczycielek	6 "
7) kupców	5 "
8) inżynierów	3 "
9) uczniów szkół	3 "
10) obywateli ziemskich	2 "

11) właściciel fabryki	1 "
12) " " domów	1 "
13) adwokat	1 "
14) technik	1 "
15) prostytutka	1 "
16) bezdomny	1 "
17) niewiadomo	3 "

198

Większość chorych, mianowicie 95 osób, pozostaje w stanie małżeńskim (192 dzieci), liczba bezżennych wynosi 83 osoby (1 dziecko), we wdowieństwie pozostaje 15 osób (49 dzieci), w rozwodzie 1 chory (1 dziecko), niewiadomy jest stan 4-ch chorych.

Co do *wyznania*, najwyższą jest liczba katolików—97, nie o wiele mniejszą jest liczba ewangelików—75; dalej idą liczbowo żydzi—19; prawosławni—5; niewiadomo—2.

Wiek chorych określa tablica następująca:

1) od 15 do 20 lat	16 chorych
2) od 20 do 30 lat	46 "
3) od 30 do 40 lat	75 "
4) od 40 do 50 lat	39 "
5) od 50 do 60 lat	12 "
6) od 60 do 70 lat	7 "
7) od 70 do 80 lat	2 "
8) od 80 do 90 lat	1 "

Czas trwania choroby przed wstąpieniem do szpitala:

1) od 3 dni do 1 miesiąca	12 chorych
2) od 1 do 3 miesięcy	26 "
3) od 3 do 6 miesięcy	11 "
4) od 6 do 12 miesięcy	32 "
5) od 1 do 5 lat	43 "
6) od 5 do 10 lat	35 "
7) od 10 do 20 lat	26 "
8) od 20 do 30 lat	6 "
9) od 30 do 40 lat	1 "
10) niewiadomo	6 "

198

Tablica powyższa jest dla naszych stosunków niezmiernie charakterystyczna.

Łość umysłowo chorych, którzy mogą być bez szkody dla siebie i innych leżeni albo pielęgowani w domu, jest bardzo mała. Ogromna ich większość wymaga natychmiastowego umieszczenia w specjalnym zakładzie; możemy zatem w znacznym przybliżeniu uważać powyższą tablicę za wykaz czasu, w ciągu którego udało się rodzinie chorego zdobyć dlań nareszcie miejsce w szpitalu. Na 192 chorych (pomijając 6 z niewiadomym czasem trwania choroby) udaje się to 38 czyli 18% w ciągu pierwszych 3-ch miesięcy trwania choroby; 43-m (czyli

22%) — od 3 miesięcy do roku; pozostałych zaś 111 chorych (czyli 60%) oczekiwać musi swojej kolejki od roku do 30 lat i więcej! Stosunek ten okaże się jeszcze smutniejszym, jeśli z tej rachuby wykreślić pensjonarzy I i II klasy, mających daleko łatwiejszy dostęp do zakładu, i uwzględnić tylko chorych ogólnych. A ta smutna statystyka dotyczy tych niewielu jeszcze u nas szczęśliwców, którym do szpitala dostać się udało, chociażby ze spóźnieniem niekiedy kilkodziesięcioletniem, i którzy stanowią zaledwie jakieś 10% ogółu umysłowo chorych, poniewierających się dotąd po naszych wsiach i miastach.

Ze powyższe zapatrywanie wcale nie jest przesadnie ponurem, tego dowieść możemy znowuż cyframi, wykazującemi, jak się ma rzecz gdzieindziej na świecie. Otóż sprawozdanie*) szpitala Manhattan w Nowym Yorku za rok 1901 podaje czas trwania choroby przed wstąpieniem do szpitala 780 chorych w następującej tabelicy.

1) do 1 miesiąca . . .	u 372 chorych
2) do 3 " . . .	" 226 "
3) do 6 " . . .	" 70 "
4) do 9 " . . .	" 38 "
5) do 1 roku . . .	" 10 "
6) do 18 miesięcy . . .	" 23 "
7) do 2 lat . . .	" 10 "
8) do 3 " . . .	" 20 "
9) do 4 " . . .	" 4 "
10) do 5 " . . .	" 2 "
11) oo 10 " . . .	" 4 "
12) do 20 " . . .	" 1 "
	780

Układając powyższe liczby procentowo, otrzymamy 77% chorych, wstępujących w Nowym Yorku do szpitala, w ciągu pierwszych 3-ch miesięcy choroby — w porównaniu do naszych 18%. Czyli, po upływie trzechmiesięcznego trwania choroby, wstępuje do szpitala w Nowym Yorku 23% chorych, zaś u nas — 82%! Jestto istotnie ciekawa ilustracja stanu, w jakim się znajduje opieka nad umysłowo-chorymi w naszym kraju. Sprawozdania ze szpitala w Tworkach i Jana Bożego cyfr powyższych niezamieszczają, ale należałoby przypuszczać, iż dałyby bardzo przybliżony rezultat do tego, który daje statystyka Kochanówki.

Z ogólnej ilości chorych Kochanówki, po raz pierwszy w Zakładzie dla umysłowo-chorych znalazło się 173, po raz drugi —

14, po raz trzeci 3-ch, czwarty raz — 1, ósmy raz — 1, (6 niewiadomo).

Czas pobytu chorego w szpitalu wykazują cyfry następujące:

1) od 2 tygodni do 1 mies.	9 chorych
2) od 1 do 3 miesięcy . . .	36 "
3) od 3 do 6 " . . .	45 "
4) od 6 do 12 " . . .	49 "
5) od 1 do 6 lat . . .	59 "

Dziedziczność chorób umysłowych lub nerwowych w rodzinie (lub też potatorium rodziców) podana była przy wywiadach w 93 przypadkach, alkoholizm chorych — w 21 przypadku, lues — w 18, uraz — w 11.

Według rozpoznania*) cierpienia umysłowego dzielą się chorzy:

1) Psychozy — melancholijno-manjakałne	13 przypadków
2) Amentia Meynerta	14 "
3) Stupor	4 "
4) Psychozy neurasteniczne	6 "
5) Psychozy histerycz.	5 "
6) " epileptyczne	11 "
7) Psychozy peryodyczne i okężne . . .	4 "
8) Hebephrenia	6 "
9) Dementia praecox (inclusive katatonia) . . .	12 "
10) Paranoia chronica . . .	9 "
11) Otepienie wtórne (dem. secund.) . . .	20 "
12) Psychozy laktacyjn.	7 "
13) Psychozy infekcyjn.	4 "
14) Intoksykacja alkoholiczna	20 "
15) Tumor cerebri	3 "
16) Sclerosis multiplex . . .	1 "
17) Lues cerebri	4 "
18) Paralysis progressiva	40 "
19) Arteriosclerosis cerebri et dem. sen. . .	8 "
20) Wrodzone braki umysłowe	5 "
21) Agonia	2 "

Chorzy, przywiezieni do Kochanówki ze Schroniska przy Domu Starców, stali się (z wyjątkiem dwóch uleczalnych) dla nowego szpitala odrazu balastem przytułkowym, psującym zakładową statystykę. Z ogólnej ilości 198 chorych wyzdrowiało

*) Z Allg. Zeitschr. für Psychiatrie 1903. Bericht über die psychiatr. Litteratur.

*) Klasyfikacja uproszczona, używana do danych statystycznych.

w czasie sprawozdawczym 17. IX. 02.—1. I. 04.)—27 chorych; wypisanych zostało z polepszeniem 16, bez polepszenia 14, uciekł 1 chory. Ten ostatni, Kazimierz Cz. 37 lat, jest synem potatora; z 13 rodzeństwa przy życiu pozostał tylko chory, który od dzieciństwa wykazywał wyraźny niedorozwój umysłowy i niezdolność do stałego zajęcia. Z terminu uciekał, mieszkał przed wstąpieniem do zakładu u matki, wałęsając się po mieście bezczynnie, żebrząc, niekiedy tylko zarabiał coś jako tragarz. W ostatnich latach kilkakrotnie uciekał z domu, nie wracając po roku i dłużej, dopóki policya nie sprowadzała go etapem z powrotem, jako włóczęgę. Halucynacyi, bredzeń, stanów afektacyi chorobliwej nie miał nigdy, ani w domu, ani w zakładzie. Łagodnego charakteru, nie pijak, pomimo głuptactwa wrodzonego ma dość zachowanego sprytu, aby jego ucieczka pozostała jeszcze nieszkodliwą zarówno dla niego, jak dla tych, z którymi się podczas włóczęgi swej stykał. Spryt ten wykazał chory właśnie i w sposób nieprzyjemny dla zakładu, uciekając, po dwumiesięcznym pobycie, w dniu 5-go Maja roku z. przed oczyma służącego i poddorozy, w chwili przeprowadzania chorych z małego ogródka do pawilonu przez przejście, okolone dość niskim ogrodzeniem. Chory w mgnieniu oka przeskoczył przez ogrodzenie, za nim natychmiast poddoroza, ale bezskutecznie, gdyż chory, szybszy od niego i wprawniejszy widocznie, zdołał go wyprzedzić i wpaść w krzaki ogrodowe, wśród których wszelkie poszukiwania okazały się już bezowocnymi.

Z pomiędzy danych statystycznych zakładów dla umysłowo-chorych, najważniejszą cyfrą jest oczywiście ta, która wyraża procent *śmiertelności*, gdyż jest ona do pewnego stopnia wskaźnikiem warunków sanitarnych zakładu. Stąd ciekawem jest rozpatrzenie tej cyfry porównawcze.

W ciągu 15½ sprawozdawczych miesięcy było w Kochanówce z ogólnej ilości 198 chorych zejść śmiertelnych 28, co stanowi 10, 9%.

Ten stosunek jest nieco lepszy od procentu śmiertelności w Schronisku dla obłąkanych przy Łódzkim Domu Starców za rok 1902 (mianowicie 11, 1%), i znacznie lepszy, niż za rok 1901, w którym procent śmiertelności doszedł 16, 75%.*)

Śmiertelność w szpitalu Św. Jana Bożego w Warszawie*) była w dziesięcioleciu 1890 — 1899 również większa, aniżeli w Kochanówce za czas sprawozdawczy, gdyż wynosiła:

w r. 1890	15,7%
„ „ 1891	15,2%
„ „ 1892	15,2%
„ „ 1893	prawie 16,8%
„ „ 1894	13,8%
„ „ 1895	18,1%
„ „ 1896	13,6%
„ „ 1897	9,2%
„ „ 1898	11,4%
„ „ 1899	11,3%

Przeciętna roczna śmiertelność z powyższego dziesięciolecia wyraża się cyfrą 14%. Tablica powyższa wskazuje w ostatnich paru latach dziesięciolecia wyraźną tendencję do obniżania się procentu śmiertelności, pozostającą w widocznym związku przyczynowym z poprawą warunków sanitarnych tego najstarszego w Królestwie szpitala (zbudowanego w 1728 roku), mianowicie z doniosłym w jego historii faktem zaprowadzenia kanalizacji. Zdaje się, iż w ostatnich paru latach, już nieobjętych powyższą tablicą (z powodu trudności zdobycia sprawozdań), stosunek liczbowy zejść śmiertelnych w szpitalu Jana Bożego przedstawia się jeszcze korzystniej.

Pod omawianym obecnie względem wytrzymałe Kochanówka porównanie z niektórymi szpitalami dla umysłowo-chorych w stolicach europejskich.*) W największym szpitalu berlińskim (Dalldorf) śmiertelność w roku szkolnym 1897—1898 wynosiła 11,24%, w Budapeszcie—Leopoldsfeld za rok 1897—11,9%, w Pradze czeskiej w r. 1896—15,7%, w największym szpitalu wiedeńskim za rok szkolny 1899—1900—11,2%. Pierwsze sprawozdanie wybudowanego w 1897 r. kosztem prawie 3-ch milionów marek zakładu w Weilmünster wykazuje blisko 17% śmiertelności.

Fakt, iż gdzieindziej warunki sanitarne są widocznie jeszcze gorsze, jest jednak dla zakładu mało pocholebny, jeśli są znów inne szpitale, w których ilość zejść śmiertelnych jest stale znacznie niższą. Otóż statystyka wykazuje, że w najlepszych szpitalach zagranicznych dla umysłowo-chorych śmiertelność wynosi stale 6 do 8%, niekiedy tylko i niewiele przewyższając te cyfry. Szpital w Tworkach

*) Cyfry wzięte ze sprawozdań Łódz. Chrzes. Tow. Dobr. za odpowiednie lata.

*) Cyfry są wzięte z urzędowych „Otczotów o so-stojanji obszczestwiennawo prizrenja w gorodie Warszawie“, za odpowiednie lata.

*) Cyfry wzięte z Allg. Zeitschr. für Psychiatrie 1899, 1900 i 1902.

i oddział dla umysłowo-chorych przy szpitalu żydowskim w Warszawie, nie ustępują pod tym względem wcale najlepszym zakładom zagranicznym, utrzymując się przy powyższej normie.

Na przyczynę, dla której Kochanówka zajmuje pośrednie tylko miejsce w szeregu innych szpitali pod względem śmiertelności, rzuca już pewne światło poniższa tablica, wyszczególniająca rodzaj cierpienia, które spowodowało zejście śmiertelne.

Z ogólnej liczby 28 zejść śmiertelnych, przyczyną śmierci był:

1) Paraliż postępujący w 13 przypadkach		
2) Syfilis mózgu . . . „ 1	„	„
3) Alkoholizm . . . „ 3	„	„
4) Arteriosclerosis cerebri „ 1	„	„
5) Sclerosis multiplex cerebri „ 1	„	„
6) Tumor cerebelli . . . „ 1	„	„
7) Diabetes mellitus (hepaphrenia) . . . „ 1	„	„
8) Sepsis postpuerperalis (delir. infect.) . . „ 1	„	„
9) Pneumonia (Amentia Meynerti) . . . „ 1	„	„
10) Meningo-typhus . . . „ 1	„	„
11) Typhus abdominalis (Amentia Meynerti) „ 1	„	„
12) Erysipelas . . . „ 1	„	„
13) Agonja*) „ 2	„	„

Wynika zatem z tej tablicy, iż na 28 zejść śmiertelnych w 14 przypadkach (50%) przyczyną śmierci był paraliż postępujący lub kiła mózgu, drugie z kolei miejsce w szeregu przyczyn zajmują choroby gorączkowe (5 przypadków czyli 18%), zaś 32% przypada na wszelkie inne przyczyny. Ten stosunek chorób gorączkowych (18%), sam przez się już znaczny, przedstawiliby się w jeszcze gorszym świetle, gdybyśmy uwzględnili przypadki gruźlicy, influenzy, krwawej biegunki i t. d., które przyczyniły się do przedwczesnego zejścia śmiertelnego paralityków lub innych chorych z cierpieniami mózgowymi. Ogółem, w czasie sprawozdawczym było 6 przypadków gruźlicy płuc, 1 przypadek gruźlicy kości, 3 — zapalenia płuc, 5 — duru brzuszkiego, 4 — róży, (z tych jeden śmiertelny z powodu wdania się gangreny w nodze zmiażdżonej przez tramwaj na pół roku przed wstąpieniem chorej do zakładu). Prócz tego, w końcu 1902 r.

panowała w Kochanówce epidemicznie influenza, zaś biegunka krwawa, pomimo starannego unikania miejscowej wody nieprzegotowanej, zdarzała się często przez cały czas sprawozdawczy.

Otóż, o ile każdy szpital jest zupełnie bezsilny wobec głównej przyczyny zejść śmiertelnych, mianowicie—wobec ilości napływających doń paralityków, o tyle jasną jest rzeczą, iż może i powinien zwrócić wszystkie swe wysiłki w kierunku zmniejszenia do minimum ilości chorób gorączkowych, pozostającej w stosunku odwrotnym do doskonałości warunków sanitarnych zakładu.

Pierwszy rok, jak to widzieliśmy na przykładzie trzymilionowego zakładu w Weilmünster, bywa dla szpitala oczywiście najtrudniejszym. Możemy jednak żywić nadzieję, iż kiedy wilgoć świeżych murów zostanie przez ogrzewanie usunięta, kiedy brak wody do picia, a w ostatnich 4 miesiącach ubiegłego roku i do kąpienia chorych, zostanie usunięty po dokończeniu wierconej obecnie studni artezyjskiej, kiedy wreszcie kanalizacja terenu, uznana za konieczność w sprawozdaniach Zarządu Tow. jeszcze z lat ubiegłych, zostanie uskuteczniiona,—wtedy będzie mogła i Kochanówka rywalizować skutecznie z zakładami, stojącymi pod każdym względem na wysokości swego zadania.

Z kazuistyki szpitalnej.

Robienie *sekcyi*, połączone w skutek braku odpowiednich urządzeń ze znacznymi trudnościami, stało się w ostatnim półroczu jednak możliwem. Ogółem dokonanych było 6 sekcyi. W jednym przypadku *paraliżu postępującego* znaleźliśmy zwykle stwierdzone przy tem cierpieniu zmiany makroskopowe: zgrubienie i zmętnienie opony miękkiej, zanik zrazów czołowych, zanik zwojów, znaczne rozszerzenie komór mózgowych, ziarnistość wyściełającej je ependymy. Dwa następne przypadki dotyczyły *alkoholików*. W pierwszym—chory, Teodor E. 37 lat, nałogowo pijący od kilkunastu lat, cierpiał w ostatnich 8 latach na napady epileptyczne, które ostatnio powtarzały się niekiedy po kilkanaście razy dziennie. Osłabienie pamięci od paru lat, od Marca 1903 r. stały bardzo gwałtownego podniecenia z zupełną amnezją. Chory wstąpił do Zakładu w d. 12. V. 03., pod względem psychicznym wykazywał tylko ograniczoną pamięć, przy niezłe zachowanej inteligencji, i skłonność do uniesień bez amnezji. Badanie somatyczne żadnych zmian chorobowych nie wykazało, badanie dna oka

*) Bezdolni chorzy, dostarczeni z ulicy przez magistrat łódzki. Pierwsza chora zmarła po 24 godz. pobytu w szpitalu, drugi chory—po 48 godz.

przez kol. Goldblatta, któremu winniśmy za to podziękowanie, dało również wynik ujemny. Budowa dobra, odżywianie ogólne upośledzone; po paromiesięcznym pobycie w Zakładzie poprawiło się znacznie, choremu przybyło koło 20 f. na wadze. Ilość napadów epileptycznych zmniejszyła się do jednego lub dwóch na miesiąc. Po parotygodniowej przerwie w atakach choroby, którego samopoczucie było dotąd wciąż doskonałym, w nocy z d. 1 na 2 XI. 03, miał znowu drgawki, trwające tylko nieco dłużej niż zwykle. Podczas tych drgawek żadnemu urazowi chory nie uległ. Zrana wykazywał podniesienie ciepłoty do 38,6°, uskarżał się tylko na lekki ból głowy, przez cały dzień był wcale rzeźki, drgawek nie miał. Przy wizycie wieczornej o g. 7½ temperatura wynosiła 37,2°, oddech normalny, tętno 90, w organach wewnętrznych żadnych zaburzeń wykryć nie można było, przytomność w zupełności zachowana; chory, który się skarżył tylko na lekkie bóle głowy, w dalszym ciągu robił wrażenie człowieka w pełni sił żywotnych, który chwilowo trochę niedomaga. W 10 minut później nabiegł służący z zawiadomieniem, iż chory wyprzył się nagle na łóżku, bez drgawek, stracił przytomność i przestał oddychać. Tętno już było niewyczuwalne i tony sercowe zaledwie dosłyszalne, tak iż cały proces trwał nie więcej jak 2 minuty. Przypuszczenie śródczaszkowego wylewu krwi, zrobiono pomimo braku objawów miazdzy cy tętnic u chorego, nie sprawdziło się, gdyż sekcyja, poza silnym przekrwawieniem opony miękkiej i cirrhosis hepatis, dała wynik zupełnie ujemny.

Drugi przypadek sekcyi alkoholika dotyczył 38-letniego tkacza Henryka P., dziedzicznie jakoby nieobarczonego. W 5 roku życia miał przez parę dni konwulsye. W szkole uczył się z trudnością; urazu, kiły jakoby nie przechodził, wódkę pił od 20 roku życia w dużych ilościach. Z 5 jego dzieci dwa poronienia i jeden przedwczesny poród. Od Listopada 1902 r. stał się chory rozdrażnionym, zapominał się często, rozmawiał ze sobą, przestał pracować w fabryce, skarżąc się na ogólne osłabienie, drętwienie rąk i nóg, pogorszenie się wzroku. W Marcu 1903 r. miewał przez dwa tygodnie co dzień po kilka razy konwulsye, poczem zaczął halucynować — w wielki piątek objawiła mu się Matka Boska i powiedziała, że jest jej synem, więc chory musi przestać pić, a więcej się modlić, to nie będzie już ro-

botnikiem, tylko bogatym rycerzem. W d. 13 Maja 1903 został chory oddany do Zakładu. *Stat praes.* Chory jest zupełnie przytomny, orientuje się dobrze w czasie i położeniu swoim, prosi, aby go wyleczyć, gdyż ma dwoje dzieci, a już od roku nie może pracować bo „słabnie i głupieje“. Pamięć i zdolności krytyczne bardzo ograniczone, jednakże pojmuje, iż widzenia świętych, jakie miewał, były objawem chorobliwym, i cofa teraz poprzednie bredzenia o swoim cudownym pochodzeniu i bogactwach. Brak inicjatywy, apatya; chory przeważnie leży lub siedzi beczynnie na łóżku, częstokroć wykazując długotrwałą senność; podrażniony przez innego chorego łatwo się jednak unosi. Wyraz twarzy zupełnie otepiały, twarz robi wrażenie nieruchomej maski, na której nawet silne chwilowe uczucia chorego tylko z wielką trudnością mogą się przejawiać, jak u myastheników.

Odżywianie ogólne znacznie upośledzone, budowa dość wątła. Narządy wewnętrzne zmian chorobowych nie wykazują, tętno 90. Tętnice skroniowe wężykowate i stwardniałe. Słuch przytępiony po obu stronach, mowa nosowa i bełkotliwa—datują się jakoby od dzieciństwa, od czasów konwulsyi. Słaby exopthalmus. Przy patrzeniu na prawo, nystagmus prawej gałki ocznej w linii poziomej. Zrenice nieco rozszerzone, równe, ale nie reagują wcale ani na światło, ani na przystosowanie. Badanie okulistyczne (kol. Goldblatt) wykazało silną krótkowzroczność i lekkie przekrwienie obu tarcz nerwu wzrokowego, nieco bardziej wyrażone na prawem oku, aniżeli na lewem. Gałąź czołowa nerwu twarzowego po obu stronach różnicy nie wykazuje, ale fałda nosowo-wargowa prawa jest wyraźnie wygładzona i prawy kąt ust, zarówno przy pokazywaniu zębów jak i przy śmiechu, jest wyraźnie słabiej uruchomiany, aniżeli po stronie lewej. Języczek zbacza od linii prostej na prawo, łuk podniebienny prawy przy fonacyi podnosi się mniej wysoko, niż lewy. Język przy wysuwaniu niezbacza od linii prostej, lekkie drżenie.

Kończyny górne przy rozstawionych palcach wykazują lekkie drżenie, ale siła mięśniowa ich jest dobrze zachowana i równomierna po obu stronach, również jak i siła mięśniowa kończyn dolnych, pomimo podmiotowego uczucia słabości. Pnie nerwowe przy ucisku nie są bolesne. Zaników mięśniowych niema. Hypaestesia i hypalgesia ogólne. Odruchy spo-

jówek i skórne są, ale słabe. Odruchy ścięgniste na wszystkich kończynach zupełnie zniesione.

Nienasycone łaknienie i pragnienie, duża ilość moczu, który jednak ani cukru ani białka nie zawiera, i zostaje oddawany prawidłowo. Uporczywe zaparcie stolca.

Po paromiesięcznym pobycie w szpitalu odżywianie ogólne chorego się poprawiło, hypochondrycznie przesadzone skargi na osłabienie i drętwienie kończyn dolnych, bóle oczu i t. d. ustały. Napady drgawek, ogarniających jednocześnie wszystkie kończyny i prawą połowę twarzy, przyczem gałki oczne zwrócone były zawsze na prawo,—powtarzały się raz na 4 do 6 tygodni. Niekiedy po tych napadach ulegał chory kilkogodzinnym zaburzeniom świadomości, podczas których wpadał w rodzaj ekstazy religijnej, głośno się modlił, prawil kazania i t. d. i tylko bardzo niedokładnie zdawał sobie sprawę z tego stanu po jego przejściu. Stopniowo jednak czas trwania tych stanów zaczął się przedłużać i napady drgawek stawały się częstsze. W początkach Października 1903 r. chory przedstawiał już obraz zupełnego bezładu myślowego i całkowitej dezorientacji, przy silnym podnieceniu ruchowym, wyrażającym się w bezmyślnem szamotaniu się na łóżku. Mowa od początku nosowa i bełkotliwa, stawała się coraz bardziej dyzartryczną i monotonna, tak iż chorego trudno było zrozumieć. Prawie codzienne teraz napady drgawek zmieniły swój charakter, przybliżając się coraz wybitniej do typu Jacksonowskiego—zamiast poprzednich parominitowych drgawek ogólnych, chory ulegał obecnie parogodzinnym nieraz drganiom w zakresie prawego tylko nerwu twarzowego i gałek ocznych, zwróconych na prawo; tylko przy wzmożonym ich nasileniu przechodziły drgania od czasu do czasu najpierw na kończynę prawą górną i dolną, a następnie i na lewostronne kończyny.

W początkach Listopada można było stwierdzić wyraźnie zwiększenie się niedowładu gałęzi twarzowej n. facialis, wyraźne drżenie i zboczenie języka (który zaniku nie wykazywał) przy wysuwaniu i przy zwykłym położeniu w jamie ustnej ku stronie prawej i prawdopodobny niedowład kończyny górnej prawej (psychika chorego już nie pozwoliła wyprowadzać pewnego wniosku). W tym samym czasie powstała saliwacja i szybko wzrastająca trudność przełykania nawet płynnych pokarmów. W ostatnich 2-ch tygodniach

życia, przy większych nasileniach drgawek epileptycznych, ciepłota ciała podnosiła się do 40°. Przy trwaniu powyższych objawów i wzmagananiu się wyczerpania ogólnego umarł chory w d. 26. XI. 03. r.

Sekcyja tego przypadku o zbiorowisku objawów obwodowych, opuszkowych i *ogniskowo-korowych*, mających tylko wspólną etyologię, dała *wynik ujemny*, mianowicie zupełnie analogiczny do przypadku poprzedniego — prócz silnego przekrwienia opony miękkiej i cirrhosis hepatis, żadnych zmian makroskopowych wykryć nie można było. Badanie mikroskopowe zarówno tego, jak i następnego przypadku, z powodu braku laboratorium, skutecznym być, niestety, nie mogło.

Czwarta sekcyja dotyczyła 50 letniej B. H. Matka jej, mająca około 80 lat, jest od 20 lat umysłowo-chora, lekarze rozpoznali podobno melancholją. Mąż chorej umarł na suchoty, jeden z synów jakoby na chorobę Adissona. Chora była zawsze charakteru skrytego i podejrzliwego. W Lipcu 1902 r. straciła cały swój majątek, co na nią tak podziało, iż wpadła w silne przygnębienie, przestała mówić i jeść, lub też wymiotowała przyjęte pokarmy, czego przedtem nigdy nie było. Od Września 1902 r. do 23 marca 03 r. była we Wrocławiu, gdzie się leczyła z powodu ciągle trwających wymiotów. Ponieważ stan żołądka się poprawił, ale ogólne osłabienie wzrosło i lekarz domowy apatyę i nieruchliwość chorej określił jako melancholją, więc rodzina oddała ją w d. 29 marca 1903 r. do Zakładu w Kochanówce. Stat. praes. Chora orientuje się w położeniu dobrze, rozumie dokładnie wszystko, co się do niej mówi, chętnie poddaje się badaniu i spełnia wymagania, o ile może. Mowa bezdźwięczna i w wysokim stopniu dyzartryczna, tylko od czasu do czasu pozwala na zrozumienie jakiegoś wyrazu; zdaje się jednak, o ile można wnioskować, że odpowiedzi chorej są zupełnie logiczne. Wygląd chorej po nad wiek starczy, powłoka skórna barwy ziemistej, odżywianie ogólne bardzo podupadłe. Żrenica prawa jest znacznie szersza od lewej, obie reagują na światło (prawa nieco słabiej), na przystosowanie—obie niedostatecznie. Wzrok i słuch zaburzeń nie wykazują, badanie dna oka niestety dokonaniem być nie mogło. Nerwy gałek ocznych działają prawidłowo. Zmarszczyć czoła chora nie jest w stanie. Szpara powiekowa lewa jest dwa razy szerzej otwarta od prawej, niedomyka się. Wybitny niedowład gałęzi twarzowej n.

facialis sinistri, mniej wyraźny prawego. Nieustanny ślinotok przy każdym położeniu ciała. Łuk podniebienny lewy stoi nieco niżej od prawego. Język wysuwany jest wyraźnie ku stronie lewej, a tak język, jak i wargi są już w stanie lekkiego, ale dającego się wyraźnie spostrzegać zaniku. Stężenia karku niema. Siła mięśniowa obu kończyn górnych bardzo mała, przyczem uścisk ręki prawej jest wyraźnie słabszy, niż lewej; rękę prawą chora z trudnością podnosi do poziomu, lewą nieco wyżej i łatwiej. Chora może chodzić tylko przy silnem podtrzymywaniu ze stron obu, przyczem nogi prawej nie jest w stanie wcale posuwać naprzód, ani też na niej stanąć; ua nodze lewej stoi z wysiłkiem przy podtrzymywaniu i posuwa ją przy chodzeniu, jakkolwiek z trudnością. Zaburzeń czucia niema, odruchy skórne zachowane, odruch kolanowy prawy zważszy, niż lewy.

Pokarmy stałe chora zwraca natychmiast, przy połykaniu płynów często się krztusi, po wypiciu szklanki mleka nieco wymiotuje. Płuca zmian chorobowych nie wykazują, tony serca głucho, tętno słabe i przyspieszone: 100—120. Mocz białka ani cukru nie zawiera.

Dający się wyraźnie spostrzegać bezwład skrzyżowany kończyn prawostronnych i n. twarzowego lewego, zdawał się wyraźnie wskazywać na ognisko chorobowe w moście Varola. Wprawdzie dziwną było rzeczą, że ognisko pozostawiło zupełnie nietkniętymi sąsiednie jądra V, VI i nerwu słuchowego, pomimo tak wybitnych już objawów opuszkowych, które doprowadziły do zaniku mięśni językowe i wargowe. Było to tembardziej dziwnem, iż należało przypuścić istnienie dość rozległego ogniska, jeśli zdołało porazić, jakkolwiek w słabym stopniu, i stronę przeciwną. Pomimo to wszystko charakter porażenia mostu Varola był zachowany i przypuściliśmy tam istnienie nowotworu.

Przy wzmagananiu się nasilenia objawów opuszkowych i osłabienia czynności serca chora umarła dziewiątego dnia po przybyciu do zakładu. Sekcja wykazała *nowotwór* kształtu i wielkości jaja gołębiego, dość ściśle i równo odgraniczający się od otaczającej go tkanki nerwowej, w lewej *półkuli mózdkowej*; w odpowiednim miejscu na moście Varola spostrzegać się dawało dość znaczne wklęsnięcie. Wobec zupełnej niemożności polegania na wywiadach w tym przypadku, i wobec niemożności wykrycia objawów mózdkowych w końcowym okresie procesu, zdaje się,

iż było istotnie rzeczą bardzo trudną wykryć, że wszystkie powyżej wymienione objawy chorobowe należały do wtórnych, jakkolwiek były tak jaskrawo uwydatnione.*)

Piątym przypadkiem był 29-letni tkacz, Juliusz K., dziedzicznie podobno wcale nie obarczony, nie pijak, kiły ani żadnych ciężkich chorób nie przechodził, urazowi nie ulegał. Chodził do szkoły, uczył się nieźle, umiał czytać i pisać. Do 20-go roku życia pracował w fabryce jako tkacz, potem służył w wojsku, po powrocie ożenił się (bezdzienny) i znowu pracował jakiś czas w fabryce zupełnie normalnie. Choroba obecna rozpoczęła się bardzo stopniowo; latem 1899 roku, rodzina spostrzegła iż chory traci pamięć, zapomina się, robi coraz większe błędy w pracy fabrycznej. W następnym roku chory był już niezdolny do jakiegokolwiek pracy systematycznej i został umieszczony d. 1 Marca 1901 r. w Schronisku przy Domu starców, w którym oprócz stopniowego upadku pamięci i inteligencji nie wykazywał żadnych innych zaburzeń umysłowych; lekarz przytułkowy rozpoznał „dementia praecox“. Po przewiezieniu chorego do Kochanówki stan jego okazał się (30. VIII. 1902 r.) następującym. Pozostawiony samem sobie, chory spaceruje po pokoju z głupkowatym uśmiechem i wyrazem głębokiego zadowolenia na twarzy, nie zwracając najmniejszej uwagi na otaczające go przedmioty. Na zawezwanie siada na krzesło i podaje prawidłowo swoje imię i nazwisko, ale swego wieku już określić nie może. Na większość dalszych pytań nie zwraca żadnej uwagi, patrząc z bezmyślnem zadowoleniem na podłogę. Z tabliczki mnożenia podaje prawidłowo tylko $2 \times 2 = 4$, na wszystkie inne pytania, np. jak długo się znajduje w przytułku i t. d. odpowiada stereotypowo „idzie teraz tramwaj przez Dzielną“. Wypełnia chętnie cudze życzenia, twierdząc, że własnych niema wcale, bo jest kontent ze wszystkiego. Zawezwany do podpisania się, kreśli tylko dziecinne zygzaki na papierze. Prócz stereotypowego zdania o tramwaju, nie wypowiada samoistnie żadnej myśli. Na żądanie powtarza najtrudniejsze wyrazy bez zaburzeń afatycznych, o ile nie są zbyt długie, gdyż na takie wcale nie od-

*) Drugi przypadek nowotworu mózdzka oddany był do Zakładu już również w końcowym okresie, ale sekeyonowany nie był. W tym przypadku świadectwo lekarskie podało już nadmiernie ściśle rozpoznanie „Glioma cerebelli“, które właściwie zrobić można tylko pod mikroskopem.

powiada. Chory jest dość silnie zbudowany i dobrze odżywiany. Czaszka czworokątna, sutura lambdoidea silnie wystaje, twarz jest bardzo szeroka. Żrenice są równe, dość szerokie, dobrze reagują na światło i przystosowanie. Żadnych porażek niema, w wewnętrznych organach nieprawidłowości wykryć nie można, odruchy kolanowe nieco wzmożone. Zdawało się zatem, iż rozpoznanie „dementia praecox“, zrobione przez naszego poprzednika, jest słusznym, jakkolwiek podejrzanym był tak wysoki już stopień otępienia umysłowego po zaledwie trzechletnim trwaniu psychozy—zasób umysłowy niektórych paralityków postępujących po 3-ach latach choroby jest czasem jeszcze znacznie bogatszym.

Dalszy przebieg cierpienia coraz bardziej zniewalał do przypuszczenia organicznego zajęcia mózgu. Chory nie wykazywał nigdy żadnych omam, żadnych bredzeń, żadnych afektacji chorobliwych, tylko coraz głębszy upadek nie tylko umysłowy, ale i cielesny, wyrażający się jak skrawo w spadkach jego miesięcznej wagi — 152 — 156 — 150 — 135 — 136 — 132 — 123 — 119 — 114 — 103. Ogniskowych objawów żadnych. Dwukrotne badanie dna oka chorego, przez kol. Goldblatta, nie dało żadnego pewnego rezultatu, wskutek ciągłych ruchów gałek ocznych. Duża ilość taenia solium, ukazujących się częściowo w stolcu chorego do końca życia, pomimo kilkakrotnego leczenia w czasie, kiedy inanicya nie była jeszcze zbyt wielką, i każdorazowego znajdowania jednego lub dwóch soliterów z główkami, nasuwała podejrzenie, iż może mamy do czynienia z bąblowcem mózgu. Chory zmarł d. 23. VIII. 03. przy objawach największej inanicyi. Sekcyja przypadku dała normalny obraz makroskopowy opony miękkiej; zwoje mózgowe były spłaszczone i ściśnięte; przekrój poprzeczny spowodował wyłanie się ogromnej ilości przezroczystej cieczy surowiczej z komór mózgowych, które się okazały kolosalnie rozszerzonymi. Ependyma komór nieco ziarnista. Staranne poszukiwanie paszczyta, usadowionego w wodociągu Sylwiusza albo w otworze Magendiego (które zarosnięte nie były), lub gdzieindziej w tkance nerwowej, dało wynik ujemny. Przypadek ten musieliśmy zatem uznać za wodogłowie pierwotne pochodzenia zapalnego (*meningitis ventriculorum* Quincke'go).

Szósta sekcyja, dokonana nad zwłokami prostytutki, przywiezionej do zakładu w sta-

nie agonalnym, nie dała żadnych ciekawych wyników pod względem neuropatologicznym lub innym.

„Wielka“ histerya. Anna E. 32 lata, ojciec chorej był potatorem, ostatnie 4 lata życia cierpiał na krwioplucie. Dwaj bracia chorej są zupełnie zdrowi, siostra jest nerwowa. Przy ząbkowaniu chora miała kilka razy konwulsye. Już jako 6-letnie dziecko zdradzała pewne anormalne skłonności; nie pastwiła się wprawdzie nad mniejszemi dziećmi lub zwierzętami, ale wrzucała np. nowe kamasze do studni, rwała nową kołdrę, żeby z niej zrobić lalkę, uciekała z domu na kilka godzin, błąkając się po polu. Uczyć się nie chciała, pracą domową zajmowała się tylko w tych rzadkich chwilach, kiedy uczuwała chęć do tego, zresztą cały dzień spędzała zwykle bezczynnie. Menses zjawily się w 15 r. życia, nie wywołując żadnych zmian w powyższym stanie. Popęd do uciekania z domu, spostrzeżony przez rodziców po raz pierwszy już w 6 r. życia chorej, stawał się stopniowo coraz gwałtowniejszym, i około 20 roku życia przybrał cechy działania wybitnie impulsywnego. W tym okresie, jeśli chorą zatrzymano w domu, stawała się nagle czerwoną na twarzy, zaczynała gwałtownie płakać i krzyczeć, rozrywała na sobie odzież; pewnego razu chciała wyskoczyć oknem z pierwszego piętra, innym znów razem chwyciła ze stołu nóż, i nim chciała uderzyć przytrzymującego ją brata, z którym pozostawała zresztą zwykle w jaknajlepszych stosunkach. Po jakiejś godzinie uspakajała się, mówiła, że jej się ciemno zrobiło przed oczyma, i że nie pamięta, co w napadzie robiła; po niejakiem czasie przypominała jednak sobie wszystko, jakkolwiek w nieco mglisty sposób, i przepraszała rodzinę za swoją bezwiedną gwałtowność. Motywu ani celu swoich ucieczek nie mogła chora nigdy określić, twierdząc tylko, że napada ją niekiedy nieprzeparła chęć „biedz w świat“, bez żadnego celu. Napady te, wzrastające stopniowo co do częstotliwości i natężenia, w 20 r. życia powtarzały się co 2 do 6 tygodni (w okresach zupełnie niezależnych od menses). Po roku przerwy, zaczęła chora ponawiać swoje ucieczki, które teraz się przedłużały do kilkodniowej nieobecności w domu i zaczęły nabierać pewnej celowości. Mianowicie, o ile poprzednie ucieczki były tylko machinalnem biegnięciem przed siebie aż do zupełnego wyczerpania sił, o tyle teraz za-

częły się łączyć z dążnością do zaspokojenia popędu płciowego. W 22 roku życia chora zaszła w ciążę i w normalnych warunkach urodziła dziecko, które sama karmiła. Rodzina musiała jednak czasem stawać w obronie dziecka, gdyż matka zbytnio je tłukła. 2-letnie obecnie dziecko jest zdrowe i jakoby odznacza się żywą inteligencją. Ciąża i dziecko nie zmieniły w niczem usposobienia i trybu życia chorej, tylko popęd do ucieczek, powtarzających się nieco rzadziej, tracił na swej pierwotnej gwałtowności. W 23 r. życia chora, która się nigdy poprzednio na serce nie skarżyła, pewnego dnia rano, przy zwijaniu chodnika z podłogi w pozycji schylonej, zaczęła nagle krzyczeć „moje serce, moje serce“, położyła się zaraz do łóżka, nie spała i nie jadła, skarżąc się wciąż płaczliwie na ból serca. Trzeciego dnia rano nagle przestała jęczeć i leżała czas jakiś nieruchomo z otwartymi oczyma i ustami, co na matkę sprawiło wrażenie „konwulsji“—po chwili chora wyprężyła się nagle całym ciałem, zamknęła usta i oczy, i przestała oddychać—matka trzymała światło i piórka przed nosem i ustami, nie spostrzegając ani śladu ich drgania. Wkrótce ciało chorej stało się zupełnie zimnem, wobec czego załatwiono formalności pogrzebowe w kancelaryi parafialnej i zamówiono trumnę dla zmarłej, którą umyto i ubrano odpowiednio, przykrywając prześcieradłem. Po 9 godzinach tego stanu pozornej śmierci, przy zupełnej ciszy i spokoju w mieszkaniu, chora nagle zerwała prześcieradło i krzyknęła „mamo“. Ciało chorej było jednak jeszcze około godziny lodowato zimne. W pół godziny później nastąpił atak, polegający na wyprężeniu tułowia i kończyn, które stawały się zupełnie sztywne, i utracie przytomności. Te ataki powtarzały się przeszło rok codziennie, trwając od 1/2 do 3 godzin. W parę tygodni po pozornej śmierci, spostrzegła rodzina u chorej niedowład kończyn prawych, (bez zaburzeń mowy), które były bez czucia, i wyraźnie chłodniejsze od lewych. D. 10. XI. 1897 roku chora oddaną została do Schroniska dla obłąkanych przy Łódzkim Domu Starców. W ciągu pięcioletniego pobytu w Schronisku miewała zaledwie parę razy do roku lekkie ataki drgawek i parokrotnie zdołała się wymknąć na miasto bez opieki.

Po przewiezieniu chorej do Kochanówki, stan jej okazał się następującym (w d. 23. VIII. 1902 r.). Chora z wesołym uśmiechem opowiada koleje swego

życia, dość systematycznie. Uzupełnia wywiady powyższe wiadomością, jak stwierdziła później rodzina chorej, zupełnie prawdziwą, że matka jej cierpi na napady silnej migreny, i że chora w 6 roku życia spadła ze stołu głową na podłogę, krwawiła z nosa, i jakkolwiek przytomności nie straciła, musiała jednak kilka tygodni przeleżeć w łóżku. Tym wypadkiem tłómaczy się chora, czemu nie chodziła do szkoły i nie chciała się uczyć. Opisuje swoją pozorną śmierć z opowiadań rodziny w sposób wesoły, dodając, widocznie dla wzmoczenia efektu, że pozostawała w tym stanie 24 godziny, że lekarz stwierdził jej śmierć rzeczywistą i że trumna już była dla niej przyniesiona. Twierdząc, że nieraz miewała fantastyczne marzenia sennie i że kiedy po pozornej śmierci dostała ataków nerwowych, wtedy widziała Chrystusa na krzyżu, aniołów, słyszała ich śpiew i grę na organach, chora stara się widocznie wzbudzić zainteresowanie dla swojej osoby we wszelki sposób, bacznie śledząc, czy jej opowiadanie sprawia dość silne wrażenie, i wyszukując różne osobliwości—jej bóle porodowe miały trwać cały tydzień (w rzeczywistości kilka godzin), menses miała dostać chora po raz pierwszy w życiu wtedy, kiedy przestała karmić dziecko (w rzeczywistości w 15 r. życia) i t. d. Swój dawniejszy, gwałtowny popęd do ucieczek opisuje chora jako jakąś obcą siłę, która ją zmuszała wbrew jej woli biedz gdziekolwiek przed siebie; przed taką ucieczką „robiło jej się źle i czarno przed oczyma“, zupełnie tak samo, jak teraz przed napadem „konwulsji“. Jako przyczynę oddania jej do Schroniska podaje chora swoje kilkodniowe ucieczki z domu.

Budowa ciała chorej jest dość silna, odżywianie niezłe, ale powłoka skórna i błony śluzowe bardzo blade. Włosy chorej są już mocno posiwiałe. Żrenice nieco rozszerzone, odruch spokojówkowy i rogówkowy na lewym oku zupełnie zniesiony, na prawym bardzo słaby. Pole widzenia nie jest zwężone. Odruch gardłany zniesiony. Uzębienie chorej ogranicza się do kilku zepsutych zębów, szczęka dolna pozostaje w stanie silnego zaniku, jak w bardzo późnej starości. Niedowładów mięśniowych niema. Kończyny lewe są wyraźnie chłodniejsze od prawych, lewostronna hemianaesthesia i hemianalgesia. Odczuwanie bólu jest obniżone i po prawej stronie. Odruch kolanowy lewy wzmożony, prawy—zwykły. W organach wewnętrznych zmian wykryć nie można.

Podczas dalszego pobytu w Kochanówce wykazywała chora wesołe usposobienie, ale często też skłonne do dokuczania, sprzeczek i gniewu, w najwyższym stopniu egoistyczne i wyraźny wstręt do pracy, chociażby najlżejszej. Do sprzątnia, szycia i w ogóle robót kobiecych nie przykłada nigdy prawie rąk; chętniej nieco pracowała w ogrodzie, czyhając niekiedy na sposobność przespacerowania się do miasta, czasem z dobrym skutkiem. Żadnych omam, ani ataków nie miewała wcale.

Po długim niewidzeniu się z matką, zamieszkałą gdzieindziej, chora doznała widocznie silnego wrażenia przy odwiedzinach jej w pierwszych dniach Stycznia 1904 r.; posmutniała, zaczęła się skarżyć że, nie może mieszkać w domu. W tydzień później d. 10. I, dostała po kilkoletniej przerwie po raz pierwszy gwałtownego ataku, powtarzającego się do dnia dzisiejszego (7. II. 04.) codziennie, a początkowo nawet kilka razy dziennie. Atak zaczyna się od aury, polegającej na tem, że chorej „robi się źle i czarno przed oczyma“, wtedy chora wydaje parokrotnie pisk, zupełnie podobny do pisku dręczonego przez dzieci kota, i tułów zaczyna się unosić z nad łóżka, opierając się na czubku głowy i pośladkach, przy maksymalnym wygięciu kręgosłupa; nogi udziału w tem najmniejszego nie przyjmują, ręce kurczowo ściśnięte, wyprostowane lub skrzyżowane na piersiach. Po kilku—lub kilkunasto minutowym trwaniu tego łuku, wypręża się chora stopniowo do linii prostej i zaczynają się drgawki zwykle w kończynach prawostronnych, z przekręceniem głowy i gałek ocznych na prawo, przy otwartych oczach; wkrótce przyjmują zazwyczaj udział w drgawkach i kończyny lewostronne. Po najsilniejszych parogodzinnych atakach następuje zwykle sen. Zaraz po pierwszym ataku skonstatować mogliśmy u chorej silny bezwład lewostronny, (drgawki zaś bardziej prawostronne), uniemożliwiający chód bez pomocy obcej, i sprowadzający siłę uścisku ręki lewej prawie do zera. Czucie, odruchy, pozostały jak poprzednio, pomimo tego, iż obecnie bezwładną była strona przeciwna tej, która porażoną była po pozornej śmierci.

Atak chorej w każdym jego okresie mogliśmy zaraz przy pierwszych próbach z łatwością przerwać za pomocą wmawiania i zamykania powiek, przez co łuk i drgawki natychmiast ustawały, przechodząc w spokojny sen przy zwykłym poło-

zeniu ciała. Chcąc wykorzystać nadzwyczajną synggestyjną podatność chorej dla celów leczniczych, usypialiśmy ją również w przerwach pomiędzy atakami, dla wypróbowania siły wmawiania, zapobiegawczej przed atakiem.

Ze stanu zwykłej świadomości przechodziła chora w stan senny od pierwszej próby (poprzednio nigdy usypiana nie była) z nadzwyczajną łatwością, również za pomocą zwykłego zamknięcia powiek i polecenia zaśnięcia. Być może, iż przy wielokrotnym i wytrwałym stosowaniu hipnozy osiągnęlibyśmy pożądany rezultat leczniczy. Ponieważ jednak pomimo możliwie najłagodniejszej procedury parokrotnie się zdarzyło, iż chora właśnie po zaśnięciu dostawała swego ataku, więc wkrótce zarzuciliśmy ten sposób, przestając na przerywaniu samoistnie powstałych ataków.

W każdym okresie ataku wykazywała chora *flexibilitas cerea* w najwyższym stopniu. Zmianę położenia którejkolwiek części ciała sprowadzić można było podczas ataku tylko przy użyciu dość znacznej siły; po kilku dniach z częstymi atakami i kilku próbach takich zmian położenia, można już je było osiągnąć z znacznie mniejszym nakładem siły mięśniowej. Nadane biernie położenie, chociażby bardzo niewygodne, utrzymywała chora po pół godziny i dłużej. Niezmiernie ciekawą było rzeczą, iż przy *pierwszej* próbie biernie podniesiona np. ręka do góry, opadła zaraz bezwładnie na łóżko; trzeba ją było parę razy podtrzymać w nadanym wzniesieniu, przeszkodzić opadnięciu, aby już potem w nienaturalnym położeniu pozostawała sama przez jakieś pół godziny. Ponieważ toż samo było ze zmianą położenie palców, głowy, nóg, tułowia, zatem otrzymaliśmy wrażenie, że *flexibilitas cerea*, już przy drugiej próbie nadająca się przez swoją arcy-typowość do demonstracyi w towarzystwie lekarskiem, pierwotkowo w tym przypadku wcale nie istniała—dopiero przez podtrzymywanie opadających przy pierwszej próbie członków została schorowana świadomość nauczona, że ten w każdym razie ciekawy bardzo objaw ich woskowości, może istnieć na świecie.

Przypadek ten ciekawym jest nietylko z tego względu, iż przedstawia typ dość rzadki, prawdziwej „*grande hysterie*“ z *Salpêtriere*, ale także i ze względu na swój przebieg—od dzieciństwa anormalna, do 20 r. życia okazywała chora objawy lekkiego stopnia moral insanity z silnie wyrażonym impulsem tułaczym, zdarzają-

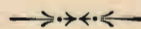
cym się zarówno w tem cierpieniu jak i w innych stanach zwyrodnienia psychicznego; po urodzeniu zaś dziecka impuls tułaczy zanika, albo co najmniej bardzo słabnie, aby ustąpić miejsca objawom „wielkiej histeryi“.

Teżyczka przy grypie. Kucharka zakładowa, Karolina H. 28 lat, poprzednio zupełnie zdrowa, w połowie Stycznia 1903 r. przeziębila się, miała przez parę dni bóle głowy i dreszcze. 19 Stycznia zjawily się menses, zwykle trwające u H. 3 do 4 dni, ale już 20. I. znikły, i tegoż dnia można było skonstatować rano stan gorączkowy, 39,4°, gwałtowne wymioty i subiektywne uczucie łamania po wszystkich kościach. Wobec panującej właśnie w Zakładzie influenzy, zdawało się że i tu będzie jeden więcej pospolity przypadek tego cierpienia. Wieczorem jednak tegoż dnia lekarz zostaje zaalarmowany, iż chora jest umierająca, i znajduje ją w najtypowszych skurczach tetanicznych wszystkich 4 kończyn (inne mięśnie wolne od skurczów), bardzo silnych i bardzo bolesnych, trwających około 20 minut. Przed atakiem drgawek i po nim gwałtowne wymioty żółcią. Temperatura 39,8°. Noc bezsenna, chora wymiotuje każdy płyn przyjęty, jeden atak drgawek półgodzinny. D. 21. I. 03. ciepłota ciała 39,2° rano, 39,7° wieczorem, wymioty trwają, dwa ataki skurczów tetanicznych, około 20 minut każdy, nieco słabszego nasilenia. D. 22. I. rano t. 38,0° wieczorem 38,8°, jeden słaby atak skurczów, trwających 10 minut; herbatę i kwaśne mleko chora przyjmuje, nie wymiotując. W nocy z 22 na 23, silne poty rano, t. 36,2°, ogólne poczucie chorej już prawie zupełnie dobre, wymioty, a także ataki skurczów, ustąpiły.

Trzydniowe trwanie choroby, zaburzenia ze strony przewodu pokarmowego, wysoka ciepłota, wyraźna równoległość nasilenia napadów skurczowych do podniesień ciepłoty, a wreszcie panująca w Zakładzie i okolicy grypa—wskazują na niezawodnie objawowy charakter teżyczki, mianowicie towarzyszący tu infekcyi grypowej. Ciekawą było jeszcze rzeczą, iż w tydzień po zniknięciu gorączki i napadów slurczowych samoistnych, można było jeszcze sztucznie wywołać te ostatnie sposobem *T r o u s s e a u*; również długo trwał wybitny objaw *C h w o s t e k a*, jakkolwiek samopoczucie chorej było już doskonałe.

Kilka przypadków obłędu pierwotnego, ciekawy pod względem sądowo-lekarskim przypadek epileptyczki, z którą Zakład zapewne będzie miał jeszcze do czynienia, rzadki przypadek paraliżu postępującego o przebiegu okrężnym, postaramy się opracować później bardziej szczegółowo i z uwzględnieniem literatury, której zdobycie dla naszkicowanych powyżej przypadków było w Kochanówce i w Łodzi fizycznie niemożliwym.

(Dok. nast.).



Łaźnia w Zagórowie.

Opisał Dr. K. Lidmanowski.

Brud i niechlujstwo jest cechą mieszkań naszych i osad. Wiele na to przyczyn się składa, a bodaj najważniejszą jest nieświadomość i bieda. Nieświadomość, bo nasz lud nie zdaje sobie sprawy z tego, że utrzymanie w czystości ciała jest czynnikiem utrzymania zdrowia; albowiem mniema, że aby tylko jako-tako się odżywiać i miał czem zabezpieczyć się od zimna, to już więcej dla ciała żadnych obowiązków niema; ciężkie zaś warunki bytu nie pozwalają mu myśleć o rzeczach, które, jak sądzi, należą już do zbytków. Dlatego koniecznem jest, żeby za niego o tych rzeczach inni myśleli—t. j. dali mu np. możność jako tako czystość zachować.

W ostatnich latach w wielu miejscach pomyślano o tem, aby zapewnić tanią kąpiel ludziom niezamożnym, lecz ten ruch ograniczył się do większych miast, osad fabrycznych; zaledwie kilku właścicieli ziemskich pobudowało w swych majątkach łaźnie. W osadach zaś naszych do tąd o kąpielach ludowych nie słyhać. Dziwić się temu niemożna. Ludzi zamożnych, którzyby mogli kilkaset rubli poświęcić na ten cel w osadach niema, na przedsiębiorstwojednostki liczyć niemożna.

Od lat kilku pracowałem nad tem, aby powstać mogła łaźnia w Zagórowie. Zwracałem się do kilku zamożniejszych mieszkańców z propozycją pobudowania łaźni, gwarantując im nawet pewne odszkodowanie z własnej kieszeni, gdyby mieli ponieść straty. Po długich jednakże namysłach odpowiadali mi odmownie, motywując swą odmowę tem, że ludzie nie są przyzwyczajeni do kąpeli, chodzić więc do łaźni nie będą i postawienie łaźni tylko pewne straty przyniesie.

Umyśliłem więc użyć innego sposobu. W Zagórowie od lat 3-ch istnieje Tow.

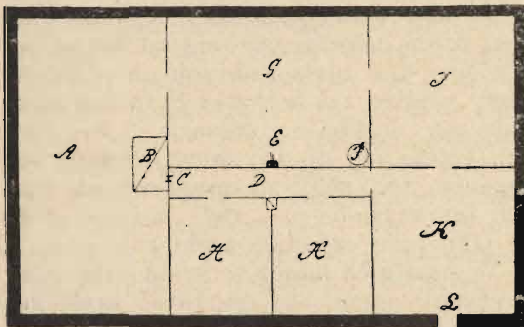
pożyczk. oszczędni., tam więc zwróciłem się z propozycją, aby Towarzystwo zbudowało łaźnię; na zebraniu ogólnem objaśniłem członków, że nawet w razie zupełnego niepowodzenia każdy z członków stracić może conajwyżej kilka rubli. Po wysłuchaniu moich wywodów, ogólne zebranie zgodziło się na zbudowanie łaźni, asygnując na budowę jej 2,000 rubli i wybrało w tym celu oddzielny komitet ze swych członków, do którego wszedłem i ja.

Łaźnię postanowiono wybudować tak, by mieściła w sobie kąpiel parową, natrysk i 2 wanny.

Ponieważ 2,000 rubli mogłoby niewystarczyć na wybudowanie takiej łaźni, w tym wypadku, gdyby potrzeba było zakupić plac, postarano się przeto, aby osada dała na ten cel jeden z wolnych swoich placów, co też uzyskano.

We wrześniu 1903 r. przystąpiono do budowy łaźni, a 1-go grudnia tegoż roku ta otwarta została.

Plan łaźni w Zagórowie.



A.—Parnica. B.—Piec do wytwarzania pary. C.—Paliwo. D.—Sionka. E.—Studnia i pompa. F.—Kocioł. G.—Mydlica. H.—Wanny. I.—Rozbieralnia. K.—Poczekalnia. L.—Wejście.

Budynek przeznaczony na łaźnię ma 21 łokci, a 13 łokci szerokości; wewnątrz, jak widać z załączonego planu, jest jeden pokój przeznaczony na poczekalnię, 5 łokci długości i 5 szerokości, ztąd prowadzą jedne do drzwi do rozbieralni, drugie zaś do sionki, wiodącej do wanien; w poczekalni są schody, prowadzące na górę; pod schodami urządzono skład na węgle.

Rozbieralnia ma wymiary 6 i 6 łokci; tutaj ustawiono ławki i przybito półki do rzeczy, tutaj także jest otwór do pieca, w którym znajduje się kocioł do ogrzewania wody i tu stoi piec blaszany do ogrzewania rozbieralni. Z rozbieralni wchodzi się do mydlicy, mającej 8 łokci długości i 6 szerokości; w mydlicy znajduje się hermetycznie zamknięta studnia, z której wodę za pomocą pompy ssąco-

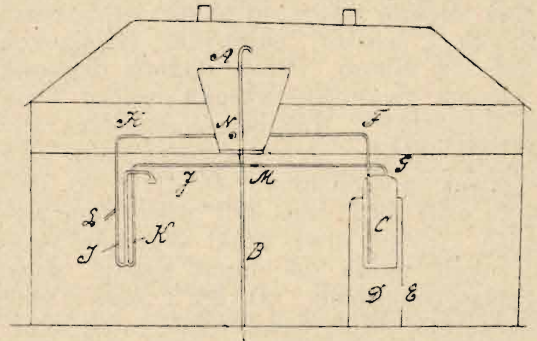
tłoczącej przeprowadza się do kadzi, umieszczonej na górze łaźni.

W rogu mydlicy znajduje się natrysk, gdzie za pomocą specjalnego urządzenia można puszczać dowolnej ciepłoty wodę. Z mydlicy wejście prowadzi do parnicy; w tej z dwóch stron urządzone są ławki, po 3 stopnie mające, na których wygodnie leżeć można.

Z poczekalni wejście drugie prowadzi do sionki, z której 2 oddzielne wejścia prowadzą do dwóch pokojów, przeznaczonych na wanny.

W sionce jest paliwo do pieca z kamieniami, znajdującego się w parnicy, przeznaczonego do wytwarzania pary, i znajduje się jeden piec kaflany do ogrzewania dwóch pokojów z wannami. Podłoga tylko w rozbieralni jest drewniana, wszędzie wszędzie cementowa, żeby zaś podłoga nie ziębiła nóg kąpiących się, wszędzie są rozłożone drewniane chodniki.

Przecięcie łaźni w Zagórowie, z oznaczeniem rozprawiania wody.



A.—Kadz z wodą zimną. B.—Pompa ssąco-tłocząca. C.—Kocioł do ogrzewania wody. D.—Piec, ogrzewający kocioł. E.—Paliwo. F.—Rura, doprowadzająca wodę z kadzi do kotła. G.—Rura, wyprowadzająca wodę gorącą z kotła. H.—Rura, doprowadzająca wodę zimną do natrysku. J.—Rura doprowadzająca wodę ciepłą do natrysku. I, K.—Kranie do natrysku. L.—Rura, doprowadzająca wodę zimną do parnicy. M.—Miejsce rozgałęzienia rur z wodą ciepłą, ztąd odchodząca rura prowadzi wodę ciepłą do wanien. N.—Rura doprowadzająca wodę zimną do wanien.

Rozprawianie wody. Woda ze studni za pomocą pompy ssąco-tłoczącej przeprowadza się do kadzi, umieszczonej na górze łaźni; kadź ma 3 wyloty. Przez jeden wylot woda jest doprowadzona do kotła szczelnie zamkniętego, gdzie się rozgrzewa i przez rurę, umieszczoną w pokrywie kotła, jako gorąca, doprowadza się za pomocą rur do wanien i natrysku; aby z kotła wychodziła tylko gorąca woda, w tym celu rura, doprowadzająca zimną wodę, sięga prawie do dna kotła, jak to widać na rysunku; w ten sposób zimna

woda wlewa się na dno, tu się rozgrzewa i wtedy, jako lżejsza, spływa na wierzch i wpada do rur, które doprowadzają ją do wanien i natrysku. Drugi wylot z kadzi służy do doprowadzania wody zimnej do natrysku i do parnicy, trzeci wreszcie—do zaopatrzenia w wodę zimną wanien.

Piec w parnicy posiada wewnątrz kamienie, na które wylewa się wodę i w ten sposób wytwarza się para.

Kosztorys podają tutaj bardzo szczegółowy, a to w tym celu, aby dać pojęcie, co łaźnia taka w naszych osadach może kosztować; kosztorysy bowiem łaźni, podawane dotąd, uważam za bardzo dalekie od rzeczywistości, a to dlatego, że budowali je we wsiach właściciele ziemscy; stąd cena materiałów i robocizny była bardzo mała, a więc i koszt łaźni wykazywano mały, daleki od rzeczywistości. Tak, np. w broszurce Dr. Tchórznickiego „Kąpiele ludowe“ koszt łaźni w okolicach Warszawy został obliczony na niecałe 900 rub., co wydaje mi się nieprawdopodobnym; przynajmniej postawienie w Zagórowie takiej łaźni, jaką podaje Dr. Tchórznicki, kosztowałoby znacznie więcej. Być może, że niektóre materiały, np. cegła, w Zagórowie jest droższa niż gdzieindziej, reszta zaś materiałów i robocizna, o ile zdołałem się dowiedzieć, w innych okolicach nie wiele odbiega od Zagórowa, a nieraz przewyższa ceny Zagórowskie. Koszt budowania łaźni w Zagórowie wyniósł z górą 2100 rub., z tego poszczególne pozycje tak się przedstawiają.

1) 32300 cegły po 12 rub. tysiąc	387 rb. 60 kop.
2) 100 centnarów wapna z gaszeniem	72 " 36 "
3) Urządzenie studni w budynku łaźni	37 " 50 "
4) Pompa ssąco-tłocząca ze sprawdzeniem	95 " 30 "
5) Drzewo na belki, dach i sufity	361 " 35 "
6) Robota mularska	240 " — "
7) Żelazo i gwoździe	39 " 92 "
8) Cement	30 " — "
9) Kadź	25 " — "
10) Roboty ciesielskie	70 " — "
11) Kamienie i glina	12 " 40 "
12) Pokrycie dachów tekturą smołowcową	57 " 78 "
13) Farba i pokost	23 " 46 "
14) Pomalowanie sufitów	7 " 50 "
15) Piec do wanien	16 " — "
16) Roboty stolarskie wraz z drzewem	130 " — "
17) Roboty ślusarskie	23 " 67 "
18) Lampki, czerpaczki do wody, szczotki do wanien	5 " 38 "
19) Robotnik wynajęty do pomocy przy stawianiu pieca i ustawianiu kotła	8 " 57 "
20) Kocioł miedziany, rury, wanny miedziane i natrysk wraz z ustawieniem	462 " 19 "
Razem	2105 " 08 "

Zabezpieczenie bytu łaźni. W miesiącu grudniu r. z. została otwarta łaźnia tytułem próby, aby z jednej strony przekonać się, co będzie kosztować dziennie opał, oświetlenie i usługa łaźni, z drugiej zaś strony, aby dowiedzieć się, wiele osób będzie uczęszczać do łaźni. W tym celu postanowiono oddawać łaźnię do użytku dwa dni w tygodniu, t. j. w piątki i soboty. Dotąd próby wypadły nie dość pomyślnie. Opał, oświetlenie i obsługa łaźni dziennie wynosi około 3-ech rub., minimalnie więc należałoby jednego dnia zebrać 3 ruble, aby nie dokładać do łaźni. Z prób dotąd zrobionych okazuje się, że soboty dają dochód wystarczający na pokrycie kosztów opału, oświetlenia i obsługi, piątki zaś i tego pokryć nie mogą; ponieważ zaś oprócz rozchodów na utrzymanie łaźni, dochód powinien pokryć i procent, który kasa płaci, osobom wkładającym, t. j. 6%, co za kapitał wydany na budowę łaźni, t. j. 2100 rub., wyniesie 126 rub.; a ponieważ przypuszczalnie łaźnia funkcyonować będzie 50 razy do roku, przeto potrzeba będzie na pokrycie procentu około 2 rub. 50 kop. na jeden raz, więc dochód jednorazowy z łaźni powinien wynosić 5 rub. 50 kop.; próby dotychczasowe przekonały, że takiego dochodu nie ma; czem sobie tłumaczyć tak małą frekwencję do łaźni, czy niewiadomością jeszcze wszystkich o istnieniu łaźni, czy też obojętnością o utrzymanie w czystości ciała, nie wiem; zdaje się jednak, że to drugie prawdopodobniejsze, boć przecie opłata za kąpiel nie jest wysoka, ustanowiono umyślnie minimalną, aby możebnie wielka ilość osób korzystała z kąpeli; mianowicie 10 kop. za kąpiel parową z natryskiem, a 25 kop. za wannę.

Jeżeli i nadal w ten sposób leniwi pójdzie, trzeba będzie uciec się do innego sposobu, aby nie narazić Towarzystwa na straty, jednocześnie zaś zmusić niejako ludzi do kąpania się. Pođano np. projekt, aby dywidendę członkom Towarzystwa wypłacać biletami do łaźni. Ponieważ dywidenda wyniesie około 400 rub. więc i istnienie łaźni będzie zabezpieczone, jednocześnie zaś posiadacze biletów będą musieli je sami zużytkować, lub też odprzedać innym, czyli albo sami się kąpać, lub też namawiać innych do kąpeli. Jeżeli zaś dalsze próby dowiodą, że nie potrzeba będzie uciekać się do tego środka, to mamy zamiar wydzierżawić łaźnię z warunkiem nie pobierania wyższej opłaty, jak wyżej podana.

W ten sposób, mam nadzieję, że nikt na łaźni nie straci, a ludność osady z czasem przyzwyczai się do kąpeli, więc i do większej czystości, przez co cel mój w zupełności osiągnięty zostanie.



O błędach lekarskich ze stanowiska nauki i w obliczu prawa.

Podał Dr. E. Sonnenberg.

(Dalszy ciąg)

X.

Chwiejność orzeczeń biegłych w sprawach błędów lekarskich.

Tręś: Chwiejność orzeczeń biegłych i ogół nielekarski. Podejrzywanie ekspertów przez ogół o stronność i interesy stanowe. Odmienny stan rzeczy w praktyce prywatnej. Łatwość wykazywania cudzych błędów. Pośpieszne potępienie lekarza przez życliwego koleżkę.

Widzieliśmy, jakie trudności, często niezwalczone, nastęrcza wykazanie usterki lekarskiej. Naogół jest więc rzeczą zrozumiałą i jasną, dlaczego opinie fachowych rzeczoznawców, biorących udział w akcyi sądowej, w sprawach, o jakich mowa, bywają często niepewne, chwiejne, niedomówione, dlaczego ich orzeczenia są niewystarczające, by czynić zadość wymogom prawdy naukowej i słuszności.

Nas, lekarzy, to nie dziwi, ogół inaczey się na to zapatruje.

Gdy biegły przed sądem wygłasza opinię chwiejną, posądza się go, że wchodzi w układy ze swemi przekonaniem, i, że, stojąc na gruncie korporacyjnym, jest wyznawcą haseł stanowej, bratniej natury, broniących i stawiających interesy stanu po nad dobro ogółu. W bezstronnem, lecz trudnem wstawiennictwie upatrują chęć zapewnienia bezkarności wspólnej sprawie.

Nawiasowo w tem miejscu zauważę, że w praktyce prywatnej, zdala od rozpraw sądowych, daje się czasem spostrzegać zjawisko wprost przeciwne. Otóż istnieją lekarze, którzy z zadziwiającą łatwością, na poczekaniu, potrafią rozpoznać i wykazać błędy oraz usterki lekarskie. Zdarza się to czasem, gdy chodzi o chorego, którego przedtem miał w leczeniu inny lekarz. Ponieważ uczoność i nieomylność stanowi, widocznie, prerogatywę takich lekarzy, uważają też oni sobie za obowiązek z wygodnego ukrycia wychłostać nieuctwo kolegi.

Ileż to istnieje sposobów, aby dać poznać klientowi, że leczeniem jego kie-

rowała ręka nie wytrawna, że to, co zrobił poprzedni konsultant, było nieodpowiednie i nadało cierpieniu niepożądaną kierunek, i t. d. Nieraz należy wprost podziwiać umiejętność, z jaką potrafi taki lekarz przekonać klienta oraz ow talent przemawiania do tegoż o rzeczach zawitych w sposób jasny i zrozumiały.

Oto do czego czasem posunąć się może małostkowość i zazdrość fachowa, gdy

„Karcąc w drugich błędy nieo-

[strożnie,

Z cicha kaleczy, zabija pobożnie“.

XI.

Rzut oka na treść poprzednich rozdziałów.

Reasumując wszystko, cośmy dotychczas powiedzieli, widzimy, że miarą przewinienia lekarza w sprawach, o jakich mowa, nie może być zwyczajne stwierdzenie faktu, że lekarz, lecząc chorego, odstąpił od przyjętych metod leczenia. Również nie może być miarą wystarczającą wykazanie, że nie trzymał się poglądów powag. Przyjęte sposoby leczenia, różnica poglądów na sprawy lecznictwa i t. d., mogą być przy rozpatrywaniu sądowem wypadku uwzględnione, lecz jedynie jako materyał dla sędziogo do orientowania się w sytuacji, nigdy jednak jako względy rozstrzygające.

W pierwszym więc rzędzie, gdy chodzi o wykazanie winy lekarza, należy unocznąć, że uszkodzenie na zdrowiu pacjenta w samej rzeczy wywołane zostało przez działanie lekarza lub przez powstrzymanie się tegoż od działania i że owo uszkodzenie nie jest następstwem warunków od interwencji leczniczej niezależnych. Że stwierdzenie faktycznej strony uchybienia lekarskiego często jest rzeczą arcytrudną — widzieliśmy wyżej.

Gdy postępowanie dowodowe już ustaliło fakt związku przyczynowego między działaniem lekarza a uszkodzeniem, to jedynym najsprawiedliwszym probierzem winy lekarza wydaje się nam wykazanie w każdym z osobna wypadku, czy i o ile lekarz mógł przewidzieć uszkodzenie, które zrzucił i, co za tem idzie, uniknąć go. Im bowiem łatwiej jest przewidzieć złe następstwa podejmowanego czynu, tem łatwiej ich uniknąć. Jeśli więc uszkodzenie, którego łatwo było uniknąć, nastąpiło, tem większą winą obciąża ono sprawcę i odwrotnie: im trudniej było przewidzieć złe następstwa podjętego czynu, tem mniejsza wina.

Odnośnie do naukowej strony rzeczy — wytycznymi kierunkami, chroniącymi lekarza od uchybień, są ogólne zasady naukowe, wskazania, przeciwwskazania. Jako owe zbiorowe doświadczenia pokoleń, stanowią one w większości wypadków dokładne informacje następcości przyczyn i skutków, pozwalają bowiem najczęściej wysnuwać i przewidywać rozwiązanie wielu zagadnień praktycznych, służąc za wskazówki tego, co czynić należy lub od czego należy się powstrzymać. Im bardziej zasady naukowo są ustalone, tem więcej są dla nas wartościowe i tem cenniejsze stanowią dla lekarza drogowskazy. Jeśli uszkodzenie na zdrowiu chorego nastąpiło w warunkach nieuwzględniania ustalonych w nauce wiadomości, możemy wówczas powiedzieć, że lekarz stał się winnym usterki technicznej.

Z ogólnego i teoretycznego punktu widzenia jest to prawdziwe. Jednakże, jak o tem mieliśmy sposobność się przekonać, może faktycznie istnieć usterka techniczna, a nie istnieć wina lekarza. Każdy bowiem fakt kliniczny ma nie tylko jakościową stronę, lecz i stronę ilościową, a ta właśnie ilościowa strona każdego przypadku stawia nieraz lekarza poza granicami możności orientowania się. Sprawy bowiem chorobowe przedstawiają taką różnorodną mozaikę zjawisk obserwacji przedmiotowej, przyczem występują w takiej zawiloci zabarwień, odcieni i napięcia, że chociaż w większości wypadków mogą być ujęte, lecz nieraz występują pod formą tak wyjątkową, że ich interpretacja jedynie tylko dla niektórych, szczególnie zdolnych i biegłych lekarzy, jest możliwa. A zresztą, nawet i w trawni lekarze, badając chorego ustrój w jego objawach, stają często wobec zagadki i nie są panami położenia.

W zetknięciu z chorem życiem nie zawsze znajdujemy owe szerokie, pełne rozgraniczeń patologicznych, gotowe obrazy... Aby wyosobnić z zawilocich stosunków jakiś znamieny rys i zbudować pojęcie całości, należy nieraz porać się z niezwykłymi trudnościami: należy szukać, domyślać się, a przytem, rzecz naturalna — można błądzić.

Takie same trudności napotyamy i przy stosowaniu zabiegów leczniczych. Widzieliśmy, że to, co jest uprawnionym motywem postępowania w całym szeregu podobnych przypadków, w pojedynczym wypadku może zawieść, jeśli napotka jakieś niezwykle oddziaływanie ze strony chorego ustroju, czego lekarz w żaden

sposób przewidzieć nie mógł. Dalej, widzieliśmy, że granica między usterką techniczną a dziełem przypadku nie zawsze jest wyraźna i t. d.

Omawiając uszkodzenia, zarządzane nieraz na zdrowiu chorych, mieliśmy na uwadze nie tylko uszkodzenia, spowodowane przez niedostateczne wiadomości techniczne, lecz i szkody, wynikające z innych powodów. Mówiliśmy o uszkodzeniach, jakie wynikają nieraz z przyczyny niedość starannego wykonywania zobowiązań zawodowych, wykazaliśmy na przykładach rozmaite odmiany nieostrożnego postępowania lekarza, poczynając od lekkomyślności i niedbalstwa. Ilustrując rozmaite stopnie winy, od najwyższych aż do przewinień mniejszych, wykazaliśmy, że i tu nie zawsze jesteśmy w stanie przeprowadzić wyraźnej granicy między uszczerbkiem na zdrowiu, spowodowanym przez nieostrożność, a uszkodzeniem, które stawiamy w zależności od okoliczności losowej.

XII.

Usterki w leczeniu a wymiar sprawiedliwości.

Treść: Czy lekarz powinien być odpowiedzialnym za błędy, popełniane w leczeniu? Zwolennicy nieodpowiedzialności lekarza. Zabiegi w celu wyjednania bezkarności lekarzy na drodze prawodawczej. Dowody orędowników nieodpowiedzialności lekarzy. Stan obecny tej sprawy.

„Słońce opromienia postępy medycyny, a ziemia ukrywać powinna jej braki“ — oto słowa, jakie przed dwoma tysiącami lat wypowiedział Pliniusz, a dowolny ten wywód znalazł szeroki oddźwięk nawet jeszcze w XVII stuleciu.

W owym czasie pytanie, czy lekarz powinien, czy też niepowinien być odpowiedzialnym za skutki leczenia, zaprzętało uwagę współczesnych, będąc przedmiotem ożywionych sporów i wywołując rozliczne na ten temat komentarze. Dociekanie omawiane miało nie tylko wartość teoretyczną, lecz wiązało się z widokami natury praktycznej. Ci bowiem, co rozstrzygali powyższe pytanie w sposób przeczący, usiłowali uwolnić działalność lekarza z pod kontroli prawa i wyjednać nieodpowiedzialność jego na drodze prawodawczej. Była chwila, kiedy im się to nawet udało i mieli za sobą parlament paryżki, który w myśl tej zasady powziął uchwałę.

A oto argumenty, które przytaczają obrońcy nieodpowiedzialności lekarskiej.

Utrzymują oni przedewszystkiem, że dyplom lekarza sam przez się stanowi rękomię znajomości rzeczy.

Że powoływanie się na powagę dyplomu stanowi argument słaby, dowodzić chyba nie potrzeba. Nie można przywiązywać zbyt wiele znaczenia do faktu aprobacyi lekarza. Można mieć dyplom w zanadrzu i dopuszczać się najcięższych błędów leczniczych oraz odznaczać się ciasnotą pojęć o najbardziej zasadniczych rzeczach. Habit nie stanowi jeszcze mnicha. Nie wystarcza przecież mieć papiery uniwersyteckie w porządku, aby jasnieć cnotami lekarskimi.

Również nie przemawia do przekonania twierdzenie orędowników nieodpowiedzialności, jakoby odpowiedzialność za swe czyny uszczuplała powagę lekarza i podkopywała zaufanie doń pacjentów. Czyż fakt bezkarności za uchybienia będzie większym łącznikiem, który wiązać będzie lekarza z jego klientelą? Czyż mocniej zacieśni węzeł zaufania? Śmiemy wątpić.

Idźmy dalej.

Broniący omawianych prerogatyw zwracają uwagę na to, że prawo, stawiając lekarza w zależności od kontroli, ogranicza jego swobodę działania, nieci niepokój i krępuje wszelką inicjatywę. I w tem tkwi conajmniej przesada. Dla lekarza bowiem, posiadającego głębokie poczucie obowiązków, przywiązanych do zawodu i postępującego oględnie, odpowiedzialność za swe czyny wcale nie jest tak straszną. A zresztą, między ostrożną inicjatywą, a inicjatywą, wikłającą lekarza w starcie z kodeksem karnym — jest przecież różnica.

Poważniejszym natomiast jest inny argument orędowników nieodpowiedzialności. Oto — jak utrzymują — medycyna w swoim praktycznem zastosowaniu, zupełnie tak samo, jak i działalność sędziów przy wydawaniu wyroków, nie może być zupełnie wolną od niektórych usterek (Double). Trudno tej uwadze odmówić pewnej słuszności. Lecz fakt, że medycyna w swem praktycznem zastosowaniu nie może być wolną od uchybień, przemawia tylko za nieodpowiedzialnością w niektórych wypadkach, o co się nikt zresztą spierać nie będzie; lecz ztąd jeszcze daleko do ogólnego wniosku, że wszelkie uchybienia lekarskie powinny być bezkarne.

Rzecznicy nieodpowiedzialności lekarza upatrują, między innymi, dowód dla swej tezy w fakcie, że w wielu prawodawstwach niema specjalnych przepisów, przewidujących karygodność uchybień lekarskich.

W innem miejscu obszerniej pomówimy o znaczeniu przerw w prawie stosowanem. W tem miejscu zauważę tylko, że brak jakiegoś rozporządzenia w prawodawstwie nie dowodzi jeszcze, iż rozporządzenie to nie było w myśli prawodawcy.

Jednym, wreszcie, z najmniej szczęśliwych argumentów, przytaczanych przez zwolenników nieodpowiedzialności lekarza, jest stary ogólnik: *aegrotus debet sibi imputare, quia talem elegerit* t. j., że pacjent, któremu przysługuje prawo wyboru lekarza, sam sobie powinien przypisywać winę, jeśli wybór jego był niefortunny. Jestto mniej więcej postawienie kwestyi leczenia na równi z każdym przedsiębiorstwem: pragnący otrzymać korzyść z przedsiębiorstwa powinien ponieść ryzyko z niem związane.

Nawiasowo zauważę, że wymieniony motyw posłużył w r. 1696 parlamentowi paryżkiemu za względ uwalniający lekarza od odpowiedzialności i poręczający mu bezkarność za usterkę techniczną. Dodam zarazem, że wymieniony parlament ten raz tylko jeden rozstrzygnął sprawę uchybień lekarskich w duchu będącej w mo- wie zasady.

Widzimy więc, jak niewystarczające są dowody, na jakie silą się przywódcy idei, żądającej, aby medycyna na swoim sztandarze wypisała nieodpowiedzialność pracy.

Dziś liczba kruszących kopie w obronie bezkarności lekarzy wobec prawa — jest bardzo nieznaczna. Zresztą i sami lekarze dalecy są dziś od poglądn, jakoby z praktyką lekarską nierozdzielnie być winno połączone prawo do bezkarności; instynkt prawny lekarzy do będących w mowie przywilejów wcale nie dąży.

„Personel lekarski, o ile istnieją prawne warunki przewinięcia, powinien być odpowiedzialny w tej samej mierze, w jakiej jest odpowiedzialny ten, co prowadzi pociąg lub kapitan okrętu i budowniczy, jeśli przy wykonywaniu swych obowiązków spotkają się ze słusznym zarzutem winy.“ (Mittermaier).¹⁾

Zasadniczo, więc pytanie co do odpowiedzialności lekarzy zostało rozstrzygnięte i nie ulega najmniejszej wątpliwości, że uchybienia lekarskie przy wymiarze powszechnej sprawiedliwości nie mogą być pominięte. Zdrowie i życie ludzkie — to

1) Real-Encyclopedie der gesamt. Heilkunde, von Prof. Dr. A. Eulenb. 1837. B. XIII. S. 164.

materyał cenny; uszczerbek, zrzadzony na czyjemkolwiek zdrowiu, zakłóca porządek społeczny. „Ogólny zakaz prawa, stojący na straży nietykalności życia i zdrowia, streszcza się w znanem orzeczeniu rzymskiem: *neminem laede!* Przepięcie tego zakazu, pozbawienie życia, uszkodzenie zdrowia — jest czynem przeciwprawnym, bez względu od kogo pochodzi.“²⁾

Posiadając ze stanowiska naukowego szeroką autonomię, mogąc swobodnie poruszać się w dziedzinie zabiegów leczniczych już istniejących, oraz uzupełniać braki lecznictwa przez nowe doświadczenia, musi jednak lekarz w razie uszkodzenia na zdrowiu pacyenta zdać rachunek z tego, co zrobił.

XIII.

Błędy lekarskie i prawodawstwa europejskie.

Treść: Brak przepisów o odpowiedzialności lekarzy w niektórych prawodawstwach. Przerwy w prawie stanowionem. Analogia prawa. Jak rozstrzyga sprawy, o których mowa, prawodawstwo niemieckie? Błędy w leczeniu i prawodawstwo francuskie. Uchybienia lekarzy i polityka karra angielska. Kodeksy włoski i hawowerski. Prawodawstwa, w których istnieją specjalne przepisy o uchybieniach lekarzy. Kodeks karny rosyjski. Prawodawstwo austriackie. Kodeksy: bawarski, wirtemberski i węgierski. Wywody z zestawienia rozmaitych prawodawstw europejskich. Odpowiedzialność za uszkodzenia na zdrowiu, zarządzane przez partaczy. Łagodne traktowanie uchybień partaczy przez niektóre prawodawstwa. Partacze a sądownictwo angielskie.

W prawodawstwach wielu państw europejskich, jak w francuzkiem, angielskiem i niemieckiem, niema bezpośrednich specjalnych przepisów, któreby dokładnie i szczegółowo określały odpowiedzialność lekarzy za uchybienia, przez nich zarządzane. Lecz brak pojedynczych przepisów, jak to już w innym miejscu zauważyliśmy, nie dowodzi wcale, aby pewne rozporządzenie, chociaż przez prawodawcę niewypowiedziane, nie leżało w jego myśli. Jeśli zwrócić uwagę na to, że ustawa nie jest zwyczajnem tylko zestawieniem pojedynczych przepisów, lecz jednolitą całością, staje się rzeczą zrozumiałą, że, jeśli nawet istnieje w prawie stanowionem przerwa, to może ona być zapełniona za pomocą organicznego związku rozmaitych zasad.

Brak więc przepisów, dotyczących uchybień lekarskich, w prawodawstwach

francuzkiem, niemieckiem i angielskiem, praktyka sądowa tych państw uzupełnia w ten sposób, że dopuszcza analogię prawa i wyprowadza karygodność omawianych uchybień z ducha ustawy.

I tak, w prawodawstwie niemieckiem odpowiedzialność lekarzy za dokonywane uchybienia, wynika z artykułów 222, 230, 231 i 232 kodeks. niem.

Dosłownie artykuły wymienione brzmią:

Art. 222. „Kto przez nieostrożność spowoduje śmierć innej osoby karany będzie więzieniem do lat trzech. Jeżeli sprawca do ostrożności był szczególnie zobowiązany z natury swego urzędu, powołania lub zawodu—kara może być podniesiona do lat pięciu“.

Art. 230. „Jeżeli kto przez (nieostrożność) niedbalstwo spowoduje uszkodzenie ciała osoby trzeciej, będzie karany grzywną do wysokości 300 talarów lub więzieniem do lat dwóch.

Jeżeli sprawca z natury swego urzędu, powołania lub zawodu miał szczególny obowiązek być przezornym, to kara może być podniesiona do trzech lat więzienia“.

Art. 231. „We wszystkich wypadkach uszkodzenia na zdrowiu może być, na żądanie poszkodowanego, oprócz ustanowionej kary, zasądzone od oskarżonego na rzecz powoda odszkodowanie pieniężne do wysokości 2000 talarów.“

Art. 232. „Pociąganie do odpowiedzialności karnej za lekkie uszkodzenia, spowodowane umyślnie, jak również za wszystkie uszkodzenia, wynikłe z nieostrożności, następuje jedynie na skargę poszkodowanego, wyjąwszy wypadki uszkodzeń, spowodowanych przez przekroczenie obowiązków urzędu, powołania lub zawodu“.*)

W prawodawstwie francuzkiem odpowiedzialność lekarzy za uszkodzenia, zarządzane na zdrowiu chorych, wyprowadza się z artykułów 319 i 320 Code pénal oraz art. 1382 i 1383 Kodeksu Napoleona, omawiającego występki cywilne.

Odpowiednie artykuły dosłownie brzmią:

Art. 319. „Kto, wskutek niezręczności, niedbalstwa, niebaczności lub nieprzestrzegania przepisów, spowoduje nieumyślnie śmierć innej osoby lub do śmierci mimowoli się przyczyni, karany będzie więzieniem od 3 miesięcy do 2 lat oraz grzywną w wysokości 50 do 600 fr.“

Art. 320. Jeżeli następstwem braku przezorności i ostrożności będzie tylko u-

2) Prof. Władysław Holewiński: „O zobowiązaniach według kodeksu Napoleona“. Wykład tytułu III i IV, księgi trzeciej. Warszawa 1875. str. 113

*) Dr. Kuehner: „Die Kunstfehler der Aerzte vor dem Forum der Juristen“. Frankfurt a. M. 1886 S. 8.

szkodzenie cielesne lub rany, sprawca karany będzie więzieniem od 6 dni do 2 miesięcy oraz grzywną od 16 do 100 fr., lub poniesie tylko jedną z tych kar“.

Art. 1382 Kod. Napol. „Wszelki czyn człowieka, który zrzęda szkodę drugiemu, obowiązuje tego, z którego winy nastąpił, do wynagrodzenia szkody.“

Art. 1383. Kod. Napol. „Każdy odpowiedzialnym jest za szkodę, którą zrzędził nie tylko swoim czynem, lecz nadto swoim niedbalstwem lub nieroztropnością“.

W prawodawstwie angielskiem odpowiedzialność lekarza wynika z ogólnego ducha praw Anglii, odnoszących się do czynów, które przynoszą drugiemu, chociażby nieumyślnie, szkodę materialną. Zresztą, rzecz tę wyjaśnia i praktyka sądowa angielska: jeżeli brak przezorności i staranności ze strony lekarza tworzy warunki, prowadzące do pogorszenia stanu zdrowia lub powoduje śmierć pacjenta, natenczas istnieje podstawa prawna do karania lekarza. Co należy rozumieć przez brak staranności i przezorności — również wyjaśnia sądownictwo angielskie. Supreme Court of Lown 1872 r. w decyzji swej postanawia, że lekarz lub chirurg jest obowiązany w praktyce swej postępować z roztropnością i uwagą, jakie są właściwe lekarzom i chirurgom sumiennym, uwzględniającym ulepszenia oraz postęp w lecznictwie. Dalej uchwała powyższa zaznacza, że lekarze i chirurgowie o tyle tylko ponoszą odpowiedzialność za zrzędzane uszkodzenia na zdrowiu pacjentów, o ile uszkodzenia wynikają z braku uwagi oraz z braku zwykłego przygotowania naukowego, lecz nie z braku specjalnych wiadomości, jakimi odznaczać się mogą jedynie niektórzy przedstawiciele zawodu lekarskiego*).

A oto inny dowód istniejącego w polityce karnej angielskiej przeświadczenia prawnego o odpowiedzialności lekarza za usterki lecznicze. Dotyczy on ustępu, cytowanego przez Brouardel'a, a odnoszącego się do przemowy, z którą zwrócił się był pewien przewodniczący do przysięgłych, gdy należało wyrokować o pomyłce, popełnionej przez lekarza. „Kto sprawuje obowiązki, przywiązane do zawodów wyzwolonych—oto słowa owego sędziego — kto bierze na siebie wykonanie pewnego zadania, obowiązany jest przy wywiązywaniu się z tegoż do przestrzegania zwykłej a niezbędnej miary przezorności,

bez względu na to, czy podjął się rzeczy dobrowolnie, czy też przypadła ona mu z urzędu. Jeżeli tego nie czyni—postępuje nieogłędnie“ i t. d.*).

Karygodność uchybień, popełnionych przez lekarzy, wynika i z kodeksu karnego włoskiego. Artykuły 554 i 555 omawianego kodeksu mówią o uszkodzeniach na zdrowiu, powstałych z braku przygotowania u osób, oddanych rozmaitym zawodom i sztukom**).

Według Kodeksu hanowerskiego do kategorii ciężkich karygodnych czynów zalicza się czyn nieostrożny, jaki popełnia osoba, zajmująca się z przyzwolenia państwa nauką, sztukami lub jakimkolwiek zawodem, jeżeli występek wynika z lekceważenia lub braku przygotowania związanego do tych zajęć.

(d. n.)

Prace tymczasowej Komisji przemyslowo-lekarskiej Towarzystwa lekarskiego lubelskiego.

(Dalszy ciąg)

Wód alkaliczno-solnych krajowych nie posiadamy, gdyż wody nasze, jak to widać z tablicy № III, zawierają bardzo mało siarczanu sodu.

Jeżeli tedy chodzi nam o ściśle naturalną wodę z tej grupy, udawać się musimy do wód obcokrajowych, zpośród których jednak saską Elster możemy śmiało usunąć, zastępując ją czesko-niemieckimi (Marienbad, Karlsbad, Franzensbad) lub szwajcarską Tarasp.

Moglibyśmy jednakże obejść się poniekąd i tu wodami krajowymi, dodając do wody Szczawnickiej, Wysowskiej lub Krościńskiej siarczanu sodu (w stosunku mniej więcej 0.75 na szklanekę): otrzymamy wtedy wodę, łączącą własności szczaw alkaliczno-solankowych z zaletami szczaw alkaliczno-słonych.

Resztę podgrup wód alkalicznych stanowią szczawy alkaliczne, zawierające związki litowe oraz wody arsenowe. Jak jedne, tak drugie mają bardzo mało praktycznego znaczenia, gdyż posiadają nadzwyczaj drobną część litu lub arsenu; i w tych jednak działach obejść się mo-

* Dr. Carl Stooss: „Chirurgische Operation und aerztliche Behandlung“. Berlin 1898. S. 61.

** II. A. Onoprienko (l. c) str. 82.—Carl Stooss (l. c) S. 61.

*) II. A. Onoprienko (l. c) str. 10.—11.

Tablica № III.

Z r ó d ł o	Dwuwęglan sodu	Chlorek sodu	Siarczan sodu
Elster Salzquelle	1.685	0.828	5.262
Marienbad Ferdinandsbrunn.	1.822	2.044	5.047
Marienbad Kreuzbrunn.	1.662	1.701	4.953
Franzensbad Salzquelle	0.667	1.142	2.802
Karlsbad Sprudel	1.298	1.042	2.405
Karlsbad Mühlbrun.	1.279	1.029	2.391
Tarasp Luciusquelle	2.311	3.756	2.215
Szczawnica zdroj Józefiny	4.609	3.132	0.025
Szczawnica zdroj Magdaleny	5.969	4.616	0.023
Wysowa zdroj Bronistawy	3.044	1.001	0.009

zemy bez wód niemieckich, chociaż krajowemi zastąpić ich nie możemy.

Do wód alkalicznych litowych należą: niemiecka—Obersalzbrunn (0,00174‰ Lithii carbonici), węgierska Salvator—(0,088‰); czeska Bilin (0,0108‰); z polskich wód Szczawnica—zrodź Józefiny zawiera 0,00365‰ litu (czyli więcej od Obersalzbrunn), a woda ze zdroju Szymona (nie znajdująca się w sprzedaży w Warszawie, lecz na żądanie wysyłana przez d-ra Kołaczekowskiego ze Szczawnicy), stoi wyżej i od Bilin, ma bowiem 0,0137‰ związków litowych. Najbogatszą w te związki jest woda Salvator,—jeżeli jednak uwzględnimy fakt, iż zawartość litu dosięga i tu zaledwo 0,022 na szklanke, czyli jest 10 razy mniejszą od zwykłej dawki farmaceutycznej, to uznać musimy za nieracjonalne naznaczenie nawet Salvatora, jako wody z czynnikiem „działającym“ w postaci litu; pozostawiwszy tedy Salvatorowi jedynie mu przysługujące stanowisko wody stołowej (suma składników stałych 2,27‰), należy dodawać litu w odpowiednich dawkach (0,2 na szklanke) do innych wód alkalicznych (Krościenko, Szczawnica, Wysowa) w przypadkach, w których zachodzi potrzeba i związków litowych.

Wód alkalicznych z arsenem mamy

dwie — obie niepolskie: Cudowa Eugenuelle na Szlązku pruskim, zawierająca zaledwo 0,0016‰ arsenu,—i francuzka La Bourboule (do 0,02847‰); przewagę tedy oddać należy oczywiście tej drugiej.

Przechodząc do III-iej wielkiej grupy wód z ziemiami alkalicznymi — zaznaczyć musimy, iż posiadamy wody o tym składzie w Birsztanach; dotąd nie eksploatowano ich na wywóz, lecz według wiadomości, odebranych przez nas z zarządu wód, jest to kwestya najbliższej przyszłości, i kilkadziesiąt butelek już nawet otrzymaliśmy w Lublinie do wypróbowania. Porównanie wód Birsztzańskich z wodami zagranicznymi daje następujące wyniki: (Tablica IV.)

Widzimy tedy, że woda Birsztńska jest słabszą od obcokrajowych a pod względem zawartości związków wapiennych zbliża się najwięcej do Wildungen. W każdym razie może ona być używana, jako woda wapienna, odpowiadająca swemu celowi. O ilebyśmy zaś chcieli stosować silniejsze szczawy wapienne, mamy do rozporządzenia francuzkie Contrexéville i Vittel, a w żadnym razie niema racyi zapisywania wód niemieckich, słabszych oraz droższych, niż francuzkie (Contrexéville litr kosztuje 60 k., Vittel 65 k., a Wildungen 87 k.). Dodać należy, że cena wody Birsztńskiej, dotąd

Tablica № IV.

Z r ó d ł o	Związki wapienne	Dwuwęglan magnu	Cena za litr.
Contrexéville Pavillon	1.96	0.22	60 k.
Lippspringe Arminiusquelle	1.46	0.25	—
Wildungen Helenenquelle	1.27	1.36	87 k.
Birsztany zdroj Wiktoryi	1.24	0.44	—
Vittel source Salée	1.73	0.002	65 k.

ściśle nie określona, niezawodnie niższą będzie od ceny wód zagranicznych.

Grupa polskich wód żelazistych przedstawia się wogóle bogato; w sprzedaży mamy wodę Krynicką (zdrój Główny i Słotwiński), Wysowską (zdroje Bronisła-

wy, Rudolfa, Karola i Wandy), Żegiestowską i Sławinkowską.

Są to szczawy żelaziste, zawierające dwuwęglan żelaza—w porównaniu z wodami obcokrajowemi—w następującym stosunku. (Tablica V.)

Tablica № V

Z dr ó j	Dwuwęglan żelaza	Wolny CO ₂
Homburg Stalbrunnen	0.098	1569
Schwalbach Stahlbrunnen	0.084	1572
Elster Koenigsbrunnen	0.084	1311
Franzensbad Stahlquelle	0.078	1529
Pyrmont	0.077	1271
Spaa Pouhon	0.071	2552
Wysowa zdrój Bronisławy	0.054	2138
Żegiestów	0.051	2965
Wysowa zdrój Rudolfa	0.042	1642
Franzensbad Franzensquelle	0.041	1463
Wysowa zdrój Karola	0.041	1009
Sławinek zdrój Kazimierza	0.034	422
Krynica zdrój Główny	0.022	2990
Krynica zdrój Słotwiński	0.021	2350

Z powyższego zestawienia widzimy, iż polskie wody żelaziste są naogół słabsze od obcokrajowych, przewyższają je jednak zawartością wolnego kwasu węglanego (Krynica, Żegiestów, Wysowa zdroje Bronisławy i Rudolfa), odznaczają się przeto pewnym orzeźwiającym smakiem; wreszcie, są znacznie tańsze od zagranicznych. Naogół biorąc, można i w tej grupie obejść się swojskimi źródłami, nie udając się do obcych.

Wód żelazistych, zawierających siarczan żelaza i arsen, kraj nasz nie posiada, o ile tedy zechcemy stosować te naogół mało racjonalne wody, mamy do rozporządzenia tyrolskie Levico, Roncigno, Mitterbad lub bośnijską Srebrnicę--Guberquelle.

Grupa solanek ma w naszych krajach licznych przedstawicieli, jakoto: Ciecho-

ciniek, Rymanów, Iwonicz, Rabka, Truskawiec, Druskieniki; prócz dwóch ostatnich, wszystkie inne dostarczają już wodę ze swych źródeł na wywóz: mamy więc z czem wystąpić przeciw obcym solankom.

Wśród solanek prostych Ciechocińska jest najsilniejszą w Europie, źródła jej bowiem, używane do picia, zawierają 3% i 1½ % chlorku sodu, gdy Wiesbaden posiada zaledwo 0,7% soli kuchennej, a Kreuznach 1%; powinniśmy tedy oddać przewagę wodzie rodzimej, która jest przytem tańsza od niemieckich (flakon Ciechocińskiej solanki kosztuje 40 kop., Wiesbaden 65 k., a Kreuznach aż 80 k.)

Zeszcaw solankowych posiadamy Rymanów, skład którego w porównaniu z niemieckimi wodami tej kategorii jest następujący: T. VI.

Tablica № VII.

Z r ó d ł o	Chlorek sodu	Dwuwęglan wapnia	Dwuwęglan sodu	Wolny CO ₂	Cena za litr
Homburg Elisabethbr.	9.80	2.00	—	1039	70 k.
Rymanów zdr. Klaudyi	6.03	0.66	1.33	730	60
Kissingen Rakoczy	5.82	1.53	—	1305	88
Kissingen Pandura	5.21	1.40	—	1505	88
Soden Soolbrunnen	3.43	0.64	0.14	1016	80

Z powyższego rozbioru widzimy, że Rymanów bynajmniej nie niżej stoi od tyle rozpowszechnionej u nas wody Kissingen, a nawet ma nad nią przewagę, gdyż zawiera więcej głównego składnika — soli kuchennej, oraz posiada dwuwęglan sodu; natomiast zaznaczyć należy mniejsze nasycenie wody Rymanowskiej kwasem węglanym. W każdym razie zastąpić możemy Kissingen Rymanowem, który oprócz tego jest $1\frac{1}{2}$ razu tańszy od Kissingen. Mniej rozpowszechniona u nas woda Homburg jest silniejsza od Rymanowskiej, ale i droższa. Soden słabsza od naszej wody, a jednak droższa.

Szczawę solankową, zawierającą lit, a więc mogącą konkurować z Salzschlirf Bonifaziussbrunnen, mamy w postaci Rabczańskiego źródła Kazimierza, niestety je-

dnak woda zeń nie jest dotąd eksportowana; w każdym razie wobec uwag, wypowiedzianych o wodach litowych wyżej (przy rozpatrywaniu szczaw alkalicznych z litem), — śmiało obejść się możemy i bez Salzschlirfu, dodając do wody Rymanowskiej Lithii carbonici (w stosunku 0,05 na szklanekę).

Silne solanki jodo-bromowe mamy w Rabce i Iwoniczu; dostarczają wód na wywóz źródła Maryi i Rafaeli w Rabce, oraz Karola i Amelii w Iwoniczu. Rabczańskie źródła są najsilniejsze z odnoszonych wód, ze względu jednak na bardzo wysoki stopień mineralizacji, prędko się psują; — Iwonickie natomiast łatwiej dają się przechowywać i zastąpić mogą takie wody, jak Kreuznach, Homburg, Elisabethbrunnen, Haller Jodquelle, Heilbrunn, Adelheidsquelle. (patrz T. VII).

Tablica № VII.

Źródło	Chlorek sodu	NaBr	NaJ	Cena za liter
Rabka Rafaeli	22.98	0.06	0.04	60 k.
Rabka Maryi	22.87	0.07	0.05	60 k.
Haller Jodquelle	14.59	—	0.06	70
Kreuznach Elisenquelle	10.09	0.02	ślady	80
Homburg Elizabethbr.	9.80	ślady	—	70
Iwonicz Karola	8.29	0.04	0.02	67
Iwonicz Amelii	7.92	0.02	0.01	67
Heilbrunn Adelheidsq	4.97	ślady	0.03	80

Dalej, do najważniejszych wód mineralnych należą wody gorzkie. Mamy tu jedną tylko wodę krajową — Morszyńską,

która jednak przewyższa wszystkie inne źródła o podobnych własnościach. (Patrz T. VIII.)

Tablica № VIII.

Zródło	Siarczan sodu	Siarczan potasu	Siarczan magnu	Chlorki	Suma składników stałych	Cena za liter
Morszyn Bonifacego	28.46	5.90	6.1	28.2	70.0	53 k.
Franz Joseph	23.00	0.10	24.7	1.7	52.0	60
Hunyady Janos	19.46	0.05	21.7	1.5	35.0	60
Victoria	17.20	0.44	32.8	1.8	58.0	60
Apenta	15.40	—	24.4	1.8	44.0	60
Püllnau	10.95	0.14	6.9	1.7	31.0	55
Mergentheimer	6.6	0.07	5.4	15.3	31.0	87
Friedrichshaller	6.1	0.19	5.2	11.9	25.0	1 r. 20 k.

Z powyższego rozbioru widzimy, że woda Morszyńska zawiera bezwzględnie największą ilość głównego składnika w wodach gorzkich — siarczanu sodu; mniejsza

ilość drażniącego siarczanu magnu i ogromna zawartość chlorków pozwalają stosować wodę Morszyńską czas dłuższy. Dalej, zwraca uwagę najwyższa wśród wszy-

stkich wód gorzkich suma składników stałych w wodzie Morszyńskiej; działanie której, dzięki wymienionym własnościom, jest o tyle silne, że przeczyszczenie otrzymuje się zwykle już po 100 gramach wody (z powodu wysokiej mineralizacji należy unikać większych ilości wody Morszyńskiej, oraz podawać ją najlepiej z wodą sodową). Uwzględniając też najniższą

cenę źródła Bonifacego, musimy stanowczo postawić tę wodę krajową na pierwszym planie.

Wreszcie w ostatniej grupie wód mineralnych—siarczanych—posiadamy wodę Buską, która może zastąpić wody obce jak Weillbach Schwefelquelle lub Eau Bonnes.

(d. c. n.)

Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne

Towarzystwo Lekarskie w Częstochowie.

Posiedzenie w d. 16 Stycznia 1904 r.

Obecnych 30 członków.

I. Dalszy ciąg dyskusji nad odczytem kol. Lewenszteina z Zawiercia: *W sprawie miejscowego i przerzutowego powstawania ropni w szpiku kostnym.*

Kol. Dehnel znajduje, że twierdzenia kol. L. są nieuzasadnione i nie liczą się z najnowszymi poglądami na sprawę ropienia szpiku. Szerzeniu się zapalenia per continuitatem przeczy rzadkie występowanie ropni w szpiku kostnym przy różny i ropniach podskórnych. Natomiast liczne fakty przemawiają za powstawaniem ich na drodze krwiobieg. U ludzi zatrudnionych przerabianiem perłowej masy odnajdywany był w kościach drobny pył perłowy. W analogiczny sposób mogą przedostawać się do szpiku drobnoustroje. Sprzyja temu przede wszystkim zwolnienie obiegu krwi w nasadach kości. Powtórnie, naczynia szpiku nie mają własnych ścianek i krew przepływa w przestrzeniach szpikowych. Wbrew twierdzenia kol. L., kol. Dehnel w literaturze dostępnej nie znalazł wcale wzmianki, żeby dwoinki Neissera (gonokoki) miały wywoływać ropienie szpiku. Sprawa ta powstać może pod wpływem wszystkich drobnoustrojów ropotwórczych, najczęściej jednak pod wpływem gronkowca złocistego (staphyl. pyog. aureus).

Kol. Biegański wzmiankuje, że stałą obecność gronkowców w ropniach szpiku niektórzy przypisują własnościom morfologicznym tego drobnoustroju. Przedostając się na drodze krwiobieg do szpiku kostnego, pod wpływem substancji ochronnych ulegają one aglutynacji, tworzą większe skupienia i łatwiej od innych drobnoustrojów zamykają światło naczyń.

Kol. Królikowski sądzi, że ze stanowiska poglądów kol. L. niepodobna zrozumieć, dlaczego ropnie szpiku występują tak rzadko przy owrzodzeniach i pryszczycy goleni.

Kol. Wrześniowski nadmienia, że szerzenie się zapalenia per continuitatem zachodzi w b. małej liczbie przypadków (przejście zapalenia ze stawu na kość, z zębodołu na szczękę). Najczęściej ropienie szpiku powstaje na drodze przerzutowej (po chorobach zakaźnych) lub idioptycznej. Ta ostatnia jest nieco ciemną. Nowsze atoli badania wykazały, że tkanki ludzkie nie są zupełnie jałowe. Drobnoustroje były odnajdywane w tkankach ludzi poprzednio zdrowych i zmarłych nagłą śmiercią. Schnitzler w tych warunkach spostrzegł je w szpiku. Można przypuszczać, że w pewnych przypadkach drobnoustroje przechowują się w szpiku w stanie utajonym. Dopiero pod wpływem urazu, przeziębienia, zaczynają się one rozwijać, powodując gwałtowny wybuch ostrego zajęcia szpiku.

Kol. Lewensztein odpowiada, że brak czasu nie pozwolił mu omówić bliżej wyłuszczonych w dyskusji poglądów. Poglądy te nie są mu obce i nie przeczą możliwości szerzenia się sprawy zapalnej od skóry do szpiku per continuitatem. Teorię wypowiedzianą w odczycie, kol. L. rozwinął szerzej i uzasadnił w obszernej pracy drukowanej.

II. Kol. Wrześniowski przedstawił chorego po wycięciu opuszki (bulbi urethrae) i następnym zeszczeniu cewki moczowej. Chory lat 35, przed 18 laty chorował na ostrą rzeżączkę. Pierwsze objawy zwężenia wystąpiły przed 12 laty. Od roku mocz wycieka kroplami. Wreszcie chory wstąpił do szpitala z powodu zupełnego zatrzymania moczu. Badanie wykazało twardy naciek na kroczu, wiel-

kości jaja kurzego, i zupełną niedrożność cewki w części opuszkowej. Przez kilka dni opróżniano pęcherz przy pomocy przekłucia, stosowano bez skutku środki wewnętrzne, kąpiele, okłady. W d. 25. XI. 1903 r. kol. W. wykonał cięcie cewki zewnętrzne (urethrot. extern.). Próba wprowadzenia zgłębnika przez ranę dała wynik ujemny. Wówczas oddzielono opuszkę od otaczających tkanek i wycięto wraz z przylegającym bliznowatym naciekiem przez pierwotnie wykonaną ranę. Krwawienie b. mocne. Powstał brak cewki na przestrzeni 5 ctm. Wobec trudności zbliżenia ku sobie obydwóch odcinków cewki, oddzielono na przestrzeni 7 ctm. ciało jamiste cewki od ciał jamistych prącia. Wówczas dopiero na wprowadzonym cewniku Nelatona dociągnięto i zeszyto obydwie końce cewki. Cewnik pozostawiony był na stałe przez 8 dni. Rana zagoiła się po upływie 4 dni. Obecnie chory oddaje mocz strumieniem szerokim, bez żadnego wysiłku. Część wycięta ma kształt gruszki długości $5\frac{1}{2}$ ctm., w tylnym końcu średnicy $2\frac{1}{2}$ ctm. w przednim $1\frac{1}{2}$ ctm.

III. Kol. Wrześniowski przedstawił opatrunki klejowe Hessing'a. Naprzód kol. W. opisał szczegółowo sposób nakładania opatrunków klejowych, poczem omówił porównawczo wartość ich i opatrunków gipsowych. Opatrunek klejowy musi być nałożony bardzo dokładnie i szczelnie. Wysycha dopiero po upływie 12 godzin. Dla nałożenia wymaga więcej czasu ($\frac{1}{4}$), niż gipsowy. Daje rezultaty b. dobre przy wszelkich złamaniach, prócz wysokich złamań uda. Szczególnie szybka poprawa następuje przy gruźlicy stawów bez przetok i ran. W tych razach opatrunek klejowy działa bez porównania lepiej i szybciej od gipsu, gdyż łatwiej przystosowuje się do kształtu kończyny i wywiera ucisk równomierny. Nadto mięśnie kończyny nie ulegają tak znacznym, jak przy gipsie, zanikom. Waży zaledwie $\frac{1}{3}$ lub $\frac{1}{4}$ ciężaru, właściwego opatrunkom gipsowym, nie rozgrzewa, jest o wiele trwalszy, wreszcie — z łatwością daje się zdjąć i, po wycięciu odpowiedniego paska, powtórnie nałożyć.

W dyskusyi kol. Czajkowski namienia, że Axthorf ze Sztokholmu stosuje opatrunki klejowe przy wysokich złamaniach uda. Na opatrunek nakłada szerokie pasy fornieru, idące z zewnątrz uda pod stopą na drugą stronę do pachwiny.

IV. Kol. Biegański mówił o *cytolizie*, *aglutynacji* i *precypitacji*. Na wstępie prelegent omówił podstawowe fakty,

tyczące się zjawisk bakteryolizy, haemolizy i cytolizy. Następnie przeszedł do wniosków biologicznych i terapeutycznych, wypływających z ogólnych zasad cytolizy. Kolejno rozważył bliżej zjawisko aglutynacji, skreślił historyczny rozwój tej sprawy i jej zasadnicze fakty. Później mówił o ogólnych podstawach serodyagnostyki i znaczeniu praktycznym odczynu Widala oraz o serodyagnostyce w gruźlicy. Wreszcie, poruszył sprawę precypitacji i po opisie faktów zasadniczych, wykazał znaczenie jej dla medycyny sądowej i badań policyjno-lekarskich. Po omówieniu strony faktycznej, kol. B. skreślił kolejno teorie Buchner'a, Bordet'a i Ehrlich'a. W końcu kol. B. przedstawił odczyn precypitacyjny, korzystając z precypityny surowicy krwi ludzkiej i końskiej, udzielonej Łaskawie przez d-ra Eisenberga z Krakowa.

Karol Rozenfeld.

Towarzystwo Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie z d. 2 Grudnia 1903 r.

I. Kol. Goldman pokazał przypadek: *spina bifida duplex*. U dziecka kilkotygodniowego w okolicy grzbietowej i lędźwiowej kręgosłupa dwa guzy owalne, sino czerwonej barwy, elastyczne, z wyraźnym chełbotaniem, trwające od urodzenia.

II. Kol. Sonenberg przeczytał część pracy p. t. „O błędach lekarskich ze stanowiska nauki i w obliczu prawa“ (Drukowane w Cz. L. № 1, 2, 3; 1904).

III. Prezes przedstawił budżet preliminowany na r. 1904.

IV. Kol. Serkowski pokazał *distoma hepaticum* w wątrobie cielęcej.

Posiedzenie z d. 16 Grudnia 1903 r.

I. Kol. Likiernik — *Demonstracja mechanicznego leczenia jaglicy* (p. str. 5) Demonstruje solidnie szklane gałki od 8—14 mil. grube, na przeciku 4 do 5 mil. grubym, 9 c. długim, które, po oplukaniu w półtysiącym roztworze Hydr. oxycyanatu, wprowadza sobie pod powiekę górną aż do zetknięcia się z fałdą przejściową górnego brzegu oczodołowego. Przez rozciągnięcie górnej powieki i przyciskanie do oczodołu z wewnątrz — wyciska błonę śluzową i chrząstkę powiekową i tem samem powoduje wessanie nacieczeń jaglicowych.

Chora 15-letnia, cierpi na oczy od 3 lat; przed 3 tygodniami miała pannus i nacieczenia obydwóch rogówek; blepharospasmus niepozwalający chorej chodzić

po ulicy bez pomocy. Trachoma mixtum, silne zajęcie chrząstek. Obecnie chora ma nieznaczne nierówności na błonie śluzowej. Pannus i nacieczenia znikły. Szczelina oczna normalnie szeroka.

Demonstracja energicznego rozciągania worka łącznicowego przyczem chora stwierdza, że niema bólu. Chora obecnie sama sobie wykonywa zabieg, kilka razy dziennie, po $\frac{1}{2}$ —1 minuty.

Dziecko 3-letnie. Infiltratio conjunct. (wielkości ziaren sago) obydwóch fałd przejściowych górnych. Demonstracja rękożynu, który pomimo niespokojnego zachowania się dziecka może być wykonany bez obawy stłuczenia szklanego instrumentu. Dziecko po procedurze otwiera szeroko oczy.

W ambulatoryum wykonywa fclerzer dziennie po 30—40 razy procedurę, po $\frac{1}{2}$ — $1\frac{1}{2}$ minut. Dotychczas leczono około 100 chorych, u wszystkich nastąpiła prędko poprawa: chorzy chętnie i zgrabnie wykonywują sami rękożyn; nawet 10-letnie dzieci. Rękożyn ów dotychczas 4000 razy zastosowano bez przypadłości.

Dyskusya: Kol. Koliński wolałby, żeby materyał był z kości albo rogu, jako niezimny. Co do chorej P., uważa że pod wpływem atropiny nastąpiło wyleczenie rogówki. Proponuje leczyć naprzemian różnymi metodami każde oko. Sądzi wogóle, że ta metoda może mieć działanie dodatnie na jaglicę.

Likiernik zamierza zastosować się do uwag Kolińskiego; sam już przedsięwziął próby gałkami z różnych materyałów, wrócił do szkła jako najczystsze; a najłatwiej dającego się dezynfekować. Chorzy, którzy się poprawili po leczeniu środkami żrącymi—pod wpływem mechanicznego leczenia prędzej doznali ulgi a więc i porównawcze postępowanie było już wypróbowane.

II. Kol. Szayerowicz miał odczyt p. t. „O leczeniu gorączki połogowej“ (p. Czas. Lek. str. 59).

Kol. Landau w 2 przypadkach stosował drożdże z pomyślnym wynikiem. Kol. Kaufman i Saks są przeciwni wskrobaniu macicy, a tembardziej powtarzaniu tego zabiegu. Co się tyczy seroterapii, to kol. K. niewidział korzyści przy jej stosowaniu.

III. Kol. Rontaler demonstrował 3 rzadko zdarzające się polipy jamy nosogardzielowej, 5—7 cm. długości i 3—4 cm. szerokości. Jeden z nich był polipem czystym jamy nosogardzielowej, wychodzącym z jej sklepienia; drugi—mięsz-

nym, wychodzącym przy roprieniu z zatoki Highmera w obecności wielu innych polipów; trzeci—pochodzenia także nosowego był także bardzo ciekawy. Polip ten był przez pacyenta rozpoznany jako nowotwór, ukazujący się często na 2 lata przed operacją z przodu w nosie; polip ten, biorący początek w muszli przedniej, został wciągnięty do jamy nosogardzielowej, co stanowi zjawisko bardzo interesujące.

Posiedzenie z d. 6 Stycznia 1904 r

I. Sekretarz przeczytał sprawozdanie z działalności Tow. w r. 1903.

II. Bibliotekarz zdał sprawę ze stanu biblioteki za rok ubiegły.

III. Skarbnik złożył sprawozdanie ze stanu kasy za ten sam czas.

IV. Prezes przedstawił zebraniu do rozpatrzenia następujące projekty i wnioski:

a) Projekt Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego, dążący do zastąpienia produktów niemieckich wyrobami fabryk krajowych, francuskich lub szwajcarskich. Projekt ten przyjęto do wiadomości.

b) Projekt Tow. Lek. Radomskiego, tyczący się urządzenia kasy emerytalnej dla lekarzy wolnopraktykujących. Do zajęcia się tą sprawą wybrano specjalną komisję, złożoną z kolegów: Handelsmana, Likiernika, Littauera, Wisłockiego i Kaufmana.

c) Wniosek 5 kolegów, żądający inicjatywy Towarzystwa w sprawie poprawienia stanu szpitalnictwa w Łodzi, a mianowicie: przez założenie i utrzymywanie wspólnym kosztem wszystkich szpitali pracowni rozbiorowej, oraz utworzenie posady prosektora do badań pośmiertnych. Wniosek ten w zasadzie został przyjęty i przekazany Zarządowi do wykonania.

d) Wniosek 5 kolegów w sprawie zmiany paragrafu 2 (Rozd. II) regulaminu określającego warunki przyjęcia na członka Tow.. Postanowiono punkt d wspomnianego paragrafu (żądający od kandydata na członka wygłoszenia odczytu) wykreślić, z pozostawieniem w mocy wszystkich innych punktów tego paragrafu.

V. Obecni w liczbie 37 przystąpili do wyboru Zarządu na r. 1904: Na przewodniczącego wyborom wezwano kol. Wisłockiego, który zaprosił na asesorów kolegów Kolińskiego i Sterlinga, a na sekretarza kol. Rosenthala.

Przewodniczący przeczytał list sekretarza Tow. kol. Birenweiga, który prosi o niewybranie jego na sekretarza.

Na prezesa wybrano dr. Karola Jonschera (ponownie), na wiceprezesa kol. Hermana Rundę (ponownie), na sekretarza kol. Mieczysława Kaufmana, na bibliotekarza kol. Ksawerego Jasińskiego (ponownie), na skarbnika kol. Wincentego Littauera (ponownie).

Bronisław Handelsmann.

Towarzystwo Lekarskie Radomskie.

Posiedzenie d. 5 Grudnia 1903 r.

Przewodniczący: kol. J. Majkowski.

Obecnych 32 członków.

I. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

II. Kol. Serkowski (z Łodzi) nadał w darze do biblioteki: *album fotograficznych zdjęć preparatów mikroskopowych*.

III. Przyjęto do wiadomości odezwę kolegów: Aleks. Żurawskiego i Ludwika Zembruskiego, aby w sprawach X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie koledzy byli łaskawi komunikować się z nimi, jako upoważnionemu w tym celu przez Wydział Gospodarczy tegoż Zjazdu.

IV. Przyjęto w poczet Członków-korrespondentów kol. Matyldę Kobryner (z Warszawy).

V. Na skutek zarządzonego w myśl § 12 Ustawy losowania, ustępują z początkiem 1904 r. z Zarządu: Wice-Prezes kol. Fr. Kosicki; Członek—kol. H. Fidler i Skarbnik—kol. A. Szczępaniak, zaś z Komisji Rewizyjnej — kol. Z. Płużański.

VI. Termin dorocznego administracyjno-wyborczego posiedzenia wyznaczono na d. 16 Stycznia 1904 r.

VII. Do Komisji emerytalnej na miejsce kol. Matyldy Kobryner (z powodu wyjazdu z Radomia) powołano kol. Bijejkę.

VIII. Na wniosek Zarządu zatwierdzono kwestyonaryusz, ułożony przez kol. Cennere'a w celu zbierania materiałów statystycznych o chorobach zakaźnych, panujących w gubernii Radomskiej, oraz postanowiono rozesłać go wszystkim kolegom praktykującym w obrębie gubernii z prośbą o notowanie odpowiednich wiadomości z dn. 1 Stycznia 1904 r. Na koszt druku kwestyonaryusza uchwalono wyasygnować z kasy Towarzystwa rb. 25. Suma powyższa ma być pokryta z wpływów za sprzedaż kwestyonaryusza po 25 kop. za 100 sztuk.*)

*) Kwestyonaryusze powyższe oprawione w formie notatnika zostały już rozesłane.

IX. Kol. Prezes odczytał odezwę Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego w sprawie zastępowania wód mineralnych zagranicznych krajowymi oraz w sprawie wyrugowania lub ograniczenia sprowadzania przetworów farmaceutycznych i środków opatrunkowych niemieckich, na korzyść krajowych lub innych nieniemieckich, przyczem zaznaczył, iż kwestye powyższe—o ile w ogólnej zasadzie powinny być przez nas przyjęte bez żadnego wahania, o tyle co do szczegółów i praktycznego wykonania powinny być bliżej rozpatrzone. Obie powyższe sprawy są zbyt złożone, zależne od wielu warunków i okoliczności—i pomimo dość licznych prób i prac na tem polu (kol. Dobrzyckiego, Kozłowskiego i prof. Jaworskiego) nie zostały dotąd dostatecznie i wszechstronnie opracowane, a tem mniej przez ogół lekarzy i farmaceutów uświadomione. Ponieważ sprawy powyższe nie nadają się do dyskusji ogólnej, bez uprzedniego wypracowania odnosnych referatów, przeto Zarząd postanowił: 1-o wezwać wszystkich swych członków farmaceutów do rozpatrzenia, kolegiального przedyskutowania, a następnie do opracowania motywowanych wniosków co do środków farmaceutycznych i opatrunkowych, o jakich mowa w odezwie Tow. Lek. Lub. 2-o. Zaś co do wód mineralnych, Zarząd prosił kol. Majkowskiego o wypracowanie skorowidza powszechnie używanych źródeł, w zestawieniu zagranicznych z krajowymi, z wyszczególnieniem ich części składowych i innych czynników leczniczych, co będzie mogło ułatwić dyskusję w tym względzie na jednym z następnych posiedzeń.

Postanowiono: Dyskusję nad wnioskami Towarzystwa Lekarskiego Lubelskiego w sprawach: zastępowania wód mineralnych zagranicznych krajowymi oraz wyrugowania lub ograniczenia sprowadzania przetworów farmaceutycznych i środków opatrunkowych niemieckich na korzyść krajowych lub innych nieniemieckich — odroczyć do czasu wypracowania odnosnych referatów.

X. Kol. Kołodner odczytał rzecz: „Przypadek marskości wątroby, leczony operacyjnie sposobem Talmy“.

J. Ż., lat 19, przybył do szpitala starozakonnych w Radomiu w Sierpniu 1902 roku. Rozpoznano: Cirrhosis hepatis z dużą puchliną wodną brzucha. Za pomocą przekłucia wypuszczono z jamy brzusznej 7000 cmt. płynu; ten ostatni jednak wkrótce znów począł się zbierać, po 2 tygodniach przeto zrobiono powtórna punkcję.

Od tego czasu wypuszczano choremu co parę tygodni plyn w ilości 4000—7000 ctm. W Grudniu 1902 r. K. wykonał laparotomię z wszyciem sieci w ścianę brzuszna (oper. Talmy). Przebieg pooperacyjny prawidłowy, rana zagoiła się przez rychłozrost. Po 4 tygodniach K. robił choremu po raz ostatni punkcję brzucha. Od tego czasu puchlina wodna znikła i nie ponawiała się aż do śmierci chorego, która nastąpiła po 9 miesiącach wskutek niedomogi sercowej. Chociaż przypadek powyższy zakończył się niepomyślnie, cel jednak operacji osiągnięty został w zupełności. Wobec tego K. sądzi, że każdy przypadek marskości wątroby z puchliną brzuszna, powinien być jaknajwcześniej poddany leczeniu chirurgicznemu, tembardziej, że zabieg ten przy obecnym stanie aseptyki nie przedstawia prawie żadnego niebezpieczeństwa dla chorego. (Auto-referat).

XI. Kol. Przewodniczący otworzył dyskusję nad odczytem kol. Idzikowskiego: „O rozszerzaniu szyi macicznej za pomocą tępych narzędzi“ (p. str. 88).

Kol. Raszkęs, zgadzając się na wskazania stawiane przez prelegenta w sprawie używania metreurynteru przy łożysku przodującym, zapytuje, czy przy placenta praevia centralis I. radzi wprowadzać metreurynter do jamy macicy, przedziurawwszy uprzednio łożysko, czy też radzi umieścić go między łożyskiem, a ścianą szyi macicznej. Kol. Idzikowski radzi przedziurawić w każdym przypadku łożysko przodujące, zwłaszcza jeżeli w pobliżu nie wyczuwają się błony, w przeciwnym bowiem razie może nastąpić odklejenie łożyska na znacznej przestrzeni. Kol. Zbrożek miał 3 przypadki placenta praeviae, przy których używał tamponady i jest z niej bardzo zadowolony, gdyż krwotok na razie ustawał, a po usunięciu tejże poród można było już zakończyć. Kol. Idzikowski odrzuca zupełnie tamponadę, gdyż bardzo trudno wykonać

ją aseptycznie i przy wyjęciu po kilku godzinach gazy zwykle następuje krwotok ponowny, a stan szyi macicznej może pozostać takim samym, jak przed tamponadą i praca porodowa macicy również leniwa jak przedtem. Kol. Raszkęs również jest tego zdania, że przy placenta praevia centralis należy przedziurawiać łożysko i przez otrzymany otwór wprowadzać balon do jamy macicy. Niezraża jednak tamponady: w niektórych razach (naprzykład, kiedy szyja maciczna nie przepuszcza jeszcze ani jednego palca, kiedy najmniejszy balon gumowy nie może być przeprowadzony przez szyję) tamponada może się okazać bardzo użyteczną; nie widzi najmniejszej potrzeby w każdym takim przypadku gwałtownie rozszerzać za pomocą rozszerzaczy szyi po to, żeby można było wprowadzić od razu balon. Co do aseptycznego wykonania tamponady, to możliwe ono jest na równi z wprowadzeniem kolpo—i metreurynteru. Kol. Idzikowski utrzymuje, że przy placenta praevia — w okresie najczęstszego powstawania groźnych z tego powodu krwotoków (około 7-go miesiąca ciąży) szyja jest dość rozpulchnioną, aby można było przeprowadzić palec jeden, a za nim drugi lub inne narzędzie dla dostatecznego rozszerzenia szyi w celu wprowadzenia balonu; a zatem albo krwawienie jest nieznaczne i wtedy żadnej czynnej interwencji, a więc i tamponady, na razie nie wymaga, albo też krwawienie jest groźne i wtedy należy rozpocząć poród niezwłocznie, przytem w sposób pewny, a dla kobiety i dziecka najmniej niebezpieczny, co osiągamy właśnie zapomocą balonów. Ponieważ naprzd przewidzieć niemożna, ile razy trzeba będzie zmienić tampony, a nawet, czy wogóle tą drogą osiągnie się zamierzony skutek, to i ze względu na aseptykę należy oddać pierwszeństwo balonom.

Na tem posiedzenie ukończono.

Prezes J. Majkowski.

Sekretarz W. Cennere.

K R O N I K A .

— 21 — W Zeszycie trzecim „Kroniki lekarskiej“, na stronie 139, czytamy:

„Czasopismo lekarskie przeszło na własność pp. Rychlińskiego i Wegnera. Jest to pierwszy fakt wydawania pisma lekarskiego przez księgarzy, do tej pory wszystkie pisma lekarskie są wydawane jedynie przez lekarzy lub odnośnie gremia i towarzystwa, wyłącznie w celu utrzymania piśmiennictwa na odpowiednim poziomie“.

W przytoczonych uwagach „Kroniki lekarskiej“ należy przedewszystkiem poprawić drobną niedokładność: opuszczono mianowicie wyraz „polskie“ (pisma lekarskie).

Co się zaś samego faktu tyczy, to próba oddania wydawnictwa pisma lekarskiego w ręce fachowych wydawców powinna być uznana za postęp w rozwoju naszego piśmiennictwa naukowego. Rzecz inna,

czy się ta próba uda, czy się to wydawnictwo opłaci nakładcom.

Nasze pismo tylko na tem zyskało, bo daje obecnie dwa razy więcej treści, aniżeli dotąd, za tę samą cenę prenumeracyjną.

Jak księgarstwo, tak i wydawnictwo jest *fachem*, którego lekarz nie zna; bardzo to szczęśliwie, jeśli znaleźli się fachowcy, którzy objęli wydawnictwo pisma lekarskiego i odrazu je umiejętną dłonią ulepszyli.

Kto wie, czy dzięki temu „Czasopismo lekarskie“ nie będzie też tem jedynym lekarskim pismem polskim, które zyski wydawcom przyniesie. Nie przeszkodzi mu to zupełnie do „utrzymania“, na równi z innymi pismami, „piśmienictwa (polskiego) na odpowiednim poziomie“.

— 22 — Podwójny (za Styczeń i Luty) Zeszyt „Nowin Lekarskich“ poświęcono sprawie gruźlicy. Piękny ten zeszyt może stanowczo konkurować z najlepszymi tego rodzaju wydawnictwami referacyjnymi za granicą.

Jako dodatek do tego zeszytu dołączono artystycznie odbitą kopię ryciny Oleszczyńskiego, przedstawiającej Józefa Strusia u Sultana. Ma to być zapoczątkowanie Albumu wybitnych lekarzy polskich.

— 23 — Z kierunkiem pisma „Głos lekarzy“ niezgodziliśmy się od pierwszej chwili. Byliśmy jednak jedynym pismem, które potępiło ten kierunek. Z przyjemnością notujemy, że i „Krytyka lekarska“ w ten sam sposób, jak i my, oceniła hasła „Głosu lekarzy“.

„Hasłem dwutygodnika tego, który zaczął wychodzić we Lwowie w Lipcu r. z., jest: „w jedności siła“. Hasło to bardzo ładne i rzeczywiście potrzebne, ale jedność, którą się tam propaguje, jest zbyt jednostronna, opiera się przeważnie na strejkach, syndykatach i zapobieganiu „hyperprodukcji“, co razem wzięwszy wywiera bardzo przykre wrażenie.“

„W jedności siła, ale niech ta siła nie będzie skierowana tylko w stronę materialną, niech ta jedność nie koncentruje się tylko w strejkach.“

Mamy jeszcze dużo kwestyi żywotnych, dużo spraw „wewnętrznych“, gdzie potrzebne nam są siła i jedność.“

Na szczęście, dodamy od siebie, powiał w „Głosie lekarzy“ ostatnio prąd nieco sympatyczniejszy. Znamienną jest mianowicie uwaga od Redakcyi, poprzedzająca druk projektu „ordynacji dla lekarzy.“ Zachęcając do rozpraw nad tym projektem, powiada Redakcyja:

„Wprowadzi nas to na pole moralnych i etycznych zadań zawodu lekarskiego, który to dział spraw wielu kolegów uważa za równie ważny, a nawet ważniejszy, niż materialne interesy lekarzy.“

— 24 — W artykule „Lekarze jako kasta“ (Przegląd tygodniowy, № 8) występuje Dr. E. Downarowicz z szeregiem zarzutów przeciw trzem warszawskim pismom lekarskim. Z jakiego powodu—trudno zrozumieć każdemu, kto nie zna wypadków warszawskich; z półsłów-
wek artykułu o jakiejś broszurze w kwestyi szpitalnictwa i o jakimś anonimowym obwieszczeniu w jednym z warszawskich pism lekarskich—trudno być mądrym. Wyraźne i niedwuznaczne są za to wyrażenia użyte przez Dra D.

O jednym z pism, przeciw którym występuje, powiada autor, że podejmuje ono kwestye zawodowe „tylko o tyle, o ile to Redakcyja znajduje dla siebie dogodnym“. J drugim, że te sprawy traktuje „tylko ogólnikowo“, więc jej artykuły „nie są obowiązujące dla nikogo“ (?); o trzecim piśmie, że „nie pogardza artykułami pełnymi absurdów naukowych, a nawet pisanymi przez umysłowo chorych.“ O tem piśmie mówi jeszcze w innym miejscu, że jest „pismem wprost demoralizującym“!

Na usprawiedliwienie owego masowego potępienia przytacza Dr. D. fakt uchybienia się redakcyi dwu pism lekarskich warszawskich od przyjęcia repliki w sprawie wyżej wspomnianej broszury.

Co jednak na usprawiedliwienie *formy* swego wystąpienia może powiedzieć Dr. D.—trudno się domyśleć!

Ważniejszem atoli jest rozpatrzenie zasady, którą stawia Dr. D: czy tylko pismo fachowe winno posiadać przywilej zajmowania się kwestyami zawodowymi.

„Nasuują się pytania, czy tylko pisma fachowe, lekarskie wogóle, winne posiadać przywilej zajmowania się kwestyami społeczno-lekarskimi i zawodowymi. Czy lekarze powinni podlegać krytyce ogółu. Czy uświadamianie ogółu w tych kwestyach nie będzie z korzyścią zarówno dla ogółu jak i dla lekarzy. Lekarze jako cząstka społeczeństwa, odgrywająca w niem ważną rolę, powinna być mu dobrze znana i słusznie oceniana; wszelka nieświadomość prowadzi do błędów. Mając styczność z lekarzami tylko przy łóżku chorego, na wizytach płatnych, lub też w stosunkach towarzyskich, publiczność często błądzi w swoich o nich sądach. Postępowanie publiczności względem lekarzy bywa nieraz niewłaściwe przez nieświadomość warunków ich fachu i bytu. Podtrzymywanie autorytetu kastowego tajemniczością jest sztucznem i na etykę lekarzy może wpływać chyba tylko ujemnie“

„Pisma fachowe lekarskie nie są zuane ogółowi, nie mogą zatem być łącznikami między nim i lekarzami; zadanie to winna spełnić prasa ogólna. Ścieranie się zdań samych lekarzy na tem polu a także jednostek inteligentnych i wykształconych z ogółu byłoby bardzo pożytecznem; te ostatnie mogą być bezstronniejszymi krytykami, niepodlegającymi prawidłom kastowym i względem natury osobistej, jako elementa z innej sfery mogą wnieść nowe światło w kwestyach społeczno-lekarskich i zawodowych i rozszerzyć pojęcia nawet tej specjalnej etyki lekarskiej. Poziom etyczny lekarzy podniósłby się jeszcze i z tego względu, że wobec publicznej krytyki będą oni więcej odpowiedzialnymi, niż wobec samo-krytyki niedostępnej ogółowi. Tylko wolna, uzasadniona krytyka prowadzi do prawdy i postępu.“

Postawienie kwestyi przez Dr. D. jest—naszem zdaniem — fałszywe, bo pomieszano tu dwie różne sprawy:

„Czy lekarze powinni podlegać krytyce ogółu“—na to pytanie niemasz dwu odpowiedzi. Powinni.

Inna rzecz zupełnie, czy sprawy zawodowe, choćby ta, która podyktowała artykuł w „Przeglądzie Tyg.“, czy takie sprawy mogą podlegać kompetencyi ogółu nawet inteligentnego, czytającego pisma tygodniowe.

Tu wcale nie chodzi o podtrzymanie „autoretetu kastowego“ ani o „sztuczną tajemniczość“. Nikt bowiem z lekarzy nie twierdzi, że wszyscy jesteście nieomylni, że nie popełniamy błędów ludzkich, nie popełniamy uchybień zawodowych. Ale np. osądzić postępowanie lekarzy, którzy (rzekomo czy prawdziwie) uchybili przeciw koledze, występując w charakterze lekarzy szpitalnych—mogą *tylko* lekarze.

W takich, i wielu podobnych, sprawach zupełnie zbyteczną jest prasa ogólna jako łącznik między ogółem i lekarzami

Jeśli by zaś prasa ogólna w tym charakterze miała kiedykolwiek wystąpić, to niechże się przynajmniej nie wzoruje na artykule rzeczownika tego pomysłu—Dra Downarowicza!

— 25. — W warszawskim „Gońcu porannym“ z d. 3. II. 04 znajdujemy „artykuł“, zatytułowany: Trafił frant na franta, takiego brzmienia:

„Do spraw zawsze na czasie należy sprawa stosunku lekarzy do publiczności.“

Nie można wymagać od lekarzy nadmiaru poświęcenia, jak to nieraz slyszeć się daje wśród ogółu, który niema żadnego względu na lekarzy. Ale też i lekarze nieraz przesadzają swoje wymagania i wyzyskują swe położenie. Słusznie też biorą nauzkę, o ile jest ona przeprowadzona z pewną finezyą i dowcipem.

Oto fakt, który się zdarzył ostatnimi czasy, a do którego można zastosować stare przysłowie: trail frant na franta.

Przychodzi do dra X. ubogi człowiek, którego żona jest na rozwiązaniu; błaga go, aby poszedł z pomocą, doktor się targuje, żąda 10 rb. najmniej, gdy ubogi człowiek liczył tylko na trzy ruble. Ostatecznie jednak — widząc się bezradnym — obiecał doktorowi 10 rubli.

Doktor tedy zgodził się i poszedł do chorej a gdy sprawa została szczęśliwie załatwiona, mąż pacjentki wręczył lekarzowi rubli dziesięć, które ten skwapliwie włożył do kieszeni.

Mieszkanie składało się z pokoju i kuchni, gdzie doktor złożył swe futro. Opuszczając chora, lekarz chce włożyć futro, ale z przerażeniem znaleźć go nie może.

Niema futra! Co to znaczy? Wówczas mąż chorej rzecz wyjaśnia: doktor chciał 10 rubli, a ja ich nie miałem; więc zaniosłem futro do lombardu, na co mi udzielono rubli 10, jeżeli jednak doktor sobie życzy futro, to proszę o 11 (rubel procentu), a ja w tej chwili przyniosę.

Cóż miał robić doktor? Dał 11 rubli, chwilę poczekał, futro otrzymał z powrotem — i obliczył, że na swojej spekulacji jeszcze rubla stracił. Ubogi człowiek zapłacił doktorowi 3 rb., jak to był zamierzyl z góry.

Od tego czasu doktor postanowił... pilnować futra“...

Odrzewając tę starą, jak świat, anegdotę, „Goniec poranny“ chciał lekarzom „dać nauzkę“.

Niech nam będzie wolno zapytać Redakcję tego szanownego organu o to: 1) Dla czego pomoc lekarską w danym razie ocenil na trzy ruble, a nie na dwa lub pięć, a lekarz żądający rubli 10 „przesadzał“ i „wyskiwał“? 2) Dla czego ubogi człowiek miał słuszność, placąc lekarzowi trzy ruble, „jak to był zamierzyl z góry“ — czy on właśnie ma być tym miarodajnym sędzią. 3) Dla czego *nie społeczeństwo*, tylko jednostka, i to zawsze lekarz, ma *obowiązek* dostarczania pomocy ludziom ubogim. 4) Dla czego fakt zwyyczajnego oszustwa nazywa „Goniec poranny“ czynem „finezyi i dowcipu“. Przecież nawet potępiwszy lekarza, który nie zna *swego obowiązku* zastępowania ogółu w opiekowaniu się biednymi, można było potępić i oszusta, nadużywającego dobrej wiary lekarza.

I taka prasa żąda później, by się z nią liczone!

(„Goniec Łódzki“ potępił w ostrych słowach ten wybryk swego warszawskiego kolegi.)

— 26 — Chcemy na tem miejscu zwrócić uwagę ogółu kolegów na „Pensyonat leczniczy dla dzieci i młodzieży“, w Zakopanem. Założony przed kilku laty przez wybitnie uzdolnioną wychowawczynię, panią Benoni-Dobrowolską, oddaje znakomite usługi, jak o tem kilkakrotnie przekonał się piszący te słowa. Opiekę lekarską nad pensyonatem ma Dr. Benoni; ale sama właścicielka zna teoretycznie i praktycznie zasady wychowania fizycznego. Pensyonat mieści się w wili „Nieczuja“, jest z higienicznym komfortem urządzony. Cena od 90 do 130 koron miesięcznie (zależnie od wieku dziecka)—za utrzymanie i opiekę.

W przypadkach wymagających leczenia górskiego polecić śmiało można pensyonat Dobrowolskiej w Zakopanem. Pamiętać tylko należy, że chorych zakaźnie (np. dzieci z otwartą gruźlicą płuc) ten pensyonat nie przyjmuje.

— 27 — W Poznaniu założono „Towarzystwo zwalczania zakaźnych chorób płciowych“.

Celem Towarzystwa jest zwalczanie chorób zakaźnych płciowych wśród polskiej ludności oraz niebezpieczeństw z tych chorób wynikających. Środkami do osiągnięcia tego celu są: a) Pouczanie mową i pismem o istocie, niebezpieczeństwach i społecznym znaczeniu chorób płciowych — mianowicie zaś szerzenie tych nauk wśród młodzieży. b) Zbieranie materiału statystycznego i popieranie naukowych prac w celu spożytkowania tego jako podstawy do rozporządzeń prawodawczych i administracyjnych. c) Popieranie wszystkich dążeń do zmniejszenia chorób płciowych w kraju.

Członkiem Towarzystwa może być każdy (bez różnicy płci), opłacający rocznie 3 mk. albo wpłacający od razu 100 mk. Raty roczne ściąga się co rok w pierwszym kwartale. Członków przyjmuje Zarząd.

Na pierwszym wieceu nowego towarzystwa uchwalono następujące rezolucye:

1) Wzywa się *redakcyę i administracyę czasopism polskich*, by nie umieszczały ogłoszeń szarlatanów i hańbiących swój stan lekarzy, obiecujących wszelkie choroby płciowe i ich skutki wyleczyć w krótkim czasie, nawet piśmiennie, ani reklam dla tajnych leków przeciw tymże chorobom zalecanym.

2) Wzywa się *całą polską publiczność*, by dopomagała naszemu towarzystwu w szerzeniu wiadomości, że zastarzałym, przez najsłynniejszych profesorów zbitym przesądem jest mniemanie, jakoby wstrzemięźliwość szkodzić mogła zdrowiu a że zakaźne płciowe choroby, mimo braku sprostregalych dla laika objawów, przez długi czas mogą być jednak zaraźliwemi, a tylko długie i sumienne leczenie przez lekarza (w danym razie w zakładach) może je na dobre wyleczyć i niebezpieczeństwo przeniesienia zarazy na drugie osoby usunąć.

3) Wzywa się *członków zarządu kas dla chorych*, by co do leczenia i udzielania zapomóg, traktowali cierpiących na te choroby zupełnie na równi z innymi chorymi.

4) Wzywa się *odnajmujących mieszkania, przedsiębiorców, kupców i rzemieślników*, by mieli szczególną bacność na swoich sublokatorów, kwaterników, służbę i czeladź, i przez własną niedbałość lub nieodpowiednie umieszczanie ich, nie przyczynili się do szerzenia niemoralności i chorób płciowych.

5) Wzywa się *księgarzy i sprzedających* obrazy i karty pocztowe, by w oknach nie wystawiali książek i wogóle przedmiotów mogących balamucić i psuć naszą młodzież — zaś *rodziców*, by dzieci swe od oglądania i nabywania tych rzeczy i od wszelkich podobnych pokus strzegli.

6) Wzywa się *wszystkich dbających o podniesienie moralne i fizyczne naszej młodzieży*, oraz towarzystwa mające to na celu, by wszelkimi siłami łączyli swe zabiegi z naszymi, ażeby nie tylko zapobiegać szerzeniu się zepsucia, ale i skutecznie działać ku istotnemu wyleczeniu tych, co raz popadłszy w taką chorobę, mogą i powinni się z niej wyleczyć zupełnie.

— 28 — W jednym z pism codziennych znaleźliśmy ogłoszenie, które *dostawnie* (t. j. ze wszystkimi błędami) przedrukowujemy:

Mudło Kaktus Kupczyńskiego. Porazity, wszy swojemi zarodki gdzie by się oni nie pokazali zupełnie, wytępisz mydło Kaktus. Żądać na każdym kawalku № 2847. Sprzedaż wszędzie, wysyłanie nie mniej, jak 4 kaw. Skład dla całego Król. Pols. u S. M. Goldberga Warszawa, Rymarska 10.

— 29 — W Łodzi powstała wielka lecznica prywatna, założona przez grono ordynatorów fabrycznego szpitala Czerwonego Krzyża, Doktorów: Skibińskiego, Tochtermana, Wattena i Zaborowskiego.

Nowa lecznica jest urządzona z komfortem higienicznym i zastosowaniem wszystkich urządzeń współczesnej terapii.

— 30 — Z powodów nieprzewidzianych i od wydziału lekarskiego we Lwowie niezależnych postanowiono odwołać kursa dla lekarzy, które się miały odbyć w m. r. u. b. r.

Sprostowanie: Na str. 25. szp. 2 w. 6 zamiast: „obronę” powinno być „stronę”. Na str. 23. szp. 1. w 6. zamiast: „ominięcia” — „uniknięcia”. Na str. 24 szp 2 w. 40 zamiast: „lecz” — „i”. Na str. 25 szp 2 w. 32 zamiast: „zapiinowaniem” — „zapii iowawszy”.



Ś. p. Kazimierz Jacobson

zmarł dnia 12 Stycznia 1904 roku, w Rawie.

Urodzony w d. 20 kwietnia r. 1872, we wsi Bujaly, powiatu Rawskiego, szkoły średnie ukończył w Piotrkowie, poczem wstąpił na wydział lekarski w Moskwie, gdzie wśród kolegów słynął jako wybitnie zdolny uczeń. W Październiku 1897 roku otrzymał dyplom lekarski. Po ukończeniu studyów udał się do Warszawy i przez rok 1898 pracował na oddziale chirurgicznym D-ra Rauma, w szpitalu Praskim. Przez rok 1899 zajmował się praktyką lekarską w Sosnowcu. Wreszcie, po ustąpieniu kolegi Z. Paderewskiego, otrzymał stanowisko lekarza szpitala Św. Ducha w Rawie. Przybył do nas w Lutym 1900 roku i wkrótce dał się poznać jako zdolny lekarz, dobry i życzliwy opiekun chorych. Będąc zdolnym z natury, pracował ciągle nad swem wykształceniem zawodowem. Nabyte wiadomości w dziale chirurgii szeroko stosował w Rawskim szpitalu, gdzie z powodzeniem wykonywał poważne operacje.

Jako lekarz szpitala miał ciągle na myśli dobro tej instytucji i wprowadzał, o ile był w możności, różne ulepszenia. Marzył o tem, aby miał możność oddzielenia chorych zakaźnych od innych, gdyż w szpitalu zdarzały się wypadki zarażenia tyfusem lub ospą chorych, cierpiących na jakieś chroniczne dolegliwości. Były nawet, niestety, z tego powodu wypadki śmierci!... Zabiegi i życzenia zmarłego miały być wkrótce spełnione: rodzina niedawno zmarłego mecenasa A. Wolffa, — obywatela okolic Rawskich — postanowiła wybudować i urządzić przy szpitalu w Rawie barak na 12 łóżek dla zaraźliwych chorych. Nie doczekał jednak zmarły tej szczęśliwej chwili.

Ratując chorą na tyfus plamisty, sam padł ofiarą tej strasznej choroby.

Zgasły przedwcześnie Kolega Jacobson zyskał wśród swych pacjentów miłość i wdzięczność, którą starali się okazać, dążąc tłumnie za Jego ciałem na miejsce wiecznego spoczynku. Licznie zebrani mieszkańcy Rawy i okolicy, odprowadzając zwłoki zmarłego, oddawali należny hołd Temu, który padł na stanowisku, jak żołnierz w boju!

Szkoda młodego życia, które zgasło tak wcześnie, a mogło tyle jeszcze przynieść pożytku i ulgi cierpiącym!

W. Wągrowski.

B. p. Henryk Orłowski

Zmarł w dniu 18 Lutego 1904 roku, w Łodzi.

Urodzony w Lublinie d. 10 kwietnia 1869 r., jako syn niezamożnych rodziców, wstąpił do gimnazjum w Piotrkowie w 1881 r. Po zdaniu egzaminu dojrzało-

ści, nie mogąc z powodu ograniczeń wyznaniowych wstąpić do uniwersytetu, odbył powinność wojskową, jako ochotnik — poczem dopiero wstąpił na wydział lekarski Warszawskiego uniwersytetu; stopień lekarski otrzymał w roku 1896. Jakkolwiek zmuszony do bezzwłocznej pracy zarobkowej, uzupełniał swe wiadomości w Warszawie przez $\frac{1}{2}$ roku, przeważnie w klinice połączonej uniwersyteckiej.

W r. 1897 osiadł w Ozorkowie, gdzie dzięki sumiennej pracy zaskarbił sobie uznanie mieszkańców i kolegów. W r. 1901 przeprowadza się do Łodzi, aby tu — osiągnąwszy dopiero w ostatnich miesiącach życia możność niezależnej egzystencji — paść ofiarą zawodowej pracy jako lekarz sekcji pielęgnowania biednych chorych przy Żyd. Tow. Dobroczynności.

Zmarł, zaraziwszy się tyfusem plamistym, w 35-ym roku życia, ku serdecznemu żalowi kolegów i rozpaczy pozostałej rodziny.

A. J. G.

Ś. p. Emil Janiszewski

zmarł w dniu 17 Stycznia 1904 roku, w Ząbkowicach.

„Gdyby mnie kto dziś zapytał, jakie cnoty uważam za najważniejsze dla lekarza, odpowiedziałbym bez wahania: ludzkość, sumiennosc i stanowczosc.

„Myśli i afor. o etyce lek.“ Wł. Riegański.

Ś. p. dr. Emil Janiszewski urodził się w 1869 r. w Chrobrzu. Pierwsze nauki pobierał w Pińczowie, gimnazjum ukończył w Radomiu, następnie wydział lekarski w Warszawie. Po otrzymaniu dyplomu lekarskiego pracował trzy lata w domu zdrowia d-ra Solmana. Po upływie tego czasu zaczął wolną praktykę w Grodźcu, jako lekarz fabryczny, a ostatnie półtora roku w Ząbkowicach, jako lekarz kolei Warsz. Wied.. Już od wczesnej młodości osierocony — musiał iść do celu własną siłą, otrzymując niekiedy pomoc od swojego wuja, ś. p. ks. Kanonika Siarkowskiego, znanego archeologa.

Zarówno w życiu gimnazjalnem, uniwersyteckiem i lekarskiem świecił zawsze jako nieskalana dusza, mocny charakter i czyste uczciwe serce. Jako człowiek i lekarz żył sercem; względem cierpiących — obowiązek niesienia ulgi i pomocy bez względu na czas, odległość i swój stan był dla niego najwyższym rozkazem i potrzebą ducha. Będąc już chorym na tyfus, wezwany w nocy do krwotoku, na perswazyę żony, że w 39 stopniach gorączki nie jeździ się do chorych, odpowiedział: ja umrę, to Marychna (córeczka) znajdzie w Tobie opiekę, jeżeli tamta umrze, zostanie czworo sierot bez opieki. Ś. p. E. Janiszewski był prawdziwym, cichym i mocnym żołnierzem Chrystusowym. Żył krótko, niczem się nie wsławił, a zostawił w całej okolicy wspomnienia jasne, prawdziwy ból i głęboki żal na długo. Liczny i piękny pogrzeb był dowodem uznania. Życie całe, — ostatnie chwile — i śmierć są dopełnieniem w czynię pięknych słów autora powyższego aforyzmu.

Teodor Drabezyk.

Komitet redakcyjny:

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

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Дозволено Цензурою г. Лодзь 19 Февраля 1904 г.

Druk. S. Dębskiego, w Łodzi.