

## Z kazuistyki ran postrzałowych wątroby.

Czytane na posiedzeniu Łódzkiego Tow. Lekar.  
d. 5. XII. 06.

Podał Dr. Ant. J. Goldman.

W drugiej połowie r. b. miałem możliwość obserwowania czterech, a wykonania rękoczynu w dwóch przypadkach ran postrzałowych wątroby, stwierdzonych podczas operacji; w żadnym z tych przypadków nie znaleziono uszkodzenia jakiegokolwiek innego narządu jamy brzusznej

W dostępnej mi literaturze polskiej prócz „przypadku rany postrzałowej żołądka, powikłanej zranieniem wątroby i nerki“, opisanego w „Medycynie“ w r. 1900 przez dr. *Wertheima*, a operowanego przez dr. *Krajewskiego* z pomyslnem zejściem, nie znalazłem żadnej innej pracy o uszkodzeniach postrzałowych wątroby, pomimo że ostatnia wojna rosyjsko-japońska dostarczyła w tym względzie dużo materiału; wnoszę o tem chociażby z sumiennie opracowanych obserwacji d-ra *von Oettingena*, delegowanego przez rząd niemiecki do szpitala wojskowego w Charbinie na czas działań wojennych. Pracę tę o ranach postrzałowych jamy brzusznej, między innymi i wątroby, autor odczytał na ostatnim zjeździe chirurgów niemieckich w Berlinie, gdzie cały obszerny dział poświęcono referatom o wynikach pracy naukowej lekarzy na Dalekim Wschodzie.

Przypadki moje nie pochodzą z teatru niedawnej wojny, lecz z bliższego dla nas pola bitwy — z ulic i fabryk Łodzi, gdzie prawie codziennie teraz spotykamy się z ofiarami rewolucyi.

Luka jaką znalazłem w literaturze swojskiej upoważnia mnie do podzielenia się z Panami krótkim opisem tych przypadków.

### Przypadek I.

Dnia 23 października 1906 r. przywieziono o godz. 9 przez Pogotowie do szpitala małż. Poznańskich 42-letniego Wojciecha M. postrzelonego z rewolweru przed niespełną pół godziną na podwórzu jednej z łódzkich fabryk przez towa-

rzysza pracy; chory po postrzale nie stracił przytomności — poczuł silne targnięcie w brzuchu i, nie mogąc ustać na nogach, upadł na podwórze fabryczne, skąd przeniesiono go do karetki Pogotowia.

Badanie po przybyciu do szpitala wykazało: poszkodowany dotychczas był zupełnie zdrow; wygląd cery zawsze blady, ziemisty.

Wzrostu wysokiego, budowy silnej; odżywianie średnie; cera ziemista, blada; na twarzy niepokój, porusza się z trudnością — duszność. Otwór wejściowy postrzału między 5 i 6 żebrzem z prawej strony na linii pachowej środkowej — wyjściowy z lewej strony na linii sutkowej między 8 i 9 żebrzem. Z tyłu z prawej strony klatki piersiowej od 8 żebra w dół stępienie odgłosu wypukowego i wyraźne osłabienie szmeru oddechowego; na całej powierzchni płuc rozlane drobno i grubo-pęcherzykowe rżerzenia. Oddech powierzchowny, płucny, 36 na minutę; tętno napięte pełne = 110; ciepłota normalna. Wymiotów niema. Brzuch mało bolesny, umiarkowanie wzdęty; za pomocą opukiwania w zmiennej pozycji skonstantowano obecność wolnego płynu w jamie brzusznej. Mocz oddał samodzielnie w umiarkowanej ilości. Zalecono wstrzyknięcie morfiny  $\frac{1}{6}$  grm.

Badanie powtórne o godz. 1 $\frac{1}{2}$ , a więc w 4 $\frac{1}{2}$  godziny po wypadku wykazało zwiększającą się ilość wolnego płynu jamy brzusznej, bledosć i niepokój również większe; lekka czkawka; tętno 120, napięte.

O godz. 2-ej przystąpiono do operacji (*M. Cohn*; *ad manum Goldman*; narcosis chlolf, dr. *Kempiński*, narzędzia-instrumentaryusz). Cięcie brzuszne po sutkowej linii nad i pod pękiem długości 12 ctm. i 2-gie pod kątem prostym w prawo długie 8 — 9 ctm.; w jamie brzusznej znaczna ilość skrzepów krwi, po usunięciu których i wybraniu znacznej ilości ciekłej krwi znaleźliśmy w lewym płacie wątroby na dolnej jego powierzchni ranę szarpaną na przestrzeni w obwodzie około 4 ctm. i głębokiej 1 $\frac{1}{2}$  ctm. Po dokonaniu toalety jamy brzusznej, co wobec źle znoszonej przez poszkodowanego narkozy i występowania wskutek tego trzewi z jamy brzusznej było



połączone ze znacznymi trudnościami, ranę wątroby wytamponowano za pomocą worka Mikulicza i koniec jego wyprowadzono w górnym brzegu rany, zresztą zaszytej szwem 2-piętrowym jedwabnym, węzełkowym.

Już podczas operacji nie mogliśmy się doszukać jednej z serwet, pomimo bardzo skrupulatnego przeszukania jamy brzusznej.

Przebieg pooperacyjny nader burzliwy. Już drugiego dnia mieliśmy do czynienia z grożącym obrzękiem płuc, który po zastosowaniu ciętych baniek i odwaru naparstnicy został zażegnany. Tętno pozostaje napięte; ciepłota w granicach 38°—39°; trwa silny kaszel.

Na siódmy dzień zdjęto zropiałe częściowo szwy brzuszne.

Na ósmy dzień cała rana rozeszła się wskutek silnych ruchów kaszlowych; w lekkim uśpieniu chloroformowem nałożono powtórnie szwy skórne, częściowo jedwabne, częściowo drutem; wewnątrz zastosowano Kodeinę.

W następnym przebiegu stan zwolna się poprawia; ciepłota wciąż wysoka; z rany brzusznej nader obficie wydziela się żółć. Kaszel mniejszy, ciepłota stopniowo niższa. 4 XI, a więc na 12-ty dzień po rękoźcznie wobec istniejącego wciąż stępienia z tyłu i z prawej strony klatki piersiowej, dokonano przekłócia próbnego, które wykazało obecność ciekłej krwi w prawej jamie opłucnej; wydzielanie się żółci z rany brzusznej wciąż nader obficie; eczema ścianek brzusznych. 5 XI. wypompowano z jamy opłucnej około 20 ctm. ciekłej krwi. Z rany występuje brzeg serwety, (zostawiony w jamie brzusznej, prawdopodobnie na miejscu krwawiącej rany wątroby) usunięto ją bez jakiegokolwiek szkody dla chorego. Odtąd następuje stała poprawa; wydzielanie się żółci coraz mniejsze.

Obecnie chory jest rekonalescentem, rana ziarninuje bardzo dobrze; tworzy się przepuklina ścianki brzusznej.

W powyższym opisanym przypadku, z którego łaskawie pozwolił mi skorzystać kol. M. Cohn, mieliśmy więc do czynienia z raną postrzałową prawej połowy klatki piersiowej, raną przepony z uszkodzeniem górnej powierzchni lewego płatu wątroby przez kulę, która przeszła tangencyonalnie (t. zw. Streifschuss). Obraz kliniczny był uwarunkowany krwawieniem z miejsca zranienia wątroby i wylewem do prawej jamy opłucnej, a ciężki przebieg pooperacyjny powikłaniami ze strony płuc i ropieniem z powodu

zmiażdżenia tkanki wątrobowej na miejscu urazu. Obce ciało — serweta pozostawiona podczas operacji, wskutek względnej trudności opanowania krwawienia, nie przyniosło choremu żadnej szkody i wydalilo się samorzutnie. Rana przepony nie wymagała specjalnego zabiegu.

Wobec skonstatowanego, zaraz po przywiezieniu chorego, wylewu do jamy brzusznej i niepokoju należało zabieg wykonać natychmiast po dostarczeniu chorego do szpitala.

#### Przypadek II.

W dniu 28 października b. r. o godz. 11-ej wieczorem do szpitala małż. Poznanskich, karetką Pogotowia, przywieziony został postrzelony z rewolweru w mieszkaniu własnem 24-letni Władysław Z.

Po postrzale chory nie stracił przytomności, ani nie uczył zbyt silnego bólu, zaś przy badaniu w pół godziny potem znalazłem, co następuje:

Chory, którego znam od lat kilku, jako człowieka zupełnie zdrowego, budowy silnej; skóra i błony śluzowe ma normalnie zabarwione. Oddech nieprzyśpieszony, miarowy; tętno pełne 76. Skarży się na lekki ból w prawej połowie klatki piersiowej. Z tyłu na l. łopatkowej między 9—10 żebrem znajduje się rana postrzałowa o charakterze wejściowym; z przodu na l. pachowej przedniej, między 8—9 żebrem wyczuwa się pod skórą ciało obce — kula.

Cięcie skórne bez uśpienia — usunięcie kuli systemu Browninga w całości — szew całkowity; opatrunek.

Pomimo, że kierunek rany postrzałowej wskazywał na uszkodzenie przepony ew. wątroby, powstrzymano się od dalszego zabiegu ze względu na zupełnie dobry stan chorego i brak jakiegokolwiek niepokojących objawów. Chory sam zeszedł ze stołu i tylko na skutek mego nalegania pozwolił się przenieść na salę.

Dnia 29 października chory spał bardzo mało wskutek uczucia rozpierania w górnej połowie brzucha. Powłoki brzuszne silnie napięte in epigastrio; bolesność przy obmacywaniu brzucha nader wydatna, — nudności; t. 120. W jamie opłucnej prawej — obecność wolnego płynu, Haemothorax; w jamie brzusznej, przy zmianie położenia b. nieznaczna zmiana odgłosu wypukowego z prawej strony; niepokój; język podsychnięty.

Wobec takiego stanu postanowiliśmy przystąpić do otwarcia jamy brzusznej, co też dokonane zostało o godzinie 1-ej



po południu, a więc w 14 godzin po postrzeleniu.

Cięcie Kehra z dodatkowym porzecznem w dolnym końcu rany.

Po otwarciu jamy brzusznej i rozciągnięciu jej brzegów, znaleźliśmy pod prawym płatem wątroby około 1 litra ciekłej krwi ciemno zabarwionej, a nad płatem znaczną ilość krwi skrzepłej, którą usunięto za pomocą serwet. Na prawym płacie wątroby więcej ku tyłowi szarpana rana wątroby na długości około 4 ctm.,—nader silne krwawienie. Mechanizm powstania rany prawie napewno—wskutek draśnięcia przez kulę w tangencyalnym kierunku—Streifschuss (dostęp okiem do rany nader trudny—rana wyamacana palcem). Szczelnie wytamponowano ranę workiem Mikulicza i pasami gazy jodoformowej wyjałowionej a końce sączków wyprowadzono w górnej części rany,—szew częściowy trzypiętrowy rany brzusznej. Deligatio. Injectio 25% ol. camph 50 ctm<sup>3</sup> w przerwie 12 godzin; —2×500 ctm.<sup>3</sup> fizyologicznego roztworu soli.

30X. Stan lepszy, P=120. Opatrunek przesiąknięty krwią,—zmiana,—wiatry odchodzą.

1 XI. Stopień z prawej strony z tyłu sięga aż do 6 żeber; punctio=50 ctm.<sup>3</sup> ciemnej ciekłej krwi. Clyzma ol. olivarium 200 ctm.<sup>3</sup> Stolec obfity, stan ogólny lepszy.

W dalszym przebiegu część szwów skórnych zropiała, wskutek czego je rozpuszczono. Sączki stopniowo usuwano, poczynając od 12-go dnia po operacji w miarę przesiąkania wydzielina nader obfitą w późniejszym okresie pooperacyjnym. Na 20-ty dzień nałożono częściowo wtórny szew; do miejsca rany wątroby, obficie ropiejącej, wprowadzono sączki gumowe.

Obecnie chory jest rekonwalescentem. Chodzi. Ropienie bardzo nieznaczne; rana prawie liniowa; przepukliny niema.

W podanym przypadku mieliśmy znów do czynienia z raną postrzałową wątroby prawego płatu, o charakterze „Streifschuss“, powikłanej raną prawej jamy opłucnej i przepony. Początkowe objawy nie przemawiały za koniecznością zabiegu, który jednak okazał się koniecznym po 12 godzinach. Przebieg pooperacyjny był nader ciężki w zależności od zakażenia rany postrzałowej, o czem sądzić można z następnego obfitego ropienia. Zastosowane cięcie nie uprzyściplniło dobrze rany prawego płata wątro-

by: szew np. w naszych warunkach byłby niewykonalny.

Rękoczyn, jak widać z przebiegu, powinien być być dokonany natychmiast po pierwszym podaniu pomocy.

#### Przypadek III.

8-go sierpnia o godz. 11-ej wiecz. zawezwany zostałem przez kolegę E. Jasińskiego do pomocy u chorej, którą przed niespełną godziną przywiozła Pogotowie do szp. św. Aleksandra. Dalsze szczegóły czerpię z karty szpitalnej, prowadzonej przez kol. Jasińskiego, któremu w tem miejscu dziękuję za uprzejmość jaką mi okazał, pozwalając korzystać z Jego przypadku.

Kula rewolwerowa przeszła przez prawe przedramię do brzucha. Chora narzeka na bóle brzucha.

St. praesens. Stan bezgorączkowy, puls 70 na minutę, odżywianie dobre; na prawym przedramieniu w dolnej 3-ej jego części zauważyć się daje na wyprostnej stronie otwór wejściowy kuli, zaś na przedniej powierzchni także wyjściowy otwór. Pod łukiem prawym żeber na linea mamillaris widać ranę postrzałową brzucha, idącą w kierunku wątroby. Brzuch w okolicy wątroby bardzo bolesny na dotyk. Tegoż wieczora, pod chloroformem, zrobiono operację cięcia brzuszego. Po otwarciu brzucha znaleziono znaczną ilość krwi-sto-surowiczego płynu, wyciekającego przez ranę cięcia. Przedłużono cięcie w dół, w formie bagnetu, poczem zauważono krwawiącą ranę na przedniej powierzchni wątroby. Na żołądku w 2-ch miejscach zauważono krwawe podbiegnięcia, jednakowoż otworu w tych miejscach nie znaleziono. Po wyciągnięciu żołądka wraz z colon i omentum, koło kręgosłupa po za lig. Rezii zauważono krwawienie żyłne. Po zrewidowaniu kieszek, które nigdzie nie miały rany, zatamponowano gazą jodoformową miejsce krwawiące pod wątrobą i nad wątrobą tak, aby ucisnąć płat wątroby z dwóch stron: z przodu i z tyłu. Brzuch zaszyto szwem dwupiętrowym.

9 VIII. Chroa wymiotuje, narzeka na bóle brzucha. Opatrunek przesiąkł krwią. Zmiana powierzchownej części opatrunku.

10 VIII. Opatrunek zmoczony zółcią,—gorączka, wymioty.

11. VIII. Wymioty nadal trwają. Przepłukano żołądek; gorączka trwa dalej. Opatrunek zmoczony zółcią; zmiana opatrunku codziennie.



12 VIII. Gorączka większa. Wymioty zaraz po przepłukaniu żołądka chwilowo ustępują. Puls mały, częstszy 14) na minutę.

Wypisała się 13-go sierpnia w stanie groźnym na własne żądanie.

W domu chorą odwiedzał kolega Jasiński, który na 7-my dzień usunął sączki, poczem stan chorej znaczenie się pogorszył. Chorą 18-go sierpnia przewieziono do szpitala Geyerów, gdzie widziałem ją w stanie blizkiej agonii. Tegoż samego dnia (w zastępstwie kolegi Kruzego) przy bardzo powierzchownem badaniu—ze względu na stan chorej (tętno niezliczalne, wymioty) — skonstatować mogłem: rana pooperacyjna zrosnięta przez ryczałozrost, z prawej strony i z tyłu klatki piersiowej stopienię odgłosu wypukowego, poczynając od kąta łopatki; oddech osłabiony; punctio=wynik ujemny.

W powyższym przypadku mieliśmy do czynienia z uszkodzeniem prawego płatu wątroby, przestrzelonego na wylot. Kula najprawdopodobniej utkwiała w kręgosłupie. Przyczyny śmierci należy szukać w zapaleniu otrzewny; sądzę, że zbyt szybko usunięto sączki i tem uniemożliwiono odpływ wydzieliny z miejsca zranienia wątroby.

#### Przypadek IV.

W dniu 30-tym lipca r. b. o godz. 2-iej po południu wezwany zostałem do szpitala fabrycznego w Pabjanicach, gdzie znalazłem 22-letniego Stanisława M., rannego d. 29-go lipca r. b. w godzinach rannych z rewolweru.

Przy badaniu znalazłem: chory dobrze odżywiony, o silnej budowie ciała; T. 100—pełne, miarowe; stan podgorączkowy,—skóra i błony śluzowe blade; chory przytomny, od czasu do czasu stęka z powodu bólu w prawej połowie brzucha.

Otwór wejściowy postrzału z tyłu na linii pachowej tylnej między 10 i 11 zębem, nieco opalony, — wyjściowego niema. Z rany wycieka krew i żółć. W jamie opłucnej i w jamie brzucha obecność wolnego płynu. Brzuch umiarkowanie wzdęty; ścianki brzuszne napięte; omacywanie okolicy wątroby bolesne.

Rozpoznałem zranienie prawej opłucny, przepony i wątroby—i o godz. 4-iej przystąpiliśmy w uspianiu chloroformowym (kol. A uspit z) do otwarcia jamy brzusznej (asyst. kol. Ostaniewicz, Broniewski i B. Kohn). Cięcie równoległe do brzegu zewnętrznego m. pro-

stego brzucha, poczynając od łuku żebrowego w dół. Po otwarciu jamy brzusznej znaleźliśmy koło litra ciekłej krwi, którą usunąłem serwetami. Rana postrzałowa wątroby draży na wylot przez prawy jej płat; żaden inny narząd jamy brzusznej nie zraniony; kula utkwiała w okolicy kręgosłupa. Po założeniu sączków na miejsca krwawiczych ran wątroby (worek Mikulicza) część rany dolnej zaszyłem dwupiętrowym szwem; przez górną część rany wyprowadziłem sączki. Żaden inny narząd jamy brzusznej nie uszkodzony.

31 VIII. Żółtaczką; chory przytomny; tętno niewyczuwalne.

O godz. 11-iej wiecz. zejście śmiertelne.

Dane do tego przypadku zostały mi łaskawie zakomunikowane przez nieobecnego przy operacji kol. Schröttera z Pabjanic, któremu w tem miejscu za grzeczność uprzejmie dziękuję.

W tym wypadku wcześniej wykonany rękoczyn również mógłby może uratować chorego.

Rany postrzałowe wątroby są zawsze powikłane ranami powłok brzusznych lub klatki piersiowej, a często i jamy opłucnej (w moich wszystkich przypadkach). Co do rozmiaru i formy bywają one najrozmaitsze, poczynając od nieznacznego draśnięcia — Streifschuss—jak to mogłem zaobserwować przed niespełna tygodniem u chorego, operowanego ze śmiertelnym, niestety, zejściem przez kol. M. Cohna w szpitalu małż. Poznańskich skutkiem ran postrzałowych żołądka, kiszek i wątroby—aż do zupełnego miejscowego rozerwania i zniszczenia tkanki wątrobowej. Wskutek braku w wątrobie elementów ściągających się—obraz kliniczny i niebezpieczeństwo ran postrzałowych wątroby są w pierwszym rzędzie zależne od krwawienia i w tym kierunku działamy głównie i przedewszystkiem przy wykonaniu rękoczynu operacyjnego. Z drugiej strony jednak wiadomo nam z prac doświadczeniych i kazuistycznych spostrzeżeń (Bardcnhauer i Sonnenschein), że rany postrzałowe wątroby mogą nie wywoływać znacznych krwotoków, co jest nader ważnem przy powzięciu decyzji co do wykonania rękoczynu tam, gdzie uszkodzenie nie wywołuje nasilających się objawów niedokrwistości, wstrząsu etc. Przypadki gojenia się ran postrzałowych wątroby samoistne zostały stwierdzone sekcyjnie lub podczas wtórnej operacji; u chorego Neumayera np. w trzy lata po postrza-



łowem uszkodzeniu jamy brzusznej znaleziono a sekcyi wgojone w wątrobę bez blizny części naboju (przemawia przeciwko teorii König a młodszego o bezwarunkowym powstawaniu po uszkodzeniu wątroby sprawy patologicznie określonej jako *Haepatitis traumatica*). W przypadku Bardenheuera i Sonnenscheina w 2 lata po ranie postrzałowej wątroby usunięto następnie kulę z wątroby, gdzie była wgojoną bez śladu blizny—operacji dokonano z powodu dolegliwości ze strony oddechu i bólów klatki piersiowej. Edler wykazał możność samoistnego gojenia się ran wątroby doświadczalnie, równie jak Tillmanns, który działając według zasad antyseptyki, na zwierzętach otrzymywał rychłozrost przy ranach ciętych wątroby—bez szwu.

Podczas ostatniej wojny rosyjsko-jaapońskiej, według danych v. Oettingena, obserwowano przypadki, gdzie rany postrzałowe wątroby goiły się samoistnie, dając niekiedy w następnym przebiegu ropienie, wskutek zakażenia wewnątrz otrzewnowych wylewów krwawych w wątrobie lub jamie otrzewny; tak np. na 10 dzień po postrzale w jamę brzuszną, przeciał v. Oettingen ropień pozornie ścianki brzucha, w zawartości którego były resztki przestrzelonego siódmego zębra,—przetoka żółciowa stąd powstała zagoiła się samoistnie. Ropienie po ranach postrzałowych wątroby jest nader częstym zjawiskiem i zależy od zakażenia wylewu przez drobnoustroje żółci lub kiszek, które przedostają się z nich do obiegu venae portae. Niektórzy, jak Edler König młodszy, są zdania, że namiejscu uszkodzenia wątroby powstaje zawsze sprawa w rodzaju zapalnej, t. zw. hepatitis traumatica i ta daje wespół z działaniem drobnoustrojów powód do powstania ropienia; Uwersky dowiódł tego doświadczalnie. Drobnoustroje te dostają się do wylewów krwawych po ranach postrzałowych wątroby—jak chcą Langebuch, König młodszy i Socin z żyły wrotnej, której krew jest przepelniona drobnoustrojami z dróg trawiennych, a jak chcą inni np. Kehr—z dróg żółciowych. Na potwierdzenie tego ostatniego przypuszczenia przytacza Kehr fakt, że w warunkach normalnych krew żyły wrotnej jest wolna od drobnoustrojów nie przepuszczanych przez zdrową ściankę kiszek.

Tak czy owak, należy uważać za fakt stwierdzony przez wszystkich, że wątroba zraniona stanowi zawsze dobre podłoże dla zakażenia, nawet w przy-

padkach podskórnego uszkodzenia takowej.

To łatwe zakażenie się wszelkich ran—a więc tembardziej postrzałowych—wątroby, stanowi drugie wskazanie do czynnego zachowania się przy omawianych uszkodzeniach.

W obrazie klinicznym ran postrzałowych wątroby jako pierwszy objaw występuje wstrząs, na skutek którego chorzy najczęściej padają na ziemię czy podłogę; nie można jednak uważać objawu tego za prawo — zarówno na wojnie jak i w czasie pokojowym chorzy przechodzą wprawdę pewną przestrzeń; odgrywa tu znakomitą rolę budowa chorego, rodzaj uszkodzenia, stopień niedokrwistości, stan chorego przed postrzałem i t. d. Ból po większej części jest minimalny; niepokój występuje nader często, lecz w nieco późniejszym czasie. Wymioty w początkach obserwujemy tylko w przypadkach, gdy zranienie wątroby jest powikłane przez uszkodzenie żołądka lub kiszek. Charakter i częstość tętna nie są wcale miarodajnymi co do rodzaju uszkodzenia, gdyż nawet przyspieszone tętno i pusta jego fala może zależeć od działania wstrząsu na serce. Przy badaniu brzucha w ciągu pierwszych 24-ch godzin można skonstatować istnienie wolnego wylewu krwi do jamy brzusznej lub zwiększanie się tegoż. Malgaigne uważał, że wylewy krwawe, pochodzące z wątroby, zostają zatrzymane przez mesenterium i colon w prawym dole biodrowym i nie przechodzą do miednicy, podczas gdy pochodzące ze śledziony przechodzą do jamy miednicy. Kehr nie sądzi, aby umiejscowienie wylewu krwawego było ważniejsze, niż przyjęcie pod uwagę innych danych, jak np. drogi którą przeszła kula i inne. W związku z wylewem krwi do jamy brzusznej gdzie bladeść powłok skórnych i błon śluzowych, co jednak nie zawsze występuje tak jaskrawo (np. w naszym II przypadku) i niekiedy zależne jest od innych wpływów. Przy nasilajacem się krwawieniu chorego skarżą się na silne bóle umiejscowione lub też rozlane. Napięcie powłok brzusznych, tak ważne przy podskórnych uszkodzeniach wątroby, może nie istnieć przy ranach postrzałowych wątroby, a chociaż istnieje—jest więcej ważne dla rozpoznania, niż jako wskazanie do terapii czynnej. Znane są wypadki, gdzie chorzy z nader silnem napięciem powłok brzusznych wyzdrowieli bez wszelkiego rękoczynu. Brak brzuszno oddechu zdarza się tylko czasami



i w celach rozpoznawczych nie może być zużytkowanym. Żółtaczką występuje tylko w niewielkiej ilości przypadków i to dopiero na 3—4 dzień. Niekiedy żółć wydziela się wprost przez ranę powłok brzusznych zaraz po uszkodzeniu (przypadek IV). Męczący kaszel zależy od jednoczesnego zranienia (w trzech naszych przypadkach) płuc lub złamania żeber.

Z przedstawionego obrazu klinicznego przypadków ran postrzałowych wątroby widać, że niekiedy pomimo wszelkiej pewności, powziętej na podstawie kierunku postrzału, o uszkodzeniu jamy brzusznej wątroby, — nie jesteśmy w stanie tego rozpoznać ani zaraz po uszkodzeniu, ani czasami wcale; a jednak dla odpowiedniego leczenia winno się działać możliwie szybko. Z tego względu w przypadkach ran postrzałowych jamy brzusznej należy nader skrupulatnie rozważyć całość obrazu klinicznego i w przypadkach wątpliwych raczej rozpoznać przypuszczalne uszkodzenie jamy brzusznej, a więc i odpowiednio czynnie postępować, niż rozpoznać to zbyt późno, kiedy najenergiczniejsze leczenie nie przyniesie żadnej korzyści.

Prognoza uszkodzeń postrzałowych wątroby zależy w pierwszym rzędzie od rozmiarów krwotoku, w drugim — od stopnia zakażenia wylewu przez bakterje. Wśród starych autorów panowała rozpacz co do wyników leczenia uszkodzeń postrzałowych wątroby; dzisiaj z opanowaniem przez duże koło lekarzy zasad aseptyki i przy czynnym zachowaniu się chirurdzy zarówno u nas, jak i zagranicą, są tego zdania, że odsetka śmiertelności po ranach postrzałowych wątroby znacznie się zmniejszyła. Rozumie się, przy znacznych uszkodzeniach wątroby, np. na wojnie pociskami wybuchowymi, przy zranieniu żyły wrotnej, np. u Carnot'a w swoim czasie — rzadko przyniesiemy korzyść choremu naszym zabiegiem operacyjnym. W pojedynczych przypadkach nawet nacięcie żyły wrotnej nie uwalnia nas od czynnego zabiegu, niekiedy z dobrem zejściem; np. Kehr podczas Choledochotomii naciął przez nieostrożność żyłę wrotną i przez szczelne tamponowanie rany opanował krwawienie. Reusing zeszył ranę żyły wrotnej szwem katgutowym.

Statystyczne dane co do ran postrzałowych wątroby przedstawiają się w następujący sposób:

Edler w swej monografii z r. 1887 podaje śmiertelność ran postrzałowych

wątroby na 55%; Terrier i Auvray dor. 1896 — 28% i od 1896 do 1901 r. — 35, 29%. Z nowszych statystyk Giordano w r. 1902 zestawia 60 przypadków ran postrzałowych wątroby bez uszkodzenia innych narządów i w operowanych w przeciągu pierwszych 8-iu godz. określa śmiertelność na 39%, w operowanych w przeciągu pierwszych 3-ch dni — na 50%, w późniejszym czasie — 100%. Jeśli rana postrzałowa wątroby jest powikłana przez inne uszkodzenia, to przy zabiegu, wykonanym w przeciągu pierwszych 8-iu godzin, śmiertelność = 31%, w przeciągu pierwszych 2 dni = 87%.

Przy ranach postrzałowych wątroby, jeśliśmy je rozpoznali bez zastrzeżeń, należy, według zdania wielu wybitnych chirurgów niemieckich i francuskich, otworzyć jamę brzuszną, aby opanować krwawienie i niedopuszczyć do zakażenia wylewu krwawego, ew. wydzieliny wyprowadzić nazewnątrz. Tak szerokie wskazanie niektórzy rozszerzają jeszcze więcej, stojąc na tem stanowisku, że w każdym przypadku nawet nie zupełnie rozpoznanej rany postrzałowej wątroby należy otworzyć jamę brzuszną, gdyż jak słusznie mówi Kocher — odpowiednio wykonana próbna laparotomia pod żadnym pozorem nie może zaszkodzić choremu; kto obawia się użycia w tym celu ogólnego uśpienia, niech dokona cięcia brzuszego pod miejscowem znieczuleniem, a po przekonaniu się o istnieniu wolnego wylewu krwi — niech przejdzie do ogólnego znieczulenia; opóźnienie rękoczynu jest w takich razach stokrotnie gorsze, niż zbyt wczesne próbne cięcie brzuszne.

Karczewski w swej pracy „O drażących ranach brzucha“ mówi: „Jeżeli od chwili zranienia upłynęło nie więcej niż 6 godzin czasu, należy przystąpić do laparotomii, o ile stan ogólny chorego (wstrząs, rozpaczliwy stan wskutek nadmiernej utraty krwi) nie stanowią przeciwwskazania i o ile warunki chorego są odpowiednie. Po upływie 6 godzin od chwili wypadku, chirurg winien zachować się wyczekująco, w razie zaś wystąpienia objawów krwotoku wewnętrznego lub zapalenia otrzewny, należy otworzyć jamę brzuszną; aczkolwiek w tym ostatnim przypadku wyniki są wogóle niepocieszające, to jednak zabieg może być usprawiedliwiony, jeżeli stan ogólny chorego daje choćby słabą nadzieję utrzymania go przy życiu“. Co do kierunku cięcia, to najlepiej przeprowadzić je tak, aby dojsz najdokładniej do miejsca przy-



puszczalnego uszkodzenia. W 2-ch najszych przypadkach dokonano cięcia K e h r a z dodatkowym bocznem, w jednym cięcia C z e r n y'ego (Hakenschnitt), w jednym—wzdłuż zewnętrznego brzegu m. prostego brzucha. Przy uszkodzeniach wypukłej strony prawego płata wątroby, uprzystępnia dobrze miejsce uszkodzenia cięcia L a n n e l o n g u e'a z rezecką chrząstek 9 i 10 żebra. Przy zaopatrzeniu ran postrzałowych wątroby mamy do wyboru szew lub tamponadę. Wszyscy jednomyślnie (za bardzo małym wyjątkiem) przemawiają w ostatnich czasach za tamponowaniem ran postrzałowych wątroby w celu wstrzymania krwotoku (G i o r d a n o, K e h r, K ö n i g młodszy, W i l m s i inni). Koniec pasków gazy jodoformowej i brzegi worka Mikulicza wyprowadzamy w górnym lub zewnętrznym kącie rany, unikając miejsca krzyżowania się cięć na wypadek dodatkowego cięcia. Leczenie następcze ran postrzałowych wątroby nie różni się w niczem od leczenia innych uszkodzeń narządów jamy brzusznej; szczególną uwagę w obchodzącej nas sprawie należy zwrócić na możliwość powstawania wysięków w jamie opłucny (ew. wylewów), ropni podprzeponowych i ropni wątroby. Wszystkie te powikłania leczymy w odpowiedni sposób.

#### LITERATURA.

Handbuch der Praktischen Chirurgie. *Bergman, Bruns. Mikulicz*, tom 5. Ueber gleichzeitige Schussverletzung von Brust u. Bauchhöhle. *Dr. F. König* Berl. Klin. Wochenschrift. 1900, № 2, 3, 4. Ueber die operation der Leberverletzungen. *Dr. W. Noetzel*. Beiträge zur klin. Chirurgie. Tom 48 zeszyt II. Przypadek rany postrzałowej żołądka, powikłanej zranieniem wątroby i nerki. *Dr. Wertheim*. Medycyna 1900 r. № 50. Die Schussverletzungen des Brauches nach Erfahrungen im russisch-japanischen Kriege 1904—1905. *Dr. W. v. Oettingen*. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie XXXV Congress 1906. Zur Kasuistik der Leberschüsse *Bardenhauer und Sonnenschein*. Festschrift zur Eröffnung der Akademie für praktische Medizin in Köln-Refer. Centr. f. chir. 1095 № 3.



Szpital Anny-Maryi dla dzieci w Łodzi. Z oddziału Dr. J. Brudzińskiego.

### Rozedma podskórna w przebiegu odry powikłanej płonicą u dziecka.

Podał Dr. Władysław Schoeneich, lekarz pawilonów dla chorób zakaźnych.

Dnia 13, XI, 06 o godzinie 9 wieczorem na oddział szkarlatynowy przyjęty został chłopiec Sz. F., lat 2½, w stanie ciężkim.

10 dni temu dostał gorączki i wymiotów, nazajutrz wystąpiła wysypka podług opowiadania rodziców typowo szkarlatynowa, stwierdzona następnie przez lekarza. W ciągu następnych dni stan chorego pogorszył się, powstał obfity wypływ z jamy ustnej i gardła, i ropotok z obu uszu. Przy badaniu wstępnem, jakiemu podlegają wszyscy chorzy przy przyjęciu do szpitala, rozpoznanie płonicy nie ulegało wątpliwości, ponadto jednak lekarzowi miejscowemu, przyjmującemu dziecko, wydały się podejrzanymi ślady wysypki na twarzy, zacerwienie łącznie, kaszel dziecka, szczególnie wobec panującej w mieście epidemii odry i wobec stwierdzonego źródła zakażenia odrą (drugie dziecko w domu jest chore na odrę). Dla tego też dziecko zostało przyjęte na oddział szkarlatynowy, lecz odosobnione.

Mały pacjent, piąte dziecko zdrowych rodziców. 3 dzieci zmarło. Karmiony piersią przez 7 kwartałów; zaczął dostawać ząbki przed końcem pierwszego roku, a chodzić i mówić w 2-gim roku życia. Ospa szczepiona z dodatnim wynikiem. *Koklusu nie przechodził*. Rok temu miał jakąś wysypkę, podczas której chodził i lekarza nie wzywano.

*Stan obecny z dnia 14 XI.*

Chory nieprzytomny, nie nie mówi, nie płacze, przelewa się przez ręce, nie może podnieść się i siedzieć o własnych siłach, robi wrażenie bardzo ciężko chorego. Budowa mierna, odżywianie upośledzone.

Ciepłota in recto 39,8°. Na skórze twarzy i tułowia *nieobfita, plamista sinawa wysypka odrowa*. Kończyny chłodne, sine. Na dolnych kończynach sine grudki. Łuszczenia nie widać. Układ kostny wątkły; na klatce piersiowej ślady krzywicy.

*Gruczoły chłonne* u kąta zuchwy z prawej strony wielkości fasoli, z lewej—grochu; szyjowe, podpachowe i pachwinowe liczne, drobne, groszkowate.



Odruchy kolanowe wywołują się łatwo; *ropotok z obu uszu obfity*; źrenice rozszerzone oddziałują na światło leniwie, *rogówki nieco zmętniałe, spojówki wybitnie zaczerwienione*, wysięk z powiek dość obfity, śluzoropny.

*Wargi spieczone, sine*; w kątach ust nadżarcia, *język obłożony, błona śluzowa jamy ustnej zaczerwieniona*, wypływ obfity, śluzowy. Plamek Kóplicka nie widać. *Migdały powiększone*. Na migdałach i jęczyczku *obszerne brudne, szarobiałe naloty z głębokimi nadżarciami*.

Przy badaniu bakterjoskopowem nalołów *nie* znaleziono pałeczek Löfflera. Zapach z ust mdły. Błona śluzowa nosa zaczerwieniona, wypływ nieobfity, śluzoropny, prędko zasychający.

Granice *serca* normalne; tętno 130, słabe, przerywane; tony głucho.

*Oddech* niemiarowy, nasilony, specjalnie wydech utrudniony. *Kaszel* niezbyt częsty, suchy.

Na całej przestrzeni płuc *przy opukiwaniu odgłos jasny z odcieniem bębenkowym*. Stłumienia *nie* stwierdza się. *Granica płuc* u dołu z prawej strony na linii sutkowej — 7 żebro, na l. pachowej środkowej — 8 żebro, na l. łopatkowej — 11 żebro, na l. kręgowej — 12 żebro. Granica lewego płuca odpowiada granicy prawego.

Przy *wystuchiwaniu* słychać rozsiane suche rżenia, a ztyłu, *z obu stron*, szczególnie z prawej, poniżej kąta łopatki słychać *oddech oskrzelowy* z świszczącym wydechem.

Brzuch *wzdęty*. Mięśnie brzucha nieco napięte. Sledziona niemacalna. *Wątroba* macalna, *bardzo duża*, twarda występuje z poza brzegu żeber na linii sutkowej prawej na dwa poprzeczne palce, a na linii środkowej dolna granica wątroby przekracza połowę przestrzeni pomiędzy pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym o 1 poprzeczny palec. *Stolec zielone*, cuchnące wraz z moczem chory odaje pod siebie.

Na zasadzie śladów wysypki, conjunctivitis, bronchitis, bronchopneumonia i wobec omawianego wyżej szczegółu z wywiadu — wrozpoznanie odry nie ulegało wątpliwości. Mamy więc przed sobą przypadek zakażenia mieszanego, „Mischinfection“: *Scarlatina + Morbilli*.

Dziecko zostało przeniesione na salę, na której podówczas leżało już 6 chorych z mieszanym odrowoplonicowym zakażeniem.

Leczenie: kąpiele z oblewaniem, okład rozgrzewający na klatkę piersiową, przemywanie oczu wodą borną, szpry-

cowanie jamy ustnej i gardła 5% roztworem ichtyolu, oczyszczanie uszu i zdmuchiwanie sproszkowanym kwasem bornym, camphora dowewnątrz i podskórnice.

15. XI godz. 10 rano. Ciepłota wczoraj wieczorem 39,2; dziś zrana 39,4. Tętno 136, bardzo słabe, trudno wyczuwalne, przerywane. Chory senny, nieprzytomny. Wysypka zbladła, na twarzy nieznaczne otrębowate łuszczenie. Stopy i dłonie sine, chłodne. Na dolnych kończynach więcej, niż wczoraj sinych gudek i plam. Sinica warg i policzków bardzo wybitna. Duszność większa, oddech 45 na minutę, bardzo utrudniony.

*Przednia okolica szyi obrzmiała, rozdęta*. *Przy obmacywaniu obrzęklej skóry wyczuwa się wszędzie trzeszczenie, przypominające skrzywienie śniegu*. Nad obojczykiem prawym uwypuklenie większe, ograniczone, wielkości włoskiego orzecha; ucisk w tem miejscu momentalnie spowodza zapadnięcie, które nader szybko znowu ustępuje miejsca wypukleniu. Górna granica obrzmienia, wypełniającego dołek nadmostkowy i jamy nadobojczykowe, dosięga do dolnej szczęki, nie przechodząc na twarz; dolna zaś granica dosięga z prawej strony do 2 żebra, z lewej nie przekracza obojczyka. Zginanie głowy ku przodowi utrudnione.

*Stłumienia serca brak prawie zupełny*: tuż przy mostku na wysokości przyczepu piątego żebra nieznaczne tylko przytłumienie na przestrzeni, którą można zakryć końcem palca. Tony serca przy wierzchołku słyszalne, głucho, rytm płodowy. U podstawy zaś serca tonów nie słychać zupełnie, gdyż zagłuszają je różne rżenia, furczenia i świsty, słyszalne na całej przestrzeni mostka, szczególnie w górnej jego części. W tychże miejscach przy opukiwaniu odgłos wybitnie bębenkowy.

15. XI, 8 wieczorem. Ciepłota 39,9°. Tętno 136, bardzo słabe, przerywane. Sinica na twarzy wybitniejsza. Oddech bardzo utrudniony: przy oddychaniu poruszają się nozdrza. Obrzmienie na szyi powiększyło się nieznacznie. Ogólny stan bardzo ciężki.

16 XI, 10 rano. Ciepłota 40,2. Tętno trudno wyczuwalne, nagle, przerywane, niezliczalne. Oczy zamglone. Źrenice rozszerzone oddziałują na światło bardzo leniwie. Sinica warg, twarzy i kończyn wybitniejsza, niż wczoraj. Łuszczenie obfitsze na twarzy, szyi i piersiach. W gardle naloty nieco mniejsze. Nadżarcia na migdałach głębokie i ob-



szerne. Wpływ z jamy ustnej i nosa mniejszy. Błona śluzowa jamy ustnej i gardła zaczerwieniona z sinawym odcieniem. *Granice obrzmienia rozszerzyły się*: obrzmienie zajmuje całą szyję i górne części klatki piersiowej z przodu do 3 zebra, z tyłu do grzbietu łopatki; na twarz nie zachodzi. Stłumienia serca brak zupełny. Tonów serca nie słyhać. Opukowe i wysłuchowe zmiany ze strony płuc takie, jak wczoraj. Oddech nasilony, utrudniony, przerywany, 50 na minutę. Stan ogólny bardzo ciężki.

O godzinie 5-tej po południu mors.

*Rozpoznanie kliniczne brzmi: Scarlatina, Morbilli, Sepsis, Bronchitis, Bronchopneumonia inferior duplex, Emphysema acutum pulmonum et mediastini, Emphysema subcutaneum colli et thoracis.*

*Badanie pośmiertne, 17 XI.* Tkanka podskórna na szyi i klatce piersiowej usiana pęcherzykami powietrza wielkości grochu, fasoli, robi wrażenie rozdętej cielőciny. Szczególna obfitość większych pęcherzy nad prawym obojczykiem w miejscu, odpowiadającym opisanemu wyżej uwypukleniu.

Tkanka przedniego śródpiersia barwy szarozółtawej, nieco przezroczysta, usiana pęcherzykami powietrza różnej wielkości: od prosa do wielkości orzecha laskowego; pęcherze te zajmują głównie górną okolicę śródpiersia.

W jamie opłucnej normalna ilość płynu; opłucna trzewiowa u podstawy prawego płuca pokryta nieznaczną ilością włóknika. Płuca powiększone i rozdęte znacznie, szczególnie górne płaty; przy otwarciu klatki piersiowej płuca nie kurczą się. Odległość wewnętrzna brzegów obu płuc zmniejszona do szerokości  $\frac{1}{2}$  poprzecznego palca. Trójkąt sercowy znacznie zmniejszony, lecz w części zachowany. Brzegi płuc zgrubiałe i zakrąglone. Na powierzchni płuc zwłaszcza w górnych płatach wyraźnie zarysowują się kontury pęcherzyków. Prócz tego na powierzchni płuc pod opłucną widać wiele pęcherzy większych wielkości grochu, fasoli, a na brzegu górnego płatu prawego płuca tuż przy wnęcie widać jeden duży pęcherz wielkości orzecha włoskiego. Języczek, Lingula, prawego płuca rozdęty, robi wrażenie czwartego płatu.

Dla przekonania się o drogach przejścia powietrza z płuc do śródpiersia wykonano następujące *doświadczenie*: Płuca z sercem, tchawicą i tylną częścią tkanki łącznej przedniego śródpiersia wyjęto. Do tchawicy wstawiono rurkę szklaną i

wdmuchiowano powietrze. Przy takim nadymaniu pęcherze, opisane wyżej, występowały jeszcze w większej ilości i rozmiarach. Bezpośrednio po rozdęciu płuc, podczas jeszcze nadymania podwiązano poniżej rurki tchawicę, wtedy zauważono znaczne nadymanie się pęcherzy w śródpiersiu w sąsiedztwie opisanego wyżej dużego pęcherza tuż przy wnęcie. Zjawisko wzmagало się przy naciskaniu owego dużego pęcherza. Doświadczenie powtórzono parokrotnie, zawsze z tym samym wynikiem. Późem otworzono nożyczkami duży pęcherz wspomniany i przekonano się o bezpośredniej komunikacji tegoż wzdłuż naczyń i rozgałęzień oskrzelowych, wchodzących przez wnękę do płuca, z tkanką łączną śródpiersia.

Płuca jasno czerwonej barwy, miękkie, puszyste, przy ucisku palcami trzeszczą, za wyjątkiem dolnych płatów, gdzie płuca są stwardniałe, nie trzeszczą; sprężystość i spoistość w tych miejscach jest znacznie zmniejszona tak, że przy naciskaniu palcem miąższ rozrywa się dość łatwo. Jednak i w dolnych płatach pomiędzy ogniskami stwardniałymi i przekrwionymi wypuklają się wysepki rozdętych pęcherzyków. Przy rozcięciu płuc i ucisku w dolnych płatach wypływa na powierzchnię dość znaczna ilość śluzopropnego płynu; w górnych—zawartości w oskrzelach znajdujemy bardzo mało.

Serce powiększone, mięsień serca bładny, zmętniały, zastawki i wsierdzie gładkie, cienkie, lśniące; w jamie osierdziej normalna ilość płynu; na zewnętrznym, okołosercowym listku osierdzia w przylegającej tkance łącznej śródpiersia liczne pęcherzyki powietrza. Wątroba znacznie powiększona, na przekroju zmętniała. Śledziona, nerki przekrwione.

Rozpoznanie więc anatomopatologiczne, jak widzimy, potwierdziło w zupełności rozpoznanie kliniczne i wyjaśniło mechanizm powstania rozedmy podskórnej.

Rozedma podskórna w przebiegu odry występuje nadzwyczaj rzadko.

Förster<sup>1)</sup> z kliniki prof. Soltmanna opisał w 1898 roku 3 przypadki rozedmy podskórnej w przebiegu odry u dzieci i zebrał z literatury 4 przypadki u dzieci, opisane przez Guillot, Ozananama, Rogera i Grancher i 1 przypadek u dorosłego, opisany przez Palleske. Z tych przypadków 3 były powikłane gruźlicą, a 2 kokluszem. Po tym czasie w dostępnej nam literaturze spotkaliśmy jeszcze trzy przypadki. W 1904 roku A meisen<sup>2)</sup>



opisał w „Przeglądzie Lekarskim“ przypadek rozedmy podskórnej u dwunastoletniej dziewczynki, chorej na odrę. Obrzęk zajmował tkankę podskórną na twarzy, szyi, przedniej ścianie klatki piersiowej i obu kończynach górnych. Po tygodniu chora zupełnie wyzdrowiała bez śladów przebytego cierpienia. W 1905 r. S w o b o d a<sup>3)</sup> w Towarzystwie lekarskim w Wiedniu demonstrował nadzwyczaj ciekawy przypadek rozedmy podskórnej w przebiegu odry u 3-letniej dziewczynki, dotkniętej gruźlicą. W tym przypadku rozedma zajęła tkankę podskórną na całym ciele; dziecko przy kąpieli pływało tak, jak korek na wodzie. W przeciągu 10 dni obrzęk zmniejszył się znacznie. Wreszcie w tym że roku włoski autor Galluzi<sup>4)</sup> opisał przypadek rozedmy przy Bronchopneumonia Morbillosa.

Tymi 11-oma przypadkami nie jest prawdopodobnie wyczerpana cała statystyka rozedmy podskórnej w przebiegu odry. Jak rzadkiem jednak jest podobne powikłanie, to można sądzić chociażby z tego, że taki klinicysta, jak Heubner<sup>5)</sup> nie wspomina nawet w swym znakomitym podręczniku o możliwości wystąpienia rozedmy podskórnej, jako powikłania odry. O wiele częściej, niż przy odrze występuje rozedma podskórna w przebiegu koklusz, gruźlicy, aczkolwiek były również opisywane pojedyncze przypadki rozedmy przy zapaleniu płuc, oskrzelików, przy dławcu, przy obcych ciałach w tchawicy, nie mówiąc już o najczęstszej przyczynie powstawania rozedmy, o uszkodzeniu płuc, krtani lub tchawicy bez równoczesnego zranienia skóry, jak to ma miejsce przy złamaniach żeber lub zgnieceniu krtani albo tchawicy. Rozedma podskórna należy do chorób, które zdarzają się w wieku dziecięcym częściej, niż u dorosłych. Roger<sup>19)</sup> przypadkom u dzieci, obserwowanym przez siebie i zebranych z literatury, mógł przeciwstawić tylko 5 przypadków u dorosłych. Szczególniej łatwo może rozwinąć się rozedma u dzieci do czwartego roku życia. Z 19 przypadków Rogera tylko 4 dzieci przekroczyło wspomniany wiek. Podobny podział co do wieku występuje również wybitnie i ze statystyki Colasa, który zebrał 100 przypadków rozedmy podskórnej w przebiegu gruźlicy. Sprzyjają takiemu stosunkowo częstemu powstawaniu rozedmy u dzieci własności anatomiczne płuc w wieku dziecięcym: większa pulchność miąższu płucnego, a co za tem idzie, mniejsza odpor-

ność na zmiany w ciśnieniu powietrza w pęcherzykach płucnych. Uderzającym jest fakt, że nie zawsze musi być przy rozedmie kaszel; szczególnie często brak tego objawu u dzieci w pierwszych miesiącach życia. Tak Hervieux na 19 przypadków rozedmy śródmiąższowej u dzieci w pierwszym kwartale życia nie znalazł kaszlu we wszystkich przypadkach, prócz trzech; w wieku zaś od 3 — 36 miesięcy tylko u 4-ga dzieci brak było tego objawu.

Oprócz własności anatomicznych miąższu płucnego u dzieci grają przy powstawaniu rozedmy przy odrze wielką rolę zapalenia oskrzeli i płuc, na co zwrócił uwagę Steffen<sup>6)</sup>. W każdym przypadku rozedmy w przebiegu odry spotykamy bronchitis lub bronchopneumoniam. Ze jednak i tutaj muszą być specjalne warunki, świadczy chociażby ten fakt, że wbrew częstoci zapalenia płuc przy odrze rozedma śródmiąższowa, ewentualnie podskórna występuje nadzwyczaj rzadko. Co do rozedmy w przebiegu gruźlicy u dzieci, to powstawaniu tego powikłania sprzyja jeszcze specjalna własność dziecięcej gruźlicy, a mianowicie częste zajęcie gruczołów śródpiersiowych naokoło dużych oskrzeli, które powoduje ucisk oskrzeli. Poniżej takiego chronicznego zwężenia powstaje wskutek utrudnionego wydechu rozszerzenie oskrzeli i pęcherzyków. Jasną jest rzeczą że takie warunki sprzyjają rozwinięciu się rozedmy pęcherzykowej, ewentualnie śródmiąższowej i podskórnej (Förster).

W naszym przypadku prócz zwykłych sprzyjających powstaniu rozedmy w przebiegu odry momentów, jak zapalenia nieżytowego płuc, oskrzeli i tchawicy i towarzyszącego tym zaburzeniom aczkolwiek niesilnego kaszlu, mamy jeszcze jeden moment, który mógł utrudniać wydech i tym sposobem sprzyjać powstaniu rozedmy; jest to płonicowe zajęcie gardła z powiększeniem migdałów i obfitym wysiękiem z jamy ustnej i z prędko zasychającym i zatykającym otwory wypływem z nosa.

*Mechanizm powstania* rozedmy w naszym przypadku, jak i we wszystkich podobnych, był następujący. Już przy przyspieszonym oddychaniu i wzmożonej inspiracji przy kaszlu powstaje gwałtowne wciąganie powietrza do pęcherzyków płucnych, a następnie przy utrudnionej z wyżej wymienionych powodów expiracji w chwili zamknięcia głośni przy kaszlu dochodzi do ucisku znajdującego się w pęcherzykach powietrza i tym sposo-



bem powstaje rozedęcie pęcherzyków płucnych — rozedma pęcherzykowa. Gdy pęcherzyki są ad maximum rozciągnięte, to, przy dalszym istnieniu momentów, utrudniających wydech, dochodzi do pęknięcia pęcherzyków — powstaje z rozedmy pęcherzykowej rozedma śródmiąższowa, podopłucna. Następnie powietrze z pęcherzy tkanki śródmiąższowej i z podopłucnej dąży do wnęki, skąd za pomocą tkanki łącznej okrążającej naczynia i oskrzele, wchodząca do płuc, jak mogliśmy naocznie przekonać się post mortem w naszym przypadku, powietrze przechodzi na tkanekę łączną śródpiersia — powstaje rozedma śródpiersiowa. W końcu powietrze, rozszerzając się wśród sieci śródpiersia, ma już łatwą drogę do dostania się do tkanki podskórnej na szyi i piersiach — powstaje rozedma podskórna.

Rozpoznanie rozedmy podskórnej nie przedstawia żadnych trudności: obrzmienie skóry i charakterystyczne trzeszczenie — oto swoiste cechy tego cierpienia. Inaczej rzecz się ma z rozedmą śródpiersiową. Jeżeli rozedma podskórna na szyi i klatce piersiowej rozwinęła się, jako powikłanie chorób płuc, to wtedy a posteriori możemy stanowczo rozpoznać rozedmę śródpiersia, gdyż bez tej ostatniej nie może powstać rozedma podskórna. Jednak w niektórych przypadkach, gdy rozedma śródpiersiowa rozwija się nadzwyczaj szybko i dochodzi do wielkich rozmiarów tak, jak u naszego pacyenta, to powstają pewne objawy, na zasadzie których możemy rozpoznać to cierpienie, a mianowicie: szybkie znikanie tępości serca i powstanie na miejscu stłumienia serca, na mostku, szczególnie w górnych jego częściach, różnych szmerów, trzeszczeń, fureżeń i świstów.

W naszym przypadku w dniu 14 XI granice stłumienia sercowego były normalne, w niespełna 24 godz. potem 15 XI stłumienia serca brak prawie zupełny, przy wypuku w wyżej opisanych miejscach odgłos wybitnie bębnekowy, a przy wysłuchiowaniu różne trzeszczenia i świsty. Powstanie tych objawów można objaśnić tylko tem, że serce zostało z powodu znacznej rozedmy śródpiersia odsunięte od klatki piersiowej, gdyż nie można sobie przedstawić, aby rozedma pęcherzykowa płuc rozszerzyła się w ciągu 24 godzin do takiego stopnia, aby płuco mogło zakryć całe serce, aczkolwiek rozumie się, że w zmniejszeniu się tępości serca rozedma płuc grała również rolę. Zresztą wszystko to potwierdziło nam badanie pośmiertne: znaleźliśmy wy-

bitną rozedmę śródpiersia, a trójkąt sercowy, aczkolwiek znacznie zmniejszony, jednak częściowo zachowany.

Co zaś się tyczy takich objawów, jak szybkie powstanie lub wzmożenie się już istniejącej duszności, sinicy na twarzy i błonach śluzowych, śpiączki, jednym słowem objawów zastoju żylnego, to pozwalają nam one do pewnego stopnia przypuszczać powstanie rozedmy śródpiersia tylko w tym wypadku, jeżeli możemy wykluczyć stanowczo wzmożenie się zasadniczego cierpienia, rozedmy płucnej, zapalenia płuc lub oskrzeli.

W naszym np. przypadku nie mogły mieć te objawy żadnego rozpoznawczego znaczenia, gdyż mogły one powstać wskutek pogorszenia się ogólnego stanu chorego, sepsis, wzmożenia się rozedmy pęcherzykowej.

Jak na zasadzie rozedmy podskórnej możemy a posteriori rozpoznać rozedmę śródpiersiową, tak z obecności tej ostatniej możemy wnioskować o istnieniu rozedmy śródmiąższowej. Powstawaniu rozedmy śródmiąższowej, według zdania prawie wszystkich autorów, zajmujących się tą kwestyą, jak Skoda, Steffen, Förster, żadne objawy nie towarzyszą. I w naszym przypadku, aczkolwiek przy istniejącej rozedmie podskórnej i śródpiersiowej rozpoznanie rozedmy śródmiąższowej było pewne, nie mogliśmy znaleźć takiego swoistego objawu, któryby cechował omawiane cierpienie.

O objawach rozedmy pęcherzykowej, jako pospolitych i ogólnie znanych, nie będziemy tutaj mówić. Chcemy jeszcze tylko zwrócić uwagę na jeden szczegół: przy osłuchiowaniu stwierdziliśmy w obu płucach w dolnych płatach na dużej przestrzeni oddech oskrzelowy, przy opukiwaniu zaś nie znaleźliśmy żadnego przytłumienia odgłosu opukowego. Badanie pośmiertne objaśnia nam to przeciwieństwo pomiędzy objawami osłuchowymi i wypukowymi bardzo dobitnie: w stwardniałych dolnych płatach pomiędzy ogniskami zapalnymi, przekrwionymi były wysepki rozdętych pęcherzyków, które przy opukiwaniu dawały odgłos bębnekowy. Powyższe dane jeszcze raz stwierdzają znany już zresztą fakt, że przy badaniu płuc u dzieci objawy wysłuchowe mają o wiele większe znaczenie rozpoznawcze, niż objawy opukowe.

Co do rokowania przy rozedmie podskórnej, to zależy ono, według zdania większości autorów, od zasadniczego cierpienia. Nasz mały pacjent zmarłby we-



dług wszelkiego prawdopodobieństwa i bez rozedmy wskutek silnego mieszanego zakażenia odrowopłonicowego, gdyż jeszcze przed powstaniem rozedmy stan jego był bardzo ciężki. Że może się wessać rozedma, zajmująca wielką przestrzeń tkanki podskórnej, lub nawet rozszerzająca się po całym ciele, o tem świadczą chociażby przypadki Ameisena, Swobody, Förstera. Rozumie się, że rozedma podskórna, ewentualnie śródpiersiowa, pogarsza rokowanie, jeżeli wskutek zapalenia nieżyłowego płuc lub oskrzeli w przebiegu odry, powstały objawy zastojów żylnego, duszność, sinica, gdyż, jak to już było wyżej powiedziane, rozedma sprzyja wzmagananiu się tych objawów.

Co do leczenia, to rozedma, jako objaw, nie wymaga żadnych specjalnych zabiegów leczniczych. Gdy zaniknie, lub osłabnie przyczyna rozedmy, t. j. zasadnicze cierpienie, powietrze w tkance podskórnej wsysa się samo przez się. Niektórzy autorowie przy wielkich rozmiarach rozedmy radzą nakłucia skóry w celu dania możności ujścia na zewnątrz powietrzu, zebranemu w tkance podskórnej, drudzy pomagają jeszcze temu za pomocą baniek na miejscach nakłucia, wreszcie inni, w celu ułatwienia wessania się powietrza, stosują mięsienie.

#### Literatura:

- 1) Förster. — Jahrbuch für Kinderheilkunde, tom 48, 1898.
- 2) Ameisen — Przegląd Lekarski, 1905, № 5.
- 3) Swoboda — Monatschrift für Kinderheilkunde, 1905, № 5.
- 4) Galluzi — cyt. w Monatschrift für Kinderheilkunde, 1905, № 12.
- 5) Heubner — Lehrbuch der Kinderheilkunde. Tom I, 1903.
- 6) Steffen — Klinik der Kinderkrankheilkunde. Tom II, 1869.



## Wpływie ciąży i porodu na przebieg gruźlicy płuc.

Napisał Dr. Seweryn Sterling.

Dla powag lekarskich wieku ośmnastego i pierwszej połowy wieku dziewiętnastego była ciąża powikłaniem gruźlicy pożądanem; mówiono, że z nastąpieniem ciąży ma przycichać sprawa płucna. Sims (1778) podaje, że nie widział kobiety ciężarnej, umierającej na suchoty. Rozière de la Chassagne (1770)

w podręczniku „Manuel des pulmoniques“ mówi, że „z dwu kobiet, w tym samym okresie suchot będących, o tej, która zajdzie w ciążę można powiedzieć napewno, że dziecko urodzi, gdy druga do tego czasu może zginąć“. Takiego samego lub podobnie optymistycznego zdania byli: Gubler (1850), Fonsagrives (1866), Churchill, Portal, Chomel, a nawet Brehmer, Liebermeister, Cornil, Hanot.

W tym samym jednak czasie inni autorzy, zgadzając się na pogląd, że podczas trwania ciąży w przebiegu gruźlicy płuc zajść może poprawa, wskazywali na akt porodowy jako na częstą przyczynę nietylko powrotu starych objawów, ale nawet jako na moment przyspieszający zgon. Takiego zdania był np. Józef Frank (1817), Moriceau, Andral.

W drugiej połowie wieku dziewiętnastego zdania powag lekarskich brzmiały już bezwzględnie ujemnie. Grisolle (1849), Dubreuilh (1851), Guéneau de Mussy (1868), Perroud (1871), Lebert (1872), Schroeder (1874), Plaifair (1879), Hergott (1891), Grancher (1900), Gerhardt (1900) są dania, że ciąża jest zgubną dla chorych na gruźlicę.

Zweifel (1887) wspomina w swym podręczniku, że połówg źle oddziałują na gruźlicę.

Ahlfeld mówi tak w swym podręczniku położnictwa (1898): „Dla matek jest ciąża przy gruźlicy zdarzeniem zgubnym. Choćby nawet podczas trwania ciąży nieźle się one miały, a nawet lepiej wyglądały, niż w miesiącach poprzedzających ciążę, tem nie mniej sprawa gruźlicza czyni nagle postępy w czasie połogu“.

Schauta wypowiada się w ten sposób (1902): „Bardzo wielką jest — podług mego doświadczenia — ilość nawrotów gruźlicy w czasie ciąży i ilość przypadków świeżych; wolno więc mówić o skłonności ciąży do budzenia starej resp. sprzyjania powstaniu nowej gruźlicy płuc“. Podobnie pisze Bumm (1903): „Dla kobiety chorej na gruźlicę jest zapłodnienie zawsze niepożądanem, złem zdarzeniem. Ciąża, poród i połówg — z ich zwiększonymi potrzebami przemiany materii i ich stratą soków wpływają prawie zawsze ujemnie na przebieg cierpienia płucnego i mogą nawet — przy istnieniu skłonności dziedzicznej — stać się bezpośrednią przyczyną powstania tej choroby“.



Fellner (1903) na podstawie swego znacznego materiału statystycznego przychodzi do wniosku, że: „liczba nawrotów gruźlicy w czasie ciąży jest wielka, że wolno uważać ciążę za przyczynę odnowienia sprawy wygasłej i pobudzenie do powstania sprawy świeżej“.

Rosthorn (1906) jest zdania, że „rokowanie gruźlicy powikłanej ciążą zależy od ciężkości danego przypadku i od ogólnego rokowania“.

Kleinwachter powiada, że gruźlica postępuje podczas ciąży, zarówno odziedziczona jak nabyta. Zazwyczaj cierpienie małe czyni postępy w pierwszych miesiącach ciąży, szybkie za to w następnych. Kobiety z gruźlicą nieczynną mogą wprawdzie zejść w ciążę i urodzić, bez zaostrzenia się choroby, ale częściej dzieje się inaczej. Najgorzej jest, jeśli ciąża zdarzy się przy cierpieniu daleko posuniętym. Wtedy to ostatnie przebiega tak gwałtownie, że ciężarna umiera przed porodem. Czasem następuje poród przedwczesny“.

Tak sądzą akuszerzy. Posłuchajmy internistów.

Meissen (1901) tak się o tej sprawie wyraża: „Jest rzeczą wiadomą, że gruźlica płuc, powstająca w związku z ciążą i położeniem, daje zawsze złe rokowanie. Widzimy wówczas, jak z istniejących ognisk nieczynnych powstają postaci złośliwe, szybko postępujące. Podobnie się często dzieje z t. zw. wyleczoną gruźlicą; ciąża przechodzi względnie nieźle, ale po porodzie zniszczenie szybkie czyni postępy.“

Turban i Rumpff (1899) zaliczają ciążę, połów i karmienie do „zaburzeń ustrojowych (Konstitutionsanomalien) i chorób, które stanowią momenty usposabiające“ do powstania gruźlicy.

A. Fraenkel (1904) mówi: „Doświadczenie uczy, że często podczas ciąży, zarówno jak i po porodzie, występują pierwsze objawy gruźlicy płuc, zarówno też, że istniejący zarodek choroby dzięki zmienionym funkcjom organizmu rozwija się nagle i burzliwie.“

Besold (1902) tak rysuje przebieg zajmującej nas sprawy: „Ciąża jest wielce niepożądanym powikłaniem gruźlicy. Aż do chwili porodu wszystko idzie dobrze—ba! nawet bardzo dobrze; ale niejedna kobieta nie wychodzi żywa z położu, a inne doznają ciężkiego pogorszenia choroby płucnej.“

Bieganski (1903) powiada, że na przebieg suchot „ujemne działanie okazuje także połów, gdy tymczasem ciąża,

przy dobrym odżywianiu, często powstrzymuje jakoby gruźlicę“.

Podług Sokółowskiego (1906) „suchoty u kobiet występują często w okresie ciąży, lub, co ma jeszcze częściej miejsce, wskutek szybko po sobie idących częstych porodów. Ciąża usposabia do suchot wskutek właściwych temu stanowi zmian kobiecego organizmu; najbardziej usposabiają te przypadki, w których istnieją długie i uparte wymioty, brak apetytu, pewien smutny nastrój psychiczny i t. p. W tych razach gruźlica rozwija się na tle upadku ogólnego odżywiania i wyniszczenia organizmu. Najczęściej wprawdzie suchoty w okresie ciąży lub bezpośrednio po niej zjawiają się u kobiet, które już przed zamążpójściem były niezupełnie zdrowe, dziedzicznie obciążone, wątłe, blednicowe, które—jednym słowem—kryły w swym organizmie gruźlicę, a ciąża była tylko momentem poniekąd wybuchowym sprawy. Jednakże widzujemy suchoty, rozwijające się w ciąży lub wkrótce po porodzie u uprzednio zdrowych kobiet, szczególnie po wielokrotnych porodach“.

Cornet (1907) w rozdziale swego podręcznika zatytułowanym: „Dispositio“ mówi o ciąży tyle: „Wpływ ciąży na powstanie gruźlicy płuc nie jest dowiedziony“. Ważniejszym jest dla Corneta wpływ ciąży na przebieg gruźlicy istniejącej. Podług tego autora w większości przypadków, o ile niema zbyt wielkich zmian w płucach, ciąża przebiega przy wyraźnej poprawie stanu ogólnego, „jakkolwiek znane mi są—mówi dalej—liczne przypadki wyraźnego, nawet raptownego pogorszenia, w których tylko sztuczne poronienie uratowało matkę“. „Połów uchodzi u wszystkich lekarzy za ciężkie przejście dla gruźliczych kobiet, podczas którego niejedna z nich życie kończy. Nieraz wtedy właśnie ujawnia się ukryta dotąd gruźlica. Punkt ciężkości leży więc nie w ciąży, lecz w położu. Wyjątkowo tylko widziałem w przypadkach posuniętej gruźlicy, by dwa lub trzy porody przeszły bez wyraźnej szkody dla chorej“.

Odminną od powyższych opinię wygłaszają niektórzy autorzy francuscy.

Fallen nie uważa ciąży za chorobę wikłającą gruźlicę, lecz raczej za sprawę, która może sprzyjać poprawie czasowej, a nawet zupełnej.

Kania (1904) — na zasadzie kliniki Baudelocque'a — dochodzi do wniosku, że ani ciąża, ani poród nie sprzyjają



powstaniu gruźlicy u kobiet obciążonych dziedzicznie.

Fayre-Thomas (z Maternité de Lariboisiere) jest zdania, że nie pogarsza przebiegu gruźlicy ani ciąży, ani poród, że stan płuc pozostaje często bez zmiany, a często się poprawia.

Podobne stanowisko zajmuje Burkhardt. Jest on zdania, że zajście w ciążę niczem nie grozi, o ile sprawa gruźlicza—choćby najobszerniejsza—nie jest już czynną („activ“). Przytacza wypadki, kiedy nawet czynna, postępująca gruźlica podczas ciąży zatrzymała się i wreszcie zupełnie zagoiła, wówczas, gdy sztuczne poronienie w przypadkach analogicznych wywołało fatalne pogorszenie.

Ze wszystkich piszących o tej sprawie najwyraźniej swoje poglądy wyowiada Rosthorn.

Podług Rosthorna ciąża jest względnie nieszkodliwa w następujących przypadkach: a) u kobiet chorych na niepostępującą gruźlicę płuc, lub „względnie wyleczonych“, dobrze odżywionych, niegorączkujących więcej niż rok, nieplujących krwią; b) u chorych z ograniczonym, nawet świeżym, ogniskiem wierzchołkowym, o ile nie gorączkują, dobrze są odżywiane, a ciąża tego stanu nie pogarsza.

Zawsze szkodliwą jest ciąża w następujących okolicznościach: a) jeżeli mamy do czynienia ze sprawą ostrą; b) jeżeli nawet przy małych zmianach przedmiotowych gorączka, choćby najmniejsza, trwa pomimo stosowanych zabiegów; c) jeżeli sprawa swoista zajęła płaty średnie lub dolne płuc; d) jeżeli istnieją powikłania ze strony serca, narządów rodnych; e) przedewszystkiem zaś—ze strony krtań; f) przy ciężkim obciążeniu dziedzicznym.

Dane statystyczne, jakie w tej kwestyi istnieją, nie mogą—zdaniem Rosthorna—sprawy zdecydować.

Wielu bowiem piszących w tej sprawie powołuje się na dane statystyczne.

Grisolle przytacza 27 spostrzeżeń, podając, że z tych 27 kobiet gruźliczych 8=30% zmarło po upływie—przeciętnie—4 miesięcy od chwili porodu. Lebert pisze, że na 25 takich kobiet zmarło 75% w ciągu roku po porodzie. Van Ysendick (statystyka chorych Meissen a) stracił z 26 kobiet 14=54% w ciągu dwu lat od chwili porodu. Maragliano porównywa zejście chorych kobiet z jednakowym stanem płuc i dochodzi do wniosku, że wśród gruźliczych ciężarnych

było 94% zgonów, wśród nieciążarnych—18%.

W 46 przypadkach Deiblera wpływ ciąży na gruźlicę tak się wyraził: w 6 przypadkach (13%) bez wpływu; w 29 (65%) pogorszenie, z czego 21 przypadków (45%) zakończone śmiercią.

W 49 przypadkach Kamintera widzimy: w 8 przypadkach (17%) ciąża wpływu na przebieg cierpienia płucnego nie miała, w 23 przypadkach (47%) nastąpiło pogorszenie, z czego w 14 (29%) śmierć. Z tych przypadków 25 było w pierwszym okresie (klasyfikacja Turbana) gruźlicy i dało śmiertelność równą 4%; w drugim okresie było 13 ze śmiertelnością 12%; w trzecim okresie chorych 12 ze śmiertelnością 91%.

Hamburger podaje, że na 10 przypadków widział 4 pogorszenia, które się wszystkie śmiercią skończyły (40%).

Fellner swoje 270 przypadków grupuje w ten sposób, że odróżnia: A—przypadki gruźlicy zagojonej; B—nawrót gruźlicy podczas danej ciąży; C—gruźlica wystąpiła poraz pierwszy w czasie danej ciąży.

W grupie A (65 przypadków) było 5 pogorszeń (8%).

W grupie B (140 przypadków) było 59 pogorszeń (42%), z czego 14 zgonów (10%). W grupie C (65 przypadków) było 95 pogorszeń (58%), z czego 20 zgonów (31%).

Co się tyczy powrotu do zupełnego zdrowia, to Deibel, Kaminter i Hamburger ani jednego takiego wypadku nie podają, wówczas kiedy Fellner takich przypadków notuje 164 na 270 spostrzeżeń (=60,7%); w grupie A było wyleczeń 62 (96% wszystkich przypadków danej grupy); w grupie B było wyleczeń 82 (=58%); w grupie C było wyleczeń 20 (30%).

Eich (klinika marburska), na 82 przypadki powikłania gruźlicy przez ciążę, widział w 64% przypadków pogorszenie podczas ciąży, w 11% pogorszenie w okresie połogowym, czyli razem pogorszenie gruźlicy w 75% przypadków.

Frieschbier (z klin. Strümpfa) na 28 spostrzeżeń miał 10 przypadków starej gruźlicy powikłanej ciążą i 14—gruźlicy wikłającej ciążę\*) z tych przypadków w 18 sprawa płucna miała przebieg złośliwy: w grupie pierwszej w 4 (=40%), w grupie drugiej—w 13 (93%). Wogóle wśród przypadków Friesch-

\*) W 4 przypadkach nie podano chwili wystąpienia pierwszych objawów gruźlicy.



biera było w okresie I-ym (Turban a) chorych 2, w okresie II-im chorych 6, w okresie III-im chorych 20.

Freund jr. na 21 spostrzeganych przypadków widział 8 razy ( $=38\%$ ) szybko postępujące pogorszenie.

Jakubasch w 24,20% swoich przypadków gruźlicy kobiet mógł powstanie tej choroby uzależnić od ciąży, porodu lub karmienia.

Rosthorn wśród swoich 25 chorych widział pogorszenie stanu ogólnego 16 razy ( $64\%$ ), pogorszenie szybkie objawów miejscowych 9 razy ( $36\%$ ), zgon 4 razy ( $16\%$ ). W pięciu przypadkach gruźlica wystąpiła w czasie obserwowanej ciąży; z tych pięciu przypadków 3 skończyły się zgonem ( $66\frac{1}{2}\%$ ).

Favre-Thomas na 30 przypadków widział 2 zgony chorych, które były w III-im okresie gruźlicy i już w chwili poczęcia były w stanie beznadziejnym.

Kania wśród 693 dziedzicznie (ze strony ojca lub matki) obciążonych kobiet (z 765 porodami) widział tylko 13 razy ( $1,9\%$ ) prawdopodobnie powstanie gruźlicy z powodu ciąży; znalezione u innych 20 z tych kobiet objawy gruźlicy nie były w związku z ciążą. Te wyniki statystyczne uważa Kania za dowód małego wpływu ciąży na gruźlicę.

Podług obliczeń Weinberga w Sztutgarcie śmiertelność od gruźlicy położniczej nie jest wcale większa niż śmiertelność nie-polożniczej.

Co się tyczy pytania, w którym okresie ciąży wybucha gruźlica u kobiet dotąd zdrowych, to podług danych Deibla na 21 przypadków tego rodzaju objawy gruźlicy wystąpiły 7 razy na początku ciąży, w pierwszej połowie 9 razy, w drugiej połowie 2 razy, w ostatnim miesiącu 2 razy i w połogu 1 raz. Z 65 pacjentek Fellnera gruźlica wystąpiła 22 razy wraz z ciążą, w 19—w pierwszej połowie ciąży, w 19—w drugiej połowie, w 5—w ostatnim miesiącu ciąży.

Frieschbier na 14 wypadków wystąpienia pierwszych objawów gruźlicy podczas ciąży widział w siedmiu te objawy w pierwszej połowie ciąży.

O częstości gruźlicy w czasie ciąży dają pojęcie następujące cyfry:

Freund znalazł na 4000 porodów  $47=1,2\%$  czynnej gruźlicy.

Fellner znalazł na 33881 porodów  $223=0,7\%$  czynnej gruźlicy.

Eich znalazł na 7000 porodów  $82=1,2\%$  gruźlicy wogóle.

Rosthorn znalazł na 1500 porodów  $25=1,06\%$  gruźlicy płuc.

Kania znalazł na 13651 porodów  $116=0,8\%$  gruźlicy płuc.

Bardzo złe rokowanie daje powikłanie gruźlicy krtani przez ciążę, lub powikłanie ciąży przez powstanie gruźlicy krtani, co się stać może przy obecności bardzo niewielkich zmian w płucach.

Na tę sprawę pierwszy uwagę zwrócił Przedboński (1900 r.); po nim Kuttner (1901 r.) poświęcił tej sprawie szczególną uwagę.

Kuttner podaje, że na 15 przypadków gruźlicy krtani u ciężarnych sprawa miejscowa w krtani 14 razy wystąpiła po zajściu. W 12 z tych 15 przypadków gruźlica płuc była w chwili zajścia „albo bardzo niezręczna, albo ledwie dawała się dostrzec”. Wszystkie chore zmarły natychmiast po porodzie, najpóźniej we dwa miesiące.

Löhner, opisujący 7 przypadków gruźlicy krtani przy ciąży, widział takie same zejście. Podobnie o tem powikłaniu sądzi też Godskesen i R. Sokolowski.

Na 71 przypadków zebranych przez Lewy'ego umarło 56 w czasie obserwacji.

Pojedyncze przypadki zejścia pomyślnego podają: Seifert, Freytag, Naunyn, Rosthorn, Godskesen.

Jak widzimy, większość autorów uznaje, że ciąża i poród wywierają wpływ ujemny na istniejącą gruźlicę płuc i krtani, a nawet wywołują ją u osób do tego cierpienia usposobionych.

Inaczej się sprawa przedstawia, kiedy mowa o zabiegach leczniczych, które by mogły ten wpływ ujemny ciąży usunąć lub przynajmniej—osłabić.

Zabieg leczniczy polegać tu może na wywołaniu poronienia lub porodu przedwczesnego.

Przedstawienie poglądów w tej sprawie poprzedzić należy danymi o częstości poronień i porodów przedwczesnych samorzutnych u ciężarnych gruźliczych.

Deibel wśród swoich przypadków notuje, aż  $54\%$  przedwczesnego porodu samoistnego, przeważnie w 33—37 tygodni ciąży.

Wśród chorych Fellnera pierwszej (A) kategorii (p. wyżej) było na 65 przypadków 5 przypadków samorzutnego porodu przedwczesnego ( $7,7\%$ ), w kategorii B na 140 przypadków—50 ( $35,7\%$ ), w kategorii C na 65 przypadków—27 ( $41,5\%$ ). Na 18 przypadków gruźlicy płuc i krtani było przedwczesnych porodów 10 ( $56\%$ ).



Ze starszych autorów *Grisolle* widział przedwczesny poród w 4-ch przypadkach na 25 przypadków (=16%), *Seifer* w 13%, *Strumpf* 5,4%.

Co się tyczy samorzutnych poronień, to *Kaminer* widział tę sprawę w 6,3% swoich przypadków, *Rosthorn* w 8,7%, *Grisolle* w 12%, *Gibert* w 5%, *Eich* 1,2%.

*Weinberg* zestawia dane *Fellnera* i *Fürsta*, wykazujące stosunek przedwczesnych porodów i poronień do ilości ogólnej porodów przez tych autorów obliczonych.

	Fellner	Fürst
	na 223 porody gruźliczych	na 6402 porody wogóle
Poród przedwczesny w ostatnim miesiącu	25=11,2%	325=5,1%
W drugiej połowie ciąży	48=21,5%	217=3,4%
W pierwszej połowie ciąży	13=5,8%	23=0,4%

Powracając do sprawy sztucznego — w celach terapeutycznych — przerwania ciąży u gruźliczych, odróżnić tu należy poród przedwczesny od poronienia.

Otóż sprawa wywołania porodu przedwczesnego nie wywołała nigdy różnicy zdań; wszyscy się zgadzają na to, że ten zabieg nigdy nie wpływa dodatnio na przebieg gruźlicy; jeśli więc bywa stosowany, to jedynie w celu uratowania życia płodu.

Inaczej ze sprawą poronienia. Tu jedni żądają, by w każdym przypadku gruźlicy wywoływano poronienie, inni ograniczają wskazanie do tego zabiegu do takich przypadków, w których wystąpienie ciąży wywołuje pogorszenie sprawy płucnej, jeżeli przytem sprawa płucna — sama w sobie — daje dobre rokowanie; inni widzą obowiązek stosowania tego zabiegu w przypadkach gruźlicy krtań; są również bezwzględni przeciwnicy stosowania tego zabiegu. Zaczniemy od ostatnich.

Jeszcze w r. 1886 *Löhlein* wyraził pogląd, że przerwanie ciąży nie wywiera żadnego wpływu na przebieg gruźlicy płuc. Uznawał przytem jedynie *indicatio symptomatrica*, t. j.: duszność niepomiarowa, wymioty, ogólny upadek sił, krwawienia maciczne. Na tem samym stanowisku stanął *Jaffé* (1894), mówiąc, że niewarto ofiarowywać życia dziecka w celu przedłużenia i tak straconego życia matki.

Bezwzględny przeciwnikiem sztucznego poronienia przy gruźlicy jest dziś przedewszystkiem *Kleinwächter*, który twierdzi, że przerwanie ciąży zawsze źle wpływa na przebieg gruźlicy. Przed *Kleinwächterem* ten sam bezwzględny pogląd wyraził *Rémy*. Zdaniem *Fritsch*a, po poronieniu i sztucznym porodzie przy gruźlicy mało widział on dobrego i dlatego zupełnie go zaniechał; „w zasadzie więc nie zaliczam przerwania ciąży do środków przeciw gruźlicy“. *Runge* (1903) tak się o tej sprawie wyraża: „Dużo powiedzieć można przeciw prawu wywoływania poronienia przy gruźlicy matki. Jakkolwiek nie wolno zaprzeczyć, że w niektórych przypadkach posuniętej gruźlicy płuc wydalenie płodu może przedłużyć życie kobiety, niewolno zapominać, że sam płód nie bierze udziału w chorobie matki, że więc niszczy się życie zdrowe, by nieco przedłużyć życie stracone“. Przeciwnikiem tego zabiegu jest również *Pinar*d.

*Veit*, *Ahlfeld*, *Hahn* też rzadko się na ten zabieg decydują, upatrując większą szkodę w jednym poronieniu, niż w dwu porodach.

Dla *Burkhardta* istnieją dwa wyłączenie wskazania do wywołania poronienia: 1) stan beznadziejny, kiedy można się zgonu spodziewać przed końcem ciąży; tu zabieg ma na celu ulżenie chorej; 2) *Hyperemesis gravidarum*.

*Kossmann* wychodzi z punktu widzenia prawnego i powiada, że „sztuczne przerwanie ciąży przy płodzie niedojrzałym wówczas jedynie jest uprawnione, jeżeli trwanie ciąży grozi nietylko matce, ale jednocześnie wyklucza możliwość donoszenia płodu. Zabicie płodu dojrzałego lub mającego szanse dojrzewania, tylko w tym celu, by zmniejszyć dla matki o kilka procent niebezpieczeństwo złego zejścia porodu, uważam za niewłaściwe“.

Z takiego, t. j. prawnego, punktu widzenia wychodzą: *Goenner*, *Landa*u, *Dührssen*, odradzając ten zabieg.

Pierwszy *Leyden* (1883) w pracy o powikłaniu chorób sercowych przez ciążę wypowiedział się za sztucznym przerwaniem ciąży przy gruźlicy płuc: „Szczególnie ważnym jest pytanie, czy nie należy powstrzymać osłabienia serca, a więc i uratować życia kobiety, przez przerwanie ciąży. Moje doświadczenie za tem przemawia, że częste ciążę pogarszają gruźlicę płuc“.

Wyraźniej za tą sprawą przemawia *Gerhardt* (1900), kładąc szczególnie



nacisk na przypadki, gdzie w początkowym okresie ciąży poraż pierwszy występują objawy cierpienia płucnego.

Wówczas gdy dwaj wymienieni wyżej autorzy ograniczają wskazanie sztucznego przerywania ciąży do niektórych tylko przypadków, Maragliano (1899) zażądał natychmiastowego przerywania ciąży we wszystkich przypadkach, w których jest ustalone rozpoznanie: „gruźlica“. Zdaniem M. po tym zabiegu zawsze następuje polepszenie. Bez względu na tego samego zdania są Duncan (1892) i Acconi (1895), wówczas gdy Hamburger (1902) jako swoiste wskazanie ma jeszcze ubóstwo chorej.

Na podstawie badania przebiegu gruźlicy wśród ludności fabrycznej dochodzi Hamburger do wniosku, że złe warunki higieniczne, nie pozwalające na stosowanie środków lecznictwa dyetyczno-higienicznego, skłonić powinny do przerywania ciąży w każdym przypadku ciąży u kobiety z ludu, chorej na gruźlicę.

Liczba spostrzeżeń Hamburgera wynosi dziesięć; z tej statystyki wyprowadza wniosek, że przebieg ciąży był zawsze fatalny, głównie z racyi krwotoków płucnych; jeżeli niektóre z położnic wyszły cało, niepowinno nas to łudzić, bo najbliższa ciąża będzie dla nich zgubną.

Względ na płód nie gra dla H. żadnej roli. Z liczby 51 płodów jego 10 chorych nieżyło 23-je. Dlatego wskazaniem do przerywania ciąży u robotnicy jest — zdaniem H. — pewne rozpoznanie gruźlicy; wymaga tego dobro chorej, dobro rodziny, dobro ogółu.

Kaminer na 14 przypadków poronienia sztucznego, wywołanego w celach terapeutycznych, miał 2 przypadki śmierci (=14,3%), stan bez zmiany również w 2-u, polepszenie w 10 przypadkach (=71,4%).

Eich jest zdania, że nie mamy prawa schematycznie żądać wywołania poronienia u gruźliczych, ponieważ ciąża nie jest wcale jednoznaczna z pogorszeniem rokowania. W statystyce Reichego przytoczono na 78 spostrzeżeń 22 przypadki, w których były wskazania do sztucznego poronienia przy gruźlicy. 9 razy było powikłanie ze strony krtani; w tych przypadkach zabiegu nie wykonano i wszystkie chore zmarły w pierwszych tygodniach po porodzie. Siedm razy przzerwano ciążę w drugim do piątego miesiąca ciąży: w tych wszystkich nastąpiła szybka i stała poprawa.

Weinberg w najobszerniejszej statystyce, uwzględniającej losy dzieci, przytacza, że na 321 żywo urodzonych dzieci kobiet, które w ciągu roku po porodzie zginęły od gruźlicy, zmarło 217=67,9% w pierwszym roku życia. Z 56 żywo urodzonych dzieci kobiet gruźliczych, zmarłych w ciągu 28 dni po porodzie — zmarło aż 37=78,3% w ciągu pierwszego roku życia. Więc względ na płód nie powinien grać roli przy decydowaniu o poronieniu.

W siedmiu przypadkach Rosthorna wywołano sztuczne przerywanie ciąży: w pięciu — poronienie, w dwu — poród przedwczesny. Po poronieniu widziano w jednym przypadku bardzo wyraźną poprawę; w innych — wyraźnego wyniku nie widziano, ani polepszenia, ani pogorszenia. Natomiast bardzo złe bezpośrednie skutki miał poród przedwczesny.

Na siedm przypadków Freitag a w dwu widziano bezpośrednio po zabiegu wyniki dobre — w obu wykonano go w pierwszych miesiącach ciąży; w innych przypadkach wyniku dodatniego nie spostrzeżono. W czterech przypadkach sztucznego przerywania ciąży, o których pisze Frischbier, z czego było dwa poronienia i dwa porody przedwczesne, żadnego wyniku dodatniego nie widziano.

Zobaczmy wreszcie, jak obecnie formułują wybitniejsi klinicyści swoje zapatrywania na zajmującą nas sprawę.

A. Fraenkel swój pogląd tak formułuje: Poronienie sztuczne jest przy gruźlicy wskazane w trzech wypadkach: 1) jeśli dany przypadek ma wogóle widoki poprawy lub wyleczenia; 2) jeżeli wyraźnie pod wpływem ciąży nastąpiło pogorszenie, lub wystąpienie ciężkich objawów, jak np. krwotok; 3) jeżeli objawy gruźlicy poraż pierwszy wystąpiły już po zająściu.

A. Sokołowski mówi o tej sprawie:

„Poronienie trzeba stosować, i to zależnie od wielu okoliczności, jedynie w przypadkach, w których od początku ciąży stan ogólny chorej ulega ciągłemu stopniowemu pogorszeniu“. „W przypadkach, w których ciąża przebiega prawidłowo, lepiej zachować się obojętnie, gdyż zdarza się, i to niezbyt znowu rzadko, że kończy się ona pomyślnie, nie wywołując najmniejszego pogorszenia w stanie ogólnym i miejscowym chorych“. „Szczęśliwe zejście ciąży u suchotnic zależy w wielkim stopniu od warunków społecznych, w których się one znajdują“.



O tej samej sprawie tak mówi Cornet: „W wypadkach daleko posuniętych, gdzie ciąża jest równoznaczna z pewną śmiercią, należy ofiarować wątpliwe istnienie płodu na korzyść matki, a to przez wczesne wywołanie poronienia, o ile są jakieś widoki poprawienia się stanu płuc“.

Rosthorn wreszcie swoje poglądy tak formułuje:

„O sztucznem poronieniu wolno i należy myśleć w następujących przypadkach: 1. Przy wszystkich rozpadowych, gorączkowych sprawach, zarówno świeżych, jak i starszych. 2. Przy lekkich, nawet najłżejszych sprawach, jeżeli istnieją powikłania, szczególnie gruźlicą krtani. 3. W przypadkach względnie wyleczonych, jeżeli pomimo zabiegów dyetyczno - higienicznych wychudzenie się wzmagają.“

Określonych norm, wskazujących konieczność i czas wykonania tego zabiegu — dotąd niema.

W każdym przypadku decyzja musi być powzięta przy udziale internisty, mającego doświadczenie w zakresie chorób płucnych.“

Co się tyczy zapatrywań na wartość przerwania ciąży przy gruźlicy krtani — kiedy, zdaniem wszystkich piszących o tej sprawie, rokowanie jest jaknajgorsze — to w tym razie wszyscy są za tym zabiegiem, chociaż widzą w nim raczej sposób ulżenia cierpieniom, aniżeli drogę do poprawy choroby zasadniczej.

Starano się niejednokrotnie wyjaśnić sobie teoretycznie — analizując zmiany wywołane w organizmie przez ciążę — jakie ona powikłania wywołać *powinna* w przebiegu gruźlicy płuc; odpowiedź wypadła zawsze zgodnie z chwilowo panującymi poglądami klinicznymi.

W wieku 18 i początkach 19-go dodatni wpływ ciąży na przebieg gruźlicy tem sobie tłumaczono, że podczas ciąży następuje odciągnięcie krwi od płuc do macicy, że więc w tym czasie nie masz widoków, by sprawy zapalne rozegrywać się w płucach mogły. Natomiast nagły przypływ krwi do płuc po porodzie — congestio pulmonum — może przyczynić się do pogorszenia w tym okresie choroby płucnej.

Wraz z zapanowaniem poglądów Rotkanskiego o przekrwienie bierne płuc uważano za ten moment zwalczający gruźlicę, który sprawia, że w tym czasie sprawy chorobowe w płucach poprawiają się, a nawet goją.

Brehmer, wysuwający na plan pierwszy rolę wielkości serca w sprawie powstawania i przebiegu gruźlicy płuc, przypisywał poprawę gruźlicy podczas trwania ciąży — przerostowi serca; przekrwienie w płucach podczas ciąży uważał za przekrwienie czynne, które poprawia odżywianie tkanki płucnej, a więc też polepsza warunki obronne tego organu.

Dziś wiemy, że nie samo przekrwienie płucne działa obronnie — jeno ilość ciał bakteryobójczych we krwi zawartych; że żadnej „rewulsji“ krwi z płuc do macicy nie bywa podczas ciąży; że rzekomy przerost serca przy ciąży jest tylko jego rozszerzeniem; to też żadna z tych hipotez nas nie przekonywa,

Ale równie mało, jak te hipotezy, mające dać teoretyczną podstawę teorii o dodatnim wpływie ciąży na przebieg gruźlicy, przekonywują nas dziś przytaczane dowody, mające poprzeć wniosek wprost przeciwny: o zgubnym wpływie ciąży na przebieg gruźlicy.

Faktem jest, że wcale nie zawsze, a nawet względnie rzadko, molimina gravidarum są przy gruźlicy cięższe, niż bez niej; jeśli jednak są takimi, to żadnych nie znamy związków przyczynowych, łączących te dwa zjawiska.

To samo powiedzieć należy o zmianach, jakie znaleziono we krwi podczas ciąży. Jak wszystkie organy, tak i krew podczas ciąży pracuje w granicach rozszerzonych funkcji. Żadnego jednak swoistego związku między temi sprawami a pogorszeniem gruźlicy ściśle nie stwierdzono.

Niewątpliwie, brak łaknienia i niestające wymioty podkopują organizm i sprzyjają nawrotowi resp. powstaniu gruźlicy. Ale ani we wszystkich odpowiednich przypadkach przebieg gruźlicy się pogarsza, ani też wszystkie przypadki pogorszenia w czasie ciąży następują z powodu wyliczonych objawów.

Zmniejszenie pojemności płuc — dzięki uniesieniu ku górze przepony — przytaczano doniedawna jako przyczynę pogorszenia się chorób przewlekłych płuc w czasie ciąży.

Tymczasem badania dokładne przekonały o tem, że pojemność płuc nie jest podczas ciąży zgoła mniejszą, niż w czasie zwykłym.

Wolno więc przytoczyć jako teoretyczne usprawiedliwienie współczesnych poglądów jedynie takie ogólne czynniki etyologiczne, jak osłabienie, złe trawienie,



męczący kaszel i t. p. objawy, towarzyszące ciąży.

Nieco więcej danych teoretycznych istnieje na poparcie ujemnego wpływu porodu i położu.

Nagle obniżenie się przepony po porodzie może sprzyjać aspiracji mas rozpadowych z istniejących ognisk gruźliczych do miejsc dotąd zdrowych; w tym samym sensie może działać i głęboki krzyk podczas porodu.

W przypadkach daleko posuniętej gruźlicy poród posuwa się tępo, idzie wolno, co może być przyczyną zwiększonej śmiertelności. Przebyty w tych warunkach poród, po dużej utracie krwi, daje większą śmiertelność położnic gruźliczych.

Krytyczna ocena poglądów, obecnie panujących w sprawie wpływu ciąży na przebieg gruźlicy, nasuwa odrazu przekonanie o wielce problematycznej wartości większości materyałów dotąd drukiem ogłoszonych.

Przedewszystkiem uderza brak danych wykazujących, jak często w praktyce lekarskiej—nie w szpitalu, klinice, przytułku akuszeryjnym—rodzą kobiety gruźlicze bez szkody dla siebie.

Istniejące statystyki są to statystyki głównie zakładowe, mają więc to do siebie, że; 1<sup>o</sup>) tyczą głównie kobiet niezamożnych, a nawet ubogich; 2<sup>o</sup>) podawane dane anamnestyczne opierają się na bardzo kruchych podstawach—jak wszystkie, tyczące chorób przewlekłych, nieobserwowanych przez lekarza osobiście; 3<sup>o</sup>) czas obserwacji, czynionej przez autora opisu, wynosi najczęściej dni kilka do kilkunastu.

Jak zaś oględnie i krytycznie traktować należy materyał statystyczny, poucza taki przykład.

Jeśli bym np. porównał dane mego doświadczenia osobistego z danymi przytaczanych autorów i wybrał wyłącznie chore—robotnice, natenczas doszedł bym do wniosków zgoła różnych od wniosków Maragliano, Hamburgera i innych.

Jako lekarz fabryczny, stwierdzający stale wszystkie wypadki choroby, w których robotnicy i robotnice pobierają zapomogę z t. zw. „Kasy chorych“, zebrałem taką statystykę: na 300 porodów rocznie w ciągu lat ostatnich pięciu, czyli na jakie 1500 porodów widziałem wszystkiego trzy razy śmierć w czasie ciąży z powodu gruźlicy i jeden raz śmierć w położu z tego powodu.

Takie cyfry—podane bez komentarzy—mogłyby świadczyć wprost, wobec częstotliwości gruźlicy płuc wogóle wśród robotniczej ludności, o dodatnim dla zdrowia wpływie ciąży na gruźlicę.

Ale bliższe zbadanie materyału statystycznego przekonywa o tem, że z grona robotnic fabrycznych, t. j. z pod mojej opieki giną przypadki cięższe; przestają pracować w fabryce, są usuwane lub same się od roboty usuwają.

To jest przyczyną tego stosunku, jaki wyżej w cyfrach podałem, a zarazem przemawia za tem, że nie ciąża jako taka, ale zły stan chorych, *daleko nosunięta* sprawa gruźlicza daje dopiero warunki, przy których ciąża działa zgubnie na przebieg gruźlicy, przynajmniej u robotnic fabrycznych.

Wartość przytoczonych statystyk tyczących się ciężarnych znajduje właściwą ocenę przy porównaniu ich ze statystyką ogólną częstotliwości gruźlicy.

Podług danych statystycznych śmiertelność od gruźlicy kobiet w wieku 20—50 lat waha się w granicach 200 do 400 zgonów na każde 1000.000 osób żyjących danego wieku.

Tymczasem liczba zgonów z powodu gruźlicy wśród materyału klinik położniczych Beaudelocqua (Kania), wiedeńskiej (Fellner) i heidelberskiej (Rosthorn) wynosi;

	na 100.000
Kania na 13651—13 czyli	96
Fellner „ 33881—65 „	191
Rosthorn na 1500—4 „	266

Te cyfry porównawcze nie przemawiają za szczególnym wpływem porodu na śmiertelność z powodu gruźlicy.

Do podobnych wniosków o wpływie ciąży na powstanie gruźlicy upoważnia porównanie częstotliwości gruźlicy wśród ogółu kobiet i wśród ciężarnych.

Przy śmiertelności 200 do 400 na 100.000 kobiet danego wieku chorobowość przyjąć należy równą 600 do 1200 (przyjmując czas przeciętny trwania gruźlicy na trzy lata).

Tymczasem przytoczone w pierwszej połowie tej pracy dane podają częstotliwość gruźlicy wśród ciężarnych na 700 do 1200 na 100.000

Znów więc porównanie ze statystyką ogólną przemawia przeciw temu, jakoby ciąża miała być czynnikiem poważniejszą jakąś rolę grającym w powstawaniu i pogorszeniu gruźlicy.

A przecież te dane z prac Freunda, Felnera, Eichera, Kania, Rosthorna



tyczą ludności ubogiej, szczególnie często chorującej na gruźlicę!

Jednocześnie jednak pamiętać należy, że do statystyk, pochodzących z klinik położniczych, nie wchodzi te wypadki—zresztą nieliczne—kiedy śmierć od gruźlicy nastąpiła przed porodem.

Bezpośrednie poszukiwania statystyczne Weinberga, tyżące się m. Sztutgartu, doprowadziły go do takich wniosków:

„Wpływ ujemny ciąży na przebieg i powstanie gruźlicy jest—na podstawie jednostronnego doświadczenia klinicznego—przeceniany. Dopełnić należy badania kliniczne poszukiwaniami statystycznymi, uwzględniającymi całą ludność.“

Wobec tego słusznego wniosku wszystkie dotąd ogłoszone dane statystyczne z klinik i szpitali wartości przekonywającej nie mają.

Jak już wspomiałem, *krótkość* obserwacji obniża wartość spostrzeżeń klinicznych.

To też obok metody statystycznej, uwzględniającej całe zaludnienie—a nie wyłącznie zaludnienie szpitali i klinik—do rozwiązania tego pytania powołany jest lekarz domowy, który przez obserwację lata trwającą może wykryć i usystematyzować czynniki wywierające swoisty wpływ na powstanie i przebieg chorób przewlekłych.

Tylko ten lekarz dać nam może odpowiedź na pytanie: jak często ciąża przebiega bez szkody dla kobiety chorej na gruźlicę lub zagrożonej gruźlicą.

Najdokładniej na to pytanie mógłby też odpowiedzieć lekarz małomiasteczkowy, który stale i przez lata ma w obserwacji jedną i tę samą klientelę.

Co się tyczy wartości przerwania ciąży, wnikającej gruźlicę, to już *a priori* nigdy ten zabieg nie zadowolni lekarzy, którzy—jak *F r i t s c h*—„nie może uważać poronienia za środek przeciw gruźlicy“.

Błędem jest w założeniu chcieć za pomocą przerwania ciąży *uleczyć* gruźlicę.

Mowa tu być może—co najwyżej—o usunięciu momentu etyologicznego w danej chwili najważniejszego, o usunięciu do tyła wczesnem, by *cessante causa—cessavit* w danym razie i *effectus*.

Przerwanie rozwoju gruźlicy zależy od stopnia rozwoju choroby, od stanu sił obronnych tkanki płucnej i organizmu całego; to też przerwanie ciąży, choćby ona właśnie była przyczyną danego zaostrzenia się sprawy gruźliczej, może przejść

zgoła bez wszelkiego wpływu na przebieg choroby płucnej, a nawet—przy obecności pewnych okoliczności—być nowym czynnikiem osłabiającym organizm (np. jeśli przerwanie ciąży będzie wywołane w dalszych miesiącach ciąży).

Faktem jedynie pewnym, jaki nasuwa badanie rozpatrywanego zagadnienia, jest, że dziś nie może być mowy o ściślejszej odpowiedzi na pytanie ogólne: jaki wpływ wywiera ciąża na gruźlicę. Wolno jedynie w każdym oddzielnym przypadku starać się rozstrzygnąć pytania, jakie praktyka do rozwiązania nasuwa. Pytania te mogą być: 1<sup>o</sup> czy u danej chorej ciąża wywarła, wywiera lub wywrzeć w najbliższej przyszłości może wpływ ujemny na przebieg istniejącej gruźlicy (czynnej lub utajonej); 2<sup>o</sup> czy potrzebna jest nasza czynna interwencja i jaka.

Jedynym ogólnym prawidłem w tej sprawie jest, że kobietom ciężko obciążonym, kobietom gruźlicą zagrożonym i i kobietom na gruźlicę chorym—nie wolno zachodzić w ciążę.

O wiele mniej kategorięcznie wolno się wyrażać o kobietach, które gruźlicę przebyły, t. j. o tak zwanych wyleczonych przypadkach gruźlicy.

Na wszystkie inne pytania, jakie nam codziennie praktyka nasuwa, odpowiedź musi być formułowana w każdym przypadku oddzielnie i zgodnie ze szczególnymi warunkami danego przypadku.

Więc po pierwsze—za ważny moment uważać należy datę poprzedniego (resp. poprzednich) porodów.

Jeżeli poprzedni poród odbył się niedawno, przed rokiem lub dwu laty, mamy prawo zapisać to na minus, t. j. przypuścić, że nowa ciąża źle wpłynie na przebieg istniejącej gruźlicy.

Wielu z piszących o tej sprawie uzależnia rokowanie od okresu gruźlicy, t. j. stawia gorsze rokowanie dla przypadków gruźlicy dalej posuniętej, lepsze—dla przypadków świeżych.

Ciż sami jednak autorzy szczególnie źle rokowanie stawiają dla przypadków gruźlicy, które powstały w czasie ciąży a więc: dla przypadków zupełnie świeżych.

Jest to niekonsekwencja, która razem dyskredytuje samą zasadę.

Niewatpliwie, przypadki ciężkie, a więc daleko posunięte, zostają przez ciążę pogorszone—jak je pogarsza każde poważniejsze cierpienie, osłabiające podkopany organizm.



Ale właściwie te ciężko chore kobiety nie często w ciążę zachodzą, a sprawa zabiegu (poronienia) nie gra tu roli ważnej, bo już z charakteru choroby zasadniczej wypływa beznadziejność stanu i nieskuteczność przerwania ciąży.

Tem nie mniej, widzimy kobiety z daleko posuniętą sprawą gruźliczą w płucach, rodzące kolejno dwoje i troje dzieci i kołatające jednak swój marny żywot.

Punctum saliens zajmującej nas kwestyi stanowią przypadki, które same przez się dają rokowanie niezłe, a w których właśnie ten nowy czynnik, jakim jest ciąża, może odegrać rolę zmieniającą rokowanie.

Więc — przedewszystkiem — zwrócić należy uwagę na wszystkie objawy, które służą do zbudowania prognozy przebiegu danego przypadku, przyczem odróżnić wypadnie rokowanie bezwzględnie złe i rokowanie prawdopodobnie złe.

Wszystkie przypadki, dające rokowanie bezwzględnie złe, t. j. przypadki, o których wolno przypuszczać, że padną ofiarą gruźlicy płuc, uważać należy za noli me tangere — w sprawie sztucznego przerwania ciąży, chyba że chcemy przez poród przedwczesny uratować życie dziecka.

Wbrew przeciwnie w przypadkach, które pozwalają postawić rokowanie tylko prawdopodobnie złe. We wszystkich przypadkach tego rodzaju byłbym za przerwaniem — rozumie się jaknajwcześniej — ciąży. Albowiem tu każda szkodliwość zaważyć może na szali, a sztuczne poronienie, wcześniej i umiejętnie wykonane, uważam za zabieg o wiele mniej dla organizmu szkodliwy, niż donoszenie, w danych okolicznościach, płodu.

W tych przypadkach nie wolno — mojem zdaniem — czekać i obserwować; czekać, aż wpływ ciąży ujawni się przez pogorszenie objawów ogólnych lub miejscowych; wtedy już zapóźno na zabieg, bo tu cessante causa napewno non cessat effectus.

Najczęstsze i najtrudniejsze zadanie mamy w przypadkach, w których sama sprawa gruźlicza nie daje powodu do obaw, w przypadkach łagodnych.

Tu głównie widzimy ciążę bez wpływu ujemnego szczęśliwie przebiegającą, widzimy nawet poprawę stanu płuc po porodzie, ale spotykamy też przypadki, w których łagodna i stacjonarna postać gruźlicy przybiera pod wpływem ciąży charakter postępujący i złośliwy.

Te właśnie przypadki przeczą zdaniu, że: rokowanie gruźlicy u ciężarnej jest zależne od rokowania ze strony sprawy

gruźliczej. Przypadki powstania gruźlicy w czasie ciąży, t. j. — ściśle mówiąc — ujawnienia się objawów istniejącego nieczynnego, a więc dobrze rokującego, ogniska, są, jak mówiłem, jaskrawem zaprzeczeniem tego prawidła. Po za tem, każdy z nas wśród większości przypadków to prawidło potwierdzających, ma też spostrzeżenia, z których widać, że rokowanie najlepsze pod wpływem ciąży stać może złem — dzięki wystąpieniu objawów takich, jak: ogólne wyniszczenie, gorączka, poty, gruźlica krtani, gruźlica kiszek, nerek.

W tych więc przypadkach, gruźlicy łagodnej, wraz z zająciem w ciążę należy nadzwyczaj ściśle chorą obserwować, a każde pogorszenie stanu miejscowego lub ogólnego może być usprawiedliwieniem do przerwania ciąży.

Tu ten zabieg ma największą rację bytu, bo najwięcej widoków wpływu pożądanego, a złe rozumują ci lekarze, którzy poronienie w tych razach uważają za zbyt uczynne, rezerwując je jedynie dla przypadków z gorszym ze strony płuc rokowaniem.

Wyraźnie stwierdzone pogorszenie, stwierdzone nie przez badanie jednokrotne nieznannej chorej, lecz przez obserwację — jest bezwarunkowo wskazaniem do możliwie wczesnego przerwania ciąży.

Wszystko wyżej powiedziane tyczy przypadków, które mamy pod obserwacją od chwili poczęcia.

Inaczej jednak musimy formułować nasze zdanie, jeśli chora zgłosi się w okresie ciąży już posuniętej; wtedy prawie wyłącznie metoda wyczekująca jest wskazana.

Że we wszystkich przypadkach gruźlicy powikłanej ciążą leczenie dyetyetyczno-hygieniczne powinno być, w miarę możliwości stosowane — zbyt uczynna chyba dodawać.

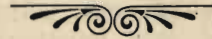
#### Źródła:

Ahlfeld. Cytow. podług Frischbiera. — *Be-sold-Dettweiler*. Die Anstaltsbehandlung der Tuberculose der Athmungswege. Berlin. 1902. — *Biegański*. Choroby zakaźne ostre. Tom II. 1903. — *Bernheim*. Tuberculose et grossesse. XII kongr. lek. w Paryżu. 1900. — *Brauer*. Eine Graviditäts-toxoneurose des Zentralnervensystems. Münch. m. W. 1904. № 26. — *Bunm*, Grundriss zum Studium der Geburtshilfe. 1903. — *Burkhardt*. Ueber Tuberculose u. Schwangerschaft im Hochgebirge. Deutsche m. W. 1906. № 24. — *Cornet*. Die Tuberculose. 2 wydanie. Wiedeń. 1907. — *Deibel*. Heidelberg. Dyssert. 1899. Cyt. podł. — *Dubreuilh*. Revue med. franc. 1851. Cytowane podług *Kani*. — *Frank J.* Praecepta praxeos medicae universal. Lipsk. 1817—1821. Cyt. podług *Kani*. — *Freytag*. Ueber Kehlkopftuberculose Münch. m. W. 1902.



№ 19.—*Freitag*. Ueber künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Tuberculose. Breslau. 1906.—*Frischbier*. Der Einfluss von Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett auf Lungen- und Kehlkopftuberculose. Dissert. Freiburg i. Br. 1906.—*Fritsch*. Der Künstliche Abort. Deut. M. W. 1904.—*Gerhardt*. Ueber Eheschliessung Tuberculöser. Ztschr. f. Tuberculose. I. 1900.—*Grisolle*. Arch. gener. de med. 1850. Cyt. podł.—*Eich*. Diss. 1904. Cytow. podł. *Rubina* — *Fallen*. Cyt. podł. *Kani*.—*Favre-Thomas*. Tuberculose et puerperalité. Paris. 1905.—*Fellner*. Die Beziehungen zwischen inneren Krankheiten und Schwangerschaft, Geburt u. Wochenbett. Wien. 1903. Cyt. podł. *Rubina*.—*Fellner*. Weiterer Beitrag zur Kehlkopfschwindsucht der Schwangeren. Münch. m. W. 1905. № 14.—*Fraenkel A.* Spezielle Pathologie u. Therapie der Lungenkrankheiten. Berlin. 1904.—*Freund W. A.* Die Künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft, ihre Indicationen und ihre Methodik. Deutsche Klinik im Eingange des XX Jahrhunderts. Zeszyt 47. Tom IX.—*Freund*. Die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane im ihrem physiologischen u. pathol. Veränderungen. W. „Ergebnisse der allgem. Pathol. Lubarsch-Oestertaga. III, 2. 1896.—*Hahn*. Tuberculose u. Schwangerschaft. Berlin. Klin. W. 1903. № 52.—*Hamburger*. Ueber die Berechtigung und Nothwendigkeit bei tuberculösen Arbeiterfrauen die Schwangerschaft zu unterbrechen. Berlin. Klin. W. 1902. № 45—47.—*Hertz*. Gruzlica krtni a ciąza. Gazeta Lek. 1904.—*Holst*. Tuberculose und Schwangerschaft. Münch. m. W. 1905. № 9.—*Jacob i Panwitz*. Entstehung und Bekämpfung der Lungentuberculose. Lipsk. 1901.—*Jaworski J.* Gruzlica a małżeństwo. Zdrowie. 1902.—*Kaminer*. Ueber den Einfluss von Schwangerschaft und Entbindung auf den phisischen Prozess. Deutsch. m. W. 1891. № 30.—*Kaminer*. Krankheiten der Atmungsorgane und. Ehe. W. Senatora i Kaminera „Krankheiten und Ehe“.—*Kania*. De l'Influence de la Puerperalité sur les Femmes Prédisposées à la Tuberculose. Thèse. Paris. 1904.—*Kleinwächter*. Die Unterbrechung der Schwangerschaft. Berlin. 1902. Cytow. podł. *Rubina* — *Kleinwächter*. Schwangerschaft. Encyklopedia Eulenburga. Wyd. 3-ie. Tom XXII.—*Kossmann*. Menstruation, Schwangerschaft, Wochenbett, Lactation und ihre Beziehungen zur Ehe. W. Senatora i Kaminera „Krankheiten und Ehe“. Berlin. 1904.—*Kossmann*. Indication und Recht zur Tötung des Fötus. Berlin. Klin. W. 1902.—*Kuttner*. Tuberculous Laryngitis and Pregnancy. Transactions of the British Congr. on Tuberculosis. London. 1902.—*Kuttner*. Ist die Kehlkopftuberculose als Indication zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft anzusehen? Berlin. Kl. W. 1905. № 29—30.—*Löhnberg*. Die Kehlkopfschwindsucht der Schwangeren. Münch. m. W. 1903. № 8.—*Löhnberg*. Weiterer Beitrag zur Kehlkopfschwindsucht der Schwangeren und zur Frage des künstlichen Abortus. Münch. m. W. 1905. № 7.—*Maragliano*. Ueber die Zweckmässigkeit der Unterbrechung der Schwangerschaft bei Tuberculose. Bericht über. d. Kongress zur Bekämpfung der Tuberculose. 1899.—*Prinzling*. Handbuch der medizinischen Statistik. Jena. 1906.—*Przedborski*. Cierpienia krtni przy ciąży. Gaz. Lek. 1900.—*Reiche*. Tuberculose u. Schwangerschaft. Münch. m. W. 1905. № 28.—*Rosthorn i Alb. Fraenkel*. Tuberculose und Schwangerschaft. Deut. m. W. 1906. № 17.—*Rosthorn*. Tuberculose und Schwangerschaft. Monats. f. Geburtsh. u. Gynäk. 1906. Maj.—*Roziere de la Chassagne*. Cyt. podług *Kani*.—*Rubin*. Tuberculose u. Schwangerschaft. Dys. Berlin. 1905.—*Ruge*. Ueber die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft

wegen starken Erbrechens u. Schwindsucht. Berlin. Kl. W. 1905. № 33.—*Schautu*. Cyt. podł. *Frischbiera* i *Corneta*.—*Schröder* i *Blumenfeld*. Hand. der Therapie der chronischen Lungenschwindsucht. Lipsk. 1904.—*Sims*. Cyt. podł. *Kani*.—*Sokołowski A.* Wykłady kliniczne chorób dróg oddechowych. Część III. Warszawa. 1906.—*Sokolowsky R.* Larynx. Tuberculose und Unterbrechung der Schwangerschaft. Berlin. Klin. W. 1904.—*Turban* i *Rumpf*. Die Anstaltsbehandlung im Hochgebirge. Wiesbaden. 1899.—*Weinberg*. Die Beziehungen zwischen der Tuberculose und Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Beitr. zur Klinik der Tuberculose. 1906. Tom V.—*Zweifel*. Cytow. podł. *Frischbiera*.



## Czwarty rok zakładu dla umysłowo- i nerwowo-chorych w Kochanówce.

Napisali: **J. Mazurkiewicz, W. Sochacki, S. Borowiecki i J. Morawski.**

Z każdą ważniejszą sprawą szpitalną w Kochanówce łączy się do dnia dzisiejszego w piątym roku egzystencji zakładu—nierozwalnie imię d-ra K. J o n s c h e r a. On zainicjował i powołał do życia tę instytucję, mieszczącą obecnie około 200 chorych dziennie, a przeszło 300 rocznie; zdobywał dla niej fundusze w okresie chwiejnego jeszcze funkcjonowania zakładu; za jego staraniem powstał nowy pawilon, fundacyi braci G e y e r ó w; z jego polecenia dokonana została w ostatnich miesiącach roku ubiegłego niwelacja całego terenu szpitalnego w celu jego zdrenowania. Wreszcie znowu dr. J o n s c h e r zajął się sprawą studni artezyjskiej tak energicznie, iż na posiedzeniu komitetu szpitalnego z d. 23 listopada r. z. zawartą została umowa z przedstawicielem firmy, która się zobowiązała nie ręcznie, ale mechanicznie wywiercić studnię, tak, iż Kochanówka już wkrótce posiadać będzie obfitą ilość dobrej, skalnej wody. Chwila ta dla życia wewnętrznego zakładu będzie do pewnego stopnia przełomową, gdyż zakończy pierwszy—bezwodny okres jego istnienia. Że w szpitalu i po tej upragnionej chwili pozostanie jeszcze dużo do zrobienia, to postaramy się wykazać w rozdziale o „Warunkach higienicznych szpitala w Kochanówce“; ale zdobycie wody i zdrenowanie będzie w każdym razie właśnie tym zasadniczym krokiem na drodze rozwoju szpitalnego, bez którego wszelkie inne wysiłki w kierunku rozszerzenia i ulepszenia warunków musiałyby z natury rzeczy pozostać płonne.



Podkreśliwszy na wstępie ten punkt, jako najważniejszy dla życia zakładowego, możemy przejść do ogólnej charakterystyki roku sprawozdawczego, która wypada dlań względnie dosyć pomyślnie. Odsetka śmiertelności—6,05%—jest nawet niższa od odsetki z roku poprzedniego (6,66%), zaś dwa razy mniejsza aniżeli odsetka z dwóch pierwszych lat istnienia zakładu (około 12%). Jedno powieszenie się, w czas dla uratowania chorego spostrzeżone, i jedno wymknięcie się z pawilonu chorego nieprzytomnego, który przenocował w sąsiednim łubinie, bez żadnej szkody nawet dla chorych błon śluzowych oskrzeli i nosa—wyczerpują rubrykę katastrof szpitalnych roku ubiegłego. Fakt uniknięcia w paru ostatnich latach wszelkiej katastrofy zaznaczamy z tego względu, iż świadczy on przede wszystkim pomyślnie o wdrożeniu się miejscowej służby szpitalnej do obowiązków pielęgniarских i szczególnie zasługuje na podkreślenie w roku ubiegłym, który zaznaczył się pomiędzy innymi ruchem strejkowym i służby szpitalnej w Królestwie. Ruch ten dotarł, rzecz prosta, i do zakładu w Kochanówce, i doprowadził—szczęściem bez krzydy dla chorych i bez usuwania z powyższej racyi kogokolwiek z personelu służbowego—do dwurublowej miesięcznej podwyżki.

Ruch strejkowy, który sprawił naturalnie niejedną przykrą dewersję w normalnym biegu życia szpitalnego, nie przeszkodził jednak do zrobienia właśnie w ostatnich już czasach nowego kroku na drodze do „no-restraint“. Po całkowitem usunięciu przed 3-ma laty kaftanów, po późniejszym usunięciu rękawiczek, ku końcowi roku ubiegłego wycotaliśmy definitywnie płócienne pasy, używane poprzednio przy stosowaniu koców dla chorych niespokojnych. Pasy takie, lub używane w tym celu ręczniki albo prześcieradła, krepują chorych i wywierają przez to bezwątpienia ujemny wpływ psychiczny; natomiast same kocy, wilgotne lub suche, o ile się nie łączą z jakimikolwiek sposobami krepowania, są na równi z letniemi wannami znakomitym środkiem uspokajającym i wskutek tego nie widzimy najmniejszego racjonalnego powodu do ich wycofania z obiegu.

W ten sposób ze środków, ograniczających wolność chorego, pozostały w Kochanówce do dnia dzisiejszego: po dwa łóżka siatkowe, wysokie, w których chory wygodnie może stać, i po 2 pokoje z oknami, zamykanemi z wyjątkiem oberlichtów przez okiennice, na oddziale dla

niespokojnych mężczyzn i dla niespokojnych kobiet. Nadto w 2-ach budynkach głównych i w budynku dla niespokojnych mężczyzn drzwi i okna są zamykane kluczem kojelowym i mają żelazne przedziałki w ramach okiennych.

Wszelkim wymaganiom metody „no-restraint“ (jakkolwiek nie wszelkim wymaganiom lekarskim wogóle) odpowiadają w Kochanówce w zupełności tylko trzy drewniane domki dla chorych zamkniętych, nie posiadające żadnych specyficznych urządzeń, które zastępują tutaj opieka służby. Zupełną swobodę ruchów posiadają—prócz pewnej ilości chorych pawilonowych—chorzy, mieszkający przy warsztatach, a także w zmodyfikowanym „patronage familial“, który urządziliśmy—po raz pierwszy w Królestwie—przed 10-iu miesiącami u sąsiada kolonisty. Ta modyfikacja opieki rodzinnej, którą poniżej opiszemy szczegółowiej w osobnym rozdziale, utrzymuje się dotąd jaknajpomyślniej.

Jeśli zadamy sobie pytanie, czy dla wszystkich naszych chorych, siedzących za zamkniętymi drzwiami i okratowanymi oknami, są one niezbędnie potrzebne, to musimy bezwarunkowo dać na nie odpowiedź przeczącą. Kochanówka do dnia dzisiejszego zachowała charakter wyraźnie szpitalny, gdyż z pomiędzy 314 chorych, których posiadała w roku sprawozdawczym, było 166 chorych, przyjętych do zakładu w tymże roku. Pomimo tego, przy dzisiejszym składzie chorych, 80% bezwarunkowo tych więziennych urządzeń już nie potrzebuje wcale. Że i pozostałe 20% chorych (przeważnie „gwałtownych“) w pewnych warunkach również się obejść bez nich może, o tem świadczy dowodnie istnienie—wprawdzie dotąd bardzo niewielu—takich zakładów w Europie, które wcale nie posiadają ani krat, ani okiennic, ani nawet szyb okratowanych i tem się tylko różnią od szpitali ogólnych, iż bardziej są zbliżone do urządzeń zwykłych domów prywatnych. Dzisiaj zakłady takie należą jeszcze do osobliwości, ale przyszłość bezwątpienia tylko do nich należeć będzie.

Szpital dla umysłowo-chorych może istnieć bez specjalnych urządzeń, ograniczających ich swobodę, tylko pod jednym warunkiem—że będzie zadawalniać wszelkie potrzeby chorych w możliwie najszerszym zakresie. Odsetka ucieczek chorych z takich szpitali—pomimo panującej w nich swobody ruchów,—nie jest większą, niż w szpitalach okratowanych i otoczonych murem poprostu dla-



tego, że chory, leżący na wygodnem łóżku, w czystej bieliźnie, otrzymujący smacznie przyrządzone pokarmy, odczuwający troskliwą opiekę otoczenia, mający dla siebie dostateczną ilość powietrza w przyzwycie, a nawet z pewnym wykwintem umeblowanym pokoju, nie drażniony wreszcie widokiem krat więzienia w pokoju,—wykazuje znacznie rzadziej chęć do ucieczki, aniżeli chory w złe urządzonej szpitalu.

Innemi słowy, jest to kwestya w przeważnej mierze zależna od finansów. Pomimo wciąż trwającego zastoju ekonomicznego w kraju, finanse Kochanówki w roku ubiegłym były na tyle dobre, iż pozwoliły na przeróbkę paru domków drewnianych na mieszkania zimowe, pozwoliły zbudować nową, murowaną kapliczkę przedpogrzebową i umożliwiły zawarcie kontraktu dla wywiercenia studni artezyjskiej. Ten względnie pomyślny wynik finansowy pozostaje w stosunku przyczynowym do stałego wzrostu liczby pensjonarzy, która doszła do maksymalnej cyfry 71 pensjonarzy (11 kl. I i 60 klasy II) za cały rok ubiegły i do maksymalnej jednorazowej cyfry 40 pensjonarzy (9 kl. I i 31 kl. II) w dn. 1 stycznia 1907 r. (czyli 21% ogółu chorych). Ponieważ jednak większej ilości pensjonarzy Kochanówka w żaden sposób pomieścić nie może, więc o dalszem rozszerzeniu zakładu z tego źródła, zresztą zbyt ubożego dla szerokich planów, myśleć niepodobna. Pozostaje zatem nadzieja, iż przyszły samorząd, albo Tow. Dobroc. w pomyślniejszych czasach, wybudują w Kochanówce parę nowych, dużych pawilonów, tym razem już bez żadnych specyficznych urządzeń.

Zanim to nastąpi w przyszłości, która jak się spodziewać należy, usunie wszelkie braki kochanowieckie, wynikające ze szczupłych jej funduszy, zmuszeni jesteśmy tymczasowo poprzestać na działalności, która, nie wymagając kosztów, zbliża przynajmniej pod pewnym względem Kochanówkę do poziomu lepszych zakładów współczesnych. Mamy tu na myśli pracę i rozrywki chorych.

Publicznie wystąpiła Kochanówka po raz pierwszy z produktami pracy swych chorych na bazarze w Łodzi dn. 15 października 1905 r., gdzie w osobnym pawilonie wystawiła około 300 przedmiotów robót kobiecych ręcznych, introligatorskich, laubzegowych, wyrobów skórzaných i t. d. Uzyskany ze sprzedaży tej kapitał (128 rb. 72 kop.) zużytkowany został w połowie na zakup

materyałów, z których chorzy zrobili sobie około 30 kostyumów na bal kostyumowy z d. 25 lutego 1906 r., w połowie zaś na materyał do dalszych robót ręcznych, przeznaczonych na sprzedaż. W ten sposób ciągle wydatki pokrywały, wciąż nowe wpływy, dzięki którym chorzy w roku sprawozdawczym wykończyli przeszło tysiąc przedmiotów na sprzedaż, które ogółem przyniosły do d. 1 stycznia 1907 r. rb. 628 kop. 11 dochodu. Przeważna część tych pieniędzy wydatkowana była na zakup nowych materyałów do pracy, drobniejsza część na zakup latarni czarnoksięskiej, na urządzenie paru większych zabaw pokojowych i wielkiej zabawy dożynkowej z wycieczką połowy chorych kochanowieckich na 4-ech wozach drabiniastych do sąsiedniego miasteczka Aleksandrowa. Zwykle niedzielne podwieczorki z tańcami i działem koncertowym stały się już poniekąd utartym obowiązkiem.

Nawet bardzo inteligentni lekarze, nie zajmujący się specjalnie psychiatryą, uważają niekiedy takie rozrywki za zbyreczne „rozpieszczanie“ chorych. Pogląd ten jest beżwątpienia mylny, gdyż lekarze zakładowi obowiązani są możliwie najbardziej ułatwiać i uprzyjemniać życie swym chorym nie z sentymentu dla istot nieszczęśliwych, ale przedewszystkiem z zimnego wyrachowania lekarskiego. Tam, gdzie bądź z winy lekarzy, bądź z winy warunków szpitalnych życie chorych staje się nieznośnem, tam dzieją się rzeczy straszne, jak np. w szpitalu św. Mikołaja Cudotwórcy w Petersburgu. D-r. N a z a r o w podaje, iż szpital ten na 650 łóżek mieści 1,166 chorych, na chorego przypada — zamiast 5-u sążni — 0,88 sążni sześć. powietrza; chorzy są pozbawieni spacerów, gdyż na 200 ludzi szpital posiada 40 ciepłych ubrań. To też w 1905 r. zaszło w szpitalu 29 samobójstw i 242 próby samobójcze — w jednym roku! Tam, gdzie warunki życia są niemożliwe, niemożliwym też jest wymagać od służby, aby upilnowała całe szeregi uporczywych kandydatów do samobójstw od kroku desperackiego. Ażeby zmniejszyć liczbę samobójstw w zakładzie należy mniej pilnować chorych, a więcej się starać o to, ażeby życie w zakładzie nie podsuwało na każdym kroku myśli o samobójstwie, jako rzeczy lepszej od pobytu w szpitalu. Wtedy pozostanie tylko mała ilość chorych, którzy wskutek swych bredzeń chorobliwych dążą do samobójstwa i których już łatwiej odeń ustrzedz nawet w takim za-



kładzie, jak w Galkhausen (między Kolonią i Düsseldorfem), gdzie na 900 chorych niema ani jednego pokoju z kratami lub nawet szklę okrętowem, ale gdzie każda sala dla chorych ogólnych jest wręcz z wykwintem urządzona. Kochanówka, która w ciągu czterech i pół lat swego istnienia miała jedno samobójstwo i kilka prób samobójczych, zawdzięcza tę względnie niezłą statystykę (jestto odsetka przeciętna) głównie pracy i rozrywkom chorych, obok względnie dobrego doboru służby pielęgniarskiej. Bez żadnej przesady należy postawić kategoryczne twierdzenie, iż w zakładach psychiatrycznych praca i rozrywki ratują życie znacznej liczby chorych.

### C y f r y.

I. W dn. 1 stycznia 1906 r. pozostało w zakładzie z roku poprzedniego zgodnie z liczbami, podanemi w sprawozdaniu zeszłorocznem—88 mężczyzn i 60 kobiet, razem 148 chorych. Ponieważ w r. 1906 przybyło 100 mężczyzn i 66 kobiet, czyli 166 chorych, zatem ogółem w roku sprawozdawczym przebywało w zakładzie 188 mężczyzn i 126 kobiet, czyli 314 chorych. Na dzień 1 stycznia 1907 r. przepisanych zostało 191 chorych, mia-

nowicie 112 mężczyzn i 79 kobiet. W porównaniu z rokiem 1905 liczba chorych, przebywających w zakładzie w ciągu roku, wzrosła o 59, zaś z rokiem 1904—o 96 chorych, wreszcie z r. 1903—o 116 chorych.

II. Z ogólnej ilości 314 chorych Łódź dostarczyła nam 240, Warszawa — 14, gub. warszawska 5, piotrkowska 46, plocka 2, kielecka 1, kaliska 2, lubelska 3 i wileńska 1.

III. Koszta na pobyt chorych w szpitalu w roku sprawozdawczym ponosiły następujące osoby, instytucye i przedsiębiorstwa:

1. Rodziny opłacały za 111 chorych	
2. Fabryki	74 "
3. Miasto Łódź	59 "
4. Łódź. Chrz. Tow. Dob.	50 "
5. Kochanówka bezpłatnie utrzymywała	13 "
6. Kolej Żel. Fabr. Łódź.	
płaciła za	3 "
7. Kolej Elektr. Łódź.	1 "
8. II Kasa Poż.-Oszczędn. w Łodzi	1 "
9. Dozór Bóźniczy	1 "
10. Miasto Pabjanice	1 "

Zestawienie tego wykazu cyframi lat poprzednich daje następujące wyniki:

	CHORYCH				W odsetkach, w stosunku do ogólnej liczby chorych			
	w r. 1903	w r. 1904	w r. 1905	w r. 1906	w r. 1903	w r. 1904	w r. 1905	w r. 1906
Z ogólnej liczby chorych pozostało w szpitalu:	—	—	—	—	%	%	%	%
1. na koszcie rodzin	97	76	84	111	48,7	34,8	32,9	35,4
2. " " Ł. Ch. T. D.	54	51	44	50	27,4	23,3	17,23	15,9
3. " " fabryk	22	32	58	74	11,3	14,6	22,7	23,6
4. " " miasta Łodzi	18	32	52	59	9,1	14,6	20,4	18,8
5. " " gmin	3	4	—	—	1,5	1,9	—	—
6. " " Doz. Bóźnicz.	3	12	5	1	1,5		1,965	0,3
7. " " T-w. Dobr. w Ozorkowie, miasta Pabjanin, Kol. Fabr. Łódzki. i t. d.	1	11	2	6	0,5	12,3	0,8	1,9
8. Całkiem bezpłatnie	—	—	10	13	—	—	3,935	4,1



IV. Według rodzaju zajęć chorzy masi mogą być podzieleni w sposób następujący:

1) przy rodzinie (bez stałego zajęcia lub zajęcie domowe)	90
2) rzemieślników	60
3) robotników i robotnic fabrycznych	74
4) urzędników	14
5) kupców	14
6) uczniów szkół wyższych i średnich	7
7) nauczycieli i nauczycielek	5
8) inżynierów i techników	9
9) przyrodników i lekarzy	3
10) felczerów i fryzjerów	3
11) obywateli ziemskich i rolników	7
12) właściciele fabryk	2
13) aptekarzy	1
14) dentysta	1
15) artystka	1
16) właściciel domu	1
17) uczonych (talmudystów)	3
18) wojskowych	2

19) służących	6
20) strażnik policyjny	1
21) bezdomnych	4
22) niewiadomo	6

V. W stanie małżeńskim z ogólnej liczby chorych pozostawało osób 153, w stanie bezżennym 135, we wdowieństwie—19, w rozwodzie—1, niewiadomo zaś o 6 chorych.

Liczba dzieci naszych chorych ogółem wynosi 422.

VI. Wyznaniowo rozpadają się chorzy na grupy następujące:

1) katolicy	195
2) ewangelicy	76
3) wyzn. mojżeszowego	36
4) prawosławni	3
5) niewiedomego wyznania	4

VII. O stopniu wykształcenia naszych chorych posiadamy dane, dotyczące się 236 osób. Z nich 29 — analfabeci, 99 — posiada elementarne wykształcenie, 49 — niższe, 48 — średnie i 11 — wyższe.

VIII. Wiek chorych określa wykaz następujący:

W I E K	Liczba chorych			Procentowo	
	mężczyzn	kobiet	ogółem	mężczyzn	kobiet
				%	%
od 5 — 10 lat	3	1	4	1,6	0,38
— 10 — 15 —	2	4	6	1,1	3,2
— 15 — 20 —	10	7	17	5,3	5,6
— 20 — 30 —	42	40	82	22,5	31,7
— 30 — 40 —	69	39	108	36,7	1,6
— 40 — 50 —	43	23	66	22,9	7,9
— 50 — 60 —	14	10	24	7,5	30,9
— 60 — 70 —	4	2	6	2,1	18,3
— 70 — 80 —	1	—	1	0,5	—
	188	126	314	100%	100%



IX. Czas trwania choroby przed wstąpieniem do tego lub innego zakładu specjalnego u naszych chorych wyraża się w sposób następujący:

1. mniej niż 3 dni	8 chorych
2. od 3 dni do 1 mies.	65 "
3. od 1 m. do 3 "	52 "
4. od 3 " do 6 "	37 "
5. od 6 " do 12 "	24 "
6. od 1 r. do 5 lat	62 "
7. od 5 do 10 lat	20 "
8. od 10 do 20 "	24 "
9. od 20 do 30 "	8 "
10. od 30 do 40 "	3 "
11. niewiadomo	11 "

X. U 254 chorych naszych choroba umysłowa zdarza się poraz pierwszy,

u 36—po raz drugi, u 12—po raz trzeci, u 2—po raz czwarty, u 1—po raz piąty; niewiadomo o 11 chorych.

XI. Czas pobytu w szpitalu określa wykaz następujący:

1. mniej niż 1 mies. bawiło	13 chorych
2. od 1—3 mies.	63 "
3. od 3—6 mies.	51 "
4. od 6—12 mies.	63 "
5. od roku do 2 lat	46 "
6. od 2 do 6 lat	57 "
7. od 6 do 10 lat	21 "

XII. O przyczynach choroby umysłowej wywiady informują nas zaledwie w 231 przypadkach:

PRZYCZYNA CHOROBY	napewno	prawdo- podobnie	obok in- nych czyn- nik. główn.	
1) alkoholizm rodziców . . .	47 chor.	3 chor.	17 chor.	
2) nerwowość rodziców . . .	1 "	2 "	7 "	
3) padaczka rodziców . . .	7 "	—	—	
4) choroby umysł. rodziców zdeklarow.	13 "	2 "	4 "	
5) choroby umysł. dalszych krewnych	13 "	4 "	12 "	
6) pijaństwo dziadków.	—	3 "	—	
Ogółem różnego rodzaju dziedzicz- czości . . . . .				95 chor.
7) przymiot nabyty . . . . .	24 chor.	13 chor.	9 chor.	37 "
8) alkoholizm chorego . . . . .	27 "	11 "	12 "	38 "
9) uraz fizyczny . . . . .	3 "	7 "	8 "	10 "
10) uraz psychiczny (w tej liczbie i przypadki rewolucyjne) . . . . .	7 "	6 "	21 "	13 "
11) starość . . . . .	3 "	—	—	3 "
12) choroby zakaźne ostre . . . . .	4 "	6 "	—	10 "
13) brak pożywienia dostatecznego	1 "	—	—	1 "
14) laktacja . . . . .	8 "	2 "	4 "	10 "
15) uraz porodowy . . . . .	5 "	1 "	—	6 "
16) przekwitanie płciowe (climax) .	4 "	—	1 "	4 "
17) choroby organiczne mózgu (charak- teru niespecyficznego)	1 "	3 "	—	4 "
				231 chor.



## XIII. Podług rozpoznania choroby umysłowej chorzy nasi dzielą się w nast. sposób:

ROZPOZNANIE CHOROBY	Meżczyzn	Kobiet	Ogółem
1. Psychozy melancholijno-maniakalne . . . . .	5	5	10
2. Amentia, halucinosi ac. i paranoia acuta.	18	20	38
3. Stupor . . . . .	—	1	1
4. Psychozy neurasteniczne . . . . .	2	1	3
5. „ histeryczne . . . . .	—	8	8
6. „ epileptyczne . . . . .	10	5	15
7. „ okresowe i okrężne . . . . .	4	3	7
8. Hebephrenia. . . . .	6	5	11
9. Dementia praecox (incl. Katatonia) . . . . .	36	17	53
10. Paranoia chronica . . . . .	7	4	11
11. Otepienie wtórne . . . . .	12	19	31
12. Psychozy lektacyjne . . . . .	—	6	6
13. „ klimakteryczne . . . . .	—	5	5
14. „ infekcyjne . . . . .	2	—	2
15. Intoksykacye alkoholiczne . . . . .	27	4	31
16. Paralysis progressiva . . . . .	38	6	44
17. Arteriosclerosis cerebri et dementia senilis	4	4	8
18. Braki umysłowe wrodzone . . . . .	7	6	13
19. Lues cerebri . . . . .	3	—	3
20. Meningitis convexitatis . . . . .	—	1	1
21. Hypochondria . . . . .	1	—	1
22. Folie du doute . . . . .	—	1	1
23. Psychosis traumatica . . . . .	2	—	2
24. Status hystero-epilepticus . . . . .	—	1	1
25. Tumor cerebri . . . . .	2	—	2
26. Dementia organica . . . . .	—	2	2
27. Chorea chronica et imbecillitas . . . . .	—	1	1
28. Commotio cerebri . . . . .	1	—	1
29. Morphinismus . . . . .	1	—	1
30. Głuchoniemota + stan paranoidalny . . . . .	—	1	1
			314



XIV. Z ogólnej liczby 314 chorych ubyło w ciągu roku sprawozdawczego 123 osoby, z tej liczby:

- 1) wyzdrowiało 25 chorych
- 6) wypisało się ze znaczn. polepszeniem w stanie zdrowia 13

- 3) wypisało się z polepsz. 22 chorych
- 4) wypisało się bez zmiany w stanie zdrowia 40
- 5) wypisało się z pogorsz. 4
- 6) rodziny zabrały umierających 6
- 7) umarło w zakładzie 13

Zabrano przedwcześnie:

F i g l.

13. W stanie znacznej poprawy	22. W stanie polepszenia	40. W stanie zdrowia bez zmiany.	4. w gorszym stanie zdrowia.	25. Wyzdrowiało	19. Umarło i wypisano umierających
-------------------------------	--------------------------	----------------------------------	------------------------------	-----------------	------------------------------------

Na ogólną więc ilość 123 osób, opuszczających zakład, 79 (64,2%) wypisało się przedwcześnie. Z nich 13 osób, wypisanych w stanie znacznej poprawy zdrowia, wróciło do pracy, a 22 rekonwalescentów zabrano nam głównie dla tego, że, wobec przepełnienia zakładu, nie posiadamy żadnego odpowiedniego kąta dla poprawiających się na zdrowiu i tem samem wymagających innego otoczenia i warunków chorych.

Co zaś do 40 chorych, wypisanych bez zmiany w stanie zdrowia, to:

1) 19 chorych zabrano do domu z powodu braku funduszków na dalsze leczenie, choć rodziny chorych uznawały konieczność dalszego pozostawiania pacjentów w Kochanówce;

2) 9 przeniesiono do innych zakładów leczniczych, gdzie ich przyjęto bezpłatnie lub za niższą od naszej opłatę;

3) 1 przybłąkany spokojny chory odesłany został do przytułku dla starców i kalek;

4) 11 chorych zabrały rodziny do domu, ustępując żądaniom samych chorych, niezadowolonych z zakładu.

Wypisanych w gorszym stanie zdrowia 4-ch chorych zabrały do domu ich rodziny, niezadowolone z rezultatów leczenia.

*Odsetka śmiertelności* wyraża się w roku sprawozdawczym cyfrą niższą trochę (16,5%) w porównaniu z rokiem poprzednim (6,66%), choć w tym roku nie posunęliśmy się ani na krok dalej w sprawie uzdrowotnienia warunków życia szpitalnego.

Przyczyny 19-u przypadków zejść śmiertelnych określa wykaz następujący:

Chorzy	Wiek	Pozostawali w zakładzie	Rozpoznanie choroby	Przyczyna śmierci
1. C. W.	45 lat.	6 miesięcy	Paralysis progressiva	Cierpienie podstawowe
2. T. F.	52 „	8 dni	Paralysis progressiva	„
3. U. A.	31 „	1r. 8 mies.	Paralysis progressiva	„



Chorzy	Wiek	Pozosta- wali w za- kładzie	Rozpoznanie choroby	Przyczyna śmierci
4. W. R.	54 „	7 mies.	Pseudo-paral. progr. alkohol.	Cierpienie podstawowe
5. P. A.	32 „	4 lata	Epilepsia	Typhus abdominalis
6. P. E.	39 „	1 r. 2 mies.	Pseudo-paral. progr. alkohol.	Cierpienie podstawowe
7. M. J.	32 „	8 mies.	Paralysis progressiva	„
8. T. A.	35 „	1 mies.	Paralysis progressiva	„
9. S. R.	54 „	4 mies.	Pseudo-paral. progr. alkohol.	„
10. R. K.	42 „	5 mies.	Paralysis progressiva	„
11. J. J.	62 „	3 mies.	Dem. sen. Arterioscleros. cer.	„
12. D. A.	20 „	4 dni	Meningitis tbc.	„
13. L. J.	43 „	3 l. 2 mies.	Paralysis progressiva	„
14. K. W.	34 „	4 l. 2 mies.	Paralysis progressiva	„
15. L. K.	50 „	9 mies.	Paralysis progressiva	„
16. Z. M.	25 „	2 dni	Commotio cerebri	„
17. S. M.	46 „	2 lata	Paralysis progressiva	„
18. S. W.	50 „	11 mies.	Paralysis progressiva	„
19. C. P.	30 „	8 mies.	Paranoia chronica	Tuberculosis pulmonum

Choroby gorączkowe stały się przyczyną zejść śmiertelnych w 4 przypadkach, co stanowi 21,1% ogólnej liczby zejść śmiertelnych. W roku 1905 cyfra

ta wynosiła 29,5%, w roku 1904—21,5%, a w roku 1903—18%.

Z 4 przypadków śmiertelnych chorób gorączkowych dwoje chorych (com-



motio cerebri i meningitis) dostarczono nam już w stanie beznadziejnym, pozostałe zaś 2 przypadki (tyfus i gruźlica płuc) są pochodzenia miejscowego. 58% wszystkich zejść śmiertelnych przypada na bezwład postępujący.

Fig. II. Tablica poglądowa ruchu chorych w r. 1906.

<p>Pozostaje na kuracyi na rok 1907 191 chorych</p>
<p>Wypisano zdrowych 25 osób</p>
<p>Wypisano ze znacznem polepszeniem 13 osób</p>
<p>Wypisano z polepszeniem 22 osoby</p>
<p>Wypisano bez zmiany w stanie zdrowia 40 osób</p>
<p>Wypisano z pogorszeniem 4 osoby.</p>
<p>Wypisano umierających i umarło w zakładzie 19 osób</p>

*Ruch służby zakładowej za czas od dn. 17/IX 1902 r. do 1/I 1907 r.*

W dniu otwarcia Kochanówki, t. j. 17 września 1902 roku, personel jej składał się z jednego lekarza, ogrodnika i

stróża, gospodyni z 2 kucharkami i jedną praczką, dozorecy z pięciu posługaczami i dozorczyjni z 5 posługaczkami. Wzrost liczebny personelu wykazuje nam tablica następująca:



Dnia	Lekarze	Intendet	Ogrodnik	Stróż i nosi- wodowie	Woźnica	Gospodyni i jej pomocnica	Kucharki	Praczkki	Garderobiana	Maszynista i palacz	Dozorca i pod- dozorcy	Posługacze	Dozorczyzni i poddzorczyzni	Posługaczki	Liczba chorych
17/IV. 1902 roku.	1.	—	1	1	—	1	2	1	—	—	1	5	1	5	53
1/I. 1903 roku.	1	1	1	3	1	2	2	2	—	2	2	7	2	7	77
1/I. 1904 roku.	2	—	1	5	1	1	3	3	1	2	3	12	1	12	112
1/I. 1905 roku.	2	—	1	4	1	1	4	4	1	2	3	14	1	11	117
1/I. 1906 roku.	3	—	1	5	1	1	4	4	1	2	3	17	1	12	148
1/I. 1907 roku.	4	1	1	5	1	1	4	5	1	2	3	22	1	15	191



Drugi lekarz w Kochanówce od 1/IV 1903 r., trzeci od 1/III 1905 r., czwarty od 1/VI 1906 r. Intendent w Kochanów-

ce od końca kwietnia 1906 roku. Ruch personelu Kochanówki wykazuje następująca tablica:

W ciągu roku	Służba pawilonowa						Służba administracyjna		
	Dozorców i dozorecznych			Poddozorców, poddozorecznyń, posługaczy i posługaczek			Było na początku roku sprawozdaw.	Przybyło po raz pierwszy	Uwolniono
	Było na początku roku sprawozdaw.	Przyjęto po raz pierwszy	Uwolniono	Było na początku roku sprawozdaw.	Przyjęto po raz pierwszy	Uwolniono			
1902	2	—	—	10	11	6	6	9	2
1903	2	3	3*)	16	33	24	13	22	19
1904	2	—	—	26	26	20	17	10	9
1905	2	1**)	1	27	16	11	18	21	16
1906	2	—	—	31	26	23	19	17	16

W 1902 roku na ogólną ilość 21 osób niższej służby pawilonowej uwolniono 6 t. j. 28,5%  
 W 1903 " " " 49 " " " 24 t. j. 49%  
 W 1904 " " " 52 " " " 20 t. j. 38,4%  
 W 1905 " " " 53 " " " 11 t. j. 20,8%  
 W 1906 " " " 57 " " " 23 t. j. 40,4%

Czas, przesłużony w Kochanówce przez uwolnioną naszą służbę pawilonową podaje nam następująca tablica:

Służyło w Kochanówce	Z uwolnionych w roku				
	1902	1903	1904	1905	1906
Mniej niż 1 miesiąc	—	1	—	2	2
Od 1 do 3 miesięcy	6	12	8	1	5

\*) 2 dozoreczynie usunięte były za ukrywanie przed lekarzem przewinień służby wobec chorych. Jedna zaś po miesiącu objęła miejsce uwolnionej w tym czasie gospodyni.

\*\*\*) Dozoreczynie uwolniona została z powodu choroby.



Służyło w Kochanówce	Z uwolnionych w roku				
	1902	1903	1904	1905	1906
Od 3 do 6 miesięcy	—	6	8	2	5
Od 6 do 12 miesięcy	—	5	3	1	5
Od 1 do 2 lat	—	—	1	3	—
Od 2 do 3 lat	—	—	—	2	3
Od 3 do 4 lat	—	—	—	—	3

Cyfry te wykazują, iż ogromna większość uwalnianej służby (na własne żądanie lub za karę), bo aż 86%, składa się z osób, przyjętych nie dawniej jak przed rokiem; z pomiędzy zaś starszej służby, dłużej niż rok przebywającej w zakładzie, w ciągu przeszło 4 lat odeszło zaledwie 14%.

Wydalono z Kochanówki za brutalne zachowanie się wobec chorych w latach 1902 i 1903—13 osób z niższej służby pawilonowej; w r. 1904—4; w 1905—2; w 1906—6. Prócz tego w 1905 roku wydano jednego ze starych służących (służył u nas 2 lata i 6 miesięcy) za niedopilnowanie powierzonego mu chorego; w 1906 roku wydano 1 posługacza i 1 posługaczkę za pijaństwo, jednego za lenistwo. Pozostali (z ogólnej liczby 84 posługaczy i posługaczek, uwolnionych przez cały czas istnienia zakładu) opuścili Kochanówkę sami z powodu zmęczenia, choroby, nieporozumień z towarzyszami i to-

warzyszami wspólnej pracy; część wreszcie usunęła się od służby, uznając ją za zbyt ciężką dla siebie.

Niektórzy jednak z uwolnionych na własne żądanie wracają do Kochanówki.

Z pozostającej na 1907 rok służby pawilonowej

Dozorca przesłużył 4 lata 4 miesiące

Dozorczyni przesłużyła 3 l. 4 m.

Poddozorca przesłużył 4 l. 1 m.

1 posługacz przesłużył 4 l. 4 m.

4 posługacze przesłużyli od 3 do 4 l.

2 posługaczki przesłużyły od 3 do 4 l.

3 posługacze przesłużyli od 2 do 3 l.

6 posługaczek przesłużyło od 2 do 3 l.

6 posługaczy przesłużyło od 1 do 2 l.

2 posługaczki przesłużyły od 1 do 2 l.

2 posługacze przesłużyło od 6—12 m.

3 posługaczki przesłużyły od 6—12 m.

3 posługacze przesłużyli od 3—6 m.

1 posługaczka przesłużyła 5 mies.

2 posługacze przesłużyli od 1—3 m.

W 1902 roku na ogólną ilość niższej służby administracyjnej	13	uwolniono	2 t. j. 15,4%
W 1903	"	"	29 " 15 t. j. 51,7%
W 1904	"	"	22 " 8 t. j. 36,4%
W 1905	"	"	32 " 14 t. j. 43,7%
W 1906	"	"	30 " 16 t. j. 53,3%



Z ogólnej liczby 55 osób niższej służby administracyjnej, uwolniono z Kochanówki przez cały czas istnienia zakładu: 2 palaczy (każdy z nich przesłużył 5 miesięcy)

1 woźnicę (przesłużył 2 lata i 7 miesięcy)

12 stróżów i nosiwodów

12 kucharek

28 praczek

Czas, przesłużony w Kochanówce przez uwolnionych stróżów i nosiwodów, kucharki i praczek, podaje następująca tablica:

Przesłużyło	Stróżów i nosiwodów	Kucharek	Praczek
Mniej niż 1 miesiąc	—	—	3
Od 1—3 miesięcy	3	4	10
Od 3—6 miesięcy	1	3	10
Od 6—12 miesięcy	2	2	3
Od 1 — 2 lat	3	3	2
Od 2 — 3 lat	3	—	—
Od 3 — 4 lat	—	—	—

Z pozostającej na 1907 rok niższej służby administracyjnej 2 stróże, palacz, woźnica i nosiwoda przesłużyli od 1 r. do 2 lat

1 stróż przesłużył 7 miesięcy  
 1 nosiwoda „ 4 miesiące  
 1 praczka przesłużyła 1 rok  
 1 „ „ 11 miesięcy  
 1 „ „ 6 miesięcy  
 1 „ „ 2 miesiące  
 1 „ „ 1 miesiąc  
 1 kucharka 4 lata 3 miesiące  
 1 „ 2 lata 7 miesięcy  
 1 „ 1 rok 8 miesięcy  
 1 „ 1 rok 3 miesiące.

(D. n.)



### Ruch chorych w ambulatorium przy szpitalu im. małż. Poznańskich w Łodzi w r. 1906.

Podał Zarządzający ambul. d-r. H. Rosenthal.

W ambulatorium przy szpitalu im. małżonków Poznańskich w 1906 roku udzielono bezpłatnych porad i rozdano lekarstwo 71665 osobom (w r. 1905—67347 osobom). Wśród tych chorych chrześcian było 8429, co stanowi 11.76%.

Z powodu niedziel i różnych świąt ambulatorium nie było czynne 66 dni, funkcyonowało więc w r. 1906 299 dni; przeciętnie dziennie udzielono porad 240 osobom. Lekarstw w r. sprawozdawczym rozdano 40.904.



Podług specjalności liczba porad przedstawia się w sposób następujący:

1.	Choroby chirurgiczne	—	29.936	co stanowi	41.8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	ogólnej liczby.
2.	„	skórne i weneryczne	11.733	„	16.4 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	„
3.	„	oczne	8.661	„	12.0 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	„
4.	„	dziecięce	4.867	„	6.8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	„
5.	„	nerwowe	3.992	„	5.5 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	„
6.	„	żołądka i kiszek	3.357	„	4.7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	„
7.	„	wewnętrzne	2.691	„	3.8 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	„
8.	„	gardła uszu i nosa	2.590	„	3.6 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	„
9.	„	piersiowe	1.923	„	2.7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	„
10.	„	kobiące	1.915	„	2.7 <sup>0</sup> / <sub>0</sub>	„

W ambulatoryum pracuje 20 lekarzy.



## Korespondencye.

### Słów kilka o klinice i szkole pedyatrycznej prof. Czerny'ego we Włocławiu.

Klinika dziecięca we Włocławiu ma cechy sobie właściwe, które ją odróżniają od innych klinik i dlatego też sądzę, że zwrócenie na nią uwagi, na sposoby jej prowadzenia, może dla lekarzy naszych mieć pewne znaczenie, tembardziej, że koledzy z Królestwa bardzo rzadko przyjeżdżają do tutejszej kliniki. Szkoła profesora Czernego zdobywa sobie coraz większe uznanie w Niemczech, znajduje wielu zwolenników i propagatorów, wydaje cały szereg prac i dzieł opartych albo na badaniach przemiany materji, albo na ścisłych obserwacjach klinicznych.

Klinika uniwersytecka dziecięca została otwarta we Włocławiu w 1894 r. Na razie wynajęto w prywatnym domu jedno piętro i tam urządzono poliklinikę, następnie dla umożliwienia badań klinicznych postarano się o urządzenie małej stacyi obserwacyjnej, a dopiero w 1901 roku wybudowano klinikę obecną.

Składa się ona z dwóch gmachów: w większym, trzypiętrowym, parter zajmuje poliklinika, pierwsze piętro — pracowni: chemiczna, bakteriologiczna i anatomico-patologiczna, drugie biblioteka i sale dla chorych niezakaźnych, trzecie — mieszkania dla lekarzy. salę do fotografii i t. p. i drugi gmach mały, parterowy, przedzielony na dwie części, przeznaczony został na błonicę i szkarlatynę. W głównym gmachu jest 18, w mniejszym, 12 łózek.

Wskutek małej ilości łózek ogromny nacisk kładą tutaj na poliklinikę, gdzie też kwalifikują dzieci do przyjęcia do

kliniki. Poliklinika składa się z bardzo dużej i wysokiej poczekalni dla chorych, małej hali dla wózków, 3-ch gabinetów przyjęć, jednego dla badań specjalnych np. elektrycznością, i pokoju dla chorób zakaźnych z małą poczekalnią i wejściem z sieni.

Segregacyi chorych ambulatoryjnych nie stosują tutaj zupełnie wobec małej ilości chorych zakaźnych \*) wogóle i wobec tego, że materyał ambulatoryjny składa się przeważnie z niemowląt. (Portjer obowiązany jest wypytywać się, czy dziecko niema wysypki lub czy gardło nie boli; w razie podejrzenia choroby zakaźnej wzywa lekarza miejscowego; pomimo to jednak zdarzają się wypadki czekania przez czas dłuższy np. szkarlatyny w ogólnej poczekalni). Wychodząc z założenia, że wartość naukowa polikliniki polega nie na ilości przyjętych dzieci, a na jakości obserwacyi, lekarz poświęca tutaj tyle czasu dziecku, ile tego wymaga dokładne zbadanie i zaprotokółowanie choroby, ewentualnie — zrobienie opatrunku. Chorych przyjmuje trzech lekarzy w trzech gabinetach od 9-ej r. do 1-ej pp. i od 3-ej pp. do 6-ej lub 7-ej w. Ponieważ w badaniach poliklinicznych chodzi przede wszystkim o to, żeby lekarz możliwie dokładną zdawał sobie sprawę z całego przebiegu choroby — każdy chory posiada swoją historję choroby, która ciągnąć się może przez całe lata. Przyjęte dziecko dostaje kartkę z numerem, podług którego posługaczka wyszukuje z archiwum odpowiednią historję choroby; w razie

\*) Przez 7 tygodni widziałem 3 przypadki szkarlatyny, 1 raz ospę (pierwszy przypadek od lat 12), kilkanaście przypadków błonicy; odry nie widziałem ani razu.



zgubienia kartki dla wyszukania historii choroby posługują się skorowidzem. W ten sposób bywają dzieci badane w poliklinice od lat 12-u. N.B.: każde dziecko jest badane możliwie przez jednego i tego samego lekarza. Tego rodzaju badania są bardzo ważne dla dokładnego zdania sobie sprawy z przebiegu chorób przewlekłych, ze stosunku i związku pojedynczych objawów, z wpływu wielu chorób na rozwój fizyczny i system nerwowy dziecka i taki też materiał może być użytkowany do poważnej pracy naukowej.

Do kliniki przyjmują przeważnie dzieci do lat dwóch, zdrowe i chore, w celu przeprowadzenia dokładnych badań nad wpływem naturalnego i sztucznego karmienia i prac dotyczących przemiany materii. Dzieci starsze bywają przyjmowane również w miarę jak tego wymagają wykłady albo badania specjalne.

Poniżej podaję szereg szczegółów, w których mniej—więcej odbijając się mogą poglądy prof. Czernego, stojące w wielu razach w sprzeczności z tem, co powszechnie jest w pediatrii przyjęte.

*Karmienie naturalne.* Mleko kobiece jest najwłaściwszym pokarmem dla niemowląt i powinno być stosowane nawet wtedy, kiedy dzieci rzekomo źle rozwijają się; podawać je jednak należy we właściwej ilości i z zachowaniem odpowiednich przerw; niestosowanie tych dwóch zasadniczych warunków bardzo często prowadzi do poważnych zaburzeń odżywiania. Dziecko zdrowe wypija dziennie w pierwszych miesiącach życia mleka kobiecego  $\frac{1}{5}$  swej wagi, później  $\frac{1}{6}$ — $\frac{1}{10}$ . Karmić należy dzieci tylko 5 razy na dobę (4 razy w dzień i 1 raz w nocy). Od zasady tej, stosowanej od szeregu lat, nie odstąpiono we Wrocławiu ani razu. Pięć razy podają pokarm tutaj zarówno zdrowym, jak i słabym lub przedwcześnie urodzonym dzieciom. Niepokój dziecka może najwyżej wymagać zwiększenia czasu przerwy pomiędzy dwoma karmieniami, ale nigdy nie może być wskaźnikiem jej zmniejszenia. Przesąd utrzymujący się nietylko pomiędzy publicznością, ale i w literaturze lekarskiej, że dzieci trzeba karmić co dwie godziny, dużo już szkody przyniósł i powinien być zwalczany. Mniej więcej w końcu 6-go miesiąca radzą tutaj zacząć dokarmianie: jedno danie piersi zamieniać daniem składającym się z chudego rosołu z kaszką, t. j. pożywieniem bogatym w sole i węglowodany — niezbędne składniki dla uzupełnienia mlecznego

pożywienia. W 9—10 miesiącu powoli przechodzą do karmienia sztucznego z mleka krowiego, z zupy z mąki, kaszki, ewentualnie jarzyn. (Rozumie się, że starają się tu nie odstawić dzieci od piersi w miesiącach letnich). Przez cały czas karmienia piersią strzedz się należy przekarmiania, o ile więc dziecko zbyt szybko przybywa na wadze lub o ile podkład tłuszczowy zwiększa się znacznie, trzeba ograniczać albo długość karmienia, albo zwiększyć przerwy pomiędzy pojedynczymi karmieniami, albo ew. zamienić jedno karmienie daniem beztłuszczowym, np. kleikiem. Szczególniej przestrzegają przed przekarmianiem w okresie odstawienia od piersi. Z kwestyą wyboru odpowiedniej dla dziecka karmicielki jest związany cały szereg przesądów, a więc we wszystkich przypadkach bardzo często zgoła niesłusznie poszukiwane bywają karmicielki z dużą ilością pokarmu; o ile bowiem dziecko jest wątłe i słabe i niema siły ani możności wypijania z piersi danej ilości mleka, w piersi następuje zastój i duża ilość pokarmu zanika szybko. Przy wyborze karmicielki należy kierować się nie wielkością jej piersi i ilością pokarmu, a wyglądem jej własnego dziecka i wyszukiwać takie, których dziecko nie pod względem wieku (to jest zgoła obojętne), a pod względem rozwoju i siły odpowiada dziecku, które ma być karmione.

Karmicielka jeść powinna to wszystko, co normalny człowiek zwykł jadać, z tem zastrzeżeniem, aby pożywienia było w dostatecznej ilości. Jakość pożywienia mamki nie wpływa na jakość mleka; pogład, że surowe owoce lub kwaśne potrawy, spożywane przez mamkę, mogą szkodzić dziecku, nie wytrzymuje krytyki. O ile karmicielka ma mało pokarmu, to jedynym środkiem pobudzenia wydajności gruczołów mlecznych jest dokładne ich opróżnianie. Widywano w klinice wrocławskiej mamki, które z początku miały za mało pokarmu dla własnego dziecka, a następnie troje dzieci karmić mogły. Wszystkie inne metody, jak masaż lub elektryzacja piersi, jak również środki apteczne t. zw. galactoga, nie wpływają zupełnie na zwiększenie wydzielania się mleka. Nieuzasadnioną jest rzeczą przygotowywanie podczas ciąży brodawki do karmienia, mycie jej środkami odkażającymi przed karmieniem, jak również przemywania jamy ustnej dziecka po karmieniu; ten ostatni zabieg jest zgoła zbyteczny, a często wskutek zbyt energicznych mani-



pulacyi troskliwej matki—szkodliwy dla błony śluzowej ust.

Karmienie naturalne nie tylko znakomicie zmniejsza ilość zaburzeń odżywiania u dzieci, ale i daje im większą odporność w stosunku do chorób zakaźnych; najważniejszą rzeczą dla dzieci jest pokarm naturalny przez pierwsze kilka tygodni.

W przypadkach, gdzie karmienie piersią nie wystarcza, stosować trzeba karmienie mieszane i tylko w ostateczności przechodzić do karmienia sztucznego.

*Karmienie sztuczne.* Pożywieniem najbardziej zbliżonem do mleka kobiecego jest mleko zwierzęce; w praktyce stosują przeważnie krowie, rzadziej kozie. Mleko dają tutaj noworodkom gotowane (około 10 minut) w rozcieńczeniu 1:2 wody z cukrem mlecznym (łyżeczka cukru mlecznego na 100 gm. płynu). Pierwszego dnia po urodzeniu dziecku albo nie dają, albo nięco słabej herbaty z sacharyną, drugiego dnia 2 razy mleko, trzeciego 3—4 razy, a od 4—5 dni 5 razy na dobę. Więcej niż 5 razy na dobę dziecko karmione sztucznie nie dostaje; prawidła tego przestrzegają u dzieci karmionych sztucznie jeszcze usilniej, niż przy karmieniu piersią ze względu na poważne następstwa, jakie ma zwykle przy karmieniu sztuczniem każde zaburzenie odżywiania. O ile dziecko zbyt mało na wadze przybywa, zmniejszają powoli rozcieńczenie, przechodząc do 1:1 i 2:1.

Od 4-go miesiąca mleko rozcieńczają zupą z mąki w celu zwiększenia ilości podawanych wodań węgla, od 6-go miesiąca raz dziennie dają rosół z kaszką, od 9—10 m. dodają jarzyny np. szpinaku raz dziennie. Co się tyczy ilości pożywienia, to stosują prawidło Budina, mianowicie ilość spożywanego przez 24 godziny mleka może wynosić najwyżej 10 części wagi dziecka, zaczynają jednak od znacznie mniejszej ilości i zwiększają ją powoli, o ile na wadze dziecka przybywa zbyt mało. Ogólna ilość płynu nie powinna przekraczać 1 litra na dobę. Dzieciom po 6-u miesiącach i nawet starszym dają najwyżej  $\frac{3}{4}$  do 1 litra mleka dziennie. Wyłącznie mleczna djeta wywołuje bladłość cery, stałe zaparcie stolca, duży brzuch i inne zaburzenia odżywiania—a więc nigdy nie powinna być stosowana. W drugim roku stosują dietę następującą: 2 razy 250 grm. mleka z sucharkami lub pieczywem bez masła, 2 ra-

zy 250 grm. mleka bez pieczywa i raz rosół z kaszą, ryżem lub kluskami, następnie owoce surowe lub jarzyny. Stosowanie w dietetyce dziecięcej wszelkich sztucznych preparatów, rozmaitych wychwalanych mączek jest conajmniej zbyt szkodliwe. Jaja i mięso zalecają zwykle dopiero po dwóch latach i w bardzo ograniczonej ilości. Prof. Czerny przestrzega przed tak zw. pożywną czy posilną dietą, stosowaną tak często w domach zamożnych. „Posilna“ dieta składa się, podług przyjętego ogólnie mniemania, z jaj, mięsa i mleka. O wyborze tych środków stanowić ma duży procent zawartego w nich białka. Tymczasem badania wykazały, że dziecko potrzebuje stosunkowo mało białka; wyłącznie skoncentrowane, obfite w białko pożywienie, podawane wyłącznie lub wogóle w zbyt dużych ilościach szkodę tylko przynieść może. Dzieci karmione dietą „posilną“ często cierpią albo na stałe zaparcie stolca, lub też na przewlekłe rozwolnienie, są zwykle blade, nalane, często również chorują na niepoddające się miejscowemu leczeniu vulvitis lub balanitis, jak również na uporczywe choroby skóry. I w gruźlicy u dzieci „wzmacniająca dieta“, jak i tuczenie wogóle, nie daje ani profilaktycznie ani terapeutycznie dobrych wyników, przeciwnie może wywołać niepożądany obrót wskutek powikłań, bowiem dzieci tuczone są mniej odporne na choroby zakaźne. Skonstatował to prof. C. stanowczo co do szkarlatyny. Prawie wszystkie ciężkie przypadki płonicy, kończące się w przeciągu 24—48 godzin śmiercią, spotykał Czerny u tuczonych dzieci.

*Zaburzenia odżywiania.* Zaburzenia żołądkowo-kiszkowe doczekały się całego szeregu klasyfikacji mniej lub więcej udatnych, opierających się albo na zmianach anatomo-patologicznych kanału pokarmowego, lub też na danych bakteriologii. Tego rodzaju klasyfikacje Czerny odrzuca przedewszystkiem dla tego, że opierają się one na zmianach kanału żołądkowo-kiszkowego, podczas gdy zaburzenia te odbijają się na całym ustroju dziecka; powtóre, że różnica pomiędzy pojedynczemi zaburzeniami jest wyłącznie ilościowa, a nie jakościowa, zależna od organizmu chorego dziecka, od jego indywidualnych wrażliwości i od stopnia szkodliwości czynników wywołujących chorobę. Czerny uogólnia je pod nazwą zaburzeń odżywiania.

Najczęstszą przyczyną, wywołującą zaburzenia odżywiania, a co za tem idzie



ogromną śmiertelność niemowląt, szczególnie w miesiącach letnich, jest zepsute pożywienie. Dlatego też dzieci karmione piersią chorują na te zaburzenia stosunkowo rzadko, przeważnie tylko z przekarmienia. Zaburzenia odżywiania różnią się nadzwyczajnie, zależnie od tego czy dzieci są karmione naturalnie czy sztucznie; o ile u pierwszych rozwolnienie lub wymioty po ograniczeniu ilości pokarmu najczęściej przechodzą bez śladu, o tyle u drugich są stale rzeczą poważną, na którą baczną od samego początku należy zwrócić uwagę. Wskutek zakorzenionych pomiędzy publicznością przesądów, które niestety podtrzymują i niektórzy lekarze, że dzieci mogą chorować na ząbki, każde zaburzenie żołądkowo-kiszkowe bywa lekceważone, przyczyna je wywołująca nie usuwana i natężenie choroby zwiększa się z dniem każdym. Zdawałoby się, że najprostszą logiczną rzeczą jest odstawienie szkodliwego pożywienia, często jednak nawet lekarze do takich wniosków nie dochodzą. Wezwany lekarz zapisuje często ulubiony kalomel, lecz pożywienia nie wstrzymuje i dziecko choruje w dalszym ciągu. Zapisywanie kalomelu lub innych środków czyszczących jest w ogromnej większości przypadków zgoła niepotrzebne, dziecko bowiem za pomocą wymiotów i rozwolnień uwalnia swój organizm od szkodliwych czynników i interwencja lekarska jest potrzebna o tyle tylko, aby wstrzymać zupełnie podawanie szkodliwego pożywienia i odpowiednio unormować dietę. Ponieważ jednak kanał pokarmowy u chorych dzieci drażni i nieżępsoty pokarm, należy przez 24—48 godzin nie dawać żadnego pożywienia, podając tylko wodę z sacharyną (bez cukru). Zamiast wody można z równym skutkiem stosować herbatę, napar z rumianku lub kwiatu lipowego, lub wodę białkową dobrze precedzoną. (Białko osiada prawie całkowicie na filtrze). Środki tak zwane odkażające kanał pokarmowy, jak również wstrzymujące rozwolnienie, nie działają zupełnie i dlatego też stosowanie ich jest niepotrzebne. Jedynym środkiem wstrzymującym rozwolnienie jest spokój kiszek, a więc głodzenie. Dopóki objawy podrażnienia kiszek nie ucielną, stosować należy dietę wodną, później bardzo ostrożnie przechodzić do innego pożywienia. Ponieważ podrażniony kanał pokarmowy jest bardzo wrażliwy, ograniczyć trzeba przede wszystkim ilość pokarmów; co się tyczy jakości, to doświadczenie kliniki

wrocławskiej wykazało, że z trzech zasadniczych składowych części pokarmów podrażnione kiszki najgorzej znoszą tłuszcze. Dlatego też po zaburzeniach kiszkowych dają tutaj albo bardzo rozcieńczone mleko, albo maślanekę, później nieco — maślanekę z zupą z mąki. Co się tyczy diety przy zaburzeniach przewlekłych odżywiania, to należy główną uwagę zwrócić na to, co doprowadziło do zaburzeń, jakiej składowej części pokarmów dziecko otrzymywało poprzednio albo zbyt mało, albo zbyt dużo i np. dziecku karmionemu przez kilka ostatnich tygodni tylko kleikiem lub sucharkami bez mleka, czyli pożywieniem bezazotowem, należy przede wszystkim dawać substancję białkową — rozcieńczone mleko lub maślanekę; o ile, przeciwnie, dziecko było karmione wyłącznie mlekiem, trzeba przejść do diety mieszaney. Stosowanie w terapii zaburzeń odżywiania lekarstw i sztucznych fabrykatów jest zbyt częste, często szkodliwe.

*Uspodobienie wysiękowe.* Pogląd na tak zwaną diatezę wysiękową stanowi jedną z cech właściwych szkoły wrocławskiej. Wobec tego, że w literaturze lekarskiej stale mieszają i identyfikują pojęcia skrofulozy i gruźlicy, Czerny wydziela z dawnego pojęcia skrofulozy wszystko to, co niema związku z gruźlicą i proponuje dla uniknięcia nieporozumień nazwę diathesis exsudativa. Jest to anomalia rozwoju, która występuje wyłącznie w wieku dziecięcym, spotyka się najczęściej u wszystkich dzieci pewnej rodziny w najrozmaitszych przejawach i stopniu i uwydatnia się często już w pierwszych tygodniach życia dziecka. Należy odróżniać dwa typy dzieci z diatezą wysiękową. Do pierwszego należą te z nich, które pomimo karmienia piersią bogatą w pokarm rozwijają się powoli, pozostając stale poniżej normy. Do drugiego typu należą przeciwnie te, które, niezależnie od stosunkowo małej ilości pokarmu, rosną bardzo szybko — krzywa ich wagi stale bywa powyżej normy w zależności nie od rozwoju systemu mięsnego, lecz od odkładania się dużej ilości tłuszczu, w tkance podskórnej. Dokładna znajomość pierwszego typu ma dla lekarzy ogromne znaczenie. Tego rodzaju dzieci wytwarzają błędne pojęcia o złem lub dobrem mleku kobiecym, a co gorsza — o przewadze w niektórych przypadkach karmienia sztucznego nad naturalnem. Ten typ dzieci powoduje tak często spotykane w zamożnych rodzinach zmiany karmicielek, ponieważ stale niedostatecz-



ny rozwój dziecka uzależniają od „złego„ pokarmu mamki. Najczęściej po kilku nieudanych próbach wyszukania karmicielki „z dobrym pokarmem“ przechodzą do karmienia sztucznego i następuje rzekoma poprawa, dziecko szybko przybiera na wadze, robi się tłuste, nalane. Ale waga nie jest jedynym wskaźnikiem zdrowia dziecka i w tych przypadkach lepiejby było dla dziecka, gdyby się ono wolniej rozwijało na piersi mamki, niż szybko - przy sztucznym karmieniu; w ostatnim przypadku bywa ono mało odporne na choroby zakaźne i bardzo łatwo podlega poważnym zaburzeniom odżywiania. Powolny rozwój takich dzieci zależy przeważnie od tego, że organizm nie znosi zbyt tłustego pożywienia, jakim jest mleko kobiece, i dopiero zamiana jednego dania piersi pokarmem beztłuszczowym, np. maślanką albo kleikiem powoduje rozwój normalny. W klinice wrocławskiej widziałem troje takich dzieci karmionych dostateczną ilością mleka kobiecego, pomimo to ubywało im na wadze dopóty, dopóki nie zamieniono jednego dania piersi przez maślankę. Jednym z pierwszych objawów diatezy wysiękowej jest lingua geographica. Do diatezy wysiękowej należy również załupienie ciemniaczka, powodujące uporczywe wypryski, ognipiór, prurigo (strophulus infantum), intertrigo w pachwinach, za uszami, w fałdach skóry. Wszystkie te objawy najczęściej spotykają się u tłustych dzieci i zwiększają lub zmniejszają swoje natężenie w zależności wyłącznie od diety—leczenie miejscowe tylko chwilową ulgę zrobić może. Objawy diatezy wysiękowej występować mogą i na błonie śluzowej dróg oddechowych w podobnej postaci, jak na skórze. Jaktu, jedne dzieci mają wyłącznie prurigo, inne stale ognipiór, tak i tam—objawy chorobowe ograniczają do pewnego tylko odcinka dróg oddechowych: np. jedne dzieci miewają kilka razy do roku zapalenia gardła, inne krup fałszywy lub rozlane nieżyty oskrzeli. Diateza wysiękowa może występować i na oczach w postaci flictenaelub zapalenia powiek i na błonie śluzowej organów moczopłciowych, jako vulvitis lub balanitis. Ogromne znaczenie w leczeniu i zapobieganiu diatezy wysiękowej posiada odpowiednio zastosowana dieta. Każdy rodzaj odżywiania, prowadzący do tuczenia, niezależnie od tego, czy osiąga swój cel czy nie, zawsze stan dzieci z diatezą wysiękową pogarsza i przeciwnie—każdy rodzaj pożywienia, podczas którego tuczenie jest

wyłączone, polepsza ich stan. Tuczenie może zależeć od ilości i od jakości pożywienia, a często—od kombinacji tych dwóch czynników.

Należy więc ograniczyć ilość podawanego pożywienia, a co się tyczy jakości, to nie dawać zupełnie jaj, śmietany, tłustych potraw, słodczy, kompotów, ograniczyć ilość mleka do  $\frac{1}{4}$ — $\frac{1}{2}$  litra dziennie, a jako płyn stosować wodę. Najbardziej zaś pożądanymi są pokarmy roślinne, ewentualnie surowe owoce i jarzyny.

Prof. Czerny nie zgadza się i w innych dziedzinach pediatrii z poglądami większości lekarzy: nie stosuje nigdy hematogenu, somatozy, sanatogenu i innych tego rodzaju preparatów, nie wierzy w specyficzne własności tranu i fosforu w leczeniu krzywicy i tężyczki (tetanii), nie stosuje słonych kąpielii i wogóle unika środków aptecznych.

Poglądy swoje rozwija w wielkiem dziele: A. Czerny i A. Keller. Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Tom 1 1906 roku i w szeregu własnych artykułów: Ueber den gegenwärtigen Stand der Ernährungstherapie magendarmkranken Säuglinge. Allg. medic. Central-Zeitung Nr. 26, 27. 1898 r.

Ueber Kinderernährung. Die Deutsche Klinik. 1901 r.

Kräfteige Kost. Jahrbuch für Kinderheilkunde. B. 51.

Die Exsudative Diatese. Jahrbuch für Kinderheilkunde. B. 61.

Zur Kenntnist der Exsudativen Diatese. Monatschrift für Kinderheilkunde. April. 1905.

Ueber die Beziehungen zwischen Mästung und Skropfulösen Hautaffectionen. Monatschrift. f. Kind. 1903 r.

Zur Kenntniss der Gastroenteritis im Säuglingsalter. Jahrbuch f. Kin. B. 4, 4.

Ueber die Beziehungen zwischen Mästung und serotulösen Hautaffectionen. Monatschrift für Kinderheilkunde. Mai. 1903.

Ein Vorschlag zur Abgrenzung des Begriffes „Scropfulose“. Zeitschrift für Tuberculose. B. II 1901.

Odbijają się one i w dużej ilości prac, które wyszły z kliniki wrocławskiej asystentów Czernego: Gregora, Kellera, Freunda, Tiemicha, Orglera i wielu innych. Pomędzy innymi: A. Keller. Ueber Nahrungspausen bei der Säuglingsernährung. Centralblatt. für innere Medicin. 1900.



M. Thiemich. Ueber den Einfluss der Ernährung und Lebensweise auf die Zusammensetzung der Frauen-

milch. Monatschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie. B. X. Wrocław 30. XI. 1906.

Tadeusz Mogilnicki.

## Towarzystwa Lekarskie prowincjonalne.

### Tow. Lekarskie Łódzkie.

Posiedzenie dn. 7 listopada 1906 r. Przewodniczący wiceprezes kol. K r u s c h e. Sekretarz kol. Groslik. Protokół poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

#### I. Kol. Goldman przedstawił:

1) 4-letni. Alfreda K. w opatrunku gipsowym po ustawieniu obustronnego wrodzonego zwknięcia biodra; tylko w położeniu pod prostym kątem udało się utrzymać główkę w panewce; ustawienie zostało dokonane w uspieniu eterowym niejednocześnie na obu nóżkach; pomimo bardzo niewygodnej pozycji nóg, chory przy podtrzymywaniu z tyłu chodzi po pokoju. Chorych z wrodzonym zwknięciem biodra widzimy u nas rzadziej, niż zagranicą, co G. przypisuje nie większej rzadkości tego cierpienia u nas, tylko rzadkiemu rozpoznawaniu u chorych tej anomalii.

W dyskusyi kol. R u n d o zgadza się z G. co do przyczyny rzadkiego obserwowania tego cierpienia u nas i proponuje, aby ktoś z chirurgów w krótkich słowach streścił symptomatologię tego cierpienia.

II. Chory przebył ciężki atak zapalenia okołokątniczego; po trzech tygodniach usunięto w uspieniu chloroformowym wyrostek robaczkowy, zrosnięty ze skłębioną siecią, którą wraz z wyrostkiem wycięto — Przebieg pooperacyjny bez powikłań. Blizna ścianki brzusznej bez zarzutu (szew trzypiętrowy). Kierunek cięcia odpowiada linii łączącej ostatnie żebra ze spojeniem łonowym na przecięciu z zewnętrzną  $\frac{1}{3}$  częścią linii, łączącej pępek z kolcem kości biodrowej górnym przednim.

W dyskusyi kol. W a s s e r m a n zaznaczył, że stosowane w danym wypadku cięcie łatwo może przyczynić się do powstawania przepukliny. Ważnem też jest, zdaniem kol. W., oszczędzanie nerwów, co właśnie osiąga się za pomocą cięcia, praktykowanego przez chirurgów amerykańskich. Według kol. M. C o h n a,

tyle istnieje cięć, ilu autorów, a każdy swoje chwali. O następstwach stanowi raczej ścisłość, aniżeli ta lub owa metoda operowania. W sprawie cięć zabierali głos również koledzy K r u s c h e i P e r l i s.

Kol. G o l d m a n odpowiada, że bynajmniej nie uważa zastosowanego przezeń cięcia za najlepsze.

II. Kol. S a k s pokazał chorą, u której *dwukrotnie* dokonano *cięcia cesarskiego*, bezwzględnie wskazanego przez wadliwą budowę miednicy.

III. Kol. G o l c przedstawia pacjenta z Exanthema papulosum toxicum ex usu gonosani.

„Chory B. Dobrz., 24 lata, przyszedł dzisiaj do mnie ze skargą na silne swęczenie skóry na całym ciele, a szczególnie na ramionach i twarzy, które się pojawiło 2 dni temu w nocy, najpierw na przedramieniu i szybko rozszerzyło się po całym ciele.

Pacjent dotychczas był zdrowym, na wysypki ani na choroby zakaźne nie chorował. Od 3-tych tygodni ma rzeżączkę, którą leczył sam, zażywając do wewnątrz laps. gonosani, i wyżył do tego czasu 5 pudełek po 32 kapsułki, z tych 60 kapsulek wyrobu krajowego, a resztę fabryki Riedla z Berlina.

Wysypka, którą widać u pacjenta, składa się z pojedynczych gruczołków i krost (papulae) rozsianych gęsto i równomiernie po całym tułowie, ramionach, pośladkach i udach, jak również na szyi i twarzy, lecz w daleko mniejszej ilości; kiście rąk, przestrzenie pomiędzy palcami i członek wolne od wysypki; na powierzchniach wyprostnych, a szczególnie na górnej części ramion i na pośladkach wysypka jest silniejszą i skóra gęściej usianą krostkami, jak na zgięciach łokciowych i kolanowych, choć na powierzchni zgięciowej przedramienia wysypka jest bardzo gęsta i skóra w tych miejscach jest przez tarcie i drapanie silnie zaczerwieniona,



Pojedyncze krostki stożkowatej formy są mniejsze, wielkością jak główka szpilki—blado-różowego koloru, niektóre z nich pokryte zaschniętymi strupkami skrzeplej krwi, ale większość o gładkiej błyszczącej powierzchni; w niektórych miejscach, jak np. na ramionach, widać także pojedyncze papułki mniej wystające ponad powierzchnią, trochę większe, o nieregularnych zarysach, jakby spłaszczone i silniej zaczerwienione. Nigdzie nie widać na powierzchni krostek wysięku, ani żółtych strupków powstałych z zaschniętej wydzieliny (serum), jak przy pryszczycy, skóra nigdzie nie zgrubiała i niezbyt sucha, nie łuszcząca się.

Nigdzie nie widać blizn ani śladów po dawniejszych zdrapaniach, gdyż jest to świeża wysypka, jak widać z anamnezy, powstała wskutek zażywania Gonosani w dość dużych dawkach, i powstanie wysypki należy przypisać żywicznemu składnikowi Gonosanu, znanym pod nazwą żywic *A* kawa-kawa i *B* kawakawa, gdyż drugi składnik Gonosanu, olejek santalowy, o ile wiem, nie wywołuje wysypek. Z drugiej strony znane są wysypki, powstające po zażywaniu Balsamum copaivae, który także zawiera bardzo dużo żywicznych składników. Ale wysypki powstałe wskutek zażywania Balsamum copaivae są trochę odmienne od wysypki w danym wypadku, tam one się więcej zbliżają do formy Erythema i skóra wygląda jakby była pokryta czerwonymi bąblami—tutaj zaś wysypka zbliża się i przypomina Eczema papulosum w pierwszym stadium, ale nie jest eczemą, gdyż nigdzie niema wysięku i zlewania się strupków w skorupki jak przy pryszczycy.

[Przypisek późniejszy: Dalszy przebieg to potwierdził, gdyż widziałem pacjenta na 6-ty dzień po demonstracji; wysypka po zastosowaniu środka oczyszczającego i linimentum Boeckii zaczęła znikać z tułowia. rąk i nóg, i nigdzie nie przechodziła w drugie stadium eczemy, t. j. w moknącą formę, tylko nastąpiło dość silne obrzmienie powiek, szczególnie dolnych, i cała twarz jakby była nabrzmiąta; pacjent swoim wyglądem na twarzy przypominał chorego na nerki. Przy badaniu uryny znalazłem  $\frac{1}{4}$  pro mille białka (podług Essbacha); w osadzie tylko ciała ropne bez cylindrów. Nerki chorego są zdrowe, gdyż ilość białka odpowiada zawartości ropy w urynie wskutek rzeżączki. Przy mikroskopowym badaniu znalazłem sporo dwoinek Neissera"] (Autoreferat).

Kol. Sonnenberg „podkreśla podobieństwo wykwitów skórnych w wypadku demonstrowanym przez kol. Golca, do liszaja postrzygującego rozsianego”. (Autoreferat).

Kol. Groslik, z uwagi na grudkowy charakter wysypki, podobnej do urticaria papulosa, oraz z uwagi na brak łusek, przyłącza się do zdania kolegi Golca.

IV. Kol. Groslik pokazał 9 mies. dziecko z *Favus scutularis solitarius* w okolicy dolnego kąta prawej łopatki. Matka dziecka utrzymuje, że parch powstał w kilka tygodni po dokonanej w tem miejscu punkcyi, którą to genezę oczywiście uważać należy za błędną. Zdanie to, co do genezy, podzielają również koledzy M. Cohn i Sonnenberg.

V. Kol. Groslik pokazał 5-letniego chłopca, dotkniętego świerzbiączką; (Prurigo); liczne a znacznie powiększone gruczoły niebolesne. Jednak w prawej pachwinie gruczoł wielkości średniego jabłka, ropiejący, b. bolesny. Etyologia—oczywiście ropne mikroby wprowadzone przez drapanie.

Kol. Sonnenberg uważa przypadek ze względu na natężenie cierpienia, za *prurigo agria*.

VI. Kol. Groslik pokazał 40-letnią kobietę, dotkniętą wczesnym *trzeciorzędnym syfilisem*. Zараżenie przed rokiem; pierwsza wysypka—krostowata; jednocześnie powstał gumat na lewej goleni, pełzający i dotychczas trwający; na tułowiu liczne gumaty powierzchowne, rozmaitej wielkości, przeważnie wrzodziejące.

VII. Kol. M. Cohn przedstawił dwa preparaty oraz referował z kazuistyki szpitalnej dwa przypadki.

1) Graviditas extrauterina. Haemorrhagia interna.

Gustawa S., lat 22, żona wojażera, operowana dn. 31 października r. b. Chora wzrostu wysokiego, dobrej budowy ciała w silnym stopniu anemiczna.

Miesiączka od 13 roku życia, prawidłowa, niebolesna aż do zamążpójścia przed 5-u laty, poczem dysmenorrhoea. Bóle nie ustępują po operacji rozszerzenia (discisio) szyjki macicznej, dokonanej przed 3-a laty. Przed 7-u miesiącami wyłyżeczkowanie macicy i ponowne rozszerzenie szyjki. Ostatnia miesiączka przed 7-u tygodniami, poczem silne, częste (do 20 razy dziennie) męczące wymioty przez ostatnie 6 tygodni. Przed tygodniem ból w brzuchu oraz plamy krwawe z części rodnych przez dni 4. W przeddzień operacji znowu bóle w



dolnej części brzucha oraz nader silne wymioty. Dnia 31 o godz. 11-ej zrana zemdlenie trwające przeszło dwie godziny. O godz. 4<sup>1/2</sup> operacja dokonana przy łaskawej asystencji kol. Saks a.

Po cięciu brzuszmem oddzielone zostają skleiny, łączące lewy jajnik i jajowód z częściami sąsiednimi (otrzewna miednicy), oraz wycięte przypadki prawe, zawierające jajo płodowe.

Preparat przedstawia jajnik prawy wraz z wrzecionowato rozszerzoną ampulką jajowodu, którego strzępki końcowe (morsus diaboli) zrosnięte są z jajnikiem. W górnej części worka płodowego znajduje się otwór, w którym sterczy w części wypadnięte jajo płodowe, zawierające wewnątrz płód, oraz błona doczesna wraz ze skrzepami krwi.

Przebieg pooperacyjny pomyślny. Dziś, tydzień po operacji, chora czuje się zupełnie zadawalniająco.

2) Cystoma ovarii sinistri. Ovariotomia.

Wypadek niniejszy zasługuje z tego powodu na uwagę, że przedstawiał przed operacją pewne trudności w różniczkowym rozpoznaniu między ciążą a torbielą jajnikową.

Chora, Małka Ch., lat 18, dobrze zbudowana. Miesiączka od 14 roku życia; ustawa—jak podaje chora—od 11-tu miesięcy. Brzuch powiększony. Po za powłokami brzuszными wyczuwać się daje guz, który położeniem swem pośrodkowym, formą i konsystencją robi wrażenie ciężarnej macicy w końcu siódmego miesiąca; wyróżnić nawet można jakby oddzielne części płodu. Nadmiar tych wątpliwości przy badaniu chorej w różnym czasie, oddzielnie przez kol. Saks a i oddzielnie przezemnie, doznaje się wrażenia ruchów płodu. Badaule jednak wewnętrzne wykazuje macicę pustą, normalnej wielkości, przyciśniętą przez guz ku przodowi.

Operacji dokonałem przy łaskawej asystencji kol. Saks a.

Chora zniosła zabieg bez reakcji. Dziś, tydzień po operacji, czuje się zupełnie dobrze.

Preparat przedstawia wielokomorową, galaretowatą torbiel jajnika lewego. Pojedyncze guzy, jak to widać, bardzo łatwo mogły dać wrażenie rozmaitych części płodu.

3) *Vulnus sclopetarium thoracis. Haemorthorax dexter. Vulnus hepatis. Haemorrhagia interna, Laparatomia.*

Wojciech M. lat 48, rob. fabryczny, ugodzony wprawdzie humanitarną, nie-

mniej jednak bratobójczą kulą browningowską, przywieziony został do szpitala karetką Pogotowia d. 23 października o godz. 8<sup>1/2</sup> rano. Z wywiadów okazuje się, że przed pół godziną został zraniony kulą, przyczem odrazu wystąpił silny ból w górnej części brzucha, „jakby straszne targnięcie“, oraz że przytomności nie stracił. Skutkiem osłabienia nie mógł ustać na nogach i zwałił się na ziemię, skąd go już przeniesiono do karetki Pogotowia.

Chory wysokiego wzrostu z dobrze rozwiniętym układem mięśniowym i kostnym, o zbolalym wyrazie twarzy z cerą ziemistą. Porusza się z trudnością. Tętno 110, o fali niepełnej. Czkawka. Przy badaniu okazuje się, iż przestrzelona została na przelot klatka piersiowa i że otwór wejściowy kuli znajduje się na linii sutkowej prawej w 5-m międzyżebżu na dwa palce poprzeczne poniżej mammillae; otwór zaś wejściowy na lewej linii pachowej średniej w 8-m międzyżebżu. Przy opukiwaniu z prawej tylnej strony klatki piersiowej poniżej 8-o żebra przytępienie. Oddech w tem miejscu osłabiony. W jamie brzusznej objawy obecności wolnego płynu.

Operacja o godz. 1<sup>1/2</sup> po poł. Cięcie na linii pośrodkowej, poniżej prostopadła mieczykowatego, a następnie prostopadłe na lewo. Jama brzuszna, wypełniona znaczną ilością skrzepów i krwi płynnej, po wygarnięciu której, przybywa wciąż krew świeża. Przy bliższym badaniu okazuje się, że źródłem krwawienia jest rana dolnej powierzchni lewego płatu wątroby, długości około 4-ch ctm., a głębokości do 1<sup>1/2</sup> ctm.. Po tamponacji krwotok ustaje. Tampon zamieniono na worek Mikulicza i ranę zaszyto szwem jednopiętrowym. Tegoż dnia, jak również i dnia następnego, częste zastrzykiwania roztworu soli kuchennej. W ciągu pierwszych 24 godzin po operacji objawy groźne, tętno małe, częste, rzęzenia, objawy poczynającego się obrzęku płuc. Bańki cięte, naparstnica.

Dnia 25 stan lepszy. Oddech swobodniejszy, kaszel męczący. Ciepłota rano 39.

Od dnia 26 stała poprawa. Ciepłota poniżej 38-u. Dnia 29 wyjęto część szwów oraz usunięto tampon. Dnia 30 w nocy skutkiem silnego męczącego kaszlu wcale nie spał. Przy opatrunku okazuje się, iż pozostałe jeszcze szwy nie wytrzymały naporu przy kaszlu, tak iż nastąpiło wypadnięcie na zewnątrz rany części żołądka i wątroby. Pod uspie-



niem chloroformowem zaciągnięto ranę szwami jedwabnymi i drutem.

Dnia 31. Opatrunek przesiąknięty żółcią. Stan ogólny zadawalniający.

Dnia 4 XI. Z prawej jamy opłucnej wypompowano około 300 ctm. krwi. Stan dobry.

Dnia 7. Od dni 7-u ciepłota prawie normalna. Stan subiektywny chorego zupełnie zadawalniający. Z rany po tamponie wydziela się znaczna ilość żółci, którą stale przesiąknięty bywa opatrunek. Stolce acholiczne.

(Przypisek późniejszy. Dnia 20 XI. Stan chorego dobry. Stolce zabarwione. Z rany po tamponie obficie jeszcze wydziela się żółć zmieszana ze śluzem).

4) *Volvulus. Laparotomia.*

Nissel B., lat 68, przywieziony do szpitala małż Poznańskich karetką Pogotówia d. 4 XI o godz. 6 wiecz. Operowany d. 5 XI. Mors. Przed trzema dniami nagły silny ból brzucha, poczem zaparcie i wymioty, które od 36 godzin ustały. Starzec wycieńczony, słabowity, w stanie zanikowym. W płucach objawy starego nieżyty oskrzelowego, zwyrodnienie mięśnia sercowego, miażdżycy naczyń. Brzuch mocno wzdęty, bolesny przy dotykaniu. Po zastrzyknięciu morfiny przez lekarza Pogotowia, chory czuje znaczną ulgę. Wstrzyknięta do kiszki stolcowej lawatywa z wody i 6 łyżek oliwy pozostaje wewnątrz.

Dnia 5-go po zdecydowaniu się chorego wiecz. na operację, przystąpiono do niej o godz. 9-ej. Uśpienie chloroformowe niezmiernie trudne i niezupełne z przyczyny marnego stanu serca i pobudzenia chorego, który przyznał się do abusus in Baccho.

Po przecięciu powłok brzusznych okazuje się, iż cienkie kiszki zawrócone są około kreski, nadto znajduje się przewęzenie około kiszki ślepej. Wprawienie niezmiernie rozdętych kiszek wymaga wiele zachodu.

Przy końcu zabiegu chory umiera, prawdopodobnie skutkiem porażenia serca". (Autoreferat).

W dyskusyi nad przypadkiem 3-im kol. W a s s e r m a n twierdzi, że kula powinna byłaby przebić żołądek albo trustkę, i zapytuje, czy nie było objawów przemawiających za tem twierdzeniem. Na co kol. G o l d m a n odpowiada, że niepodobna narzucać dróg naturze, która właśnie najczęściej darzy nas niespodziankami. Kol. K r u s c h e podziela zdanie kol. G o l d m a n a i na potwierdzenie przytacza fakt z własnej praktyki.

Co się tyczy przypadku 4-go, kol. W a s s e r m a n nadmienia, że *ileus* mógł być następstwem appendicit'u i zrostów, na co kol. C o h n odpowiada, iż objawy zależały wyłącznie od zakrętu kiszki. Kol. G o l d m a n żałuje, że w omawianym przypadku nie zastrzyknięto przed operacją physostigminy, która w koncentracji 1<sup>0</sup>/<sub>100</sub> działa podniecająco na serce; byłaby ta iniekcya może zapobiegła śmierci chorego. Takie przynajmniej wyniósł on wrażenie z zestawienia tego przypadku z przypadkiem kol. S a k s a, który pomimo rozpaczliwego stanu, być może pod wpływem physostigminy, zakończył się pomyślnie. Kol. M. C o h n odpowiada, że physostigmina działa wprawdzie tonicznie na serce, ale w danym wypadku mogła wywołać niepożądaną paręzę kiszki.

VIII. Kol. G o l d m a n pokazał wyrostek robaczkowy, usunięty à froid choremu 21 letniemu U. po dwukrotnem zapaleniu okołokatniczem. Wyrostek długi 12 ctm. nosi na sobie wyraźne ślady obu napadów w postaci: 1) bliznowatego zwężenia, 2) owrzodzenia.

Przebieg pooperacyjny normalny.

IX. Kol. K a u f m a n pokazał *szpilkę podwójną*, usuniętą z pęcherza kobiety, która ją sobie wprowadziła celem wywołania poronienia.





# KRONIKA.

Z powodu zmian w składzie pracowników drukarni zeszyt niniejszy uległ znacznemu opóźnieniu.

(№ 1) — Towarzystwo Lekarskie Warszawskie powołało na prezesa kol. Walentego Kamockiego, na wice-prezesa kol. Antoniego Gabszewicza, na sekretarza kol. Ignacego Landsteina.

(№ 2) — Towarzystwo Lekarskie Łódzkie wybrało na r. 1907 na prezesa kol. Ksawerego Jasińskiego, na wice-prezesa kol. Seweryna Sterlinga, na sekretarza kol. Juliana Grabowskiego, na sekretarza II-go kol. Józefa Michalskiego, na skarbnika kol. Wiktora Littanera, na bibliotekarza kol. Ludwika Fankanowskiego i na bibliotekarza II-go kol. Zdzisława Prechnera.

(№ 3) — W Towarzystwie Lekarskiem Lwowskim na rok 1907 wybrano jako prezesa — kol. A. Gluzińskiego, jako wice-prezesa — J. Staszewskiego, jako Sekretarza dorocznego — kol. W. Ziembickiego, jako sekretarza stałego (na 3 lata) — kol. M. Hermana.

(№ 4) — Towarzystwo Lekarskie Krakowskie powołało na r. 1907 na prezesa prof. Rosnera, na wice-prezesa d-ra Borzęckiego, na sekretarza stałego d-ra Wachtila, na bibliotekarza d-ra Flisa, na redaktora „Przeglądu Lekarskiego“ prof. Ciechanowskiego.

(№ 5) — Oddział Łódzki Towarzystwa Higienicznego rozpoczął wydawnictwo dziesięciogroszowe: „Robotnicza Biblioteczka Higieniczna“. Dotąd wyszły: „Dziecko w pierwszym roku życia“, w opracowaniu kol. Wł. Schoeneicha i „Choroby dzieci w wieku szkolnym“ w opracowaniu kol. Wacława Jasińskiego. Trzecią będzie: „Alkoholizm i sprawa robotnicza“, w opracowaniu kol. St. Skalskiego.

(№ 6) — W Warszawie odbył się Zjazd Felcerów Królestwa Polskiego.

Zdanie swoje w sprawie uchwał Zjazdu wypowiemy po otrzymaniu oficjalnego sprawozdania; nie chcemy go wypowiadać na zasadzie krótkich notatek reporterskich, jakie dotąd mamy.

(№ 7) — Za pismami politycznymi pisze i „Przegląd Lekarski“ o Łódzkim Pogotowiu:

„W Łodzi musiało Pogotowie ratunkowe ograniczyć swą działalność i podobno wcale nie wyjeżdża na przedmieście Bałuty, gdyż walczące ze sobą partie robotnicze nie uznają zadań Pogotowia, zatrzymują je w chęci dobicia rannych i t. d. Wobec niebezpieczeństwa życia, grożącego samym lekarzom Pogotowia, nie jest wyłączone zupełnie zawieszenie jego czynności“.

Od osób najlepiej poinformowanych wiemy, że pisma codzienne, w tym wypadku, zgoła niedokładne wiadomości podały (a nawet, jak „Tygod-

nik Ilustrowany“ — te sensacyjne wiadomości poparły ilustracjami).

Pogotowie bez przeszkody podaje pomoc w całej Łodzi.

Je d y n e m utrudnieniem jego działalności jest brak — funduszków.

(№ 8) — Przekład niemiecki „Chorób płucnych“ Sokółowskiego spotkał w całej prasie lekarskiej niemieckiej jednogłośnie i szczerze uznanie, z jakiego chlubić się może nauka polska.

(№ 9) Wobec nędzy szerzącej się w Łodzi wśród robotników pozbawionych pracy przez lokaut sześciu wielkich fabryk bawełnianych — miejscowe Towarzystwo Lekarskie dało inicjatywę do utworzenia „Czasowego Komitetu Obywatelskiego“, mającego za zadanie pomoc dla rodzin robotników pozbawionych pracy.

(№ 10) — Z zapomogi kasy im. Mianowskiego wydano dwutomowe dzieło kol. Zygmunta Kramsztyka p. t.: „Objawy kliniczne chorób oczu“.

(№ 11) — W numerze drugim „Gazety Lekarskiej“ znajdujemy życiorysy i charakterystykę dotychczasowej działalności dwu wybitnych uczonych lekarzy polskich: D-ra Teodora Herynga i D-ra Wacława Mayzla — z okazji trzydziestopięciolecia ich pracy zawodowej.

(№ 12) — W Warszawie aresztowano kolegów: Falskiego, Maurycyego Herca i M. Bornsteina.

(№ 13) — *Memoryał studentów w sprawie prof. Bujwida.* W Krakowie ogłoszona została przez uczniów prof. Bujwida broszurka p. t. „Głos młodzieży w sprawie prof. Bujwida“. W broszurce tej, mającej formę memoriału, skreślone są dzieje wrogich zabiegów, przeciw prof. Bujwidowi podjętych od 10 stycznia, gdy tylko w „Naprzodzie“ ukazały się pierwsze przeciw niemu zarzuty, jakoby w prowadzonym przez niego zakładzie szczepienia wścieklizny działał się nadużycia. Jeszcze zarzutów tych nikt, oprócz oskarżyciela prywatnego, nie zdołał stwierdzić, jeszcze nie wysłuchano oskarżonego, a już znaczna część wydziału lekarskiego potępiła prof. Bujwidą, odsądzając go od czci koleżeńskiej. Młodzież przypomina przy tej sposobności, jak wielce odmiennem było stanowisko tej samej większości członków tego samego wydziału, gdy bądź na klinicznych oddziałach, bądź w oddziałach szpitala, kierowanych przez profesorów uniwersytetu, zaszły wypadki w oczy bijących, powszechnie potępianych, a także przez prasę piętnowanych nadużyć. Wówczas potępiono z możliwą i krańcową wobec obwinionych względnością, — obecnie w zastosowaniu do prof. Bujwida, nie zadowolono się wytoczeniem śledztwa dyscyplinarnego, lecz zażądano od niego „publicznego oczyszczenia jego czci“, od której atoli, żądający tego, z góry już przedtem go odsądził.

Wrażenia młodzieży co do tych zarzutów, jakoby w zakładzie prof. Bujwida zachodziły nadu-



życia w żywieniu chorych, streszcza mrmoryał, jak następuje:

„Zarząd kuchni i gospodarstwa nie spoczywał w rękach prof. Bujwida, lecz według uroczystych stwierdzeń zaprzysiężonego świadka, pani Bujwidowej, był jej pieczę powierzony. Za jakiegokolwiek usterki lub za niesumiennosc ponosiła ona i przyjęła pełną odpowiedzialność. Z drugiej strony księgi rachunkowe, prowadzone przez zaprzysiężonego urzędnika, wykazały, iż wydatki przewyższały znacznie dochody, wyznaczone zarządowi na prowadzenie zakładu przez namiestnictwo. W dodatku okazało się, iż ewentualny czysty dochód z zakładu miał zachować prof. Bujwid tylko w jednej piątej części, reszta zaś miała być podzieloną między funkcjonaryszów zakładu. Szczególny zaiste rodzaj sknerstwa wychodzi tu na jaw! Czyż nie szacunku raczej godna bezinteresownosc? Wreszcie okazało się, iż ani prof. Bujwid, ani zarząd kuchni i gospodarstwa nigdy nie słyisał skarg na wikt, a większa część świadków także oświadczyła, że wikt był dobry i w dostatecznej ilości podawany. Ze jednemu ze świadków niesmakowała kawa, inny, alkoholik, leczący się na katar żołądka i hipohonder, nie mógł jeść prócz kapusty, inny zaś wszystko—prócz kapusty, było zupełnie jasnym dla bezstronnego słuchacza i nieuniknionem w zakładzie, gdzie jednocześnie się ludzie jednego stanu, chłopci i mieszczańscy z najróżnorodniejszych okolic, od Rusi do Królestwa, dzieci i starcy, i w których wikt musiał być ujednostajnionym i zastosowanym do większości“.

Otóż młodzież protestuje publicznie przeciw tym zabiegom, mającym pozbawić prof. Bujwida a stanowiska, które mu się, zarówno z tytułu fachowej wiedzy, jak uczciwości również należy, kiedy mu raz nadane zostało. Na dalsze poparcie tego protestu przytaczają autorowie memoriału całą naukową przeszłość prof. Bujwida, jako profesora bakteriologii i higieny, a nadto jego działalność społeczną i obywatelską. („Ludzkość” № 169. 1906).

(№ 14)—Pisma polityczne pisało jakimś niezwykłym wydarzeniu na klinice chorób syfilitycznych w Krakowie, o czem dotąd wciąż jeszcze mileżą pisma lekarskie. Tak np. „Ludzkość” w 24 № 24 z r. b. donosi:

„Uczciwe sfery tutejszego klerykalno-konserwatywnego społeczeństwa są wysoce podniecone świeżo zaszłym faktem zatrucia na klinice szpitalnej kilku pacjentów (pochodzących oczywiście z klasy nieuprzywilejowanej), z których czterech po przerażająco długotrwałych męczarniach wyzionęło ducha. Jeszcze paru innych walczy z życiem beznadziejnie.

A w prasie o tem cicho. Tak, jakby nic nie zaszło. Czterech biedaków, którzy z całym zaufaniem przyszli do kliniki publicznej, do „powag” uznanych, urzędowo zaakceptowanych i w mieście szeroko słynących, tudzież ustosunkowanych, — użyto jako materiału do wypróbowania nowego środka leczniczego: zastrzyknięto im przeciw przymiotowi dawki niezwykle silne czegoś, czego dotychczas nie używano, gdyż o działaniu wrzekomo „zbawiennem” tego środka nie miano dokładnych wiadomości...“

I tak dalej w tym samym tonie.

Spodziewać się należy, że osoby interesowane, a przedewszystkiem Wydział Lekarski, jak najprędzej sprawę publicznie wyjaśni.

— Z powodu pogłosek w gazetach, jakoby lekarze moskiewscy mieli się zwrócić do władzy w sprawie uwolnienia lekarzy od obowiązku asysto-

wania przy wykonywaniu wyroków śmierci — pisze dr. Wigdorczyk w gazecie „Praktyczeskij Wracz“:

„Zjazdy Pirogowskie już dawno zadecydowały, że do samowładnej biurokracji nie należy zwracać się z żadnymi przedstawieniami; więc nie wierzę, by koledzy moskiewscy mieli wskrzesić ten dawno pogrzebany sposób walki o reformy. Jeżeli jednak wszelkie zwracania się do władz grzeszą naiwnością, to proponowane — jest prócz tego kompromitujące. Zmuszają Cię do nikkzemości, narzucają rolę kata, a Ty nie masz odwagi otwarcie odmówić spełnienia tej czynności; rzucasz się natomiast na kolana i prosisz, niby o łaskę, by Cię nie zmuszano do czynu podłego. A jeżeli Ci odmówią—a odmówią napewno — wtedy ze skruchą stłumisz chwilowy głos uczciwości i po staremu będziesz pomagał wieszać ludzi? Wiem, że mają zamiar czynić te starania nie ci lekarze, którzy wieszają, i że ci, którzy wieszają, napewno nie mają zamiaru zwracać się do rządu. Ale to nie zmienia istoty sprawy“.

(№ 15)—Kierownik Pracowni Fizycznej przy Muzeum Przemysłu i Rolnictwa w Warszawie, p. St. Kalinowski, zwraca uwagę ogólną na sprawę, o którą my, lekarze, również mało, jak i nasi pacjenci, dbamy.

Jest to sprawa termometrów lekarskich:

„Wszyscy niemal posługują się temi przyrządami, rzadko jednak się zdarza, aby zwracano uwagę na to, że termometr wtedy tylko nadaje się do użytku, gdy jest sprawdzony i posiada odpowiednią tablicę poprawek. Posługiwanie się termometrem niesprawdzonym albo jest zgola bezcelowe, albo—co gorsza, prowadzi do przykrych nieporozumień. Od czasu, gdy Pracownia Fizyczna przy Muzeum Przemysłu i Rolnictwa rozpoczęła sprawdzanie różnych przyrządów, a w ich liczbie i termometrów lekarskich, udało się stwierdzić niejednokrotnie, że gorączkowanie chorego było raczej gorączkowaniem termometru. Wskazania termometru wtedy zwłaszcza są bałamutne, gdy trzeba wnioskować o stanie chorego z wahań temperatury w granicach nieznacznych (np. w wypadkach gruźlicy).

Przy sprawdzaniu termometrów, nadesłanych do Pracowni w przeciągu paru ostatnich miesięcy stwierdziłem jeszcze jeden fakt, na który również należy zwrócić uwagę. Oto około 40-tu termometrów posiadało świadectwo, wystawione przez samych fabrykantów; na wszystkich tych świadectwach figurowała poprawka uniwersalna zero, innemi słowy wszystkie termometry były bez zarzutu. Tymczasem okazało się po sprawdzeniu, że wymagają one najrozmaitszych poprawek, czyli, że świadectwom ufać nie należało.

Niepodobna wymagać aby wszystkie termometry w tych samych warunkach idealnie jednako wskazywały i jeżeli którykolwiek wymaga poprawek, nie świadczy to bynajmniej, aby się nie nadawał do użytku. Pozwoliłbym sobie raczej powiedzieć, że świadectwo o bezwzględnej doskonałości termometru więcej może wzbudzić wątpliwości, aniżeli świadectwo o konieczności poprawek. Dodać jeszcze należy, że z biegiem czasu na skutek zmian, zachodzących w szkale, każdy termometr zaczyna inaczej wskazywać, aniżeli wskazywał początkowo i wobec tego wymaga sprawdzenia co kilka lat. Fabrykant przyrządów fizycznych powinien je sprawdzać przed wypuszczeniem na rynek i doskonałością szych wyrobów może pozyskać zaufanie klientów, w żadnym jednak razie nie może on wystawiać sobie świadectw, tak samo, jak autor książki nie może być



zarazem jej recenzentem. Świadczenia wydawać może jedynie bezstronna, odpowiednio wykwalifikowana instytucja. Instytucją taką u nas jest Pracownia Fizyczna przy Muzeum Przemysłu i Rolnictwa, która podejmuje się sprawdzać przyrządów fizycznych, chcąc w części przynajmniej zaspakajać w kraju tę potrzebę, której w Niemczech czyni zadość Fizykalisch-Technische Reichsanstalt, w Rosji zaś Główna Izba miar i wag.

Oczywiście, Pracownia jest uboga, aby mogła usługi swe ofiarowywać bezinteresownie, poprzestaje wszakże na bardzo małe, opłacie, która wynosi znacznie mniej, niż to, co pobierają wymienione wyżej instytucje w Niemczech i Rosji; a więc np. przy sprawdzaniu naraz większej ilości termometrów lekarskich w 3-ch punktach, opłata wynosi 25 kop. od sztuki (w Berlinie to samo kosztuje 1 markę, w Petersburgu zaś sprawdzanie w 4-ch punktach—1 rb.)<sup>4</sup>.

(№ 16) *Z listów Virchowa*, których zbiór świeżo wydała córka wielkiego lekarza. Oto ustęp listu, pisanego dnia 19 marca 1848 r., więc z czasów dni rewolucyjnych w Berlinie:

„Wyzywający ton listu królewskiego w restrykcji o prasie i w odezwie do ludu, zarówno jak i skoncentrowanie wielkich ilości wojska, podnoszą ogólnie wzburzenie. Żołnierze, podnieceni przez nieustającą służbę, przez rozkazy oficerów i zachowanie się tłumów, pod wpływem danych w tym czasie rozkazów, przeszli wkrótce do rzucańcia się na bezbronny lud. Raniono ludzi niewinnych i powszechnie poważanych. Były to czyny, które usprawiedliwić można jedynie albo krainowcem rozpasaniem albo zwierzęcością.“ Dalej *Virchow* opowiada, jak król zgodził się, wreszcie, na ustępstwa i wydał wiele obiecującą odezwę do ludu. Kiedy jednak zażądano usunięcia wojska, „na ludność niczego złego nie spodziewającą się, rzucili się dragoni, którzy rozpędzili berlińczyków szablami“. Od tej chwili rozpoczęła się rewolucja. „Przed barykadą, na której byłem, oddzielającą Friedrich od Tauben-Strasse, stał pułk z dwoma armatami; obrońcy barykady mieli wszystkiego 12 strzelb, a jednak w ciągu dwu godzin broniliśmy się.“ „Pomagałem przy budowie barykad; ponieważ miałem tylko pistolet, niewielką przyniosłem korzyść, bo żołnierze strzelali z dalekiej odległości. Czy dalej będziemy brać udział w biegu wypadków, to zależy od jutrzejszego posiedzenia“.

(№ 17) *Sprawa ubezpieczenia lekarzy* Kas przezorności oraz zabezpieczenia na wypadek choroby zajął się Zarząd Stowarzyszenia Lekarzy. Kol. *Józef Zawadzki*, któremu powierzono opracowanie zdążającego do tego celu projektu, prosi o dostarczenie bezimiennie w ciągu 2-ch tygodni pod jego adresem (Warszawa, Szkołna 8) danych następujących: 1. Wiek lekarza. 2. Czy jest ubezpieczony na życie? w którym roku życia? Na sumę? Ile płaci rocznej składki? 3. Czy należy do Kasy oszczędności i jakiej? Jaką sumę wnosi corocznie i od jakiego czasu? 4. Czy należy do Kasy pogrzebowej i jakiej? Ile opłaca rocznie? 5. Jaki ma dochód roczny ze wszystkich źródeł razem? 6. Ile może wnosić do Kasy przezorności?

(№ 18) *Sekcja społeczno-lekarska X. Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich*. W dniu 29 grudnia 1906 zebrało się w lokalu Izby lekarskiej lwowskiej grono osób, zaproszonych przez gospodarza Sekcji dr. *Fenstenburga*, w celu ustalenia programu

prac Sekcji. Dr. *Mikołajewski* przedstawił i umotywował program, obejmujący najaktualniejsze zagadnienia z zakresu medycyny społecznej i z zakresu spraw zawodowych lekarzy. Mówca zaznacza, że dziedziną medycyny społecznej jest bardzo rozległa, zatem proponuje przyjąć do programu Sekcji na najbliższym Zjeździe tylko najaktualniejsze, ogólne zagadnienia, aby uczynić niejako wstęp dla prac Sekcji społeczno-lekarskiej na następnych Zjazdach. Według zdania referenta wypadałoby opracować następujące tematy z tego działu:

A. Statystyka. 1. Statystyka ogólnej śmiertelności w Galicji (Królestwie, Poznańskiem) za ostatnie 30 lat w porównawczym zestawieniu ze śmiertelnością przeciętną w państwie w tym okresie czasu i ze śmiertelnością w innych krajach państwa.

2. Statystyka śmiertelności dzieci w 1. roku i w pierwszych 5 latach życia.

3. Statystyka śmiertelności z gruźlicy.

4. Statystyka śmiertelności z chorób zakaźnych ostrych.

B. Służba sanitarna i działalność kraju na polu sanitarnem. 5. Rozwój i obecny stan organizacji państwowej służby zdrowia.

6. Rozwój i obecny stan organizacji autonomicznej służby zdrowia.

7. Działalność c. k. krajowej Rady zdrowia.

8. Działalność Sejmu na polu sanitarnem.

9. Działalność miast Lwowa i Krakowa na polu sanitarnem.

10. Szpitalnictwo krajowe.

11. Opieka nad obłąkanymi.

12. Opieka lekarska nad ubogimi chorymi.

13. Opieka nad podrzutkami i sierotami—zwalczanie śmiertelności niemowląt.

14. Zwalczanie gruźlicy.

15. Zwalczanie endemii przymiotu.

16. Kontrola nad prostytutką.

17. Lekarze szkolni.

18. Ratownictwo i pielęgniarstwo.

19. Inspektoraty przemysłowe.

20. Organizacja Kas chorych.

21. Organizacja ubezpieczenia od wypadków. W dziale spraw zawodowo-lekarskich wymienia mówca:

22. Organizacja i działalność Izby lekarskich.

23. Organizacja i działalność Towarzystw lekarskich.

24. Działalność Rad honorowych Izby lekarskich.

Ten dział proponuje wnioskodawca przekazać Wydziałowi Izby lekarskiej lwowskiej.

Referaty społeczno-lekarskie przeważnie miałyby charakter informacji i materiałów dla oświetlenia stosunków we wszystkich dzielnicach Polski, nie wymagałyby zatem dyskusji na posiedzeniach Sekcji, lecz można by je wydrukować i rozdać uczestnikom Zjazdu, a dyskusję przeprowadzić tylko nad niektórymi tematami, wyznaczonymi po porozumieniu się z lekarzami w innych dzielnicach. (Głos Lek. № 2).

(№ 19) — Aż trzech redaktorów pism lekarskich polskich ustąpiło w ciągu roku ubiegłego z zajmowanego stanowiska.

Po kol. *Kwaśniewskim* („Przegląd Lekarski“) i kol. *Święcickim* („Nowiny Lekarskie“) żegna się ze współpracownikami „Gazety Lekarskiej“ jej redaktor od lat 26, kol. *W. I. Gajkiewicz*.

„Z numerem bieżącym—pisze kol. *Gajkiewicz*—kończy się 26 lat pracy mojej w „Gazecie Lekarskiej“. Każdy, choćby tylko pobieżnie obez-



nany i częściowo uświadomiony, ile to — w naszych warunkach — godność redaktora pisma fachowego wymaga nakładu czasu, pracy i pieniędzy i na jakie naraża przykrości, zrozumie, dlaczego nie przyjąłem tego zaszczynnego obowiązku, powierzanego mi i nadal przez współwłaścicieli „Gazety“.

Uważam sobie za miłą powinność najserdeczniej podziękować na tem miejscu kolegom z „Gazety“, jak i wszystkim innym z poza jej grona, którzy w ciągu 26-u lat ubiegłych, zasilali — i to bardzo często bezpłatnie — swemi pracami „Gazetę“ i przyczynili się do jej powodzenia. Cieszę się nadzieją, iż nie odmówią pomocy i następcy mojemu, kol. Pruszyńskiemu, dotychczasowemu wydawcy „Gazety Lekarskiej“.

O tem, jak wielką rolę w rozwoju nauki lekarskiej polskiej odegrała „Gazeta Lekarska“ w ciągu lat ostatnich 25-ciu — mówić zbyteczna. Tych zasług część wielka spada na ustępującego redaktora, kol. Gajkiewicza, Cześć mu za tę Jego pracę!

(№ 21) — Na przedstawicieli poszczególnych sekcji X-o zjazdu lekarzy i przyrodników polskich we Lwowie w r. 1907 wybrani zostali w Warszawie:

1) Medycyny wewnętrznej: D-r. Jakowski (Wspólna 26) i D-r. Edward Zieliński (Senatorska 4), 2) chirurgii: D-r. Bronisław Sawicki (Krucza 41) i Prof. D-r. Kryński (Wróbla 15), 3) ginekologii i akuszeryi: D-r. Jaworski (Zielna 13), 4) pedyatrii: D-r. Kamieński (Chmielna 35), 5) medycyny teoretycznej (fizyol. i patol.) D-r. Dmochowski (Chmielna 17) i D-r. Karwacki (Nowo-Sienna 1), 6) chorób nerwowych i umysłowych: D-r. Flatau (Marszałkowska 132), 7) chorób wenerycznych i skórnych: D-r. Elsenberg (Marszałkowska 132), 8) okulistyki D-r. Zygmunt Kramsztyk (Nowo-Senatorska 6), otyatrii: D-r. Guranowski (Nowo-Jasna 6), 10) rynolaryngologii: D-r. Sokółowski (Mazowiecka 6), 11) dentystryki D-r. Gruszczyński (Al. Jerozolimska 84), 12) prasy lekarskiej: D-r. Józef Zawadzki (Szkolna 8), 13) higieny: D-r. Polaak.

Komitet warszawski wybrał z pośród siebie na gospodarza D-ra Jakowskiego, a na jego pomocnika D-ra Karwackiego.

Członkiem stałej Delegacji zjazdów lekarzy i przyrodników polskich na Królestwo i sąsiednie prowincje jest prof. Dr. Baranowski (Krak. Przedm. 7), zastępcami: Dr. Karol Rychliński (Bracka 23) i p. Władysława Leppert (Aleje Jerozolimskie 82).

Komisarzem dla spraw wystawy na Królestwo Polskie i prowincje sąsiednie został wybrany D-r. Stanisław Kurtz (Sienna 22).

Wkrótce ma się utworzyć jeszcze komitet przyrodniczy i komitet higieniczny, które zorganizują się na wzór komitetu lekarskiego.

(№ 22) — Koło lekarzy fabrycznych w Łodzi rozesłało do wszystkich lekarzy i zarządów fabrycznych okólnik następującej treści:

Uchwała Koła Lekarzy fabrycznych w sprawie warunków, pod jakimi ma być udzielana pomoc lekarska pracownikom fabrycznym m. Łodzi.

I. Pomoc lekarska robotnikom fabrycznym musi się wyrazić w postaci:

a) Jaknajdostępniej porady lekarzy-internistów, tak ambulatoryjnej, jak i w mieszkaniu pracowników, i pomocy felczerskiej.

b) Porady specjalistów, a mianowicie: okulisty, otyatry, laryngologa, chirurga, ortopedysty, syfildologa, dermatologa, neuropatologa, psychiatry, dentysty.

c) Lekarstw i środków opatrunkowych, z wyłączeniem jedynie zbytkownych leków i kosmetyków, ale bez wyłączenia wód mineralnych.

d) Okularów, pasów, kul, członków sztucznych, szpryc, irygatorów, inhalatorów i t. d., i t. d.

e) Leczenia w szpitalu.

f) Kąpieli w celach leczniczych i przetworów kąpielowych.

g) Specjalnej porady ginekologicznej ambulatoryjnej i pomocy ginekologicznej i akuszeryjnej, tak w mieszkaniu pracownika, jak i we właściwych zakładach.

II. Lekarz fabryczny może spełniać swoje obowiązki jedynie wówczas, gdy za swą pracę zostanie wynagrodzony w stosunku — choćby minimalnych — honoraryów w danej miejscowości i w danej chwili praktykowanych.

III. 1) Minimalne wynagrodzenie roczne lekarza fabrycznego w obecnej chwili oblicza się podług zasady następującej:

a) za każdego pracującego 1 rb. rocznie i

b) za każde odwiedzenie ambulatoryjum fabrycznego 2 rb.

Czyli, że np. honorarium lekarza fabryki zatrudniającej 300 robotników (przy dwu ambulatoryjach tygodniowo) wyniesie rocznie:

300 pracujących po 1 rb. = 300

100 ambulatoryjów po 2 rb. = 200

500 rb.

Lub np. honorarium lekarza fabryki zatrudniającej 1,500 robotników (przy trzech ambulatoryjach fabrycznych tygodniowo) wyniesie rocznie:

1,500 pracujących po 1 rb. = 1,500

150 ambulatoryjów po 2 rb. = 200

1,800 rb.

2) W fabrykach, gdzie niema ambulatoryjum fabrycznego, opłata wynosi 2 rb. od pracującego.

3) Honorarium za leczenie rodzin pracujących oblicza się podług następujących zasad:

a) Tam, gdzie pomoc lekarska jest płatna od każdej porady oddzielnie — porada ambulatoryjna opłacaną być winna najmniej 50 kop.; porada w mieszkaniu chorego w granicach miasta 1 rb. oraz koszty przejazdu. W obrębie przedmieść w odległości więcej niż wiorsty od miasta — 2 rb. Za dalsze wizyty decyduje osobista umowa.

b) Honorarium stałego lekarza dla rodzin pracowników fabrycznych wynosić musi conajmniej 1 rb. 50 kop. za każdego pracującego w fabryce.

#### Komitet redakcyjny:

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

Wydawca: Dr. S. Serkowski.

Redaktor: Dr. S. Sterling.

Druk A. Karskiego w Łodzi.